

# BOLETIN

**Área de Gestión Clínica de  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

**Número 65 – Junio 2020**



**NUEVA Web del AGCPMS:**

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

*NUEVO Cuadernos de Salud Mental del 12:*

**Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19.**

**Material psicoeducativo y recomendaciones terapéuticas (Nº 18)**

**EN BREVE: Nuestras historias en la pandemia. Memoria y Resiliencia (Nº 19)**

**EN ESTE NÚMERO: Mentalización durante la pandemia por la COVID-19** (Ana López Fuentetaja)

**Reflexiones sobre las posibles reacciones psicológicas ante la pandemia** (Carolina A. Rojas Rocha)

**Intervención en Duelo. Caso clínico: la doble pérdida** (Helena Panceira Domínguez)

**Violencia de género durante la pandemia COVID-19** (Eva Ávalos Castro)

**Memorias de Rotaciones externas residentes UDMSM: TCA H.I.U. Niño Jesús** (PIR Sara Díaz Trejo), **I.Psiq. "Sagrado Corazón" (Quito, Ecuador)** (EIR Isabel Miguel Andrés), **BPD Clinic (Toronto, Canadá)** y **Unidad Psicosis Refractaria. H.Psiq. Álava** (MIR Alba MIR Juanes González), **Equipo de Calle CAM** (MIR Javier Luis Eguía Barbarin), **Hospital de Día de Getafe, Unidad TOC** y **Unidad TCA H. Bellvitge (Barcelona)** (MIR Ana Calle González)

**Se está modificando la estructura de nuestra web oficial, como las del resto de hospitales y servicios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.** En las próximas semanas continuaremos actualizando la misma. Este es el formato de la actual:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>



Periódicamente se continuará actualizando nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente y otras novedades.

Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con [psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

Además de en nuestra web, se pueden consultar los Boletines y *Cuadernos de Salud Mental del 12* desde la web de la **Biblioteca Virtual del 12 de Octubre** (<http://cendoc.h12o.es>), lo cual amplifica la visibilidad de nuestras publicaciones.

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas

<sup>1</sup> Portada: Mascarillas en tiempos de la pandemia COVID-19.

interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org) .



En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- SERVICIO / NOVEDADES
- PACIENTE
- ASISTENCIA
- DOCENCIA / PUBLICACIONES
  - Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 65)
  - Cuadernos de Salud Mental del 12:
    - ***Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica*** (Nº 17)
    - ***En preparación: Nuestras historias en la pandemia COVID-19. Memoria y resiliencia en el AGCPSM y dispositivos asociados*** (Nº 18)

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

(Sección: DOCENCIA / PUBLICACIONES)

- INVESTIGACIÓN
- ESPECIALIDAD
- CONTACTO



## OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

### Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones



Documento interno para profesionales Salud Mental:  
ver enlace a OneDrive institucional en correo profesional enviado desde la secretaría del AGCPSM periódicamente

[https://aiccm-my.sharepoint.com/:b/g/person/mmartinsanchez\\_salud\\_madrid\\_org/EeoyB9Fg7OBHkKlem4CuV80BWZsyLBGEYvnlcTVHmEmuBQ?e=JH74dP](https://aiccm-my.sharepoint.com/:b/g/person/mmartinsanchez_salud_madrid_org/EeoyB9Fg7OBHkKlem4CuV80BWZsyLBGEYvnlcTVHmEmuBQ?e=JH74dP)

---

## Si el virus llega a todas partes, nosotros también.

La **Comunidad de Madrid** pone a disposición de los ciudadanos la web: **www.CORONAMADRID.com** y la App **CORONAMADRID**, con el objetivo de optimizar todos nuestros recursos para lograr una respuesta más ágil y eficaz. Si crees tener síntomas del coronavirus, haz el test de autoevaluación y sigue las recomendaciones personalizadas.

Estés donde estés, **tu salud es lo primero.**



#yomequedoencasa  
quédateencasa



## PENSAR LA TAREA EN MEDIO DE LA PANDEMIA COVID-19

Durante la dramática alarma sanitaria por la COVID-19 (situación altamente estresante, con ciertos elementos facilitadores de la pérdida temporal de la capacidad de MENTALIZACIÓN arrollados por la necesidad de ACTUAR, como nos señala Ana López Fuentetaja en su reflexión) hemos mantenido *on line* momentos que han facilitado la posibilidad de PARARNOS A PENSAR y SENTIR LA ACCIÓN. Recogemos a continuación un resumen de algunos de las sesiones clínicas y talleres realizados durante los meses iniciales de la pandemia por la COVID-19.

### MENTALIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

Ana López Fuentetaja

Psicóloga Clínica. Unidad de Interconsulta y Enlace

Se realiza esta sesión <sup>2</sup>, tras haber interrumpido el Seminario por el confinamiento provocado por el coronavirus.

Se toman como elementos a pensar, diversos conceptos que hemos ido trabajando en las sesiones anteriores, a partir de la teoría de la Mentalización (Fonagy, Bateman, Lanza Castelli), relacionándolos con el funcionamiento de las organizaciones y los grupos en tiempos de crisis y la respuesta frente a la misma.

**Objetivos:** Poder elaborar de forma conjunta la situación por la que estamos atravesando y poder dotarla de una comprensión y significado que sirva como guía de nuestras actuaciones. Tomar conciencia de algunos estados mentales presentes en nosotros mismos, que también lo están en nuestras propias intervenciones. Poder pensar, desde la óptica de la Mentalización, en algunos mecanismos institucionales que emergen en momentos de crisis.

- Estamos inmersos como personas, como profesionales, en una situación social global que incluye también a los pacientes y equipos, produciéndose una interacción mutua de nuestros estados mentales
- Todos estamos sometidos al riesgo de no mentalización en situaciones de estrés y ansiedad
- No es posible llevar a cabo un tratamiento eficaz si se ve comprometida la mentalización del terapeuta, ya que estaremos abocados a diversas actuaciones automáticas, no pensadas, que pueden dificultar la coherencia de las intervenciones
- Tener la capacidad de mostrarse como un terapeuta que **piensa y siente** ante una situación de crisis, es un elemento fundamental para ayudar al paciente en la elaboración de una situación traumática.

---

<sup>2</sup> Seminario "Terapia Basada en la Mentalización en la práctica clínica en Salud Mental". Presentada en Sesión *on line* del 13 de mayo de 2020.

Hemos venido hablando a lo largo de este Seminario, que el núcleo de la **Terapia Basada en la Mentalización**, consiste en:

- Reactivar la mentalización cuando ésta se ha perdido,
- Mantenerla cuando se halla presente y
- Aumentar la resiliencia para preservarla cuando de otro modo, se perdería.

Nosotros, como profesionales, formamos parte de una institución que tiene como finalidad el promover la salud mental y que cuenta con unos medios y unas condiciones para poder cumplir esas finalidades.

En una situación de crisis, se altera de forma importante el funcionamiento habitual y juega un papel importante la fortaleza de la propia organización.

La **resiliencia** en las organizaciones, tendría que ver con:

- Capacidad de **absorber cambios y rupturas**, tanto internos como externos, sin que se vean afectados **los fines** para los que fueron creadas (generar y promover salud mental nuestro caso) y que incluso desarrolle flexibilidad a través de procesos de rápida adaptación (Minolli, 2019)
- La **capacidad de recuperación** ante un evento no esperado, generando nuevas estrategias o poniendo en juego las más adecuadas (Medina Salgado 2012)
- con la **capacidad para evitar consecuencias negativas** frente a un acontecimiento ya producido
- Con un **proceso** que permite a las organizaciones, así como a las personas y grupos que lo conforman, **evitar tendencias no adaptativas** y enfrentarse de forma positiva a los inesperado (Sutcliffe y Vogus 2003),

Todo lo anterior requiere un proceso pensado para llevarlo a cabo. Cuando no lo es, se corre el gran riesgo de apartarnos de las finalidades y que se pongan en juego otros elementos primarios presentes en el funcionamiento de cualquier grupo humano, como rivalidades, dominio, control... (Utrilla, 1998).

**Situación:** Estamos atravesando por una situación, que cumple características que inducen a la pérdida de Mentalización:

- Elevada activación emocional
- Traumática: amenaza la conservación y el apego, lo que nos puede hacer sentirnos inseguros
- Percepción de peligro, lo que a su vez activa el sistema de apego y por tanto, favorece el riesgo de pérdida de la Mentalización
- Pérdida de la “**confianza epistémica**” (en sentido figurado) en la propia institución sanitaria pública: los enfermos se mueren, no hay medios, los tests no son fiables, no se protege a los profesionales, los profesionales no abarcan... Importante reflexionar en el papel que juegan diversos elementos en esa pérdida de confianza, como: la información “sensacionalista”, las confrontaciones políticas, los bulos, las ocultaciones o sensación de poca transparencia. La confianza es un pilar imprescindible para hacer más tolerable la incertidumbre: por ejemplo, en la propia evolución y efectos de la pandemia, por lo que es más fácil caer en fanatismos o pensamientos radicales que de alguna forma anularían las incertidumbres. Esto, a menor escala, lo podemos encontrar en nuestros propios equipos.
- Foco puesto en lo externo: número de contagiados, fallecidos, fases, etc...

La supresión parcial de la Mentalización puede dar lugar al surgimiento de **modos prementalizadores**. Ante esto, mayor necesidad de:

- Un equipo cohesionado
- Favorecer procesos reflexivos (que no se sustituya pensar en la tarea por la queja o la actuación a golpe de ocurrencia)
- Promover el apoyo mutuo entre los miembros de los equipos

#### **El Terapeuta como promotor de Mentalización en una situación de crisis:**

- Representaría a nivel institucional, a la figura de apego en el desarrollo evolutivo
- Función de **dotar de significado** a la experiencia
- La mentalización del terapeuta **no puede suplir** la ausencia de mentalización del paciente, pero sí puede ayudar a que éste la ponga en marcha
- La respuesta que ofrece/sugiere el terapeuta sobre el modo de enfrentarse a los efectos de la crisis (pérdidas, aislamiento, duelos...) permiten al paciente adquirir cierto sentido de control y autoeficiencia
- La internalización de esa forma de respuesta del terapeuta, puede dar lugar o no a la representación simbólica de un estado interno.
- La capacidad de tolerar la angustia del terapeuta, va a ser un elemento fundamental a la hora de facilitar la tolerancia del paciente a su propia angustia. Aquí van a entrar en juego las propias vivencias del terapeuta con motivo de la crisis, sus propios duelos, manejo de las incertidumbres, etc...
- Tener siempre presente que por la propia situación de crisis, el paciente va a ser muy influenciado y sensible frente al terapeuta y frente a la calidad de la relación

#### **Riesgo no Mentalizador del terapeuta**

- **Respuesta Teleológica:** Orientada a la acción y a los resultados. A veces este tipo de respuestas, se piden y promueven a nivel institucional, como pueden ser entre otras, la elaboración de protocolos y enseñanza de técnicas de afrontamiento que **presuponen**, de forma generalizada, cual es el impacto de la crisis para **cualquier** paciente. Estas técnicas, que pueden ser muy válidas y además tener un significado de estrategia en momentos críticos, presentan el riesgo al convertirlas en finalistas en sí mismas, sin dar un espacio de elaboración entre lo acontecido, pensado y sentido.
- **Equivalencia Psíquica:** Pensar que el paciente siente los acontecimientos no tanto como yo los siento (que también puede ser), sino como yo creo que él tiene que sentirlos y, por tanto, **sin investigar**, implemento una intervención en respuesta a lo que yo creo
- **Modo simulado:** Pretender que el paciente supere una situación a través de diferentes estrategias, tranquilizadoras, pero evitando que entre en contacto con lo que siente: Dar altas por disminución de la angustia del paciente, utilizando como mecanismos fundamentales los de negación, disociación, evitación...
- Podemos correr el riesgo de, al igual que en el apego desorganizado, convertirnos en terapeutas que **a veces acogemos y otras expulsamos**, pudiendo ser iatrogénicos para los pacientes.

## IDEAS PARA REFLEXIONAR

1. La mentalización tiene una importante función en la regulación de las emociones, siendo un elemento fundamental la existencia de especularización congruente del afecto y la emoción. Sin embargo, ésta se tiene que diferenciar del otro (ser un espejo) y a la vez, ofrecer formas o modelos de cómo afrontar ese afecto. Así:
  - **¿Qué características propias como terapeutas pueden ayudar en la realización de esa función especular?**
  - **¿Podemos realizarla si estamos viviendo situaciones muy similares a la de los pacientes** (nuestra propia enfermedad, nuestros duelos, nuestras ansiedades...)?
2. **¿Qué representación estamos teniendo de nosotros mismos como colectivo de Salud Mental?**  
**¿Cómo nos imaginamos como colectivo, en cuanto a nuestro papel en esta crisis?**  
**¿Cómo nos ven los demás?**
3. **¿Cómo podríamos preservar nuestra función reflexiva?** En la medida que podamos poner en juego nuestra función reflexiva, podremos ayudar a los pacientes a poder dar un significado a su experiencia de forma que ésta pueda ser pensada y asimilada y también sentida.
4. **¿Qué elementos de la situación actual podrían entorpecer nuestra sensación de ser “agentes”?**  
**¿Qué nos podría ayudar en estas circunstancias a sentirnos dueños de nuestras intervenciones?**

## Referencias

- Lugo de Meza, M. **La Resiliencia como elemento esencial en la Cultura Organizacional**. CIENCIAMATRIA (2019) 4(6): 93-104.  
En: <https://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/74/57>
- Medina Salgado, C. **La resiliencia y su empleo en las organizaciones**. En: Perspectivas y Repercusiones de la Gestión Contemporánea (monográfico). Gestión y estrategia (2012) 41: 29-39.  
En: <http://gestionyestrategia.azc.uam.mx/index.php/rge/issue/view/26>
- Sutcliffe, K.M. & Vogus, T.J. (2003). **Organizing for Resilience**. In Cameron, K., Dutton, J.E., & Quinn, R.E. (Eds.), Positive Organizational Scholarship. San Francisco: Berrett-Koehler. Chapter 7 pp: 94-110.
- Utrilla, M. **¿Son posibles las terapias en las instituciones?: estudio situacional**. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.

# REFLEXIONES SOBRE LAS POSIBLES REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA PANDEMIA

Carolina Andrea Rojas Rocha  
Psicóloga Clínica. CSM Villaverde <sup>3</sup>

## Introducción

Todos los que trabajamos en Salud Mental tenemos en nuestra mente y nos preguntamos sobre el carácter de las posibles consecuencias psicológicas que tendrá esta pandemia, directa o indirectamente, y nos preguntamos cómo poder hacer frente a ellas de la mejor manera.

Durante el confinamiento, buscando respuestas, seguramente hemos podido revisar diferentes estudios y artículos donde, en general, se estima (tomando en cuenta los primeros resultados de estudios en pacientes, en población general y en profesionales de salud, además de experiencias pasadas con epidemias y catástrofes) que habrá, al menos, un repunte del malestar psicológico en general.

Sin embargo, las guías y directrices que se han desarrollado ante eventos como este, e incluso guías desarrolladas para esta pandemia en particular, nos advierten que no sólo debemos pensar en términos psicopatológicos, sino también debemos ser conscientes de la amplia gama de problemas de alto contenido social que pueden surgir, que inevitablemente significarán sufrimiento para la población, pero que no necesariamente deben ser considerados como problemáticas de índole psiquiátrica. Es decir, no debemos psiquiatrizar los problemas sociales y las reacciones de estrés.

Por ejemplo, la IASC (2020), destaca que los problemas psicosociales deberán ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado en salud mental. Hacen un llamado a la flexibilidad, la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria, señalando la importancia de discutir las experiencias y lecciones aprendidas. Proponen una pirámide para graficar la actuación sobre los problemas psicosociales, en el vértice superior estarían los servicios especializados: enfermeros, psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales de SM. En el segundo peldaño estarían los cuidados en salud mental realizados por médicos de Atención Primaria, el soporte emocional y práctico básico de trabajadores de la comunidad. En un tercer peldaño estarían las actuaciones dirigidas a la activación de la red social, el soporte comunitario tradicional y el refuerzo de redes sociales espontáneas existentes. Y en un último y cuarto peldaño más generalizado se situarían las acciones dirigidas a procurar servicios básicos, seguros, socialmente apropiados y que protejan la dignidad de las personas.

Pirámide de intervención en Salud Mental y Soporte Psicosocial (IASC Reference Group on MHPSS in Emergency Settings)



<sup>3</sup> Presentada en Sesión clínica *on line* CSM Villaverde, 8 de mayo de 2020

En definitiva, los retos que surgen de esta pandemia requerirán de un esfuerzo de la sociedad en su conjunto y la puesta en marcha de mecanismos propios de la comunidad. Nuestro papel como especialistas en Salud Mental debe estar centrado en reforzar nuestro quehacer de forma coordinada, con especial cuidado en el abordaje del trastorno mental grave.

### **¿Cómo reaccionamos ante una catástrofe como esta pandemia?**

Ante una crisis como la pandemia por la Covid-19 es esperable que la mayoría de las personas, a pesar de presentar sufrimiento subjetivo, tengan en general una respuesta adaptativa. Sin embargo, no podemos olvidar que, como expone la OPS (2016), *“se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad”*. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan pueden calificarse como enfermedades; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal.

Los efectos en la salud mental, generalmente, son más marcados en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. En un reciente estudio basado en 52.730 entrevistas realizadas en China durante los meses de confinamiento, el malestar psicológico estaba presente de forma moderada en el 30% de los individuos y el grave en el 5%. Los grupos de mayor vulnerabilidad era las personas con edad avanzada, las mujeres, las personas con mayor nivel educativo y los inmigrantes (Qui, y otros, 2020)

Se estima que durante los primeros días o semanas después de una situación fuera de lo normal potencialmente estresante, la mayoría de las personas experimentan reacciones emocionales intensas, como insomnio, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos intrusivos sobre el evento, evitación de estímulos que recuerden el trauma, entre otros. Todas estas reacciones se consideran *“reacciones normales frente a una situación anormal”* y no constituyen necesariamente un signo de algún trastorno. Un porcentaje de la población (entre un 35% y un 60%) suele reaccionar de forma resiliente. Otro 20 % se ve afectado pero se recuperará, mientras que hay otros que en un primer momento no parecen afectados pero tras varios meses ven afectado su funcionamiento. Otros tendrán una afectación más bien crónica (Figueróa, y otros, 2016).

**“Crecimiento Postraumático”**: adicionalmente, a largo plazo, un grupo de los afectados podría desarrollar cambios positivos en la relación con uno mismo, los demás y la filosofía de vida. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad: dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro.

En los primeros momentos es difícil definir quién desarrollará una u otra trayectoria, por lo que el manejo de la sintomatología será inespecífico en las primeras dos semanas requiriendo una valoración más exhaustiva si se prolongan los síntomas en el tiempo, para dilucidar la necesidad de asistencia especializada.

### **Factores de riesgo**

Por todos son bien conocidas, y se pueden consultar la literatura, las teorías desarrolladas sobre reacciones ante situaciones traumáticas, catástrofes y crisis que han descrito factores de riesgo y protectores que nos ayudan a identificar las variables relacionadas con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos como estrés postraumático, ansiedad, depresión, entre otros. Dichos factores están relacionados a las características del individuo, estilos de afrontamiento, recursos disponibles y a las características del evento. En específico, dentro de la guía sobre principios para responder a las necesidades psicológicas ante situaciones de desastre (Williams, Bisson, & Kemp, 2014), se describen que las personas que están en mayor riesgo ante los desastres serían:

- Aquellos con la percepción de haber experimentado una gran amenaza a su vida o la vida de otras personas importantes
- Personas que han sido heridas o dañadas físicamente

- Personas que se enfrentan a una circunstancia de baja controlabilidad y previsibilidad
- Tiene que vivir con la posibilidad de que el desastre se repita
- Experimente angustia o disociación elevada desproporcionadas en el momento
- Han experimentado múltiples pérdidas de parientes, amigos y colegas cercanos, y pérdidas de bienes importantes.
- Han estado expuestos a cadáveres y escenas grotescas
- Han sufrido mayores grados de destrucción comunitaria
- Perciben que tienen un apoyo social limitado
- Están expuestos a estrés vital posterior
- Han estado expuestos a un evento traumático importante anteriormente
- Ha tenido un trastorno mental anteriormente.

### **Crisis, quiebre en la continuidad y sesgos cognitivos**

Dentro de las múltiples posibles reacciones psicológicas, patológicas o no, me gustaría destacar ciertos procesos o vivencias que, me atrevería a asegurar, todos en mayor o menor medida hemos experimentado durante esta pandemia. Me refiero a aquella sensación de extrañeza, de irrealidad, de quiebre en la continuidad y la sensación de falta de control e incertidumbre.

Según el modelo de crisis propuesto por Fernández Liria y Rodríguez Vega (Fernández & Rodríguez, 2002), en una crisis se produciría:

- Ruptura del equilibrio: se produce un quiebre brusco en el funcionamiento que puede atribuirse a una suspensión de los aportes físicos, psicológicos o socioculturales.
- Los procedimientos utilizados anteriormente para hacer frente no son aplicables o no dan resultado.
- La narrativa dominada por el problema que produce un estrechamiento de las alternativas de significados del paciente.
- La persona se vive a sí misma como incapaz de remontar por sí sola
- Pérdida del significado y del sentido sostenido hasta el momento acerca de su mundo personal, relacional y creencias
- Vivencia de malestar subjetivo

En general, si no hemos vivido grandes traumas o catástrofes, las personas solemos vivir con cierta sensación de confianza. Así, nos sentimos (aunque quizás no necesariamente lo pensemos) medianamente invulnerables. Dicha sensación nos permite funcionar, emprender, avanzar en un mundo complejo, lleno de peligros e incertidumbre. Sin embargo, las situaciones de crisis quiebran nuestra estructura de supuestos en mayor o menor medida y es ahí cuando se convierte en un reto emocional y cognitivo, tanto para los individuos como para el conjunto de la sociedad, el reforzar o reconstruir el mundo de significados personales y la confianza existencial.

Janof-Bullman (1992), psicóloga social, expone que las catástrofes son hechos que alteran profundamente el conjunto de creencias esenciales de las personas sobre sí mismas, el mundo y los otros, como por ejemplo, las creencias de que **el mundo tiene un sentido**, que las cosas no ocurren por azar y son controlables y que además somos más capaces y hábiles que la mayoría (**ilusión de control**), que las personas reciben lo que se merecen, es decir, que lo que nos ocurre es justo (**creencia del mundo justo**).

Según Janof-Bullman, tendríamos un cierto **sentimiento de invulnerabilidad**. En general, las personas estimamos que nuestras probabilidades de sufrir hechos negativos son bajas, tendemos a predecir un futuro positivo y a sobreestimar la probabilidad de que nos pasen cosas buenas.

Tras vivencias traumáticas, catástrofes o crisis, esta sensación de control o invulnerabilidad se puede ver rota, y ciertas creencias pueden rigidizarse o impedir integrar la experiencia (por ejemplo, de pérdida) de forma saludable. Se podría generar, por ejemplo, una pérdida de la sensación de continuidad de forma permanente, una sensación de pérdida de control y de agencia, capaz de

bloquear el funcionamiento de la persona en su día a día. Sin embargo, en otros casos, es posible que se haga un reajuste de creencias y escala de valores que incluso ayuden a la persona a tener la sensación de crecimiento personal.

### Efecto de la pandemia

A lo largo de la historia ha habido numerosos procesos de pandemia donde la población mundial se ha visto diezmada de forma significativa. Se observan ciertas diferencias y similitudes entre las reacciones durante estos procesos. Por ejemplo, la violencia y el pánico son reacciones que no siempre están presentes y su desarrollo podría estar relacionado con la tasa de mortalidad y un aumento brusco de esta, el grado de letalidad, la forma y rapidez de contagio, el desconocimiento sobre la enfermedad y su origen. Además, la falta de acceso a los servicios mínimos de abastecimiento y de información clara sobre el proceso seguramente ha cumplido un papel importante en el grado de desesperación de la población ante las diversas pandemias vividas.

Por ejemplo, estudios sobre las pandemias de cólera del siglo XIX y la peste del siglo XIV, explican que en ambos casos se generaron escenas de pánico, miedo intenso, huida, ostracismo, abandono de enfermos, aislamiento, conducta de ataques a enfermos y a grupos considerados responsables (extranjeros, judíos, médicos.) En ambos procesos se observa que hay una necesidad de explicar lo ocurrido y encontrar un culpable. Por ejemplo, en el siglo XIV se acusó a los judíos. En el XIX las acusaciones fueron mutuas entre pobres y ricos. También se acusaron a los médicos y autoridades. La acusación a extranjeros siempre habría estado presente. Durante la de cólera los rusos acusaron a los polacos, los polacos a los rusos y los europeos de occidente a rusos y polacos.

En particular, como efectos comunes en las personas afectadas por el proceso específico de pandemia por la COVID-19, la guía IASC (2020) enumera:

- **Miedo** a enfermarse y morir
- **Evitar** acercarse a las instalaciones de salud por temor a infectarse.
- **Miedo a perder sus medios de vida**, no poder trabajar durante el aislamiento y ser despedido del trabajo.
- Miedo a ser **excluido** socialmente por estar asociado con la enfermedad (p. e. racismo contra personas que son o se perciben de las áreas afectadas)
- **Sentirse impotente** por no poder proteger a seres queridos y miedo a perderlos debido al virus.
- **Miedo a ser separado** de los seres queridos y cuidadores debido al régimen de cuarentena.
- **Negativa a cuidar** a menores no acompañados o separados, personas con discapacidades o ancianos por temor a infección, porque los padres o cuidadores han sido puestos en cuarentena
- **Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y depresión debido al aislamiento.**
- **Miedo a revivir la experiencia de una epidemia previa.**



<sup>4</sup> Miki y Duarte. Otros efectos de la pandemia. Diario de Sevilla, 9 junio 2020. En: [https://www.diariodesevilla.es/miki-duarte/Covid-19\\_0\\_1471953307.html](https://www.diariodesevilla.es/miki-duarte/Covid-19_0_1471953307.html)

**Reacciones positivas:** no todas las reacciones serían negativas, también podría haber experiencias positivas en algunas personas, como encontrar formas de afrontamiento y resiliencia. Frente a crisis las personas pueden experimentar una gran satisfacción al ayudar a otras.

### **Efectos de la cuarentena**

No todas las cuarentenas son iguales y causan el mismo efecto. Por ejemplo, durante la epidemia SARS que afectó a Asia entre el 2002 y 2004 en Taipéi se describieron escenas de pánico y desesperación durante una cuarentena forzosa de un hospital entero tras la detección de casos (paciente, visitas y personal). Tras este evento, las personas reportaban alto grado de estrés, ansiedad, y cuadros de estrés post traumático incluso pasado un período de tiempo.

En general se ha descrito que, el pasar por una cuarentena implicará el desarrollo de un mayor malestar en general. Se habla de mayor irritabilidad, ansiedad, estados “depresivos” e incluso en algunos estudios hablan de síntomas de estrés postraumático. Sin embargo, estos resultados deben ser contextualizados y se debe tener en cuenta que, generalmente, son estudios limitados, realizados en poblaciones pequeñas.

Se asociaría a un menor malestar psicológico el vivir la cuarentena de forma voluntaria y poder significar el proceso de forma positiva, donde la persona pueda interpretar el acto como una forma activa de colaborar en la lucha contra la pandemia, por lo cual, todas las campañas de “*aplanemos la curva*” o “*cuídate, cuidanos*”, además de ayudar a frenar la propagación del virus, podrían tener un cierto efecto profiláctico en la salud mental de las personas.

También se describen como variables que influirían en el desarrollo de malestar, la mayor duración de la cuarentena, la información recibida (claridad - calidad), el miedo a estar infectado e infectar a otros, la falta de suministros (alimentos, medicación, atención médica), el desarrollo de frustración y aburrimiento y a largo plazo las consecuencias económicas y el estigma (Brooks, y otros, 2020).

### **Crisis económica y Salud Mental**

Dentro de las repercusiones más preocupantes del confinamiento y la pandemia están las consecuencias en la economía. Por ejemplo, en España, se estima que el paro aumentará (al menos) a niveles registrados durante la crisis (alrededor de un 20%).

Existe un cierto consenso sobre la relación entre crisis económica y aumento de la incidencia de trastornos mentales, el aumento de consumo de psicofármacos y el consumo de sustancias. No así en relación con el aumento de tasas de suicidios, donde se observan resultados contradictorios.

