



# **Memoria de Actividad 2012**

Asistencia  
Docencia  
Investigación

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA B  
Y UNIDADES DE REFERENCIA INSTITUCIONAL  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN  
MADRID



<b>Memoria de Actividad 2012</b>	<b>1</b>
<b>Introducción al Servicio de Psiquiatría B y Unidades de Referencia Institucional</b>	<b>3</b>
1) DESCRIPCIÓN	3
2) MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	4
a) MISIÓN	4
b) VISIÓN	4
c) VALORES	4
3) PERSONAL	4
4) JUNTAS Y COMISIONES	5
<b>Actividad Asistencial Global</b>	<b>5</b>
1. UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE	6
2. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. PROGRAMA ATIENDE	11
3. CLINICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	15
4. UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS SORDAS (USMS)	20
5. PROGRAMAS ESPECIALES	26
a) PROGRAMA ATIICO. Atención integral e intensiva al paciente psicótico crónico	26
b) APOYO AL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS	27
c) UNIDAD DE ACCESO RESTRINGIDO	27
<b>Actividad docente e investigadora</b>	<b>29</b>
1. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid	29
a) Profesores Titulares	29
b) Profesores Asociados	29
c) Profesores colaboradores docentes	29
d) Participación como profesor invitado	29
e) Participación como profesor de master	29
2. Proyección científica	30
a) Comunicaciones	30
b) Ponencias	32
c) Publicaciones	32
d) Proyectos de investigación	36



## **Introducción al Servicio de Psiquiatría B y Unidades de Referencia Institucional**

### **1) DESCRIPCIÓN**

En los últimos años, en la Comunidad de Madrid (CM) en lo referente a la Salud Mental como marco normativo reciente disponemos del Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2010--□2014 de la CM. Este nuevo Plan asume el modelo asistencial establecido por el Plan de Salud Mental precedente (2003-2008) y continúa su desarrollo aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente buscando dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores.

El Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) es una compleja organización que integra tres servicios asistenciales y tres secciones clínicas que intentan afrontar los retos planteados en la CM.

Existen dos servicios de psiquiatría para población adulta: Servicio de Psiquiatría A y Servicio de Psiquiatría B, un Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y por otro lado dependiendo directamente del Departamento aparecen las secciones de Urgencias, Interconsulta y Psicología Clínica. El Servicio de Psiquiatría B incluye las Unidades de Referencia Institucional que comprenden la atención a las víctimas de violencia de género (denominado programa ATIENDE), la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CLINICA TCA) y la Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USMS).

El servicio de Psiquiatría B incluye gran parte del antiguo Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia Institucional y al antiguo Servicio de Psiquiatría 1 constituyendo un dispositivo heterogéneo que comprende no solo la hospitalización psiquiátrica convencional sino una oferta asistencial de tipo psicosocial única en su entorno .



## **2) MISIÓN, VISIÓN Y VALORES**

### **a) MISIÓN**

Proporcionar una asistencia sanitaria integral y de calidad que mejore la salud de la población mediante un modelo asistencial abierto a la sociedad que incluya la atención a grupos minoritarios de especial vulnerabilidad

### **b) VISIÓN**

Conseguir pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional y actualizar unas estructuras de gestión diseñadas hace más de veinticinco años que no responden a la realidad sanitaria actual de la Comunidad de Madrid buscando articular un Servicio clínico inserto en una red de servicios sanitarios y sociosanitarios que comparta los valores de equidad, eficiencia y calidad.

### **c) VALORES**

- Asumir la centralidad del paciente en el proceso asistencial bio-psico-social.
- Asumir el carácter asistencial público, universal y equitativo.
- Asumir el objetivo de la ética asistencial, docente e investigadora.
- Asumir el interés por la mejora en la competencia técnica profesional.

## **3) PERSONAL**

### **Jefe de Servicio**

Dr. Francisco Ferre Navarrete

### **Psiquiatras Adjuntos**

Dr. Fernando García Solano

Dr. Andrés Fernández Cuevas

Dr. Ignacio Basurte Villamor

Dr. Ignacio García Cabeza

Dr. Jose Jaime Melendo

Prof Alfredo Calcedo Barba

### **Psicólogos Adjuntos**



Silvia Holguera

Leticia Camarillo Gutiérrez

Ana García García

Juan Carlos Fraile

### **Supervisor de Enfermería**

Mercedes Panero

### **Personal Administrativo**

Hortensia Dorado

David Perez-Muniáin

## **4) JUNTAS Y COMISIONES**

### Comisión contra la violencia: fecha de creación 26-6-2006

Miembros fundadores:

Alfredo calcedo. Vocal

Josefina mateo. Secretaria y gestora de casos de violencia en hospital.

mayo 2012. Se incorpora: silvia holguera.

### Comisión de Etica Asistencial

Josefina mateo. Vocal representando a trabajo social. Diciembre/06

Alfredo calcedo. Vocal en el periodo 2009-12

### **Actividad Asistencial Global**

En las siguientes páginas se presenta, en primer lugar, la actividad global del Servicio, referida a hospitalización y programas específicos (Atención a Víctimas de Violencia de Género, Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria, Unidad de Salud Mental para Personas Sordas y otros programas especiales de seguimiento.

Se presenta, así mismo, el peso relativo medio de los enfermos dados de alta por el servicio, agrupados en los GRD más frecuentes.




También aparece la actividad asistencial total así como la evolución de los últimos años de la actividad básica.



## 1. UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE

El Servicio de Psiquiatría B y Unidades de Referencia asume en su Unidad de Hospitalización Breve las necesidades de tratamiento hospitalario de la población de los Distritos de Retiro y Moratalaz (más de 230.000 habitantes) así como de los pacientes que están siendo atendidos en sus Unidades de Referencia.

**Ilustración 1. Descripción poblacional de los distritos de Moratalaz y Retiro**

<b>Moratalaz</b>		<b>Retiro</b>	
<b>Distrito de España</b>		<b>Distrito de España</b>	
			
<b>Entidad</b> • País • Barrios	<b>Distrito</b>  España Pavones (14.1) Horcajo (14.2) Marroquina (14.3) Media Legua (14.4) Fontarrón (14.5) Vinateros (14.6)	<b>Entidad</b> • País • Barrios	<b>Distrito</b>  España Pacífico (3.1) Adelfas (3.2) Estrella (3.3) Ibiza (3.4) Jerónimos (3.5) Niño Jesús (3.6)
<b>Superficie</b> • Total	6,34 km <sup>2</sup>	<b>Superficie</b> • Total	5,378 km <sup>2</sup>
<b>Población</b> • Total • Densidad	104.923 hab. 16.549,37 hab/km <sup>2</sup>	<b>Población</b> • Total • Densidad	125.978 hab. 23.424 hab/km <sup>2</sup>
<b>Código postal</b>	28030	<b>Código postal</b>	28007, 28009, 28014



La Unidad de Hospitalización Breve es una unidad cerrada de hospitalización, situada en la segunda planta del Instituto Provincial de Psiquiatría y que cuenta con la siguiente estructura:

- 12 habitación dobles con baño incorporado
- 1 habitación individual de observación con baño incorporado
- WC personal
- Zona sucio/limpio
- Almacén
- Office
- WC asistido para pacientes discapacitados
- Control de enfermería
- Estar de enfermería
- 3 Despachos para entrevistas médicas y psicológicas
- 1 Sala común-comedor para pacientes
- 1 Sala de actividades para pacientes
- Para las consultas externas desarrolladas por los adjuntos de la planta existen dos despachos compartidos en el ala izquierda de la planta baja del Instituto Provincial de Psiquiatría

La plantilla está compuesta por:

- 4 psiquiatras
- 1 psicólogo clínico
- 4 Turnos de Enfermería (Mañana, Tarde y Noche) con 4 enfermeras de plantilla en la mañana
- 4 turnos de auxiliares de enfermería (mañana, tarde y noche) y 3 auxiliares de plantilla de mañana
- 1 Terapeuta Ocupacional a tiempo parcial

Es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo en régimen de hospitalización y atención continuada (24 horas). Esta diseñada para aquellos



casos que, por la gravedad de la sintomatología aguda no pueden continuar recibiendo la atención en su entorno comunitario.

