

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 12 – Abril 2009

crisis

No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo. La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos.

La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche. Es en la crisis donde nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis se supera a sí mismo sin quedar "superado". Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias, violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones.

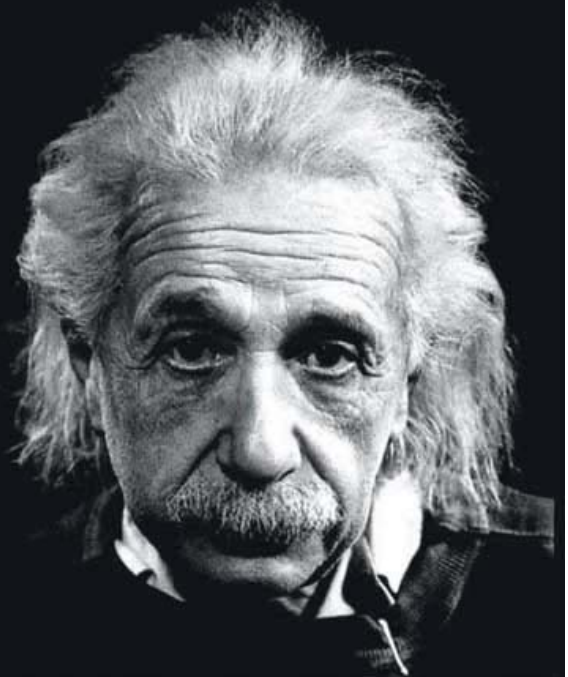
La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia.

El problema de las personas y los países es la pereza para encontrar las salidas y soluciones. Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia.

Hablar de Crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo.

En vez de esto, trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora: la tragedia de no querer luchar por superarla.

Albert Einstein



Ultimas Comisiones de Area - Programas TMG y PEP del Area 11 -
Resumen Auditoría Unidades Docentes Psiquiatría y Psicología Clínica -
Curso "Trastornos de la Conducta Alimentaria" y otras sesiones abiertas al
área -
Curso Doctorado "Actualización en Esquizofrenia" - Unidad Docente de
Psicoterapia - PARG e investigación - Carta Dr. Burgueño - Otras informaciones

1. DOCUMENTOS DE AREA ¹

• Comisiones de Docencia Hospital Univ. 12 de octubre (mensuales)

• Comisión del 30 Enero 2009 (Acta 1/2009)

1. Modificación página web e Intranet de la Comisión de Docencia: "en construcción". Se comenta la conveniencia de crear un foro para residentes del Hosp. 12 de Octubre para facilitar una mayor comunicación
2. Rotaciones de MIR Medicina Interna por Atención Primaria
3. Resultado elecciones Residentes vocales en la Comisión de Docencia del Hospital: se incorporan los nuevos vocales que representan a los residentes
4. Plan de Mejora de Docencia siguiendo las recomendaciones de la Auditoría GENERAL que se realizó en Octubre 2008 a todo el Hospital en su conjunto desde el punto de vista docente

• Comisión de Docencia Serv. Psiquiatría Hosp. 12 Octubre (18/3/2009)

1. Seguimiento de actividades docentes en curso: el curso de Psicomotricidad concluyó satisfactoriamente (llama la atención que paradójicamente no se inscribió ningún profesional del Area 11). Curso de Supervisión Adultos sin novedad. Sesiones Clínicas: el Dr. Agüera recomienda que se termine la exposición del caso 15 minutos antes del final para poder dejar tiempo a la discusión
2. Programas MIR y PIR:
 - El tutor MIR informa de la nueva estructura tutorial de la U.D. de Psiquiatría para adaptarnos al RD Feb 2008, con el nombramiento de Natalia Sartorius y Mercedes Navío como tutoras de Psiquiatría junto a Santiago Vega (tutor coordinador). Se informa que los próximos MIRes que entren en el Servicio habrán de seguir el nuevo programa nacional de la especialidad (Sept 2008) y que los próximos R-4 serán los primeros en realizar la rotación senior. Se mantendrá colaboración con otras UU.DD. (Leganés y otras)
 - La Dra. Sartorius presenta el proyecto de la Unidad Docente de Psicoterapia en el CSM Arganzuela y la petición que hacen los responsables de la iniciativa de colaboración en otros dispositivos (*ver más adelante en este Boletín*)
 - El tutor PIR comenta que en Mayo se incorporarán por primera vez 2 PIRes al Servicio. El próximo curso habrá más espacios diferenciados para docencia PIR y tutorías mensuales. Insiste, junto a la representante PIR, en la conveniencia de que los PIR realicen guardias o atención continuada y solicita que se gestione de nuevo ante la Dirección

¹ Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

3. Conclusiones y recomendaciones Auditoría a las Unidades Docentes de Psiquiatría y Psicología Clínica

- Los tutores PIR (Juanjo Belloso) y MIR (Santiago Vega) presentan a la Comisión un resumen de las conclusiones y recomendaciones realizadas por los auditores del Sistema Nacional de Salud a ambas Unidades Docentes ^{2 3} (*se anexan al acta*), así como una serie de iniciativas para mejorar la calidad docente del Servicio (futura Unidad Docente de Salud Mental). La evaluación general a nuestras UU.DD. ha sido buena, señalándose como aspectos a mejorar la mejora de la organización tutorial y un mayor estímulo para la participación de nuestros residentes en presentación de sesiones clínicas, investigación y publicaciones ⁴
- Los 4 objetivos docentes de productividad variable propuestos a la Gerencia del Hospital para 2010 tienen que ver con la implementación de las reuniones tutoriales periódicas y la creación de una guía de acogida específica para el residente MIR Psiq y PIR Psic Clínica, que recogerá tanto información práctica como una guía docente específica de cada rotación

4. Otras informaciones:

- Santiago Vega informa que se va a publicar en breve el primero de los "*Cuadernos de Salud Mental (Hospital Universitario 12 de Octubre – Servicios de Salud Mental Area 11)*", comenzando por el curso de Histeria que coordinó Javier Ramos el curso pasado
- Isabel Fernández (representante PIR) comenta la conveniencia de que además del Manual los residentes realicen un curso de acogida donde se les comenten personalmente los puntos más importantes que deben de conocer al incorporarse al Servicio



elroto@inicia.es

² Doc. "Análisis Unidad Docente de Psicología Clínica 2008" (Juan José Belloso – tutor PIR)

³ Doc. "Resumen del informe de Auditoría a la Unidad Docente de Psiquiatría" (Santiago Vega – tutor MIR)

⁴ Al comienzo del curso académico 2009-10 (Octubre) se realizará una Sesión de Area de Docencia pre y postgrado

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ⁵

• Programa de Trastornos Mentales Graves ⁶

1. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE EL PROGRAMA DE TMG

Pacientes con TMG de los distritos sanitarios de Usera y Villaverde del Área 11 de Madrid con las siguientes características:

- Diagnóstico de TMG en la esfera esquizo-psicótico-afectiva, excluyéndose trastornos neuróticos y de personalidad siempre y cuando fueran el diagnóstico principal o exclusivo.
- Pacientes afectados de trastornos mentales graves que precisan alta atención al inicio de su tratamiento (Ej. primeros episodios psicóticos)
- Dificultad para alta hospitalaria de la UHB del HU 12 de octubre, bien por la persistencia de sintomatología y/o problemas para la transición del paciente a otros dispositivos.
- Pacientes afectados de trastornos mentales graves ingresados en UHB tras estabilización suficiente que permita regreso a domicilio, pero con clínica significativa que aún requiere monitorización diaria (Ej. psicóticos en general, incluido resistentes...)
- Elevado número de ingresos en UHB en un corto período de tiempo
- Consumo abusivo de la urgencia hospitalaria
- Baja adherencia a los dispositivos tras el alta de la UHB
- Escaso seguimiento de las prescripciones terapéuticas
- Ausencia de apoyos efectivos tras el alta en UHB (familiar, social, laboral...)
- Elevada vulnerabilidad por consumo de tóxicos

Se evitará la inclusión en el Programa de TMG de pacientes en los que el diagnóstico predominante sea el Trastorno de personalidad o que presenten un Trastorno Mental Orgánico.

