

BOLETIN

Area de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

Número **59** – Octubre 2018



Web del AGCPSM: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

- **Calendario docente UDMSM 2018-19** (páginas 4-14) -

Memorias de Rotación Longitudinal de Psicoterapia 2017-18

(Presentación: Ana López Fuentetaja (15). PIR Psicología Clínica: Raúl Cuesta Arenas (16)

EIR S. Mental: Marta Feito García (30) . MIR Psiquiatría: Ester González Martínez) (38)

“Los problemas de la transición” (Eloy F. Albaladejo – Unidad Salud Mental infanto-Juvenil) (48)

- Convocatorias de cursos y reuniones científicas en las que participan miembros del AGCPSM y otros:

Jornada 5 octubre 2018: **MBT y Psicosis** (Hospital Universitario 12 de Octubre) (58)

Claves evaluación e intervención Neurociencia Clínica (R.Molina y J.C.Vázquez-Caubet et al) (55)

Gestión Clínica en Salud Mental (M.A. Jiménez-Arriero, M. Navío et al) (56)

Supervisión casos clínicos con Terapia Basada en la mentalización (4º t-2018) (57)

Actualización intervenciones psicoterapéuticas en psicosis (A.Moreno / M.Vitulia / G.Lahera) (59)

Actualización en Psicopatología del Vínculo (S. Gutiérrez, C. Moreno, P. Sierra, M. Alcami, B. Sanz, P. Laita, M^ªE. Herrero y D. Figuera) (60)

Curso Neuropsicología y Psicometría. Nivel 1 (S. Solera, L. Agüera, F. Arias, JM. Espejo-Saavedra, E. Sánchez-Morla y I. Torío-Palmero) (61)

AREA DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



Periódicamente se actualiza nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente y otras novedades en los distintos apartados de la web.

Hospital Universitario 12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud
Consejería de Sanidad
La Suma de Todos
Comunidad de Madrid
www.madrid.org

Psiquiatría

El Servicio Pacientes Asistencia Formación Investigación Profesionales

Sábado, 23 de noviembre de 2013 Inicio

Bienvenido
al Servicio de Psiquiatría
www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

Bloque B
Psiquiatría

Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org

Además de nuestra web, ya se pueden consultar los Boletines y Cuadernos de Salud Mental del 12 desde la web de la **Biblioteca Virtual del 12 de Octubre** (<http://cendoc.h12o.es>), lo cual amplifica la visibilidad de nuestras publicaciones ¹.

¹ Portada: Calendario agrícola de la Colegiata de San Isidoro de León.

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo santiago.vega@salud.madrid.org .



En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- INICIO – Novedades
 - **Sesión clínica semanal** (reiniciadas desde el 3/10/2018)
 - **Calendario docente UDMSM 2018-19 (!!!!!)**
 - Tríptico ***"Hacer la Residencia en el 12 de Octubre"***
- ASISTENCIA
- DOCENCIA
- INVESTIGACIÓN
- BOLETINES y otras Publicaciones
 - Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 59)
 - Cuadernos de Salud Mental del 12:
 - ***Prácticas de Psicología en el Hospital 12 de Octubre*** (Nº 4):
versión curso académico 2018-19 (!!!!!) .
- EVENTOS
 - **Conferencia Internacional "MBT y Psicosis"** (5 octubre2018):
programa completo



CALENDARIO DOCENTE 2018-2019

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) ^{2 3}

SEPTIEMBRE 2018				
SEPTIEMBRE 2018	5	12	19	26
11:30 – 13:15	-		HH. ENTREVISTA SALUD MENTAL LEGANÉS (De 9.00 a 14,00) (RR-1)	HH. ENTREVISTA SALUD MENTAL LEGANÉS (De 9.00 a 14,00) (RR-1)-
13:30 – 15	-	-	-	-

- 19 y 26 Septiembre: **TALLER DE HABILIDADES DE ENTREVISTA EN SALUD MENTAL** (IPJG Leganés)

² Los **alumnos de pre y postgrado y residentes externos** podrán incorporarse a las actividades docentes planificadas de 11.30 a 15 h, en función de su especialidad y nivel de formación. En caso de duda consulte a su tutor o profesor asociado. Otras actividades: consultar requisitos de inscripción

³ Salvo excepciones que se avisarán por el cauce habitual las Sesiones Clínicas de Área y los seminarios de Psicoterapia-Profundización, Infantil y Docencia específica MIR se harán en el **Salón de Actos del Materno Infantil**. Los de Psicoterapia Básica, Pensamiento Científico (salvo otra indicación del ponente por tema de ordenadores) y Docencia Específica PIR en la **sala de reuniones del C.A.A. 3ª planta – módulo B**. LA Docencia Específica EIR Salud Mental **donde indique el tutor EIR**.

