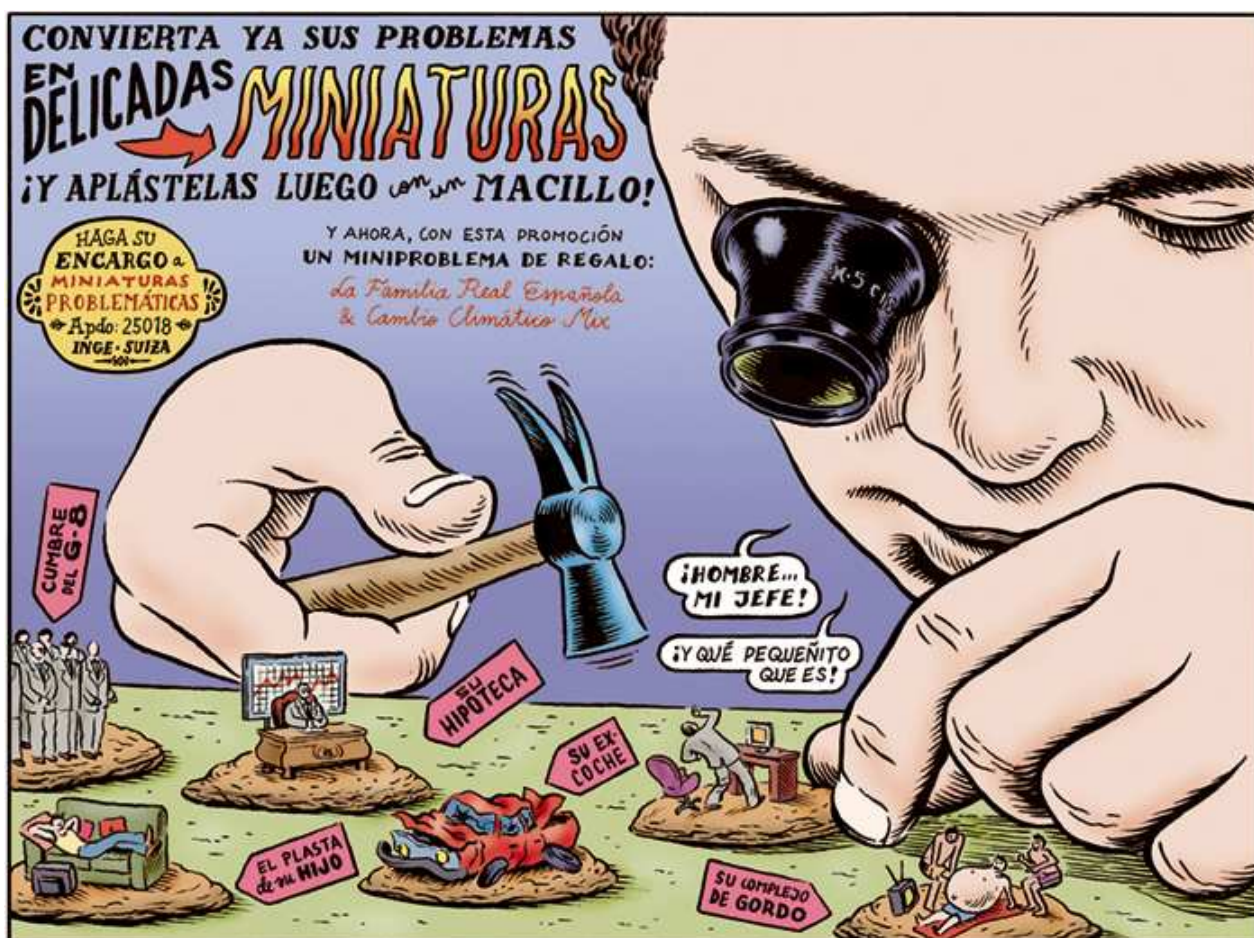


BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 18 – Junio 2010



Programa VIP (Vía Individualizada y Preferente)

Rotación Externa María Do Pérez Rianza (Buenos Aires)

Rotación Externa Marta Marín Mayor (Nueva York)

Formación Continuada en píldoras: Tetrabenazina (Santiago Vega)

Últimas publicaciones de miembros del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental HU 12 Octubre

Nuevo proyecto: "Salud Mental para todos" (Diego Urgeles – Clínica La Paz)

Reflexiones: "Crónicas de Francia (2ª parte)" (Justo Díez)

¹ Miguel Brieva © <http://diagonalperiodico.net/Miguel-Brieva,7949.html>

1. DOCUMENTOS DEL AREA ²

• Comisión de Asistencia 10 Marzo 2010

1.- Información sobre las recientes novedades en la gestión sanitaria en la CAM y su relación con los dispositivos de Salud Mental del Área 11

Javier Rodríguez (JR) inicia la reunión informando de algunas dudas de los profesionales en relación con la adscripción jerárquica y funcional de los CSM surgidas a raíz de unas circulares del Director General de Hospitales de la CAM y del Gerente del H 12 de Octubre.

En el primer caso se plantea que los nuevos hospitales los CSM dependerán directamente del Gerente y no del Jefe de Servicio. Miguel Ángel Jiménez Arriero (MJ) aclara que esto se ha planteado sólo en los nuevos hospitales donde no existe la categoría de Jefe de Servicio de Psiquiatría sino Jefe de Sección, rango que ostenta también el coordinador de los CSM. Para evitar los potenciales conflictos que esto podría conllevar se adopta esta medida. Sin embargo no afecta a los hospitales como el 12 de Octubre.

En el segundo caso se informaba de que todos los elementos de gestión de los CSM del hospital 12 de Octubre pasan a depender del Hospital. MJ informa de que actualmente este cambio organizativo ya se está llevando a cabo. Como en todo cambio aparecerá inicialmente alguna duda sobre elementos puntuales de la organización cotidiana que se irán resolviendo. MJ informa de que en el futuro inmediato cada hospital gestionará un grupo de Centros de Atención Primaria y Centros de Especialidades, los cuales delimitarán su zona de influencia. Cada hospital y sus centros constituirán la Unidad Asistencial.

Al final de este apartado se inicia una interesante discusión sobre el nuevo organigrama de distribución de tiempos en las agendas que probablemente comienza en junio. Ana López (AL) opina que el tiempo por paciente es escaso y además no quedan recogidas las posibilidades de intervención que los psicólogos hacen con los pacientes. MJ comenta que se trata de una iniciativa ya decidida, debatida en un grupo de trabajo de toda la CAM.

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

2.- Análisis de la utilización de las Unidades Hospitalarias de ingreso para pacientes con trastorno de personalidad grave en el Área 11

JR informa de que desde la Comisión de Trastorno de Personalidad de la CAM se solicita un esfuerzo de divulgación en las zonas sanitarias sobre el funcionamiento de las Unidades Hospitalarias para Trastornos de Personalidad Grave (UHTP). Se explica el funcionamiento de dichas UHTP. Concretamente a los pacientes con TP grave dependientes del 12 de Octubre les corresponde la UHTP de San Miguel. Existe información detallada sobre protocolos de derivación que se puede solicitar al representante del Área en la Comisión de TP, que es Javier Rodríguez Torresano.

El procedimiento práctico para remitir un paciente comporta estos pasos:

1. Remisión al representante en la Comisión de la propuesta de derivación.
- 2.-Presentación (y aceptación o no) del caso en la Comisión.
- 3.-Valoración del caso en la UHTP de la Clínica San Miguel, que decide aceptación o no para ingreso.

Desde el año 2008 se han ingresado 28 pacientes (incluyendo Valdemoro y Aranjuez) de los que se han rechazado cinco, bien por importante consumo de tóxicos bien por diagnóstico de TP disocial.

La coordinadora de la UHTP de S Miguel y JR están haciendo visitas a los distritos para intercambiar información con los profesionales sobre los criterios de derivación de estos pacientes.

3.- Coordinación de dispositivos hospitalarios con los CSM

R informa de que ha habido algunas deficiencias a finales de 2009 en la coordinación con los dispositivos hospitalarios y se discuten los casos particulares y vías de mejora de la coordinación.

4.- Revisión del estado de temas pendientes de la reunión previa

En la reunión anterior se plantearon quejas sobre la remisión de pacientes sin previo aviso a la Urgencia del 12 Octubre desde el Hospital del Tajo. María Aragüés comenta que a corto plazo no es posible modificar esta situación, que depende de criterios organizativos de este Hospital.

David Núñez informa de los cambios que se están produciendo en el funcionamiento del Hospital de Día de Villaverde. Informa de los objetivos asistenciales y presenta datos asistenciales actualizados. He aquí algunas de las cifras presentadas:

- * Pacientes evaluados (con un mínimo de tres entrevistas): 100 %
- * Admitidos: Pacientes que comienzan un tratamiento acorde a su indicación 86%
- * Tiempo transcurrido desde la recepción del informe y la primera entrevista: 3 días (incluidos fines

de semana)

* Devolución de información de la evaluación al derivante: 3 entrevistas.

* Tras las tres entrevistas de evaluación, si hay alguna contraindicación para comenzar tratamiento de grupo de Hospital de Día y es abordable desde un enfoque ambulatorio, en coordinación con el derivante, se realiza plan individualizado en el Hospital de Día (más citas individuales, grupo ambulatorio...)

* Nuevas incorporaciones asistenciales en nuestro Hospital de Día, el último año:

- Grupo Ambulatorio
- Grupo Post-Hospital de Día
- Grupo de Familias
- Aumento a dos terapias de grupo semanales de corte dinámico
- Incorporación de Grupo de Opinión.

* Informe de Alta: en menos de 48 horas.

* Aumento de las coordinaciones con los distintos recursos derivantes; para así tener un mayor conocimiento del recurso y de las situaciones concretas de cada paciente.

5.- Ruegos y preguntas

Valentín Lemus presenta el programa VIP (Via Individualizada Preferente) ³ para personas con trastorno mental grave, originado en un grupo de trabajo del Área 11 en 2007 que muy recientemente ha concluido sus trabajos. Valentín Lemus desarrolla el contenido del programa durante la reunión. Se debate y se acepta considerando que será una aportación importante y un aumento de la calidad de la asistencia en el Unidad Asistencial. Se informa a los coordinadores de los CSM (en el caso de Usera se hará posteriormente) que se fijará una reunión para perfilar cómo empezar a ponerlo en práctica a la que se convocará a los coordinadores o representantes nombrados por ellos así como el Director Técnico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la Dra. Montserrat Caballero del Equipo de Trastornos Mentales.

• Comisión de Docencia Serv. Psiquiatría y Salud Mental 17 Febrero 2010

1.- Seguimiento de cursos del Area

2. Convenio de colaboración docente con la Clínica Nuestra Sra. de la Paz y Centro San Juan de Dios: en curso a través de la ALE, lo cual enriquece las posibilidades de formación de nuestros residentes en áreas de subespecialización como las adicciones, la patología dual, la rehabilitación

³ El Programa VIP se presenta más adelante, en "Recursos de la Red de Salud Mental"

hospitalaria de trastornos psiquiátricos graves y trastornos psiquiátricos graves asociados a la limitación intelectual severa.

3. Nuevos Protocolos Docentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica: versión Enero 2010, consultables en la web de Docencia del Hospital

4. Seguimiento de programas MIR y PIR: en marcha el nuevo programa PIR de 4 años de duración (...) En el programa MIR se comentan la mayor estructuración de las rotaciones longitudinales de psicoterapia y de investigación (...)

5. Evaluación continuada de los residentes: Se discute sobre la evaluación continuada de los residentes, buscando formas de mejorar la comunicación adjuntos implicados en la docencia-residentes-tutores: fomentar el *feed-back* en tiempo real de las deficiencias formativas del residentes sin esperar a la evaluación final (la revisión a mitad de la rotación de cómo se están consiguiendo o no los objetivos de la rotación recogidos en las Guías de Rotación sería un momento imprescindible), alertar al tutor MIR / PIR del residente de las dificultades para buscar formas de corregirlas sin esperar al final de la rotación, reuniones a final de curso entre residentes y jefe de servicio y otras.

6. Convenio con Elipsis: El Dr. Vega dio cuenta de una reunión con Hugo Bleichmar sobre la continuidad del convenio con Elipsis que en ese momento (Diciembre 2010) se encontraba en suspenso. El escenario más probable es que sólo pueda contarse con dos becas y por lo tanto la cuestión requiere un replanteamiento y una modificación de los criterios para otorgarlos. El convenio con la Dra. Emilce Dio, de Elipsis, para el área infantil está aun en negociación y no se sabe el número de becas con el que se contará.

7. Atención Continuada nuevos PIR: Se ha de organizar la Atención Continuada para los nuevos PIR ya que para ellos es obligatoria y está contemplada en el nuevo plan.

8. Página Web del servicio de Psiquiatría y Salud Mental: en construcción en colaboración con el CRL y participación de los miembros del servicio que lo deseen (*ver Boletín n° 17 – Abril 2010*).

- **Comisiones de Docencia Hospital Universitario 12 de Octubre** ⁴

- **Comisión de Marzo 2010 (Acta 03/2010)**

- **Informe del Presidente Comisión Docencia:** el Presidente expone los resultados de las elecciones de los vocales que representarán a tutores y residentes en la Comisión de Docencia. Uno de los nuevos vocales de los residentes es nuestro compañero MIR de Psiquiatría Dr. Daniel Ballesteros Sanz. Se repasa la composición de la Comisión de Docencia del Hospital, ampliada de 17 a 20 miembros según la legislación vigente. Se propone un grupo de trabajo de la Comisión para actualizar el reglamento interno de la misma.