2. OBJETIVOS PROGRAMA TMG

EL Objetivo general del programa de TMG es mejorar la situación clínica de los Trastornos Mentales Graves apoyando el proceso de alta de la UHB, potenciando la adherencia a los diferentes dispositivos terapéuticos, disminuyendo las demandas de atención dirigidas a la urgencias hospitalarias, y disminuyendo la necesidad de reingresos frecuentes

Este objetivo general se concreta en objetivos asistenciales y de gestión

Objetivos asistenciales:

El dispositivo se plantea como un recurso hospitalario destinado a:

- Evitar ingresos en pacientes que precisan
 - alta contención (muchas veces serán pacientes reingresadores, psicóticos, trastornos afectivos con riesgo medio)
 - alta atención / contención inicial (*Ej. primeros episodios psicóticos*) durante una crisis, sin resultar imprescindible la hospitalización completa

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

⁶ Extracto del Programa de Trastornos Mentales Graves (versión Octubre 2008)

- Acortar ingresos de pacientes ingresados en UHB tras estabilización suficiente que permita regreso a domicilio, pero con clínica significativa (ej psicóticos en general, *incluido resistentes...*)
- Evaluación intensiva
- Prestar programas de tratamiento específico de algunas patologías concretas que necesiten un tratamiento intensivo y multidisciplinar. Programas especiales a considerar: *Ej. marco para TEC ambulatoria*

Objetivos de gestión

- Disminuir el número de ingresos y reingresos en hospitalización completa.
- Disminuir las estancias en hospitalización completa.
- Disminución de la frecuentación de los servicios de urgencias y de otros servicios sanitarios.
- Descargar y complementar el tratamiento en el sistema ambulatorio.
- Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico.
- La rentabilización terapéutica de los recursos mediante la utilización de técnicas grupales.
- La elaboración de unos indicadores de calidad consensuados, sensibles y específicos, que permitan la evaluación automática de la eficacia y eficiencia.
- Promover la motivación de los profesionales mediante la participación en la toma de decisiones organizativas y clínicas;
- La coordinación entre los recursos asistenciales correspondientes.
- La participación en los programas de docencia
- La colaboración con asociaciones de familiares y voluntariado.

3. PROFESIONALES QUE FORMAN EL EQUIPO DEL PROGRAMA

El equipo del programa TMG estará compuesto por los siguientes profesionales:

1 Psiquiatra: Dra. Montserrat Caballero González

1 Enfermera especialista en salud mental: Manuela Araceli Arranz Sanz

1 Psicólogo clínico: Juan José Belloso Roper

En el futuro nos parece necesario contar con la presencia de un terapeuta ocupacional, al menos a media jornada, para el mejor funcionamiento del programa.

4. UBICACIÓN DEL PROGRAMA

El programa estará centralizado en el H. U. 12 de octubre, en el pabellón de medicina comunitaria, pero la actividad del programa incluirá actuaciones conjuntas con otros dispositivos como captación de pacientes (UHB) y reuniones de coordinación (Urgencia y CSM).

5. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

La Admisión de los pacientes dará lugar a la realización de evaluación, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento hasta su alta de todos los pacientes derivados al dispositivo. El paso siguiente será la identificación de la indicación para cada paciente del Plan Individualizado de Tratamiento.

Existirá para cada paciente una Historia Clínica debidamente cumplimentada y en la que conste por escrito el Plan de Tratamiento Individualizado, con especificación de los objetivos a alcanzar con el mismo. Se realizará un Informe de Alta del paciente en el momento de producirse la misma, debiendo ser remitido al paciente y al derivante.

Los profesionales del Programa de TMG colaboraran en todo lo necesario para lograr una adecuada participación en las actividades de formación continuada y docencia del servicio

de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, así como las promovidas y organizadas por el Servicio Madrileño de Salud en materia de Salud Mental. En consecuencia facilitarán la participación en la docencia pre-grado y post-grado de Médicos Internos Residentes, Psicólogos Internos Residentes, Enfermeros Especialistas de Salud Mental, estudiantes de medicina y psicología.

6. ACTIVIDADES QUE COMPONEN EL PROGRAMA

Las características de nuestra población diana y el marco de aplicación del proyecto nos hacen inclinarnos por un Modelo INTEGRADOR (médico, comunidad terapéutica, rehabilitador), aunque por el carácter agudo de la asistencia, predominantemente médico-rehabilitador.

El marco referencia de las actuaciones estará delimitado por el tiempo (entre tres y seis meses) y por los objetivos individualizados (definidos de entrada y consensuados por el derivante y por los responsables del programa). Se prestarán las siguientes modalidades terapéuticas: Atención individual (psicoterapéutica, farmacológica), atención grupal y atención familiar

Las actividades del programa TMG se dividirían en dos bloques:

A. CLÍNICAS:

A1. GRUPALES:

- Psicoeducación de pacientes
- Psicoeducación de familias
- Psicoterapia:
 - Centrada en soluciones, no en el insight.
 - Promoviendo la responsabilización y autonomía del paciente
 - Potenciando el aprendizaje de estrategias de autorregulación de los síntomas y solución de problemas
- Taller de relajación
- Taller de musicoterapia
- Taller de Actividades de la Vida Diaria (AVD) y autocuidado
- Otros: en función de las necesidades detectadas y número de pacientes.

A2. INDIVIDUALES

Entrevistas clínicas con el paciente y/o familiares:

- Por profesional:
 - Psiquiátricas
 - De enfermería
 - Psicológicas
- En función de la evolución del paciente en el programa:
 - De "enganche": realizadas en la UHB con el paciente y con el psiquiatra de planta
 - De evaluación
 - De seguimiento / intervención
 - De alta

B. DE COORDINACIÓN:

B.1 CON LOS PROFESIONALES DERIVANTES (UHB): al objeto de facilitar la derivación del paciente y la información relacionada con este proceso:

- Objetivos del derivante
- Situación clínica del paciente
- Problemas y dificultades en el abordaje y manejo del paciente

B.2. CON LA URGENCIA HOSPITALARIA

B3. CON LOS PROFESIONALES DE LOS CSM: al objeto de informar de la evolución de los pacientes así como facilitar la derivación a sus CSM correspondientes tras el alta del programa

7. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA

La secuencia de intervención con cada uno de los pacientes seguiría el siguiente esquema, con un tiempo de actuación que oscilaría entre los tres y los seis meses:

1. Reunión con los profesionales de la UHB para presentación del paciente y transmisión de información relevante sobre el mismo:
 - Situación clínica
 - Expectativas del profesional de la UHB
2. Primera consulta individual con el paciente en la que tiene lugar la evaluación clínica del paciente y la recogida de expectativas de éste.
3. Reunión de equipo y elaboración de propuesta del plan de actividades en el que se incluiría el paciente.
4. Segunda entrevista individual para concretar con el paciente el plan de actividades
5. Desarrollo del plan de actividades
6. Evaluación continua a lo largo del proceso que conllevará cambios en el plan inicial
7. Alta: Tras entrevista individual con el paciente y en coordinación con el CSM de referencia

8. COORDINACIÓN

Los pacientes acceden al programa desde la UHB por dos vías:

1. Al alta hospitalaria: con indicación de su psiquiatra de planta de acudir al programa de TMG
2. Previo al alta hospitalaria: iniciándose el programa desde la misma hospitalización para aquellos pacientes con grandes dificultades para vincularse a cualquier tipo de dispositivo.

Esto implica una estrecha relación del funcionamiento del programa respecto a la UHB y mediante ella con la Urgencia y con los CSM.

Para garantizar una mayor continuidad de cuidados del paciente, en una etapa posterior y según la evolución del programa, pueden crearse vías de acceso directo para accesos programados (Ej. Desde el Centro de Salud Mental de Distrito correspondiente).

Desde el Programa de TMG se potenciará la suficiente coordinación con los derivantes y servicios especializados (dispositivos de rehabilitación) con el fin de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes. Igualmente con otros Servicios no sanitarios relacionados con la Salud Mental de los ciudadanos, como son los Servicios Sociales, Generales y/o Especializados del sector de influencia.

9. INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa se concretaría en la medición de indicadores que sirvan para valorar el cumplimiento de los objetivos arriba indicados:

- Indicador 1: Número de días del último ingreso
- Indicador 2: A través de las coordinaciones con el CSM se valoraría este objetivo
- Indicador 3: Número de visitas a urgencias por año
- Indicador 4: Número de reingresos por año

1. ELEMENTOS DEL PROGRAMA DEL PRIMEROS EPISODIOS DEL ÁREA 11

1.1 ¿Es necesario este tipo de programas en el Área?