La hospitalización puede ser considerada desde el punto de vista asistencial: programada (dentro de salud mental o Unidades de Referencia) o urgente; y desde el punto de vista jurídico: voluntario o involuntario. Un resumen de la actividad global del Servicio en su Unidad de Hospitalización Breve, se detalla en la

<b>Tabla 1. Resumen de la actividad global del Servicio en su Unidad de Hospitalización Breve</b>	
<b>Altas totales</b>	589
<b>Altas codificadas</b>	589
<b>% Codificación</b>	100%
<b>E.media Bruta</b>	14,16
<b>E.media depurada</b>	11,19
<b>Media diagnósticos</b>	4,02
<b>Media procedimientos</b>	3,59
<b>Peso Medio (AP-GRD's 25.0)</b>	1,17
<b>Estancias 0 días</b>	5
<b>Urgente</b>	556
<b>Programado</b>	31
<b>IC</b>	1,45
<b>IEMA</b>	1,01
<b>Reingresos 0-24 horas</b>	2
<b>Reingresos 0-48 horas 1</b>	6
<b>Reingresos 0-7 días 9</b>	35
<b>Reingresos 0-30 días 22</b>	86
<b>Reingresos + 30 días 38</b>	150
<b>Reing. urg. 0-30 d, misma CDM</b>	58



La oferta asistencial básica es el Tratamiento en régimen de hospitalización a:

- Pacientes con trastornos mentales de los distritos de Retiro y Moratalaz
- Pacientes con trastornos de la conducta alimentaria procedentes de la CLINICA TCA y de la Unidad de Día de Tratamiento Intensivo del Hospital Santa Cristina
- Pacientes en seguimiento en el Programa Atiende que precisan hospitalización

Entre las prestaciones que oferta actualmente se encuentra la acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, derivación con informe de alta y cita en el Centro de Salud Mental correspondiente. Actualmente se desarrollan propuestas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo participe al paciente del proceso terapéutico y con una planificación específica de cuidados de enfermería y educación sanitaria. La Unidad de Hospitalización Breve colabora con las restantes especialidades del hospital. Existen programas específicos como son la Atención integral e intensiva al paciente psicótico crónico, apoyo al servicio de cuidados paliativos y asistencia a la Unidad de Acceso restringido. En la unidad de hospitalización breve, se desarrolla además parte de la docencia pregrado, postgrado y formación continuada, además de investigación.

Se cuenta con Sistema de Información propio del Hospital con Historia Clínica Electrónica, disponible en todos los recursos asistenciales del área geográfica asistencial.


La distribución de las altas de hospitalización en los 15 GRD más frecuentes queda reflejada en la . Así como la estancia media de cada uno de los principales GRD en la Ilustración 2. Destacamos el importante peso promedio (7,11) de los principales GRD, entre los que se encuentra los Trastorno de conducta alimentaria (donde somos unidad de referencia) de importante peso y con una diferencia de más de 6 días respecto a la norma.