- **Ruegos y preguntas:** se discuten distintos temas que atañen a los MIR de Medicina de Familia.
El Dr. Morales hace un comentario referente a los nuevos vocales de residentes en el sentido de llevar propuestas e ideas a la Comisión y que sean parte activa de la misma. El Dr. Serrano en este caso también comenta que a veces la Comisión se paraliza con temas que tienen otros ámbitos para una mejor resolución, por lo que pide que las propuestas y los temas que se lleven a discusión a la Comisión se ciñan lo más posible al ámbito docente y de formación.

El Dr. Serrano informa que dentro del Plan de Mejora Docente, uno de los puntos es recopilar todas las actividades docentes previstas por los diferentes servicios y hacer difusión de las mismas en la página de Docencia de intranet en un calendario periódico. Esto daría a las sesiones de los diferentes servicios el aval de la Comisión de Docencia.

- **Comisión de Abril 2010 (Acta 04/2010)**

- **Informe del Presidente Comisión Docencia:** el Presidente recuerda las instrucciones de evaluación 2010 para los MIR recibidas desde el Ministerio de Sanidad y Política Social, enviadas a vocales y tutores (...) Se discute la creciente burocratización existente en relación con las asociaciones docentes que solicitan los nuevos hospitales (...) Hasta la fecha de hoy se han recibido 13 Protocolos Docentes actualizados y 11 Cronogramas/Itinerarios (*ya enviados los de Psiquiatría y Psicología Clínica*). Estamos pendientes de recibir de más servicios para valorarlos y en su caso aprobarlos por la Comisión de Docencia. (...) En conversaciones mantenidas con la representante de Enfermería de Formación Especializada, se ha planteado el interés que tiene en formar parte de la Comisión de Docencia. Según la Orden 581/08 de 22 de febrero (BOE nº 56 de 5 de marzo de 2008), que regula la composición de la Comisión de Docencia y en la que indica: *“En las comisiones de docencia de centro y en las de unidad en las que se formen enfermeros especialistas se constituirá una subcomisión específica de especialidades de enfermería con la misión de coordinar la formación de dichos especialistas. El presidente de esta subcomisión, que agrupará a los tutores de dichas especialidades, será vocal nato de la comisión de docencia”*

- **Actualización de las normas de funcionamiento interna de la Comisión de Docencia**

- **Puesta en marcha del Plan de Mejora Docente:** El Dr. Serrano comenta el Plan de Mejora Docente que se mandó al Ministerio siguiendo las recomendaciones de la Auditoría Docente de Octubre/2008 (...) En la próxima reunión de la Comisión se pretende aprobar un **modelo de entrevista tutor-residente semi-estructurada** que se encargarán de realizar los miembros de la Comisión el Dr. Vega, el vocal residente Dr. Ballesteros y otros. Otra actuación para aprobar en la reunión de mayo será la elaboración de un **modelo de encuesta de satisfacción del residente tras cada rotación** de la cual se están encargando el Dr. Juan Manuel Guerra y otros vocales. (...) Se discute finalmente sobre el papel de gestión del tutor en el organigrama de los servicios.

⁴ Actas de la Comisión de Docencia General del Hospital: **RESUMEN** de los puntos o temas que atañen al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental

Programa de intervención con jóvenes en el Area 11: **PROGRAMA VIP (Vía Individualizada y preferente)**

¿POR QUÉ UNA INTERVENCIÓN CON JÓVENES EN EL AREA 11?

Desde hace algún tiempo distintos profesionales del Área 11 buscábamos la oportunidad de poder reflexionar sobre las necesidades y posibilidades de intervención en perfiles de gente más joven y en los que el curso de la enfermedad mental lleve pocos años de evolución.

La iniciativa buscaba en un principio la posibilidad de activar un grupo de trabajo y comenzar a debatir sobre las posibilidades de intervención con esta población desde los distintos recursos y dispositivos que conforman el área. A finales de septiembre del 2007 tanto profesionales de los distintos centros de salud mental como de los dispositivos de rehabilitación comenzamos a reunirnos.

Nuestra primera intención ha sido acercarnos a conocer con algo más de detalle el perfil de esta población, para ello decidimos confeccionar una ficha de recogida de datos que nos permite aproximarnos a la realidad de la gente joven, de entre 16 y 27 años, con trastorno mental severo (psicosis, trastornos de personalidad, se excluyen los trastornos de alimentación) que se encuentra en nuestros distritos. La ficha pretendía recoger no solo información del diagnóstico y edad del sujeto sino también, aspectos relevantes como los años de evolución, consumo de tóxicos actual o pasado, itinerario asistencial, nivel de ocupación, núcleo de convivencia y las necesidades psicosociales que presentan, entre otros datos.

Partimos de la idea de que una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad o con tiempos de evolución cortos de la misma pueden mejorar los resultados de la intervención, disminuir la discapacidad asociada, mejorar el curso de la psicosis y conducir hacia otro tipo de “meseta” en la que el declive mental y social sea menor y se pueda compensar.

Durante el año 2008, se han recogido todas las fichas y con ellas se ha realizado el análisis de los datos que ha dado lugar a un informe cuyo resumen se divulgó entre todos los miembros del grupo de trabajo.

Durante este año 2009 donde se mantiene activo el grupo de trabajo intentamos con los datos que se han desprendido del informe, no solo difundirlos por los distintos segmentos del

⁵ Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

Área (ver Boletín nº 16 – Febrero 2010), sino elaborar en la medida de lo posible directrices de actuación y una propuesta de atención desde los distintos recursos de rehabilitación.

El objetivo es caminar hacia una propuesta de intervención rehabilitadora con Jóvenes integrada y consensuada por los distintos profesionales de área con la intención de apoyar y acompañar en los procesos de recuperación de gente joven con pocos años de evolución en la psicosis.

¿CÓMO DESARROLLAR UNA INTERVENCIÓN PARA JÓVENES EN EL AREA 11?

Nos planteamos la posibilidad de ofrecer una propuesta de intervención psicosocial en Jóvenes con trastorno mental severo que permita acelerar y acompañar en el proceso de recuperación, promover una óptica rehabilitadora a lo largo de todo el curso de la enfermedad, situando en sus primeras fases el momento del inicio de una rehabilitación que deberá acompañar a la persona a lo largo de su trayectoria vital intensificando o atenuando su intensidad en función del propio devenir individual. Para una óptima intervención biopsicosocial, sugerimos la necesidad de una adecuada coordinación y conocimiento con los centros de salud mental y otros recursos de la red, lo que podría facilitar la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el paciente, proporcionando un tránsito guiado y no traumático entre estos, aplicando una lógica asistencial y terapéutica armónica en toda esa ruta.

Para ello planteamos *el programa VIP (Vía Individualizada y Preferente) que ofrece una vía de acceso a servicios de rehabilitación psicosocial paralela y alternativa a la vía convencional.*

Objetivos

El objetivo del Programa VIP es dar respuesta a usuarios jóvenes desde la Red de Rehabilitación Psicosocial, a quien les podría beneficiar de tratamiento rehabilitador pero por las características de la población atendida o bien por los procedimientos de los servicios en sí, no pueden vincularse adecuadamente o para los cuales el tratamiento rehabilitador estándar podría tener efectos iatrogénicos.

Consideraciones generales en la Intervención (Valores clave)

- Centrado en la persona
- Individualizado
- Flexible, donde se prime la intervención rápida e intensa

- Ágil
- Favoreciendo la intervención en el medio frente a la de despacho
- Enfoque hacia la competencia
- Ajustada a las necesidades del usuario
- Coordinada
- Énfasis en la normalización

Metodología:

El programa VIP consiste en una vía de acceso a servicios de rehabilitación psicosocial paralelo y alternativa a la vía convencional. Su diseño prima la flexibilidad y agilidad en los servicios para adaptarse a las necesidades y prioridades inherentes de los usuarios jóvenes. Se trata de dar prioridad en el acceso a servicios socio-sanitarios y de rehabilitación a estos usuarios en función de su plan individualizado, así minimizando que evaluaciones excesivas, listas de espera o cuestiones burocráticas a) entorpecen el proceso del usuario, b) desfavorecen la vinculación a servicios socio-sanitarios, o c) sirven para inculcar un rol de enfermo crónico.

¿Qué casos atenderá inicialmente el programa VIP?

- Usuarios ya en tratamiento en el Programa de 1º Brotes del H.12 Octubre
- Usuarios de entre 16 y 27 años con un diagnóstico de psicosis no más de 5 años de evolución en el trastorno y en tratamiento en centros de SSMM del área 11.
- Usuarios que cumpliendo las características de edad y años de evolución se encuentren ya en dispositivos de rehabilitación del Área 11.

Procedimiento

Los candidatos de acceso al programa VIP se valorarán a través de una Comisión de Derivación y Seguimiento. Dicha comisión se constituirá al efecto y estará compuesta por personal de los programas de continuidad de cuidados de los distritos que componen el área 11, profesionales de la unidad específica de primeros brotes del Hospital 12 de Octubre y profesionales de los distintos recursos de rehabilitación psicosocial del área implicados en el programa VIP (EASC, CRPS, CRL, MR...).

La entrada al programa, bien desde los programas de continuidad de cuidados o desde la unidad específica del Hospital 12 de Octubre, supone el alta administrativa del caso, en el supuesto de que la persona aún no esté vinculada a SSMM se le dará el alta de manera preferente en el programa de continuidad de cuidados de su distrito correspondiente, posteriormente se

realizará desde la comisión un Plan Individualizado de Recuperación en el que conste los objetivos a alcanzar con cada usuario, el plan de actividades y los responsables de llevarlo a cabo.

Se designará un profesional responsable del caso que seguirá el proceso y el desarrollo del plan, dicho profesional puede ser una persona del recurso en el que recaiga el mayor peso de la intervención ó bien un profesional de un EASC, por ser el dispositivo de la red de rehabilitación con mayor peso en objetivos de vinculación a la red e intervención en el medio. El papel de este profesional resultará de vital importancia ya que garantizará la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el usuario tal y como marca el plan de continuidad de cuidados diseñado en los servicios de Salud Mental.

Tras recibir y aceptar la derivación desde la Comisión, el EASC iniciará el trabajo de vinculación y evaluación, volcando la información y progreso en informes y presentaciones en reuniones de la Comisión para su seguimiento y supervisión.

Si en adición a los objetivos de rehabilitación atendidos por el EASC, la Comisión ve necesario un apoyo especializado desde otro recurso de la red socio sanitarios o de rehabilitación psicosocial del área 11, se les facilitarán de forma individualizada y preferente el acceso a los mismos, dando respuesta inmediata a la necesidad del usuario en un formato flexible y ágil (en cuanto metodología, tiempos y espacios). Así se garantiza que los usuarios jóvenes tienen acceso inmediato a, aparte de la atención altamente individualizada coordinada por el EASC, servicios y expertos diseñados específicamente para el alcance de objetivos relacionados con el consumo de tóxicos (CAID), con lo formativo-laboral (CRL), autonomía, ocio (CRPS), tanto como a recursos residenciales (MR /Pisos) y a tratamiento psiquiátrico estándar (12 Octubre, SSM).

Ubicación del Programa:

Por las características de la población y el marco definitorio del programa basado en un modelo Integrador (SSMM, Red de Rehabilitación, Hospital, Comunidad...) no existe ubicación física concreta de nuestras actuaciones, sino que éstas se verán delimitadas en el tiempo y los espacios por los objetivos individualizados de cada participante.

Cada servicio implicado se compromete a dedicar los profesionales, recursos y espacios requeridos para cumplir con las necesidades del usuario en un formato flexible que respetan sus especificaciones.

Las coordinaciones

Las coordinaciones serán claves para el buen funcionamiento del programa y para asegurar la continuidad de cuidados.

Que ofrece el Programa VIP:

- ✓ **Seguimiento Individualizado** que contengan establecimiento de una alianza terapéutica, psicoeducación, trabajo de adherencia al tratamiento farmacológico y rehabilitador, prevención de recaídas, adaptación a las psicosis y orientación a la recuperación.
- ✓ **Recuperación de intereses, aficiones y uso de recursos normalizados** de ocio adecuados a la edad.
- ✓ **Orientación Formativa y Laboral:** Orientar en el uso de recursos normalizados para la búsqueda de empleo, adecuar expectativas laborales, recuperar o reiniciar actividades formativas, propiciar la progresiva auto-orientación en el desarrollo de una posible formación laboral u ocupacional.
- ✓ **Intervención grupal:** en el momento en que se vea pertinente la creación de un grupo cuidar que los otros asistentes sean de nivel parecido y con problemática similar, centrarse en el “aquí y ahora” en los que se incluye habilidades de afrontamiento sobre el trastorno y sus consecuencias, entrenamiento en manejo de estrés, comunicación, resolución de problemas, desarrollo de sentimientos de auto-estima, auto-eficacia y esperanza.
- ✓ **Intervención familiar:** grupos multifamiliares en los que se incluye psicoeducación, comprensión de la enfermedad, alianza con la familia para apoyar en el proceso de recuperación, apoyo emocional para entender los cambios, comunicación y resolución de problemas.

