

MEMORIA DE ESTANCIA.
“HIGHFIELD FAMILY
AND
ADOLESCENT UNIT”
OXFORD. INGLATERRA
OCTUBRE 2007-MARZO 2008

2º CONVOCATORIA BECAS ANPIR 2006-2007
PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS
DE EXCELENCIA EXTRANJEROS

Clara Isabel Lacunza Juangarcía
Psicóloga residente del servicio navarro de salud.
Hospital Virgen del Camino (Pamplona)

Indice	Página
Introducción	2
Características del centro	2
Personal	2
Funcionamiento	3
Programas específicos	5
Anorexia	5
Terapia dialéctica conductual	6
Trastornos psicóticos	8
Actividades realizadas	8
Actividades asistenciales	8
Actividades docentes.	9
Actividades de investigación.	10
Aplicabilidad a nuestro contexto	11
Terapia Multifamiliar.	11
Terapia Dialéctica Conductual	13
Valoración personal	14
Agradecimientos	15
Referencias	16

INTRODUCCIÓN

La presente memoria recoge la información correspondiente a la rotación libre que realicé en la Highfield Family and Adolescent Unit, dentro del periodo correspondiente a mi rotación libre.

Se trata de una unidad de hospitalización psiquiátrica de carácter suprasectorial.

Ubicada en la ciudad de Oxford, Inglaterra, acoge los ingresos de pacientes con edades comprendidas entre los once y los dieciocho años.

En principio acoge pacientes derivados de las regiones de Oxfordshire, Buckinghamshire, Northamptonshire y Berkshire, que suponen una población de dos millones y medio de personas, aunque ocasionalmente puede acoger pacientes de otras regiones.

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

La unidad se encuentra ubicada en el recinto hospitalario del Warneford Hospital y forma parte del Oxfordshire Mental Healthcare NHS Trust. (similar a la red de salud mental de nuestro sistema público de salud)

La aproximación terapéutica tiene un carácter multidisciplinar y esta orientada a los adolescentes que presentan una situación de descompensación aguda o un trastorno mental grave pero que no requieran un entorno de máxima seguridad. Se trata de un centro de corta/ media estancia.

Fundamentalmente acoge pacientes con trastornos severos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos de inicio precoz, trastornos obsesivos-compulsivos graves, depresiones severas...

PERSONAL.

El centro esta dirigido por el Dr. Anthony C. James. Se trata de un "Consultant Child and Adolescent Psychiatrist". A diferencia de España, en Inglaterra existe la especialización en los ámbitos de salud mental infanto-juvenil, tanto en la especialización de psiquiatría como de psicología clínica. El rango de consultant es el

máximo punto del escalafón y se alcanza tras varios años de práctica clínica y tras haber superado diversos exámenes.

En este caso el Dr. James, es una figura fundamental en dicha unidad, con una gran experiencia en la salud mental infanto-juvenil y que lleva dirigiendo el centro cerca de veinte años.

Además trabajan en el centro otros dos psiquiatras. Uno es el staff grade, similar a un ayudante del “consultant” y el “specialist registrar”, figura más o menos similar a los mires de psiquiatría en nuestro país.

El ámbito de la psicología clínica esta representado por dos psicólogas clínicas, una de las cuales es además neuropsicóloga.

En el centro trabajan además dos terapeutas ocupacionales, una terapeuta familiar, varias enfermeras psiquiátricas y auxiliares y una trabajadora social.

Igualmente y puesto que en algunos casos los pacientes permanecen un tiempo considerable en el centro, éste cuenta con su escuela propia en la que trabajan cuatro profesores.

FUNCIONAMIENTO.

La unidad recibe las derivaciones realizadas desde otros centros de salud mental, evaluándose la conveniencia de realizar el ingreso hospitalario o bien de trasladar esta derivación a otro servicio más adecuado. En ocasiones, se realizan evaluaciones de pacientes de cara a confirmar un diagnóstico o proporcionar una segunda opinión.

El centro cuenta con quince camas para los pacientes ingresados, existiendo además cuatro plazas más para pacientes que acuden en régimen de hospital de día.