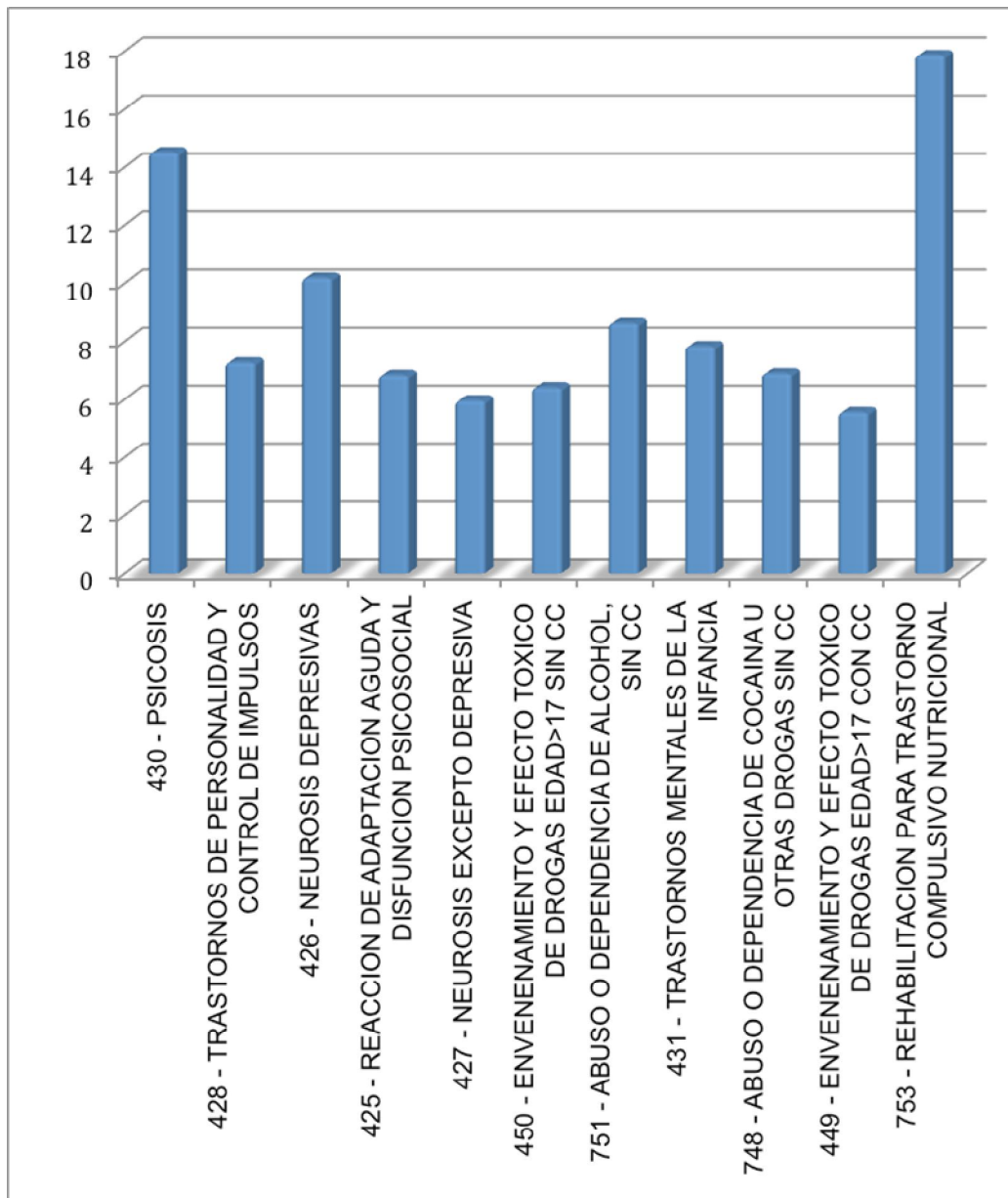


Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS 15 GRD MÁS FRECUENTES

Orden	GRD	Altas	E.Mé debate	Peso Medio	E.Mé debate Norma	Dif. Norma
1	430 - PSICOSIS	257	14,51	13,879	13,81	0,7
2	428 - TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	73	7,27	0,9208	8,03	-0,76
3	426 - NEUROSIS DEPRESIVAS	40	10,19	0,6096	9,98	0,21
4	425 - REACCION DE ADAPTACION AGUDA Y DISFUNCION PSICOSOCIAL	30	6,83	0,6487	7,06	-0,23
5	427 - NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	30	5,96	0,7386	8,58	-2,62
6	450 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	22	6,41	0,5985	5,07	1,34
7	751 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	16	8,63	0,58	7,14	1,49
8	431 - TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	12	7,83	0,7554	7,26	0,57
9	748 - ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	10	6,89	0,7556	10,38	-3,49
10	449 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	9	5,55	0,8468	6,59	-1,04
11	753 - REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	7	17,86	20	23,92	-6,06
12	429 - ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	4	7,5	14,027	8,86	-1,36
13	432 - OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	4	8,75	0,5879	9,45	-0,7
14	745 - ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	4	10,5	0,7337	8,66	1,84
15	582 - LESIONES, ENVENENAMIENTOS O EFECTO TÓXICO DROGAS EXC. TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	3	15,67	23,338	7,9	7,77
<b>Total/Ponderados</b>		<b>521</b>	<b>11,17</b>	<b>7,71</b>	<b>11,09</b>	<b>0,08</b>



Ilustración 2. Estancia media de los principales GRD.



## **2. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. PROGRAMA ATIENDE**

El Programa ATIENDE se inicia en marzo del 2005 para atender a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos en base a un proyecto conjunto desarrollado entre la Consejería de Sanidad y la de Empleo y Mujer, y que



está financiado por el Plan Regional contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.

Desde que se creó hasta la actualidad, se están atendiendo una media anual de **235** casos nuevos de mujeres víctimas de violencia de género con una media de **5.600** intervenciones terapéuticas; y una media de **125** menores atendidos con **4.800** intervenciones clínicas cada año. En muchos de casos se continúa la atención terapéutica de mujeres y menores de años anteriores, por la alta complejidad de la situación, que requieren un seguimiento especializado en éste dispositivo.

**El Programa Atiende** es un servicio asistencial que valora y atiende los problemas de daño emocional que padecen las mujeres con Orden de Protección y sus hijos/hijas. Realiza, además, un seguimiento de los casos que lo requieren, y procede a derivarlos a la instancia adecuada. Las mujeres atendidas reciben un informe clínico que puede ser utilizado para los diferentes procedimientos judiciales, además de para el tratamiento y la derivación de la usuaria a los servicios que precise. En definitiva es una unidad de alta especialización que debe atender a usuarias que han sido víctimas de violencia de género, mujeres acosadas y agredidas sexualmente en el medio laboral.

Estructuralmente se encuentra ubicado en la planta baja del Pabellón de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Dispone de 4 despachos de consulta. Y la oferta asistencial básica consta de:

- Valoración psiquiátrica.
- Valoración psicológica.
- Valoración social.
- Psicoterapia individual
- Tratamiento y seguimiento de los casos de alta complejidad.
- Informes clínicos integrales judiciales o de posible uso legal.



El Programa Atiende menores estuvo ubicado durante 2012 en el Centro de Salud Mental de Retiro, separado del Equipo de Atiende-Mujeres, asegurando de este modo que al citar a los padres para la evaluación no se viole el cumplimiento de las órdenes de protección de las madres. Disponía de dos despachos para consulta; tiene también a disposición la sala de relajación y la salas de grupo. Actualmente ha pasado a depender del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de este Hospital. La plantilla la integran un psiquiatra, una psicólogo y una trabajadora social para la atención a víctimas y durante 2012 una psicólogo infantil y una psiquiatra infantil a tiempo parcial para los menores. Además se cuenta con el apoyo técnico de un auxiliar administrativo a tiempo completo.

La actividad asistencial durante 2012 se describe en la **ilustración 3** y en la **a continuación:**

**Tabla 3. Diagnósticos más frecuentes en las mujeres usuarias**

Sin diagnóstico (V71.09)	38,8 %
Trastorno de adaptación	31,1%
Trastorno de estrés postraumático (309.81)	4,6%
Episodio depresivo (296.23)	4,1%
Trastorno límite de la personalidad	3,6%

### Ilustración 3 Actividad Asistencial ATIENDE 2012

#### PROGRAMA ATIENDE

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acumulado	
<b>Consultas</b>														
Primeras	12	7	13	8	3	12	9	10	3	9	8	6	11	99
	11	18	14	13	12	14	9	22	0	13	9	4	4	132
Sucesivas	12	132	164	167	103	162	137	92	27	123	121	108	89	1.425
	11	140	173	166	130	144	140	98	24	135	147	121	81	1.499
Índice Sucesivas/Primeras	12	18,86	12,62	20,88	34,33	13,50	15,22	9,20	9,00	13,67	15,13	18,00	8,09	14,39
	11	7,78	12,36	12,77	10,83	10,29	15,56	4,45	0,00	10,38	16,33	30,25	20,25	11,36
Consultas de Alta Resolución	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Alta resolución/Primeras con	12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Como Unidad de referencia Institucional que es, ATIENDE mantiene la siguiente actividad de coordinación:

- Seguimiento con el Punto de Coordinación de la Órdenes de Protección de la víctimas de violencia doméstica de la Comunidad de Madrid
- Reuniones de coordinación con el Punto Municipal Madrid, para unificar criterios de actuación sobre usuarias derivadas del Punto Municipal y planificar derivaciones y otras alternativas.
- Coordinación con los 48 Puntos Municipales por escrito al alta de la paciente.
- Coordinación con el Programa MIRA
- Coordinación con CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales)
- Coordinación con Juzgados, jueces, fiscales sobre temas jurídicos que acompañan a las mujeres.
- Coordinación con Policía Local y Nacional. (Unidades de Apoyo a la familia).
- Centros de día de mujeres
- Coordinación con Centros Residenciales de mujeres jóvenes
- Coordinación con Centros de Emergencia
- Coordinación con Casas de Acogida
- Coordinación con IMMF (Instituto Madrileño del Menor y la familia)
- Coordinación con al Oficina de Salud Mental de la Comunidad de Madrid
- Coordinación con otras unidades de salud mental ambulatorias y de hospitalización de la Comunidad de Madrid