Los cálculos sobre primeros episodios indican que pueden detectarse 10 nuevos casos por cada 10.000 habitantes. No obstante esta cantidad procede de estudios donde se realizaron campañas de reclutamiento desde diferentes dispositivos distintos a la red de especializada, como son los colegios y atención primaria. Los datos procedentes de los centros de salud mental de nuestro Área indican que se diagnostican unos **50-60 casos nuevos de trastornos esquizofrénicos por año**. Por lo tanto, en esta primera fase del programa de primeros episodios nos centraremos en el abordaje de estos 50-60 casos nuevos/año.

1.2 Objetivos del PPE del Área 11

- Intervención temprana
- Tratamiento intensivo de la fase inicial
- Disminuir la duración de la psicosis no tratada (DPNT)
- Disminuir la comorbilidad de estos pacientes
- Programa flexible donde se prime la intervención rápida e intensa del primer episodio

¿Qué casos se atenderá inicialmente en el PPE del Área 11?

- Sujetos comprendidos entre 16-45 años
- Tipo de primer episodio: se incluirían tanto los “no afectivos” como los “afectivos” debido a las dificultades que puede haber inicialmente para distinguirlos así como para poder tener comprendidos a los esquizoafectivos (la mayor parte de los programas incluyen estos dos grupos).
- Se incluirían únicamente los “casos nuevos” de los pacientes detectados en el área de influencia del Hospital 12 de Octubre

1.3 El equipo y sus funciones

El equipo estará formado por:

Coordinadores del Programa (Dr Gabriel Rubio y Dra Montserrat Caballero)

- Coordinarán el programa desde su implantación.
- Tendrán como funciones las de supervisar la calidad y funcionamiento de cada una de las técnicas diagnósticas y terapéuticas a realizar en el PPE.
- Supervisar las coordinaciones de forma que se cumplan los objetivos y se mantenga la continuidad de cuidados.

Secretaría: Ubicada en el Hospital 12 de Octubre. Tendrá como función la de recepcionar las peticiones de entrada y salida al programa, así como la de introducir los indicadores asistenciales y de calidad del PPE.

Técnicos:

- Psiquiatras encargados de llevar a cabo las siguientes tareas:

⁷ Extracto del Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos del Área 11 (versión Enero 2009)

Evaluación, diagnóstico, tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico.

- Psiquiatras responsables del PPE en cada Centro de Salud Mental: Tendrán como funciones la canalización precoz de los casos detectados al PPE, la coordinación con el responsable del PPE y la coordinación para que al alta del programa se mantenga la continuidad de cuidados en el centro de salud mental correspondiente.
- Psicólogo: Llevar a cabo las evaluaciones psicológicas y las intervenciones específicas, así como las coordinaciones con otros profesionales.
- Enfermera: se encargará de la dispensación de medicación y participará en otras técnicas que requieran de su implicación (visitas domiciliarias, programas como el de manejo del estrés, etc)(Se contará con la enfermera del Programa de Trastorno Mental Grave, -MA-).

Distribución de tareas y subprogramas ⁸

- Evaluación clínica y seguimiento: MC, GR
- Exploración neuropsicológica: R, JJB
- Intervención psicoterapéutica básica en PEP: JJB
- Intervenciones específicas: pacientes duales (RR, AB), manejo de estrés (JJB), familiares (MC, JS)
- Coordinación equipo: GR, MC
- Coordinaciones externas: AB, JRT

1.4 La detección y derivaciones

La **detección** se realizará en los siguientes dispositivos:

- a) Centros de Salud Mental del Área 11
- b) Urgencias del Hospital 12 de Octubre
- c) Interconsulta/Consultas externas del Hospital 12 de Octubre
- d) Unidad de Hospitalización breve del Hospital 12 de Octubre

En cada uno de los centros de Salud Mental existirá un responsable del programa de primeros episodios, para que sea él quien **derive** a los pacientes detectados en su centro al programa, que estará ubicado en el Hospital 12 de Octubre.

El paciente será atendido en menos de 7 días por los responsables del equipo, poniéndose en marcha las técnicas de evaluación y de tratamiento aconsejables, adaptándose a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y disponiendo de todos los elementos del programa.

- Se ha concretado la **ubicación física** del programa: Consultas externas Hospital 12 de Octubre (despacho para citas-lunes y martes, y sala de grupos-miércoles)
- Se ha **protocolizado la sistemática de citaciones, seguimiento y coordinación**:
 - Citaciones de seguimiento: según necesidades del paciente
 - Actividades grupales: semanales
 - Coordinación del equipo: semanales

1.5 Las coordinaciones

Las coordinaciones serán claves para el buen funcionamiento del programa y para **asegurar la continuidad de cuidados**. Los pacientes serán derivados al PPE desde diferentes dispositivos y

⁸ *Abreviaturas* (MC: Montserrat Caballero; GR: Gabriel Rubio; R: Rosa Jurado; JJB: Juan José Belloso; RR: Roberto Rodríguez; AB: Alex Bagney; JS: Javier Sanz, JRT: Javier Rodríguez Torresano)

con una frecuencia **bimensual** se mandará información al responsable del programa en cada **CSM** para que se disponga de una información actualizada sobre la evolución del caso. Esta información se tendrá en cuenta para que tras 12 meses de permanencia en el PPE, al **alta** del PPE, pueda seguir con el tratamiento en su CSM y se mantenga la continuidad de cuidados.

En el caso de que sea necesario el ingreso en la **UHB o el Hospital de día** se establecerán las coordinaciones necesarias para priorizar las intervenciones de estos casos.

6.6 Las técnicas diagnósticas y de intervención

a) Evaluación y diagnóstico

La correcta evaluación inicial es fundamental para el diagnóstico diferencial y por lo tanto para diseñar la estrategia de intervención más adecuada. Se realizarán las siguientes evaluaciones:

- Historia clínica médico-psiquiátrica
- Evaluación psicológica y psicopatológica
 - i. Escalas de psicopatología para primeros episodios y la PANSS
 - ii. Pruebas de neuropsicología (Entrevista MATRIX)
 - iii. Cuestionarios de ansiedad-depresión (STAI; Montgomery-Asberg), y manías (Young)
- Pruebas de neuroimagen (TAC, otras que fuesen necesarias)
- Pruebas de neurofisiología (EEG, Potenciales evocados)
- Pruebas de laboratorio complementarias (Serología vírica hepática; VIH, Lues, Niveles plasmáticos de B12, ácido fólico)
- Tóxicos en orina.
- bioquímica, inmunología, etc)
- Marcadores genéticos de respuesta farmacológica y de riesgo para psicosis.

b) Tratamiento

El abordaje de estos pacientes se realizará de forma intensiva en el PPE durante 12 meses y se incluirán los siguientes abordajes y técnicas.

- Abordaje farmacológico:
 - Se intentará hacerlo de forma ambulatoria, aunque se cuenta con la UHB del Hospital 12 de Octubre para los casos que lo precisen
 - Se seguirán las recomendaciones internacionales (Antipsicóticos atípicos a dosis bajas)
- Abordaje psicoterapéutico:
 - Terapia cognitivo conductual para pacientes con PPE
 - Terapia de apoyo
 - Manejo de estrés
 - Terapia de orientación motivacional para los trastornos por uso de sustancias
 - Terapia de psicoeducación para familias

1.7 La devolución a los dispositivos del Área.

Una vez realizadas las intervenciones incluidas dentro del PPE (12 meses de tratamiento intensivo) se llevará a cabo la derivación a su centro de salud mental correspondiente. Una vez allí, el profesional responsable del caso podrá derivar al paciente al PPE para evaluar algún área que se considere relevante para su evolución. Desde el PPE se intentará re-evaluar anualmente a todos los pacientes que hayan sido dados de alta.