Los Recursos y sus Prestaciones

El programa pone a disposición de la intervención con jóvenes con psicosis la Red de Recursos de Rehabilitación disponibles y susceptibles de ser utilizados por esta población. De este modo contamos con la participación del CRPS Arganzuela, CRPS Carabanchel, CRPS Los Cármenes, CRPS Villaverde, los EASC de Carabanchel, Arganzuela, Usera y Villaverde, los CRL de Villaverde, Carabanchel y Usera, así como los dispositivos residenciales Miniresidencias y Pisos Supervisados, Carabanchel, Usera y Cobeña.

El marco de referencia de las actuaciones de los dispositivos estará encuadrado dentro de una lógica de flexibilidad donde se prima la intervención rápida e intensa, delimitando las actuaciones en base a los objetivos individualizados de cada caso.

Desde los EASC se articula:

- La evaluación e intervención individual ajustada a las necesidades en el entorno (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, intervención con la familia, etc...)

- El apoyo y entrenamiento para el aumento de autonomía en distintas áreas (AVD; gestiones, utilización de transporte, etc...)
- Los acompañamientos y apoyos para el enganche y vinculación de recursos de la red de personas con enfermedad mental (CRPS; CRL; ...) u otras de atención especializada, ej CAID
- Los acompañamientos y apoyos para el enganche y vinculación de recursos normalizados académicos, laborales o de ocio
- Los acompañamientos y apoyos para el correcto seguimiento de citas psiquiátricas u otras citas médicas

Desde los CRPS se presta:

- Atención familiar a través de grupos de psicoeducación, apoyo en la trayectoria y solución de problemas. (CRPS Los Cármenes)
- Grupos de ocio e integración comunitaria (CRPS Arganzuela)

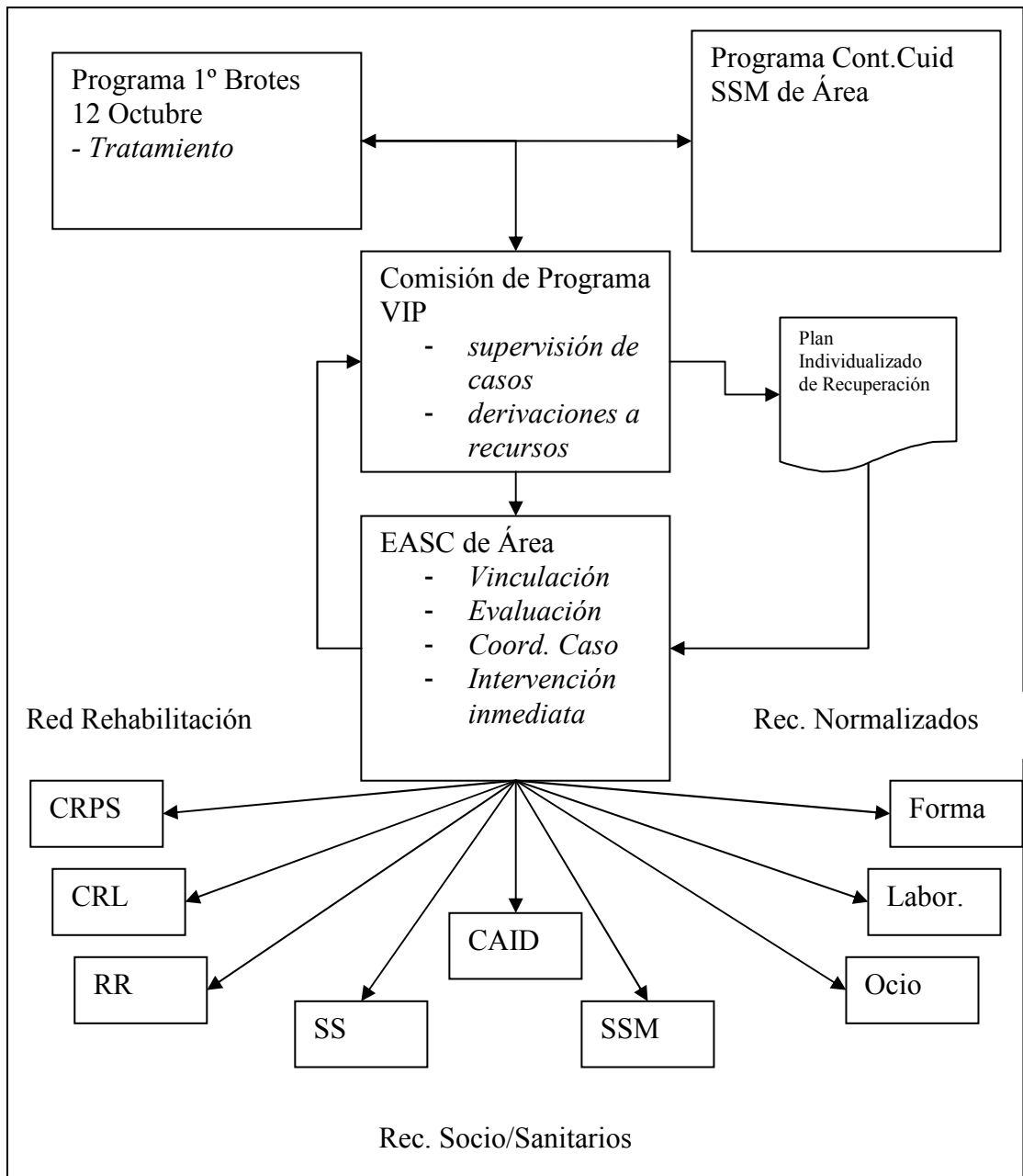
Desde los CRL se apoyará:

- La orientación vocacional
- La orientación en técnicas y herramientas para la búsqueda de empleo
- El Apoyo a la Formación Profesional
- La Orientación en Itinerarios Formativos
- El Apoyo a la Inserción laboral y seguimiento
- El acceso a ofertas ajustadas a su perfil

Este tipo de atención la proporcionan los Terapeutas Ocupacionales y los Técnicos de Empleo, manteniendo el objetivo prioritario de que los usuarios estén en los circuitos lo más normalizados posibles, facilitando así su salida a recursos laborales y formativos normalizados.

Todo ello implica una estrecha relación de funcionamiento de los profesionales vinculados al programa que se sustenta es una adecuada coordinación, garantizando así la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el usuario.

Diagrama de flujo del programa VIP



3. DOCENCIA

- 1/6/2010: Solicitada a la Agencia Laín Entralgo la acreditación como **Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental** para así poder acceder a la formación de **Enfermería especializada en Salud Mental (EIR)** demandada por nuestros compañeros enfermer@s.

4. RESIDENTES

- Nuevos residentes 2010:
 - Daniel Anadon Mateo MIR Psiquiatría
 - Helena Fernández Garcimartín MIR Psiquiatría
 - Francisco Gómez Holgado PIR Psicología Clínica
 - Natalia Mesa Rodas MIR Psiquiatría
 - José de la Oliva Sánchez MIR Psiquiatría
 - Blanca Quinta Saiz PIR Psicología Clínica

¡¡ Bienvenidos !!

- **Rotación Externa en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar Dr. Badaraco (Buenos Aires, Argentina) de la Dra. M^a Dolores Rianza Pérez (MIR-4)**

INTRODUCCIÓN

El **Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar** que dirige el **Dr. Jorge García Baradacco**, lleva a cabo un trabajo coordinado de muchas personas en instituciones diversas — Hospitales públicos, una Fundación privada, la Asociación Psicoanalítica Argentina, la Universidad de Buenos Aires, en Centros de atención comunitaria, en Comunidades Terapéuticas, en un Cuerpo de Bomberos—, y que han traspasado la frontera Argentina (en España, Italia y Uruguay).

El trabajo que allí se lleva a cabo se basa, obviamente en su teoría. Comenta que, como hicieron otros autores después de Freud y que le han servido de referencia; Baradacco también tuvo la convicción de que la experiencia psicoanalítica bi-personal no abarcaba ni resolvía todas las problemáticas, en particular las planteadas en las patologías mentales graves; la teoría psicoanalítica más clásica, según estos, no llegaba a poner en evidencia la “dimensión vincular” de los conflictos. Por otra parte, la terapia sistémica (la cual también tuvo su influencia sobre él), a pesar de interesarse más en los sistemas y el funcionamiento familiar, dejaba demasiado de lado al “individuo”.

Desde un trabajo que naciese desde las Instituciones Psiquiátricas, como pudo ser y sigue siendo el Hospital Psiquiátrico Borda, que poco a poco se convirtiera en una “Comunidad Terapéutica”; el Dr. Baradacco se centró especialmente en la búsqueda de los “aspectos sanos” del paciente, lo que les definiese como sujetos más humanos y no sólo como enfermos. De esta forma de abordar al paciente, derivaría posteriormente su concepto de “virtualidad sana”, a través de la cual se buscara precisamente eso, las partes sanas del paciente con un trastorno mental grave y con las cuales poder contar para su recuperación.

Para llevar a cabo dicho trabajo, creyeron necesario el incluir no sólo al paciente, ó a un grupo de pacientes sino poder “contar con” todos aquellos familiares de estos pacientes que quisieran acudir. Esta forma de trabajar, paradójicamente

creaba un "contexto" de seguridad y respeto para todos aquellos que lo componían, incluidos los profesionales (que en general trabajan en co-terapia dentro de los diferentes grupos); precisamente por poder "contar con" los otros. Así, se llevaría a cabo lo que el Dr. Baradacco buscaba, que: "de ser mirado como enfermo por los familiares, pudiera pasar a ser mirado como potencialmente sano por muchos otros dentro del grupo". Entendiendo el estar sano y no enfermo, no sólo como la ausencia de síntoma sino en relación a la calidad de vida de la persona, lo cual tendría que ver no sólo con el individuo sino también con su contexto en el que se incluye a la familia.

Dentro de su teoría es importante destacar una serie de conceptos básicos:

- las "interdependencias recíprocas" (generalmente ocultas y que podrían estar detrás de la generación de emociones enfermantes ó patógenas, pero también curativas).
- "virtualidad sana potencial" (de la que antes hiciera mención).
- los "otros" en nosotros y el aislamiento "protector" (en relación a cómo las primeras vivencias de la infancia y especialmente con la familia, marcaban la visión con que el mismo paciente se observa y se presenta; y cómo llega a constituir una especie de "coraza" para defenderse de lo externo, del sufrimiento del resto de la familia, quedándose aislado con esos "personajes", que son al fin y al cabo esos "otros");
- los "personajes ó presencias enloquecedoras" (que vendría a denominar a esa parte de los otros en nosotros con la cual se presenta el paciente y que puede derivar en la enfermedad mental; concepto que tendría sus similitudes con los "objetos internos persecutorios" de M. Klein ó quizá el "superyó amenazador" de Freud).

Todos ellos enmarcados dentro de una dimensión más difícil de transmitir como es la "experiencia vivencial" con la cuál conseguir esa "apertura mental" necesaria para el desarrollo y la salud del individuo. En esta línea, atacará siempre una "rigidez mental" en la que sólo quepa una única teoría y una sola visión; valorando en cambio la heterogeneidad y el respeto a las diferencias. No en vano, el lema que agrupa ambas reuniones es: "Poder pensar entre todos las cosas que no se pueden pensar solo".



6

⁶ Pintura de Carlos Martínez Pampín : "Psicoanálisis multifamiliar". En el Borda , un taller cultural impulsado por el artista Plástico Carlos Martínez Pampin colabora, con un método diferente, en la recuperación de los internos: <http://www.chuet.com.ar/notas/i-mag/pampin.htm>

MOTIVACIÓN:

La elección de esta rotación externa fue motivada por diferentes factores. Por una parte la búsqueda de una experiencia y un aprendizaje psicoterapéutico que sentía que, si bien lo había tenido en la residencia, no había sido suficiente; las referencias de amigos y compañeros que me acercaron a esta teoría y especialmente me indujeron la "curiosidad" y el deseo de vivir la experiencia; porque como ellos dicen y repiten, es esa "experiencia vivencial" la que produce el cambio y la que más difícilmente se puede transmitir; por otra parte, la teoría y la técnica, aunque derivada del psicoanálisis resulta ser más ecléctica, añadiendo aportaciones más recientes del mismo, de la teoría sistémica, de lo fenomenológico, etc. ; corrientes todas ellas con las que en principio me consideraba más afín; además de un interés especial por las terapias de grupo, en las que se basa toda la rotación.

RESUMEN DE LA ROTACIÓN:

El periodo de formación fue de tres meses, desde el uno de Octubre hasta el 30 de Diciembre del 2009; durante el cual se llevaron a cabo diversas actividades semanales:

- Seminarios de Teoría Psicoanalítica y Psiquiátrica Multifamiliar

Coordinados por diferentes profesionales: el Dr. J. G^a Baradacco; la Lic. M. E. Mitre, el Dr. J. Tacus, la Dra D. Chemiser y el Prof y tutor durante nuestra rotación, H. Simond.

Reuniones que se hacían varios días a la semana y en lugares diferentes, todos ellos pertenecientes al Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar.

Durante los mismos se llevaron a cabo: el análisis de la Teoría del Psicoanálisis Multifamiliar, debate de casos clínicos y escenas significativas de los distintos Grupos Multifamiliares realizados a lo largo de la semana; la lectura y análisis de textos literarios y científicos de distintas disciplinas, entendidos desde los conceptos del Psicoanálisis Multifamiliar; lectura y análisis de la obra "Comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar" de Jorge García Baradacco y otros artículos de contenido psicoanalítico; lectura de la obra "las voces de la locura" (de María E. Mitre) y coloquio sobre aspectos teóricos, escenas clínicas y vivencias personales relacionadas con los grupos multifamiliares; y la exposición y análisis del desarrollo temprano desde la óptica del psicoanálisis multifamiliar.

- Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar

Coordinado por diferentes profesionales cada uno de ellos y también llevados a cabo en distintos fundaciones, hospitales, etc.:

1. Servicio de Evaluación y Observación y Consultorios Externos del Hospital "José T. Borda". Dr. R. Novarini y Dra M. Cupit.

2. Consultorios externos del Hospital "Braulio Moyano". Dra. L. Raczkowski, Lic. A. Messina, Dr. J. Tacus, Lic. R. González, Dr. G. Garfinkel, Dra. S. Piskorz y colaboradores.
3. Asociación Psicoanalítica Argentina. Dr. J. G^a Baradacco, Lic. M. E. Mitre, Dr. E. Mandelbaum, Dr. A. Jones y colaboradores.
4. Hospital General "Dr. Julio Méndez". Dr. A. Jones, Dr. H. Vallejo, Dr. G. Garfinkel y colaboradores.
5. Fundación "María Elisa Mitre". Lic. M. E. Mitre, dr. r. Novarini, Lic. R. González, Dra. D. Cheniser, Dr. J. Tacus y colaboradores.
6. Escuela para padres. Asociación Psicoanalítica Argentina. Dras. E. Rotenber, s. Posternak y S. Piskorz.

- Los grupos

Dichas actividades tuvieron una frecuencia semanal, coincidiendo habitualmente varias de ellas en un mismo día con lo que finalmente resultaba ser un calendario bastante intenso que ocupaba tanto la mañana como la tarde y generalmente prolongado hasta la noche.

Durante las mismas nuestro papel como "pasantes" no sólo se limitaba a un mero observador; desde un inicio se nos animaba desde los coordinadores para participar no sólo en los "ateneos" posteriores a cada grupo, donde se debatía lo acontecido durante el mismo; también durante el transcurso de éste; igualmente aunque no llegases a participar y al igual que los pacientes, nunca eras un mero observador, ajeno a lo que allí pasase; el acudir y escuchar cómo otros hablan de sus experiencias, siempre desde uno y sin entrar en diálogos ó interpretaciones de los otros, acaba haciéndote reflexionar sobre múltiples aspectos con los cuales te identificas en mayor ó menor medida.

Fue muy interesante el poder asistir a grupos tan diferentes, dentro de una misma teoría y dinámica, los profesionales que lo coordinaban, el lugar donde se llevaba a cabo y la diversidad dentro de los pacientes daban a cada grupo una nota especial. Los grupos en Hospitales Psiquiátricos (el Borda y el Moyano), donde asistían pacientes más graves, a veces ingresados; daba cuenta de cómo, refiere Baradacco en su teoría se puede abordar a los pacientes más graves reconociendo principalmente sus aspectos más sanos. Más diferentes eran los grupos multifamiliares que se llevaban a cabo en la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) ó en la Fundación M. Elisa Mitre; por varios motivos, en general pacientes y familiares pertenecían a un estatus social más elevado y por tanto sus historias y dificultades presentaban ciertas diferencias respecto a los que acudiesen a los hospitales públicos; también se trataba de pacientes y familias que llevaban un tiempo más prolongado en tratamiento y quizá por ello su discurso, mucho más elaborado, también carecía en determinados momentos de la espontaneidad y autenticidad vivida en otros grupos; lo interesante en éstos era, a mi parecer, sobre todo el poder continuar más directamente el seguimiento y evolución de los pacientes que allí acudían.

En el Hospital Méndez se reunían el mayor número de familias, este es un Hospital general y los paciente que allí acudían no eran sólo enfermos psiquiátricos, y los que lo eran aparecían de distinta gravedad. Personalmente, eran estas reuniones en las que mejor se observaba todo aquello de las "vivencias" que el Dr. Baradacco describía sobre las terapias multifamiliares.

Algo distinto era el trabajo que se llevaba a cabo en la Escuela de Padres; planteado como una especie de seminarios a los que acudían, fuera de las doctoras que lo dirigían, tanto padres junto con sus hijos como profesionales en formación. Las familias que acudían solían presentar algunas dificultades para ejercer su rol como padres, generalmente acompañadas de t. mentales más leves, ansiedad, síntomas depresivos, etc. En realidad el objetivo de esta escuela, más que el "tratar" patología, estaba dirigido a una labor más preventiva; con la idea de que esas dificultades ó t. mentales menores de los padres, no desencadenasen mayores dificultades a posteriori en sus hijos. Resultaba muy interesante ver como interaccionaban los adultos con los niños, disponiendo así una información que nunca se podría haber obtenido de otra manera; y así se podían llevar a cabo señalamientos y reflexiones útiles para todos ellos, las cuáles eran mejor entendidas y más efectivas.

A pesar de no disponer de un tiempo más prolongado, estos tres meses fueron suficientes para evidenciar "cambios" y evolución en una inmensa mayoría de pacientes; más evidente aún si se conocía algo sobre la patología inicial ó el estado previo tanto del paciente como de la familia. Como ellos dirían en defensa del escepticismo que con frecuencia se ven rodeados, por sus mismos compatriotas; para opinar y decidir si funciona ó no sólo hace falta asistir a las terapias.

- Los seminarios

Toda esta actividad no podría haber sido igual de aprovechable sin que fuese acompañada del soporte teórico necesario; para entender la filosofía de las multifamiliares, las dinámicas que allí se daban y entender mejor lo que allí acontecía.

Estos se daban también a diario, con frecuencia antes ó después de algún grupo multifamiliar; con frecuencia, más de una vez al día.

Además de material bibliográfico, pudimos debatir acerca de los conceptos básicos de la teoría, sobre casos concretos que se hubiesen visto durante la rotación ó bien desde nuestra experiencia; siempre dentro de un clima de respeto y gran interés con respecto a nuestras aportaciones, abiertos a cualquier tipo de críticas.

OPINIÓN PERSONAL

En general, considero que las expectativas que albergase para con la rotación se pudieron alcanzar. Gracias a cómo es planteada la rotación, que permite acudir al mayor número posible de terapias multifamiliares, y no sólo acudir sino participar, debatir sobre todo lo que allí sucede y respaldado por los múltiples seminarios teóricos;

es posible entender y comprender la teoría Baradacciana; e indirectamente me facilitó entender numerosos conceptos psicoanalíticos, en general aplicados de una manera práctica y coherente. No obstante, el comprender y entender mejor dicha teoría no necesariamente quiere decir que comparta totalmente esta manera de pensar; y sin embargo también esta visión más crítica fue recogida y aceptada, siempre en un clima de respeto; también esta humildad y capacidad de escucha, además de sorprenderme hizo que los valorase más.

En mi opinión, lo más provechoso fueron los grupos, los pacientes, los profesionales, el clima que en estos se generaba y las experiencias que allí se evocaban; siendo éste un aprendizaje que sobrepasa con creces el teórico.

Más que la teoría acerca del origen de la enfermedad mental, ó la curación de la misma, sobre la cuál pueda tener ciertas reservas; es lo formal, en la cercanía, el respeto, el dirigirse a los pacientes desde su potencial más sano y no sólo el enfermo, el tener en cuenta el contexto de los mismos sin perder de vista al individuo, la capacidad de entrega y humildad de los profesionales que la llevan a cabo y sobre todo el interés y motivación por ayudar al paciente, a pesar del paso de los años; todo ello quizá sea lo que más he podido valorar y llevarme tras los tres meses pasados.

Dra. M^a Dolores Rianza Pérez
Médico psiquiatra



⁷ Pintura de Carlos Martínez Pampín: "Agobiante": <http://www.chuet.com.ar/notas/i-mag/pampin.htm>

- Rotación Externa en *CARES (Comprehensive Adolescent Rehabilitation and Education Service)* del St. Luke's and Roosevelt Hospital que depende de la Universidad de Columbia en Nueva York (Estados Unidos) de la Dra. Marta Marín Mayor (MIR-4)



Introducción y descripción del programa

El programa CARES constituye un programa terapéutico intensivo, de carácter ambulatorio, que ha sido diseñado con el objetivo de proporcionar un ambiente escolar seguro y terapéutico para los estudiantes de secundaria de la ciudad de Nueva York cuyo rendimiento académico previo se hubiese visto afectado como consecuencia de la presencia de dificultades emocionales y/o de conducta. El programa consta de un equipo multidisciplinar que incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y orientadores y educadores especializados en drogadicciones. Proporciona tanto un enfoque educativo, como terapéutico, e incluye el tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) para aquellos estudiantes que consumen alcohol u otras drogas. El abordaje educacional de CARES procede del profesorado del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York. Todos los componentes del tratamiento en CARES han sido diseñados para evaluar los problemas específicos que han podido interferir con el éxito social o académico a nivel individual en cada estudiante. Los dos programas en los que se divide CARES comparten los mismos recursos educacionales y terapéuticos y son: el **Adolescent Alternative Day Program (AADP)** que está diseñado para ayudar a los estudiantes cuyo rendimiento escolar en los dispositivos educacionales regulares se ha visto afectado por la presencia de problemas como la falta de habilidades sociales, ansiedad y/o trastornos afectivos. El término “alternativo” en el acrónimo AADP se refiere a la existencia de un ambiente escolar más orientado, individualizado, seguro y respetuoso. El otro componente es el **Comprehensive Addictions Program for Adolescents (CAPA)** y está orientado a ofrecer un servicio adicional para aquellos estudiantes que pretenden abandonar el uso de alguna sustancia de abuso. El programa utiliza una variedad de intervenciones que ayudan a los estudiantes a, primeramente reducir el consumo de la sustancia y, finalmente, abandonar su uso.

CARES proporciona un encuadre terapéutico multidisciplinario, con un plan de tratamiento que incluye:

1. Terapia individual y familiar: Cada estudiante tiene asignado a un terapeuta individual y a un psiquiatra, que hacen un seguimiento con una frecuencia semanal y que se reúne regularmente con la familia. Los terapeutas ayudan al estudiante a concentrarse en el tratamiento con el propósito de que éste alcance los objetivos acordados en distintas esferas de la vida como lo son la emocional, la conductual, la académica, la familiar, y en el caso de los estudiantes con consumo de tóxicos, el abuso de sustancias. Adicionalmente, se ofrece al estudiante información y medidas preventivas frente a las ETS y los embarazos no deseados y con respecto al cese del hábito tabáquico. La idea es que se pactan con el propio estudiante unas metas a alcanzar durante el año académico que permanece en CARES y posteriormente

éstas se van monitorizando con una frecuencia semanal, solicitando al estudiante que realice registros y análisis sobre sus progresos en los componentes emocionales y conductuales trabajados. Dentro del abordaje individualizado que se realiza en CARES, una parte fundamental la constituyen las visitas domiciliarias, que se realizan con una frecuencia semestral, y en las que el terapeuta asignado al paciente se traslada a su domicilio para hacer una intervención familiar y socio-comunitaria, y evaluar el entorno en el que se está desarrollando el paciente. En el caso de los adolescentes con problemas de drogas, se realizan análisis de tóxicos en orina con una frecuencia semanal.

2. Terapias grupales: En este programa las terapias de grupo constituyen una parte fundamental del plan terapéutico, destinándose a ellas, como mínimo una hora diaria. El programa incluye diversos tipos de terapias grupales, entre los que destacan: la musicoterapia, terapia creativa y artística, la terapia verbal y de escritura, terapias sobre educación en salud, y la **Terapia Dialéctica Conductual (TDC)** siguiendo el modelo para el tratamiento de los Trastornos Límite de Personalidad de Marsha Linehan adaptado a población infanto-juvenil, siendo ésta última la que constituye el marco de referencia del abordaje terapéutico. También, se realizan intervenciones grupales específicas para los estudiantes del programa CAPA, destinados a, como ya se comentó previamente, disminuir el consumo de tóxicos, para finalmente mantener la abstinencia absoluta.

Como he señalado en párrafos anteriores, el programa CARES se asienta sobre los pilares teóricos del modelo de TDC de Marsha Linehan, adaptada a esta población específica, y que se ha visto eficaz a la hora del abordaje de adolescentes y pre-adolescentes que desean cambiar patrones de conducta peligrosos o auto-nocivos por otras respuestas más saludables al estrés. Los grupos están planteados en forma de ciclos con varias sesiones, en los que los estudiantes reciben la información teórica, y ponen en práctica, las cuatro habilidades básicas que plantea el modelo de la TDC, junto con una quinta habilidad específica añadida. Estas cinco habilidades son:

1. Las habilidades básicas de conciencia, que tienen el objetivo de que se incremente la toma de conciencia sobre los sentimientos y pensamientos que el individuo experimenta a lo largo del día.
2. Las habilidades de tolerancia al malestar, diseñadas para educar sobre cómo tolerar y manejar el estrés y las malas noticias o frustraciones.
3. Las habilidades de regulación de las emociones, que pretenden enseñar al individuo a reconocer y manejar pensamientos y sentimientos negativos y difíciles.
4. Las habilidades de efectividad interpersonal, que tienen el objetivo de mostrar al sujeto a entablar y mantener relaciones interpersonales que resulten positivas.
5. Caminar hacia la vía intermedia, que pretende enseñar al sujeto a que siempre hay más de una manera de enfocar y ver una situación, y a la hora de resolver un problema.

Los estudiantes además de asistir a las terapias grupales deben completar las tareas y registros diarios, del mismo modo en que se plantea en el modelo del TDC de M. Linehan. La duración del tratamiento es de 6 meses, tras lo cual, el estudiante se reúne a nivel individual con su terapeuta para hacer una recapitulación sobre los distintos aspectos abordados.