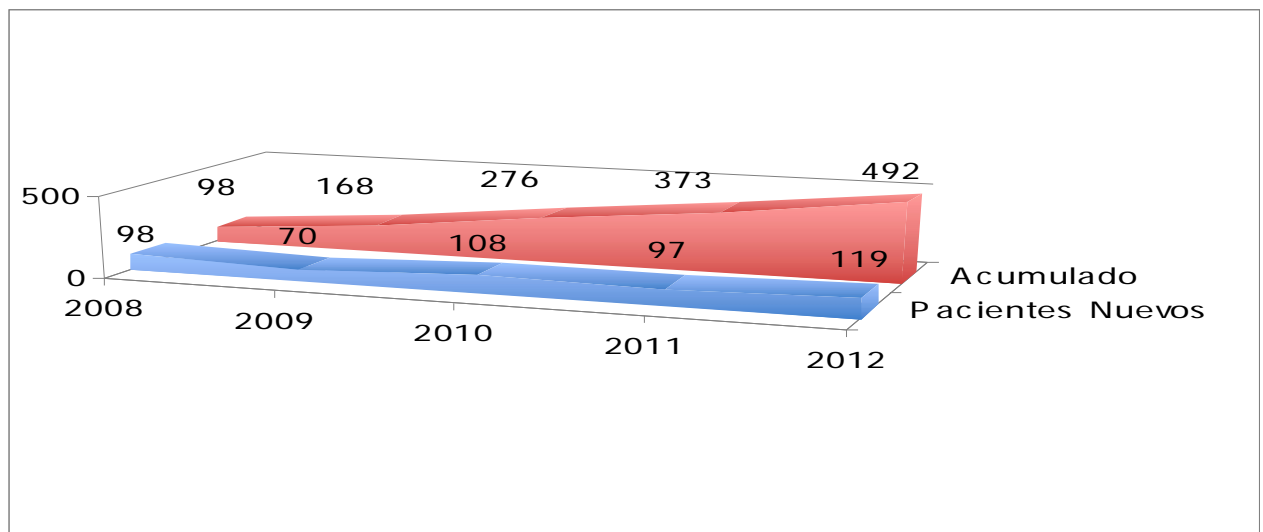


### 3. CLÍNICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, oferta tratamiento integral médico, psicológico y de enfermería a los pacientes con trastornos específicos de la conducta alimentaria (*Anorexia Nerviosa* y *Bulimia Nerviosa*) y otros trastornos no específicos como el *Trastorno por atracón*, entre otros.

Desde su apertura en marzo de 2008, se han atendido un total de 492 pacientes de un total de 577 solicitudes y más de 18.000 intervenciones de distinto tipo. El 14.7% de los pacientes que solicitan asistencia no acuden a la primera cita.

#### Ilustración 4. Evolución asistencial de pacientes nuevos



La dotación de personal que actualmente desempeña las funciones asistenciales de la Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria esta constituido por:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo Clínico
- 1 Enfermera
- 1 Auxiliar de enfermería



Entre la **Cartera de servicios** que ofertamos se incluyen los siguientes servicios asistenciales:

- Evaluación, diagnóstico y diagnóstico diferencial
- Tratamiento farmacológico
- Terapia individual y grupal
- Educación para la salud y alimentación saludable
- Intervenciones familiares, información, apoyo y psicoeducación.
- Tratamiento médico integral de las distintas especialidades médicas (Nutrición, Ginecología, Digestivo,...)
- Coordinación con profesionales responsables del paciente en su dispositivo asistencial de distrito (MAP y Psiquiatra de zona), de hospitalización completa (Unidad específica del Hospital Ramón y Cajal, UHB de Hospital Gregorio Marañón y hospitales de referencia), de hospitalización parcial (Hospital de día de Santa Cristina).
- Docencia pregrado, postgrado y formación continuada
- Investigación

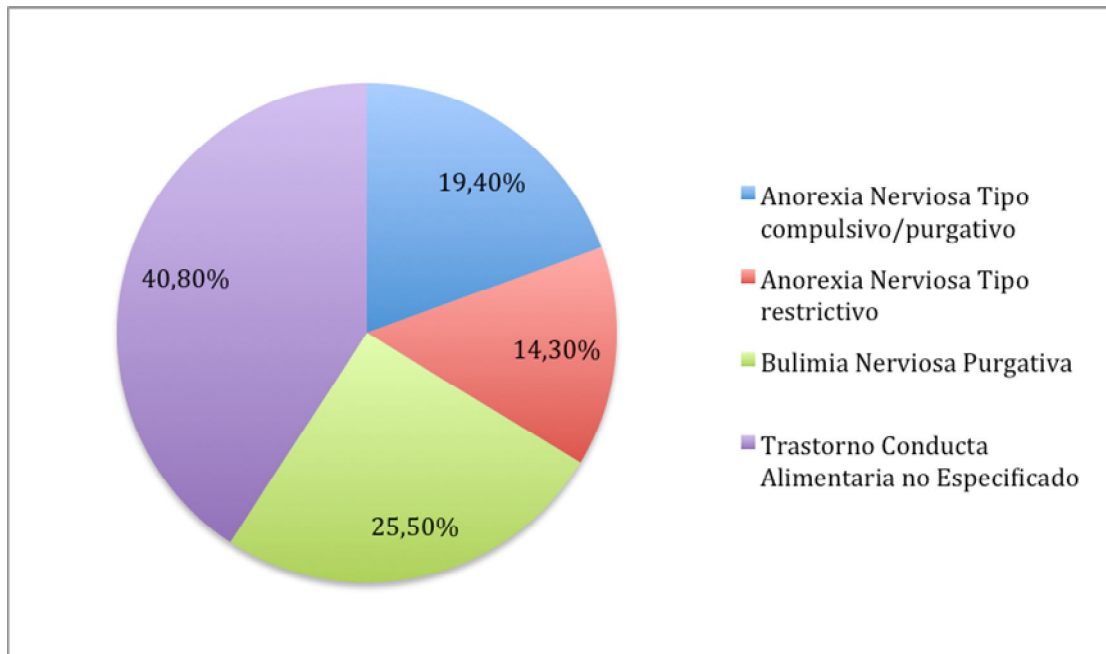
Todos los pacientes en tratamiento acuden a consultas individuales, psiquiátricas, psicológicas y de enfermería. Se establece un programa de tratamiento integral individualizado inicial, que se adapta a las necesidades de los pacientes y sus familiares durante toda su evolución.

**El perfil del paciente que acude a la Clínica de TCA**, es una paciente **mujer (97%)**, de edad media de **26 años**, más de la mitad con **estudios universitarios** o equivalentes (53,9%), fundamentalmente **estudiante** (31,2%), seguidos por trabajadores por cuenta ajena (un 26,9%) y desempleados (19,4%). El diagnóstico clínico más frecuente es el de **Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (40,8%)**, seguido de bulimia nerviosa de tipo purgativo (25,5%), anorexia nerviosa de tipo purgativo (19,4%) y anorexia nerviosa restrictiva (14,3%). Cabe destacar dentro del grupo de los no



especificados el Trastorno por atracón, aunque el **68,1% de los pacientes que acuden presentan vómitos al inicio del tratamiento como conducta compensatoria más frecuente.**