En España, el estudio IMPACT (Gil, Roca, Sanjay, & McKee, 2012) realizado en consultas de Atención Primaria reflejó que, como consecuencia de la crisis financiera que estalló a nivel mundial el año 2008, los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. Se concluyó que el desempleo constituyó el factor de riesgo más importante para este aumento. Además, se observó un aumento relevante, de alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2012. Estos datos nos advierten sobre los retos por venir y la importancia de monitorizar y prevenir la sobremedicalización de la crisis y los problemas vitales y la importancia de fortalecer los servicios de salud mental para un adecuado abordaje de las personas que lo requieran.

En relación al suicidio, el estudio IMPACT no detectó un aumento de las tasas de este en relación a la crisis económica. Sin embargo, algunos teóricos, como Kawohl y Nordt (2020) exponen que existiría una relación no lineal entre la destrucción del empleo y las tasas de suicidio. Se estima que el desempleo aumentará a nivel mundial entre un 4,936% y un 5.644% y que este aumento estaría asociado, según su modelo predictivo, con un incremento en suicidios a nivel mundial de 9.570 por año.

## **El personal sanitario. Efectos psicológicos y el concepto de “daño moral”**

Se espera que el personal pueda experimentar una variedad de respuestas “*esperables o normales*” ante una situación “*anormal*” que incluyen enfado e irritabilidad, incremento de la ansiedad, bajo estado de ánimo, mayor ingesta de alcohol, alimentos o tabaco, problemas para dormir y/o síntomas de “*estar quemado*”. Dada la magnitud de los efectos de la pandemia, el desborde vivido en los servicios de salud, la falta en momentos agudos de medios de atención al paciente y de protección, el personal sanitario se ha visto expuesto a elevados niveles de estrés y presión sostenido en el tiempo cuyos efectos psicológicos poco a poco se van viendo reflejados en diversos estudios. Por ejemplo, en un estudio transversal de 1.257 trabajadores de la salud en 34 hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 en múltiples regiones de China, una proporción considerable de trabajadores de la salud informó haber experimentado síntomas de depresión (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34%) y angustia (71%), especialmente mujeres, enfermeras, personas en Wuhan y trabajadores de atención médica de primera línea directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento o prestación de atención de enfermería a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 (Lai, y otros, 2020). Estos resultados son una foto de un primer momento, durante la pandemia y pueden reflejar el primer impacto. A medida que vaya pasando el tiempo podremos tener una perspectiva longitudinal y veremos de forma más objetiva en qué medida los efectos observados en un primer momento se cronifican y se convierten en cuadros psicopatológicos francos que requerirán de la atención debida.

Se han generado guías y recomendaciones para fomentar la resiliencia, reducir el agotamiento y el riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Surge el debate respecto al momento cuando se debe prestar atención psicológica al personal sanitario. Algunas guías recomiendan no apresurarse a ofrecer intervenciones psicológicas directas demasiado precozmente, porque intervenir sobre los mecanismos de afrontamiento de las personas demasiado pronto podría ser perjudicial. Las directrices NICE abogan por un ‘monitoreo activo’ durante el primer mes después de un trauma mayor antes de intervenir. Si el personal mostrara signos de estrés después de este tiempo, habría que consultar los servicios psicológicos. Sin embargo, la magnitud de esta pandemia supera las experiencias vividas en las últimas décadas y abre nuevos interrogantes sobre el momento y la forma más adecuada para prestar auxilio psicológico sin ser iatrogénico. La pandemia no es un evento recortado en el tiempo, han sido semanas, meses, donde los sanitarios se han visto expuestos a situaciones desbordantes teniendo que invertir todas sus energías en sostener la situación.

### **Daño moral**

Es un concepto que ha salido en algunos artículos relacionados con los efectos psicológicos de la pandemia en el personal sanitario. Este concepto ha sido utilizado mayoritariamente en el ejército, pero no se limita a una profesión en específico y puede llegar a estar asociado con estrés post traumático, depresión, e ideación suicida.

Greenberg y colaboradores (2020) explican que el daño moral se define como un profundo malestar psicológico que resulta de la realización u omisión de acciones, resultando en una violación del propio código ético y moral. Se dice que, especialmente ante decisiones “*imposibles*” sumado a presiones externa, es probable que la persona, en este caso, el profesional sanitario, pueda enfrentarse a la experiencia de “*daño moral*”. El riesgo de daño moral se incrementaría si se pierde la vida de una persona vulnerable, se percibe que los líderes no se hacen responsables y no sostienen al equipo, si el equipo no se siente preparado para tomar esas decisiones, si el evento sucede durante otros sucesos traumáticos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido) y si hay una falta de apoyo social posterior.

Este daño moral tendría más probabilidades de evolucionar hacia un proceso psicopatológico si la persona percibe que no recibe apoyos durante o después del evento desafiante por parte de pares y supervisores. Esto nos advierte de la importancia de generar espacios dentro de los equipos de trabajo para poder pensar, compartir experiencias, hablar sobre las decisiones difíciles, como parte del proceso

de trabajo, para que la persona que se enfrenta a este tipo de experiencias no sienta que está solo y pueda mantener el sentido de su quehacer.

### **¿Y nosotros? Frente a los pacientes y en nuestro trabajo día a día**

Quisiera compartir mi reflexión personal respecto al autocuidado como trabajadores en salud mental, que va en consonancia con guías que hablan sobre fomentar el apoyo dentro del equipo, como un acto preventivo.

Primero me parece importante destacar que hay que ser respetuosos con el estilo y espacio de cada uno. Habrá alguno que prefiera buscar apoyo, verbalizar, exponer, otros más reservados. Está bien.

En muchas guías de ayuda a profesionales ante el COVID-19 se propone hacer un ejercicio de **autoobservación: “Parar y sentir”**. **Debemos hacernos la seria pregunta de si esto ¿En lo posible lo hacemos posible en nuestro qué hacer cotidiano?** Parar y sentir - y pensar en lo que sentimos - es la materia prima de nuestro trabajo. Parece entonces que deberíamos al menos reflexionar sobre la posibilidad de hacerlo en nosotros mismos. **¿Aplico en mí lo que le pido a los pacientes?**

Desde luego parece importante hacernos cargo de lo que nos pasa para trabajar con los pacientes con el objetivo que ellos que se hagan cargo de lo que les sucede. A veces lo que nos ayuda parece una exigencia más o en el otro extremo un lujo. Con las agendas funcionando a tope podríamos llegar a pensar: *“encima... ¿tengo que parar y sentir?”*. Debemos esforzarnos por construir un modo de trabajo que nos lo permita. Tenemos que ser activos en buscar la forma de conseguirlo a pesar de lo rápido que va la vida y la alta demanda. La gestión debe tomar en cuenta esto, la institucional y la personal de cada uno con sus propias agendas y cuestiones.

Como humanos que somos no estamos exentos de ser afectados por la pandemia en diferentes niveles y formas, es posible que en alguna ocasión nos sintamos identificados por los procesos que estén viviendo los pacientes (incertidumbre, duelos, desesperanza). No es extraño que esto genere cierta inquietud y nos haga reflexionar sobre nuestra forma de estar frente al paciente, cuál es nuestro papel en esa relación.

Me parece clave tener en cuenta la importancia de ser auténticos. En un momento como en la actual pandemia, donde la sensación de vulnerabilidad aumenta en todos, es importante que los pacientes puedan confiar y sentir que están frente a un otro real. Sin necesidad de poner a nuestros pacientes a sostener nuestros dolores, achaques o intimidades, creo que podemos (y debemos) mostrarnos reales, auténticos y estar disponibles a pesar de que a días vayamos a medio gas.

El poder normalizar las reacciones en los pacientes pasa primero porque las podamos sostener en nosotros mismos y permitirnos estar como estamos para luego buscar los apoyos necesarios y explicaciones que nos ayuden a seguir. El poder ayudar al otro a pensar, mentalizar sobre lo que le sucede, implica que nosotros podamos antes permitirnos pensar sobre nuestros propios procesos.

Ojo con la distancia y neutralidad: cada uno conoce su punto óptimo, pero a veces quizás nos enfriamos, distanciamos escudados en la idea de que la neutralidad ante el paciente es lo que debe ser, cuando en realidad quizás estamos evitando, escapando, de nuestra propia experiencia y en ocasiones esta neutralidad enfría tanto la relación que nos podemos encontrar a kilómetros de distancia de la experiencia de nuestros pacientes.

En definitiva, ser lo que somos, humanos. Pero, en esta tarea donde creamos una relación asimétrica donde somos nosotros los consultados, no podemos romper esta asimetría y debemos sentir que vemos algo de luz en el camino terapéutico o asistencial, que sabemos para dónde vamos, o que al menos lo que hacemos tiene un sentido. Cuando esto se rompe, cuando, por ejemplo, es en nosotros donde ya no habita la esperanza, debemos escucharnos y pedir ayuda, quizás en nuestra red personal, quizás en un compañero de confianza o en otra relación asimétrica donde sea otro el consultado y nosotros los guiados, ayudados, escuchados, sostenidos o supervisados.

## Crear cultura

Es responsabilidad de cada uno de nosotros y también (y mucho) de la institución donde trabajamos, hacer aportes para crear una cultura donde se legitime hablar más de nuestras experiencias, emociones y dificultades en el quehacer. Nosotros que trabajamos bajo estas consignas deberíamos ser expertos en poder aplicarlas y valorar el gesto de pensar en las dificultades como una forma de mejorar nuestra atención hacia los pacientes.

Deberíamos poder desembarazarnos de ese extraño ideal donde el profesional de la Salud Mental no siente ni padece, o por lo menos debe parecerlo para no caer en una de las temibles etiquetas de las que todos rehuimos y en las que todos, seguro, calzamos al menos un poco.

También me es curioso pensar en lo individualizados que funcionamos, por ejemplo, en un CSM. Dentro de cada despacho seguro que todos sentimos con los pacientes y sostenemos “*altas graduaciones*” de emoción, uno frente a uno (profesional frente a paciente), a veces uno frente al grupo, y de ahí a casa. En el camino alguien pregunta ¿Qué tal? ... ¡la respuesta tipo es siempre BIEN!

Lanzo una pregunta: ¿existen suficientes espacios para poder dar otra respuesta en el contexto en el que trabajamos?

Ante la realidad de nuestra condición humana, trabajando con experiencias dolorosas y ante pacientes frágiles, parece fundamental el fomentar los espacios de supervisión, ahí debe ponerse gran parte de nuestros esfuerzos de cuidado como equipo, la institución debe fomentar y facilitar a los profesionales de la salud mental el generar y participar en estos espacios más que nunca, como una medida de protección hacia profesionales, pacientes y el quehacer en general.



## Bibliografía

- Fernández, A., & Rodríguez, B. (2002). *Intervención en crisis*. Barcelona: Síntesis .
- Brooks, D., Ebster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (26 de febrero de 2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rápid review of the evidence. *Lancet*(395), 912-929.
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en atención primaria: Orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 643-655.
- Gil, M., Roca, M., Sanjay, B., & McKee, M. S. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010 . *European Journal of Public Health*, 103-108.

- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & y Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic. *BMJ*, 1211. doi:10.1136/bmj.m1211
- IASC (14 de Marzo de 2020). Cómo abordar los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. Recuperado el 18 de Abril de 2020, de [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29\\_0.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf)
- Janoff-Bullman. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Lai, J., Simeg, M., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., & al, e. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. doi::e203976
- Organización Panamericana de Salud. (2016). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado el 15 de Abril de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (Marzo de 2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(6). doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Williams, R., Bisson, J., & Kemp, V. (15 de November de 2014). Principles for responding to people's psychosocial and mental health needs after disasters. *The Royal College of Psychiatrists. Occasional Paper. OP94*. Recuperado el 15 de Abril de 2020, de <https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf>



Corona-Mandala, coloreado por la joven artista Olivia (de tres años y medio de edad)

# INTERVENCIÓN EN DUELO. CASO CLÍNICO: LA DOBLE PÉRDIDA

Helena Paineira Domínguez

PIR Psicología Clínica CSM Villaverde – H.U. 12 de Octubre <sup>5</sup>

El duelo es un proceso de adaptación que experimenta una persona tras la pérdida de algo importante para ella, durante el cual se dispone a vivir sin lo que ha perdido. Si bien es un proceso normal y esperable, existen una serie de factores que pueden complicar el duelo, haciendo que la persona requiera de intervención especializada. La pandemia actual ha provocado un gran número de muertes y las circunstancias que las rodean suponen mayor vulnerabilidad para los dolientes de desarrollar un duelo complejo. En el presente artículo se presenta un caso de duelo complicado anterior al Covid-19, pero que comparte algunas de las características de riesgo. El objetivo del presente artículo es fomentar la reflexión acerca de la intervención en duelo, así como acerca del autocuidado de los profesionales que atienden a personas que sufren.

## Duelo normal

El duelo es un proceso durante el cual una persona que ha perdido algo importante para ella se adapta y se dispone a vivir sin ello (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2004). Hace referencia a cualquier tipo de pérdida que la persona perciba como irreversible. Así, podemos hablar de duelo en casos de pérdidas de salud, de casa, de trabajo, rupturas de pareja, etc...

El término “proceso” implica la necesidad de tiempo para asimilar la pérdida y la duración de este va a ser diferente para cada persona. No existe un duelo “normativo”, cada duelo es único por lo que cada persona va a precisar un tiempo y un ritmo propios. El duelo no es una enfermedad o patología sino una reacción normal y esperable de dolor ante la pérdida (Worden, 2013). Como tal, conlleva una serie de reacciones a nivel emocional, conductual, físico y cognitivo.

Se enuncian a continuación algunas de esas reacciones.

Emociones	Pensamientos	Conductas	Síntomas físicos
Tristeza Ansiedad Irritabilidad	Aturdimiento Confusión	Alteraciones sueño y apetito	Opresión en pecho y garganta, falta de aire
Culpa Rabia	Preocupaciones Rumiaciones	Dificultades de concentración Hiperactividad	Falta de energía Debilidad muscular
Soledad, desamparo	Fenómenos de presencia	Aislamiento social	Vacío en el estómago
Insensibilidad Anestesia emocional	Alucinaciones visuales o auditivas	Evitación recuerdos de la persona fallecida	Hipersensibilidad al ruido

<sup>5</sup> Presentada en Sesión clínica *on line* CSM Villaverde, 21 de mayo de 2020

## Duelo complicado

Existen una serie de manifestaciones que podrían indicar que la persona está en duelo complicado:

- Evitación de todo lo que le recuerde a la pérdida del ser querido.
- Negación del fallecimiento: esperanza de que va a volver.
- Abuso de sustancias o cualquier tipo de adicción como forma de no pensar o paliar el dolor.
- Culpa invalidante, no limitada a la muerte del ser querido, que se generaliza a otras áreas de la vida de la persona.
- Dudas acerca de la propia valía, sentimiento de inutilidad e incapacidad.
- Deterioro en el funcionamiento diario, descuido personal.
- Confusión acerca del propio papel en la vida.
- Ideación suicida.

Cualquiera de estas manifestaciones puede presentarse en un duelo normal, especialmente al inicio del proceso. Cuando se prolongan en el tiempo más de lo esperable o son de elevada intensidad hablaríamos de duelo complicado. Por tanto, la principal diferencia entre duelo complicado y duelo normal no radica en la presencia/ausencia de ciertas manifestaciones, sino en su intensidad y duración. Pensaríamos en duelo complicado cuando: hay una prolongación del proceso de duelo normal, la persona está estancada en alguna de las etapas/tareas, existe una falta de regulación emocional o la persona realiza conductas desadaptativas (adicciones, conductas de riesgo...).

Las guías diagnósticas no han incluido el duelo patológico como entidad propia hasta el DSM 5, donde se puede encontrar el *Trastorno por Duelo Complejo Persistente* dentro del capítulo de *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*.

Ante la dificultad de decidir cuando la duración de estas manifestaciones indica un duelo complicado, tarea que asumía el clínico bajo su criterio, el DSM 5 ha marcado el límite temporal en un 1 año. Para poder realizar el diagnóstico de Trastorno por Duelo Complejo Persistente los síntomas han de estar presentes al menos un año desde la pérdida.

En la búsqueda de explicaciones acerca de por qué algunas personas desarrollan duelo complicado mientras que otras no, se han encontrado una serie de factores de riesgo en relación a las características de la muerte, de la relación entre fallecido y doliente y la propia historia previa del paciente.

Si bien no todas las personas que compartan algunas de estas características van a desarrollar un duelo patológico, es relevante tener en cuenta los factores que reseñamos en la siguiente tabla a modo de prevención.

Circunstancias de la muerte	Personales	Relacionales
Muerte súbita	Vulnerabilidad pre-pérdida	Cercanía con el fallecido
Paciente no presente en el momento de la muerte	Estrategias de afrontamiento pasivas	Apego ambivalente, conflictos previos
Suicidios, homicidios, desapariciones	Historia previa de duelos/traumas no resueltos	Falta de apoyo social/familiar
Desconfianza ante el tratamiento médico	Ausencia de fe o creencias religiosas	Dependencia hacia el fallecido

## **Duelos por Covid-19**

Los factores descritos anteriormente hacen referencia a los duelos que hasta ahora podríamos haber encontrado en la clínica. La pandemia actual por Covid-19, introduce otra serie de características de los fallecimientos que aumentan el riesgo de desarrollar duelos complicados. Muchas de las características anteriores pueden aparecer en duelos por Covid-19, si bien las condiciones relativas a la muerte durante esta pandemia suponen factores de riesgo específicos, que pueden complejizar el trabajo psicoterapéutico (Cabrera et al., 2020) y (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira, Mora-Jaimes, Córdoba-Castañeda & Duque-Moreno, 2020):

- No posibilidad de acompañamiento del enfermo en su estancia en el hospital debido a las medidas de seguridad.
- Dificultades para despedirse del ser querido y para realizar rituales funerarios (velatorio, funeral...).
- Rapidez del agravamiento de los síntomas y precipitación de la muerte.
- Desconfianza o dudas acerca del tratamiento médico recibido. Si bien esto puede aparecer en otro tipo de duelo, en los duelos por Covid-19 puede tener más elementos de realidad, ya que por falta de recursos el personal sanitario se ha visto obligado a tomar decisiones acerca del tratamiento médico a favor de unos pacientes en detrimento de otros. La sensación de que la muerte podría haber sido evitada puede complicar el duelo.
- Menor contacto con familiares y red de apoyo, menor capacidad del entorno para la contención debido a las restricciones de contacto físico.
- Culpa por no haber llevado al enfermo antes al hospital y/o por haber contagiado al familiar.
- Pensar que su familiar se ha muerto solo y con dolor.
- Estrés añadido por el estado de alarma y posibilidad de contagio propio o de otros familiares.
- Dificultad para volver a una rutina estable y para realizar actividades de disfrute habituales debido al confinamiento.

Como veremos, el caso que se expone en el presente artículo no se trata de un duelo por Covid-19, pero comparte varios de los factores de riesgo de la pandemia (no posibilidad de despedirse, precipitación de la muerte...), por lo que algunos de los recursos empleados podrían resultar útiles en el trabajo con duelos de este tipo.

### **Intervención en duelo: duelo como proceso**

La intervención realizada en este caso se ha basado en la concepción del duelo como un proceso. Esto, como hemos visto, conlleva una serie de implicaciones a nivel teórico así como determina la forma de trabajar en la clínica. Desde esta perspectiva se entiende que el doliente ha de asumir una posición activa (Neimeyer, 2002). En este sentido, en lugar de hablar de fases (por las que uno ha de pasar de forma pasiva), hablamos de tareas, término que enfatiza la consecución de objetivos por parte del paciente a lo largo del proceso (Worden, 2013).

Esta concepción del duelo como proceso activo se remonta a Freud, quien ya afirmaba que el duelo suponía un trabajo de elaboración de cada individuo frente a la concepción clásica del duelo como enfermedad (Freud, 1948).

Worden ha rescatado esta idea y ha introducido el trabajo de duelo mediante las tareas (Worden, 2013).

En el siguiente gráfico se muestran las cuatro tareas descritas por Worden.



En los duelos normales las personas van superando cada uno de los retos que supone cada tarea, mientras que en los complicados las personas se encuentran atascadas en una o varias de ellas, siendo importante para el trabajo clínico la identificación de la tarea en la que se encuentra el paciente. A continuación presento una tabla resumen en la que se describe como reconocer en qué fase se encuentra el paciente y las técnicas asociadas a cada tarea.

	<b>Tarea I: Aceptación pérdida</b>	<b>Tarea II Trabajar el dolor</b>	<b>Tarea III Adaptarse al medio sin el fallecido</b>	<b>Tarea IV Recolocar al fallecido</b>
<b>¿Cómo se identifica?</b>	Expresión de frases como “no está muerto, solo ausente”, hablar del fallecido en <b>presente</b> , no hablar de él ni de su muerte. <b>Esperar que vuelva.</b>	El paciente puede hablar de lo sucedido pero su relato carece de emoción. Aceptación a nivel intelectual pero no emocional, <b>lo sabe, pero no lo siente.</b> <b>Evitación del recuerdo.</b>	<b>Ideas de inutilidad,</b> cuestionamiento de la propia eficacia. Aislamiento, no asunción nuevos roles o habilidades. <b>Estancamiento.</b>	<b>Negación</b> a establecer <b>nuevas relaciones.</b> <b>Culpa</b> en momentos de placer.
<b>¿Qué hacer?</b>	Proporcionar estrategias de <b>regulación emocional.</b> Propiciar <b>hablar de la pérdida,</b> elaborar una narrativa.	Proporcionar una <b>base segura</b> en la que el paciente pueda <b>expresar sus emociones</b> y animarle a ello.	Explorar formas de afrontamiento disfuncionales. <b>Ensayar</b> nuevas <b>habilidades.</b> <b>Reforzar</b> implicación en <b>red social.</b>	Explorar dificultades para continuar con su vida, <b>fomentar nuevas relaciones.</b> Propiciar el darse <b>permiso para dejar de sufrir,</b> aclarar que esto no implica el olvido.

## **Intervención en duelo: duelo y familia**

Por último, me gustaría señalar que si bien hasta ahora hemos hablado de cómo la muerte de un ser querido afecta de forma individual, ésta influye también a todo el sistema familiar.

A nivel individual, un duelo puede suponer una fragmentación del mundo interno de la persona, una ruptura de sus creencias (el mundo es justo y predecible, la vida tiene un sentido...), y en este sentido el trabajo de duelo conllevará una reconstrucción de este mundo ajustando las creencias de forma más madura a la realidad actual (Payás, 2010). Según Neimeyer (2001), la reconstrucción de significado es el principal proceso que afrontan quienes han sufrido una pérdida.

A nivel familiar, entendemos que la forma en la que los diferentes miembros reaccionan ante la pérdida va a tener una influencia en la familia como conjunto y en sus interacciones. A su vez, la manera de actuar como familia también va a condicionar el proceso de duelo de cada miembro, tratándose por tanto de una interacción bilateral (Pérez Trenado, 2014). Cuando muere un miembro de la familia, además de la pérdida de la persona, se pierden los roles y las funciones que ésta desempeñaba, quedando vacíos a la espera de una nueva reorganización (Espina, Gago & Pérez 2005). Esto produce un desequilibrio en la familia, y dependerá del grado de flexibilidad o rigidez de ésta la forma de resolución. Las familias con límites rígidos, tendrán mayores dificultades a la hora de adaptarse al cambio y la asunción de nuevos roles, tenderán al estancamiento y a complejizar el proceso de duelo (Pérez Trenado, 1999).

## **Presentación del caso**

Presento a continuación el caso clínico de M, mujer de 30 años en proceso de duelo. Acude a consulta de Psicología Clínica por derivación de su Médico de Atención Primaria 11 meses después del fallecimiento de su madre de 60 años.

Refiere que la muerte de su madre fue repentina, debido a un infarto, sin antecedentes previos cardiovasculares. En el momento de la muerte, la paciente se encontraba en casa con su marido y su primer hijo recién nacido (dos semanas antes). La llamaron del hospital para darle la noticia de que había fallecido. Refiere haber experimentado confusión: *“acababa de tener a mi hijo y me dan esa noticia... No entendía nada”*. Desde que le dan la noticia refiere haber perdido la ilusión por la crianza de su bebé.

## **Motivación**

Se trata de una mujer que se encuentra en un proceso de duelo, en riesgo de ser complicado. Si bien cuando llega a consulta no se ha cumplido un año desde la pérdida y por tanto, no cumple con los criterios temporales del DSM 5 para el diagnóstico de *Trastorno por Duelo Complejo Persistente*, consideramos que presenta una serie de manifestaciones que se han alargado en el tiempo, así como la paciente se encuentra estancada en la primera tarea: el reconocimiento de la pérdida. Además, dado que la paciente ha tenido su primer hijo recientemente y el duelo está interfiriendo en sus funciones maternas, asumimos este caso por una parte a modo de prevención del desarrollo de un duelo patológico o depresión, y por otro, para favorecer la relación de apego entre madre y bebé.

## **Motivo de consulta**

La paciente acude por recomendación de MAP y consejo de familiares y amistades, siendo su propia demanda limitada: *“Creo que nadie me puede ayudar”*. En la primera entrevista refiere tener muchas dificultades para asumir la pérdida de su madre, así como dificultades en el desempeño de sus funciones como madre, no habiendo desatendido a su bebé, pero con dificultades para establecer vínculos dado su estado anímico.

## Listado de problemas

- Dificultades para conciliar el sueño debido a pensamientos y recuerdos recurrentes del fallecimiento.
- En situación de baja laboral desde los últimos meses de embarazo. Miedo e inseguridad ante la posibilidad de reincorporación, sentimientos de inutilidad e incapacidad para desempeñar su trabajo.
- Aislamiento, negativa a hacer planes con amistades.
- Anhedonia y apatía, ha dejado de hacer actividades con las que disfrutaba.
- Llanto frecuente.
- Refiere olvidos y bloqueos frecuentes en su día a día.

## Núcleo familiar

Vive con su marido y su hijo, de 11 meses y medio. Padre jubilado, de 66 años. Tiene un hermano de 33 años, casado y con un hijo de 5 años.

Refiere haber tenido siempre muy buena relación con ambos progenitores, siendo la madre la figura confidente y de apoyo principal.

## Dificultades en el proceso terapéutico

- Dificultad para hablar de la madre en pasado y hablar de su muerte.
- Esperar que vuelva en algún momento. Mantenimiento de sus pertenencias intactas.
- Culpabilidad intensa en relación a la mejoría (*"mejorar supone olvidar"*).
- Intelectualización de los afectos. Dificultades para la expresión emocional.
- Dinámica familiar:
  - o El padre y el hermano evitan hablar de la fallecida y de su muerte.
  - o Rol parentalizado por parte de la paciente.
  - o Presión por parte del marido para la *"superación"* del duelo.
- Idealización vida antes del fallecimiento. Ruptura vital.
- Negativa a reincorporación al trabajo.

## Intervención

Como hemos visto, las tareas descritas por Worden no requieren de un orden secuencial y la persona puede volver a presentar dificultades en una tarea ya trabajada, como ha ocurrido en este caso. Se han agrupado las estrategias de intervención siguiendo el esquema de las cuatro tareas, si bien estas estrategias han estado presentes a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico en función de las necesidades de la paciente.

### Tarea 1

Las técnicas encuadradas en esta tarea están orientadas a facilitar la asunción de la pérdida, frente a la dificultad de la paciente para asumirla como real.

- Psicoeducación del duelo y qué esperar de la terapia.
- Lenguaje claro acerca del fallecimiento, fomentar hablar de la madre en pasado: *"La muerte de tu madre"*, *"Cuando falleció..."*.
- Tarea de escritura como forma de facilitar su expresión emocional: cómo se siente, qué le diría a su madre.

- Experiencias pseudoalucinatorias (fenómenos de presencia, escuchar pasos...). Normalizar y buscar un significado para la paciente.
- Búsqueda de significado en la muerte. La paciente no poseía creencias espirituales o religiosas previas, se encuentra con la necesidad de *“creer en algo”*.
- Explorar la posibilidad de mover las pertenencias. Dificultad añadida de su padre.