2. EVALUACION DEL PROGRAMA

- El programa se evaluará en función del cumplimiento de los objetivos generales:
 - OBJETIVO 1: Intervención temprana (< 1 semana)
 - OBJETIVO 2: Tratamiento intensivo de la fase inicial (asistencia diaria/semanal)
 - OBJETIVO 3: Coordinación con dispositivos del Área

- **INDICADORES**
 - OBJETIVO 1: N° de días de espera hasta la primera consulta
 - OBJETIVO 2: Registro de actividad diaria/semanal
 - OBJETIVO 3: N° de reuniones con dispositivos de Área

Además se incluirán el resto de indicadores utilizados en la actividad clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre (abandonos, revisiones, frecuentación de otros dispositivos, complejidad del caso, etc)

Teléfono de contacto del PPEP: 660 25 61 37

3. OTROS RECURSOS ⁹

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ¹⁰

- **Os sigo animando a ir construyendo entre todos una BASE DE MATERIALES DOCENTES que pudiéramos utilizar con los distintos profesionales de pre y postgrado que rotan por nuestros servicios, adaptada a sus distintas necesidades formativas. En anteriores Boletines está explicado el proyecto que vamos a tratar de hacer extensivo a otras Unidades Docentes de Salud Mental a nivel de la Comunidad de Madrid y nacional. Podéis mandar a svega.scsm@salud.madrid.org o en persona las preferencias bibliográficas que recomendaríais en los siguientes apartados (sería ideal en un pequeño comentario subrayando el por qué de la importancia del material recomendado:**
 1. Historia de la Psiquiatría / Psicología Clínica
 2. Psicopatología
 3. Psicofarmacología
 4. Psicoterapias
 5. Autoayuda
 6. Otros campos relacionados con la Salud Mental (literatura, cine, sociología, filosofía, etc...)
 7. Otros

⁹ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

¹⁰ Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad: ¡ojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

5. RESIDENTES ¹¹

• **Aviso de cambios en la docencia MIR / PIR Abril a Junio 2009**

El 1 de abril tampoco puede venir a darnos la clase del manejo cognitivo-conductual de la ansiedad, así que Natalia Sartorius utilizará el hueco para la clase de "Terapia cognitiva de los síntomas psicóticos" así Carmen Costi puede recuperarnos su clase el 20 de mayo (Tratamiento Cognitivo-Conductual de la depresión).

El 22 de abril sí vendrá Carmen Costi, y nos hablará de la terapia cognitivo-conductual de la ansiedad.

Buscaremos un hueco más adelante para que Marisol de Andrés y Silvia (PIR) nos cuenten el modelo cognitivo-conductual del tto de los pacientes borderline.

Natalia Sartorius - Tutor MIR

• **Unidad Docente de Psicoterapia**

Como ya se informó en la Comisión de Docencia del 18 Marzo 2009, se está desarrollando en el CSM Arganzuela un proyecto de rotación de 4 meses para la docencia práctica de psicoterapias, dirigido a MIR y PIR que estén interesados. Este proyecto implica el compromiso y la dedicación de 4 profesionales de este CSM (Javier Ramos, Marisol de Andrés, Nacho Mearin y Natalia Sartorius).

Para aumentar y enriquecer la oferta docente se propone a todos los profesionales interesados en el área que nos hagan llegar sus propuestas concretas de tratamientos individuales o grupales en los cuales podrían acoger y supervisar a un residente. Para poder elaborar un horario estructurado realista es fundamental que el compromiso incluya de manera muy concreta las horas disponibles, el tipo de tratamiento, etc...

Si desde otros distritos se aumenta el número de profesionales disponibles a enseñar-supervisar distintos tipos de tratamientos psicoterapéuticos no sólo se enriquece la oferta sino que también se abre la posibilidad de que más de un residente pueda rotar por esta Unidad de Psicoterapia.

Por fax hemos enviado nuestra propuesta inicial para que veáis cómo nos hemos organizado. Si me enviáis a mi correo electrónico (nsartoriusc@yahoo.com) vuestras propuestas antes de **Junio 2009** podemos estructurar un programa conjunto y decidir cuantos residentes podrían comenzar a rotar en Enero 2010.

Natalia Sartorius - CSM Arganzuela

• **Nuevas normas de rotaciones Agencia Laín Entralgo**

Os recordamos que la Agencia ha vuelto a modificar y hacer más rigurosa la normativa que regula las rotaciones de programa y rotaciones externas, debiendo realizarse las nuevas solicitudes en los NUEVOS documentos que ya hemos enviado. Hacedlo sólo en formato

¹¹ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

WORD por si hay que modificar algo y tened en cuenta si es “rotación de programa” o “rotación externa” (los documentos son diferentes).

- **Evaluación de las Memorias Anuales: MAYO 2009**

Las evaluaciones de las memorias anuales serán a lo largo de Mayo 2009. Todas las fichas 1 y 2 y Memoria Anual deben estar COMPLETAMENTE rellenas (datos personales, FECHAS, etc...) con letra legible y, especialmente la memoria, adecuadamente presentada según las recomendaciones que enviamos los tutores de Psiquiatría. Una copia de la memoria en formato WORD (no otros formatos) la enviáis a svega.scsm@salud.madrid.org .

- **Premios 2009 Cátedra Educación Médica - Fundación Lilly-UCM**

Un año más la Cátedra de Educación Médica, Fundación Lilly-UCM ha convocado los premios 2009 para el mejor proyecto o trabajo en la enseñanza de grado, posgrado y/o formación de especialistas.

Las bases de la convocatoria se encuentran en www.ucm.es/centros/webs/fmed.

Os ruego que hagáis la difusión de esta convocatoria entre los tutores de vuestro centro o unidad docente y profesionales implicados en docencia, dado que participar en dicha convocatoria puede ser motivador e interesante para ellos. Un cordial saludo.

M^a Dolores Vicent García

JEFA DE ÁREA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA
Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid)

**ENFERMOS
DESESPERADOS
NO DESALENTAR I...**

El maravilloso Método completamente vegetal que un sacerdote ha descubierto os curará definitivamente.
(Numerosos testimonios)

Las veinte curas del Abate **HAMON**, curan radicalmente la Diabetes, Albuminuria, los Bronquios (Tos, Bronquitis, Asma, etc.) los Reumatismos, los Maes del Estómago (calambres, malas digestiones, acidez, pesadez, etc.) las Enfermedades de los Nervios, del Corazon (palpitaciones, etc.), de los Rinones, del Hígado, de las Vias Urinarias, de la Piel, de la Sangre, las Ulceras varicosas, las Ulceras del Estomago, el Estreñimiento, etc.

NADA MAS QUE PLANTAS!

Esta es la gran meditación que el Creador ha puesto a nuestro alcance; no busquemos otra. Dios a puesto en la naturaleza todo lo que necesitamos para alimentarnos, para vestirnos, para CUBRARNOS. Maséfor KNEIP.

Diríjase personalmente o por escrito a:
Laboratorios Botánicos, Sección No. 6
Ronda de San Pedro, 11, BARCELONA
y le será enviado gratis y franco de porte a vuelta de correo un número reciviente, explicativo y completo.

6. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ¹²

- **2ª parte de la interesante Bibliografía recomendada por David Antón ¹³**

Humanistas

Focusing

- Focusing. Eugene T. Gendlin. Ed. Mensajero.

[Un poquito farragoso, pero explica el tema y también las posibles dificultades que se van presentando. El focusing es curioso... si te sale. La verdad es que es mucho mejor que te guíe alguien que hacerlo tu solito]

Bioenergética

- El lenguaje del cuerpo. Alexander Lowen. Herder.

- Bioenergética. Alexander Lowen. Diana. Crítica

Análisis transaccional

- Juegos en los que participamos. Eric Berne. RBA Editores.

[Un libro con mucha aplicación en temas de comunicación, sobretodo pareja y familia. Empezarás a ver juegos por todas partes]

- El análisis transaccional. G. Chandezon, A. Lancestre. Morata.

[Muy baratito (como 8 euros o así), es una introducción sencilla a la parte teórica del análisis transaccional, no entra en técnicas de terapia, pero para ver un poco de que va está bien].

Terapia Rogeriana

- La relación de ayuda: De rogers a Carkhuff. Desclee de Brouwer. Serendipity 14.

[Un buen libro para conocer a Rogers y, sobretodo a su discípulo, ese gran desconocido que es Carkhuff, que aporta sistemática al modelo Rogeriano y añade destrezas interesantes. Si te gusta Rogers, te gustará Carkhuff].

Gestalt

- Gestalt para principiantes. Sergio Sinay. Errepar.

[Es un librito pequeño y barato, con ilustraciones humorísticas y que sirve como breve introducción a algunos principios teóricos de la Gestalt. Sin pretensiones, pero divertido y recomendable.]

Logoterapia

- El hombre en busca de sentido. Victor Frankl. Herder.