**Ilustración 5. Distribución diagnósticos clínicos de la Clínica de TCA**



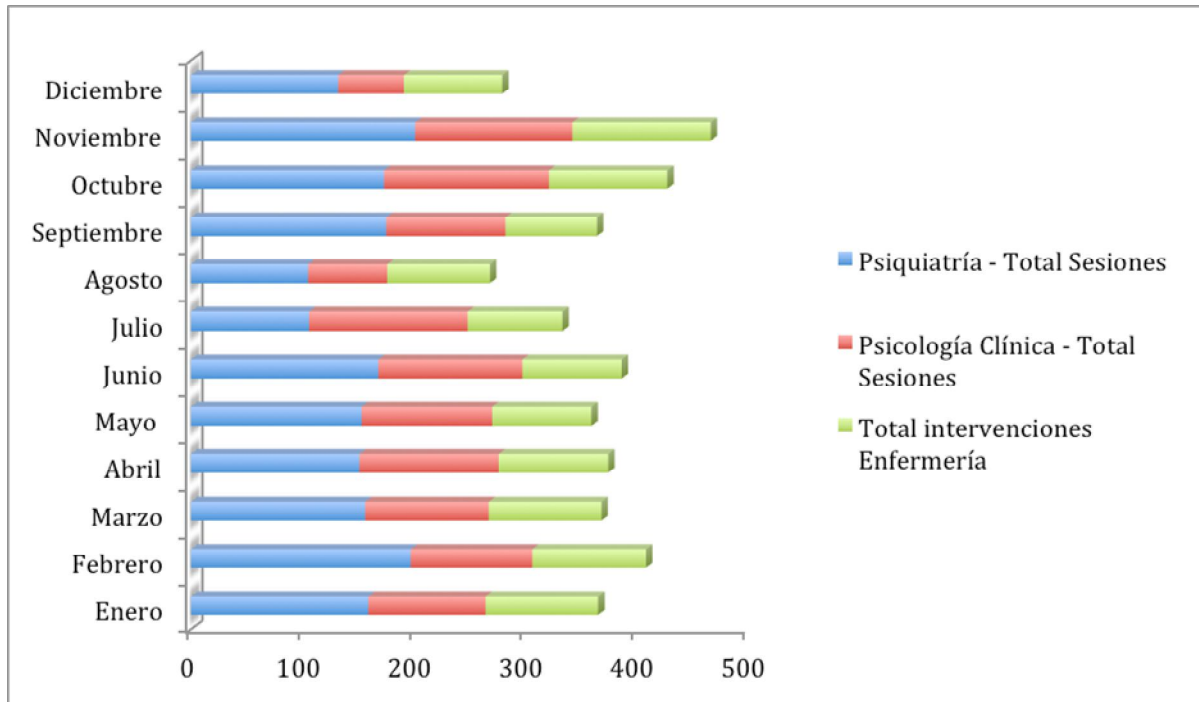
Durante 2012, se han realizado un total de **4397 intervenciones**, que podrían desglosarse de la siguiente manera:

- **Consultas individuales:**

- *Consulta individual de Psiquiatría.* Durante el 2012 se han atendido **119 pacientes nuevos** y **1.679 revisiones**.
- *Consulta individual de Psicología Clínica.* Durante el 2012 se han realizado un total de **928 intervenciones individuales**.
- *Consulta individual de enfermería.* Centrada fundamentalmente en educación para la salud, establecimiento de dieta saludable, y valoraciones periódicas. Durante el 2012, se han realizado un total de **119 valoraciones iniciales** y un total de **948 valoraciones periódicas**.



Ilustración 6. Asistencias mensuales de la Clínica de TCA



- **Tratamientos grupales:** Durante el 2012, se han llevado a cabo **3 grupos de psicoterapia**, con distintos perfiles de pacientes, con frecuencia semanal. Sumando un total de **555 intervenciones grupales**. Se han mantenido los tres perfiles grupales que se venían desarrollando.

- *Grupo de psicoterapia en pacientes multi-impulsivos.*
- *Grupo de psicoterapia en pacientes de curso evolutivo del trastorno < 7 años.*
- *Grupo de psicoterapia en pacientes con sintomatología predominantemente restrictivas.*

- **Seminario formativo de educación nutricional y alimentación saludable:** Los pacientes recién incorporados y sus familiares en un mes natural, acuden a seminario formativo de educación nutricional y alimentación saludable al final del mismo (último viernes de cada mes). Se ha impartido a un total de **95 pacientes y familiares interesados**.



- **Clínica del K+:** Los pacientes con conductas purgativas, realizan un seguimiento intensivo de control electrolítico. Se establecen dos grupos de controles, uno semanal (todos los lunes) y otro mensual (primer viernes de cada mes). Se realiza monitorización electrolítica dependiendo de la situación clínica del paciente con carácter semanal o mensual. Hasta Octubre de 2012, se han realizado un total **419 controles analíticos** dentro de esta clínica, incluidos los controles periódicos establecidos semestral y anual. Independiente, se establece un **protocolo inicial de valoración analítica en número total de 116.**
- Se ha iniciado un nuevo **programa de seguimiento y valoración terapéutica al alta.** Su objetivo fundamental es realizar un seguimiento y complementarlo con una evaluación periódica tras el alta para hacer una valoración global del mismo. Otro objetivo secundario es el mejorar la calidad percibida de continuidad de cuidados y mantenimiento de adherencia y accesibilidad en caso de recaídas/reagudización.



#### **4. UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS SORDAS (USMS)**

La USMS, de **referencia para toda la comunidad de Madrid, y única en España**, se pone en marcha en Enero de 2002, debido a la necesidad real que tiene el colectivo de personas sordas de recibir una **atención especializada en el área de la salud mental**, tanto por la mayor incidencia de trastornos mentales, como por unas especiales características comunicativas que imponen, en la mayoría de los casos, la utilización de sistemas de comunicación alternativos a la lengua oral y fundamentalmente la Lengua de Signos Española (LSE).

El trabajo de la USMS es fundamentalmente de carácter ambulatorio aunque también se ocupa de los pacientes Sordos que son ingresados en la UHB psiquiátrica de éste hospital.

La Unidad está dirigida fundamentalmente al conjunto de personas sordas profundas prelingüísticas aunque se trabaja con personas con otros grados de pérdida auditiva y diferentes edades de aparición de la sordera que padecen trastornos mentales y/o de conducta y que por sus dificultades comunicativas o por usar un lenguaje diferente (generalmente la Lengua de Signos Española), se considere que no puedan ser atendidos adecuadamente por los servicios de salud mental de su área.

Lo que realmente hace que la USMS sea una **unidad de carácter específico**, no es solo lo que se hace, sino cómo se hace. Nuestra especificidad reside tanto en el colectivo al que nos dirigimos, tal y como hemos mencionado anteriormente, como en facilitar al máximo la accesibilidad a las Personas Sordas. **Flexibilidad y accesibilidad son los principios básicos de actuación**, y se hacen patentes durante todo el proceso, desde que la persona recibe información sobre la USMS hasta que se concluye la intervención.



Nuestro objetivo es **ofrecer una atención al paciente integral y de calidad.**

Desde el punto de vista estructural la unidad cuenta con una distribución de los despachos de forma que se conjuga la *privacidad y confidencialidad* con *espacios abiertos visualmente accesibles.*

Se decidió dotar a la Unidad de espacios más amplios de los habituales por motivos de comunicación. Según la experiencia de otros países, se sabe que el trabajo con personas sordas *requiere entre 1,5 y 2 veces más espacio físico que con las personas oyentes*, porque su comunicación tiene lugar principalmente a través de la lengua de signos. Los usuarios de este lenguaje deben mantener una cierta distancia entre sí para no perder información y conseguir una comunicación efectiva. Además, debe haber espacio suficiente para trabajar con familiares, intérpretes, etc. En estos casos es imprescindible situar a los interlocutores en círculo con el fin de asegurar un contacto visual sin interferencias.

El espacio clínico debe estar *protegido de ruidos y vibraciones*, puesto que éstos factores pueden afectar a la capacidad de atención del paciente e interferir en el proceso de comunicación, especialmente en el caso de personas con restos auditivos o con lenguaje de signos o lenguaje oral pobre.