Una vez se ha establecido la necesidad de proceder al ingreso, a cada paciente se le asigna un psiquiatra, una enfermera primaria, una secundaria, y un profesor o un terapeuta ocupacional (en función de la edad). Además se establece la figura del “link worker”, que puede ser ostentada por un psiquiatra, psicóloga clínica, terapeuta ocupacional o trabajadora social. Este “link worker” se encarga de coordinar el trabajo de los diferentes profesionales que trabajan en el caso así como de establecer la unión con la familia y con los profesionales que han derivado el caso.

Igualmente, una vez se ha ingresado al paciente, se realiza un programa terapéutico que se revisa de forma semanal, en donde se establecen los objetivos

concretos del ingreso, las pautas de actuación generales y el nivel de acompañamiento al que se debe someter al paciente. Existen tres niveles, que van desde el acompañamiento en todo momento, hasta la simple supervisión general.

La política del centro está basada, tal y como he señalado antes, en un acercamiento de carácter multidisciplinar. Por ello, se presta una gran atención a las diversas reuniones de coordinación que se realizan de forma rutinaria.

Todas las mañanas a excepción de los miércoles, se realiza una reunión de media hora a la que acuden los diversos profesionales y en donde se informa de cómo ha transcurrido el día anterior de cada paciente, solucionándose algunos problemas concretos que pudieran surgir.

Los miércoles, se lleva a cabo la “ward review”. Se trata de una reunión de dos horas, en donde se analiza con mayor profundidad la situación de cada adolescente en concreto, los objetivos conseguidos hasta la fecha y las futuras líneas de actuación.

Igualmente los miércoles, en un grupo más reducido, se lleva a cabo una reunión para considerar las admisiones pendientes.

Un aspecto fundamental en el funcionamiento de la unidad son los CPA (Care Program Approach). Se trata de una reunión a la que asisten diversos profesionales de la unidad, el paciente, su familia y otros profesionales de su centro de referencia.

El objetivo es coordinar la información obtenida hasta la fecha, informar de la evolución del ingreso y discutir los objetivos a medio y largo plazo. Estas reuniones se realizan con una periodicidad generalmente mensual, aunque esta periodicidad depende de la situación clínica del adolescente.

Otro aspecto a destacar en el funcionamiento del centro es la reunión de supervisión realizada por una psicóloga clínica ajena al servicio, que se realizaba una vez por semana y en donde se planteaba cada semana un caso para su discusión.

El objetivo es el de obtener un feedback externo, que permita ampliar la concepción que se tiene de un caso, proporcionar nuevas ideas en cuanto al tratamiento o aportar posibles soluciones en el caso de que hayan surgido importantes complicaciones.

Igualmente una vez por semana, y también coordinada por un profesional ajeno al centro, se lleva a cabo una reunión de reflexión sobre el funcionamiento del

centro y posibles problemas que la práctica clínica pudiese desencadenar en los trabajadores de la Highfield.

Por su parte, los pacientes tienen dos reuniones fundamentales a lo largo del día. Una se lleva a cabo a primera hora de la mañana y otra a primera hora de la tarde. En la primera de ellas se hace una revisión del día anterior, se anuncian las actividades que se van a realizar durante el día o posibles avisos con respecto al funcionamiento cotidiano.

En la reunión de la tarde, se evalúa el cumplimiento de los objetivos planteados por la mañana.

Además, todos los pacientes se reúnen una vez por semana, en una reunión sin contenido pre-establecido para tratar los temas que les interesen.

En el caso de los menores de dieciséis años y siempre que su situación clínica lo permita, acuden a la escuela de la unidad entre las 9:45 y las 15:30, con dos descansos, a las 11.00 y a las 12.30 horas para comer.

Igualmente existen una serie de actividades para los pacientes (coordinadas por los terapeutas ocupacionales) que incluyen ejercicio físico, teatro, natación, trabajos con arcilla, grupos de asertividad, excursiones...

PROGRAMAS ESPECÍFICOS.