OCTUBRE 2018					
OCTUBRE 2018	3	10	17	24	31
11:30 – 13:15	PENSAMIENTO CIENTIFICO Introducción a la Investigación en Neurociencias y Salud Mental. <i>Dra. Iocune Torio</i>	PSICOTERAPIA: SESIÓN CONJUNTA <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Las emociones en Psicoterapia <i>Jesus Fdez Rozas</i>	ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Manejo práctico de la clozapina. <i>Dra Eva Sánchez Morla</i>	DOCENCIA TRANSVERSAL MIR, PIR, EIR Papel del residente en el Sistema Público de Salud <i>Pedro Sanz</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Desarrollo Psicológico e Identidad (RR 1 y 2) <i>Ana López Fuentetaja</i>
	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Evaluación Diagnóstico y Diagnóstico diferencial TEA. <i>Nuria Mtnez y Noelia Gutierrez</i>		PIR <u>C.A.A. 3ª - B</u> Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i>		EIR: Concepto de salud y enfermedad desde la perspectiva sociocultural EIR <i>Paloma Laiz</i>
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA UHB BENITO MENNI	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	SESIÓN CLÍNICA CSM USERA	SESIÓN CLÍNICA PSICOGERIATRIA

- 17 Octubre: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)⁴
- 19 y 20 Octubre. **VII-CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA ELECTROCONVULSIVA** (Javier Sanz Fuentenebro y M Isabel Ramos Garcia). Hospital Clínico S Carlos. Inscripción a través de correo electrónico (miramos.hcsc@salud.madrid.org)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

⁴ El Taller de Reducción de estrés basado en Mindfulness, se impartirá en el "Hospital de Día Pradera San Isidro" (C/ Gorrión Nº 2. CP 28029 Metro: Urgel (L 5) Autobuses: 34, 35, 118, 119), con una duración de 45min (de 15,15-16,00h).

NOVIEMBRE 2018				
NOVIEMBRE 2018	7	14	21	28
11:30 – 13:15	COMODIN	PENSAMIENTO CIENTIFICO Abordajes en investigación. <i>Dr. David Rentero</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Introducción a la Psicoterapia: ¿Qué es psicoterapia? Indicaciones y condiciones. <i>(RR 1 y 2)</i> <i>Ana López Fuentetaja</i>	DOCENCIA ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Uso de psicofármacos en la ludopatía y otras adicciones conductuales. <i>Dr José Ramón López-Trabada.</i>
		INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Intervenciones en TEA. <i>Nuria Mtnez y Noelia Gutierrez</i>	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Herramientas en psicoterapia. Aportaciones desde las Neurociencias. <i>Juan Manuel Espejo</i>	PIR Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Rehabilitación psicosocial. Recursos comunitarios y movimientos asociativos. <i>Diego Pulido</i>
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA UNIDAD DE PSICOTERAPIA	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	SESIÓN CLÍNICA ARSUIC

- 14 Noviembre: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz).)(Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)
- 19 de diciembre. **2ª CONFERENCIA DE CENTROS DE SALUD MENTAL**, Hospital 12 de Octubre, <http://2conferenciacsm.foroactivo.com>

DICIEMBRE 2018			
DICIEMBRE 2018	5	12	19
11:30 – 13:15	PENSAMIENTO CIENTIFICO Diseño de un proyecto de investigación. <i>Dra. Eva M^a Sánchez Morla</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Grandes Modelos de intervención en Psicoterapia y Modalidades. <i>(RR 1 y 2)</i> <i>Juanjo Belloso</i>	DOCENCIA ESPECIFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Uso de psicofármacos en la interconsulta de psiquiatría. <i>Cristina Losada Pérez.</i> PIR: Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Gestión de casos en enfermería SM: Programa Continuidad de Cuidados <i>M^a Jesús Pineda / Sándra Suarez</i>
	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Evaluación Diagnóstico y Diagnóstico diferencial de Trastornos Externalizantes (TDAH/TC) <i>MC Chinchilla, JC Espin, Lidia Carrillo</i>	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Herramientas en psicoterapia. Aportaciones desde las Neurociencias. <i>Juan Manuel Espejo</i>	
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA REHABILITACION	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA

- 12 Diciembre: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz).)(Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

ENERO 2019				
ENERO 2019	9	16	23	30
11:30 – 13:15	PENSAMIENTO CIENTIFICO Bases de datos y análisis de resultados. <i>Dra. Iosune Torío</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Elementos psicoterapéuticos desde la consulta psiquiátrica (RR 1 y 2) <i>Santiago Vega</i>	DOCENCIA TRANSVERSAL MIR, PIR, EIR La seguridad en el paciente y la calidad formativa del residente <i>Pedro Sanz</i>	DOCENCIA ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Uso de psicofármacos en situaciones especiales. <i>Dra Maria Jesús del Yerro</i> PIR: Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Seminario Específico EIR <i>Antonio Villalba</i>
	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Intervenciones en Trastornos Externalizantes (TDAH/TC) <i>MC Chinchilla, JC Espin, Lidia Carrillo</i>	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> ¿Qué observar en las terapias de Grupo? <i>Raquel Prieto Valverde</i>		
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA UTH	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	SESIÓN CLÍNICA UHB 12 OCT

- 9 Enero: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz.)(Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

FEBRERO 2019				
FEBRERO 2019	6	13	20	27
11:30 – 13:15	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Análisis de la demanda y posibilidades terapéuticas (RR 1 y 2) <i>Ana López F</i>	PENSAMIENTO CIENTIFICO Lectura crítica de artículos de investigación. <i>Dr. Roberto Rguez Jiménez</i>	DOCENCIA ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Psicofármacos en los Trastornos de personalidad. <i>Dr David Rentero</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO La supervisión en Psicoterapia (RR 1 y 2) <i>Javier Ramos</i>
	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> ¿Qué observar en las terapias de Grupo? <i>Raquel Prieto Valverde</i>	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Evaluación Diagnóstico y Diagnóstico diferencial de Trastornos Internalizantes (Ansiedad/Depresión) <i>MJ Güerre y Angélica Esteban</i>	PIR: Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Cuidados de enfermería en el paciente con adicción al alcohol <i>Yolanda Guerrero/Nazaret Sáiz</i>	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> ¿Qué observar en las terapias de grupo? <i>Jesús Fernández R</i>
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA H DIA Villaverde	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	SESIÓN CLÍNICA INTERCONSULTA

- 13 Febrero: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

MARZO 2019				
MARZO 2019	6	13	20	27
11:30 – 13:15	PENSAMIENTO CIENTIFICO Búsqueda bibliográfica y revisiones. <i>Dra. Marta Marín Mayor.</i>	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Alianza Terapéutica (RR 1 y 2) <i>Angélica Esteban</i>	ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Uso de los antiepilépticos en psiquiatría. <i>Dra. Marta Marín</i> PIR <u>C.A.A. 3ª - B</u> Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i>	COMODIN
	Intervenciones en Trastornos Internalizantes (Ansiedad/Depresión) <i>MJ Güerre y Angélica Esteban</i>	PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Psicoterapia basada en la Mentalización <i>Pedro Sanz</i>	Enlace e interconsulta en enfermería de Salud Mental EIR <i>Pilar De la Cruz</i>	
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA INFANTO JUVENIL	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	SESIÓN CLÍNICA CSM CARABANCHEL

- 13 Marzo: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

ABRIL 2019				
ABRIL 2019	3	10	17	24
11:30 – 13:15	DOCENCIA TRANSVERSAL MIR, PIR, EIR El Incidente Crítico <i>Juan de Dios Molina</i>	PENSAMIENTO CIENTIFICO Financiación y formación en investigación; doctorado. <i>Dra. Eva M^a Sánchez Morla</i>	NO LECTIVO SEMANA SANTA	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Rol del terapeuta (RR 1 y 2) <i>Jesús Fernández Rozas</i>
		INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Trastorno mental grave en la infancia y adolescencia. Plan de Continuidad de Cuidados <i>Elena Perez, Marta Pintero, Noelia Carrera</i>		PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Psicoterapia basada en la Mentalización <i>Pedro Sanz</i>
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA ALCOHOL		SESIÓN CLÍNICA CSM VILLAVERDE

- 10 Abril: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN *MINDFULNESS* PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