[No es un libro de terapia, ni de teoría, sino un relato biográfico del enfoque filosófico vital que permitió al autor sobrevivir (a nivel psicológico) a la experiencia de un campo de concentración. En ese lugar sienta las bases de la

¹² 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...*

¹³ Ex – PIR Hospital 12 de Octubre... y padre *primíparo* reciente según nos cuenta Edurne: ¡Enhorabuena! (*única licencia a la prensa rosa que nos permitiremos en este Boletín... al menos en este número...*)

logoterapia, que se apoya en la búsqueda de sentido para la superación de experiencias traumáticas. Un libro interesante para entender uno de los grandes humanistas de la terapia.]

Hipnosis Ericksoniana

Comenzamos por los que son obra directa de Erickson o hablan sobre él:

- Escritos esenciales de Milton Erickson (vol. 1) Harry Procter. Paidós:

[Excelente recopilación de textos relacionados con diversos aspectos de la hipnosis, como las sugerencias posthipnóticas o los aspectos naturalísticos de la misma desde la concepción ericksoniana.]

- Escritos esenciales de Milton Erickson (vol. 2) Harry Procter. Paidós:

[Más centrado en los casos en los que, pese a usar la hipnosis, se aprecia más el núcleo de las intervenciones ericksonianas que darían lugar a la posterior orientación de psicoterapia estratégica.]

- Un seminario didáctico con M.H. Erickson. Jeffrey Zeig. Amorrortu ediciones

[Tenemos el privilegio de asistir virtualmente a un seminario de Erickson comprobando su capacidad para introducir cualquier cosa que suceda en su torrente didáctico. Además incluye una transcripción comentada por Erickson y Zeig.]

- Mi voz irá contigo, los cuentos didácticos de Milton Erickson. Sidney Rosen. Paidós:

[Una excelente recopilación de intervenciones terapéuticas de Erickson, que puede llevar a engaño a aquellos que desconocen la profundidad de las técnicas de comunicación y sugestión que utilizaba, quizá adolece de presentar el trabajo de Erickson sin advertir al neófito de que se trata de intervenciones avanzadas que requieren una buena base.]

- Hipnosis clínica: obra selecta de Milton H. Erickson en hipnosis. Ed. Letra clara

[El primer volumen es quizás el más interesante porque incluye transcripciones de las inducciones de Erickson, algunas de ellas comentadas por el propio Erickson junto con Rossi, que resultan absolutamente increíbles en cuanto al nivel de detalle y precisión con el que Erickson trabajaba. La edición, de todos modos, resulta algo caótica, con comentarios del editor que resultan difícilmente aprovechables.]

- Clínica con hipnosis (nº 2): obra selecta de Milton H. Erickson en hipnosis. Ediciones Letra clara

[El segundo volumen recoge interesantes casos en la vertiente más estratégica de Erickson. Complementa muy bien el segundo volumen de la recopilación de Procter.]

- Hipnosis Experimental. (nº 3): obra selecta de Milton H. Erickson en hipnosis. Ediciones Letra clara

[El tercer volumen resulta poco interesante de cara a la terapia, pese a incluir los artículos clásicos sobre distorsión del tiempo y la definición de hipnosis para la enciclopedia británica que realizó Ericsson. Se centra en investigación de fenómenos hipnóticos no muy interesantes a priori. Éste está especialmente mal editado ¡con páginas enteras repetidas y cortes con comentarios tipo “(aquí falta texto)”! evidentemente nadie la revisó antes de publicarla.]

- El hombre de Febrero. Milton Ericsson y Ernest Rossi. Amorrortu editores

[Un libro notable, con un caso de Ericsson desde el principio hasta el final y sesiones comentadas por Ericsson y Rossi, además de otros invitados. De nuevo podemos quedar asombrados de la profundidad de las intervenciones de Ericsson y cómo maneja varios niveles simultáneamente. Obligada relectura para captar cada vez cosas nuevas.]

- Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. O'Hanlon y William Hudson. Ediciones Paidós.

- Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Jay Haley. Amorrortu ediciones.

- Hipnosis según Erickson. François J. Paul Cavallier. Gaia ediciones:

[Un pequeño librito naranja bastante barato pero cuyo contenido es nulo, no vale para nada.]

- *Trance-fórmate: curso práctico de hipnosis con programación neuro-lingüística.* John Grinder y Richard Bandler. Gaia ediciones:

[Éste es en realidad un libro sobre hipnosis ericksoniana adaptando a la peculiar forma de enseñar los contenidos de Bandler y Grinder. Ambos autores habían trabajado con Ericsson previamente y sistematizado su experiencia en sus

libros Hypnotic Patterns of Milton Ericsson volume 1 y 2, no publicados en castellano. El libro es un poco caótico y un poco abrumador por la mucha información que aporta, pero realmente merece la pena.]

Estos son algunos en los que se habla de Ericsson, aunque no están exclusivamente dedicados a él:

- Terapia breve: mitos, métodos y metáforas. Jeffrey Zeig. Amorrortu editores, s.a.
- Terapia de ordalia: caminos inusuales para modificar la conducta. Jay Haley. Amorrortu editores.

- Tratado de hipnosis clínica. Michael Yapko. Ed. Palmyra.:

[Enciclopédico y sistemático repaso por la hipnosis, refiere claramente metodologías Ericksonianas y rinde cumplido homenaje a la figura del maestro a través de comentarios del autor y de otros discípulos suyos citados. Un absoluto imprescindible, multipremiado por las más importantes asociaciones de hipnosis del mundo como una enorme aportación a la sistematización de la disciplina realizada por uno de los grandes cuya experiencia en el campo de la hipnosis y capacidad docente están más que demostradas.]

- Lo esencial de la hipnosis. Michael D. Yapko. Ediciones paidós:
[Versión reducida del anterior.]

PNL

- La estructura de la magia 1. Richard Bandler and John Grinder. Cuatro vientos editorial.

[Bastante mal traducido, un poco espeso y difícil de entender, pero muy interesante y puede aportar mucho a otros campos como la reestructuración cognitiva. Aunque parezca que no tiene mucho que ver, los autores no se cansan de repetir que es la base de todo lo demás en la PNL y realmente es así, nada de escaquearse de leerlo para ir a lo bonito de la hipnosis. (¡Y hay que practicar!)]

- La estructura de la magia 2. Richard Bandler and John Grinder. Cuatro vientos editorial.

[Aquí ya empiezan a mostrarse las partes más espectaculares de la PNL, aunque falta más orden, sigue dejando al lector con la boca abierta]

- De sapos a príncipes Richard Bandler and John Grinder. Cuatro vientos editorial.

[Es la transcripción de un seminario, por tanto tiene menos estructura y a veces satura de información, si no tienes con quien practicar, la utilidad es limitada, pero en cualquier caso no deja de ser completamente fascinante].

- Trance-fórmate. Richard Bandler and John Grinder. Gaia ediciones.

[Otro seminario, éste sobre hipnosis ericksoniana, ultradenso y un poco desordenado, pero realmente increíble las cosas que cuenta y explica. Muy recomendado. El último párrafo del libro es genial]

- Use la cabeza para variar. Richard Bandler Cuatro vientos editorial.

[Esta vez Steve Andreas se molestó en ordenar los contenidos de varios seminarios de Bandler y el resultado es más fácilmente asimilable. Se trata de submodalidades, y expone técnicas útiles para fobias y el famoso “chasquido”, por supuesto sigue siendo recomendable.]

- Introducción a la PNL. Joseph O'Connor. Editorial Urano.

[Más claro, sistemático, ordenado y explicado que los originales de Bandler y Grinder. Permite entender y matizar muchas cosas que aquellos presentan como fáciles y no lo son. Además añade temas de la PNL de Robert Dilts. Le falta el humor socarrón de los fundadores y quizá es un poco demasiado directo, donde los otros están plagados de anécdotas y ejemplos. Desde mi punto de vista es un excelente complemento de los originales y también un buen comienzo.]

- El poder de la palabra. Robert dilts. Ediciones Urano.

[Aún no lo he leído, pero Dilts es de los miembros del equipo original de la PNL, uno de los más innovadores y productivos, especialmente centrado en la parte del lenguaje y creencias. Además es el único que ha escrito una enciclopedia sobre PNL de 1600 páginas, que no es poco.]

- PNL. Identificación y cambio de creencias. Robert Dilts. Ediciones Urano.

[Hay otro en la editorial Sirio que se llama “Cómo cambiar creencias con la PNL” y no sé si es el mismo u otro, pero este es el campo fuerte de Dilts, así que convendría probarlo. Repito lo del anterior, aún no lo he leído, pero Dilts es de los miembros del equipo original de la PNL, uno de los más innovadores y productivos, especialmente centrado en la parte del lenguaje y creencias. Además es el único que ha escrito una enciclopedia sobre PNL de 1600 páginas, que no es poco.]