ANOREXIA

Aunque en realidad la highfield no es una unidad especializada en los trastornos de conducta alimentaria, en los últimos años la enorme demanda de ingresos para estos pacientes ha hecho necesaria la creación de un programa específico para estos pacientes y concretamente en el caso de la anorexia.

El tratamiento que se ofrece se encuentra protocolizado y se basa en la guía clínica NICE (National Institute for clinical Excellence). Nice es una organización independiente desarrollada por diversos grupos de profesionales que trabajan en el

sistema público de salud, pacientes, auxiliares, familiares... Su objetivo es proporcionar una guía para promocionar la salud así como prevenir y tratar la enfermedad. ([National Institute for Health and Clinical Excellence](#))

El aspecto fundamental que yo destacaría de dicho tratamiento es la enorme importancia que se concede a la motivación para el cambio de forma que no se realizan tratamientos coercitivos tales como el empleo de sondas nasogástricas. En dicho programa, se hace un especial hincapié en incrementar la conciencia de problema y la necesidad de cambiar, siendo las enfermeras y auxiliares un apoyo fundamental para su desarrollo.

El tratamiento completa consta de dos fases, una dedicada a la recuperación ponderal e incremento de la motivación y una segunda dirigida a incrementar la responsabilidad del paciente sobre su autocuidado y a preparar la vuelta al centro comunitario de referencia. Además se lleva a cabo una primera fase de pre-tratamiento para valorar la motivación del paciente y la idoneidad de llevar a cabo el tratamiento en régimen de hospitalización total o parcial.

En general los pacientes que son admitidos en este programa tienen un déficit del peso corporal que supera el 25 %.

Tras realizar una primera evaluación de la situación física y mental de los pacientes se establece un nivel de actividad física que se evalúa periódicamente. Estos niveles varían desde el permanecer en un sofá con los pies apoyados en un cojín, siendo necesario el empleo de una silla de ruedas para los desplazamientos por el centro, hasta un nivel de actividad físico normalizado.

Dos veces a la semana se pesa a los pacientes para comprobar el incremento ponderal que es supervisado y apoyado por una dietista que acude una vez por semana a la unidad.

En un primer momento son las enfermeras y auxiliares las que se encargan fundamentalmente del trabajo terapéutico con los pacientes. Cuando su situación física y mental lo permita, los pacientes comienzan la terapia puramente dicha con las psicólogas clínicas.

TERAPIA DIALÉCTICA-CONDUCTUAL.

La terapia dialéctica conductual es un programa terapéutico desarrollado por la Dra. Masha Linehan especialmente indicado para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) y que hace especial hincapié en cuatro áreas:

Aceptación y validación de la conducta tal como se presenta en el momento

El tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del cliente como del terapeuta.

La relación terapéutica como parte esencial del tratamiento

Los procesos dialécticos.

Aunque desarrollado para el tratamiento del TLP, no obstante en los últimos años y debido a su probada eficacia, ha comenzado a emplearse bien en su totalidad, bien empleando módulos específicos en el tratamiento de otros trastornos.

En el caso de la Highfield Unit, es una herramienta muy empleada para un mal endémico de la sociedad inglesa: las autolesiones.

En efecto, la tasa de autolesiones en Inglaterra tanto entre la población general como en la población psiquiátrica es muy superior a otros países, no sólo en adolescentes sino también en población adulta. (Chan, Draper y Barnejee, 2007)

Sirva como ejemplo el dato ofrecido por la guías de para la práctica clínica del colegio de psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (2004), que señalan unas tasas en Inglaterra de 368 casos de autolesión/ año por 100.000 habitantes en el caso de las mujeres frente a los 72 casos en España. (población general).

Por este motivo se les ofrece a los pacientes la posibilidad de realizar este tipo de terapia que está obteniendo muy buenos resultados. El tratamiento es realizado por el “Outreach”, un servicio que aunque no se encuentra adscrito a la Highfield Unit, se halla ubicado en el mismo edificio y con el que se mantiene un contacto muy estrecho.