MAYO 2019					
MAYO 2019	1 FESTIVO	8	15 FESTIVO	22	29
11:30 – 13:15	FESTIVO	DOCENCIA ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Psicofarmacología de los trastornos del sueño. Isabel Castillo	FESTIVO	PSICOTERAPIA: Módulo BASICO Elementos comunes a todas las psicoterapias. (RR 1 y 2) <i>Ana López Fuentetaja</i>	PENSAMIENTO CIENTIFICO Presentación de Resultados I
		PIR: Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Programas de enfermería en víctimas de violencia de género <i>Marisa Ventura</i>		PSICOTERAPIA: Módulo PROFUNDIZACION <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Psicoterapia basada en la Mentalización <i>Javier Ramos</i>	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Evaluación Diagnóstico y Diagnóstico diferencial de los Trast. Emocionales / Comportamiento graves en Adolescentes (Patol. Carácter) <i>E Albaladejo, B Quintana, D Padilla, C Gómez</i>
13:30 – 15		SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE		SESIÓN CLINICA H DIA IJ “Pradera de S Isidro”	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA

- 8 Mayo: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

JUNIO 2019				
JUNIO 2019	5	12	19	26
11:30 – 13:15	ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Uso de antidepresivos y ansiolíticos en psiquiatría infanto-juvenil. <i>Dra M José Güerre</i> PIR <u>C.A.A. 3ª - B</u> Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Comunicación efectiva y entrevista motivacional <i>Pilar Herrero</i>	PSICOTERAPIA: SESIÓN CONJUNTA <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> El equipo terapéutico como grupo <i>Angeles Castro</i>	PENSAMIENTO CIENTIFICO Presentación de Resultados II	ESPECÍFICA MIR <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Cambio y potenciación con antipsicóticos. <i>Dra. Iosune Torio</i> PIR <u>C.A.A. 3ª - B</u> Casos Complejos <i>Juan J. Belloso</i> EIR: Continuidad asistencial- Modelo de trabajo en equipo multidisciplinar. <i>Valentín Lemus</i>
	INFANTIL <u>Salón Actos Mat.Inf.</u> Intervenciones en los Trast. Emocionales / Comportamiento graves en Adolescentes (Patol. Carácter) <i>E Albaladejo, B Quintana, D Padilla, C Gómez</i>			
13:30 – 15	SESIÓN CLÍNICA RESIDENTE	SESIÓN CLINICA S JUAN DE DIOS Nª SRA DE LA PAZ	SESIÓN EXTRAORDINARIA CONFERENCIA	CIERRE AÑO ACADEMICO (Solo para Residentes)

- 12 Junio: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)
- 1er y 3er Miércoles de cada mes, **REVISIONES TEÓRICO CLÍNICAS** (P. Cubero). A las 15.15 h. en C.A.A. (sala por confirmar)

JULIO 2019				
JULIO 2019	3	10	18	24
11:30 – 13:15	COMODIN	TUTORÍA DE PSICOTERAPIA	TUTORÍA DE INVESTIGACION	

- 12 Julio: **TALLER DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS BASADO EN *MINDFULNESS* PARA PROFESIONALES** (Diego Padilla y Paloma Laiz). (Ver programa al final del Calendario)



UDMSM: MEMORIAS DE PSICOTERAPIA de residentes (2017-18)

Como en años anteriores, vamos a tener el placer de poder compartir las Memorias de Psicoterapia de algunos de nuestros compañeros residentes. Concretamente, de **Raúl Cuesta** (PIR 1) **Marta Feito** (EIR 2) y **Ester González** (MIR 4)

Si no los conociera, al leerlas, me imaginaría de ellos que son profesionales con importante curiosidad por comprender el mundo psíquico de los pacientes y que, desde este trampolín, también han contactado con el suyo propio; y, porque los conozco, destaco su gran interés por la formación, el importante esfuerzo realizado y su implicación “terapéutica” con los pacientes.

Destaco el interés que se percibe por encontrar su lugar dentro de la Psicoterapia, diferente para cada uno, por su perfil profesional, rol, formación previa, lugar de rotación, etc.

