

Predominio del uso estigmatizante del término esquizofrenia en la prensa actual.

Aida Mallorquí Marcos ,PIR, Psicología Clínica
Laura Parareda Mendieta, MIR, Psiquiatría
Marcelo Coelho Acuña ,MIR, Psiquiatría
Pilar Oliveras Mach ,Supervisora d'infermeria Servei de Rehabilitació
Cristina Gisbert Aguilar, Psiquiatra, Cap de Servei de Rehabilitació

Servei de Rehabilitació psiquiàtrica. Parc Hospitalari Martí i Julià. IAS. Salt. Girona

RESUMEN:

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo analizar el uso de la palabra "esquizofrenia" en la prensa escrita general durante los años 2009 y 2010.

Método: A través de la base de datos del diario "El Punt" se seleccionaron todos aquellos artículos que contenían la palabra esquizofrenia. A continuación se consensuó entre los autores y de acuerdo a publicaciones previas un sistema de categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas que comprendiera todos los usos de la palabra esquizofrenia.

Resultados: Se obtuvieron un total de 146 artículos. De la categorización realizada se destaca el uso de la palabra esquizofrenia como metáfora con connotación negativa (47%) con aparición en contextos políticos y deportivos. Asimismo un 25% de los artículos relacionaban violencia y esquizofrenia. Un 8% del total empleaba el término esquizofrenia con connotación positiva (creatividad, arte). Finalmente un 14% de los artículos fueron categorizados como divulgación científica y un 6% como intervenciones biopsicosociales.

Discusión: El predominio destacado del uso erróneo de la palabra esquizofrenia (metáforas negativas + esquizofrenia y violencia, 78%) conlleva un uso estigmatizante del término que afecta de manera pervasiva a las personas que sufren este trastorno.

Proceso migratorio ¿duelo o delirio?

Mar Torres, Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario Las Palmas de Gran Canaria
Sandra Pacheco, Instituto psiquiátrico Servicios Salud Mental José Germain, Leganés

INTRODUCCIÓN: el proceso migratorio constituye una situación vital estresante, ya que todo inmigrante se ve sometido a una serie de duelos, al experimentar la pérdida de elementos significativos en su vida. Esto supone para las personas inmigrantes una escisión de los vínculos con los demás y con su interior. Este hecho supone un cambio de tal magnitud que aumenta la vulnerabilidad de las personas implicadas a padecer un trastorno mental.

OBJETIVOS: en el presente trabajo es revisamos el caso clínico de una paciente diagnosticada de Trastorno de ideas delirantes persistentes, atendida por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Las Palmas de Gran Canaria, con el objetivo de cuestionarnos la importancia que ha tenido el proceso migratorio en el desarrollo del cuadro.

MATERIAL Y MÉTODOS: como fuentes de información hemos revisado la historia clínica de la paciente, así como el informe de su único ingreso. Además, hemos consultados textos relacionados con psiquiatría transcultural, literatura clásica, y se ha realizado búsqueda electrónica a través de MEDLINE, empleando como palabras clave. "transcultural psychiatry", "grief reaction" y "assertive community treatment immigrant".

RESULTADOS: revisamos el caso de una mujer de 59 años, natural de Portugal, que por sus circunstancias vitales inicia a los 18 años un proceso migratorio accidentado, trasladándose de Portugal a Alemania, posteriormente a Las palmas de Gran Canaria, Barcelona, donde conoce al que será el padre de su hijo y regresando finalmente a Las Palmas de Gran Canaria, donde reside actualmente. Desde el comienzo presenta ideación delirante de perjuicio y autorreferencialidad, que progresa en los últimos años, llegando a precisar un ingreso en una Unidad de Internamiento Breve así como la intervención del ETAC (Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario). Actualmente ha desaparecido el componente delirante, predominando un cuadro caracterizado por sentimientos de tristeza, culpa y soledad que la paciente relaciona con la ausencia de entorno social y familiar.

CONCLUSIONES: consideramos que el proceso migratorio ha sido un factor decisivo en el desarrollo de la patología de la paciente ya que el cambio abrupto de vida producido por el traslado geográfico se relaciona invariablemente con cambios en el bienestar psicológico del individuo. En el caso que nos ocupa, los múltiples traslados que han constituido la migración y el desarraigo, han contribuido al aislamiento social, favoreciendo que se perpetúe la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA:

- Worden J.W. Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. Third Ed New York: Springer; 2000.
- ACHOTEGUI, J. El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple: el Síndrome de Ulises. En: TALARN, A. (comp.) Globalización y salud mental. Barcelona: Herder; 2007 Pp. 487-526.
- Kortmann F. "Transcultural psychiatry: from practice to theory". Transcult Psychiatry. 2010 Apr; 47(2):203-23
- Carta MG, Coppo P, Reda MA, Hardoy MC, Carpiniello B. "Depression and social change. From transcultural psychiatry to a constructivist model". Epidemiol Psichiatr Soc. 2001 Jan-Mar; 10(1):46-58

-CIE10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10. 1ªEd. Madrid: Panamericana; 2000.