Una vez el paciente ha sido valorado como idóneo para realizarlo, se lleva a cabo una primera fase de pre-tratamiento destinada a trabajar la motivación del paciente para el cambio y para el seguimiento de la terapia. Esta terapia se lleva a cabo a través de una modalidad grupal y otra individual

La terapia grupal consta de cuatro módulos centrados en la adquisición de habilidades.

- Meditación: “Mindfulness”
- Habilidades Interpersonales
- Regulación Emocional
- Tolerancia al Malestar

En la terapia individual el paciente tiene la oportunidad de trabajar con su terapeuta aspectos específicos de su situación, así como de resolver los problemas que encuentre en su vida diaria en la puesta en práctica de estas habilidades.

En todo momento las pacientes cuentan con un apoyo telefónico para hacer frente a las situaciones de crisis.

TRASTORNOS PSICÓTI COS.

Aunque se encuentra en fases muy iniciales, en la actualidad se está desarrollando un programa de tratamiento específico para este tipo de trastornos .

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante mi estancia en el centro tuve la oportunidad de realizar actividades muy variadas incluyendo funciones asistenciales, de docencia y de investigación.

Mi horario era de 9.00h. a 17:00h, como el del resto de facultativos.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES.

Mi principal actividad durante mi periodo en la Highfield fue la de asistir como observadora a las sesiones de terapia que las psicólogas clínicas realizaban con los pacientes. En este contexto tuve la oportunidad de observar tratamientos para trastornos muy variados desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Aunque en los primeros meses mi función se limitaba únicamente a observar y comentar la sesión con la psicóloga responsable, hacia el final de mi estancia se me permitió incluso llevar algún sesión en solitario. De la misma manera asistí al grupo de trastornos de la conducta alimentaria que se realizaba semanalmente.

Igualmente, tuve la oportunidad de estar presente en las sesiones tanto de evaluación como de tratamiento realizadas por los psiquiatras

Una actividad que me gustaría destacar es mi asistencia como co-terapeuta a las sesiones de terapia familiar que se realizaban en el centro.

En un primer momento, tras el cristal unidireccional, observaba las sesiones con las familias y posteriormente discutía lo observado con la terapeuta familiar. Sin embargo con el tiempo, pude incluso participar delante de la pantalla como co-terapeuta durante las sesiones.

Como actividad también frecuente en la vida de la unidad, asistía en calidad de psicóloga residente a los care program approach, de forma que podía adquirir una información más global de los casos y de la información que iba siendo actualizada por los familiares y referentes.

También quiero destacar la oportunidad que se me brindó de asistir a los tratamientos intensivos de terapia multifamiliar que se realizan dos veces al año para los pacientes con trastornos alimentarios.

Pero sin duda una de las actividades que más llamaron mi atención y que motivó en parte la elección de mi rotación fueron los grupos de terapia dialéctica conductual.

Tal y como he señalado anteriormente, esta forma de tratamiento, muy extendida en Inglaterra, es ampliamente utilizada en la Highfield Unit, sobre todo en pacientes con conductas “límite”. Una vez por semana, acudí como terapeuta a los grupos destinados a enseñar a los pacientes las habilidades básicas que configuran el programa.

Por último a destacar dentro del campo de la actividad asistencial, se me brindó la posibilidad de asistir las sesiones de terapia familiar que dirigía la Dra. Angela Shanly en el Park Hospital, esta vez como observadora detrás del cristal unidireccional. Tras cada sesión, la propia doctora como su equipo discutían el caso haciéndome partícipe de dichas discusiones.

Además de estas actividades “más clínicas”, durante mi estancia en el centro de vez en cuando me unía a las actividades pensadas para los pacientes ingresados.

Así, asistí a los grupos de cocina, a las excursiones, a las visitas culturales, etc, de forma que pude tener un contacto más relajado con los pacientes observándolos en un ambiente más distendido.

ACTIVIDADES DOCENTES.

Gracias a la estrecha colaboración que la Highfield Unit tiene con la Universidad de Oxford, de la cual el Dr. James es profesor, asistí a diversas conferencias que se realizaban en el departamento de psiquiatría de dicha universidad.

A cognitive neuropsychological account of antidepressant drug action.