### **Tarea 2**

Las técnicas empleadas en esta segunda tarea han tenido el objetivo de facilitar la expresión emocional así como construir una narrativa con sentido para la paciente. Ç

- Normalizar las emociones en contexto de duelo. Propiciar un espacio seguro y libre de juicios frente a los sentimientos de incompreensión de la paciente por parte de su entorno.
- Explorar ideas autolíticas. Aparecen ideas de muerte pasivas como forma de reencuentro con la madre. Expresa alivio al poder contarle y normalizarlo.
- Abordar emociones:
  - o Ira con el mundo: *“¿Por qué?”*. La madre era una mujer joven y sana, sin enfermedades previas.
  - o Culpa. La emoción más frecuente en esta paciente. Asociada a su mejoría (*“si mejoro me olvido”*) y al hecho de no haber estado los primeros meses de vida de hijo en las mejores condiciones para cuidarlo.
  - o Sensación de tener que renunciar a uno de los dos (madre o hijo).

### **Tarea 3**

Dentro de las estrategias empleadas en la tercera tarea, encontramos aquellas que orientan a la paciente a retomar actividades, asumir nuevos roles y en definitiva a superar el estancamiento vital.

- Resignificación de incorporación laboral, preparación para la vuelta. Trabajo como forma de explorar otros roles además del de hija y madre, así como de valía personal y contacto social.
- Exploración sistema familiar: rol del fallecido, comunicación entre los miembros, duelos del resto de familiares.
- Anticipación de momentos difíciles: primer aniversario de la muerte, cumpleaños, Navidades, etc...
- Desidealización de su vida previa: *“¿Qué cosas no iban tan bien?”*.

### **Tarea 4**

En la cuarta tarea, hemos abordado la orientación de la paciente hacia el futuro, permitiéndose hacer planes e invertir tiempo y esfuerzo en nuevas relaciones.

- Distinguir que *“recolocar”* no es *“sustituir”* ni *“olvidar”*.
- Trabajar la culpa en relación a momentos de autocuidado o disfrute.

### **Reflexión**

He titulado el caso como *“doble pérdida”* ya que además de la pérdida debido al fallecimiento de su madre, la paciente expresa reiteradamente sentir haber perdido los primeros meses de vida de su hijo. En este sentido, ha tenido que realizar un trabajo de ajuste entre las expectativas que se había formado en cuanto a la maternidad y cómo ha resultado en realidad. El título bien podría

haber sido “*múltiples pérdidas*”, ya que la paciente expresa haber perdido otras partes de sí misma con las que ya no se identifica.

En relación al momento del ciclo vital en el que se produce la pérdida, la paciente se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad. Acaba de tener a su primer hijo y por tanto, ha de asumir un rol materno, mientras que su referente en el rol de cuidado ya no está presente. Además, dado el duelo complicado que atraviesa también el padre, la paciente asume un rol de sostén también de éste, siendo en la familia la figura central. Pierde también a mi entender, su parte infantil.

Parece que la paciente asume una gran responsabilidad de cuidado de todos los miembros de la familia, teniendo la sensación de que nadie la sostiene a ella. El nuevo rol de madre, que implica en alguna medida pasar de poner el foco en sí misma para prestar toda su atención y recursos a su bebé, podría ayudarnos a entender por qué esta mujer con adecuado funcionamiento previo se encuentra estancada en el duelo. Quizá no haya podido permitirse asumir la realidad de la pérdida cuando ha tenido que centrarse en el cuidado de su hijo, ya que conectar con su dolor podría haber puesto en riesgo los cuidados proporcionados a su bebé.

## **Discusión**

Además de las dificultades encontradas en la paciente durante su proceso de duelo, me parece relevante destacar mis propias dificultades, tanto como profesional como todas las dudas a nivel personal que ha suscitado el trabajo con ella.

A nivel técnico, la mayor dificultad que me he encontrado ha sido la de mantener la sintonía con la paciente, entendiendo esta no solo como la empatía de entender por qué está pasando, si no también poder ver qué necesita en cada momento (Payás, 2010). En este sentido, he aprendido que durante todo el proceso de psicoterapia, los pacientes pueden seguir presentando momentos de evitación de la pérdida, resistiéndose a hablar de ella y a asumir esta realidad. Los momentos de evitación se alternan con otros de confrontación, de querer contar y contactar con el dolor, sin que esto suponga un fracaso en el tratamiento, si no una evolución normal.

A nivel personal, este caso ha supuesto el cuestionamiento de mis propias creencias acerca de la vida y la muerte, así como conectar con mi propia muerte y la de mis seres queridos. En esta línea, he aprendido que la propia experiencia puede facilitar la empatía hacia los pacientes (todos hemos pasado una experiencia de duelo), si bien considero que esto también puede suponer un riesgo de identificación o proyección hacia el paciente. Desde mi propia experiencia, resulta importante poder identificar los aspectos no resueltos del terapeuta para no tratar de elaborarlos de manera inconsciente a través del trabajo con el paciente.

El hecho de que seamos nuestra propia herramienta de trabajo ayuda en cuanto a que la empatía nos permite conectar con el paciente e identificar qué es lo que más le puede convenir, pero esto supone a su vez un desgaste emocional para nosotros. En este sentido, el distanciamiento emocional como forma de tomar distancia de lo que le ocurre al paciente puede resultar útil, si bien un exceso puede posicionarnos de una manera fría e insensible, lo que seguro afectará a nuestra intervención. Todo esto puede provocar un aumento de la sensación de frustración, soledad y desgaste en nuestro entorno laboral.

Oliver, de Albornoz & López (2011) proponen una serie de recomendaciones de autocuidado, siendo el principio fundamental “*Escucharse, entenderse, atenderse y asumir el compromiso de cuidarse cuando se cuida a los demás en contextos de sufrimiento*”. Algunas de las recomendaciones específicas a nivel individual consisten en normalizar las reacciones emocionales intensas como parte del trabajo (en lugar de pretender que no aparezcan), reconocer los propios límites y permitirse pedir ayuda. A este respecto, considero relevante que las medidas de autocuidado se promuevan dentro del equipo de profesionales, fomentando un clima de seguridad en el que puedan sentirse acompañados y entendidos. Serán de gran ayuda las supervisiones de casos y los espacios de puesta en común entre profesionales, establecer un horario en el que puedan compartir experiencias y dificultades y reforzar estos espacios en momentos de mayor carga y estrés como puede ser la pandemia por Covid-19.

## Conclusiones

Se ha presentado un caso de duelo complicado que comparte características con los duelos que pueden acudir a consulta a raíz de la pandemia por Covid-19. El trabajo con este tipo de casos puede suponer un riesgo para los profesionales dada la carga emocional y el desmantelamiento de creencias propias y posterior trabajo de reconstrucción.

Además, hay que tener en cuenta el impacto directo de la pandemia en los profesionales, sumando a la intensidad emocional de las vivencias de los pacientes sus propias pérdidas, así como el proceso de adaptación a esta nueva situación, que genera tanta incertidumbre y estrés.

Por tanto, además de poner el foco en las intervenciones con los pacientes, los profesionales deberán prestar especial atención a sus emociones y sus necesidades. Si bien el autocuidado comienza en uno mismo, este no debería limitarse al nivel individual sino que es fundamental su promoción en el entorno laboral mediante todo tipo de acciones que permitan parar y reflexionar sobre el propio trabajo y sus consecuencias.

## Bibliografía

- APA, A., & American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*.
- Cabrera, C.E., García, N., Montejo, M., Plaza, G., Prieto, P., Rey, P., Robles, M., Vega, N.E. & Alarcón, E. (2020). *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos de coronavirus (COVID-19)*. IPIR.Duelo y pérdidas. Recuperado de <http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-DUELO-COVID19-2020.pdf>.
- Espina, A., Gago, J., & Pérez, M. (2005). *Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar*. Revista de psicoterapia, 4(13), 77-87.
- Fernández Liria, A. Rodríguez Vega, B. *Intervenciones sobre duelo. Programa de autoformación. Psicoterapia de respuestas traumáticas*. Vol.2; 2004.
- Freud S. (1948) *Duelo y melancolía*. En Freud S. *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva 1087-1095.
- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A. F., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. C., & Duque-Moreno, J. (2020). *Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia*. Revista Salud UIS, 52(2), 182-183.
- Neimeyer R.A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Oliver, E. B., de Albornoz, P. A. C., & López, H. C. (2011). *Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 18(2), 59-65.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.
- Pérez Trenado, M. (1999). *El proceso de duelo y la familia. La familia en la terminalidad*, Bilbao, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Pérez Trenado, M. (2013). *Duelo: proceso individual, proceso familiar, proceso social*. [online] Disponible en: <http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>.
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (4ª edición). España: Paidós.

# VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

Eva Ávalos Castro

Trabajadora Social. CSM Villaverde <sup>6</sup>

## En riesgo, no olvidadas

El mundo vive confinado por la pandemia covid-19. Eso significa que la mayoría de las personas no podemos salir de nuestras casas si no es para lo estrictamente necesario.

Para mucha gente el confinamiento está resultando difícil de cumplir por las implicaciones sociales que ello conlleva. Sin embargo, para las mujeres que sufren violencia de género, este encierro obligado es una condena. Condenadas a vivir con sus maltratadores.

Si entre los elementos que caracterizan la violencia de género se encuentran el AISLAMIENTO y EL CONTROL, en circunstancias del confinamiento y su impacto en la violencia de género, crea las condiciones idóneas para que los elementos de la violencia de género se potencien: aíslan aún más a las mujeres, aumenta el control por medio de la clausura formal en el hogar, facilita la impunidad al aumentar las barreras para que las mujeres puedan salir de la violencia y crea un contexto que facilita el uso de cualquiera de sus formas ante el más mínimo estímulo.

Las mujeres que sufren violencia de género son las grandes víctimas de esa situación generalizada de confinamiento. Cuando además hay menores de por medio, la situación es aún más grave, ya que sus vidas están en peligro constante. Y es que para estas mujeres y sus hijos, el hogar puede ser un lugar de miedo y abuso.

La tarea fundamental que la **Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género** lleva a cabo es el seguimiento de las usuarias, que en mayor o menor medida sufren esta violencia. En el Servicio de Atención a Mujeres se presta asesoramiento legal y apoyo psicosocial a todo tipo de mujeres que sufren todo tipo de violencia y cada caso es único, cada mujer relata su historia tan particular y personal como ella misma.

Cuando se decretó el estado de alarma sanitaria en nuestro país, el Ministerio de Igualdad de España lanzó la guía "*Estamos contigo. La violencia de género la paramos unidas*" con el objetivo de dar a conocer los recursos disponibles a la ciudadanía.



<https://violenciagero.igualdad.gob.es/sensibilizacionConcienciacion/campañas/violenciaGobierno/todoSaldráBien/GuiaVictimasVGCovid19.pdf>

<sup>6</sup> Presentada en Sesión clínica *on line* CSM Villaverde, 4 de junio de 2020

Por su parte, el Ministerio de Interior actualizó una aplicación llamada **Alertcops** que sirve para enviar alertas anónimas a la comisaría o cuartel más cercano. Introdujeron un botón llamado SOS para denunciar casos de maltrato durante el confinamiento. El sistema permite grabar unos segundos con el móvil ese sonido llega directamente a las fuerzas de seguridad.



**#LA VIOLENCIA MACHISTA LA PARAMOS UNIDAS**

**ALERTCOPS**  
Botón SOS  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

www.alertcops.es

**ALERTCOPS**

> **¿PARA QUÉ SIRVE EL BOTÓN SOS?**  
Envía una alerta urgente al centro policial más cercano junto con tu posición y una grabación de audio de 10 segundos de lo que está pasando.

> **¿CÓMO LO INSTALO?**  
1. Instala AlertCops y regístrate.  
2. Identifícate como miembro del colectivo VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: Accede a "Mis Datos" en la pestaña "MÁS" y completa la sección "Colectivo" con el código "AVDG" y tu DNI o NIE.

COLECTIVO	INFORMACIÓN
<p>Código de colectivo:</p> <p>AVDG</p> <p>Identificador:</p> <p>Introduce tu DNI / NIE</p>	<p>Has sido dado de alta en el colectivo Víctimas de Violencia de Género. Puedes activar el botón SOS en "MÁS" -&gt; "Botón SOS"</p> <p><b>ACEPTAR</b></p>

3. Accede a la opción "Botón SOS" desde la pestaña "MÁS" y concede todos los permisos para poder grabar y almacenar audio.  
4. Añade el widget de AlertCops en tu móvil Android o iOS:

**PARA ANDROID:**

- Mantén pulsado un espacio vacío de una pantalla de inicio.
- Toca Widgets y busca "Botón SOS".
- Mantén pulsado el widget "Botón SOS".
- Desliza el widget a la ubicación que desees. Levanta el dedo.

**PARA IOS:**

- Desliza el dedo hacia la derecha en la pantalla de inicio o en la pantalla de bloqueo.
- Desplázate hasta el final y pulsa Editar.
- Para añadir un widget, pulsa +.
- Para terminar, pulsa OK.

> **¿CÓMO ENVÍO UNA ALERTA SOS?**  
En caso de encontrarte en situación de riesgo, pulsa de forma repetida el "botón SOS", al menos 5 veces en menos de 6 segundos. El sistema remitirá una alerta SOS al centro policial más cercano de forma automática y desatendida.

Descarga: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.alertcops4.app&hl=es>

## Los datos de la violencia de género en tiempos de coronavirus

Si bien los datos en España confirman un menor número de denuncias en los juzgados especializados en violencia machista desde que comenzó el estado de alarma, sí se ha producido un aumento de llamadas al 016. Esto implica que la violencia de género no ha disminuido, sino que la libertad de movimientos de las víctimas es mucho menor.

- A fecha de 1 de junio de 2020, según cifras oficiales (portal <http://www.femicidio.net>), 4 mujeres han sido asesinadas durante el confinamiento en España.

- Disminución de denuncias, lo que demuestra que las mujeres son invisibles cuando no hay denuncias. En el momento de confinamiento, hay menos agresiones físicas, pero sí hay agresiones sexuales en el domicilio, así como violencia psicológica.
- Las llamadas al 016 aumentaron en un 60%, siendo las demandas consultas legales relacionadas con custodias de hijos o planes de divorcio, una vez termine el confinamiento.
- Incremento de los quebrantamientos de prohibición de establecer contacto por redes sociales o mensajes por parte de los agresores

El estudio de las consecuencias del confinamiento en mujeres que sufren violencia de género debe contemplar dos fases: durante el confinamiento, con el aumento en todas sus formas (física, psicológica y sexual), y tras el confinamiento, centrándose en la valoración del riesgo de letalidad, el cual se incrementa debido a la percepción de pérdida de control que tiene el agresor.

### **Fin del confinamiento**

Los expertos avisan que las agresiones a mujeres crecerán tras el confinamiento. Jueces, policías y profesionales de la Red de Atención a mujeres víctimas de violencia de género vaticinan que las denuncias se disparen cuando se levante la alarma y los maltratadores perciban a sus parejas fuera de su control.

El confinamiento está haciendo un efecto cuello de botella en materia de violencia de género. Han bajado los asesinatos, las denuncias y los arrestos, aunque suben las llamadas y las consultas, lo que evidencia que el problema no ha desaparecido. La tesis de expertos es que se reactivarán los casos de maltrato físico cuando termine el confinamiento y los agresores tengan dificultades para ejercer el control sobre sus parejas.

### **Conclusiones**

Coronavirus y violencia de género son dos términos que ya por separado generan sentimientos como el miedo. Si los juntamos, la combinación puede ser peligrosa.

En definitiva, las circunstancias del confinamiento potencian los factores de riesgo de violencia de género individual y social, al aumentar el aislamiento y las barreras que dificultan la solicitud de ayuda y la denuncia.

Es estudio de las consecuencias del confinamiento en mujeres que sufren violencia de género debe contemplar dos fases: durante el confinamiento, con el aumento en todas sus formas (física, psicológica y sexual), y tras el confinamiento, centrándose en la valoración del riesgo de letalidad, el cual se incrementa debido a la percepción de pérdida de control que tiene el agresor.

El gran reto está en la respuesta que se dé al finalizar el confinamiento, ya que las mujeres que nos vamos a encontrar son mujeres con un deterioro de la salud ocasionado por la violencia sufrida durante el confinamiento y por consiguiente, aumentará la demanda de atención.

En conclusión, se puede afirmar que el confinamiento atrapa a las mujeres en la violencia y libera a los agresores en su uso.

**Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental:  
MEMORIAS DE ROTACIONES EXTERNAS**

**PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN  
DE LA PRIMERA INFANCIA.  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS  
Sara Díaz Trejo. PIR Psicología Clínica**



Desde el Hospital Universitario Niño Jesús se viene realizando atención integral a los trastornos de la conducta alimentaria de la primera infancia. Se entiende que los trastornos de este tipo conforman una forma de expresión por parte del niño de una disfunción a nivel emocional y relacional de la infancia. En esta unidad se trabaja desde un enfoque integrador multidisciplinar, en el que se realiza un trabajo conjunto entre los equipos de Psicología, Gastroenterología y Nutrición y Logopedia.

En este dispositivo, a nivel psicológico, de la mano de la Dra. Sanz, se abordan aspectos tales como:

- Anorexia infantil. Rechazo en la alimentación.
- Dificultades en las transiciones alimentarias y cambios en la alimentación de los infantes (lactancia materna, introducción de sólidos y nuevos alimentos)
- Integración del trabajo de los médicos de digestivo (especializados en nutrición), logopedia y psicología (y psiquiatría, en un menor número de casos).
- Colaboración en el manejo de patologías orgánicas graves en las que se presentan cuadros de malnutrición tan graves que obligan a la instauración de una alimentación artificial, como son la sonda nasogástrica y la gastrostomía. Integración con los niños, fundamentalmente a través del juego, de esta experiencia médica.

Tuve la oportunidad también de rotar con la Dra. Álvarez en la consulta de atención temprana a los niños de más corta edad. Allí se abordan aspectos tales como:

- Evaluación del infante con respecto a su edad de desarrollo.
- Establecer ciertas necesidades de intervención con estos niños en función de la evaluación realizada.
- Evaluación de niños con sospecha de riesgo TEA.
- Intervención psicoterapéutica en población infantil.
- Asimismo, intervención también con los niños con dificultades de alimentación.

A lo largo de mi paso por esta rotación, he ido adquiriendo diferentes habilidades:

- Valoración del posible origen orgánico de los problemas de alimentación
- Poder realizar un acercamiento a la aproximación diagnóstica de los trastornos alimentarios en niños menores de 6 años: anorexia, miedo a la alimentación, alimentación selectiva, trastorno asociado a enfermedad orgánica, aprendizaje inadecuado o malos hábitos...
- Evaluación e intervención con el niño a través del juego.
- Conocer el manejo adecuado de los trastornos de alimentación de la primera infancia: Establecer pautas de alimentación y poder adentrarme en la exploración de la interacción padres-hijos.
- Profundizar en la evaluación temprana de los niños, y en el diagnóstico diferencial de los niños con TEA.
- Profundizar en la psicoterapia de juego y realizar un acercamiento a la técnica del psicodrama en población infantil.

## **DESARROLLO DE CASO CLÍNICO**

Aunque durante mi paso por esta rotación tuvo más peso a la parte que dediqué a nivel temporal a los trastornos de alimentación de la primera infancia, he querido traer un caso clínico del que tuve la oportunidad de observar el seguimiento en atención temprana, por la Dra. Sonia Fernández. Fue de mi interés porque me permitió un acercamiento a la técnica del psicodrama infantil, muy ligado con el juego infantil como técnica psicoterapéutica.

### ***¿QUIÉN ES ALICIA?***

Se trata de una niña de 4 años, que acude a consulta derivada por su pediatra de atención primaria, por presentar incontinencia fecal, en septiembre de 2018. Alicia era capaz de realizar deposiciones frecuentemente de forma voluntaria, pero siempre en compañía de alguno de sus padres en las braguitas. La niña se niega a hacer deposiciones en el baño, y desde pediatría señalan que no hay antecedentes de episodios traumáticos en relación con el hecho de hacer caca en el baño. No ocurre lo mismo a la hora de ir a orinar, puede hacer pis en el váter o en el orinal sin problemas.

Acude a primera consulta acompañada de su madre, con la que acude también en la mayoría de las ocasiones que la niña viene a seguimiento a la consulta de psicología.

Convive con padres. Es la pequeña de 3 hermanos, sus hermanos tienen 8 y 10 años, y están sanos, sin dificultades similares (aunque el mediano acudió a logopedia por dificultades de lenguaje en el pasado). Tiene muy buena relación con ellos. Su madre tiene 43 años y es informática, y su padre tiene 40 y es carpintero. Reconocen que Alicia se encuentra más apegada a su madre, con la que le gusta jugar y leer cuentos.

### ***UN POCO DE HISTORIA DEL PROBLEMA...***

Desde pequeña, Alicia se negaba a que le retiraran el pañal, aunque consiguen finalmente retirárselo cuando tiene la edad de 3 años (un año antes de acudir a consulta). A lo largo de su historia, únicamente han conseguido que Alicia haga caca en el váter cuando sus padres la pusieron a la fuerza un día que la niña se encontraba haciendo caca en las braguitas.

Aunque en un inicio la niña se negaba a sentarse, poco a poco los padres cuando acuden a primera consulta habían conseguido que la niña se sentase en el váter, siempre y cuando pudiera tener la tablet. Además, desde la primera consulta, Alicia tampoco hacía intentos por defecar, y únicamente pasaba allí

el rato sentada jugando... La niña decía que no quería y no le gustaba, a veces decía incluso que le daba miedo.

Debido a todo esto, la niña padecía estreñimiento desde que tenía corta edad, y podía estar 2 ó 3 días sin ir al baño, con bastantes molestias y dolores. Hubo incluso alguna ocasión en que a Alicia se le ha escapado la caca de forma involuntaria (por ejemplo, en campamentos de verano), aunque la niña había aprendido a aguantarse las ganas cada vez más y más. A lo largo de las primeras sesiones de tratamiento, los padres señalaron que a veces observaban que se escondía para defecar, y que aunque le llevan al baño en ese momento, Alicia se enfadaba y se negaba, y lo hacía en su habitación (su entorno seguro...) en una esquina.

No tiene otras enfermedades de interés.

### **¿QUÉ SE HABÍA HECHO POR SOLUCIONAR EL PROBLEMA?**

Sus padres, desesperados, se habían enfadado con ella en muchas ocasiones. Frecuentemente la obligaban a limpiarse solita, o a limpiar también la ropa que acababa manchando. A veces le gritan, o amenazan con que no va a cenar. La niña gritaba y lloraba porque no quería sentarse.

Como refuerzos habían intentado también en casa una economía de fichas, dándole como recompensa a la niña más tiempo de juego con la Tablet o incluso comprándole algo. Durante los periodos en los que intentaban sentarla en el baño, habían intentado leerle cuentos, acompañarla... la mayoría de las ocasiones sin éxito alguno.

### **OTROS DATOS DE DESARROLLO**

- Alimentación:

Le cuesta comer verdura, aunque las cosas que le gustan las come sin dificultades. No tuvo dificultades para la introducción de sólidos.

- Sueño:

Aparentemente sin dificultades, aunque tuvo una temporada con pesadillas que remitieron. Dejó de usar el chupete a los 18 meses. Duerme con sus hermanos en la misma cama, se quedan dormidos con la luz encendida.

- Temperamento:

La definen como una niña que "tiene mucho carácter, y es bastante cabezota", si bien es sociable, se relaciona con otros niños. En casa a veces es "pegona, aunque en el colegio no". Cuando se enfada, Alicia chilla, y llama a su madre *tonta* cuando no hace lo que quiere. Le dan miedo los perros y antes también las moscas.

- Estilo de crianza

Reconocen que su padre es más autoritario que su madre, que por el contrario trata de utilizar más el diálogo con la niña, si bien a veces reconoce que grita y "pierde los nervios". La madre se define como un poco más permisiva.

- En el colegio:

Acude a un colegio público, a 2ª E.I. Allí hay una persona para cambiarles el pañal, y Alicia ha manchado la ropa en varias ocasiones. Allí intentan que la niña se siente en el váter, sin éxito alguno, aunque no la fuerzan. Acude contenta, tiene muy buena relación con sus compañeros y profesores, aunque en un inicio es una niña que se muestra tímida.

Acudió previamente a guardería desde los 8 meses, desde donde referían buena adaptación. Allí intentaron ofrecerle ir al baño. Aunque dijeron que la veían preparada, la niña por aquel entonces se negaba también a quitarse el pañal.

### **TRATAMIENTO DE ALICIA**

Objetivos terapéuticos:

- Lograr el acercamiento progresivo de la niña a una conducta defecatoria acorde a su edad.
- Potenciar de los recursos imaginativos y la creatividad
- Fomentar la asertividad
- Regular y ajustar la expresión emocional

#### ***Fuera de la consulta...***

Como objetivos terapéuticos, se marcó una exposición gradual a la situación del baño, proveyendo a la niña un ambiente tranquilo y no culpabilizador, reforzando las diferentes aproximaciones que esta realizaba al váter, sin forzar ni amenazar. Se trató de que sentasen a la niña preferiblemente después de las comidas.

Se trabajó también en conjunto con los profesores del colegio, en que no forzaran a la niña.

A lo largo del tratamiento, la niña ha ido mostrándose menos irritable en casa, pudiendo, poco a poco, ir expresando de forma verbal angustias y miedos con respecto al hábito de hacer caca u otros miedos (por ejemplo, relacionados con el entorno escolar).

#### ***En consulta...***

En primer lugar, dada la dinámica familiar que presentaba la familia de la niña, se trabajó y explicó a los padres el modelo explicativo de la ansiedad, con el fin de reducir la angustia de los padres y la niña y tratar de descupabilizar a la paciente.

La niña en las primeras consultas presenta una actitud inhibida y marcada angustia en la separación de sus padres, si bien en sucesivas consultas poco a poco logra ir involucrándose en el juego sin angustia y pudiendo disfrutar de él. También, poco a poco, va logrando un mayor contacto visual, y una expresión emocional más relajada y acorde a las sesiones de juego.

En las primeras sesiones con la niña, se emplean dibujos para la expresión de miedos y angustias. Por ejemplo, en una de las primeras consultas realiza el dibujo del personaje de la caca (realiza tres espirales, dibuja ojos y boca, extremidades, las pinta de color azul, rojo y naranja). Se elaboran con la niña una historia, en la que hay que enseñar a las cacas a salir en el baño u orinal.

A lo largo de las sesiones, se introduce el juego y el psicodrama como elemento terapéutico, representando paciente y terapeuta el miedo de la niña a sentarse en el váter, empoderándola, haciendo a ésta protagonista de una historia en la que logra expresar sus miedos, darles un nombre y finalmente poder vencerlos.

### **EL JUEGO COMO ELEMENTO TERAPEÚTICO**

El juego es una actividad mediante la cual los niños exploran y conocen la realidad, aprenden a relacionarse con otro (iguales y adultos), canalizan conflictos y alivian tensiones. Mediante el juego, desarrollan y potencian habilidades que les permiten diversificar vínculos con los demás, y desarrollar así un abanico de posibilidades de regulación emocional y contacto social.

Por ello, la terapia de juego se convierte en una herramienta fundamental en la práctica terapéutica. Los niños con dificultades en áreas como la regulación emocional y el contacto social, tienen la oportunidad de expresar y aprender a controlar emociones y desarrollar, en definitiva, recursos yocicos que

son necesarios para el crecimiento armónico de su personalidad. El papel del terapeuta en este contexto es el de establecer un encuadre que permita crear con él, una relación empática y afectuosa, que permita generalizar esto a otras relaciones, y establecer las condiciones a través del encuadre y sus intervenciones para que cumpla con los objetivos terapéuticos propuestos.

Pero ¿por qué utilizar el juego como herramienta terapéutica? Es probable que los niños a esta edad puedan tener dificultades para involucrarse en una conversación con el adulto acerca de su vida, más siendo un adulto desconocido. Recordemos que en esta etapa los niños se encuentran en el desarrollo del pensamiento concreto, donde todavía se presentan marcadas dificultades para niveles de abstracción más elevados. Todo ello además dentro de un contexto en el que nos encontramos una limitada capacidad de autoobservación y una inmadurez en las capacidades de síntesis e integración de experiencias en los infantes. Además de esto, hemos de tener en cuenta que el latente proyecta con mayor facilidad su mundo interno sobre el material de juego o de dibujo.