3. Psicofarmacología y manejo del tratamiento farmacológico: Todos los estudiantes del programa a los que se les prescribe un tratamiento psicofarmacológico coadyuvante como parte de su tratamiento integral, son seguidos por un psiquiatra, con el que se reúnen con una

periodicidad mensual. Aún así, los estudiantes tienen la posibilidad de hablar con su psiquiatra asignado con una mayor frecuencia en caso de no estar tolerando el tratamiento, llegando a un acuerdo entre ambos en caso de ser necesario realizar ajustes o modificaciones.

4. Enfoque académico/educativo: Los estudiantes asisten a clases diarias impartidas por profesores procedentes del Departamento de Educación. El marco que se plantea en este campo es uno en el que prevalece un régimen más flexible y tolerante con el alumnado, ya que se trata de estudiantes que acarrearán dificultades académicas importantes en ámbitos educativos regulares, de manera que a estos adolescentes se les permite abandonar el aula para hablar con sus terapeutas en caso de estar atravesando alguna dificultad que les interfiera con el transcurso normal de la clase, y aquellos estudiantes que son incapaces de seguir el contenido teórico-práctico impartido en las diferentes asignaturas tienen la posibilidad de ser monitorizados más estrechamente, y asignados a personal voluntario, que les ofrecen su ayuda a nivel individual.
5. Terapia “milieu” o del “entorno”: Cada día, al menos dos miembros del personal sanitario se encargan de monitorizar los espacios comunes. Estas personas a lo largo del día se encargan de realizar pequeños actos terapéuticos, de manera que pueden asesorar a los estudiantes que están atravesando alguna dificultad y abandonan temporalmente la clase, velan por el cumplimiento de las normas del centro y fomentan la puesta en práctica de las habilidades de efectividad interpersonal y tolerancia al malestar que se han ido adquiriendo en los grupos de terapia. En caso de que algún estudiante protagonice algún gesto inapropiado o incumpla las normas de convivencia del centro, este personal analiza junto con el estudiante su conducta, y en caso de ser necesario, impone algún “castigo” o envía al estudiante a casa.
6. Grupos comunitarios: Estos grupos también se realizan con una frecuencia diaria, y pretenden reunir a todos los estudiantes del centro, brindándoles un espacio para que puedan aprender cómo negociar problemas comunitarios de una manera efectiva. Tanto los estudiantes como los miembros del personal comparten la responsabilidad de trabajar y expresar diferentes opiniones de una manera segura y respetuosa. Además de los grupos comunitarios, el programa fomenta que cada estudiante pueda brindar al centro y a la comunidad sus puntos fuertes, con el fin de poder proporcionar soporte y ayuda a otros compañeros. Se espera que cada miembro de la comunidad lleve a cabo este rol de soporte de sus pares, y esto se demuestra con pequeños y grandes gestos, que incluyen desde la limpieza del centro después de que uno haya ensuciado alguno de los espacios comunes, a tener la capacidad de mantener una escucha activa cuando sea necesario. En este sentido, una de las tareas importantes que se promueve es la del “chores” (que incluyen ayudar a mantener limpio el centro, ayudar en la distribución de los paquetes de comida, etc.), que se asigna a cuatros estudiantes cada día.
7. Otras actividades: Además de lo dicho hasta ahora en CARES se realizan periódicamente registros aleatorios y específicos a los estudiantes del centro, con el fin de velar por la seguridad del resto de estudiantes y del personal, y asegurarse de que el paciente se está adhiriendo bien al tratamiento y cumpliendo con las normas del centro.

Asimismo, se hace un abordaje de tipo conductual, que implica refuerzos positivos y castigos. Los “castigos” están diseñados para aquellos estudiantes que pierden la perspectiva de por qué asisten a CARES. Incluyen:

- Periodo de prueba: los motivos por los que un estudiante puede ser puesto a prueba son: una asistencia al centro de menos del 80%, llegar tarde con frecuencia, saltarse clases o grupos de terapia, no dejarse hacer las analíticas de orina en el caso de los estudiantes con

consumo de drogas, fallar en la mayor parte de los objetivos acordados al inicio de la evaluación, abandonar las instalaciones del centro sin haber pedido permiso previamente o haber sido suspendido en varias ocasiones. En este caso el paciente es puesto a prueba por un periodo de un mes, y durante ese tiempo debe reunirse con su terapeuta para hacer un recordatorio de las conductas que deben ser mejoradas. También debe reunirse con todo el equipo terapéutico para explicar los motivos por los que quiere continuar en el programa y cuáles son las medidas que va a tomar para que no vuelva a dar motivo para ser puesto a prueba.

- Detenciones: se emplea con los estudiantes que se comportan de una manera disruptiva e irrespetuosa. Son periodos adicionales que el estudiante debe permanecer en el centro si ha cometido alguna infracción.

- Suspensión. Si estas conductas disruptivas persisten o la infracción de las normas del centro es muy seria se envía al estudiante a su domicilio. Posteriormente, el estudiante deberá reunirse con su terapeuta y con todo el equipo, para debatir los motivos de la suspensión y de qué forma va a evitar que estas suspensiones se produzcan en el futuro.

- Expulsión

Dentro de los refuerzos positivos se incluye:

- Sistemas de puntos: se dan punto a aquellos estudiantes que tienen puntualidad, y que presentan una conducta participativa y positiva. Estos puntos se canjean por vales regalo o tickets para ir al cine.

- Sistema de niveles: los estudiantes además participan en un sistema de niveles en función de su asistencia, conducta y participación en el programa. Existen 3 niveles: Nivel 1 (iniciación), que es donde se inician todos los estudiantes mientras se familiarizan con las normas del centro y superan el curso de motivación; Nivel 2 (liderazgo) que se alcanza cuando el estudiante ha asistido al menos al 80% del programa sin llegar impuntual con frecuencia y no ha sido suspendido en los 30 días previos, ha conseguido 20 puntos en el sistema de puntos, ha entregado las orinas para los análisis de tóxicos en el caso de estudiantes del programa CAPA y ha realizado las tareas comunitarias asignadas. Los estudiantes del nivel 2 tienen una serie de privilegios (metrobus gratuitos, poder ser portavoz en los grupos comunitarios, recibir dos “snacks” al día y pizza una vez por semana, videojuegos e instrumentos musicales, etc.). Nivel 3 (avanzado), que se logra cuando el estudiante ha permanecido de manera exitosa durante al menos dos meses en el nivel 2, tiene una asistencia de al menos el 90% del tiempo, es puntual, no ha sido suspendido, o ha tenido tóxicos negativos en orina durante 4 semanas consecutivas. Estos estudiantes además de los privilegios previamente comentados, tienen la opción de abandonar el centro a la hora del almuerzo.

También se fomenta la actividad docente y la formación de trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras de manera que se realizan sesiones clínicas con una frecuencia semanal, y hay un curso de formación en TDC ofertada por el centro.

Motivación para escoger esta rotación

El haber escogido una rotación de estas características ha sido debido a varias cosas. En primer lugar quería ampliar mi formación como psiquiatra en un grupo poblacional que me suscita especial interés, como lo es la población infanto-juvenil, centrándome en un problema específico, el consumo de drogas en esta franja de edad. A este respecto, la rotación me permitía completar mi rotación de infantil con el último recurso que me quedaba por conocer, después de haber estado en Unidad de Hospitalización y consultas

ambulatorias-interconsulta, como lo es el Hospital de Día. Además, a pesar de que nuestro servicio tiene una extensa experiencia en el campo de las adicciones y es lugar de referencia en la CAM e incluso a nivel nacional, no ofrece atención a población adolescente con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), y tenía interés en poder conocer cómo se aborda este problema en un país con más recursos y años de experiencia que el nuestro.

En segundo lugar, quería conocer de primera mano cómo funciona el modelo sanitario en EEUU, modelo que por lo general me ha despertado cierto recelo y curiosidad al mismo tiempo. Finalmente, quería entrar en contacto con las ramas de investigación que se llevan a cabo en el terreno de los TUS en población infanto-juvenil, y ver cómo se plantea el futuro en este campo.

Resumen de la rotación

Durante la rotación tuve la oportunidad de asistir como observadora a las distintas actividades que ofrecía el programa y que he descrito en detalle con anterioridad.

Participé de manera activa en las reuniones matutinas del equipo terapéutico, estuve presente en las evaluaciones individuales y seguimiento de los distintos estudiantes, tanto con los psiquiatras, como con los terapeutas individuales asignados. A este respecto, he tenido la oportunidad de ver el manejo farmacológico desde un enfoque anglosajón y que difiere en algunos aspectos de nuestro abordaje farmacológico.

En relación a los seguimientos realizados con el terapeuta del paciente he podido asistir a las visitas domiciliarias estivales, ayudando en las intervenciones de tipo familiar.

También pude ver las distintas modalidades de grupos terapéuticos, principalmente los grupos de TDC, de los que recibí información teórica y material bibliográfico con el que pude ampliar mis conocimientos y complementar lo que se me ofrecía en los grupos. En los “milieu” participé como miembro del personal en las intervenciones en crisis y psicoeducación y pude brindar apoyo a los estudiantes que estaban atravesando dificultades de índole tanto académica, como emocional o conductual.

Asistí a la docencia que se nos ofrecía y tuve acceso a conocer los proyectos de investigación que se estaban desarrollando en el programa y en colaboración con la Universidad de Columbia.

Valoración personal de la rotación

En general, la rotación me ha resultado muy aprovechable y mis expectativas para con ella fueron alcanzadas. Lo que más me llamó la atención cuando comencé en el programa, era el tipo de paciente que acudía al centro: adolescentes y pre-adolescentes, que en un 90% de los casos eran de origen latino (generalmente puertorriqueños o dominicanos), de segunda generación, en su mayor parte de un estrato socioeconómico bajo, y que se desenvolvían en un entorno muy marginal y procedían de familias muy desestructuradas y con una gran conflictiva intrafamiliar. El porcentaje de chicas abusadas, incluso por sus propios padres, hermanos o tíos, así como el de chicas que se quedaban embarazadas precozmente y de manera accidental, era considerable. Muchos de ellos estaban diagnosticados de TDAH, trastornos de conducta y rasgos límites de personalidad. La mayoría tenían tratamiento psicofarmacológico pautado, fundamentalmente en forma de psicoestimulantes y antipsicóticos. La comorbilidad con TUS era muy elevada, en su mayor parte consumían alcohol y cannabis, pero un no despreciable número de estudiantes consumía también con frecuencia cocaína e incluso alguno había experimentado ya con heroína. El rendimiento académico de estos adolescentes era bajísimo, con tasas muy altas de absentismo escolar y conductas disruptivas en los institutos que motivaban expulsiones de los centros regulares con frecuencia. La mayoría de ellos recibía asistencia desde los Servicios Sociales y alguno de ellos ya había sido detenido o internado en algún Centro de Menores. A pesar de todo, estos chicos en un régimen como el que ofrecía CARES, en el que se adoptaba una postura flexible, con un plan educativo adaptado al nivel de aprendizaje

del paciente, de apoyo y respeto mutuos, seguro, con intervención en momentos de crisis, realizando un abordaje multidisciplinar y multidimensional, lograban alcanzar unos objetivos a nivel académico importantes (de manera que muchos de ellos acababan incluso superando las pruebas de acceso a la Universidad) y se estabilizaban psicopatológicamente, reduciendo su nivel de malestar y estrés, sus comportamientos disruptivos, y conseguían que el funcionamiento intrafamiliar fuese más adaptativo y desarrollar unas habilidades sociales, y unas relaciones con sus pares y entorno, más saludables.

En cuanto a los adolescentes que consumían algún tipo de droga, también se veía como progresivamente iban adquiriendo una mayor conciencia de enfermedad, y desde un abordaje no culpabilizador ni presivo, iban reduciendo su consumo de tóxicos, logrando su abandono con cierta frecuencia. Además, se conseguía mantener un ambiente de respeto, apoyo, y solidaridad, a pesar de que muchos de los adolescentes que acudían al centro habían sufrido discriminación racial y pertenecían a bandas callejeras. También me resultó muy gratificante ver los módulos de la TDC, que era un tipo de abordaje para mí desconocido hasta ese momento, y ver como los pacientes aprendían una serie de herramientas que les resultaban provechosas no solo dentro del centro, sino también en su vida cotidiana. El hecho de que el terapeuta tuviese la oportunidad de poder acudir in situ a las viviendas de estos chicos, me pareció también muy positivo, ya que te permitía no solamente intervenir en el contexto sociofamiliar del paciente, sino también evaluar dicho entorno y contexto, realizando un plan terapéutico individualizado para cada paciente y buscando alcanzar unas metas realistas y ajustadas al mismo.

En resumen, era sorprendente ver como adolescentes hasta ese momento problemáticos, casi desahuciados para la sociedad, que de otra manera habrían acabado viviendo en la marginalidad y en la delincuencia, en un ambiente educativo y terapéutico comprensivo y adaptado a sus necesidades, conseguían retomar las riendas de su vida y llevar una vida más saludable y normalizada. Esto es lo que me he traído de vuelta y con lo que fantaseo, algún día se podrá aplicar en nuestro entorno.