Trastorno delirante crónico. De la incapacitación a la recuperación. A propósito de un caso.

Silvestre Martínez Benítez, Psiquiatra del Equipo Asertivo Comunitario de Murcia.
Hospital Psiquiátrico Román Alberca. - Murcia

Cristina Martínez López, Residente de psicología 4 año. Unidad docente de Salud Mental de Murcia.

Fabiola B. Soler Ferrería, UDM-SM Murcia

Sandra López Gallego, Enfermera del Equipo Asertivo Comunitario de Murcia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. - Murcia

Joaquín Almela Bernal, Enfermero del Equipo Asertivo Comunitario de Murcia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Francisco Esparza Moreno, trabajador social del Equipo Asertivo Comunitario de Murcia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

INTRODUCCIÓN. El trastorno delirante crónico es una entidad clínica que con cierta frecuencia pone a prueba a los servicios de salud mental poniendo de manifiesto la incapacidad de estos para hacerle frente u ofrecerle un tratamiento integral, no sólo basado en la eliminación de la sintomatología delirante, hecho que favorece la ausencia de insight que ya de por sí es propia en las personas afectas de este trastorno. La paciente que se presenta en este caso es un ejemplo de las dificultades de los servicios de salud convencionales en el mantenimiento de un funcionamiento adecuado y de la consecución de una estabilización de la clínica que presentaba. Se trata de una paciente de 55 años que se halla incapacitada civilmente desde hace 3 años, presenta numerosos ingresos en UPH, no acude a ninguna revisión clínica (prácticamente nunca desde el diagnóstico de trastorno bipolar hace 25 años). Vive sólo y su tutor es un hermano, pues sus padres se hallan fallecidos.

OBJETIVOS. Valorar la recuperación de funcionalidad y la mitigación de la clínica psicótica tras 1 año de intervención del Equipo Asertivo Comunitario (ETAC) con la paciente descrita.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se usará la escala HoNOS para valorar la mejoría clínica, funcional y social pasada al momento inicial de empezar tratamiento con el ETAC, a los 6 meses y al año. Se describirá brevemente el tipo de trabajo que, desde el ETAC hemos realizado para la consecución de dichos objetivos.

RESULTADOS. Los resultados indican una clara mejoría y su mantenimiento en el tiempo de estos parámetros clínicos. Tan es así que la paciente ha rebasado los objetivos planteados, adquiriendo un nivel de insight mayor que el que tenía al comienzo de la intervención del ETAC, normalizando su situación socio-sanitaria.

CONCLUSIONES. Definición de recuperación. En el caso del trastorno delirante crónico y, más en concreto en el del de la usuaria que nos ocupa, el diagnóstico presenta ciertas complicaciones y es preciso realizar un correcto diagnóstico diferencial siendo a veces muy difícil separarlo del trastorno bipolar o de la Esquizofrenia, sobre todo cuando existe sintomatología afectiva o un deterioro funcional muy pronunciado respectivamente. En muchos casos pensamos que el pronóstico de este trastorno es infausto e intratable posiblemente influyendo en la actitud que presentamos los profesionales en cuanto a su recuperación, que creemos casi imposible. En este caso la recuperación ha sido tal que la incapacidad se va a recurrir por parte de la usuaria a nivel judicial.

BIBLIOGRAFÍA.

- De Portugal E, Cervilla J. Trastorno delirante. Madrid: Aula Médica Ed.; 2004.

- Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. 8ª edición. Ed. Masson. 2006.
- Kaplan-Sadock. Tratado de Psiquiatría. 2009.
- Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Med. segur. Trab. 2007 Sep [citado 2012 Abr 29] ; 53(208): 29-51.
- Hadid E. La parafrenia afectiva de Karl Leonhardt. ALCMEON, 66, año XX, vol. 17, Nº 2, octubre de 2011

Identidad del médico en la sociedad española actual

Beatriz Gamo Bravo
Blanca Tarjuelo Amor
HUIS

Del latín *identitas*, la identidad es el conjunto de los rasgos propios de un individuo o de la comunidad. Estos rasgos caracterizan al sujeto o a la comunidad frente a los demás. La identidad también es la conciencia que una persona tiene respecto a ella misma y que la convierten a alguien distinta a los demás. Aunque muchos de los rasgos que forman la identidad son hereditarios o innatos, el entorno ejerce influencia en la conformación de la especificidad de cada sujeto. Por eso puede decirse que una persona *busca su identidad*”

En este sentido, la idea de identidad está asociada a algo propio, una realidad anterior que puede quedar oculta tras actitudes o comportamientos que en realidad no son propios de la persona *“me olvide de mi identidad y comence a aceptar trabajos que no me gustaban y con los que no tenía nada en común”*