Por su parte, la técnica del psicodrama fue desarrollada en sus inicios por Moreno, durante la primera mitad del siglo XX. Fue contemporáneo a Freud, a quién llegó a conocer. Moreno reconoció el valor terapéutico de la improvisación dramática, a partir de lo teatral y lo espontáneo, elementos básicos que se dan en el juego, y que según este autor permiten la catarsis emocional del infante. El término catarsis fue utilizado por primera vez por Aristóteles, quién lo utilizó para referirse a los efectos que el drama teatral tenía sobre el público de una obra, más concretamente a las emociones que surgían de la participación activa o identificación del público en dicha acción dramática. Como sabemos, también Freud, por herencia de Breuer, señaló la importancia de la catarsis como elemento terapéutico, aunque luego abandonara ésta como concepto central de su teoría.

En el psicodrama, y por ende en el desarrollo del juego infantil, es el protagonista el que se conmueve, pues él mismo “representa su propio drama” (Reyes, 2006), permitiendo la resignificación de la angustia y de las escenas temidas por el infante, dotándolas de un significado que se vuelva manejable para el niño

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C., & Daymas, S. (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. Biblioteca Nueva.
- Bursztejn, C. (1998). Psicoterapia durante el periodo de latencia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (26), 73-86.
- Reyes, G. (2006). *Psicodrama*. Cuatro Vientos.
- Vidal, I., Vera, I., & Escudero, C. (2013). Una Experiencia de Terapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 343-352.
- Winnicott, D. W., & Mazía, F. (1972). Realidad y juego (pp. 93-94). Barcelona: Gedisa.

# INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN” DE QUITO (ECUADOR)

Isabel Miguel Andrés. EIR-2 Salud Mental

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, situado en Quito, cuenta con seis unidades diferentes: psiquiatría varones, psiquiatría mujeres, unidad infanto- juvenil, intervención en crisis, unidad de adicciones en varones y unidad de adicciones y trastornos de personalidad en mujeres. En esta última fue donde realicé parte de mi rotación externa como enfermera residente de salud mental.



## Unidad de Psiquiatría Mujeres Agudas (U-PSQMA)

En la U-PSQMA o Unidad de Trastornos de Personalidad en mujeres ingresan con carácter voluntario mujeres mayores de 18 años con diversos problemas de salud mental: trastornos de personalidad, trastornos depresivos y trastornos por consumo de sustancias.

Inicialmente, la unidad fue constituida como una Comunidad Terapéutica de mujeres para el manejo de las adicciones. No obstante, con el tiempo, el equipo terapéutico decidió ampliar los criterios de inclusión a la comunidad, integrando así a mujeres que presentaban distintos perfiles psicopatológicos. Así, lo explica la Dra. Basantes, psiquiatra de la unidad:

*“[...] Se trabaja como unidad terapéutica para la adicción, pero nuestro grupo es un poco diferente. Decidimos ampliar un poco los criterios para ingreso en el grupo, porque no hay mucha afluencia de mujeres con adicciones y segundo, porque las técnicas, terapia y manejo que hacemos pueden servir a otras pacientes con trastornos de personalidad, depresión o ansiedad... [...] Incluso mujeres con esquizofrenia o retraso mental, si bien no se benefician al 100% del programa, si se benefician en gran parte de algunas de las terapias grupales y con los cambios de rutina”.*

## Estructura y funcionamiento de la unidad

La unidad se integra físicamente en el módulo destinado a Psiquiatría mujeres, formado por la unidad de psiquiatría de larga estancia y por la unidad de psicogeriatría.

Dicho módulo se conforma a través de un edificio de dos plantas. Es en la segunda planta donde se encuentra la Comunidad, que mantiene la siguiente estructura: ocho habitaciones con baño, que dan cabida a un total de 19 pacientes, un control de enfermería, una consulta compartida para las atenciones

individuales de psiquiatría y psicología y una sala común, empleada como espacio recreativo y sala de grupos. La unidad cuenta con vídeovigilancia únicamente de los espacios comunes y la observación de las cámaras se realiza desde el control de enfermería. Fuera de la misma, se emplea para la realización de las actividades las salas comunes de la planta baja del edificio, los jardines y las pistas deportivas.

En cuanto al funcionamiento de la U-PSMA, cabe señalar que, en líneas generales, la Comunidad Terapéutica (CT), se constituye como un modelo de atención que presenta una metodología de intervención con unos rasgos y componentes distintivos de cualquier otra unidad de hospitalización psiquiátrica. A continuación, se presentan los rasgos definitorios de una CT según Maxwell Jones (1) y como se aplican en la unidad presentada:

- *Una comunidad terapéutica es un centro residencial donde las residentes, que acceden de manera voluntaria, permanecen durante un tiempo determinado.*

Las mujeres incluidas en la CT eran derivadas, tras su consentimiento y firma del contrato terapéutico, desde la unidad de intervención en crisis del mismo hospital con la finalidad de establecer un tratamiento psicoterapéutico, basado en el abordaje grupal, que permitiera alcanzar los objetivos consensuados al inicio del proceso. La duración del tratamiento, aunque individualizable de una persona a otra, se plantea en un intervalo de uno a tres meses.

- *Las personas que acceden a la comunidad deben tener un perfil concreto.*

Si bien es cierto que los criterios de inclusión en este caso se consideran flexibles, se tienen en cuenta una serie de características comunes para todas las mujeres.

En primer lugar, que la mujer pueda beneficiarse terapéuticamente a través del grupo. Debe estar presente la voluntad y motivación para convivir en una CT, donde la base del tratamiento es la interacción entre iguales, tanto en espacios formales – las terapias grupales – como informales – compartir habitación, realización de tareas domésticas, etc.

A su vez, deben encontrarse en un momento clínico de relativa estabilidad, sin que haya presente un estado psicopatológico agudo que pueda interferir considerablemente o incluso detener los avances del proceso terapéutico de una misma o del resto de residentes.

- *La CT se conforma por un equipo multidisciplinar que deberá mantener una estrecha comunicación sobre las pacientes, a fin de intervenir con una línea terapéutica común. A su vez, deberán someter el funcionamiento de la comunidad a un proceso de evaluación continua.*

El equipo terapéutico está conformado por una psiquiatra, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, una trabajadora social y una auxiliar de enfermería, cuya figura profesional está presente las 24 horas en la unidad.

En relación a la presencia de estudiantes dentro de la unidad, mencionar: una estudiante de psicología de último año de grado y una estudiante de psicología de máster.

Las reuniones con todo el equipo se realizan semanalmente. A su vez, el personal auxiliar de enfermería se comunica diariamente con la psiquiatra y la psicóloga para reportar las novedades diarias.

- *La comunidad se constituye como una “micro-sociedad” donde se recrean las situaciones de la vida cotidiana. Es fuente de aprendizaje social, en un contexto donde los vínculos e interacciones sociales son mediadas por una figura terapéutica (controles informales). Además, las residentes no solo forman parte activa de su propio proceso de recuperación, sino que también acaban actuando como agentes de cuidado, estableciendo relaciones de ayuda mutua.*

El funcionamiento de la unidad se configura a través del siguiente horario:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 07.30 h Polideportivo</li><li>▪ 08.00 h Desayuno</li><li>▪ 09.00 h Matutina</li><li>▪ 09.30 h Bailoterapia</li><li>▪ 10.00h Terapia ocupacional.</li><li>▪ 11.00 h Terapia con psicología.</li><li>▪ 12.00 Atención individual con psiquiatra y/o psicóloga.</li><li>▪ 13.00 h Comida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 14.00 h Tiempo libre.</li><li>▪ 15.00 Terapia ocupacional.</li><li>▪ 17.00 h Terapia con psicología.</li><li>▪ 18.00 h Tiempo libre, visitas familiares, “reuniones de casa”</li><li>▪ 19.00 Cena.</li><li>▪ 21.30 h Acostarse.</li></ul>
---	---

La finalidad del mismo es el restablecimiento de una rutina, la readquisición de unos hábitos de vida, que en la mayoría de los casos se habían perdido antes del ingreso. A continuación se desarrollan algunos aspectos fundamentales en relación al mismo.

- “La matutina”

Se trata de una reunión diaria, organizada por las propias residentes, donde el personal puede asistir en calidad de observador. Refuerza el rol activo de las mujeres en su proceso y aumenta la cohesión grupal.

Cada día, se elige a una facilitadora que se encarga de guiar el evento matinal. Se realizan las siguientes actividades

- *Lectura conjunta de la filosofía*: marca el inicio de la reunión. Se trata de un texto elaborado por ellas, refleja visión frente al proceso de recuperación.
- *Llamadas de atención y afirmaciones*: son momentos para hablar grupalmente sobre conflictos en la convivencia y como solucionarlos, o para reforzarse positivamente por los avances del proceso terapéutico.
- *Anuncios*: consiste en que cada mujer explique al grupo, de la forma que decida, como se encuentra.
- *Noticias y sociales*: momento lúdico de la reunión, cada día una mujer debe leer noticias relevantes que haya oído en la radio y hacer un juego.
- La reunión finaliza con una *oración y un abrazo*.

- Terapias grupales (psicología y terapia ocupacional)

En los grupos de psicología se emplean diversas técnicas dirigidas al entrenamiento de habilidades en inteligencia emocional y así como de reestructuración cognitiva para el manejo de creencias irracionales. En terapia ocupacional, las actividades se dirigen a la rehabilitación funcional en el área laboral y de ocio.

- Reunión de casa y tiempo libre

Dichos encuentros son organizados por las residentes. La CT se fundamenta bajo la idea, de que la comunidad no es una *institución total* sino una *residencia*, lo que implica que las mujeres deben tener un rol activo en el buen mantenimiento de la unidad y realizar conjuntamente las tareas de limpieza y orden.

En un centro residencial como una CT, la presencia en el horario de tiempo libre puede resultar fundamental. Aunque en las terapias grupales se trabaja de diversas maneras la cohesión grupal, es en estos tiempos donde se generan momentos que las mujeres comparten de forma genuina y donde se pueden establecer, o no, lazos de amistad y apoyo mutuo.

Cabe destacar el valor del rol que ocupa la auxiliar de enfermería en los citados momentos. Desde una relación más informal y cercana, mantiene una actitud observadora, de apoyo y acompañamiento, que puede guiar a las residentes al establecimiento de relaciones más saludables dentro de la comunidad.

- Atención individual y Terapia familiar

Las usuarias mantienen entrevistas diarias con la psiquiatra, y en general, semanales con la psicóloga. Además, el actuar bajo los principios de CT, debe integrar necesariamente la atención con las familias, ya que se interviene sobre los problemas relacionales a partir del “micro-sistema” que se genera en la comunidad, pero también debe incluirse a los agentes que forman parte del núcleo de la red social familiar de la persona.

Por último, entre los rasgos definitorios de la CT, se destacaba la presencia de “ayuda mutua” entre las mujeres de la comunidad. Para reflejar como se presenta este sentimiento, así como otros elementos relacionados con la convivencia, se presenta un fragmento de la entrevista realizada, en un momento previo al alta, a C.B, una de las mujeres que ingresaron para continuar su proceso de deshabitación del bazuco (derivado de la cocaína).

*“Bueno, el vivir en comunidad es difícil, difícil. Porque uno tiene que acoplarse y adaptarse a diferentes caracteres, diferentes costumbres... Al comienzo, igual había personas a las que les molestaba lo que yo hacía. También, había cosas que a mí no me gustaban de las otras compañeras. Pero siempre tengo en mi mente las palabras de la Dra. Basantes, que desde el comienzo, decía “usted lo que tiene que hacer es centrarse en su proceso, dejar a un lado lo que las otras personas hagan o dejen de hacer”. Eso fue lo que hice y es algo que me ha ayudado bastante. De ahí el vivir en comunidad es bonito, me gusta. Conocemos problemas de todas las compañeras y eso también crea perspectiva, nos ayudamos [...]”.*

*[...] Cabe señalar que todo esto lo he logrado gracias a todo el profesionalismo y carisma de las personas que están aquí, del equipo terapéutico, las compañeras...de todos. Todos hemos puesto un poquito de nuestra parte para que las cosas salgan adelante”.*

Función asistencial de enfermería

En la U-PSMA no está presente la figura de la enfermera. Ello se debe a que el Hospital mantiene una enfermera por Bloque, en este caso Psiquiatría mujeres, y desempeña una labor más administrativa que asistencial. Por ende, todas las funciones asistenciales de la unidad, tanto correspondientes a sus competencias como no, recaen sobre el personal auxiliar de enfermería.

Si bien es cierto, al iniciar la rotación se reconoció desde el primer momento nuestro rol profesional, y con ello, la realización de funciones correspondientes.

A nivel de atención individual y de realización de las funciones propias de la unidad, se realizaron en equipo, conjuntamente, con la compañera auxiliar de enfermería. Dichas funciones pueden resumirse en: acompañamiento a las usuarias y observación de conductas, toma de constantes vitales, administración de fármacos, tramitación de permisos terapéuticos.

Además, desde el equipo terapéutico se propuso un espacio para que realizásemos también terapias grupales.

Los grupos se realizaron los martes y jueves de 14.00 h a 15.00 h. Se fundamentaron en psicoeducación y técnicas de *mindfulness*.

## **Experiencia personal**

Nuestro paso por el IPSC ha resultado ser de las mejores experiencias de la residencia, con primer Estado de Alarma incluido.

Fue un periodo de inmersión cultural, donde pudimos observar una manera de cuidar cotidiana y cercana. Desde mi punto de vista, no tan característica de un determinado modelo de rehabilitación u otro, sino de los propios rasgos culturales de los profesionales que desempeñan la labor del cuidado. Hacer especial mención al equipo de auxiliares de enfermería de la comunidad terapéutica, pilar fundamental de la unidad.

Si bien es cierto que al principio nuestro rol de enfermera residente era considerado como extraño y daban por hecho que éramos estudiante de pregrado; según fueron avanzando los días, pudimos desarrollar nuestro trabajo con plena autonomía y formar parte del equipo terapéutico como un miembro más. Así, tuvimos un espacio en ambas unidades para planificar y llevar a cabo grupos de Psicoeducación y de relajación.

Me hubiera gustado que hubiera durado más, ya que es la rotación que más he disfrutado y la que dejé con mayor pena, pues supuso dejar atrás un trabajo interesante en la comunidad terapéutica, una experiencia cultural sin igual y a grandes compañeros.

## **Bibliografía:**

1. Comas Arnau D. La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta al futuro. Rev. Esp. De Drogodependencias. 2008;3(11):238-254

## “VISITANDO EL SANTUARIO”

Memoria de rotación externa en la *Borderline Personality Disorder Clinic*

Octubre de 2019. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (Canada)

**Alba Juanes González**

**MIR-4 Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre**

Durante el mes de octubre de 2019 desarrollé la primera parte de mi rotación externa bajo la supervisión de la Dra. Suvercha Pasricha en la *Women’s Inpatient Unit* del *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH), en Toronto (Canadá). Esta es una unidad de hospitalización diseñada específicamente como un entorno seguro (en inglés, *sanctuary model*) para el tratamiento agudo de mujeres cuya psicopatología está marcada por una biografía traumática. Se trata de un dispositivo muy especializado, único en Canadá y del que existen muy pocos similares en el mundo. Pero no es lo único que lo hace especial.

### EL POR QUÉ

Durante mi formación ha habido momentos en los que he tenido la sensación de que no podíamos hacer nada por la persona que nos estaba pidiendo ayuda. Tanto en urgencias, como en una consulta ambulatoria, o en un ingreso. Y casi siempre coincidía con personas que no tenían un trastorno mental grave propiamente dicho, sino personas a las que les habían ocurrido cosas terribles en su vida. Intentábamos que esa persona confiara en nosotros, ofrecerle los recursos y opciones que estaban a nuestro alcance, pero no era suficiente. Él o ella no quería ninguna ayuda por nuestra parte y se iba con la misma decepción, otra vez, como muchas otras veces en su vida, lo que continuaba alimentando la desconfianza, hostilidad y vulnerabilidad.

En mi cabeza, teóricamente, sabía que el trauma, especialmente durante la infancia, tenía un impacto enorme en el desarrollo de la persona. Conocía los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Entendía, o creía que entendía, que detrás de muchos trastornos de personalidad o pacientes complejos, había una o numerosas experiencias traumáticas. Pero me he dado cuenta de que no entendía del todo cómo estaba impactando a esa persona que en ese momento me estaba pidiendo ayuda pero a la vez no podía confiar en que fuera a dársela sin condiciones. Había un abismo que sentía que era mi responsabilidad salvar, y siempre tenía esa idea en mi cabeza. Es por ello que cuando encontré esta unidad mientras buscaba destinos para mi rotación externa, me encajó perfectamente en eso que estaba buscando para completar todo este puzzle.

### LAS PRIMERAS IMPRESIONES

Los primeros días mi mente no podía hacer otra cosa que fijarse en las diferencias respecto a lo que ya conocía. Todo me parecía enorme, colorido, superespecializado. El personal, además de ser mucho más numeroso, multicultural y multiprofesional de lo que

estaba acostumbrada, trabajaba relajado, no había prisas ni parecían conocer el *burn out*. La mayoría de los ingresos son voluntarios y las pacientes tienen un amplio horario de salidas y visitas familiares, además de un variado horario de grupos durante toda la semana. Se permiten dispositivos electrónicos, objetos personales significativos para la persona... ¡pueden incluso pedir pizza! Entre las actividades programadas se incluyen terapia con perros, cocina, deporte, grupos de nutrición o espiritualidad... Me agradó mucho que dieran importancia y facilitaran todo esto integrándolo dentro del tratamiento.



Vistas del skyline de Toronto desde la unidad



Pintura realizada por una de las pacientes

## LA UNIDAD

La premisa fundamental sobre la que se basa el cuidado y tratamiento en esta unidad es la del compromiso y esfuerzo de todos (personal y pacientes) por conservar el un espacio acogedor y seguro, física y emocionalmente. Hay normas muy claras respecto al respeto de los límites, la seguridad y las conductas disruptivas o agresivas. En general, todo el mundo intenta ser muy cuidadoso con el lenguaje y contenidos audiovisuales debido a la posibilidad de que aparezcan *triggers* para las pacientes.

El perfil de paciente son mujeres con historias vitales complejas y traumáticas, que se encuentran en crisis o descompensación de su patología. Lo más común es que esta descompensación sea en forma de riesgo autolítico, pero también pueden presentar sintomatología psicótica o afectiva moderados-graves (tanto en el polo maníaco como depresivo). Suelen tener diagnóstico de trastorno límite de personalidad y/o trastorno de estrés postraumático. Sin embargo la realidad de estas pacientes es mucho más compleja, con sintomatología muy variada (que ocasiona que algunas veces las pacientes vengan con 6 o 7 diagnósticos comórbidos, algo inasumible) y en muchos casos es más coherente y adecuado integrarlo todo desde la perspectiva de la sintomatología postraumática compleja. Durante mi residencia había leído algo sobre el trastorno por estrés postraumático complejo, pero no le había dado esta dimensión. Me ha hecho reflexionar acerca de cómo abordamos a muchas de estas pacientes en nuestro medio y como a veces obviamos realidades muy complejas cuando nos quedamos en los criterios DSM de un TLP.

Tiene una capacidad habitualmente para 20 pacientes, aunque es relativamente frecuente que se exceda ese número debido a la gran presión asistencial desde la Urgencia, por lo que tienen la posibilidad de aumentar a 1 o 2 camas más. En cuanto a recursos humanos, la unidad cuenta con cuatro psiquiatras, seis enfermeros/as durante el día, tres trabajadoras sociales, una psicóloga clínica, una auxiliar de enfermería, una terapeuta ocupacional y una farmacéutica. Hay además una manager, que se encarga de aspectos de gestión de la unidad, o “*nurse educators*”, que realizan funciones de apoyo y entrenamiento para el personal de enfermería (tratamientos, tecnología...)...Por último son parte también del equipo, aunque de forma transversal con las demás unidades, médicos de familia que se encargan de la evaluación y manejo de problemas somáticos, una nutricionista, una consejera espiritual, residentes tanto de psicología clínica como de psiquiatría, y estudiantes de medicina o psicología. Todas las pacientes tienen asignada un psiquiatra y una trabajadora social que se coordinan durante todo el ingreso, además de personal de enfermería en cada turno que será la persona con atención y comunicación más directa.

La unidad dispone de muchos recursos que sin duda hacen más agradable la estancia hospitalaria: una amplia y agradable zona común, una sala de actividades donde se realizan la mayoría de grupos terapéuticos (y donde además hay un piano eléctrico, máquinas de gimnasio, otra televisión, libros...), sala de arte... Me impactó la diferencia respecto a nuestros deteriorados hospitales y nuestras dificultades ante la falta de recursos, sobre todo en las unidades de salud mental, teniendo en cuenta que en Canadá la sanidad también es pública, y lo beneficioso que sería para nuestros pacientes mejorar la calidad asistencial en este sentido.

El horario es bastante diferente al español y fue de las cosas a las que más me costó adaptarme. Se empieza el día con la reunión de equipo a las 9 en el control de enfermería, desde el cual son visibles las zonas comunes, la salida y las habitaciones donde están las pacientes con mayor riesgo. Se revisa como ha estado cada paciente el día previo y dos días en semana se discute de manera más pormenorizada la evolución, tratamiento, objetivos y plan al alta, aportando todos los profesionales su visión del caso y dificultades.

Posteriormente comienzan los grupos terapéuticos y los psiquiatras inician sus entrevistas y sesiones individuales. En ellas recogen una historia psicobiográfica detallada, siendo muy importante conocer la dinámica familiar y el contexto global en el que sucedió el evento traumático (o en la mayoría de los casos, como fue la sucesión de traumas crónicos). Resulta muy importante la expresión a través de la escritura, y tras cada sesión individual la psiquiatra les pedía hacer una “tarea”, dentro de un material diseñado por ella. En él se incluye que reflexionen acerca de sus objetivos para el ingreso actual, que indiquen recuerdos o hechos dolorosos de los que no hayan podido hablar antes, análisis en cadena (como herramienta de la DBT), tarjeta diaria... Se les invita a relatar los recuerdos traumáticos en detalle para favorecer la creación de una nueva narrativa, además del procesamiento de esas emociones que en muchas de estas pacientes están bloqueadas o proyectadas y son el núcleo de la psicopatología. Cuando es relevante, se indica además que monitoricen la intensidad de las ideas de muerte o de autolesión, las conductas problema, etc., en la tarjeta diaria de la DBT.

## **MI PAPEL**

Los primeros días, en ausencia de la psiquiatra con la que había contactado para la rotación, es cuando me ajusté a mi papel de observadora. Debido a esta condición, no me habían aportado claves de acceso informáticas por lo que me limité a acudir a los grupos, a algunas entrevistas de ingreso y seguimiento de otros psiquiatras, y leer artículos relacionados con el trauma complejo.

Una vez bajo la supervisión de la Dra. Pasricha, se me permitió tomar un papel más proactivo y cercano a las pacientes. He podido realizar entrevistas de ingreso y de seguimiento, intervenir en las sesiones de psicoterapia individual, trabajar junto a las pacientes en sus análisis en cadena o tareas para la siguiente sesión... He participado asimismo en la coordinación con los demás profesionales de la unidad (trabajo social, psicología, enfermería...).

## LOS GRUPOS

Uno de los puntos fuertes de la unidad son sin duda los grupos terapéuticos, que ocupan varias horas en el día a día de las pacientes. Son conducidos en general por las psicólogas, trabajadoras sociales y terapeuta ocupacional. Tuve oportunidad de poder estar de observadora en todos ellos, y también de participar activamente en los post-grupos con las terapeutas.

- **Community Forum:** todos los jueves, 30 minutos de duración. Espacio donde se reúnen pacientes y profesionales de la unidad. En él se discuten incidencias, conflictos de convivencia que interfieren con la premisa del espacio seguro, sugerencias... Se fomenta la resolución de problemas por parte de las pacientes, el sentido de comunidad y el vínculo con los profesionales, algo muy importante en este tipo de pacientes con dificultades interpersonales crónicas. Es además el espacio donde se presentan las pacientes que han ingresado en la unidad durante esa semana, y donde se despiden aquellas que van a recibir pronto el alta. Las pacientes tienen además la oportunidad de ser voluntarias para co-dirigir el siguiente *Community Forum* junto a la psicóloga; o de ser “*admission buddies*” o “*ECT buddies*” y así guiar a los nuevos ingresos a través del funcionamiento de la unidad, o ayudar a las pacientes que reciben TEC durante la recuperación después de cada sesión.
- **DBT (Terapia Dialectico Conductual):** lunes y jueves, 1 hora y media de duración. Para adaptarlo a una unidad de hospitalización, han condensado cada módulo básico de la DBT (que se suele abordar durante varias semanas en los grupos ambulatorios), en una sola sesión, de manera que se repite cada dos semanas. Es un grupo fundamentalmente de habilidades que se centra en que las pacientes conozcan y empiecen a practicar las estrategias más importantes de la DBT, así como sus principios básicos de balance entre aceptación y cambio. Siguiendo los objetivos de la DBT, se trabajan nuevas estrategias de regulación de emociones y tolerancia a situaciones de angustia evitando las conductas autodestructivas.
  - o **Mindfulness:** se enseñan los principios básicos del *mindfulness* (atención consciente al momento presente, experimentar la emoción sin juzgar, sin aferrarse a la experiencia pasada ni futura...), el concepto de mente sabia frente a la mente emocional o la racional, y las habilidades con los acrónimos *WHAT* (que hacer al practicar *mindfulness*) y *HOW* (como hacerlo)<sup>7</sup>.
  - o **Tolerancia a la angustia** (o como soportarlo sin ponerlo peor): se trabajan habilidades para aceptar momentos de crisis, desbordamiento, situaciones o

---

<sup>7</sup> Ver ejemplo en anexos de la Memoria de Rotación Externa de la *Borderline Personality Disorder Clinic* (a continuación)

emociones dolorosas... y evitar actuar impulsivamente con reacciones disfuncionales o destructivas. Se centran en la aceptación radical de las cosas que no se pueden cambiar (sin que signifique estar de acuerdo), las habilidades de *STOP* (acrónimo en inglés de parar, dar un paso atrás, observar y proceder de forma consciente), pros y contras de la conducta disfuncional vs cambio, habilidades *"TIPP"* (acrónimo en inglés de temperatura, ejercicio intenso, respiración controlada, relajación muscular), estrategias de distracción (acrónimo *"ACCEPTS"*) y de autorregulación (mediante los distintos sentidos y el movimiento), y habilidades de mejorar el momento (acrónimo *"IMPROVE"*)<sup>8</sup>.

- **Regulación emocional** (o aprender a experimentar las emociones como una ola): se discuten los factores que dificultan la adquisición de una buena capacidad de regulación, y se trabajan habilidades para mejorarla, como la revisión de los hechos objetivos, la acción opuesta (cambiar la emoción mediante la acción opuesta al impulso), la ola (experimentar la emoción como una ola que viene y va, dejar que pase, sin intentar agarrarnos a ella, evitarla, actuar etc.), el acrónimo *"PLEASE"* (cuidar salud física, alimentación, evitar drogas, descanso nocturno y ejercicio) y el *"ABC"* (acumular experiencias positivas, practicar alguna actividad, y estar preparado para poder manejar situaciones emocionales que surjan)<sup>9</sup>.
- **Efectividad interpersonal** (o construir y mantener relaciones positivas): se trabajan habilidades asertivas y de comunicación distinguiendo según el objetivo de la interacción (conseguir tus objetivos, mantener una relación importante, mantener el respeto a ti mismo). La premisa básica es el acrónimo *"DEAR"* (describir la situación, expresar tus sentimientos, asertividad, reforzar al otro), y dependiendo del objetivo se enseñan otras estrategias mediante diferentes acrónimos (*MAN, GIVE, FAST*)<sup>10</sup>.
- **Chain analysis** (Análisis en cadena): todos los martes, 45 minutos. El análisis en cadena es una herramienta importante dentro de la DBT por lo que tiene su espacio específico también en formato grupal. Al inicio de cada grupo se escoge un "comportamiento problema" que puede ser común a la mayoría de las pacientes del grupo (evitación, aislamiento, autolesiones...) y siguiendo una situación concreta real como ejemplo, se analiza punto por punto los distintos pasos de la cadena (ver ficha en Anexos): Conducta problema, consecuencias a corto (refuerzos positivos y negativos) y largo plazo, disparador (pensamientos, emociones, acciones), eslabones que relacionan el disparador con la conducta problema, vulnerabilidades previas, conductas adaptativas alternativas... El análisis es grupal y se van incluyendo las aportaciones de las distintas pacientes aunque no se corresponda con su situación.

---

<sup>8</sup> Ver ejemplo en anexos de la Memoria de Rotación Externa de la *Borderline Personality Disorder Clinic* (a continuación).