Se ha dotado a la USMS de un *entorno que facilita la percepción visual*, en los despachos y en la sala de grupos se han utilizado colores suaves y lisos en las paredes y cortinas, con lo que se consigue un “contexto visual silencioso”, es decir, libre de interferencias.

El mobiliario está dispuesto de forma que el paciente sordo pueda ver la puerta desde su silla y evitando que las ventanas queden de frente para evitar contrastes de luz o áreas de sombras.



El despacho destinado al trabajo clínico, consta de dos espacios diferenciados, dependiendo de la actividad a realizar y de las características del paciente:

El espacio con la mesa de trabajo: para entrevistas de valoración que requieran la utilización de una mesa para escribir.

Sin embargo, las *zonas comunes han de ser más abiertas y visuales*, con un suelo capaz de *transmitir la vibración*. Cuando se requiere llamar la atención de una persona sorda que está a cierta distancia o no nos está mirando, es necesario utilizar otros canales distintos a los estímulos acústicos, y en este caso la percepción de vibración en el suelo es un modo habitualmente utilizado por las personas sordas.

Todos los espacios tienen una *buena iluminación libre de sombras o grandes contrastes de luz*. Este es un factor especialmente importante, si recordamos que un importante número de personas sordas tienen, además, problemas de visión importantes.

La plantilla consta de una psicólogo clínico y una trabajadora social signantes de LSE y un psiquiatra a tiempo parcial.

Nuestra oferta asistencial básica comprende:

- Valoración Psicosocial del paciente.
- Evaluación y Diagnóstico.
- Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico (individual y grupal).
- Derivación, coordinación y seguimiento a los recursos asistenciales adecuados a las necesidades del paciente.
- Orientación sobre recursos sociosanitarios, educativos, laborales, asociativos...
- Coordinación de proyectos de voluntariado para promover el apoyo a pacientes de la Unidad.
- Orientación y apoyo a profesionales de otros servicios y/o centros



La actividad asistencial desarrollada desde su apertura contabiliza aproximadamente 600 pacientes y han generado casi 10.000 revisiones.

En 2012 vemos en la ilustración 7:

### Ilustración 7

Consultas														
Primeras	12	8	8	8	3	12	7	12	5	6	7	2	7	85
	11	6	7	7	3	2	2	3	4	2	4	3	4	47
Sucesivas	12	98	92	102	86	76	86	61	60	78	99	71	68	977
	11	80	86	99	84	104	89	71	52	12	52	70	67	866
Índice Sucesivas/Primeras	12	12,25	11,50	12,75	28,67	6,33	12,29	5,08	12,00	13,00	14,14	35,50	9,71	11,49
	11	13,33	12,29	14,14	28,00	52,00	44,50	23,67	13,00	6,00	13,00	23,33	16,75	18,43
Consultas de Alta Resolución	12	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	2	8
	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Alta resolución/Primeras con	12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,60	0,00	0,14	0,00	0,29	0,09
	11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

El diagnóstico más frecuente (27%) es el de Trastorno Adaptativo – lógico pues refleja las dificultades de una persona sorda en una sociedad oyente- , luego le siguen los trastornos de ansiedad y la depresión. El 74% de los atendidos son sordos prelocutivos , es decir nunca oyeron ni hablaron, y el 22% postlocutivos. El 70% son signantes de la Lengua de Signos Española y el 21% podían utilizar la lengua oral.. El 36 % tenían otra discapacidad además de la sordera.

### Relaciones institucionales de la Unidad:

Desde la USMS se mantiene una relación constante con otros profesionales e instituciones que trabajan con nuestros pacientes en función de las diferentes áreas:

- Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid
- Asociacionismo de Sordos
- Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid
- Femapas: asociación de padres y amigos de las personas sordas



- CNSE: Confederación estatal de personas sordas

En relación al movimiento asociativo trabajamos en conjunto en la coordinación de algunas actividades como:

- Grupos de Lectura Labial dirigidos fundamentalmente a personas sordas postlocutivas.
- Actividades para padres y madres oyentes con hijos sordos
- Actividades para personas sordas adultas p.e: servicios de formación y empleo específicos,
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Cursos de alfabetización y aprendizaje de la lengua de signos española.

Especialmente relevantes son también las colaboraciones con entidades del ámbito de la salud mental y la sordera, nacionales e internacionales. Tanto la **Sociedad Española para la Sordera** y la **Salud Mental como la European Society for Mental Health & Deafness (ESMHD)** prestan su apoyo y asesoramiento a la USMS. Se participa activamente en las iniciativas formativas de ambas entidades, por ejemplo con la presentación de comunicaciones en congresos y conferencias así como con la publicación de artículos en el *International Journal for Mental Health & Deafness* [www.ijmhd.org](http://www.ijmhd.org)

#### Proyectos Europeos:



Desde Octubre de 2011, la USMS, participa junto a 17 centros de 10 países, en el **Proyecto Europeo SensAge** 517916- LLP - 1 - 2011 - 1 - FR GRUNDTVIG - **GNW/ Grundtvig Network Proposal Lifelong Learning Needs for Ageing People with Sensory Disabilities**. Financiado por la Comisión Europea. El proyecto, de tres años de duración, tiene como objetivo principal ser un punto de referencia en la Unión Europea impulsando que a través de los aprendizajes a lo largo de la vida las



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

**Servicio de Psiquiatría B y Unid.Ref.Institucional**

personas mayores con discapacidad sensorial puedan mantener su independencia y mejorar su calidad de vida.



## **5. PROGRAMAS ESPECIALES**

### **a) PROGRAMA ATIICO. Atención integral e intensiva al paciente psicótico crónico**

ATIICO es un programa específico para pacientes psicóticos, no afectivos que no consiguen adherirse a la Red de Salud Mental. El equipo ATIICO interviene durante el ingreso evaluando y seleccionando al paciente ingresado de mayor riesgo y gravedad. Tan pronto como un paciente se va de alta entraría a formar parte del programa, sin listas de espera, permitiendo aprovechar la relación terapéutica establecida durante el ingreso para favorecer su adherencia al programa.

Desde el principio el paciente entrara en contacto con el equipo del centro de salud mental correspondiente para orientar el objetivo final que es su adherencia al programa de continuidad de cuidados de dicho centro.

Al implicar a la familia es más fácil saber cuáles son sus problemas y los recursos disponibles. Se presenta la posibilidad de comprender, tanto las necesidades del paciente como las de la familia, para el apoyo futuro. Durante la intervención familiar no sólo debemos formular el problema sino también hacer planes claros y flexibles para el futuro más inmediato, recalcando siempre la posibilidad de un contacto cercano y continuado.

En caso de que la contención ambulatoria sea imposible por riesgo de conductas auto o heteroagresivas o bien porque el paciente se niegue a recibir tratamiento, los ingresos desde el propio programa evitarán el a veces difícil proceso de la intervención en la urgencia y sobre todo mantendrá la continuidad en el tratamiento.

La aparición de nuevos fármacos de acción prologanda, algunos con posibilidad de tratamiento mensual, supone una herramienta más que pueda



favorecer la adherencia al tratamiento, imprescindible para el control de los síntomas e implantar otro tipo de intervenciones.

Implementamos una *psicoterapia de grupo* orientada al apoyo. La psicoterapia de grupo se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual y en algunos casos más aún, aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global pero con un coste-beneficio mayor. Además el grupo presenta una serie de singularidades que lo hacen especialmente útiles en este tipo de paciente.