Asertividad y habilidades sociales

- Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Vicente Caballo. Siglo XXI.

[El más famoso y unánimemente recomendado, está agotado, pero anunciada la reedición en breve]

- La asertividad, expresión de una sana autoestima. Olga Castanyer. Desclee de Brower. Serendipity 2.

[Autoayuda para pacientes, comprensible, sencillito y asequible, pero quizá poco técnico, con pocas estrategias]

- Saber afirmarse. Dr. Charly Cungi. Ed. Mensajero.

[Prescindiendo de la primera parte de presunta teoría, que es cortita y perfectamente ignorable, la parte de técnicas está muy bien sistematizada y descrita, realmente claro y explícito como pocos].

- Sí, puedo decir no. Manuel J. Smith. Debolsillo.

[De autoayuda para pacientes, orientado a asertividad para niños].

- No diga sí cuando quiera decir no. Herbert Fensterheim, Jean Baer. Debolsillo.

[De autoayuda para pacientes o para profesionales que quieran disponer de modelos para explicar clara y comprensiblemente la asertividad a sus pacientes].

- Cómo mejorar tus habilidades sociales. Elia Roca. ACDE Ediciones.

[Bastante bueno y fácilmente transformable en grupos. Bien explicado y con ejercicios].

David Antón - Psicólogo Clínico

- Queridos todos. Os adjunto la dirección del curso sobre Esquizofrenia que vamos a celebrar en esta ciudad de Salamanca el próximo mes de Noviembre 2009. Creo que por la calidad de los ponentes y por la amplitud de los temas que pretendemos tratar es una cita de gran interés para gentes de distintos campos. Información:

<http://www.esquizofreniasalamanca.com>

Sería excelente que pudiéramos vernos en esas fechas. Un abrazo

Vicente Molina - Hospital Clínico Salamanca

- Os envío información sobre unas jornadas que va a haber en **Bilbao el 18, 19 y 20 de junio 2009** sobre **PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR**, de la gente de Buenos Aires con la que estuve rotando. Lo digo por si lo podéis incluir en el Boletín del próximo mes por si a alguien le interesa ir. Información:

http://www.avancesmedicos.es/profesionales/jornada_grupo_familiar.asp

Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar
La dimensión individual, familiar y social de la mente
Homenaje al profesor Jorge García Badaracco

18, 19 y 20 de junio de 2009.
Universidad de Deusto. Bilbao, España.

Jorge García Badaracco Buenos Aires
Norberto Mascaró Bilbao
Eduardo Mandelbaum Buenos Aires
Maria Elisa Mitre Buenos Aires
Andrea Narracci Roma
Jose Mari Ayerra Bilbao
Jose Luis López Atienza Bilbao
Roberto Pereira Bilbao
Hernán Simond Buenos Aires

Información e Inscripciones (hasta el 17 Junio 2009) : www.avancesmedicos.es

Universidad de Deusto. Servicio de Psiquiatría.
Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental



Edurne Crespo - HdD Inf-Juv. Pradera San Isidro

7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ¹⁴

• Reunión PARG 29 Abril, 13.30 h.

El próximo día 29 de abril a las 13:30 tendremos la reunión del PARG. Esta reunión es especialmente importante, pues además de revisar nuestras Publicaciones (COMT, CIBERSAM) y Proyectos previos (DEPRES, Reboxetina-Citalopram en Esquizofrenia, Clozapina, Interleuquinas, ...), presentaremos los nuevos Proyectos FIS aprobados, y en concreto el que planteamos el año pasado de Función Cognitiva y Psicosis (Esquizofrenia/Bipolar) del que Tomás es el Investigador Principal, y donde la participación del PARG será fundamental. Un saludo,

Roberto Rodríguez-Jiménez - PARG

• Estudio CLOZAPINA

Estimados compañeros , como sabéis sigue abierto el estudio sobre **Clozapina en Primeros episodios Psicóticos**.

El pobre ritmo de entrada nos sugiere la necesidad de **ser menos restrictivos con los criterios** de inclusión.

En adelante, **ante cualquier primer episodio psicótico** (aunque no está limpio de tóxicos, el tiempo de evolución sea mayor de lo deseable, pertenezca a otras áreas, el diagnóstico poco claro...) , por favor **contactad conmigo (Javier Sanz 913908000 Ext:1490 y 1488, 913908536), o con Pablo Portillo (913908000 Busca de guardia)** para comentar el caso y decidir.

Muchas gracias por vuestra ayuda

Javier Sanz - UHB

• **Libro "TRASTORNOS COGNITIVOS"** Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA, Borrell J y Archer T (editores) Colección *Avances Neurocientíficos y Realidad clínica*. Volumen IV. Fundación Cerebro y Mente. Editorial CyM. Madrid, 2001

1. ¿Qué puede funcionar mal cuando falla la memoria? Principales acontecimientos subyacentes a la consolidación y recuperación en la rata (Izquierdo I et al)
2. Acontecimientos vitales en el periodo perinatal: efectos a largo plazo sobre el neurodesarrollo y la conducta en la rata (Koehl M et al)
3. papel del hipocampo en los procesos cognitivos (Minera A et al)
4. Efectos cognitivos de las lesiones neurotóxicas del núcleo basal magnocelular en la rata (Beninger RJ et al)

¹⁴ 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." !!

5. La contribución de la epidemiología psiquiátrica al conocimiento etiológico: el ejemplo de la enfermedad de Alzheimer (Lobo A e al)
6. Neuroprotección en la enfermedad de Alzheimer: nuevas estrategias terapéuticas (Nordberg A)
7. Señalización de las neurotrofinas en la enfermedad de Alzheimer: implicaciones en las estrategias terapéuticas (Ferrer I)
8. Acción neuroprotectora y sintomática de la memantina relevante en la enfermedad de Alzheimer (Dansyz W et al)
9. Sesgos cognitivos generados por la ansiedad (Huertas E)
10. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial (Agüera L)
11. Deterioro cognitivo asociado al uso de psicofármacos y a drogas de abuso: posibilidades terapéuticas (Rubio G et al)
12. Papel de la transmisión serotoninérgica en el tratamiento de los trastornos cognitivos (Manzanares J y Ramos JA)

8. CONVOCATORIAS ¹⁵

- **Curso “Trastornos de la Conducta Alimentaria”** (Programa docente MIR/PIR: *ver Boletín nº 9*) Organiza: Dras. E. Gutiérrez y M. Navío. Abierto al *staff* y otros alumnos pre y postgrado. Salón de Actos del Hosp. Materno-Infantil:
 - Día 15 Abril 2009, 12-14.30 h.:
 - i. *Dispositivos de TCA en la Comunidad de Madrid. Criterios de derivación* (Dra. Mercedes Navío - Interconsulta Psiquiatría Hosp. 12 de Octubre)
 - ii. *Evaluación en pacientes con TCA* (Dra. Elena Gutiérrez - CSM Usera)
 - Día 22 Abril 2009, 12-14.30 h.:
 - *Programa de intervención en la UHB de Adultos y en la UHB Infanto-Juvenil* (Dr. Luis Beato - UHB Ciudad Real)
 - Día 6 Mayo 2009, 12-14.30 h.:
 - *Programa de intervención en el Hospital de Día de TCA de Santa Cristina. Conciencia de enfermedad* (D^a. Rosa Calvo - Hospital de Día TCA Sta, Cristina)