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Idem.

- **Trauma Education:** martes y miércoles, 1 hora. Grupo psicoeducativo en el que se les muestra como las experiencias tempranas o eventos traumáticos concretos han podido impactar en su desarrollo y han generado las dificultades, vulnerabilidades, mecanismos desadaptativos y síntomas. Se habla por ejemplo de cómo evoluciona la respuesta fisiológica ante el estrés, la ventana de tolerancia, el triángulo del trauma... Se refuerzan también estrategias de tolerancia al estrés similares a las del grupo de DBT. Es el grupo más delicado para las terapeutas, puesto que aunque se habla de las experiencias traumáticas de forma genérica y sin ejemplos concretos, resulta a veces muy complicado para las pacientes mantenerse reguladas.
- **Keeping Safe:** lunes y martes, 45 minutos. En este grupo las pacientes trabajan en su “*Wellness Plan*”, el plan de crisis el cual tienen la responsabilidad de tener completado antes del alta (ver documento traducido en el Anexo). Se trata de un documento escrito que deben tener siempre a mano, y que está diseñado para poder acudir a él durante una crisis y que sea sencillo de aplicar. Está dividido en diferentes niveles (*Green, Yellow y Red Zone*) dependiendo del malestar. Para cada nivel tienen que identificar de manera individual los precipitantes, síntomas físicos, pensamientos, emociones, estrategias de autorregulación eficaces, detallar a quien pedir ayuda y como... La zona verde supone capacidad de autorregulación, la zona amarilla implica el inicio de la disregulación, y la zona roja se refiere al máximo nivel de estrés como pueden ser en algunos casos síntomas disociativos. Se discuten también para cada zona las dificultades que pueden tener a la hora de aplicar cada estrategia. El formato grupal favorece que aprendan de las experiencias de otras pacientes, identifiquen desencadenantes o síntomas, compartan estrategias... Es uno de los grupos que me pareció más interesante puesto que además de ayudarme a entender mejor el *continuum* de los síntomas y como entran en juego los esquemas disfuncionales, también fue una oportunidad de reflexión a nivel personal.
- **Self-care and coping:** todos los jueves, 45 minutos. Se centra en identificar y trabajar mecanismos de afrontamiento positivos en relación a los diferentes niveles de angustia, haciendo hincapié sobre todo en los autocuidados y técnicas de autorregulación. Se fomenta que cada paciente reflexione sobre sus propias dificultades y *triggers* así como sus fortalezas y estrategias para el cambio, y a la vez el formato grupal da cohesión y contención.
- **Substance Use Group:** todos los miércoles, 1 h de duración. El abuso de sustancias es frecuentemente un mecanismo de evasión o de manejo de la disregulación emocional en personas con historia biográfica compleja. Muchas de las pacientes que ingresan en la unidad presentan comorbilidad con dependencia de alcohol, cocaína u otras drogas, y su abordaje es incluido también en el tratamiento durante el ingreso. En este grupo se realiza psicoeducación y se da significado al abuso de sustancias en el contexto del trauma, trabajándose además el balance decisional del cambio y la búsqueda y establecimiento de nuevos mecanismos más adaptativos para el manejo de emociones.

- **“Hungry for change”** (Grupo de nutrición): todos los viernes, 45 minutos. Dirigido por una nutricionista todos los viernes. En el aprenden y discuten sobre alimentación saludable, la influencia de la dieta en el estado de ánimo, la imagen corporal, síntomas en la esfera alimentaria, conductas de escape relacionadas con la comida...
- **Leisure education**: todos los jueves, 45 minutos. Grupo más informal en el que comparten y discuten experiencias relacionadas con el ocio y tiempo libre, recursos de ocio comunitarios, creación de espacio y estructura para el ocio como parte de la recuperación...
- **Journaling Group**: todos los jueves, 45 minutos. En este grupo más reducido se fomenta la expresión y apoyo mutuo a través de la escritura, mediante diferentes técnicas y formatos narrativos. En muchas ocasiones y debido a su propia historia, para las pacientes es más fácil expresarse a través de este grupo, lo que ayuda a que posteriormente puedan abordarlo mejor en terapia individual.
- **Spirituality Group**: todos los miércoles, 1 hora. La mayoría de personas que viven en Toronto no han nacido en Canadá, y tienen orígenes muy diversos, siendo en muchos casos la espiritualidad una parte importante de su cultura. El grupo de espiritualidad reúne a todas esas culturas, y aporta un espacio seguro donde hablan de sus dificultades y experiencias desde un punto de vista diferente, dejando fuera la enfermedad mental. No se discute en términos religiosos, sino de conexión con algo fuera de uno mismo.
- **Goal setting group**: todos los lunes, 45 minutos. Se centra en reflexionar y trabajar en objetivos semanales individualizados a corto plazo que les ayuden a encontrarse mejor. Se discute el plan, además de las dificultades que se hayan encontrado para llevarlo a cabo. Por ejemplo, las pacientes se proponían aprender una canción al piano, relacionarse con alguna otra paciente, organizar alguna actividad en la unidad...

Antes de cada grupo se anima a las participantes a nombrar las normas, las cuales son las mismas para todos los grupos:

- Confidencialidad: Inherente a cualquier terapia grupal, lo compartido en cada grupo específico no puede ser discutido fuera del mismo.
- **“Estar aquí es suficiente”**: Se intenta fomentar la participación, pero se valida que la persona haya acudido al grupo y realice una escucha activa.
- **“No juzgarse a sí mismo ni a los demás”**. Dada la gran influencia de la terapia dialectico-conductual en la mayoría de los programas del CAMH, está muy presente el uso cuidadoso del lenguaje a la hora de referirse tanto a uno mismo como a los demás.
- Uso de lenguaje vago y genérico para evitar afectar tanto a nosotros mismos como a otra persona.
- Si durante el grupo alguien se empieza a sentir angustiado o disregulado, siempre hay disponibles varias herramientas de *grounding* en el centro de la sala (hielos,

peluches, pelotas, diferentes juguetes...). También puede pedir realizar un ejercicio de *grounding* grupal, o en caso extremo puede salir de la sala para pedir ayuda a su enfermero/a. Los paquetes de hielo son sin duda la opción más popular y lo que según las pacientes mejor les ayuda a controlar el *arousal* y la hiperactivación física.

- Evitar conversaciones paralelas o comentarios en bajo

Los grupos están relativamente estructurados, y el contenido de todos ellos está diseñado para que se repita cada 2 semanas, que suele ser la duración de estancia media en el ingreso, así todas las pacientes han podido recibir todo el contenido. En todos los grupos se aporta a cada asistente los “apuntes” para ir siguiendo todo el contenido y que puedan continuar trabajando sobre ello posteriormente; para mí además fue bastante útil para no perderme, sobre todo durante los primeros días hasta que mi cerebro se acostumbró a vivir en inglés.

## **OTRAS ACTIVIDADES**

Aunque estuve fundamentalmente en la unidad de mujeres, tuve la oportunidad de conocer la Unidad de Hospitalización para Primeros Episodios Psicóticos mientras realizábamos una evaluación a una paciente, previo a su traslado a la unidad de mujeres. Además, conocí el servicio de Urgencias, también muy diferente al de mi hospital, no solo por ser exclusivamente urgencias psiquiátricas sino también por los recursos de los que disponen (habitaciones individuales, algunas con medidas de aislamiento y de seguridad para reducir contenciones...). Tuvimos que acudir en varias ocasiones puesto que, según la legislación canadiense, otro psiquiatra tiene que valorar a un paciente si éste está inmovilizado más de 24h, y certificar que por su estado psicopatológico debe continuar inmovilizado. Tuve la oportunidad asimismo de ver cómo administraban un ciclo de ketamina intravenosa en una paciente con depresión resistente. Por último, pude acudir a consultas ambulatorias de telepsiquiatría con la Dra. Pasricha. Esta es una herramienta bastante extendida dentro del CAMH debido a la gran extensión y dispersión poblacional de la provincia de Ontario y la escasez de profesionales y servicios de salud mental comunitarios fuera de Toronto.

## **UNA VIÑETA**

Me gustaría hablar un poco más en detalle de una paciente, a la que estaré siempre agradecida puesto que supuso para mí un aprendizaje brutal, y cuya historia y sobre todo evolución durante el ingreso impactó a todo el equipo. Me acordaré siempre de su historia y de su lección de resiliencia.

Conocí a M en mi primer día en la unidad, cuando acudí al primer grupo terapéutico. En los días siguientes, al igual que yo, ella acudía a todos los grupos y actividades que se organizaban. Siempre tenía una sonrisa, se mostraba participativa en los grupos, y cercana con las demás pacientes, también interesándose por mí y preguntándome muchas cosas sobre España. Por sus intervenciones en los grupos, me parecía una mujer muy inteligente, con una gran capacidad de introspección, que conocía bien sus dificultades y era capaz de trabajar en ellas. No conocía su historia, pero no entendía por qué tenía que estar ingresada. Aparentemente estaba bien. A los pocos días se incorporó la Dr. Pasricha y nos hicimos cargo del caso de M, después de que llevara ya dos semanas con otro psiquiatra. En la primera entrevista descubrí que había ingresado por ideación autolítica, la cual ya no presentaba. Era capaz de hablar de su experiencia traumática, tenía planes de futuro, se mostraba motivada con continuar la terapia ambulatoria... todo parecía ir bien, encaminado a un alta muy próxima. Pero algo no encajaba. Al segundo día nos dimos

cuenta de que, aunque M hablaba de emociones y podía pensar y hablar sobre ellas, no las sentía. Que gracias a su inteligencia era capaz de explicarte en qué consistía la DBT y hablarte de multitud de estrategias que había aprendido, pero era todo automático. Que había bloqueado todo su mundo emocional para poder funcionar mínimamente en la unidad. Por eso decidimos empezar de cero y hacer toda la reconstrucción biográfica.

Era la segunda de cuatro hermanos. Nacida y criada en un área despoblada y rural de Nueva Escocia, era hija de dos médicos y disfrutaban por lo tanto con buena posición social y económica dentro de su entorno. Los niños fueron escolarizados todos juntos, en una especie de granja, algo al parecer muy común en estas zonas rurales más aisladas. Su padre era médico de familia de la zona, conocido y muy querido por todos, y su madre era una respetada médica deportiva de su provincia.

Sin embargo, durante toda su infancia y adolescencia M sufrió constantes humillaciones y desprecios por parte de su madre, de la cual solo tiene recuerdos traumáticos, aterradores y dolorosos, y de la que describe graves rasgos disfuncionales de personalidad. Todo esto sucedió durante años sin que su padre ni sus hermanos se enteraran ni fueran víctimas de la ira de la madre. Su madre demostraba a M con cada interacción que era una persona despreciable, de la que se avergonzaba, que no merecía ningún tipo de cariño ni atención.

Por si esto no fuera suficiente impacto en su desarrollo psíquico, a los 13 años M sufre una agresión sexual con riesgo vital perpetrada por parte de su hermano pequeño. Recuerda haber estado horas encerrada en el baño, llorando y pidiendo ayuda a gritos, con miedo real de que la matara. Para ese momento ya había pensado varias veces en suicidarse, sintiéndose, como le recordaba su madre a menudo, un ser asqueroso y una carga para todos. Nadie se daba cuenta de que dentro de ella había un profundo sufrimiento. Ni siquiera su padre, que sí era cariñoso y se preocupaba por ella, ni su hermana mayor, a la que admiraba. No le contó a nadie acerca de la agresión, ni alertó de las conductas cada vez más psicopáticas de su hermano pequeño. Su madre estaba muy unida a él, probablemente la acusaría de mentirosa, y su forma de tratarla sería todavía peor. No quiso arriesgarse, ya tenía suficiente miedo. Pensó que su padre se daría cuenta algún día, pero no fue así, o al menos no quiso destaparlo. Y su hermana estaba demasiado ocupada estudiando y siendo la hija perfecta, futura médico como sus padres, como para que su vida se trastocara de esa manera.

La agresión desata los síntomas ansiosodepresivos, que inicialmente son tratados por sus padres, como buenos médicos y padres de familia idílica que eran. Pero curiosamente el cerebro de M no respondía a la recaptación de monoaminas, por lo que finalmente tuvieron que llevarla a Salud Mental, para ver qué era lo que no funcionaba bien en ella. Según su madre, algo era defectuoso, y ella encima no ponía de su parte. No dormía, estaba siempre como ida y atontada, y no salía de su habitación.

M finalmente un día le contó todo lo sucedido a su padre (tanto los abusos de su madre como de su hermano), éste la creyó y la ha apoyado desde entonces a nivel emocional, pero nunca ha tomado medidas definitivas, paralizado por la culpa. El matrimonio sigue juntos y no hubo represalias hacia el hijo menor. Nunca se habló del tema. Durante la adolescencia M se las apañó como pudo, tomando la medicación (que era cada vez más numerosa), acudiendo a terapia, dedicándose a sus estudios y vigilando por las noches la habitación del más pequeño de sus hermanos para que no le pasara nada. Evitaba quedarse sola con su madre, y una de las pocas veces que lo hizo recuerda como ésta le administro 9 o 10 comprimidos de bupropion porque no estaba mejorando “y la psiquiatra no tenía ni idea de nada”. M tuvo una crisis convulsiva delante de su madre,

cuya respuesta fue meterla en la cama, y cuando se enteró su padre (recordemos, ambos médicos) tampoco se enfrentó a la madre.

A pesar de todo ello, M consiguió la beca de estudios universitarios más prestigiosa, que otorga el gobierno canadiense a los mejores estudiantes al terminar el instituto. Con ella podía estudiar en la universidad que quisiera, por lo que se fue a Vancouver, lo más lejos de casa que pudo. Podríamos pensar que con esto se acabaron todos sus problemas, se graduó con honores y comenzó una nueva vida en la costa oeste. Sin embargo, fue incapaz de salir de su habitación durante meses, tuvo infecciones cutáneas porque no se duchaba ni se cambiaba la ropa, hacía sus necesidades en botellas de plástico, y se pasaba días (que para ella eran minutos) escondida en el armario. Como desde la universidad la creyeron cuando dijo que tenía una enfermedad física, le dieron otras tres oportunidades para estudiar en otras universidades del país, volviéndose a repetir la situación hasta que al cuarto año le retiraron la beca. Mientras tanto se habían sucedido varios intentos de suicidio desde los 13 años, algún que otro ingreso en Psiquiatría, y distintos diagnósticos y medicaciones que poco habían mejorado su calidad de vida. Depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de personalidad... No se encontraba en todo el DSM el constructo que explicara lo que le pasaba. Vivía entre la intelectualización y la disociación, escribiendo compulsivamente todas sus conductas e interacciones sociales para repasarlas posteriormente y comprobar que no estaba actuando como su madre y convirtiéndose en ella.

Una vez que estuvieron todas las cartas sobre la mesa, y establecido un buen vínculo y relación de seguridad, se inició un potente trabajo de exposición a través de la narrativa, con un esfuerzo increíble por parte de la paciente, que detalló numerosos recuerdos y experiencias traumáticas, cada vez con más contacto con la emoción pasada y presente. Poco a poco fue permitiéndose llorar, estar enfadada con su padre... Y sobre todo entender que todo lo que la pasó no fue culpa suya, sino de sus abusadores. Gracias a varias entrevistas telefónicas junto con su padre y su hermana mayor, pudimos asimismo reconectarles, y el padre fue capaz de pedirle perdón. Este trabajo en las sesiones individuales permitió mayor aprovechamiento de los grupos, desprendimiento de los mecanismos de defensa, relaciones más reales con el resto de pacientes, y un desbloqueo generalizado. Un mayor contacto con su realidad y con su identidad favoreció además que potenciara sus habilidades artísticas, musicales y culinarias, lo que ayudó a mejorar su autoconcepto y a construir nuevas habilidades de autorregulación.

## **ALGUNAS REFLEXIONES MÁS CRÍTICAS**

Aunque envidio muchas de las cosas de este sistema y sus recursos, y espero que en la red de salud mental española podamos aspirar a algo parecido, también considero que tiene muchas carencias. Ahora me doy cuenta del valor que tiene nuestra psiquiatría comunitaria, esa que está en los barrios y tan cerca de nuestros pacientes y sus familias. Y lo valiosa que es la red de continuidad de cuidados, con figuras claras que acompañan en todo momento al paciente crónico con enfermedad mental grave. Creo además que demasiada superespecialización conlleva en ocasiones perder un poco el norte y lleva a la iatrogenia o a que el paciente se pasee por cientos de psiquiatras sin que su proceso tenga consistencia. Y que entenderlo todo bajo un solo modelo a veces hace que los árboles no te dejen ver el bosque. Aunque no tengamos unidades punteras superespecíficas, expertos mundiales ni la mitad de los recursos, realizamos un trabajo en ocasiones mucho más humano y que ayuda de verdad a mejorar la vida de las personas con enfermedad mental.

## VALORACION GLOBAL

Ha sido muy interesante poder observar el gran trabajo y evolución de las pacientes en solo 2-3 semanas de ingreso. El poder de la narrativa consciente para poner palabras al dolor y la confusión, como primer paso para la integración. Ver a través de sus historias cómo estrategias de supervivencia se iban convirtiendo en síntomas y deterioro progresivo. Y cómo todo este trabajo puede hacerse de manera estructurada para evitar perderte en la complejidad de estas pacientes. He podido ver diferentes presentaciones de la sintomatología postraumática completa, y ahondar un poco más en el diagnóstico diferencial y comorbilidad con otras patologías. He aprendido además acerca del manejo farmacológico más adecuado, y acerca de tratamientos que aún no están disponibles en España pero llegarán en los próximos años. Me alegra que mi rol de observadora “se haya ignorado”. Sentí que mi opinión era valorada y que la barrera idiomática no era tal, lo que me ayudó a estar más cercana a las pacientes y otros profesionales, y a contribuir con mi perspectiva.

Aunque no tuve un papel activo en los grupos, sólo observar ya fue enriquecedor. Los grupos de corte más psicoeducativo me ayudaron además a conectar varios conceptos que estaban aislados en mi cabeza. He aprendido las habilidades básicas de la DBT en formato grupal, y cómo los módulos se complementan unos a otros. En la terapia individual,

Globalmente fue una experiencia corta pero apasionante, que ha abierto una nueva perspectiva que creo que me puede ayudar a conectar con muchas pacientes que necesitan otra oportunidad. Creo que esta unidad es el ejemplo de que debería haber más comprensión del trauma e inversión pública en su tratamiento; si no, muchas personas nunca podrán salir de la cronificación, discapacidad, incomprensión y retraumatización. Sin duda intentaré los principios de esta unidad en mi práctica profesional, continuaré formándome en el estudio y tratamiento del trauma complejo, e intentaré instilar en mis colegas este interés.

Recomiendo encarecidamente esta rotación a cualquier residente de salud mental, y especialmente al que, como yo, quiera tener una mejor comprensión del trauma complejo.



Vistas de la ciudad desde las Toronto Islands

## ANEXOS

- Traducción de las hojas del Wellness Plan, que se entregan a cada paciente al ingreso y van siendo rellenas a lo largo del mismo en diferentes grupos.

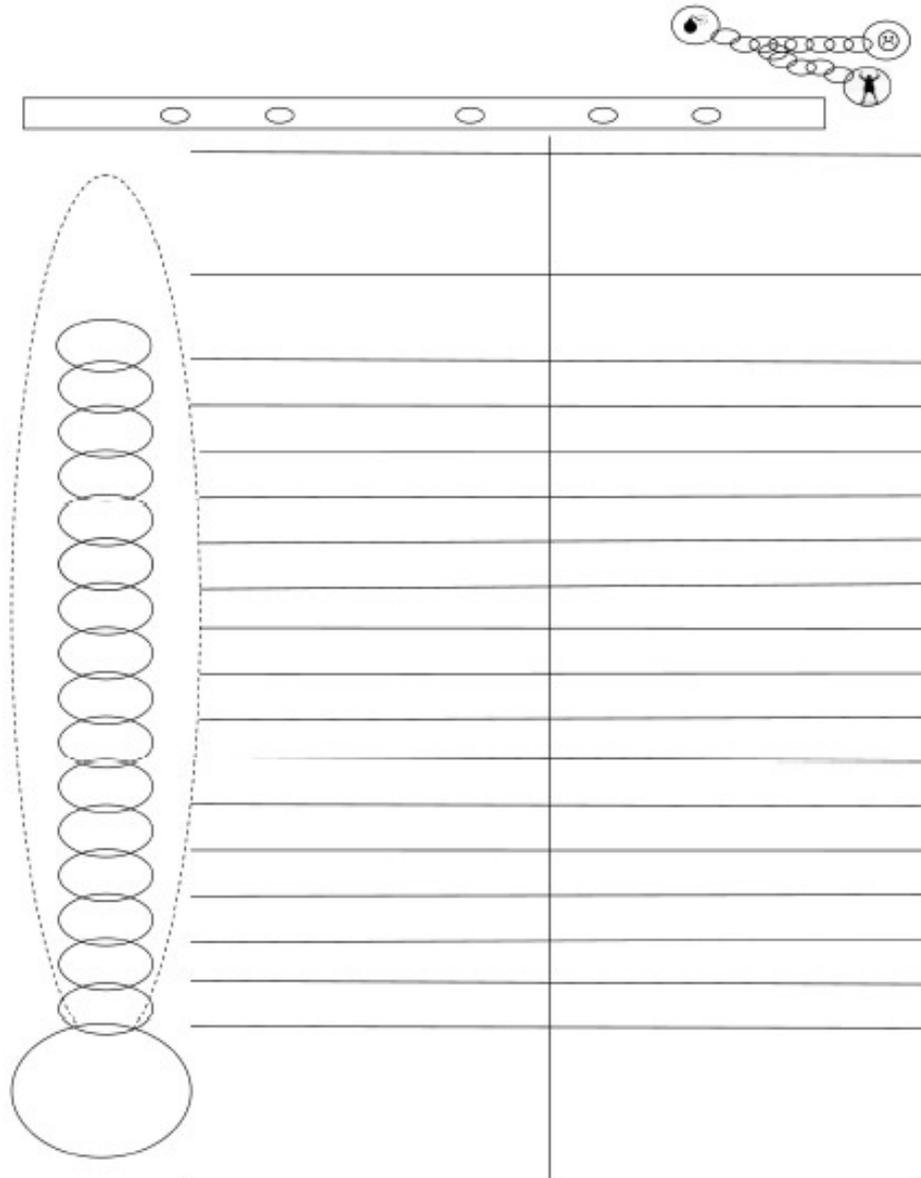
Mis "disparadores" son:			
<b>ZONA VERDE</b> (cuando me encuentro bien y soy capaz de manejar mi angustia)			
SIENTO...	ESTRATEGIAS	BARRERAS QUE IMPIDEN UTILIZAR LAS ESTRATEGIAS	RECURSOS COMUNITARIOS
Sensaciones corporales:	¿Qué cosas hago que funcionan?  ¿Qué hacen los demás que me ayuda?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS? <u>Internas:</u>  <u>Externas:</u>  ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES SOLUCIONES?	
Emociones:			
Pensamientos:			
Comportamientos/Impulsos:			

Mis "disparadores" son:			
<b>ZONA AMARILLA</b> (cuando empiezo a notar angustia leve-moderada)			
SIENTO...	ESTRATEGIAS	BARRERAS QUE IMPIDEN UTILIZAR LAS ESTRATEGIAS	RECURSOS COMUNITARIOS
Sensaciones corporales:	¿Qué cosas hago que funcionan?  ¿Qué hacen los demás que me ayuda?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS? <u>Internas:</u>  <u>Externas:</u>  ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES SOLUCIONES?	
Emociones:			
Pensamientos:			
Comportamientos/Impulsos:			

Mis "disparadores" son:			
<b>ZONA ROJA</b> (cuando me encuentro con gran angustia)			
SIENTO...	ESTRATEGIAS	BARRERAS QUE IMPIDEN UTILIZAR LAS ESTRATEGIAS	RECURSOS COMUNITARIOS
Sensaciones corporales:  Emociones:  Pensamientos:  Comportamientos/Impulsos:	¿Qué cosas hago que funcionan?   ¿Qué hacen los demás que me ayuda?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS? <u>Internas:</u>  <u>Externas:</u>  ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES SOLUCIONES?	

Mis "disparadores" son:				
Disparadores	¿Qué ocurre en respuesta a los disparadores?	Estrategias que ayudan	Barreras que impiden utilizar esas estrategias	Posibles soluciones
	Sensaciones corporales:  Emociones:  Pensamientos:  Comportamientos/Impulsos:			

- 
- Ejemplo de la ficha de “Análisis en cadena” (Chain analysis), que se completa en el grupo o en una sesión individual.



## “151 MANERAS DE SER BORDERLINE”

Memoria de rotación externa en la *Borderline Personality Disorder Clinic*

Noviembre de 2019. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (Canada)

**Alba Juanes González**

**MIR-4 Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre**

Durante el mes de noviembre de 2019 completé mi rotación externa en Toronto bajo la supervisión del Dr. Robert Cardish en la *Borderline Personality Disorder* del *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH). Es un dispositivo ambulatorio de evaluación y tratamiento del trastorno límite de personalidad bajo el marco de la terapia dialéctico-conductual (*Dialectical Behaviour Therapy* - DBT) según la teoría y manual desarrollado por Marsha Linehan.

### EL POR QUÉ

A la hora de complementar la rotación por la *Women's Inpatient Unit*, este dispositivo me pareció una buena opción dentro de la oferta del CAMH. Buscaba una unidad ambulatoria en la que trataran de forma específica trastornos de personalidad, con énfasis en terapia grupal pues en mi rotación por el Centro de Salud Mental de Usera fue de lo que más disfruté. Además, me ofrecía la posibilidad de aprender de DBT, a la cual me había acercado de R1, gracias a Diego Padilla, que por aquel entonces era nuestro tutor de investigación y me habló de la DBT y el grupo de adolescentes que conducía. Al ser una de las terapias con más evidencia de eficacia para el TLP, me parecía importante, además de las bases teóricas que podemos adquirir mediante los libros, verlo de forma directa.

### EL DISPOSITIVO

Se encuentra en uno de los edificios del gran complejo del CAMH en Queen St, compartiendo planta con la *Problem Gambling and Technology Use Disorders Clinic*. Consta de cuatro psiquiatras y otros ocho terapeutas (psicólogas y trabajadoras sociales), además de residentes y estudiantes de psicología que también realizan trabajo asistencial. Las instalaciones son más parecidas a una oficina que a nuestros centros de salud mental. Aunque hay algunos despachos, la mayoría del personal trabaja en un cubículo, y cuando tiene que ver a algún paciente lo hacen en otras salas disponibles para ello. Las sesiones individuales suelen ser de una hora o una hora y media, dependiendo si el plan de tratamiento incluye sesiones de terapia de exposición prolongada para el abordaje de un trastorno por estrés postraumático comórbido o no.

Hay varias salas para grupos, una de ellas conectada a través de un espejo unidireccional a la sala de observación, donde nos encontramos los observadores. Los grupos suelen tener dos facilitadores, un terapeuta del centro (psiquiatra, psicóloga o trabajadora social) y un residente o estudiante en prácticas (de psiquiatría o psicología).

Las derivaciones surgen desde otros dispositivos del CAMH, especialmente del servicio de Urgencias, por ejemplo, tras un gesto autolítico. La lista de espera para la primera

evaluación es variable; en el momento de mi rotación no era muy larga, de hecho tuve la oportunidad de estar en una evaluación de una paciente que conocí en mi rotación previa en la *Women's Inpatient Unit*. Una vez que en la evaluación se confirma que el paciente es elegible para iniciar tratamiento, es decir, que cumple criterios DSM para trastorno límite de personalidad (y posiblemente otros trastornos comórbidos como TEPT o dependencia de sustancias), la incorporación al programa es también variable, entre una semana y dos meses aproximadamente. Al paciente se le asigna un terapeuta con el que realizará la DBT individual semanal, y entrará también en un grupo de habilidades en DBT semanal. El terapeuta individual ofrece además de las sesiones semanales, consultas telefónicas cuando sean necesarias, y se compromete a apoyarse en el resto del equipo (*Consultation Team*) para solucionar sus dificultades durante el tratamiento (ver más adelante).

El programa tiene una duración de 6 o 12 meses, dependiendo de lo acordado entre el paciente y el terapeuta individual según las dificultades detectadas.

En ocasiones, los pacientes tienen un terapeuta individual fuera de este recurso por lo que solo acuden al grupo de habilidades.