El diario de reflexiones sobre el espacio experiencial que aporta Marta, de gran generosidad, nos abre perspectivas a poder pensar sobre aspectos cotidianos de nuestra práctica, en los que afloran aspectos emocionales que necesitamos comprender, compartir y ordenar, para poder cuidarnos y cuidar. El entusiasmo de Ester, en su contacto con la psicoterapia infanto-juvenil o la Terapia basada en la Mentalización, es una inyección de motivación y dinamismo para mantener activa nuestra capacidad de admiración y descubrimiento. La “flexible sistemática” con que Raúl nos presenta los casos trabajados, las hipótesis de partida, los procesos que se van produciendo, así como los logros o las dificultades, nos pone en contacto con nuestras propias seguridades e inseguridades, siendo sin duda un estímulo para nuestro propio aprendizaje.

Entre los muchos aspectos a valorar de ellas, me quedaría con el esfuerzo por rescatar el máximo de posibilidades de aprendizaje de la Psicoterapia, dentro del dispositivo en que cada uno está, y con los medios con los que cuenta, siendo ésta la esencia de la formación longitudinal en Psicoterapia.

No quiero dejar sin nombrar, que los tres expresan agradecimiento a los adjuntos con quienes han rotado, y no sólo por las imprescindibles supervisiones realizadas a un nivel técnico, sino también por el acompañamiento a nivel humano, tan necesario en la formación como psicoterapeutas. Junto a ellos, también va mi sincero agradecimiento.

Y sólo, para terminar, destaco una sugestiva frase de Raúl: “Y yo creía que sabía...”

Creo que este pensamiento, nos acompañará a lo largo de toda nuestra vida como Psicoterapeutas. Es más, no podríamos serlo, si tuviéramos todo sabido. Ojalá que la necesidad de seguir aprendiendo, nos impulse a formar equipos de trabajo en los que poder compartir y no sentirnos solos en esta magnífica tarea.

Ana López Fuentetaja

Tutora de Psicoterapia

Memoria de Rotación Longitudinal de Psicoterapia: Raúl Cuesta Arenas

Nombre y Apellidos: Raúl Cuesta Arenas

Especialidad: Psicología Clínica

Año de residencia: 1º

Período: Mayo 2017- Mayo 2018

1. VARIABLE ASISTENCIAL Y SUPERVISIÓN

1.1. Aspectos cuantitativos

Este año 2017 he comenzado mi primer año de residencia en el Centro de Salud Mental de Villaverde, "Los Ángeles". Durante **los primeros dos meses mi tarea principal fue la observación** y posterior **discusión** de los casos. He participado en tratamientos individuales con psicólogas clínicas de orientación sistémica e integradora (Cristina Rivas), y cognitivo-conductual (Belén López Moya y Marta Oviedo Nieto) y también en tratamientos grupales con el psicólogo clínico Jesús Fernández Rozas desde una orientación psicodinámica.

También he participado como **observador en terapias familiares y grupales** y en consultas individuales con varios psiquiatras del centro como Marina Rodríguez Martínez y Pedro Cubero Bros.

Desde el mes de Junio, y de manera progresiva, fui asumiendo un mayor grado de responsabilidad y empecé a realizar **primeras entrevistas de evaluación**, bajo la supervisión directa del facultativo correspondiente (en primer lugar Cristina Rivas, seguidamente Belén López y posteriormente Marta Oviedo) y paulatinamente, tras una valoración de la complejidad, fui asumiendo casos de psicoterapia individual.

He podido disfrutar de observar diferentes abordajes terapéuticos (cognitivo-conductual, psicodinámico y sistémico) y he aprendido habilidades propias de las distintas orientaciones, terapias y modalidades y también otras comunes a todas ellas, como la comunicación, la escucha activa, la generación de Rapport, el cuidado del encuadre, el respeto por el sufrimiento, el conocer cuál es mi rol, etc....

He realizado psicoterapia individual con varios pacientes derivados desde Atención Primaria y otros procedentes de derivaciones internas del mismo centro (C.S.M Villaverde "Los Ángeles").

He podido **intervenir con pacientes** de diferente nivel de gravedad y diagnosticados con diversas patologías como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, hipocondría, trastornos de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, etc. La frecuencia de las sesiones ha sido quincenal en la mayoría de los casos y en aquellos más graves, semanal.

Para poder intervenir de manera más adecuada y tratar de dejar de lado el menor número de aspectos posibles, he intentado **supervisar** todos los casos con el adjunto correspondiente. He podido

aprender de cada caso y con cada paciente, conocer diferentes estrategias y métodos de trabajo, aprendiendo al mismo tiempo a valorar la **pertinencia** y la **adecuación** de cada uno en función de las características del paciente y del contexto. He aprendido del trabajo con cada uno de los pacientes y también de las dificultades que se me presentaban como una muestra de la importancia de la supervisión y la necesidad de una valoración y abordaje individualizados de cada caso.