Caroline Harper

Suicide and selfharm in adolescents, an update. Keith Hawton.

Antidepressants in child and adolescents, an update. AC. James

Psychoeducation in bipolar disorders. Francesc Colom.

Risk assessment in sexual abuses. David Thornton.

Mindfulness based cognitive therapy. A new approach to preventing relapse and recurrence in depression. Melanie Fenell.

Se trató sin duda de una gran oportunidad para conocer los nuevos avances y las más recientes investigaciones sobre una amplia gama de trastornos.

De la misma manera, pude asistir a las sesiones de formación que las psicólogas clínicas realizaban para incrementar la formación de las enfermeras. En Inglaterra, los profesionales de enfermería tienen un papel más destacado que en nuestro país en la realización del “trabajo terapéutico”. Por este motivo, las psicólogas del centro realizaban de forma periódica sesiones de formación para los enfermeros del centro, orientándoles en pautas de modificación de conducta, reestructuración cognitiva, etc...

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.

En el año 2004, el Dr. James y algunos colaboradores llevaron a cabo una revisión meta-analítica acerca de la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Dicha revisión se encontraba enmarcada dentro de una colaboración con la Cochrane. La colaboración Cochrane es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como

revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Entre sus objetivos principales se encuentra mantener actualizadas y difundir estas revisiones, a través de la base de datos “Cochrane”, elaborada por la propia Colaboración.

Durante mi estancia en el centro, el Dr. James me planteó la posibilidad de realizar una revisión y actualización de dicho trabajo.

De esta forma, durante mi periodo de estancia en Oxford, llevé a cabo una exploración sistemática de las bases de datos más importantes para encontrar los estudios randomizados controlados centrados en este tema. Además de esto, mi labor consistió en extraer los datos de dichos artículos para poder trabajar con ellos a través del programa Review Manager. Aunque este trabajo no está finalizado, espero que los próximos meses vea la luz.

De la misma forma, y aunque en este caso únicamente como observadora, se me permitió asistir a las sesiones de evaluación neuropsicológica que se llevaban a cabo dentro de investigaciones más amplias. En concreto, el Dr. James, en conjunción con el centro de resonancia magnética funcional del hospital John Radcliffe de Oxford, está dirigiendo dos estudios centrados tanto en los trastornos psicóticos de inicio precoz como en el trastorno obsesivo compulsivo.

A través de la información proporcionada por estas novedosas técnicas de resonancia magnética funcional y los datos obtenidos en las pruebas neuropsicológicas, se pretenden encontrar diferencias entre el desarrollo cerebral de los sujetos afectados por una de estas patologías y sujetos libres de ellas.

APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO.

De todo lo observado y aprendido durante mi rotación libre (que es mucho) dos son los programas que considero más interesantes de cara a ser implantados en mi contexto: la terapia multifamiliar y el tratamiento dialéctico-conductual.

Terapia multifamiliar

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de patologías, de difícil tratamiento y en los que es fundamental un abordaje multidisciplinar

Actualmente y aunque los datos varían ligeramente según las fuentes empleadas, estudios como el realizado por Peláez Fernández y cols, en mujeres entre 12 y 21 años en el año 2007 ofrecen las siguientes tasas de prevalencia: anorexia 0.33%, bulimia 2,29% y otros trastornos alimentarios no especificados 2.72%..

Si bien no se trata de las patologías psiquiátricas más frecuentes, si constituyen un enorme reto para los profesionales que se enfrentan a ellas. Igualmente, se trata de trastornos que generan un importante sufrimiento, especialmente para los familiares de los enfermos que además en muchas ocasiones son los grandes olvidados durante la terapia.

Desde la Highfield Unit, se intenta desde un primer momento implicar a las familias en el tratamiento de estos trastornos, no solo animando a los familiares a realizar comidas en la propia unidad, sino también a través de las sesiones de terapia familiar que están demostrando eficacia en el tratamiento de estos trastornos.(Eisler 2005) No obstante, además de esta clásica terapia familiar, dos veces al año se llevan a cabo terapias multifamiliares de tres días de duración, en donde se trabajan con unos cinco pacientes y sus respectivas familias de forma conjunta.