Uno de los edificios del complejo del CAMH, en el que se puede leer "I've got sunshine on a cloudy day"



Mural junto al hospital, "has cambiado".

## UNAS PINCELADAS SOBRE LA DBT

La terapia dialéctico-conductual (en inglés, dialectical behaviour therapy, DBT), fue desarrollada en los años 80 por Marsha Linehan, originalmente para pacientes crónicamente suicidas, y desde la propia experiencia de su autora. Desde entonces se ha manualizado y ha podido ser adaptada a pacientes con abuso de sustancias, trastorno por atracón, poblaciones penitenciarias, adolescentes... y en recursos tanto ambulatorios como de hospitalización; y ha demostrado evidencia empírica de su eficacia.

Se basa en terapias cognitivo-conductuales, con énfasis en analizar y sustituir comportamientos problemáticos por otros más "hábiles" (*skillfull*). Para ello integra elementos de otras teorías:

- La teoría del aprendizaje: La conducta es aprendida y los cambios conductuales surgen a través del aprendizaje.
- La filosofía zen: El sufrimiento surge del estar enganchados a que las cosas sean de determinada manera, y disminuir el sufrimiento implica aceptar la realidad.
- Y la filosofía dialéctica: No hay verdad absoluta, hay dos polos contrarios, y el cambio implica la síntesis de elementos de cada uno de los polos.

La terapia DBT estándar incluye cuatro aspectos:

- Terapia individual (1h/semana)
- Grupo de habilidades (2h/semana), que constan de 4 módulos: *Mindfulness*, regulación emocional, tolerancia al estrés y efectividad interpersonal <sup>11</sup>.
- Consulta telefónica (disponible 24h)
- Y el llamado “*consultation team*” para los terapeutas, lo que sería un espacio de supervisión conjunta (1-2h/semana).

La dialéctica nuclear va a ser la síntesis entre aceptación y cambio. La DBT asume que los pacientes lo hacen lo mejor que pueden y quieren mejorar, pero a la vez necesitan hacerlo mejor, intentarlo más, y estar más motivados para cambiar. Asume asimismo que los pacientes pueden no haber sido los causantes de todos sus problemas, pero son los que tienen que resolverlos.

Según esta aproximación, las conductas autolesivas y demás características de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, surgen de la combinación de factores biológicos y ambientales, especialmente la disregulación emocional (de origen principalmente biológico), y un ambiente invalidante.

Existirían jerarquías dentro de los objetivos tratamiento para lograr un estilo de vida funcional y estable.

- Lo principal es disminuir las conductas “problemáticas”, sobre todo las que amenazan la vida: autolesiones, ideación suicida, gestos autolíticos...
- Después las que interfieren con la terapia: No acudir a las citas, llegar tarde, no hacer las tareas para casa...)
- Posteriormente las que interfieren con la calidad de vida, como conductas impulsivas, consumo de sustancias...
- Por último, el objetivo sería aumentar las habilidades: interpersonales, de tolerancia al estrés, de regulación emocional, *mindfulness*...

Otros objetivos secundarios frecuentes en la terapia serían trabajar la vulnerabilidad emocional y la autovalidación, pues se parte de la base de que ese ambiente invalidante ha hecho que la persona internalice ese concepto sobre sí misma y sus emociones. En este sentido son básicas para el terapeuta las estrategias de validación, que conseguirán según esta teoría, que durante el tratamiento se reduzca el alto *arousal* que por defecto tiene paciente, y le permita procesar nueva información y aprender las habilidades. Validan emociones (pasadas y presentes), conducta, deseos, creencias, opiniones, dificultades...

Otras estrategias empleadas por el terapeuta serán estrategias de cambio (resolución de problemas) y estrategias dialécticas.



Vistas de la ciudad desde las Toronto Islands

<sup>11</sup> Para más detalle acerca de cada módulo ver la Memoria de rotación externa en la *Women's Inpatient Unit*

## LOS GRUPOS

La mayor parte de la rotación estuvo orientada a la observación de grupos de habilidades en DBT. Son de dos horas semanales, y tienen una duración de 6 o de 12 meses. El contenido se cubre en 6 meses, por lo que los grupos de 12 meses dan una segunda vuelta a las habilidades para consolidarlas. Cada uno tiene unos 6-8 pacientes, y no todos se incorporan a la vez o en el primer módulo, sino que van entrando a medida que otros completan los meses de tratamiento o abandonan. Esto lo están intentando cambiar ya que detectan más dificultades en los pacientes que se incorporan de nuevas en el último módulo (efectividad interpersonal, quizás el más exigente) sin conocer las habilidades de los módulos anteriores.

Todos los pacientes tienen su propia carpeta con los “apuntes” y todo el material necesario para el momento del grupo y las tareas para casa, a modo de libro de texto, por lo que les es muy sencillo seguir el ritmo del grupo y no perderse si faltan algún día. Además, los terapeutas ofrecen disponibilidad telefónica y vía email para contestar cualquier duda acerca del contenido o las tareas.

Todos los grupos tienen la misma estructura. En los primeros 2-3 minutos realizan un ejercicio de *mindfulness* grupal. He podido ver ejercicios muy diferentes, como cerrar los ojos y relajar distintas partes del cuerpo, anotar los diferentes pensamientos que les van surgiendo, o algunos más dinámicos como pasarse objetos entre los distintos miembros del grupo. Puede parecer sencillo, o “una chorrada”, y reconozco que la primera vez me lo pareció. Pero cuando observas unos cuantos, y sobre todo cuando los haces tú también, te das cuenta de que lo que no es nada fácil ser consciente de todos esos pensamientos que nos van apareciendo, de lo que nos generan, ser capaces de no dejarnos llevar por ellos, no juzgar, y el resto de principios del *mindfulness*. Tras este pequeño ejercicio, que ayuda a todos a prepararse para el espacio grupal, debaten durante unos 10 minutos sobre cómo se han encontrado durante el mismo, las dificultades surgidas, etc. Me resulto muy curioso ver como ejercicios tan sencillos generan diferentes reacciones y reflexiones en cada uno.

Tras el *mindfulness*, comienzan con la revisión de la tarea que han tenido para la semana, que es normalmente la aplicación práctica de la habilidad aprendida en el grupo anterior. Esto suele durar unos 45 minutos. Uno de los pilares de la DBT es la validación, por lo que aunque el paciente no haya hecho la tarea asignada, validan que durante la semana haya pensado hacerla, o que intente hacerlo sobre la marcha en el grupo. La estrategia de la validación creo que es importante y algo que sin duda integrare más en mis intervenciones terapéuticas, pero creo que también a veces puede ser un arma de doble filo y que no puede usarse siempre, aunque según la DBT haya que esforzarse en buscar ese “algo” que validar en cualquier circunstancia. Encontré que en muchas ocasiones los pacientes no “hacen la tarea” y esa actitud no es confrontada.

Tras un descanso de 15 minutos, comienza la parte en la que el otro terapeuta enseña las habilidades de esa semana. Para ello, además del manual, Linehan también ha desarrollado “*Teaching Notes*” con todas las indicaciones de cómo hacerlo, los puntos clave en los que se debe hacer más énfasis, ejemplos, posibles dudas que puedan plantear los pacientes etc. Esto se complementa con la supervisión por parte de otros terapeutas y el *feedback* entre compañeros. En los postgrupos, aparte de hablar sobre el desempeño y evolución de los pacientes, me gusto que dedican bastante tiempo a dar *feedback* y se preocupan por mejorar, incluso siendo terapeutas con mucha experiencia que hayan dado muchísimas veces ese mismo contenido.

He podido también asistir al grupo de habilidades en DBT multifamiliar que se hace una vez en semana. Esta es una adaptación de la DBT inicialmente desarrollada para ser incluida en el tratamiento de adolescentes con conductas suicidas, pero en este grupo

pueden participar pacientes más mayores. En él, cinco pacientes del programa y sus convivientes (padres, pareja...) trabajan las mismas habilidades que en los grupos habituales con lo que pueden conocerlas y ayudar a los pacientes a trabajarlas en su entorno, además de aplicarlas a sí mismos. Es una de las cosas que más interesante me ha resultado ya que en general me parece fundamental la integración de las familias en el tratamiento, sobre todo cuando la disfunción familiar ha sido una de las fuentes del trastorno y muchas veces aunque el paciente modifique conductas sigue habiendo un ambiente invalidante. Además, al hablar de las dificultades de los pacientes, salen a colación también dificultades previas de los propios padres de las que no eran conscientes, y es sorprendente como eso les impacta. Este grupo tiene la misma estructura y duración que los grupos de habilidades para pacientes, con la particularidad de que lo imparten tres terapeutas, una de ellas en formación durante el tiempo en el que estuve yo. Este aspecto fue muy interesante para mí porque en el postgrupo las terapeutas más veteranas le ofrecían *feedback* más práctico que en otros contextos.



Plaza Nathan Phillips, donde se ubica el ayuntamiento de Toronto y las conocidas letras luminosas junto al símbolo de las Primeras Naciones canadienses.

## MI PAPEL

Al ser una unidad tan específica, orientada en su totalidad en la terapia dialectico/conductual, de la cual mis conocimientos previos eran muy escasos, mi rol fue de observadora. En las cuatro semanas he podido observar distintos grupos, teniendo así la oportunidad de ver diferentes terapeutas y estilos dentro de la DBT, así como el trabajo en los diferentes módulos de la misma (*mindfulness*, tolerancia a la angustia, regulación emocional y efectividad interpersonal), con lo que, aunque ha sido poco tiempo he tenido una experiencia bastante completa. Además, como he descrito previamente, asistí al grupo de habilidades en DBT multifamiliar.

Por otro lado acompañé al Dr. Cardish en varias primeras evaluaciones de pacientes derivados a la clínica. Estas primeras entrevistas duran unas 3-4 horas. En la primera parte obtienen una anamnesis y psicobiografía básicas, y posteriormente pasan varias entrevistas semiestructuradas. Para evaluar los criterios de trastorno límite de la personalidad, siguen la entrevista IPDE versión DSM-IV para trastorno límite de personalidad; para valorar la conducta suicida, la entrevista L-SASI (*Lifetime Suicide Attempt & Self-Injury Inquiry*); y por último la *MINI International Neuropsychiatric Interview* para evaluar posibles comorbilidades, centrándose en unos trastornos u otros según síntomas que hayan surgido durante la entrevista o diagnósticos previos. Al final de la entrevista se comunica al paciente si cumple o no criterios de trastorno límite de

personalidad y/o otros trastornos comórbidos, y se indican los siguientes pasos en el caso de que sea candidato a empezar la DBT.

Este aspecto de la rotación fue muy interesante puesto que además de aprender a explorar en profundidad los rasgos característicos del TLP, me ayudó a darme cuenta de la heterogeneidad que puede existir dentro de este trastorno (como decía el Dr. Cardish, “dentro del TLP puedes encontrarte más de 200 pacientes totalmente diferentes”). Por otro lado, al ser entrevistas tan largas a veces se hacían un poco tediosas, sobre todo para el paciente, lo que creo que puede influir en las respuestas. También creo que el seguir una entrevista “a rajatabla”, aunque este diseñada específicamente para el TLP, puede dar lugar a sesgos y confusión con otros trastornos de personalidad, los cuales, al menos que yo pudiera ver, no se exploran específicamente. Sin duda este tipo de entrevistas son muy diferentes a las que realizamos en nuestro medio y cada una tiene sus limitaciones y fuentes de error.

Tuve acceso a grabaciones de sesiones de terapia individual por lo que también he tenido la oportunidad de conocer el formato de las mismas y ver de forma práctica como se aplican las diferentes estrategias en el transcurso de la terapia. He podido observar diferentes terapeutas, diferentes estilos y perfiles de paciente diferentes (adolescentes, varones...). Me interesó especialmente la DBT adaptada al TEPT y la integración de la exposición prolongada al tratamiento individual. Junto a esto, se me facilitaron diferentes materiales didácticos relacionados para complementar con los aspectos teóricos el visionado de las sesiones y la observación de grupos.

## **EXTRAS**

Además de haber estado de observadora en la parte asistencial, ayudé en la recogida de datos de un ensayo clínico que están llevando a cabo entre varias unidades del CAMH, sobre la eficacia de la DBT frente a la estimulación magnética transcraneal en pacientes con TLP y episodio depresivo.

Asistí también a la docencia sobre DBT para los residentes, que tenía lugar los miércoles durante toda la mañana.

## **ALGUNAS REFLEXIONES MÁS CRÍTICAS**

Tuve la sensación de que es un dispositivo algo rígido en cuanto a su funcionamiento y visión del paciente, y en el que por otro lado “se cuelean” pacientes con otros trastornos de personalidad (perfiles antisociales o más histriónicos), debido al tipo de evaluación que se hace al inicio. En los grupos, en ocasiones la constante validación creo que hace flaco favor a los pacientes, y se permiten conductas que me parecieron inadecuadas.

## **VALORACION GLOBAL**

Aunque ha habido cosas que no encajaban con mi forma de entender el trastorno límite de personalidad, en general ha sido una rotación provechosa e interesante sobre todo para aprender las bases y habilidades de la DBT tanto en formato individual como grupal. He tenido además libertad para acceder a la biblioteca de vídeos e información que han recopilado en todos estos años de funcionamiento, pudiendo ver diferentes estilos dentro de la DBT. Gracias a esto he tenido tiempo para estudiar durante la rotación e ir profundizando en lo que me iba interesando.

Agradezco además que los profesionales se hayan volcado de tal modo por enseñarme y hacerme sentir parte del equipo a pesar de estar como una observadora.

Recomiendo esta rotación para quien, como yo, quiera aprender sobre la DBT y ver su aplicación en diferentes contextos por parte de profesionales expertos dedicados a ello en exclusiva.

## ANEXOS

- Ejemplo de una ficha del modulo de Mindfulness: Habilidades WHAT.

### **MINDFULNESS HANDOUT 4** (Mindfulness Worksheets 2–2c, 4–4b)



## **Taking Hold of Your Mind: “What” Skills**

### **OBSERVE**

- Notice your body sensations** (coming through your eyes, ears, nose, skin, and tongue).
- Pay attention** on purpose, to the present moment.
- Control your attention**, but not what you see. Push away nothing. Cling to nothing.
- Practice wordless watching**: Watch thoughts come into your mind and let them slip right by like clouds in the sky. Notice each feeling, rising and falling, like waves in the ocean.
- Observe both inside and outside yourself.**

### **DESCRIBE**

- Put words on the experience.** When a feeling or thought arises, or you do something, acknowledge it. For example, say in your mind, “Sadness has just enveloped me,” or “Stomach muscles tightening,” or “A thought ‘I can’t do this’ has come into my mind.”
- Label what you observe.** Put a name on your feelings. Label a thought as just a thought, a feeling as just a feeling, an action as just an action.
- Unglue your interpretations and opinions** from the facts. Describe the “who, what, when, and where” that you observe. Just the facts.
- Remember, **If you can’t observe it through your senses, you can’t describe it.**

### **PARTICIPATE**

- Throw yourself completely into activities of the current moment.** Do not separate yourself from what is going on in the moment (dancing, cleaning, talking to a friend, feeling happy or feeling sad).
- Become one with whatever you are doing**, completely forgetting yourself. Throw your attention to the moment.
- Act intuitively from Wise Mind.** Do just what is needed in each situation—a skillful dancer on the dance floor, one with the music and your partner, neither willful nor sitting on your hands.
- Go with the flow.** Respond with spontaneity.

From *DBT Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition*, by Marsha M. Linehan. Copyright 2015 by Marsha M. Linehan. Permission to photocopy this handout is granted to purchasers of *DBT Skills Training Manual, Second Edition*, for personal use or use with individual clients only. (See page ii of this packet for details.)

- Ejemplo de una ficha del módulo de Tolerancia al estrés: Habilidades TIPP.



## **DISTRESS TOLERANCE HANDOUT 6** (Distress Tolerance Worksheet 4)

### **TIP Skills: Changing Your Body Chemistry**

To reduce extreme emotion mind *fast*.

Remember these as **TIP** skills:

**T**

#### **TIP THE TEMPERATURE of your face with **COLD WATER\*** (to calm down fast)**

- Holding your breath, put your face in a bowl of cold water, or hold a cold pack (or zip-lock bag of cold water) on your eyes and cheeks.
- Hold for 30 seconds. Keep water above 50°F.

**I**

#### **INTENSE EXERCISE\*** (to calm down your body when it is revved up by emotion)

- Engage in intense exercise, if only for a short while.
- Expend your body's stored up physical energy by running, walking fast, jumping, playing basketball, lifting weights, etc.

**P**

#### **PACED BREATHING** (pace your breathing by slowing it down)

- Breathe deeply into your belly.
- Slow your pace of inhaling and exhaling way down (on average, five to six breaths per minute).
- Breathe *out* more slowly than you breathe *in* (for example, 5 seconds in and 7 seconds out).

#### **PAIRED MUSCLE RELAXATION** (to calm down by pairing muscle relaxation with breathing out)

- While breathing into your belly deeply tense your body muscles (*not* so much as to cause a cramp).
- Notice the tension in your body.
- While breathing out, say the word "Relax" in your mind.
- Let go of the tension.
- Notice the difference in your body.

**\*Caution:** Very cold water decreases your heart rate rapidly. Intense exercise will increase heart rate. Consult your health care provider before using these skills if you have a heart or medical condition, a lowered base heart rate due to medications, take a beta-blocker, are allergic to cold, or have an eating disorder.

From *DBT Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition*, by Marsha M. Linehan. Copyright 2015 by Marsha M. Linehan. Permission to photocopy this handout is granted to purchasers of *DBT Skills Training Manual, Second Edition*, for personal use or use with individual clients only. (See page ii of this packet for details.)

- Ejemplo de una ficha del módulo de Regulación emocional: Acción opuesta



## EMOTION REGULATION HANDOUT 10 (Emotion Regulation Worksheet 7)

### Opposite Action

Use opposite action when your emotions do NOT fit the facts or when acting on your emotions is NOT effective.

EVERY EMOTION HAS AN ACTION URGE.

CHANGE THE EMOTION BY ACTING OPPOSITE TO ITS ACTION URGE.

Consider these examples:

<u>EMOTION</u>	<u>ACTION URGE</u>	<u>OPPOSITE ACTION</u>
Fear	Run away/avoid	Approach/don't avoid
Anger	Attack	Gently avoid/be a little nice
Sadness	Withdraw/isolate	Get active
Shame	Hide/avoid	Tell the secret to people who will accept it

#### HOW TO DO OPPOSITE ACTION, STEP BY STEP

- Step 1. IDENTIFY AND NAME THE EMOTION** you want to change.
- Step 2. CHECK THE FACTS** to see if your emotion is justified by the facts. Check also whether the intensity and duration of the emotion fit the facts. (Example: "Irritation" fits the facts when your car is cut in front of; "road rage" does not.) An emotion is justified when your emotion fits the facts.
- Step 3. IDENTIFY AND DESCRIBE YOUR ACTION URGES.**
- Step 4. ASK WISE MIND:** Is expression or acting on this emotion effective in this situation?  
*If your emotion does not fit the facts or if acting on your emotion is not effective:*
- Step 5. IDENTIFY OPPOSITE ACTIONS** to your action urges.
- Step 6. ACT OPPOSITE ALL THE WAY** to your action urges.
- Step 7. REPEAT ACTING OPPOSITE** to your action urges until your emotion changes.

From *DBT Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition*, by Marsha M. Linehan. Copyright 2015 by Marsha M. Linehan. Permission to photocopy this handout is granted to purchasers of *DBT Skills Training Manual, Second Edition*, for personal use or use with individual clients only. (See page ii of this packet for details.)

- Ejemplo de una ficha del módulo de Efectividad interpersonal: Habilidades para mantener la relación.

**INTERPERSONAL EFFECTIVENESS HANDOUT 6** (I. E. Worksheets 4, 5)



**Guidelines for Relationship Effectiveness:  
Keeping the Relationship (GIVE)**

A way to remember these skills is to remember the word **GIVE (DEAR MAN, GIVE)**:

(Be) Gentle  
(Act) Interested  
Validate

(Use an) Easy manner

**G**entle

BE NICE and respectful.

- No attacks: No verbal or physical attacks. No hitting, clenching fists. No harassment of any kind. Express anger directly with words.
- No threats: If you have to describe painful consequences for not getting what you want, describe them calmly and without exaggerating. No “manipulative” statements, no hidden threats. No “I’ll kill myself if you . . .” Tolerate a “no.” Stay in the discussion even if it gets painful. Exit gracefully.
- No judging: No moralizing. No “If you were a good person, you would . . .” No “You should . . .” or “You shouldn’t . . .” Abandon blame.
- No sneering: No smirking, eye rolling, sucking teeth. No cutting off or walking away. No saying, “That’s stupid, don’t be sad,” “I don’t care what you say.”

(Act)  
**I**nterested

LISTEN and APPEAR INTERESTED in the other person.  
Listen to the other person’s point of view.  
Face the person; maintain eye contact; lean toward the person rather than away. Don’t interrupt or talk over the person.  
Be sensitive to the person’s wish to have the discussion at a later time. Be patient.

**V**alidate

With WORDS AND ACTIONS, show that you understand the other person’s feelings and thoughts about the situation. See the world from the other person’s point of view, and then say or act on what you see.  
“I realize this is hard for you, and . . .”, “I see that you are busy, and . . .”  
Go to a private place when the person is uncomfortable talking in a public place.

(Use an)  
**E**asy manner

Use a little humor.  
SMILE. Ease the person along. Be light-hearted. Sweet-talk.  
Use a “soft sell” over a “hard sell.” Be “political.”  
Leave your attitude at the door.

Other ideas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

From *DBT Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition*, by Marsha M. Linehan. Copyright 2015 by Marsha M. Linehan. Permission to photocopy this handout is granted to purchasers of *DBT Skills Training Manual, Second Edition*, for personal use or use with individual clients only. (See page ii of this packet for details.)

- Ejemplo de tarjeta diaria (Diary card), herramienta para automonitorización de conductas autolesivas, que se revisa cada semana en la sesión individual.

**Dialectical Behaviour Therapy**  
**DIARY CARD**

Name: \_\_\_\_\_ Date started: \_\_\_\_\_  
 How often did you fill out this card?  Daily  2-3times  weekly

Date	Thoughts, Urges 0-5					Emotions 0-5					Actions Yes / No			0-7
	Die	SH				Sad	Shame	Anger	Fear	Joy	Die	SH		
Mon														
Tue														
Wed														
Thurs														
Fri														
Sat														
Sun														

Apparently unimportant behaviours:	(0-5)	Before	after	0 = Not thought about or used	4 = Tried, could do them but they didn't help
	Urge to use			1 = Thought about, not used, didn't want to	5 = Tried, could use them, helped
Keeping doors open:	Urge to quit			2 = Thought about, not used, want to	6 = Didn't try, used them, they didn't help
	Urge to harm			3 = Tried, but couldn't use them	7 = Didn't try, used them, helped

**SKILLS DIARY CARD** Instructions: Circle the days you worked on each skill.

	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat	Sun
1. Wise Mind							
2. Observe: just notice							
3. Describe: put words on							
4. Participate: enter into the experience							
5. Nonjudgemental stance							
6. One-mindfully: in-the-moment							
7. Effectiveness: focus on what works							
8. Objective effectiveness: DEAR MAN							
9. Relationship effectiveness: GIVE							
10. Self-respect effectiveness: FAST							
11. Reduce vulnerability: PLEASE							
12. Build MASTERY							
13. Build positive experiences							
14. Opposite-to-emotion action							
15. Distract							
16. Self-soothe							
17. Improve the moment							
18. Pros and cons							
19. Radical acceptance							
20. Building structure/Work							
21. Building structure/Love							
22. Building structure/Time							
23. Building structure/Place							

## “NOS VEMOS EN EL FRONTÓN”

Memoria de Rotación Externa en la *Unidad de Psicosis Refractaria (UPR)*

Febrero y Marzo de 2020. Vitoria, Hospital Psiquiátrico de Álava.

**Alba Juanes González**  
**MIR-4 Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre**

### MOTIVACIÓN

Después de haber solicitado parte de mi rotación externa en el extranjero, y que ésta fuera a tener relación con los trastornos de personalidad y psicoterapia, quería buscar algo radicalmente diferente dentro de España. Dentro de la Psiquiatría, la patología que más me interesa es la psicosis, sobre todo aquellos pacientes resistentes al tratamiento. Siendo R1 preparé una sesión clínica para todo el servicio sobre primeros episodios ultrarresistentes, y siempre he disfrutado leyendo y formándome en el tema. Gracias a la Dra. Eva Sánchez Morla, descubrí la existencia de la Unidad de Psicosis Refractaria (UPR) en Vitoria, y al Dr. Pedro Sánchez, al que he visto posteriormente en diversas ponencias y cursos sobre clozapina y esquizofrenia resistente, y que es uno de los mayores expertos, reconocido clínico e investigador, en este ámbito.

### LA UNIDAD

La UPR es un dispositivo rehabilitador que se encuentra dentro del Hospital Psiquiátrico de Álava, a pocos minutos del centro de Vitoria. Dentro del hospital existen otras unidades como el Área de Subagudos (ASA), el Área de Rehabilitación Intensiva (ARI), y el Área de Rehabilitación Funcional (ARF). En el ASA ingresan pacientes con descompensación aguda en los que se prevé un ingreso de varios meses, por ejemplo derivados desde Unidades de Agudos. En el ARI ingresan pacientes con trastorno mental grave derivados de otras unidades (ASA, UPR) que requieren ingresos aún más largos, por ejemplo, al no poder regresar a la comunidad por su sintomatología o escaso apoyo sociofamiliar. Y el ARF se podría corresponder a una larga estancia, son pacientes pacientes muy crónicos, con patologías neuropsiquiátricas (corea de Huntington, demencias...), en muchas ocasiones psicogeriatricos, y que en general requieren muchos cuidados médicos y de enfermería, tanto a nivel psiquiátrico como somático. Muchos pacientes han pasado por las distintas unidades a lo largo de su evolución.

La UPR está situada en la planta baja, enfrente del ASA. Es la única unidad supraterritorial del hospital, es decir, que recibe derivaciones de pacientes de todo Euskadi, no solo de Álava como el resto de unidades. Tiene una capacidad de 14 camas, y en el momento de mi rotación no había lista de espera. Esto supone sin duda una gran ventaja puesto que los pacientes pueden ser derivados desde unidades de agudos, sin tener que esperar durante meses con riesgo de nuevas descompensaciones. Una de las

razones es la gran cantidad de dispositivos de rehabilitación que tienen dentro de la red de salud mental de Euskadi, lo que favorece sin duda los objetivos rehabilitadores y de reinserción en la comunidad con relativa buena funcionalidad, dado que los pacientes no se cronifican en sus domicilios esperando un recurso durante años.

Todas las habitaciones tienen cámaras de videovigilancia, que funcionan sobre todo por la noche y cuando se abren las habitaciones tras la comida. Desde el control de Enfermería se pueden visualizar las imágenes, y ayuda a detectar alteraciones de conducta.

Además de las habitaciones, control de enfermería y despachos, la unidad dispone de una sala de reuniones amplia con espejo unidireccional desde el que se puede observar (por ejemplo, enfermería solía observar entrevistas familiares). También un pequeño gimnasio del que los pacientes pueden hacer uso en su tiempo libre, una sala de grupos, y dentro del recinto, un frontón y un huerto.

El perfil de paciente que ingresa en la unidad es un varón joven (20-35 años), con esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo, normalmente con consumo de tóxicos concomitante. Me sorprendió el elevado consumo de anfetaminas, mayor que el de cocaína o cannabis que solemos ver en nuestro área. La evolución de la enfermedad en general ha sido tórpida desde el inicio, requiriendo varios ingresos en unidades de agudos y dispositivos de rehabilitación. Algunos de ellos han ingresado previamente en la UPR. Durante mi rotación, de los 12-14 pacientes, sólo había una mujer. Los pacientes suelen estar unos 6 meses ingresados, todos de forma involuntaria hasta su alta, y tras la misma pueden regresar al domicilio con sus familias, pasar a pisos supervisados, o en el caso de pacientes más graves y con peor evolución, a otras unidades de rehabilitación para continuidad de tratamiento.

Además de los pacientes ingresados, durante la mañana también podían acudir a la unidad pacientes de Hospital de Día, es decir, que ya estaban dados de alta pero que necesitaban un seguimiento intensivo tras el alta de la UPR. Estos pacientes acuden a los grupos y actividades de la unidad, tienen consultas semanales con su psiquiatra, se realizan las analíticas pertinentes y se les administra el tratamiento inyectable entre otras cosas.