### **b) APOYO AL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A finales del 2012 este Servicio ha asumido el Programa de Enlace e interconsulta a los pacientes hospitalizados del Servicio de Cuidados Paliativos de este hospital. Las Unidades de Cuidados Paliativos son contextos clínicos de alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica en sus pacientes (hasta el 90% según algunos autores) y en sus familiares cuidadores. Con el apoyo de dos psicólogos clínicos y un psiquiatra a tiempo parcial se ha implementado un programa de enlace en el que se oferta interconsulta a pacientes y familiares así como la integración de nuestros profesionales en el Servicio de Cuidados Paliativos acudiendo de forma periódica a reuniones de equipo de dicho Servicio.

### **c) UNIDAD DE ACCESO RESTRINGIDO**

La Unidad de Acceso Restringido es una unidad asistencial polivalente, donde ingresan pacientes de cualquier especialidad médica, quirúrgica y también de psiquiatría. Los pacientes que ingresan lo hacen a cargo de los diferentes servicios asistenciales concernidos en función de la patología. Los médicos de cada servicio se desplazan a la U.A.R. para realizar la asistencia. Para acceder a esta Unidad los pacientes son derivados por los servicios médicos de los distintos centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid. El caso es valorado por el médico de guardia de la especialidad correspondiente y procede al ingreso si está indicado. En el caso de los pacientes psiquiátrico



este Servicio se hace cargo de su tratamiento durante su estancia en la U.A.R. Concretamente el Prof Alfredo Calcedo , director del Master de Psiquiatría Legal, asume la coordinacion de esta asistencia psiquiátrica. Durante 2012 ingresaron a cargo de Psiquiatría 25 pacientes.



## **Actividad docente e investigadora**

### **1. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid**

#### **a) Profesores Titulares**

- b) Prof. Alfredo Calcedo Barba Presidente Sociedad Española de Psiquiatría Legal ([www.psiquiatrialegal.org](http://www.psiquiatrialegal.org))

#### **c) Profesores Asociados**

- Dr Francisco Ferre Navarrete
- Dr Ignacio García Cabeza

#### **d) Profesores colaboradores docentes**

- Dr. Ignacio Basurte Villamor, Curso lectivo 2011/2012 y 2012/2013.
  - Trabajo fin de grado: “Repercusión funcional y de calidad de vida en pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria y TDAH”. Campos Segovia, A; Fernández Palacios, CN; Juan Pérez, Cecilia. Dirigido por: Ferre Navarrete, F; Basurte Villamor, I. Curso lectivo 2012/2013.
  - Miembro del Comité Organizador de las XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Octubre de 2012. Madrid.
  - “CONCURSO NACIONAL DE CASOS CLÍNICOS EN PATOLOGÍA DUAL”. Coordinador del Comité Científico. XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Octubre de 2012. Madrid.

#### **e) Participación como profesor invitado**

Dr Francisco Ferre es profesor del ciclo formativo del Instituto de Formación de Cofares, en el módulo Adultos Mayores

#### **f) Participación como profesor de master**

Dr Ignacio García Cabeza:



- Profesor Master de Psiquiatría Legal (Universidad Complutense de Madrid) durante el curso académico.
- -Curso “Psicoterapia de grupo con el paciente psicótico” Profesor, 15 horas. Fundación Manantial
- -Jornada de Formación de Residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica (Unidad Docente del Hospital Royo Villanova). “Psicoterapia de grupo en la psicosis” (6 horas lectivas).
- -Miembro del comité asesor del curso “Biografía, familia, narrativa y psicoterapia de la psicosis” y taller “LA organización de espacios psicoterapéuticos grupales en los servicios públicos: un lugar para la psicosis. Concepción iterativa de grupo”. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis .  
Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con 3,8 créditos (expediente 12-8297)

Prof Alfredo Calcedo Barba

- Director del Master en Psiquiatría Legal de la UCM
- - Todas las plazas cubiertas para la nueva edición.

Dr Francisco Ferre

- Máster de Cuidados Paliativos y tratamiento de soporte del enfermo oncológico del Hospital La Paz- Universidad Autónoma de Madrid
- Máster de Urgencias Psiquiátricas de la Universidad de Alcalá de Henares

## **2. Proyección científica**

### **a) Comunicaciones**

- “UTILIDAD DEL AUDIT EN UNIDAD MONOGRÁFICA DE TCA “. Mario de Matteis, Marta Bravo Sánchez, Vanesa Crespo, María del Juncal Sevilla Vicente, Francisco Ferre Navarrete, Ignacio Basurte Villamor. XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Octubre de 2012. Madrid.



- -XXV Congreso de Salud Mental AEN (Junio, 2012). Laorden Nieto A, Vicente I, Del Amo V, García Cabeza, I, De Portugal E. Diferencias en la Cognición Social entre el Trastorno Delirante y la Esquizofrenia Paranoide (poster).
- -XXV Congreso de Salud Mental AEN (Junio, 2012). Vicente I, Laorden Nieto A, Del Amo V, De Portugal E, García Cabeza, I. Influencia de los acontecimientos traumáticos en la infancia en las anomalías cognitivas, perceptivas y emocionales implicadas en la patogénesis de las psicosis delirantes del espectro paranoide (poster).
- -V Congreso de la Federación de Asociaciones de Neuropsicología Española (Octubre, 2012). García Cabeza, I. Diferencias en el funcionamiento neurocognitivo entre controles sanos, trastorno delirante y esquizofrenia paranoide (poster).
- -XVII Curso Anual de Esquizofrenia (Noviembre 2,012). Román Avezuela N., Este Díaz N, del Valle Martín M., Donarco Manrique L, Miguélez Fernández C, García Cabeza, I. Tratamiento de hepatitis C y psicosis: a propósito de dos casos clínicos (poster).
- -IV Congreso de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. García Cabeza, I. Aspectos específicos y diferenciales de la terapia grupal en la psicosis (ponencia). Octubre, 2012.
- -VI Encuentro Hispano-Luso de Adherencia Terapéutica.(Octubre, 2012). Vicente I, Sánchez Ayuso MJ, Laorden Nieto A, Del Amo V, De Portugal E, García Cabeza, I. “Cognición y adherencia en la esquizofrenia paranoide” (poster).
- Calcedo Barba A. “Evaluación de la capacidad de conducción de vehículos y de uso de armas” Conferencia en el XXI Congreso Nacional de Psiquiatría Legal, organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Pamplona 27 a 29 de junio de 2012. (NACIONAL)
- Calcedo Barba A. Conferencia “Legal and forensic psychiatry in Spain (historical bits)” en el “Annual Meeting of the Ghent Group for Forensic Psychiatry” organizado por el Ghent Group en Barcelona, 19 al 22 de septiembre de 2012. (INTERNACIONAL)



- Calcedo Barba A.: “Aspectos legales de las medidas de contención en ancianos” ponencia en las XVII Jornadas de Actualización en Psicogeriatría organizadas por el Hospital Sagrat Cor de Martorell Barcelona el 10 y 11 de mayo de 2012. (NACIONAL)

## **b) Ponencias**

- “EL DESAFÍO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”. Basurte Villamor, I. XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Octubre de 2012. Madrid.
- PRESENTACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA “PATOLOGÍA DUAL Y PSICOSIS: UN DESAFÍO EN LA CLÍNICA DIARIA”. Basurte Villamor, I. XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Octubre de 2012. Madrid.