¹⁵ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

- Día 13 Mayo 2009, 12-14.30 h.:
 - *Asertividad. Esquema corporal* (D^a. Rosa Calvo - Hospital de Día TCA Sta, Cristina)
- Día 20 Mayo 09 (fecha por confirmar), 12-14.30 h.:
 - *Intervención familiar. Grupos de familias* (Dr. Antonio Muñoz - CSM Usera)
- Día 3 Junio 2009, 12-14.30 h. (ponentes por confirmar):
 - *Complicaciones por la desnutrición, por purgas y por la renutrición* (Equipo de Nutrición - Hospital 12 de Octubre)
 - *Manifestaciones somáticas y psíquicas de la enfermedad* (MIR - PIR a confirmar)
- Curso de Doctorado "Actualización en esquizofrenia" (Programa de Doctorado 2008-09 - Dpt^o. Psiquiatría Fac. Medicina UCM)
Organizan: Dres. J. Sanz y T. Palomo. Aula Dept^o Psiquiatría, 4^a planta Fac. Medicina Universidad Complutense
 - Día 5 Junio 2009, viernes:
 - 9.15 h: *Presentación* (Tomás Palomo)
 - 9.30 h: *Psicosis en la infancia* (Jose C. Espín)
 - 11.30 h: *Neuroimagen en la esquizofrenia* (Vicente Molina)
 - 13 h: *Intervenciones cognitivas en el delirio* (Carmen Valiente)
 - 16 h: *Rehabilitación psicosocial* (Abelardo Rodríguez)
 - 17.30 h: *La evidencia neuro-psicológica del daño cognitivo* (Roberto Rodríguez-Jiménez)
 - 19 h: *Genética actualizada en la esquizofrenia* (Janet Hoenicka)
 - Día 6 Junio 2009, sábado:
 - 9.30 h: *Clinical staging* (Tomás Palomo)
 - 11.30 h: *Las complicaciones: patología dual* (Guillermo Ponce)
 - 13 h: *Primeros episodios* (Gabriel Rubio)

- International Meeting of the “Fundación Cerebro y Mente”

“Staging Neuropsychiatric Disorders Implications for Etiopathogenesis and Treatment”

Mojácar, Spain, 14th – 18th October, 2009

PRELIMINARY SCIENTIFIC PROGRAMME

Wednesday 14th October

Registration

Thursday 15th October

Patrick McGorry (Australia)

Staging in neuropsychiatry: a heuristic model for understanding, prevention and treatment

BEYOND GENES IN NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS: EPIGENETICS AND BIOMARKERS

Barry Keverne (UK)

Epigenetics in the brain, foetal programming

Alexandro Guidotti (USA)

Epigenetics and schizophrenia

Pierre Sokoloff (France)

Epigenetic function of the GPCR GPR88 in cortical neurons.

Janet Hoenicka (Spain)

ANKK1 expression study: uncovering the biological bases of *TaqIA*-associated phenotypes

Daniela Berg (Germany)

Biomarkers of early Parkinson's disease

Eduardo Rodriguez Farré (Spain)

Biomarkers of neurodevelopmental exposure to methylmercury

Isidro Ferrer (Spain)

Methylation of gene promoters in post-mortem brain tissue

STAGING MOOD DISORDERS

Norbert Müller (Germany)

Biomarkers and depression

Thomas N Chase (USA)

Apathy: diagnosis, pathogenesis and experimental therapy

Ian Reid (UK)

Staging antidepressant treatment

Eduard Vieta (Spain)

Bipolar disorders versus schizophrenia in the early phases of psychosis

MOVEMENT DISORDER PROGRESSIONS

Trevor Archer (Sweden)

The MPTP mouse model, factors alleviating Parkinson's illness

Richard M Kostrzewa (USA)

Stereotypic progressions in psychotic behaviour

Kiminobu Sugaya (USA)

Arresting progression of neurodegenerative disorder

Peter Riederer (Germany)

The progression of Parkinson-Alzheimer -Depression triad in the clinic

Friday 16th October

STAGING THROUGH THE LIFE SPAN

Antonio Lobo (Spain)

Staging of cognitive impairment and incidence of dementia: implications for prevention

Celso Arango (Spain)

Longitudinal brain changes in child and adolescent first-episode psychosis

Bitá Moghaddam (USA)

Different cortical mechanisms govern learning in adolescent and adult animals

Patricio O'Donnell (USA)

Adolescent maturation of cortical dopamine

Beatriz Luna (USA)

Maturation of brain systems underlying the development of cognitive control from childhood to adulthood

Aysenil Belger (USA)

The neuronal circuitry of autism

Louk Vanderschuren (Netherlands)

Neurobiology of social reward: insights from play behaviour in adolescent rats

Giovanni Laviola (Italy)

Critical age windows in neurodevelopmental psychiatric diseases: implications for aetiopathology and the development of new therapeutic approach

STAGING PSYCHOTIC DISORDERS

Richard Beninger (Canada)

Antipsychotic medications and memory in newly diagnosed schizophrenic patients

Robin Murray (UK)

Cannabis as an environmental factor having a mental impact at the various stages of schizophrenia

Philip McGuire (UK)

Brain imaging in psychosis early stages: from at risk mental state to first episode

Ralf Pukrop (Germany)

Neurocognitive indicators for a transition to psychosis

José Luis Vázquez-Barquero (Spain)

Clinical outcome following prescribed neuroleptic discontinuation in the Cantabria First Episode Psychosis Clinical Programme (PAFIP Programme)

Anissa Abi-Dargham (USA)

Invitation pending

Saturday 17th October

STAGING COGNITIVE DISORDERS

Klaus Ebmeier (UK)

Imaging markers of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease

Kurt A Jellinger (Austria)

Staging in Alzheimer's disease: implications for diagnosis and treatment

Jennifer L Whitwell (USA)

Changing atrophy patterns with progression from mild cognitive impairments to Alzheimer's disease

Ivan Izquierdo (Brazil)

Mechanisms of memory persistence

Jose María Delgado (Spain)

Functional basis of cognitive processes in transgenic mice

Martin Camarota (Brazil)

Ventral tegmental area regulates the persistent storage of fear-motivated memories

Carlos Acuña (Spain)

Decision making, behavioral supervision and learning

STAGED NEUROPLASTICITY IN NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

Marina Wolf (USA)

Progressive dysregulation of glutamate synapses in addiction

Robert M Post (USA)

Mechanisms of illness progression in the recurrent affective disorders

Peter Kalivas (USA)

Glutamate homeostasis theory of addiction

David Belin (UK)

Mechanisms of cocaine-seeking habits

Anthony A Grace (USA)

Stress, drug abuse, and schizophrenia: common pathophysiological variables underlying dopamine system dysregulation

Charles Bradberry (USA)

Comparative brain chronic changes associated with chronic cocaine self administration

María Ron (Spain)

Invitation pending

9. SESIONES CLINICAS 2008 ¹⁶

- **ABRIL 2009**
 - Día 1: **MiniResidencia de Cobeña**
 - Día 15: **CSM Arganzuela**
 - Día 22: **Infancia y Adolescencia CSM Usera**
 - Día 29: **CSM Carabanchel**

- **MAYO 2009**
 - Día 6: **CSM Usera**
 - Día 13: **UHB 12 Octubre**
 - Día 20: **Unidad de Conductas Adictivas**
 - Día 27: **UHB C.A. Benito Menni**

- **JUNIO 2009**
 - Día 3: **Infancia y Adolescencia CSM Villaverde**
 - Día 10: **Hospital de Día Villaverde**
 - Día 17: **Interconsulta Hospitalaria**
 - Día 24: **Hospital de Día Infanto-Juvenil "Pradera de San Isidro"**

10. REFLEXIONES ¹⁷

• En la Comisión de Asistencia del pasado 26/11/2008 se recogió la inquietud de muchos profesionales del área en relación con el actual momento asistencial de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid (últimos cambios organizativos como el ocurrido en el CSM Carabanchel, grupos de trabajo en curso convocados desde la ORSM e inminente nuevo Plan de Salud Mental, etc...). Para proporcionar elementos de debate y reflexión podemos recoger aquí documentos que planteen con claridad los distintos puntos de vista en juego, como el que a continuación recoge la reciente opinión de la AMSM. Como es normal en una organización democrática deberemos recoger el mayor número de posturas ideológicas, incluyendo lógicamente, la de la Administración. **Hoy aportamos la Carta del Dr. Burgüño (Director de Hospitales de la Cdad. de Madrid a los componentes del Plan de Salud Mental 2009) como respuesta a las críticas vertidas sobre la metodología de elaboración de dicho Plan.** Si alguien conoce otros documentos de trabajo (p.e. de otras asociaciones profesionales o sociedades científicas), puede aportarlas.

CARTA DE LA DIRECCIÓN DE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID A COMPONENTES DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2009

Queridos amigos:

Hemos iniciado el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, en los inicios del otoño del 2008 y estamos haciendo en estos días una revisión de la marcha del mismo, en reuniones llevadas a efecto con los coordinadores de las distintas Comisiones. También hemos tenido reuniones con diversos Grupos de

¹⁶ 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)

¹⁷ 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...

profesionales, de Colectivos representantes de asociaciones de enfermos, de proveedores de servicios, de profesionales y con el Comité Asesor del Plan.