Dra. Marta Marín Mayor

Médico psiquiatra

5. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁸

* **“Brújula para médicos noveles”** (José Luis Agud). En pocos días me llegaron por varias fuentes (M^a Jesús Muñoz, Daniel Ballesteros, una amiga psiquiatra de fuera de Madrid) buenas críticas sobre este artículo del Dr. Agud, internista del Severo Ochoa publicado recientemente en la Revista Clínica Española. Con el boca a boca con el que un amigo nos descubre una buena novela mucho antes de que la vendan masivamente los grandes almacenes o hagan una película sobre ella, como ocurrió con “Los girasoles ciegos” de Alberto Méndez: *“tienes que leer este artículo, te va a gustar”*. Y acertaron: lectura “imprescindible” para nuestros jóvenes colegas que ahora comienzan sus rotaciones por Medicina Interna o Neurología (ya está incluido en nuestra **Guía de Acogida al MIR de Psiquiatría**)... y recomendable para todos aquellos que, aunque ya no palpemos abdómenes ni auscultemos con el fonendo, trabajamos con esos instrumentos tan

⁸ En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una “agenda de Congresos”: *tal curso o congreso suele ser interesante, o no, por tal motivo, tal conferencia...*

médicos como son la palabra y la silla, el buen uso del tiempo y del espacio para crear un clima de acogida y escucha a los pacientes a los que tratamos de ayudar... incluso a pesar del HP-HIS.

*Santiago Vega
CSM Usera*

En: <http://mapa4.liveyeah.info/files/Brújula%20para%20médicos%20noveles.pdf>

6. FORMACION CONTINUADA EN PILDORAS

- **Nuevas opciones terapéuticas en los trastornos del movimiento asociados al uso prolongado de antipsióticos y Síndrome de Tourette** (Madrid, 4 Mayo 2010). A propósito de una charla del Dr. Luis Agüera y la Dra. Mara Parellada sobre TETRABENAZINA, primer fármaco aprobado en España para los trastornos del movimiento de la Enfermedad de Huntington (EH)

El mejor perfil de tolerabilidad de los nuevos antipsicóticos ha contribuido a desestigmatizar parcialmente a las personas que los toman, lo cual a su vez ha permitido que el valioso y prolongado trabajo de rehabilitación psicosocial sea facilitado en parte. La realidad de la Discinesia Tardía, sin embargo, sigue siendo un riesgo real en los tiempos actuales a pesar de su menor incidencia anual de aparición con atípicos (3.9) en relación con los clásicos (5.5). Preocupado en relación con la aparición de una llamativa DT en una compleja paciente nuestra que sólo tras un largo trabajo en diversos dispositivos de la red empezaba a poder mejorar, nos llega información sobre la aprobación en España, con nombre comercial de superhéroe, de la Tetrabenazina (TBZ).

En las charlas mencionadas se revisó la clínica de los trastornos del movimiento asociados al uso prolongado de antipsicóticos y del Síndrome de Tourette, así como las medidas preventivas y las posibilidades de actuación una vez que aparecen dichos trastornos.

Se repasó específicamente la Tetrabenazina como primer deplector selectivo de las monoaminas centrales que actúa a través de su unión reversible al transportador vesicular de monoaminas (VMAT2) aprobado en nuestro país para EH y parece ser que en pocos meses para DT y ST. En diversos vídeos clínicos disponibles en la red observamos la relativa rapidez de acción (3-4 semanas) y la mejora en la calidad de vida de estos pacientes cuando el fármaco es efectivo. En la bibliografía adjunta podemos actualizarnos al respecto. En el debate posterior se comentó la recomendación de usar TBZ junto al antipsicótico atípico (cuando es preciso mantener un antipsicótico) ya que no podemos esperar de la TBZ efectividad antipsicótica *per se* junto a su efecto específico sobre el trastorno del movimiento (ojo: vigilar deplección dopaminérgica excesiva al combinarlos). En las últimas semanas he podido apreciar una cierta mejoría en 2 pacientes a los que el neurólogo había pautado este fármaco por otros trastornos del movimiento. Parece que TBZ

puede tener un lugar en la clínica y que nosotros como psiquiatras debemos estar al tanto de esta novedad comercial (no clínica, ya que en otros países ya se utilizaba) en nuestro medio.

Para ampliación bibliográfica:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18332662> (DT y atípicos)
- <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neuroweb428.htm> (TBZ y ETourette)
- [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1474-4422\(09\)70183-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1474-4422(09)70183-8/abstract) (Tratº movimientos hiperquinéticos)
- Una buena revisión en español sobre TBZ, en el último número de *Psicogeriatría*: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0003_0014.pdf

Santiago Vega
CSM Usera

7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁹

- **Libro:** Jiménez-Arriero MA y Rubio G: **Avances en Adicciones: claves para comprender los nuevos retos asistenciales.** EUROMEDICE Ediciones Médicas. Badalona, 2010 (*distribuye Almirall*)
- **Capítulo de libro:** Verdura E, Ballesteros D, del Peso D y Hurtado M. **Ansiedad por separación en el adulto, a propósito de un caso.** En: **Libro de Casos de Residentes de Psiquiatría.** GSK Ediciones
- **Capítulo de Libro:** Chamorro J y Rubio G. **El trastorno por déficit de atención del adulto y la capacidad de mimetizar otras patologías.** En : Arias F y Ramos JA. **Casos clínicos en Psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis.** SEIC - Dpto. Bioquímica Fac. Medicina UCM. Reprografía digital y Servicios CEMA S.L. (2009) Cap. 7: 59-64 (En: <http://www.ucm.es/info/seic-web/documentos/libros/casosclnicosenpsiquiatria.pdf>)
- **Capítulo de libro:** Angora R. **Trastorno Depresivo Mayor en paciente con Retraso Mental Moderado.** En: **Libro de Casos de Residentes de Psiquiatría.** GSK Ediciones
- **Capítulo de libro:** Angora R. **Acción humanitaria.** En: **Médicos del Mundo, Prosalus y Medicus Mundi. Informe 2008 de la Cooperación Española en Salud**

⁹ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario* nuestra producción científica. **Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros.** Eso no es delación... ¡¡Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo "para aumentar el C.V."!!

- Artículo: Rodríguez-Jiménez R, Bagney A, Martínez-Gras I y PARG. **Executive function in schizophrenia: influence of substance use disorder history.** Schizophrenia Research 118 (2010) 34-40
- Artículo: Ramos J. **La histeria fundadora del psicoanálisis: ¿clave para un desencuentro con la psiquiatría y la medicina?** Revista del CPM (2010) 20 http://centropsicoanaliticomadrid.com/revista/20/art_1.html
- Artículo: Guerra LM, Palma R, Navío M y Agüera LF. **Negativa a recibir tratamiento: una situación difícil que requiere una valoración multidimensional.** Psicogeriatría (2010) 2, 1: 53-56
- Artículo: Barrera R, Arranz H, León M, Del Peso D, Navío M y Agüera LF. **Déficit agudo de tiamina: una causa infrecuente de depresión, apatía y deterioro cognitivo de instauración rápida.** Psicogeriatría (2010) 2, 2: 125-127
- Artículo: Ballesteros D. **De la *rete nervosa diffusa* al triunvirato de la célula nodriza.** Prólogo del anexo **Juegos de sinapsis.** Despalabro (2010) IV (*revista de la UAM*: <http://www.despalabro.com/main.html>)
- Artículo: Codesal R, Lucas M y Agüera LF. **Combinación de antidepresivos: un recurso eficaz en pacientes con respuesta parcial en el hospital general.** Psicotropías (2010) 9: 2-4.
- Artículo revista electrónica: Lucas M, Codesal R, Agüera LF. **Depresión y deterioro cognitivo** (www.asociacionantidepresivos.es)

Por favor, mandad las citas bibliográficas correctamente referenciadas, según las Normas de Vancouver para publicación de trabajos científicos <http://www.upch.edu.pe/vrinve/doc/nvanco.htm> , lo cual posibilita su consulta por parte de los colegas que lo deseen para su propia formación continuada y/o como material docente que utilizamos con nuestros alumnos... ¡¡ y perded la vergüenza en comunicar vuestras publicaciones de calidad !! ;-) 😊

- **Proyecto Salud Mental Para Todos**



El pasado enero comenzó su andadura el proyecto **"Salud Mental Para Todos"** que dimos a conocer aprovechando la celebración de la I Jornada de Psiquiatría Intercultural.

El objetivo de este proyecto es la colaboración internacional en Salud Mental, mediante la participación de profesionales que se van a desplazar a diversos países, pero también la formación y la investigación en psiquiatría transcultural.

Ayudamos a organizar rotaciones externas por hospitales especializados en Salud Mental, vinculados a San Juan de Dios, que se encuentran principalmente en países de Latinoamérica y África. Las rotaciones tienen una duración de entre dos y cuatro meses. Previamente, damos formación gratuita en psiquiatría transcultural a los colaboradores.

Además, todos los psiquiatras participantes pueden tomar parte en un trabajo de investigación coordinado por el Dr. Luis Caballero, un reconocido experto en el tema. Se trata de un proyecto que aúna cooperación internacional, formación e investigación.

Para ello han unido sus fuerzas dos reconocidas instituciones: por una parte la Fundación Juan Ciudad, a través de Juan Ciudad ONGD, por otra San Juan de Dios Salud Mental Madrid, complejo sanitario que engloba a dos de los centros especializados con más recorrido en nuestro país: el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos y la Clínica Nuestra Señora de la Paz. Nosotros corremos, entre otros, con los gastos de alojamiento y manutención, así como con todas las vicisitudes legales, convalidación de títulos, contactos con embajadas, etc.

Me pongo en contacto contigo por si puede ser de interés para los residentes de tu centro, y si lo consideras así te rogaría que les trasmitas la información. Te envío como archivos adjuntos información detallada del proyecto, pero para cualquier otra información que necesites, puedes ponerte en contacto conmigo directamente o entrar en nuestra web

www.saludmentalparatodos.org.

Aunque nuestro contacto contigo es referente al interés que puedan tener los residentes a los que tutorizas, el proyecto está abierto a todos los psiquiatras que estén interesados, pero también a otros profesionales de la salud mental.

Muchas gracias por tu atención, esperamos que este proyecto pueda ser de tu interés. Un saludo,

Dr. Diego Urgelés Puértolas
diego.urgeles@sjd.es

Coordinador Médico Clínica Ntra. Sra. de La Paz
Responsable del Proyecto "Salud Mental Para Todos"
Tlf. 91 415 60 00

Reunión informativa: ¡Empezamos ya! El día de 10 junio a las 18:00 tendremos una reunión informativa en la Clínica Ntra. Sra. de La Paz (C/ López de Hoyos 259, Madrid) con aquellas personas que estáis interesadas en tomar parte en este proyecto, que va a iniciarse en el Centro de Reposo San Juan de Dios, en Piura (Perú) durante el mes de octubre de este año 2010. Para una mejor organización, os pedimos que nos confirméis vuestra asistencia a: saludmentalparatodos@juanciudad.org

8. SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 8.30 - 9.30 h.) ¹⁰

JUNIO

2	HOSPITAL DIA LA PRADERA	Medicina Comunitaria
9	INFANCIA Y ADOLESCENCIA CARABANCHEL GUAYABA	Medicina Comunitaria
16	VILLAVERDE	Medicina Comunitaria
23	INTERVENCION PSICOSOCIAL TRAS EL TERREMOTO DE HAITI Dr. Ricardo Angora	Medicina Comunitaria
30	UHB 12 OCTUBRE	Medicina Comunitaria

¹⁰ Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

CRONICAS DE FRANCIA**2º parte****Justo Díez.**

CSM Carabanchel-Guayaba

jdiezmartin@gmail.com**RUTINA DEL PSIQUIATRA CLINICO
Y PINCELADA SOBRE LA INTERMINABLE CRISIS DE LA POLITICA FRANCESA DE
"SECTOR"**

En materia de salud mental, las consideraciones psiquiátricas o psicopatológicas se articulan estrechamente con los textos legales. La psiquiatría funda, en parte, su especificidad sobre esta interpenetración médico-jurídica" ¹²

Monsieur CHETTOUH: 19 años, 1,85 m, 95 kg, soltero, vive con su familia de origen argelino, versión HARKI ¹³, en un barrio desfavorecido de la periferia de Niza. Abandonó su escolarización a los 13 años y carece de experiencia laboral en un medio normal. MC: es su segundo ingreso en "Hospitalisation d'Office" (HO) por un síndrome psicótico ligado a un consumo importante de diversos tóxicos, principalmente cannabis (hasta 30 "joints" porros/día). EA: se ha mostrado nervioso, excitable, hiperactivo y agresivo (ha destruido mobiliario urbano), profiriendo insultos y amenazas contra el alcalde de su distrito. El psiquiatra que le examina en comisaría establece en su certificado una conducta agitada y violenta de base alucinatoria y delirante de perjuicio y persecución con grave repercusión emocional, por lo que recomienda el ingreso en psiquiatría. Tras dos meses de ingreso en agudos, bajo tratamiento NLP y alejado del consumo de tóxicos, *Monsieur CHETTOUH* ¹⁴ apenas manifiesta síntomas positivos o negativos; suele tener un contacto afectivo y más bien pueril en sus relaciones con los cuidadores, mostrándose espontáneamente activo y con una conducta bien organizada, tendente a metas adecuadas. Expresa una crítica parcial sobre sus excesos con las drogas, de las cuales abusa desde los 12 ó 13 años, le cuesta atribuir a éstas un papel determinante en la evolución de su enfermedad. El equipo de cuidadores constata una remisión sintomática prácticamente total así como una excelente recuperación funcional, como en el anterior y primer episodio psicótico conocido. El mismo psiquiatra que le atiende en agudos junto con una enfermera y una trabajadora social hará su seguimiento ambulatorio, tras el alta, en una antena del servicio que permanece abierta un día por semana. *Monsieur CHETTOUH* tendrá entrevistas semanales o quincenales, en un lugar próximo a su domicilio con los tres-cuatro (a veces, se añade 1 psicólogo) miembros del equipo. Su madre acude a menudo a la consulta, afirma que el paciente toma correctamente el tratamiento, minimiza sus comportamientos agresivos y su consumo de tóxicos, expresando sobre todo preocupación en lo referente a que *Monsieur* no tiene trabajo ni formación y carece de ingresos económicos: en este sentido, "mi hijo no es normal", refiere.