Por lo dicho en este último párrafo ¿en qué lugar está el Médico (Psiquiatra también) en el sistema sanitario público? ¿No existe tal vez una pérdida de la Identidad en parte? Es decir seguimos ejerciendo nuestro quehacer como médicos pero sujetos a una estructura burocrática cada vez más alejada de la identidad propia de la creatividad, libertad junto a la no pérdida del positivismo de las ciencias de la naturaleza que le es propia de la medicina. Inmersos en un rígido encorsetamiento estamos día a día viendo como nos alejamos de la Identidad en un momento deseada, en un momento idealizada y sin apenas poder hacer nada porque nos sentimos deudores y esclavos de un sistema que nos gestiona en pro del beneficio de esa mayoría que nos necesita y a la cual nos debemos-

Si bien no es que aceptemos trabajos que no nos gustan, si es verdad que no nos gusta como los ejercemos-

¿Cuál es nuestra Identidad? Sé que como Psiquiatra y como médico debo ayudar a aliviar, tratar . mejorar y curar las enfermedades y el sufrimiento que las acompaña: Pero siento cada vez mas que no formo parte en la gestión de cómo hacerlo. El paciente me pide me exige , me solicita , los superiores me piden , me exigen me solicitan y yo?. Siento que no tengo lugar donde exponer mis demandas porque igual no debo tenerlas o si las tengo, habré de sublimarlas en el proceso mismo de mi identidad perdida.

Estudio piloto sobre la relación madre-hijo durante los primeros 6 meses de vida en mujeres menores de 18 años

María Jañez, UUI
Cintia Rodríguez

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Cuando nos acercamos a la población de madres adolescentes, observamos un mayor riesgo de retraso en el desarrollo social, emocional y cognitivo, y una mayor incidencia de abuso, negligencia y morbilidad (AAP, 2001; Coren y Barlow, 2008; INE, 2008), especialmente cuando el niño no es deseado y/o no hay control del embarazo (Issler, 2001; Klein, 2005; Ramos y Gogna 2004).

En este trabajo realizamos un seguimiento de cómo se va gestando el encuentro de la madre adolescente con su bebé y valoramos la sensibilidad con que esta responde a las necesidades del niño.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio piloto en el que aplicamos un diseño de seguimiento de casos, dentro del marco de la metodología observacional. Empleamos un muestreo consecutivo y prácticas filmadas en escenarios y situaciones naturales, situándose en el mismo hogar de la madre, en el momento de la alimentación. Se fijaron unos momentos programados de evaluación (0/1, 1, 3, 6).

Utilizamos el MODELO DE ANÁLISIS DE LA INTERSUBJETIVIDAD (M.A.I.) planteado por la Dra. Pérez Minguéz (1996), y tomamos sus categorías de observación (“sensibilidad del adulto” y “actitud emocional del niño”).

Después, se digitalizaron y analizaron los datos con el programa informático ELLAN.

HIPÓTESIS: Cabría esperar, según lo referido previamente que el patrón de relación madre-hijo en las madres adolescentes es de baja sensibilidad (M.A.I., 1999).

RESULTADOS: Dadas las dificultades del muestreo, la muestra se redujo a 2 mujeres y sus hijos. En ambas madres, apreciamos cierta estabilidad en las respuestas emocionales que dan a sus hijos; las respuestas más extremas (“no sensible” y “muy sensible”) tienden a ser las menos probables y las más probables son las respuestas “sensibles”. Por otra parte, parece que las respuestas “muy sensibles” durante la alimentación aparecen sobre todo cuando los bebés son más pequeños.

CONCLUSIONES: En contra de lo esperado, se evidencia una proporción alta de respuestas sensibles y estado de bienestar positivo en el bebé.

Apreciamos en la muestra tanto FACTORES PROTECTORES (apoyo familiar, abandono de estilos peligrosos, responsabilización) como de RIESGO (edad, nivel sociocultural, abandono escolarización) que pueden dar cuenta de los resultados favorables.

Dados los resultados, creemos que es importante revisar la idoneidad del criterio de la edad en la comparación de experiencias.

A su vez, nos planteamos la utilidad de este método observacional como instrumento de intervención y aplicable a otros contextos.

BIBLIOGRAFÍA

Jañez, M. (2011). *Proyecto de investigación: Seguimiento de la relación madre-hijo durante los primeros 6 meses de vida en condiciones de maternidad precoz*. Madrid: UNED.

Palacios, J. (1990). Adaptación y promoción en embarazos adolescentes. Datos desde la Psicología Evolutiva. *I Simposio de Salud Infantil, Granada, Julio 1990*.

Pérez-Minguéz Casariego, C. (1999). Satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido (R.N.) hospitalizado: análisis de las primeras relaciones interpersonales. *Revista de la Asociación Catalana de Atención Precoz. Desarrollo infantil. Atención Precoz*, 13-14.

Rodríguez, C. (2006). *Del ritmo al símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Universitat de Barcelona: Colección Cuadernos de Educación. ICE-HORSORI.

Rodríguez, C. y Moro, C. (1999). El método observacional. En: C. Rodríguez y C. Moro (eds). *El mágico número tres: cuando los niños aún no hablan* (131-155). Barcelona: Paidós.