Aunque esta forma de terapia ya se utilizó en el pasado en otros problemas psiquiátricos, no fue hasta finales de los años 80 cuando comenzó a expandirse su uso en el tratamiento de los trastornos alimentarios. (Colahan y Robinson, 2002). Desde entonces se ha extendido su uso ya que parece que los resultados obtenidos son satisfactorios (Asen 2002)

Si bien es cierto que son necesarios nuevos estudios para comprobar su eficacia, los cuestionarios que nos entregaban las familias al finalizar dichos tratamientos nos informaban de que esta forma de terapia les había sido muy útil.

Los objetivos de la misma son múltiples, proporcionar información acerca del trastorno, validar las experiencias emocionales de las mismas, compartir con otras familias afectadas por la misma situación el problema, adquirir nuevas habilidades para el manejo del trastorno...De esta manera los miembros son capaces de incrementar su

insight, y aprender los unos de los otros, proporcionarse apoyo, aliviar su sentimiento de soledad y mejorar su comunicación y funcionamiento social. (Colahan y Robinson 2002). Para la consecución de estos objetivos se emplean diversas técnicas entre las que destacan “internalizando al otro”, “las esculturas familiares”...

Soy consciente de las tremendas limitaciones que impone nuestro sistema público de salud a la práctica de la terapia multi-familiar y desconozco si en alguna comunidad autónoma se están realizando tratamientos similares. A pesar de ello, considero que sería muy positivo el poder implantar este tipo de terapias en nuestro contexto. Desde una perspectiva puramente económica, el hecho de trabajar con varios pacientes y varias familias conjuntamente economiza muchos recursos. Desde una perspectiva “más clínica” y si finalmente los estudios de eficacia confirman su utilidad en el tratamiento y la posterior prevención de recaídas, la terapia multifamiliar podría ser implantada como un arma más a disposición de los profesionales y podría reconocer el papel que las familias de los pacientes juegan en la recuperación de los pacientes afectados de estos severos trastornos.

Terapia dialéctico-conductual.

Tal y como he comentado anteriormente una de las actividades que más centro mi atención durante mi estancia en Oxford fue las sesiones de terapia dialéctico-conductual que allí se realizaban.

Se trata de un tipo de terapia muy valorada y conocida en Inglaterra, mucho más de lo que creo lo está en nuestro país. Sin embargo, no se utiliza sólo para pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, ámbito en el que está obteniendo muy buenos resultados (Verheul 2003, Koons 2001), sino también con otros pacientes que presentan conductas propias de este trastorno como pudieran ser las autolesiones y actos parasuicidas aunque no cumplan todos los criterios de este trastorno.

Los datos iniciales sobre su eficacia en este tipo de circunstancias parecen ser prometedores. (Hawton K y cols.1998) (Hawton K y cols.2000)

Si bien las tasas de autolesiones en nuestro país se encuentran muy lejanas a las presentadas por países como Inglaterra, no es extremadamente raro observar en la clínica este tipo de comportamientos. De igual manera, el trastorno límite de la personalidad, a quien fue en un principio dirigido esta forma de terapia es un tipo de diagnóstico relativamente frecuente. Según datos del DSM.IV se calcula que un 2% de la población general sufre este trastorno. A parte de las complicaciones que supone el abordaje terapéutico de estos pacientes, un problema observado en Oxford y que también se observa en nuestro país, es el de las frecuentes atenciones en las urgencias psiquiátricas y la duda de los profesionales sobre la conveniencia o no de ingresar a estos pacientes cuando realizan estos comportamientos parasuicidas.

Con el fin de proporcionar un completo abordaje terapéutico y evitar los continuos ingresos hospitalarios, se puso en marcha en Oxford el programa de tratamiento dialéctico conductual.

Aunque por el momento no existen estudios publicados (aunque sí pendientes de publicar) sobre la eficacia de este servicio concreto, estos primeros datos señalan una importante reducción en los comportamientos parasuicidas y autolesiones, mejoras en el estado de ánimo y disminución de la desesperanza, así como mejoras del funcionamiento general.