Hospital Psiquiátrico de Álava

Recuerdo especialmente un paciente con importante sintomatología obsesivo-compulsiva además de la clínica psicótica resistente, y un paciente con un trastorno del neurodesarrollo tipo TEA que había desarrollado una esquizofrenia de inicio en la adolescencia.

Aunque muchos tienen una buena evolución, y pude conocer a varios pacientes que estaban ya de alta y eran plenamente funcionales, incluso en una unidad tan específica sigue habiendo pacientes que van mal y en los que los objetivos y expectativas tienen que ser menos ambiciosos.

Una de las cosas que más llama la atención en la unidad es el numeroso equipo de enfermería que tiene, siendo al menos 6 enfermeras especialistas y dos EIR en el turno de mañana. Tienen además una gran independencia, encargándose de por ejemplo todo lo relativo a las analíticas de clozapina o niveles de fármacos (además de extraerlas, son las que las solicitan informáticamente y llevan la planificación). También dirigen la mayoría de los grupos, y quienes en general conocen mejor a los pacientes en el día a día. Son sin duda quienes hacen funcionar la unidad y quienes manejan la mayoría de las situaciones complicadas.

Otra cosa que sorprende al principio son las normas de la unidad, bastante más rígidas y estrictas que en otras unidades que he conocido, y el manejo conductual. El personal de Enfermería hace una gran labor en este sentido, encargándose por ejemplo de examinar en detalle a los pacientes cuando llegan de un permiso de fin de semana o salida a la ciudad.

El control de drogas es muy estricto y se hacen análisis de orina cada vez que regresan a la unidad, y también de forma aleatoria. Esto garantiza que la sintomatología no esté interferida por el consumo de tóxicos, algo que al parecer no puede asegurarse en otras unidades.

Mientras estuve allí hubo un incidente en el que varios pacientes consumieron LSD, que fue introducido en la unidad a través de un teléfono móvil que trajo un familiar.

Los permisos están individualizados para cada paciente. Por ejemplo, al ingreso suelen estar dos semanas sin salir de la unidad, y poco a poco si la evolución es buena se conceden salidas por el recinto con personal, posteriormente con familiares, y después salidas a la ciudad con familiares y solos. Si se transgreden las normas o presentan conductas disruptivas, se retiran temporalmente los permisos, teniendo que volver en muchas ocasiones a “ganarse” las salidas progresivamente.



Frontón

En plantilla también hay dos psiquiatras (el Dr. Sánchez y la Dra. Hervella), un trabajador social a tiempo completo únicamente para esta unidad, y una Psicóloga Clínica. La psicóloga va dos días en semana y se encarga de dirigir algunos grupos y de realizar evaluaciones neuropsicológicas. También hay un médico internista, de los dos que hay en el hospital, asignado a la UPR para cuando se le solicita para valoración somática. En general son pacientes jóvenes y sin patologías orgánicas o crónicas aparte de la enfermedad mental, por lo que suelen ser consultas puntuales, y el internista está fundamentalmente dedicado a los pacientes del ARF.

El hospital no tiene residentes de Psiquiatría pero recibe constantemente rotantes externos de toda España y Latinoamérica. En mi caso coincidí con un R3 del Parc Tauli (Sabadell) y con una R3 de Asturias.

Creo que es muy beneficiosa la figura del trabajador social en esta unidad, pues prácticamente todos los pacientes necesitan que se gestione la discapacidad, o incluso la incapacitación judicial, o necesitan ayuda a nivel legal. Ejerce además una labor de coordinación muy importante con otros dispositivos. Además, en este caso también tiene formación en terapia sistémica, se encarga del grupo de familias, y es una pieza importante a la hora de realizar las entrevistas familiares.

El día comienza con el pase de enfermería a las 8 de la mañana. Aunque no estaba obligada a ir, me gustaba escuchar la información que aportaba Enfermería, pues creo que es muy valiosa para conocer mejor el funcionamiento de los pacientes, no solo en los grupos sino también los vínculos que generan entre ellos. También era interesante porque así conocía las incidencias del día, por ejemplo, durante las salidas o visitas familiares de la tarde. En ocasiones también gracias a lo que se recogía en el pase, te ayudaba a estar más al tanto ante posibles descompensaciones.

Posteriormente, los psiquiatras teníamos algo de tiempo libre mientras los pacientes se levantaban y desayunaban, hasta las 10 de la mañana que comenzábamos las entrevistas. Aprovechábamos ese tiempo para revisar las historias clínicas, leer artículos o libros de interés, o ver pacientes de otras unidades.

Durante el día los pacientes tienen varias actividades y grupos terapéuticos, entre ellos movilización (ejercicio de bajo impacto todas las mañanas), psicoeducación de esquizofrenia y trastorno bipolar, juegos de mesa, música, cine, periódico... dirigidas en su mayoría por Enfermería. En algunos casos, los pacientes que formaban parte de un ensayo clínico, salían a actividad de deporte a un polideportivo cercano. Los grupos más exigentes son el de rehabilitación cognitiva (REHACOP) y el de manejo de emociones. Además, una vez a la semana hacen una salida acompañados de personal, bien a algún lugar de interés de Vitoria o a hacer una ruta de senderismo.

El REHACOP es un programa de rehabilitación cognitiva desarrollado para pacientes con psicosis por un equipo de la Universidad de Deusto. El objetivo es restaurar la función dañada, compensar la función perdida y optimizar las funciones residuales. A través de un cuaderno de actividades, dividido en módulos, los pacientes trabajan las distintas áreas que presentan déficits en la esquizofrenia: atención, lenguaje, aprendizaje y memoria, actividades de la vida diaria, funciones ejecutivas, habilidades sociales, cognición social y

psicoeducación. El cuaderno consta además de varios niveles de dificultad para poder adaptarlo al paciente de manera individualizada. Un punto positivo destacable y que creo que facilita su implantación, es que no requiere de formación específica por parte del terapeuta, y que en el mismo cuadernillo hay instrucciones sencillas para cada actividad, e incluso ideas para aumentar la dificultad en el caso de que haya pacientes mejor conservados .

En Euskadi este programa está muy extendido, y se aplica en diversos dispositivos de la red de Salud Mental. En la UPR, es el personal de Enfermería quien se encarga de dirigir los grupos, y en el caso de que algún paciente precise de refuerzo a nivel individual, también se encarga su enfermera o enfermero referente.

Este grupo resulta complicado para el terapeuta puesto que los pacientes son muy diferentes en cuanto a nivel de implicación, colaboración en las tareas, capacidades cognitivas... Las sesiones pueden resultar muy fluidas o todo un desastre. Fue muy interesante ver de forma práctica cómo tareas en principio muy sencillas para nosotros, les resultan extremadamente complicadas, y cómo eso se traduce en su realidad diaria habitual, lo que ayuda a entender mejor cómo estos déficits cognitivos suponen un gran obstáculo para ellos y algo que se debe incluir en el tratamiento integral de estos pacientes, sobre todo en los primeros años de evolución de la enfermedad.

El grupo de manejo de emociones consiste en una sesión semanal de 1h y media de duración, y está dirigido por la Psicóloga Clínica de la unidad. Mi rol fue de observadora y de apoyo a la terapeuta junto con el otro residente externo. Acuden todos los pacientes, con grados variables de implicación, derivados en muchas ocasiones de dificultades reales en cuanto a identificación de emociones, mostrándose bastante perdidos durante el grupo. Durante mi rotación, se emplearon varias sesiones en visualizar la película "Del Revés", enfocada en principio al público infantil, pero muy conveniente para trabajar las emociones primarias en los pacientes. Además de ver la película y explorar las impresiones de los pacientes, organizamos pequeños juegos que además intentaban fomentar la interacción social (por ejemplo, se le entregaba a cada uno un papel con una emoción o una definición, y tenían que buscar entre los compañeros quién tenía el complementario). Les resulta inmensamente difícil iniciar la conversación sobre las emociones, y muchas veces lo hacen de forma superficial. Tras conocer a las familias pudimos relacionarlo también con que en su desarrollo hubo una pobre comunicación emocional entre las numerosas dinámicas disfuncionales. Los pacientes mejor conservados cognitivamente también demostraban un mejor reconocimiento de sus emociones y desempeño en el grupo, pero también caían fácilmente en la inatención o el aburrimiento. Algunos del ellos, en las entrevistas individuales también verbalizaban que les daba vergüenza (recordar que todos eran varones jóvenes, muchos de áreas rurales de Euskadi). A pesar de todo, me resultó un espacio muy interesante, con un contenido que no había visto trabajar previamente en pacientes psicóticos y que creo que al igual que la rehabilitación cognitiva, debe potenciarse pues mejoraría sus experiencias sociales y calidad de vida.

Como curiosidad, coincidió que durante mi rotación se celebró el carnaval, una fiesta al parecer muy popular en Vitoria. En el hospital también hubo un día de celebración, en el que los pacientes y profesionales de las distintas unidades se disfrazaron y se reunieron

para pasar un buen rato. Fue muy divertido ver a los pacientes en este ambiente y relacionarme con ellos desde otro rol.

En cuanto a reuniones de coordinación, los lunes acudíamos a la sesión clínica del hospital, donde nos encontrábamos con el resto de psiquiatras y el Dr. Elizagarate, jefe del servicio. Todas las semanas alguien presentaba una sesión clínica, generalmente un residente, y se discutían cuestiones organizativas. Finalmente, yo no presenté ninguna sesión por tener que finalizar la rotación de forma repentina.

También acudí a alguna sesión clínica del ASA por ser un tema de especial interés (por ejemplo, revisión de los IMAO).

Por otro lado, acudíamos a las reuniones de la UPR los jueves, todos los profesionales de la unidad, incluido Enfermería, Psicología, Trabajo Social, terapeuta ocupacional y el jefe de servicio. En ellas se hablaba pormenorizadamente de todos los pacientes, su evolución, diagnóstico diferencial (en el caso de que hubiera dudas acerca del diagnóstico, sobre todo los nuevos ingresos), cuestiones pendientes a nivel social, plan a corto plazo, objetivos del ingreso, y plan al alta. Se ponían en común además las dificultades a nivel individual y entre todos discutían cómo poder mejorarlo. Es de agradecer que a pesar de mi papel como rotante externa, se me invitó a participar exponiendo mi punto de vista y se valoraron mis opiniones.

Desde el primer momento me sentí muy integrada en el equipo. El ambiente en general entre los profesionales del hospital es muy bueno, y eso facilita el trabajo diario. Las enfermeras y auxiliares me ayudaron en todo momento y fue muy fácil coordinarse con ellas en el día a día.



Algunos de los edificios de la "Ruta de los murales" en Vitoria-Gasteiz



## MI PAPEL

Tras unos primeros días en los que estuve de observadora y aclimatándome al funcionamiento de la unidad, enseguida se me asignaron pacientes tanto de la Dra. Hervella como del Dr. Sánchez, y comencé a tomar un papel activo en las entrevistas de seguimiento, redacción de evolutivos y toma de decisiones clínicas. Varios días me encargué del pase de visita y del manejo de los pacientes, supervisada posteriormente por los psiquiatras de la unidad. Las últimas semanas de rotación me dieron la suficiente autonomía como para decidir sobre cuestiones farmacológicas (a excepción por supuesto de cambios de tratamiento importantes) y también sobre otros aspectos como permisos de salida o pautas conductuales del día a día.

Otra labor importante que desempeñé fue la de recopilar y sintetizar toda la historia previa de los nuevos ingresos.

Durante la rotación, he optimizado mi manejo de la clozapina, en cuanto a indicación temprana, dosificación, monitorización, manejo de efectos secundarios y potenciación con otros antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y TEC. He reforzado además el manejo de antipsicóticos, sobre todo cambios a clozapina, potenciaciones y cambios a tratamientos inyectables.

He tenido también la oportunidad de manejar los nuevos antipsicóticos disponibles en España, como son caripirazina y lurasidona, en diferentes perfiles de pacientes, tanto en monoterapia como dentro de una estrategia potenciadora.

He podido mejorar mis habilidades de entrevista con pacientes psicóticos y trabajar el vínculo terapéutico y la comunicación con ellos y sus familias.

Por otro lado, he podido profundizar en el diagnóstico diferencial de muchos cuadros complejos, sobre todo con los nuevos ingresos.

Ha sido interesante también aprender del trabajador social y la terapeuta ocupacional acerca de la red de salud mental de Euskadi y los diferentes recursos rehabilitadores y ocupacionales.

## OTRAS ACTIVIDADES

Además del trabajo con los pacientes en la Unidad, tuve también la oportunidad de conocer un ensayo clínico que están llevando a cabo, sobre la eficacia del ejercicio físico y la rehabilitación cognitiva en los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia. Varios pacientes de la unidad participan en el estudio. Dos veces en semana acuden a un gimnasio donde licenciados en IVEF (Ciencias de la actividad física y el deporte) les preparan circuitos de ejercicio; otras dos veces en semana realizan la actividad de REHACOP en la unidad.

También dentro de los proyectos de investigación en los que participan, están trabajando en el ensayo clínico previo a la comercialización en España de la esketamina intranasal para la depresión resistente. Pude ver cómo se lo administraban a un paciente y participar en la recogida de datos sobre monitorización de constantes (HTA, saturación de O<sub>2</sub>) ECG y efectos secundarios inmediatos: disgeusia, mareo, sensación de “estar

*flotando*”, alteraciones perceptivas/disociativas de su cuerpo (el paciente notaba las piernas más largas, las manos más pequeñas y el cuerpo en general más estrecho y alargado). A la vez pude ver cómo se le pasaban las escalas de suicidio de Columbia, la CGI y la MADRS. Fue muy interesante porque el paciente explicaba muy bien todo lo que iba notando tras la administración, y nos estuvo contando cómo había sido su evolución previa y posterior a que se iniciara el ensayo con esketamina.

En esta línea de la depresión resistente, acompañé con observadora al Dr. Pavón, psiquiatra de la Unidad de Subagudos del hospital, en el seguimiento de una paciente que ingresó para cambio de antidepressivo a un IMAO (en concreto la fenelzina). Esto ayudó a que todos los repasáramos el tema, al ser un fármaco en desuso y que hay que traer de fuera de España. Yo personalmente nunca había utilizado ningún IMAO y tampoco se lo había visto a ningún paciente, por lo que estaba muy poco familiarizada con sus características. Fue interesante también aprender sobre las restricciones dietéticas y el manejo de una reacción tiramínica.

Además, acompañé de observadora tanto al Dr. Sánchez como a la Dra. Hervella en consultas de pacientes ambulatorios y antiguos pacientes de la UPR. Me agradó ver que muchos tenían un buen funcionamiento y un trabajo normalizado.

Por último, acudí de observadora a las videoconferencias de derivación de pacientes a la UPR, solicitadas desde otros dispositivos (UHB, ME, CSM...). En ellas el Dr. Elizagarate se coordina con los psiquiatras responsables de estos pacientes, a diferencia por ejemplo de nuestra red, que suelen ser las trabajadoras sociales o un psiquiatra en representación del área quienes acuden a estas reuniones. Resultó muy interesante porque a pesar de que mi rotación fue corta, me dio tiempo a hacer el ingreso y un seguimiento breve de estos pacientes, dado que no había lista de espera para la UPR en ese momento.

## UNA VIÑETA

Paciente varón de 30 años, que había ingresado en la UPR en noviembre de 2019 después de una evolución tórpida tras el primer ingreso psiquiátrico en enero de 2019 por el primer episodio psicótico. El paciente no tenía historia psiquiátrica previa a esto, personal ni familiar, y era consumidor de cannabis desde la adolescencia.

El paciente vivía con su padre y la pareja de éste, y tenía dos hermanas mayores independizadas. Los padres se habían separado cuando eran adolescentes. La madre había fallecido hacía 4 años de un cáncer de mama, y el padre tenía pareja estable desde hacía años. El padre relató diversos episodios en los que el paciente fue víctima de engaños, artimañas y agresiones por parte sus iguales durante la infancia y adolescencia, (le convencieron para robar una escopeta que tenía su padre, y le llegaron a tener retenido durante una semana en una furgoneta). En la actualidad apenas tenía contactos sociales, estaba soltero y nunca había tenido pareja conocida. Terminó la ESO sin dificultades destacables según el padre, e hizo un Grado Medio, pero abandonó bruscamente los estudios para comenzar a trabajar. Tuvo varios trabajos de baja cualificación hasta que a los 24 años decide también de forma precipitada que se traslada a Londres, donde estuvo 4 años. De su vida allí hay poca información, puesto que apenas hablaba con su padre, en esos años no viajó a España, y el paciente por su estado psicopatológico no era capaz de

relatarlo. Sí que parece que estuvo trabajando en limpieza en hoteles, y que aumentó considerablemente el consumo de cannabis.

En el primer episodio destacaba la desorganización conductual y del pensamiento, con neologismos, bloqueos, cambios anímicos, afecto insulso, y un significativo trastorno del lenguaje y motor. En noviembre de 2019 tiene su segundo ingreso en UHB de Cruces por clínica psicótica positiva florida, desde donde es derivado a la UPR. Tras ineficacia de la paliperidona y el aripiprazol, en este segundo ingreso en UHB se inició la clozapina.

Durante el ingreso, a nivel farmacológico, se optimizó la dosis de clozapina hasta 400mg/d y se añadió cariprazina hasta 6mg/d, la cual finalmente se retiró tras varias semanas al no observarse beneficio.

Llamaba la atención en este paciente que predominaba la clínica negativa, tanto en el ámbito de la expresividad reducida como déficit de motivación. A nivel motor, persistían peculiaridades en la marcha, encorvamiento, rigidez y enlentecimiento generalizado. Aunque ya no presentaba clínica positiva, estuvimos debatiendo durante varios días qué más podía estar ocurriendo. En el primer ingreso fue valorado por Neurología y Medicina Interna, realizándose multitud de pruebas complementarias que resultaron todas normales, por lo que en principio la etiología orgánica no parecía lo más probable; además había mejorado considerablemente con antipsicóticos y rehabilitación cognitiva. También nos planteamos una personalidad premórbida de tipo esquizoide, pero el padre insistía en que no era su basal, y tampoco describía las características típicas de este trastorno de personalidad. Con el paso de las semanas, comenzó a verbalizar de forma más explícita ánimo bajo, desesperanza e ideación autolítica, con ambivalencia respecto al paso al acto; se le observaba aún más enlentecido, mayores dificultades cognitivas, y con alteración de los biorritmos. Después de haberle estado debatiendo en las semanas previas sobre la estrategia terapéutica, decidimos iniciar TEC ante el riesgo autolítico.

Debido al estado de emergencia, mi rotación fue finalizada de forma prematura y abrupta por lo que lamentablemente no pude ver los resultados de la TEC.

## VALORACIÓN GLOBAL

Ha sido una rotación muy bonita, en la que he podido conocer a pacientes fascinantes y aprender de reconocidos expertos en esquizofrenia resistente. El modo de trabajar y el ambiente tranquilo ha favorecido que haya podido revisar las historias en profundidad, hablar con los pacientes sin prisas, entablar interesantes debates sobre psicopatología, y poner en común ideas y puntos de vista acerca del tratamiento y el plan. Lamento haber tenido que finalizar la rotación antes de tiempo.

Recomiendo esta rotación a todo aquel que le guste el trastorno mental grave y quiera aprender más sobre el manejo de cuadros resistentes, tanto desde el punto de vista farmacológico como rehabilitador.

Agradecer a todo el equipo de la UPR y al Dr. Elizagarate, por haberme acogido desde el primer momento y haberme tratado como a una más del equipo.

## REFLEXIONES DEL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL A TRAVÉS DE LA ROTACIÓN EN EL EQUIPO DE CALLE

Javier Luis Eguía Barbarin. MIR-4 Psiquiatría

Resulta innegable que existe una relación estrecha entre salud mental y exclusión social, si bien resulta algo más complejo el analizar el por qué y el cómo. Como todo existen muchos puntos de vista, tanto biológicos como psicológicos, filosóficos o morales para explicarlo y todos ellos aciertan cuando acotan y parcelan la visión, pero a la larga es necesario que todas ellas confluyan en una sola visión, conceptualización o modelo. Esto no es nada nuevo y nadie se sorprende cuando se habla del modelo biopsicosocial, como tampoco es nuevo la escasa aplicación práctica del mismo durante la práctica clínica habitual en nuestro sistema de salud, o al menos en la experiencia que he tenido de él a lo largo de mi residencia.

Intentaré explicar mejor esta última parte. El sistema sanitario, y por lo tanto la salud mental funcionan casi siempre a través de la demanda derivada, es decir, el usuario sufre un malestar pero no sabe a qué se debe o como solucionarlo, por lo que no demanda de manera directa lo que quiere o necesita, sino que pregunta a un médico para que lo clarifique y lo solucione por él. En ese punto entramos nosotros, realizamos una evaluación a la persona y entonces decidimos lo que “necesita” o “es bueno para él”, técnicamente en función de la evidencia científica de la que se disponga. Pero es justo aquí, en nuestra principal función, donde también reside la principal trampa. Me atrevería a decir que en salud mental pocas veces “elegimos” lo que necesita el paciente. En otras especialidades es más fácil. Por ejemplo es obvio lo que necesita una persona que ha sufrido una fractura o tiene una crisis asmática, pero ¿en una persona con esquizofrenia? Es cierto que hay ciertos puntos más evidentes que otros: tratar los síntomas psicóticos, mejorar el sueño, la funcionalidad, agresividad, etc, y que hay tratamientos e intervenciones de probada eficacia que hay que aplicar. Pero también es en este último punto dónde entra la trampa en la que caemos y seguiremos cayendo.

¿Quién elige lo que necesita el usuario? Nosotros. ¿En función de que realizamos esa decisión? Oficialmente en función de la evidencia disponible aplicada al, nunca demasiado citado y siempre querido, modelo biopsicosocial. ¿Verdad? Tampoco es nuevo decir que esto último no es así en el mundo real y la esencia de la trampa reside en la primera pregunta formulada en este párrafo. Nosotros elegimos. La estructura misma de la demanda nos atrapa y nos pone en la tesitura de decidir que necesita otra persona en función de una conversación de, como mucho, 50 minutos. Hay quien se refugia en posiciones paternalistas o científicismos y es lógico, pero seguimos siendo nosotros los que tomamos la decisión en función de nuestros propios intereses, temores, capacidades o recursos. No estamos aplicando el modelo biopsicosocial, justamente porque la parte psico y social (entendida también como de entorno) que solemos poner en juego es la nuestra, y cuando si la tenemos en mente pesa más, siempre, lo nuestro.

Cuando hablo de lo nuestro me refiero a lo considerado como propio. No tratamos igual a un usuario desconocido que a nuestro padre, porque lo consideramos “nuestro”. No solemos darle nuestro número directo a todos los pacientes, pero es más probable que lo hagamos con “alguien de la casa”, y pocas veces vamos a discutir con un gran superior por dejar pernoctar en un hospital a un ciudadano que no habla nuestro idioma y (creemos entender) que está desesperado porque tiene que dormir en la calle una noche, aunque si lo haríamos si este

ciudadano es un amigo de nuestra tía Eufrasia, a la que por otro parte, tampoco solemos ver mucho. ¿Y esto entra en conflicto con el principio ético de justicia? Mi opinión es que si, pero esto es la memoria de una rotación externa y se supone que debo hablar acerca de lo que he hecho y aprendido ¿no es así?

Es curioso preguntar a los usuarios en situación de calle qué necesitan. Lo obvio es pensar que necesitan dinero, una casa, comida o ropa. A veces incluso nos planteamos que necesitan cosas que ni ellos mismos saben que necesitan: neurolépticos para no escuchar voces, hipnóticos para dormir, interdictores para dejar de beber. Nuevamente estamos aplicando algo nuestro al modelo y me atrevería a decir incluso que desde una perspectiva moral de superioridad (quiero pensar que no intencional). La sorpresa es que al preguntar a usuarios en situación de calle qué necesitan la respuesta más habitual suele ser que “*nada*” o “*tranquilidad*”. No quiero hacer un análisis de el por qué suelen pedir esto en primer lugar, aunque si merece un breve inciso para poder continuar.

El inciso: El equipo de calle está formado por profesionales sanitarios en salud mental y obviamente se valora el estado psicopatológico de los pacientes en toda intervención primando siempre el bienestar de la persona. Se emplean las mismas medidas que en otros dispositivos de salud mental si existe una patología psiquiátrica que altere el juicio de realidad y se procede a internamientos involuntarios u otras actuaciones de este corte que permite la ley si así se considera. Sin embargo para establecer este tipo de medidas coercitivas suele tenerse muy en cuenta la funcionalidad, en lugar de únicamente la psicopatología, como parece ocurrir en otros dispositivos. Fin de El inciso.

Mi reacción inicial ante la ausencia de demanda de estos usuarios fue la de aplicar “*lo mio*” al modelo biopsicosocial del usuario (como había hecho en cientos de ocasiones antes). Mi incomodidad o posición de experto estaba haciendo nuevamente colocarme en una posición superior y paternalista, creando y justificando una demanda derivada inexistente. Evidentemente esto lleva a un conflicto: ¿por qué no pide nada cuándo es obvio que lo necesita? ¿Qué le está llevando a no pedir ayuda? Múltiples cuestiones que han incomodado a muchos antes y que han creado cientos de conceptualizaciones distintas, algunas de gran complejidad, obviamente todas ellas acertadas a su manera y capaces de acotar parcelas de lo que está ocurriendo. Lo curioso es la necesidad de crearlas cuando nuestro sistema se tambalea. Justificar que no somos nosotros los que fallan sino el otro, y caer de nuevo en la trampa.

No creo que ser consciente de este proceso haga que no volvamos a caer en él. También es interesante, divertido y (sobre todo) justifica nuestra existencia el formular modelos complejos para entender por qué no ven lo que nosotros consideramos tan evidente. Es simplemente una reflexión a la que quizá no hubiera llegado si no hubiera rotado por el equipo de calle.

## ROTACIÓN EXTERNA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE GETAFE

Ana Calle González. MIR-4 Psiquiatría

Durante esta rotación (1/6 al 30/9/2019) correspondiente al cuarto año de residencia, me integré en el equipo terapéutico del Hospital de Día de Getafe, en el cual se lleva a cabo un trabajo multidisciplinar (contando con Psiquiatría, Psicología, Terapia ocupacional y Enfermería) para el abordaje de los pacientes incluidos en el mismo. Dicho recurso tiene una capacidad de 20 pacientes, los cuales permanecen durante diferentes tiempos (entre 3 meses y 2 años, si bien lo habitual es alrededor de 1 año), según su evolución y la situación individual de cada uno. El horario ocupa toda la mañana, de 9 a 15, realizando el desayuno y la comida en el propio hospital. El tipo de pacientes incluido es bastante variable en cuanto a psicopatología, abarcando desde trastornos psicóticos, trastornos de la esfera afectiva, trastornos de la personalidad, padeciendo algunos de ellos de forma comórbida un trastorno por abuso de sustancias.

Aproximadamente cada semana, se realizaban las entrevistas iniciales a aquellos pacientes derivados desde otros recursos, con los cuales se mantenía una coordinación periódica, y candidatos a iniciar un tratamiento en el Hospital de Día. También con carácter regular, se llevaban a cabo entrevistas individuales con los pacientes ya incluidos para tratar problemáticas determinadas y revisar los objetivos acordados en el contrato terapéutico, así como las pautas de medicación. De forma habitual se realizaba una supervisión externa de los casos junto a una terapeuta independiente del centro.

Sin embargo, el abordaje de esta unidad es fundamentalmente grupal, mediante diferentes grupos guiados por los diversos terapeutas, siguiendo una estructura semanal. Diariamente y a primera hora, se desarrollaba el grupo comunitario, donde estaban presentes todos los pacientes (uno de ellos actuando como moderador) y terapeutas. El objetivo de este grupo constituía el comunicar incidencias, propuestas y, especialmente, hablar abiertamente de los conflictos ocasionados dentro del propio centro, tanto con otros compañeros como con los terapeutas, si bien lograrlo era a menudo costoso. También en este grupo se llevaban a cabo las presentaciones de los pacientes recién incorporados, así como las despedidas de aquellos que se marchaban de alta, siendo esto último complejo en ocasiones dado que implicaba asumir y comunicar las diversas emociones generadas.

Dos días en semana, se realizaba una terapia en grupos más reducidos, en la que se trataban temas de índole más personal o íntima.