De la revisión que hemos efectuado, sacamos las siguientes conclusiones que es importante que sirvan de guía para la continuación de los trabajos del Plan que deben generar un buen Documento.

1. Independencia y Autonomía. El Plan está ejecutándose, tal como estaba previsto en el orden de conseguir una elevada autonomía por parte de los profesionales, representantes de los diversos colectivos, sin la interferencia de la Dirección de Hospitales, ni de la Dirección de la Oficina. Al mismo tiempo, nos podemos felicitar de la falta de predominio en los objetivos del Plan de ninguna de las múltiples tendencias, todas ellas respetables, en la confección del Plan. Este es el grado de profesionalidad que nos habíamos marcado y que creemos se está consiguiendo, gracias al elevado grado de respuesta de todas las personas implicadas, su celo e intensidad de los trabajos.
2. La Dirección del Proyecto, está llevando la participación plural del mismo y está tratando con responsabilidad que se cumplan los plazos de cada Comisión, para que el Plan sea una realidad sin dilatarse o enfriar a ninguno de los componentes en breve plazo.
3. Alguna Comisión se ha retrasado y ha pedido un mayor tiempo de reflexión que se les concede, siempre que no altere la lógica de un trabajo conjunto. Por lo que ruego se intensifiquen los trabajos por respeto al resto de los Grupos.
4. Se constata defectos de comunicación en algunos criterios que han sido expresados desde mis intervenciones y que en las reuniones han sido aclarados; pero que conviene dejar claro:
 - a. Los objetivos previos por parte de la D. de Hospitales, son los siguientes:
 - i. Integración real, operativa y física de todo el sistema de Salud Mental a la Atención Especializada. Por tanto, entendemos como integración que los Equipos vayan desplazándose, ordenada y paulatinamente a los Centros de Especialidades ó Consultas Externas de los Hospitales, si no existen Centros de Especialidades. Así mismo que la Oficina se traslade, como una Unidad más a las dependencias del SERMAS, para conseguir economías y por supuesto el punto de encuentro con el resto de los Equipos que gobiernan la Atención Especializada.
 - ii. Compartir Historia clínica, con la debida compartimentación de la consecución de un buen substrato en Salud Mental, para lo cual el propio Plan ha de marcar objetivos, individualización de los procesos siguiendo la catalogación que se proponga (DSM 2000; o cualquier otro que sirva para la clasificación de los pacientes y de la actividad de los procedimientos que se realizan o que se proponga realizar).
 - iii. Homologación de procedimientos y tareas, como se está intentando realizar en el resto de especialidades, y como es obvio se ha dado comienzo por las más trascendentes, Salud Mental, Urgencias, Hospitalización Médica, Geriátrica etc.
 - iv. Saber con cuantos efectivos de profesionales y recursos materiales, camas, centros de día, consultorios, centros de rehabilitación y sus contenidos, son necesarios en las nuevas coordenadas de la Sanidad de Madrid.
5. Se constata, igualmente la falta de buena información sobre conceptos, todavía en debate en el seno de la Consejería en cuanto a su implantación, como es la Libertad de Elección. Esta quimera “hipocrática”, ha sido puesta en escena por la Presidencia de la Comunidad de Madrid, y ha sido bien recibida por muchos, y desde luego por mí mismo. Sabemos que la mayor parte de las veces. La libertad está más en salir de un profesional o de un centro que le desagrade al paciente. Seguirá existiendo una planificación geográfica, como es lógica; pero no existe la cautividad de un ciudadano en una red burocrática y administrativa. El enfermo y su familia, son los que toman las decisiones y las eligen entre las alternativas que les propone el sistema sanitario. De otro lado, también todos los profesionales adquieren un alto grado de hegemonía, que es el sentido que pretendo dar al sentir “hipocrático”, mencionado más arriba. Existirán, pues Unidades de atención de todo tipo, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Hospitales cada día más próximos al paciente y su entorno.

6. Consideramos cada día más importante la integración funcional de todos los recursos en el proceso del paciente. Desde la Atención Primaria, con las especialidades, obviamente en Salud Mental estos es clave. Como lo es la relación de los agentes sociales en la detección, el seguimiento y la integración en la sociedad de todas las personas afectadas por un problema de origen psiquiátrico. Este objetivo, es cultural y de calidad de vida, y dejó de ser hace mucho tiempo concepto ideológico político.
7. Mantener e intensificar la independencia de la prescripción de los recursos preventivos, terapéuticos, de apoyo social y de tratamientos en centros de hospitalización en el buen hacer de los profesionales. Y en conjunción con la realidad familiar y social y en un entorno de prevalencia del proceder ético, si es que hubiera que racionalizar los recursos siempre escasos para la demanda, con una valoración que clasifique los pacientes en la espera de alguno de dichos recursos. Sin embargo la gestión de los mismos incumbe a la Dirección de la Atención Especializada y a la Dirección del Programa de Salud Mental. Este grado de separación entre quien tiene la responsabilidad de prescribir y quien tiene la responsabilidad de manejar la Oferta Copn los recursos propios o ajenos ha de ser rigurosamente separado. Ante los ciudadanos es muy necesario que se responsabilice cada uno de su rol. Quien tiene la responsabilidad de prescribir a los pacientes trabaje con independencia de quien tiene la responsabilidad de gestionar los recursos materiales que desde la capacidad de un presupuesto se convierten en bienes de servicios.
8. Valoración del Plan 2003. Desde mis primeras reuniones, he expresado el esfuerzo y respeto al Plan. Parta mi, es obvio que un Análisis de la situación pasa siempre por una reflexión de los antecedentes que permita hacer Proyectos de Futuro. Lo que no me ha parecido razonable y es mi responsabilidad, es someter a equipos y persona a un primer esfuerzo de Valoración y un segundo de nuevas reuniones para el Plan siguiente.
9. El Plan se hace para que permanezca y sirva de avance en la continua mejora de un servicio a la población. Se ha criticado que se proponga un hito temporal. La lógica que emana de una Administración que no admite propuestas de Planes que abarquen tiempos políticos más amplios que aquellos que los ciudadanos conceden a cada Administración. La continuidad o vigencia del Plan a partir del año 2011, dependerá de los responsables que hayan puesto los electores.
10. Desde mi Dirección no ha salido ninguna instrucción de denostar criterios de la Comunidad nacional, e Internacional. La responsabilidad de cada Comunidad Autónoma es gestionar la Sanidad, con los criterios de un Sistema Nacional de Salud, con equidad y con niveles homogéneos. En salud Mental y en otras Especialidades hay que organizar con arreglo a criterios emanados de los Foros nacionales, Sociedades Científicas y obviamente del marco del Consejo Interterritorial, máximo órgano político del Sistema Sanitario de España.
11. Estos son los criterios emanados y emitidos por la Dirección de Hospitales que como es natural, pueden ser objeto de críticas; pero no he llegado a comprender y lo siento que los mismos condicionen actitudes de abandono de una plataforma de análisis y propuestas que podrían ser mejoradas por la universal participación de todas las corrientes. Lo cual no es óbice para felicitar y agradecer a todos los que hasta ahora habéis colaborado con el Plan de Salud Mental del año 2009 de la Comunidad de Madrid.

Con mi mayor agradecimiento:

ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL.
Director de Hospitales de la Comunidad de Madrid
dghospitales@salud.madrid.org

11. INFORMACION PRACTICA ¹⁸

- **Asesoría legal: Departamento de Derecho Farmacéutico y Sanitario de JAUSAS**

El laboratorio Brainpharma ofrece un servicio de consulta jurídica gratuita para profesionales de Salud Mental para consultas jurídicas en relación con nuestra práctica clínica y la atención a nuestros pacientes. Se les puede mandar un correo electrónico y ellos contestan la consulta: aduran@juausaslegal.com (responsable: Ariadna Durán).

Las consultas que sean de interés podemos compartirlas en el Boletín camuflando los datos personales. Algunas consultas se recogen en su boletín: "Doc-Law Newstter" (publicación trimestral de legislación en psiquiatría distribuida por Brainpharma).

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

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

¹⁸ Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

- ¹⁹ **Objetivos del BOLETIN:**
 - Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area 11
- **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
- **Metodología de elaboración (*lo más sencilla y doméstica posible*):**
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (svega.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Usera, se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus *e-mail* las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
- **Forma de distribución:** documento Pdf enviado por *e-mail* a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales de los Servicios de Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)