¹¹ Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

¹² Los párrafos en cursiva están sacados del libro "Psychiatrie Légale" de Yves TYRODE y Thierry ALBERNE. Ellipses, Paris 1995.

¹³ HARKI ver: <http://es.wikipedia.org/wiki/Harki> y <http://www.tuquesabes.es/index.php/francia-y-el-genocidio-harkis.html>

¹⁴ Chettouh es el nombre imaginario de un paciente real que comienza con un mal ajuste premórbido concretado en un fracaso escolar, continúa con el abuso/dependencia precoz de sustancias y termina desarrollando varios episodios psicóticos inducidos por el consumo de las mismas al final de la adolescencia, desembocando finalmente en una esquizofrenia procesual deteriorante y dual.

"Art 1º de la **Ley 75-534 de 30 de junio de 1975** de orientación en favor de las personas minusválidas: la prevención y el despistaje de las minusvalías, los cuidados, la educación, la formación y la orientación profesional, el empleo, la garantía de un mínimo de recursos, la integración social y el acceso a los deportes y actividades de ocio del menor y del adulto minusválido físico, sensorial o mental constituyen una obligación nacional". La trabajadora social propone que, dado que el paciente está a punto de cumplir los 20 años, el psiquiatra podría solicitar una minusvalía con prestación económica asociada (*Allocation aux Adultes Handicapés*= 681,63 €/mes) (AAH). La reticencia del psiquiatra a hablar de minusvalía, dada la ausencia aún de un diagnóstico de enfermedad deteriorante o discapacitante y sin que tampoco se advierta en el paciente ni mucho menos una escasa dotación intelectual, excitan la capacidad de persuasión de la trabajadora social. - *Poco importa, docteur, que su diagnóstico sea provisional o concluyente: ¡hay minusvalía! Si usted rellena el certificado, ya verá cómo se la conceden...*

"Trabajador minusválido: toda persona cuyas posibilidades de obtener o de conservar un empleo sean efectivamente reducidas a consecuencia de una disminución de las capacidades físicas y mentales"... "El psiquiatra está abocado (por la función social que él ha aceptado, que le procura los ingresos necesarios para su propio consumo) a ejercer el papel de "detector de desviaciones psicosociales..."

En Francia, por múltiples y muy diversas razones, el recurso a la etiqueta de minusválido mental o psíquico resulta de mejor tono que la (des)calificación del sujeto como enfermo mental, tanto para las familias ¹⁵ como para los pacientes; consecuentemente, el uso social del término "handicapé" y de su correspondiente "salario asistencial" (AAH) se ha ido generalizando hasta constituir la regla. Paralelamente, la enfermedad mental grave no se dice o ha sido relegada a un "non-dit" (no-dicho: silenciado) en la relación entre el sujeto y sus cuidadores, sean éstos familiares o profesionales. El enfermo mental, tradicionalmente, es crónico e incurable (asilar, estigmatizado); en el minusválido el déficit es rehabilitable y reinsertable en el seno de la comunidad, por lo que se dice mejor minusvalía que enfermedad mental. Durante los años 60 y 70 la polémica adquirió cierta intensidad para, finalmente, prevalecer el interés defendido por las familias ³ y una parte minoritaria de los psiquiatras en favor de la acentuación de los aspectos deficitarios, relegando (ocultando) a un segundo plano la enfermedad mental, asociada como seguía ésta a vergüenza y estigma. La Ley de 1975, en favor de los "handicapés" se debatió y aprobó sin que la comunidad psiquiátrica prestara mucha atención, distraída como estaba por entonces en expandir la buena nueva del "sector"; o sea, la idea de prevenir, tratar y rehabilitar la enfermedad mental en el seno de la comunidad, llevando a cabo dicha tarea mediante una institución netamente sanitaria. La polémica tenaz, persistente y aún habitual entre lo sanitario y lo social a veces evoca o parece análoga a la ancestral disputa ganadero/granjero. Recuerde el lector la versión cinematográfica de *al Este del río Pecos*... A ver si me entiendes: todo depende de cómo se regule el caudal presupuestario.

"El recurso al término minusválido puede ser un modo de escapar a la designación de un ser querido como enfermo... lo que también le permite escapar al proceso terapéutico centrado en el cambio, factor de desequilibrio para el grupo." Responde la psiquiatría de forma algo tardía...

Semana tras semana, la trabajadora social prepara sus informes apoyándose en los datos de las entrevistas con el paciente, su madre y algunas de sus hermanas. Los *CHETTOUH* resultan ser una familia disfuncional; ambos padres han estado siempre distanciados afectivamente tras el desarraigo, al finalizar la guerra de independencia de Argelia (1962). El padre ha estado volcado en enviar dinero a su familia de origen, que sigue ubicada en el pueblo "bled", mientras que la madre se ha concentrado en organizar el futuro de sus hijos en Francia. Tienen 7 hijos, el paciente es el menor, ni los padres ni ninguno de los hermanos presenta antecedentes psicopatológicos, 4 son mujeres, 3 de ellas trabajan en el Ayuntamiento ("lógico, somos

¹⁵ No se puede pasar por alto que una de estas familias fuera la de Valéry Giscard d'Estaing, por entonces casualmente Presidente de la República.

HARKI”), los varones carecen de cualificación profesional y tienen trabajos precarios, necesitando frecuentemente el apoyo económico de su madre que se multiplica haciendo servicios de limpieza. El padre, obrero de la construcción en situación de minusvalía por lesión de columna, nunca acude a la consulta, y nadie parece contar con él. La trabajadora social concluye que, de concedérsele al paciente la AAH, el psiquiatra debería informar al fiscal de la necesidad de instaurar una medida de protección al mayor incapaz, bajo la forma, por ejemplo, de “*tutela de prestaciones sociales*”, pues, de lo contrario, una gran parte de la pensión podría ser destinada a cubrir otras necesidades familiares quizá más perentorias. El psiquiatra confiesa sentirse algo confuso con todo este proceso y se niega, por el momento. – Quizá deba añadir que según la **Ley 68-5** de 3 de enero de **1968**, que reforma el derecho de los mayores incapaces, [*la tutela de prestaciones sociales no reduce los derechos cívicos ni civiles del mayor protegido ante el abuso económico, considerado como posible, de algún pariente próximo o su propia prodigalidad, inmoderación u ociosidad*]; por si le ayuda en su reflexión, *docteur*, dijo la trabajadora social.

Monsieur CHETTOUH lleva una vida ociosa, liderando una pequeña banda de barrio que realiza tráfico de drogas al detalle, principalmente de cannabis. Mantiene a menudo comportamientos y actitudes procaces y sexualmente desinhibidas, frecuentemente dirigidos a las jóvenes de origen francés, por lo cual ha sido denunciado reiteradas veces a la policía. En ocasiones, se dirige a las oficinas del Ayuntamiento, donde trabajan 3 de sus hermanas, solicita/exige un empleo. Ante el rechazo y la contrariedad, tiende a reaccionar de forma agresiva, gritando, insultando y rompiendo algún objeto o algún cristal, lo que produce cierto estado de terror permanente entre los empleados municipales. Se ha dado el caso de que el paciente pase a primera hora por la consulta, constatando nosotros un comportamiento más bien correcto y adecuado, para, al final de la mañana, recibir una llamada del Ayuntamiento relatando algún hecho violento ocurrido en sus dependencias y protagonizado por el mismo sujeto. Otras veces, hemos comprobado directamente los signos exteriores de su estado de intoxicación por cannabis, así como una actitud cuasi perpleja, claramente desconfiada y hostil asociada a un comportamiento hiperactivo y excitable en un paciente nuevamente en posición delirante y a la defensiva. En general, durante las entrevistas, *Monsieur CHETTOUH* afirma querer trabajar y reitera su deseo de tener una mujer y una familia propias, no tiene una idea clara de a qué quiere dedicarse en la vida ni de cómo alcanzarlo, no parece que tenga modelos de conducta a seguir, al menos entre sus hermanos varones. También se interesa por la cuantía de nuestros sueldos de empleados públicos, que no parecen ser muy de su agrado.

La principal aportación de la política psiquiátrica francesa de sector (o comunitaria) consiste en garantizar la **continuidad asistencial** entre la hospitalización y el domicilio o el medio habitual del paciente, a fin de que **los mismos profesionales** sigan el caso el tiempo suficiente para comprender mejor la historia personal del sujeto y de su entorno próximo. Lo que permite diseñar las intervenciones en función de las necesidades clínicas, psicológicas y sociales detectadas sobre el terreno, no limitándose a la mera intervención sobre el simple síntoma clínico (*quelle horreur!*).

La definición del sector psiquiátrico,

su contenido ideológico,

en dos párrafos:

“...Es, además, un instrumento funcional que hace que un mismo equipo pluridisciplinar se haga cargo de la prevención, la asistencia clínica y la reinserción, con una identidad sanitaria, permitiendo la articulación entre lo intra-hospitalario y lo extra-hospitalario, expresando así la noción fundamental de

continuidad de cuidados,

“traducción administrativa de la noción de transferencia...”

Lo habitual es que al paciente psicótico, tras los primeros contactos con la psiquiatría pública de sector, se le conceda una AAH y que el juez decida alguna medida de protección al mayor incapaz. La afirmación de la enfermedad resulta menos importante que la concesión de la minusvalía (contando con la connivencia del paciente y de su familia), como también el afán de precisión en el diagnóstico clínico pasa a un segundo plano respecto del análisis funcional de capacidades y necesidades de cara a la rehabilitación y a la reinserción. Las reuniones de equipo (*réunion de synthèse*) analizan los casos en diferentes niveles, siguiendo el patrón bio-psico-social-antropológico-espiritual y, más que inspirarse en (o emplear) términos dicotómicos, abordan la complejidad del sujeto por capas superpuestas que hay que "*décortiquer*" (proceder a levantar cortezas sucesivas). Las reuniones suelen ser muy interesantes y, a veces, se invierte más tiempo en ellas elaborando en grupo "*la question du sens*" (creo que no se aleja tanto de la noción anglosajona de "*recovery*"¹⁶), que en los propios usuarios...

... política de salud mental que promueve la
desinstitucionalización progresiva, así como una dinámica
generalista, psicodinámica, no discriminante y holística del sujeto,
oponiéndose, así, a una segmentación de la actividad y a una toma a cargo
del paciente centrada en sus síntomas.
Por su opción generalista, de hecho **un instrumento "bon à tout faire"**
(el sector sirve para todo), refuta,
lógicamente, la jerarquización de la asistencia
(las unidades inter-sectoriales de referencia
quedan excluidas como una opción inadecuada)¹⁶.

Cuatro años después, *Monsieur CHETTOUH* ha tenido una media de 3 ingresos involuntarios/año y ha estado hospitalizado en HO una media de 4-5 meses/año. Casi cada vez que le damos el alta, en *HO-sortie d'essai* (con obligación de cuidados en el CSM, a cargo del mismo equipo hospitalario), el alcalde sugiere que *Monsieur* no debería salir aún, que no está suficientemente estabilizado. La verdad es que el paciente y/o su patología se empeñan en darle la razón al alcalde mediante el ingreso siguiente y el otro y uno más... Sucesivas *réunions de synthèse* terminan por subrayar que el caso se ha instalado definitivamente en la cronicidad: patrón conductual rígido y repetitivo que conduce al eterno retorno de lo idéntico y resiste a múltiples intentos de tratamiento y reinserción social. Se han sucedido los fracasos en la inclusión de *Monsieur* en los planes de empleo con apoyo con la ayuda de la municipalidad, en la adherencia de *Monsieur* al hospital de día, en su asistencia a un taller terapéutico, así como en su derivación a un apartamento terapéutico... El paciente, en cambio, progresa en el consumo abusivo de drogas, en su defecto psicótico, en sus demandas y maneras tiránicas respecto de su familia, primero, y, luego, de los sucesivos tutores (ya van 4 tutores dimitidos, superados por los comportamientos violentos de *Monsieur*), en su actitud proyectiva y reivindicativa respecto de las instituciones, en sus comportamientos agresivos y sociopáticos respecto de sus vecinos: - "*il fait le petit caïd*" (se conduce como un pequeño alcalde, "caïd", en árabe) autoritario, impulsivo y caprichoso.