En cada grupo de terapia se trataba de abordar un aspecto diferente que puede generar un conflicto en la persona y que contribuye a su sufrimiento. Así, en algunos de ellos se realizaban ejercicios destinados a la exposición a la crítica social y a la “vergüenza”, como en el caso del grupo de expresión corporal o del llamado “historias para jugar” (éste último era una segunda parte de un grupo previo, “historias para pensar”, en el que, tras leer y reflexionar sobre un texto artístico, se realizaban pequeños ejercicios de teatro). Otros grupos tenían un carácter más reflexivo, recurriendo habitualmente a un medio de expresión artístico para su realización, como el grupo mencionado de “historias para pensar”, el grupo de terapia escrita (en el que a propósito de un tema o una palabra, los pacientes escribían y compartían un breve relato que estuviera relacionado con su propia biografía) o el grupo de expresión artística (aquí se proponía una imagen artística, explorando sus posibles significados y ofreciéndose una breve información de la misma y su autor, pasando posteriormente cada paciente a realizar y compartir un trabajo plástico, que relacionara dicha imagen con sus propias experiencias o preocupaciones). El grupo de relajación, además de su cometido principal, trataba de lidiar con la dificultad que algunos pacientes manifestaban para el contacto físico que requerían algunos de los ejercicios (varios de ellos habían sufrido abusos en el pasado), así como la confianza en una segunda persona.

También se desarrollaban grupos de prensa (donde se proponían y debatían noticias de la actualidad) y un grupo de terapia ocupacional, éste último dividido en tres vertientes que se encontraban especialmente deterioradas en estos pacientes: ocio (cada semana uno de los pacientes proponía una actividad de ocio que disfrutaran en la actualidad o en el pasado, realizando una “clase” para compartirlo con el resto), hábitos (de la vida diaria, tales como organización, limpieza, etc.) y actividad laboral (aquí había pacientes que traían ofertas laborales que hubieran visto, compartían su experiencia laboral previa o proyectos de la misma bien de manera independiente bien a través de otros recursos de la red de Salud Mental).

También en relación con la promoción de las actividades de ocio, de forma periódica se hacían sesiones de cine con películas propuestas por los pacientes. Con el objetivo de fomentar la iniciativa y la coordinación (con la consecuente necesidad de trabajar en la resolución de conflictos interpersonales), cada tres semanas se llevaba a cabo, organizado exclusivamente por un grupo de pacientes, una actividad libre. En sintonía con estos objetivos, se organizaban por parte de los pacientes salidas terapéuticas a diferentes lugares (museos, cines, piscina, etc.), lo cual, además de constituir una dificultad por la propia organización del evento, suponía una complicación añadida en caso de los pacientes con dificultades para salir del domicilio y de las zonas conocidas o utilizar el transporte público, suponiendo en ocasiones el tener que pedir ayuda a otra persona para el transporte y, en

definitiva, una necesidad del empleo de las habilidades sociales. Además, en algunos casos, como la salida a la piscina, esto implicaba una exposición del propio cuerpo, situación que muchos de ellos llevaban años evitando. También en relación con esto último, se realizaba semanalmente una actividad de deporte en un polideportivo, actividad en la que también entraban en juego la cooperación, la competitividad, la envidia, la vergüenza y desde luego el fomento de la salud y el ejercicio físico, otro aspecto muy descuidado en estos pacientes.

La comida se realizaba diariamente en el centro, conjuntamente pacientes y terapeutas, lo cual resultaba de interés, dado que se podían ver interacciones fuera de los grupos de terapia y a menudo se suscitaban temas y conflictos que no se comunicaban en éstos. Además de la responsabilidad organizativa de los pacientes, que se encargaban de la coordinación del comedor, de nuevo aquí se ponían de relieve problemas con la autoimagen, problemas relacionados con la alimentación, dificultades en el autocontrol, etc.

Finalmente, cada tres semanas se llevaban a cabo grupos multifamiliares, donde estaban presentes pacientes, familiares y terapeutas. En éstos se trataba sobre las dificultades y experiencias de cada familia, a menudo compartidas, proporcionándose herramientas para lidiar con los problemas en diferentes situaciones cotidianas y ofreciéndose un entorno de protección para comunicar las emociones de cada uno.

Para finalizar, la rotación por este recurso me ha parecido fundamental en mi formación, ya que se trata de una unidad completamente diferente de otras en las que he rotado en cuanto a muchos aspectos, principalmente en cuanto al tipo de abordaje y al carácter del contacto con los pacientes. Me ha interesado enormemente el fomento constante de la autonomía del paciente, así como el convencimiento del potencial y la capacidad en todos ellos; convencimiento que, en muchos casos, se ve recompensado por la mejoría de pacientes muy graves. Me ha sorprendido especialmente el verdadero trabajo en equipo que se realiza, con una coordinación y un feedback constantes, lo cual es totalmente necesario dado el complicado perfil de los pacientes y la intensidad del tratamiento. Se trata de un recurso donde se hace mucho hincapié en la parte emocional, a menudo disociada o evitada en estos pacientes, como fuente del malestar y obstáculo en la mejoría. Dado este carácter intenso, ya que se comparte mucho tiempo con los pacientes, tratando aspectos muy privados y situaciones muy duras, con una perspectiva longitudinal, es inevitable que en una misma se generen también emociones y he de admitir que me dio pena despedirme.

**ROTACIÓN EXTERNA EN EL HOSPITAL DE BELLVITGE:  
UNIDAD DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO  
Y UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Ana Calle González. MIR-4 Psiquiatría**

Durante este periodo de rotación (1/12/2019 a 12/3/2020), correspondiente al cuarto año de residencia, he podido participar en las actividades desarrolladas en la Unidad de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ambas en el Hospital de Bellvitge, en Barcelona.

En la **Unidad de TOC**, mi actividad principal ha transcurrido en la consulta ambulatoria, ubicada en el hospital, donde varios días en semana se realizaban entrevistas y evaluaciones completas de pacientes con sospecha de TOC derivados desde otros recursos asistenciales. Habitualmente dichas derivaciones entrañaban la realización de un correcto diagnóstico diferencial de otros cuadros clínicos, así como el manejo de casos que no han respondido a los tratamientos previos. En dichas entrevistas, se llevaba a cabo, además de una anamnesis específica, una evaluación psicométrica orientada al TOC y trastornos asociados (Y-BOCS, escala de Hamilton de ansiedad y depresión), así como la realización de otras pruebas para un diagnóstico diferencial (trastorno del espectro autista, trastornos de la personalidad, etc.). Además de estas primeras entrevistas, se ofrecían visitas de seguimiento a los pacientes con TOC derivados a la Unidad, estableciéndose y revisándose los tratamientos psicofarmacológicos, en función de la respuesta individual de cada paciente y de las guías clínicas.

De manera coadyuvante al tratamiento psicofarmacológico, con una frecuencia semanal se desarrollaban diversos grupos psicoterapéuticos de orientación cognitivo conductual (principalmente se utilizaba la exposición con prevención de respuesta), los cuales contaban con una media de 6-8 pacientes cada uno, divididos en función del contenido obsesivo predominante (limpieza y contaminación, comprobación y pensamiento catastrófico, grupo mixto). De especial mención es el grupo para pacientes con trastorno por acumulación, considerado en la DSM-5 como un trastorno relacionado con el TOC.

También con carácter semanal se realizaba un grupo de autoayuda para pacientes que ya hubieran finalizado el periodo de psicoterapia grupal y que desearan continuar un seguimiento grupal, en el que el objetivo principal se basaba en compartir experiencias personales con la enfermedad en la vida cotidiana, así como fomentar la resolución de problemas. Esta parte del tratamiento me pareció muy

interesante, dado que permite una comunicación más en profundidad y con mayor libertad por parte de los pacientes.

Por último, además de las opciones terapéuticas mencionadas, en esta Unidad se desarrolla un programa de estimulación cerebral profunda para pacientes con TOC resistente, en coordinación con el Servicio de Neurocirugía, que lleva en pie desde hace unos 10 años y cuenta con más de 20 pacientes en seguimiento que se han sometido a la intervención. Se trata de una técnica que se lleva a cabo en muy escasos centros, y este hospital ha participado en diversos estudios con otros centros a nivel internacional.

Afortunadamente, durante mi estancia he podido presenciar una de estas intervenciones, con la consiguiente puesta en marcha y ajustes iniciales del dispositivo, además de participar en el seguimiento de los pacientes ya intervenidos con anterioridad. La rotación por esta Unidad me ha resultado de un gran interés, además de por la particular fascinación que me genera este trastorno, porque se trata de una enfermedad relativamente poco conocida, con tendencia a la cronicidad y elevadas tasas de resistencia al tratamiento, que requiere de un manejo específico y multidisciplinar. Se trata además de un trastorno que conlleva un importante estigma e incluso tendencia a la ridiculización en muchos ámbitos, pero que genera un gran sufrimiento en los pacientes que lo sufren y su entorno, pudiendo llegar a producir limitaciones significativas en la funcionalidad de éstos.

Durante mi rotación en la **Unidad de TCA**, distribuí mi actividad entre las consultas, los grupos psicoterapéuticos y el hospital de día específico para pacientes con anorexia nerviosa.

En las consultas se llevaban a cabo las primeras entrevistas y evaluaciones realizadas por el equipo de esta Unidad a aquellos pacientes que acudían derivados desde otros recursos. Además de la realización de una entrevista completa y específica para personas con este tipo de trastornos, se realizaban evaluaciones psicométricas con el objetivo de afinar el diagnóstico, realizar un adecuado diagnóstico diferencial, objetivar otras posibles psicopatologías concomitantes, cuantificar la gravedad del trastorno y servir como línea base para comenzar el trabajo terapéutico. En función de los aspectos previos, se orientaba al paciente hacia un tipo diferente de tratamiento de manera personalizada, valorando un abordaje individual o grupal, psicoterapéutico o también psicofarmacológico. Además de las primeras visitas, también en consulta se llevaba a cabo el seguimiento individual de los pacientes.

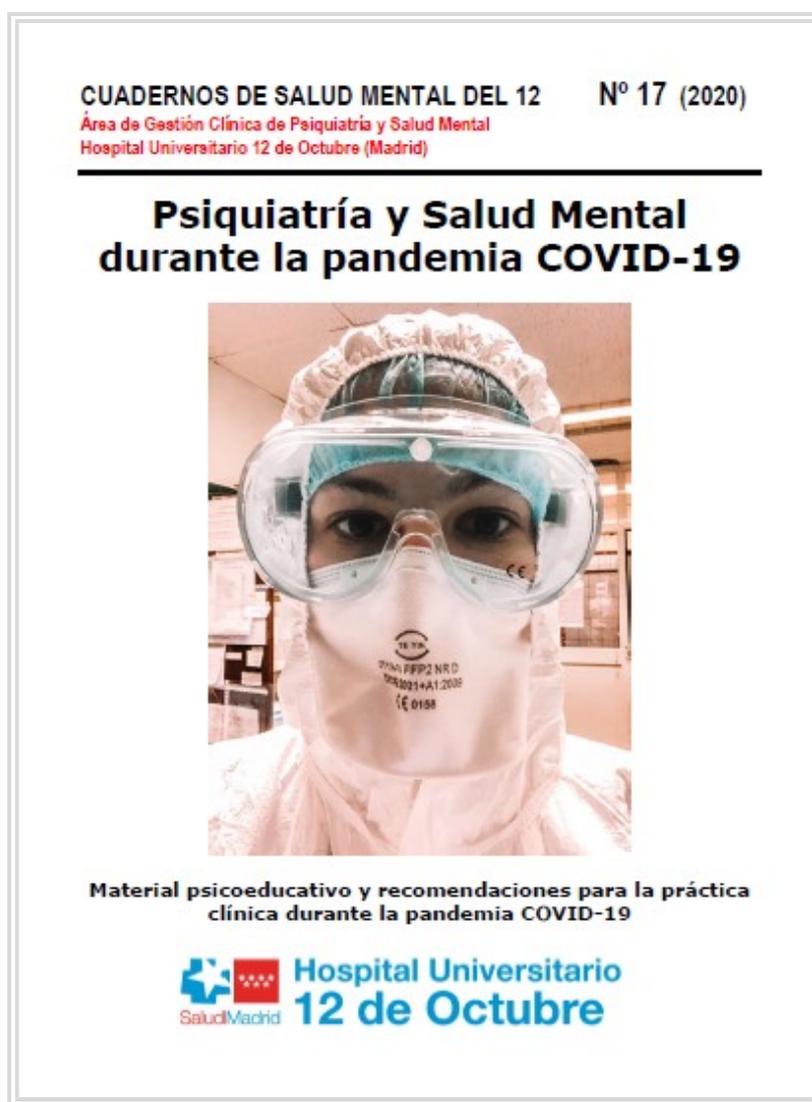
Participé como coterapeuta en varios de los grupos psicoterapéuticos, de orientación cognitivo conductual, los cuales estaban diferenciados en función del trastorno específico de la conducta alimentaria, abarcando la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones, el TCA no especificado, etc. De especial interés me resultó el grupo especializado en TCA en varones, si bien se trataba de un grupo

mixto en cuanto al subtipo de TCA (salvo anorexia nerviosa, cuyos pacientes acudían al hospital de día dada la gravedad de este trastorno). También, de forma bisemanal, se desarrollaba un grupo para los familiares de los pacientes que se encontraban en seguimiento en la Unidad, lo que resulta de gran ayuda, por tratarse los TCA de trastornos con tendencia a la cronicidad y que involucran especialmente a las familias, desgastando sus relaciones, no sabiendo éstas en muchas ocasiones cómo deben actuar ante los diversos problemas y situaciones que surgen. Finalmente, también me integré en la actividad diaria del hospital de día, específico para pacientes con anorexia nerviosa quienes se encuentran en una situación de bajo peso.

Algunos de éstos pacientes estaban o habían estado previamente ingresados en la planta de hospitalización de Psiquiatría, si bien otros comenzaban en este recurso directamente, siempre teniendo en cuenta su situación individual. El tratamiento en este recurso es de tres meses, continuando posteriormente un seguimiento estrecho en las consultas. Los pacientes acudían en un horario de 9 a 15, realizando el desayuno y la comida en la Unidad, de forma supervisada, según las pautas de la nutricionista del equipo, y en una cantidad adecuada a su peso, para evitar complicaciones secundarias.

A destacar lo sorprendente de la cantidad de “trucos” observados durante la supervisión de las comidas, así como a la hora de realizar el pesaje semanal, que desplegaban algunos de los pacientes para evitar comerse toda la comida o para simular un peso mayor al real. La actividad del hospital de día se basaba fundamentalmente en grupos psicoterapéuticos que abarcaban diferentes aspectos (reestructuración cognitiva en general y específica en torno a la imagen corporal, marcado de figura, ergoterapia, análisis de los registros de alimentación y propuesta de objetivos, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de exposición, sesiones con la dietista del equipo, terapia escrita sobre temas relacionados y no relacionados con el TCA). Todo lo anterior se complementaba con una coordinación muy estrecha entre los distintos profesionales que integraban la Unidad, lo cual resulta de especial importancia con este tipo de pacientes, ya que en ocasiones, si no existe este tipo de comunicación, éstos pueden aprovecharlo para “esconder” el trastorno. Me ha resultado muy interesante el poder comprobar la evolución de los pacientes en el hospital de día, dado que este trastorno en particular entraña una gravedad singular, tanto por la dificultad para su manejo como por todas las repercusiones que tiene a nivel físico y psíquico.

Para terminar, me gustaría resaltar que, tanto en la Unidad de TCA como en la de TOC, he podido ver trabajar a multitud de profesionales y en coordinación, lo que es muy enriquecedor a nivel profesional y personal, valorando especialmente la accesibilidad y amabilidad de todos ellos, habiéndome sentido muy bien acogida en todo momento.



#### INDICE

<b>Introducción</b>	
Gabriel Rubio Valladolid Jefe de Servicio del AGCPSM H.U. 12 de Octubre	5
<b>Recomendaciones sobre autoidados y atención psicológica a los profesionales ante el Coronavirus</b>	6
Unidad de Interconsulta y Enlace	
<b>Cuidando a los que cuidan. Salud emocional para los profesionales de Atención Primaria</b>	7
CSM de Villaverde	

<sup>12</sup> Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan su formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilicéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

<b>Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria</b>	8
CSM de Villaverde	
<b>Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para la población general</b>	9
CSM de Villaverde	
<b>Recomendaciones para la atención telefónica de pacientes ante la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud Mental de Villaverde</b>	10
Carolina Rojas Rocha y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Recomendaciones en el uso de Clozapina durante la pandemia de coronavirus (COVID-19)</b>	15
Juan de Dios Molina Martín y Luis-Santiago Vega González CSM de Villaverde	
<b>Recomendaciones para el uso de Antipsicóticos Inyectables de Larga Duración durante la pandemia COVID-19</b>	19
Luis-Santiago Vega González, Juan de Dios Molina Martín, Pedro Sanz Correcher e Isabel Castillo García CSM de Villaverde	
<b>Recomendaciones básicas para menores con Trastornos del Espectro Autista durante la crisis de COVID-19</b>	33
Lidia Carrillo Notario Unidad Salud Mental infanto-Juvenil	
<b>Orientaciones básicas en Salud Mental Infanto-Juvenil para profesionales de Atención Primaria en relación a la crisis de COVID-19</b>	38
Paula Muela de Blas, Blanca Quintana Saiz y Noelia Gutiérrez Fernández Unidad de Salud Mental infanto-Juvenil	
<b>Orientaciones básicas para las familias durante la crisis de COVID-19</b>	50
Laura Hernández Arroyo, Carla Russo Ferrari, Blanca Quintana Saiz, Noelia Gutiérrez Fernández y Nuria Martínez Martín Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	
<b>Guía de orientación en Duelo para pacientes y familiares. Emergencia sanitaria por COVID-19</b>	62
Loreto Ábrego García, Alejandra Casamián Mediavilla, Raúl Cuesta Arenas, Sara Díaz Trejo, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Yolanda Sanz Baños, Cristina Rivas Santiago y Juan Antequera Iglesias	
<b>Guía de orientación en Duelo para profesionales de Atención Primaria</b>	70
Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Cristina Rivas Santiago y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Guía de intervención psicológica en Duelo complicado por COVID-19 en Atención Especializada</b>	78
Irene Rodrigo Holgado, Alejandra Casamián Mediavilla, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Raúl Cuesta Arenas, Loreto Ábrego García, Sara Díaz Trejo, Juan Antequera Iglesias y Cristina Rivas Santiago	
<b>Guía de recursos disponibles para pacientes periodo COVID-19</b>	110
Irene Rodrigo Holgado, Cristina Rivas Santiago y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	

<b>Recomendaciones para el abordaje de las reacciones psicológicas provocadas por la pandemia COVID-19 desde los equipos de Atención Primaria</b>	126
Carolina Rojas Rocha y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Atención Primaria: manejo de un caso de depresión reactiva al confinamiento por COVID-19 (vídeo docente)</b>	141
Juan Gabriel Fernández Macho y Yolanda Guerrero Roldán Unidad de Hospitalización Breve. Programa de Alcohol AGCPSM	
<b>Atención Primaria: manejo del duelo en la pandemia COVID-19 (vídeo docente)</b>	142
Irene Rodrigo Holgado, Juan de Dios Molina Martín y Luis-Santiago Vega González CSM de Villaverde	
<b>Atención Primaria: manejo de un caso de insomnio reactivo al confinamiento por COVID-19 (vídeo docente)</b>	143
Begoña Zamora Banegas y Javier Luis Eguía Barbarín AGCPSM H.U. 12 de Octubre	
<b>Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID-19: interacciones y recomendaciones terapéuticas</b>	144
Ainhoa Esteve Arrien, Luis Agüera Ortiz y Sagrario Manzano Palomo Servicio Geriátrica H.U. Infanta Leonor. CSM de Carabanchel. Servicio Neurología H.U. Infanta Leonor	

## Artículos

- Sartorius Calamai N. *¿Cuidaremos a los profesionales sanitarios como ellos nos están cuidando?*. El País, 4 de abril de 2020.

Pdf en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-04/cuidaremos-a-los-profesionales-sanitarios-como-ellos-nos-estan-cuidando.html>



<sup>13</sup> Miki y Duarte. El Premio. Diario de Sevilla, 6 de junio de 2020

## INVITACIÓN

### **AGC Psiquiatría y Salud Mental del 12 de Octubre (y dispositivos asociados): historias en la COVID-19**

Queridos compañeros: la pandemia COVID-19 ha revolucionado como un ciclón desde hace unas semanas no sólo nuestra organización asistencial y profesional sino también muchos aspectos de nuestra cotidianidad y de las relaciones con nuestras familias y amigos, entre nosotros y cada uno consigo mismo.

Todos estamos viviendo momentos – y mucho más los que estáis y están en la primera línea asistencial a diario - duros y agotadores, a veces de impotencia y otros de profunda humanidad, de asistir a numerosas anécdotas que nos emocionan y apetece compartir... para saborearlas, para aplaudirlas y para que nos nutran y nos ayuden a seguir caminando. También somos conscientes de que como equipo de Psiquiatría y Salud Mental del 12 de Octubre en los próximos meses seremos testigos de una segunda ola de problemas de Salud Mental que durará tiempo.

Estos días tratamos de acompañar, cuidar y dar herramientas que favorezcan la resiliencia que estamos apreciando en muchos de nuestros pacientes, familiares, colegas sanitarios y otros profesionales que están en la primera línea. Todos conocemos la teoría que recomendamos de “*cuidarse uno para cuidar a otros*”, del cuidado del cuidador.

Os proponemos, además de las numerosas iniciativas ya en marcha en cada dispositivo, en cada turno de trabajo, en cada grupo o chat del que formamos parte, que podamos ir escribiendo **NUESTRAS PROPIAS HISTORIAS DE LA PANDEMIA COVID-19**. Esto es, poder compartir entre todos los profesionales del AGCPSM y dispositivos asociados que lo deseen, **pequeñas reflexiones escritas (incluso unas pocas frases)** que cada uno quiera compartir sobre:

- cómo hemos vivido y estamos viviendo esta alarma sanitaria desde nuestro rol profesional,
- qué estamos aprendiendo / sorprendiéndonos favorablemente de nuestros pacientes y de nuestros compañeros, también de nosotros mismos;
- qué pautas de actuación imaginativas estamos constatando o escuchando de nuestros pacientes o colegas que ayudan a la resiliencia;
- qué nos está cambiando a mejor (incluso de la manera de ver la relación y alianza terapéutica, de la manera en la que se expresa la psicopatología en tiempos de esta crisis de la COVID-19...);
- también anécdotas entrañables de resiliencia o humanidad o ayuda mutua, **fotografías o breves vídeos públicos** (mayoritariamente NUESTROS o del 12)
- ideas para el futuro...
- o lo que cada uno desee aportar que cree que puede servir a los otros del equipo u otras personas.

Un ejemplo que hemos compartido en el grupo de Whatsapp que llamamos “*Villaverde emocional*” está también publicado en la web en: <https://www.facebook.com/santiagovega.claraferradal> .

Otro símbolo que nos ayudará a construir nuestro relato de estos días es el vídeo que hizo Valentín sobre la Enfermería los primeros y duros días tras el desmantelamiento de la UHB o el de la Policía Municipal actuando hace unos días enfrente del hospital antes de los aplausos de las ocho.



A algunos pacientes les estamos pidiendo al final de la consulta telefónica un breve escrito sobre cómo lo están haciendo ellos mismos en su confinamiento y con los suyos, qué les sirve en estos momentos, en qué se apoyan... el mero hecho de pedirselo les hace reconocer SU propio valor y capacidades... y saber que puede ayudar a otros, les estimula en un rol activo, refuerza y reconoce su parte más sana.

En este material compartiríamos los aspectos positivos, facilitadores de la cohesión grupal y que nos ayudarán a construir **nuestra propia NARRATIVA de lo vivido estos tiempos de la COVID-19**. Hay otros espacios - también necesarios para aprender de los errores - para la crítica o la reivindicación profesional.

Con todo ello Jesús F. Rozas, Juan de Dios Molina y Santiago Vega (y quien quiera colaborar) comenzarán a organizar el material que podéis enviar a [agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com](mailto:agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com) para VISIBILIZARLO.

De ahí más adelante publicaremos un número de **CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 ... del que todos nosotros seremos los autores**.

Para envío del material (escritos en WORD, imágenes de vídeo o fotografías):  
[agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com](mailto:agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com) .

Si le ponéis un **TÍTULO o PIDE DE FOTO** mucho mejor. Si son escritos, dibujos o fotografías de pacientes pedid autorización para publicarlo con su NOMBRE, SIGLAS o de forma ANÓNIMA (curiosamente, algunas reflexiones preciosas de pacientes nuestros les gusta el compartirlo pero de forma anónima o con sus siglas solo).

**Salud y MUCHAS GRACIAS A TODOS POR VUESTRA COLABORACIÓN y CREATIVIDAD** (ver correo abajo). **Cualquier idea de mejora del proyecto o deseo de colaborar en confeccionarlo se agradece**

---

<sup>14</sup> Actuación de la Banda de Música de la Banda Municipal de Madrid el pasado 17 de abril de 2020, homenajeando a los profesionales del Hospital 12 de Octubre. En: <https://www.youtube.com/watch?v=rS0ysldFaVo>

## **INDICE PROVISIONAL**

### **Mi experiencia con el coronavirus**

Cristina Muñoz

### **Escribir para expresar. Triste**

Aitor Abad

### **Nosotras tres y la COVID-19: la fuerza de mi madre**

Ch. y R.

### **Natividad, 106 – SARS-CoV-2,1**

L. Santiago Vega González

### **Relatos en cuarentena: la procesión**

Antonio Javier Roldán Calzado

### **Quiebre de la continuación... ¿cómo seguimos?**

Carolina A. Rojas Rocha (dibujo: Olivia)

### **¿Cuidaremos a los profesionales sanitarios como nos están cuidando?**

Natalia Sartorius Calamai

### **Cuando la UHB dejó de ser la UHB**

Roberto Rodríguez Jiménez

### **Carta a la Enfermería de Psiquiatría COVID-19, primavera de 2020**

Valentín Lemus Pachón

### **Una enfermera de Salud Mental de nuevo en la UCI**

Cristina Rivera Clemente

### **Despertar**

Ignacio Mearin Manrique

### **Mi pequeña crisis personal**

Irene Rodrigo Holgado

### **Mi momento favorito**

Marcos Torchia Esteban

### **Hoy quisiera pensar en positivo, pero no puedo**

Jennifer García González

### **El cumpleaños de Valentina**

Javier Ramos García

### **Una época difícil para todos**

Karla Inca Torres

### **Atenciones fundamentales**

Elena Moreno Casado

### **Para ser honesto**

J.A. V. R.

### **Carta de apoyo con ilusión y cariño**

V. R. E.

### **Carta a I@s pacientes de COVID-19 en los hospitales de la Comunidad de Madrid**

Usuario de la MR Hestia Esquerdo

### **El insomnio de las 3**

A. R. V.

**Psicología del confinamiento**

Francisca Sáez (dibujo: Jorge Baños)

**Mi experiencia con el confinamiento**

V.A. D. V.

**El puñetero COVID y sus consecuencias**

A. R. V.

**Dos cartas y un dibujo para el Doce de Octubre desde Almería**

Andrés, Eli y Paco

**Escribir para expresar**

Carla Milera

**Escribir para expresar. ¡Nosotros podemos!**

Alicia Romero

**Manual de Resistencia**

Centro de Rehabilitación Laboral de Carabanchel

**CRPS Los Cármenes**

Centro de Rehabilitación Psicosocial Los Cármenes

**El poder de las palabras**

Centro de Rehabilitación Laboral de Villaverde

**«La Gaceta Hestia Esquerdo»... en tiempos de pandemia**

Miniresidencia Hestia Esquerdo

**Radio: «Especial Confinamiento» y otras iniciativas en tiempos de pandemia en el CRPS y EASC de Villaverde**

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo Socio-Comunitario de Villaverde

**COVID-19, en positivo**

Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera

Para envío del material (escritos en WORD, imágenes de vídeo o fotografías):

[agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com](mailto:agcpsmhu12o.historiascovid19@gmail.com) .

**EN FASE DE MAQUETACIÓN FINAL**



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



**Objetivos del BOLETIN:**

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

**Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

**Metodología de elaboración:** Santiago Vega ( [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org) ) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurra)

**Distribución gratuita:** descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>