Sin ninguna duda, considero que el poder emplear este tipo de tratamiento en nuestro sistema de salud tendría unos efectos muy positivos, entre los que destacan.

- Ofrecer un tipo de terapia para la que se cuentan con manuales específicos y que por tanto facilitan el trabajo del clínico.
- Evitar o al menos reducir los ingresos hospitalarios que acaban desencadenando en círculos viciosos que posteriormente son difíciles de romper.
- Por último, permite a los pacientes acceder a un tipo de tratamiento que como ya he comentado parece obtener mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual clásica.(Perez y cols, 2005)

Es por ello, que considero se trata de una perspectiva muy esperanzadora y que podría, con un poco de esfuerzo, ser desarrollada en nuestro contexto sanitario.

Desde luego y en lo que a mi perspectiva personal se refiere, tanto lo aprendido en las sesiones de terapia multifamiliar como de terapia dialéctica conductual constituye una gran ayuda en mi labor clínica.

VALORACIÓN PERSONAL.

Al igual que han comentado otros compañeros que han realizado su rotación libre en otros países, ésta ha supuesto un importante esfuerzo económico para mí.

No obstante, considero que ha valido la pena y animo a otros compañeros residentes a realizar este tipo de rotaciones en el extranjero.

En concreto, mi rotación en la Highfield Unit me ha permitido conocer la organización y funcionamiento de un sistema público de salud completamente diferente al nuestro. He podido observar la enorme influencia cultural en la expresión de los trastornos mentales. Igualmente, me ha servido para observar nuevos abordajes frente a los trastornos que diariamente me encuentro en mi práctica clínica, realizados por profesionales con una amplia experiencia en el manejo de los mismos. He podido colaborar en actividades de investigación (algo que considero es más complicado en mi ambiente habitual) así como acudir a actividades docentes impartidas por clínicos de reconocido prestigio internacional.

AGRADECIMIENTOS.

A la asociación ANPIR, por concederme una beca sin la cual habría sido mucho más difícil afrontar mi estancia en Oxford.

A los miembros de la comisión asesora docente de salud mental del sistema navarro de salud por acceder a mi rotación.

A mis tutores durante todos estos años de residencia, por toda la dedicación prestada.

A todo el equipo de la Highfield Unit, por todo lo que me han apoyado.

Referencias

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, 4º ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Asen,E. Multiple family therapy: an overview. Journal of Family Therapy 2002; 24(1):3-16.

Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self harm. Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:868–884

Colahan, MA; Robinson, y PH. Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. Journal of Family Therapy 2002; 24(1):17-30

Chan, J., Draper, B., y Banerjee, S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 720–732.

Eisler, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. Journal of Family Therapy. Special issue - multi-family therapy in anorexia nervosa. 2005;27(2):104-131

<http://www.selfharmuk.org/>. Pagina web consultada el 2 de abril de 2008.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., y van Heeringen, K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001764

Hawton. K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., y Träskman-Bendz, L. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition BMJ 1998; Aug 15;317(7156):441-7.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., y van Heeringen, K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm
Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001764

Koons, CR., Robins, CJ., Tweed, JL., Lynch TR., Gonzalez, AM., Morse, JQ., Bishop, GK., Butterfield, MI., y Bastian, LA. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy 2001; Volume 32, Issue 2, Pages 371-390

Peláez Fernández, MA., Labrador, FJ. Y Raich, RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). Journal of Psychosomatic Research, Volume 62, Issue 6, Pages 681-690

Perez, M., Fernandez, JR., Fernandez, C. y Amigo,I.(coords). (2005) Guía de tratamientos psicológicos eficaces. vol 1. Madrid: Pirámide.

Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev ,K.y Thömke, V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results.Journal of Family Therapy 2005;27 (2) , 132–141

Verheul, R., Van den bosch, LM., Koetker, MWJ., De ridder, MAJ., Stijnen, T. y van den Brink, W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. British journal of psychiatry 2003;182, 25-140.