Las *réunions de synthèse* sobre *Monsieur* duran cada vez más; el equipo se irrita, se excita, se divide, proyecta culpas en algunos de sus miembros, se reconcilia, hace/no-hace el duelo, asume/no-asume la cronicidad: es un fracaso del equipo; no, es la patología de *Monsieur*; no, es la falta de distancia; menos mal que no somos racistas... Los más viejos del equipo no abandonan su actitud ambivalente de siempre, lo que más se contagia/transfiere en el contacto con las psicosis. Con el tiempo, ha ido produciéndose una falta de distancia, una suerte de hacinamiento telefónico, entre el paciente, el equipo, la familia, los diversos tutores, los servicios sociales, la alcaldía, la policía, la secretaría de *Monsieur le Préfet*, etc. A base de contactos cuasi semanales entre los unos y los otros, durante 4 años, hablamos ya de nuestras cosas, al tiempo que

¹⁶ Eric GRAINDORGE. Pluriels, n°42-43/Mars-Avril 2004

evocamos el nombre de *Monsieur* con expresión de fatalidad: hemos sido engullidos por la cronicidad, carecemos de proyecto y de meta.

El verdadero alcalde de *Monsieur CHETTOUH* parece no querer comprender que la cronicidad propia del asilo hace muchos años que se maneja mediante la alternancia del sujeto enfermo entre la hospitalización forzosa y el seguimiento ambulatorio, con obligación de cuidados en su lugar de residencia, donde únicamente pueden implementarse prácticas de reinserción social. Que la antigua psicoterapia institucional (sólo intramuros) anterior a la aparición del sector ya apenas existe. Hoy, lo que prevalece es la continuidad asistencial instaurada a partir de la circular de 1960: "*La sectorización psiquiátrica consiste esencialmente en dividir la provincia en un cierto número de sectores geográficos, en el interior de los cuales **el mismo equipo médico-social** deberá garantizar, **para todos los enfermos, la continuidad** indispensable entre la detección, el tratamiento sin hospitalización cuando es posible, los cuidados mediante la hospitalización y la vigilancia de post-cura* (Circular de 15/03/1960). La circular estimula, apoya y autoriza, pero no impone por no tener rango de ley. Así, en los 60, se desarrolla una panoplia bastante heterogénea de sectores con un grado variable de intensidad en el desarrollo de los recursos comunitarios. La movilización del personal desde el hospital psiquiátrico (cerrando camas) hacia la comunidad va topándose, según y cuando, con la desigual resistencia al cambio de sindicatos y de jefes de servicio ¹⁷, principalmente. Actualmente, sólo un 30%-40% de los sectores tienen alojadas sus camas en hospitales generales y atienden las urgencias y la psiquiatría de enlace sin problemas. Más de 20 años después vendrá la Ley de 1985, que por fin regula adecuadamente el "sector" y, además, lo introduce en la reforma hospitalaria (general), cambiando drásticamente la financiación de la salud mental, que pasa a depender de la Seguridad Social, en el marco de la "dotación global", obligatoria para todo hijo de vecino, que se dice en castizo ¹⁸.

La política de sector, en nombre de la sacrosanta continuidad de cuidados, "*traducción administrativa de la noción de transferencia*", **siempre ha conllevado la mezcla de pacientes en estancia breve, media o larga en las mismas unidades de hospitalización**. La(s) unidad(es) de hospitalización de cada sector deben hacerse cargo de absolutamente toda la patología mental de su demarcación, desde el adulto autista con graves trastornos del comportamiento, hasta el intento autolítico del TLP descompensado. Lo que lleva a reunir en las unidades de internamiento, no sólo diferentes pacientes, sino muy diferentes tipos de procesos terapéuticos. Se comprende que dichas unidades, en general no especializadas en media o larga estancia (pues no son los procesos clínicos predominantes), tiendan a desviar hacia la comunidad y a confiar a los dispositivos de reinserción a ciertos pacientes psicóticos, incluso en el modo del seguimiento ambulatorio obligatorio basado en el CSM. Para, de esta forma, poder acoger en mejores condiciones a los pacientes depresivos, por ejemplo. Aunque tampoco puedan evitar los cada vez más frecuentes trastornos de personalidad (cluster B) en situación de descompensación y/o desamparo psicosocial. Desde hace más de 30 años, se habla de políticas inter-sectoriales tendentes a que diversos sectores aúnen sus poblaciones para que sea factible reclutar subtipos de pacientes en cantidad suficiente como para que puedan ser ingresados en unidades específicas inter-sectoriales. Nadie discute el principio, pero la práctica del mismo, aparentemente, choca con el poder de los jefes de servicio, su renta de situación y su reticencia a compartirla. Además, la principal base ideológica del sector (i.e. la continuidad asistencial) constituye un argumento en contra fácil de esgrimir y un freno eficaz para la

¹⁷ 1 sector cada aproximadamente 70 000 habitantes, equipado, de media, con 3 camas por 1000 habitantes – 210 camas por sector- unos 100-150 trabajadores y 1 jefe servicio.

¹⁸ En 1985 aparece el control presupuestario (su instrumento, la dotación global) y comienza la integración de la psiquiatría-salud mental en la atención especializada general. Anteriormente, en los tiempos felices de la Circular de 1960, la psiquiatría vivía en un mundo aparte, dotándose generosamente de todo lo que pedía (corrían aún los 30 gloriosos de la economía francesa), sin control ni evaluación médico-económicos basados en la evidencia. En aquella época algunos colegas aprendieron a no-saber confeccionar un CV: - "nos comimos *le pain blanc* (toda la miga del pan), ahora sólo queda la corteza". Ahora, todos estatutarios; ¿y "el otro"?, preguntarán algunos. Ya no está, hace tiempo que se jubiló.

evolución en el sentido de la inter-sectorialidad. En efecto, dicha evolución, no sólo segmentaría la actividad asistencial, sino que además centraría la ¹⁹atención en el síntoma (recordemos que para los más *attachés* –vinculados- a **la idea** de “sector” esto rozaría el sacrilegio *et l'horreur!* -iy el horror!-), generando el movimiento profesional consiguiente de *levée de boucliers* (levantamiento de escudos: modo de autoprotección en ataque que usaban las legiones romanas cuando romanizaban la aldea gala). La hospitalización de la patología infanto-juvenil, de las toxicomanías y del alcoholismo constituye, hasta hoy, la única excepción inter-sectorial a la regla del sector generalista, holístico y “*bon à tout faire*”.

Hay que añadir que la solidaridad entre jefes suele ser importante y, a veces, los sectores intercambian pacientes especialmente difíciles, mediante el procedimiento denominado “***séjour de rupture thérapeutique***” o “estancia de ruptura terapéutica”, como fue el caso de *Monsieur CHETTOUH*. La extenuación del equipo frente la cronicidad, combinada con el fracaso reiterado en los intentos de reinserción, puede alcanzar niveles tan extremadamente tóxicos que se requieren soluciones de “apaño” y alivio auténticamente terapéuticos. El recurso al eufemismo “estancia de ruptura terapéutica” constituye quizá el mejor marcador de una situación de “*rien ne va plus, mes chers collègues!*”, un tanto patética. O la mejor expresión, tipo lapsus, de la necesidad de romper, en algunos casos, el nivel brutal de intensidad que algunas veces puede alcanzar la práctica (ocasionalmente, un tanto integrista) de la continuidad asistencial, que le es asignada al sector de forma “*un petit peu trop*” ... (un poco pequeño demasiado ...) ideológica y en condiciones ciertamente inasumibles de solapamiento de procesos clínicos de recorrido diverso.

Algunas cifras sacadas del último plan nacional de salud mental (2005-2008) y 3 comentarios, para terminar ²⁰:

La **población hospitalizada** durante un periodo **superior a 1 año**, en Francia = **26%** de la total en corte transversal, habiendo descendido un 29% entre 1991 y 1997, manteniéndose estable desde entonces y cohabitando con el resto de pacientes en unidades psiquiátricas generales .

[1º **Comentario:** esta cifra del **26%** es interesante, pues permite proyectar las necesidades de camas en UME/ULE partiendo de una situación registro real, espontáneo y concreto, siempre que sean felizmente superados o removidos los frenos a la inter-sectorialidad. La cifra también da una indicación de la sobrecarga familiar o social soportada en países o regiones donde apenas existen recursos en UME/ULE y, además o para más inri, la estancia media en UHB es de 21 días]

[2º **Comentario:** sin embargo, siguen ganando los granjeros o el “sector” estaría empezando a llorar la pérdida de su responsabilidad exclusiva y total sobre sus pacientes más enfermos, precisamente una buena parte o la totalidad de ese **26%**. Porque, según parece, *il est déjà trop tard*. (es demasiado tarde); en 2005, el parlamento francés votó la ley en favor del reconocimiento específico del minusválido psíquico (uno de los últimos empeños de CHIRAC) ²¹ . En Francia, el minusválido intelectual (RM) venía denominándose “handicapé mental”, hasta **2005**, en que la nueva ley añade a lo anterior el término de “handicapé psíquico” para incluir expresa y específicamente a las enfermedades mentales crónicas. Las cosas no cambian tanto en la práctica por lo que se refiere a la obtención de la pensión de minusvalía (AAH) para estos enfermos. Antes había de recurrirse a la noción general y omniabarcante de “handicapé mental” de la Ley de 1975, que amparaba igualmente la concesión de las pensiones de minusvalía para los

²⁰ Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/santementale040205/sommaire.htm>

²¹ Ley n° 2005-102 de 11 de febrero de 2005 por la igualdad de derechos y de oportunidades, la ciudadanía de las personas minusválidas, la minusvalía psíquica es reconocida como una minusvalía específica.

enfermos mentales y las cosas funcionaban bien. La novedad actual radica en que, ahora, se propugna el desarrollo *ad hoc* de dispositivos intermedios sociales o médico sociales, incluidos los de tipo residencial, fuera del sector sanitario. Dichos dispositivos, pendientes aún de concreción real y generalizada, deberán coordinarse/articularse con los equipos de "sector"... a que os suena a la coordinación CSM/Miniresidencias: *vive l'UE!!* Además, la misma ley prevé la creación de dispositivos sociales como los SAVS (servicios de acompañamiento a la vida social) y los SAMSAH (servicios de acompañamiento médico-social para adultos discapacitados), que tratan de reducir o compensar (quizá discriminar positivamente) el estigma, estando inspirados por las conclusiones de un estudio de campo sobre el "handicap" en Francia pilotado por Ségolène ROYAL. Para los más curiosos, decir que Julia KRISTEVA co-preside el Consejo Nacional Handicap, instituido a partir de la Ley de 2005]

[3º Comentario: no sabría decir qué factor ha sido más determinante... bien la resistencia interna a la organización psiquiátrica de un modo más inter-sectorial o bien la lógica presupuestaria del sistema hospitalario general, poco pendiente de la población tendente al hospitalismo (famoso 26% que hace aumentar la estancia media drásticamente). Pero el caso es que una parte de las responsabilidades del "sector" (hasta ahora de identidad netamente sanitaria) van a ser ejercidas en necesaria articulación con lo social. ¿Ganaderos y granjeros en armoniosa convivencia? *Peut-être* (quizá). *Et pourquoi pas?* (¿y por qué no?).

Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/santementale040205/sommaire.htm	
Reducción de camas psiquiátricas	41% entre 1987 y 1997 "on a beaucoup souffert" ("hemos sufrido mucho")
Reparto heterogéneo de camas en los 829 sectores	2% no tiene camas; 38% tiene 1 a 49 camas; 47% tiene 50 a 99 camas; 11% tienen más de 100
Pacientes hospitalizados	aumentan en un 13% entre 1989 y 1997
Hospitalizaciones forzosas	13% en corte transversal, habiéndose incrementado un 86% entre 1992 y 2001.
Estancia media global, para todo el país	86 días en 1989 y 52 días en 1997 (pero, atención, 39 días en los sectores de menos de 50 camas)

A MODO DE CONCLUSION NECESARIAMENTE PROVISIONAL

Con los años y el oficio, se acaba teniendo claro y asumiendo que **el profesional de la salud mental es el sujeto mediante el cual los poderes públicos intentan contener las locuras** (i.e. la acentuada en la biología, la acentuada en la psicología y la acentuada en lo social), no contando éstos solamente con las leyes o con los recursos, que también, claro. A su vez, dicho sujeto pelea para conseguir recursos y abrir nuevos dispositivos donde depositar un segmento de actividad y buen hacer; que la responsabilidad y la culpa se repartan entre varios. Se trata, pues, de compartir la carga y el desgaste que causa el contacto permanente del sujeto con la **cronicidad**. No sólo desgastaba el hospital psiquiátrico de antaño, tanto a los pacientes (hospitalismo) como a los profesionales; los dispositivos intermedios también terminan por convertirse en círculos comunitarios de cronicidad. Para repartir la carga, pueden valer varios

dispositivos, incluso con identidades diversas (social, sanitaria, sociosanitaria...), quizá discontinuos, pero todos igualmente culpables a los ojos hipercríticos de los demás. Consecuentemente, el nuevo sistema nace gozando de cierta mala salud congénita, sin llegar nunca (esperemos) a la franca melancolía. La solución, más allá del "sector" "bon à tout faire", representa otro nuevo problema posiblemente más duradero pero, al menos, de menor intensidad; como si en vez de en una depresión, nos instaláramos en una especie de suave *et douce* (y dulce) distimia postmoderna, más o menos quejumbrosa ("la culpa es de otros dispositivos, nosotros somos los buenos"), subdepresiva, preocupadiza y lábil, o puede que querulante y terriblemente disfórica... *"et très mal dans sa peau"*. ¡Qué locura!, *n'est-ce pas?*

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y
creatividad²²**

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

-
- ²² **Objetivos del BOLETIN:**
 - Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area 11
 - **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
 - **Metodología de elaboración (lo más sencilla y doméstica posible):**
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (svega.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Usera, se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus *e-mail* las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
 - **Forma de distribución:** documento Pdf enviado por *e-mail* a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales de los Servicios de Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)