## **c) Publicaciones**

### *Libros*

- Szerman N, Torrens M, Basurte I, Ramírez J, Martínez-Raga J. "Patología dual y Psicosis: un desafío en la clínica diaria". Edita: Enfoque Editorial S.C. 2012. ISBN: 978-84-939654-6-4

### *Comunicaciones*

- Influence of childhood trauma in the cognitive biases implicated in pathogenesis of Delusional Disorder.21st European Congress of Psychiatry. EPA. 2013Nice Acropolis. Congress Venue.Niza, Francia.Póster.
- Cognitive and emotional anomalies implicated in pathogenesis of delusional idea in Delusional Disorder.21st European Congress of Psychiatry. EPA. 2013Nice Acropolis. Congress Venue.Niza, Francia.Póster.



- Clinical and neuropsychological predictors of global functioning in Paranoid Schizophrenia. 21st European Congress of Psychiatry. EPA. 2013 Nice Acropolis. Congress Venue. Niza, Francia. Póster.
- Differences in neurocognitive functioning between healthy Controls, Delusional Disorder and Paranoid Schizophrenia. 21st European Congress of Psychiatry. EPA. 2013 Nice Acropolis. Congress Venue. Niza, Francia. Póster.
- Cognición y adherencia en la Esquizofrenia Paranoide. IX Encuentro ADHES. VI Encuentro Hispano-Luso de Adherencia Terapéutica. 2012 Palacio de Congresos de Las Palmas de Gran Canarias Las Palmas de Gran Canarias Póster.
- Diferencias en el funcionamiento neurocognitivo entre Controles sanos, Trastorno Delirante y Esquizofrenia Paranoide. Congreso FANPSE. V Congreso Nacional de Neuropsicología. 2012 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Póster.
- Diferencias en la Cognición Social entre el Trastorno Delirante y la Esquizofrenia Paranoide. Congreso AEN Tenerife. 2012 Centro de Congresos Magma. Tenerife. Póster.
- Influencias en los acontecimientos traumáticos en la Infancia en las anomalías cognitivas, perceptivas y emocionales implicadas en la patogénesis de la psicosis delirante del espectro paranoide. Congreso AEN Tenerife. 2012 Centro de Congresos Magma. Tenerife. Póster.

### *Artículos*

- [Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services]. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Adicciones. 2013;25(2):118-27. Spanish.



- Rethinking Dual Disorders/Pathology. Szerman N; Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M. Addictive Disorders & Their Treatment. 2013 Mar;12(1).
- Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. Actas Esp Psiquiatr. 2013 Mar-Apr;41(2):122-9. Epub 2013 Mar 1.
- Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012 Oct 30. doi:pii: S1888-9891(12)00185-1. 10.1016/j.rpsm.2012.09.002. [Epub ahead of print] English, Spanish.
- Factors contributing to the utilization of adult mental health services in children and adolescents diagnosed with hyperkinetic disorder. Blasco-Fontecilla H, Carballo JJ, Garcia-Nieto R, Lopez-Castroman J, Alegria AA, Basurte-Villamor I, Sevilla-Vicente J, Navarro-Jimenez R, Legido-Gil T, Morant-Ginestar C, Jimenez-Arriero MA, Saiz-Ruiz J, Baca-Garcia E. ScientificWorldJournal. 2012;2012:451205. doi: 10.1100/2012/451205. Epub 2012 Apr 30.
- Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. Subst Use Misuse. 2012 Mar;47(4):383-9. doi: 10.3109/10826084.2011.636135. Epub 2012 Jan 4.
- -García Cabeza I. Prefacio. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.



- -González de Chávez M, Fraile JC, García Cabeza I. Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.
- -García Cabeza I, González de Chávez M. Factores terapéuticos e insight en terapia de grupo ambulatoria para pacientes diagnosticados de equizofrenia. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.
- -García Cabeza I, González de Chávez M. Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.
- -Kalla O, Aaltonen J, Wahlström J, Lehtineen V, García Cabeza I, González de Chávez M. Duración de la psicosis no tratada y sus correlatos en un primer episodio de psicosis en Finlandia y en España. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.
- -García Cabeza I, González de Chávez M, Factores terapéuticos en grupos de pacientes con psicosis. En: 25 años de psicoterapia de grupo de la psicosis. González de Chávez (ed). Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid, 2012.
- Goethals, K., Gunn, J., **Calcedo-Barba, A.**,: Selling forensic psychiatry: recruiting fo rthe future, establishing services. Criminal Behavior and Mental Health 22(4): 261-270 (F.I.: 1,277 – 2012)
- Rubio G, Marín J, Ferre F et al.: Psychopathologic differences between cannabis-induced psychoses and recent-onset primary psychoses with abuse of cannabisCompr Psychiatry AÑO: 2012 1063-70



- Ferre F; Vilches Y. Diagnóstico y tratamiento del insomnio  
MEDICINE(ESP) 2012 , 11:1406-11
- Baldwin DS, Allgulander C, Bandelow B, Ferre F, Pallanti S An  
international survey of reported prescribing practice in the treatment of  
patients with generalised anxiety disorder. World J Biol Psychiatry.  
2012; 7 :510-16

#### **d) Proyectos de investigación**

- 2012 TÍTULO DEL PROYECTO: "A randomized, double-blind study comparing the efficacy and safety of trazodone OAD and venlafaxine XR in the treatment of patients with Major Depressive Disorder" Protocol code "039(C)SC11063. ENTIDAD FINANCIADORA: Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco- ACRAF S.p.A. IP: Ignacio Basurte Villamor
- TÍTULO: EVALUACIÓN DAÑO CEREBRAL (CHEMOBRAIN) ASOCIADO AL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACION MAPFRE PUESTO DESEMPEÑADO: Coordinador-2014 COLABORADORES: Chiclana G, Lopez C, Jerez Y, Marquez I, Massarrah T, Lizárraga S y Martín M (investigador principal)
- TÍTULO: Does inpatient care cost increase in General Medical & Surgical patients with GAD?. ENTIDAD FINANCIADORA: Educational Grant Pfizer Europe PUESTO DESEMPEÑADO: IP INICIO/ FINALIZACIÓN 2012-2014 COLABORADORES: Quintero J (Hosp. Vallecas); Correas j (Hosp. Henares); Rubio G (Hosp. 12 Oct) Díaz Marsá M (Hosp. Clínico) Montes JM (Hosp. Arganda), Iceta M (Hosp. Infanta Sofía) y Alamo C (Hosp Infanta Cristina)
- TÍTULO: VARIABLES CLÍNICAS IMPLICADAS EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAINA ATENDIDOS EN LA RED DE DROGAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID ENTIDAD FINANCIADORA: IX Edición del Premio de Investigación en Prevención en Drogodependencias de la Agencia Antidroga PUESTO DESEMPEÑADO: Coordinador INICIO/ FINALIZACIÓN 2008-



2012COLABORADORES: Rubio G Hosp. 12 Oct. CAD Y CAID Agencia  
Antidroga Madrid

**Servicio de Psiquiatría B y Unidades de Referencia Institucional**

**C/ Ibiza, 43, Planta baja**

**28009 Madrid**

**Teléfono: 91-5868137**

**Fax: 91-4265244**

**Madrid, 20 de julio de 2013**