Una de las cosas que más valoro de este primer año es haber aprendido y aprehendido es la **diversidad individual** de las personas, es decir, que aunque estos pacientes estén etiquetados con un diagnóstico, el tratamiento va mucho más allá de aplicar un tratamiento determinado “a ciegas”, sin atender a las características particulares del paciente, a su momento vital, a su fase evolutiva, a su contexto de vida y/o a su propia historia personal o de tratamiento.

He aprendido sobre la **importancia del vínculo** en el trabajo con el paciente y a prestar mucha atención a los fenómenos transferenciales. Me he encontrado en diferentes momentos de distintos tratamientos “ejerciendo” sin saberlo ciertos roles para el paciente que, a veces analizando el caso y otras veces gracias a la supervisión de mis adjuntos, he podido detectar, valorando cuál era la mejor manera de proceder desde ese punto y registrándolo en mi propia historia personal y profesional como terapeuta.

Durante mi formación de primer año, he tenido la oportunidad de participar, con diferentes grados de responsabilidad, en varios **grupos terapéuticos** de diferentes orientaciones y perfiles de pacientes. Empecé mi experiencia en los tratamientos grupales al incorporarme al CSM en junio de 2017 pudiendo asistir a varias sesiones de grupos para pacientes con trastornos afectivos. Además, a partir de septiembre de 2017 he participado en:

- Dos grupos para trastornos afectivos, de 12 sesiones de duración y frecuencia semanal, conducidos por Jesús Fernández Rozas, con una orientación dinámica. Mi rol ha sido de observador en dos ediciones del grupo realizando un registro de los “emergentes” de las sesiones y realizando devoluciones a las pacientes que asistían al grupo como material que podía recoger aquello que se había trabajado en sesión.
- Cinco grupos para trastornos adaptativos o Grupos Transdiagnósticos llevado a cabo en el CSM por el Psicólogo Clínico Jesús Fernández Rozas, con una frecuencia semanal y 12 sesiones de duración. He participado como observador en todos ellos y, de manera progresiva, he asumido otras funciones, como la de preparación de grupos, diseño de instrumentos y en las últimas ediciones, he participado como coterapeuta y, en algunas sesiones, como terapeuta único.
- Dos grupos psicoeducativos de control de la ansiedad, estructurados, con un enfoque cognitivo-conductual y de tiempo limitado (12 sesiones con una frecuencia semanal). Éstos se llevaron a cabo dentro de la Atención Continuada en el Hospital, bajo la supervisión de la Psicóloga Clínica Sara Solera. Mi participación se ha sido en calidad de observador en el primer grupo y de coterapeuta en el segundo.

También he participado (como observador, coterapeuta y finalmente como terapeuta) en la atención continuada y dentro del programa ARSUIC en varios tratamientos individuales, con la supervisión de Marta Oviedo.

1.2. CASO CLÍNICO

0. ¿POR QUÉ HE ESCOGIDO ESTE CASO?

Es un caso que me ha sorprendido y que me ha “explotado” de improvisto cuando creía que estaba preparado para el alta. Es un caso que me ha enseñado muchas cosas: la diferencia entre el problema y la demanda, la importancia de la conciencia de problema, la motivación al cambio, la importancia del contexto y de la familia en el abordaje terapéutico no solo como parte de la solución (como suele destacarse), sino como parte del problema, la dinámica familiar y los roles y su influencia en el desarrollo del problema y, además de otras cosas más técnicas, sobre todo que, a pesar de que las intervenciones siempre parten desde el “querer sumar”, en este caso yo he pasado a formar parte del “Juego Familiar” sin darme cuenta.

1. FILIACIÓN

J es un varón de 18 años, 17 cuando me lo derivan. Convive con su madre (49) y padre (50). Ambos trabajan. **“Mi madre** es economista y sigo los pasos de mi madre (*). **Mi padre** es conductor de la EMT... (Gesto de hombros arriba (*)). Mis padres siempre han dicho que tengo que estudiar... **Mi entrenador** también estudió ADE.”, “A mi padre le gustaba el deporte y era la manera de seguir también los suyos... porque lo llevaba en los genes”.

Tiene dos hermanos. Uno 4 menor y una 8 menor. “En el aspecto familiar todo muy bien”. No los nombrará en ningún momento.

Refiere tener **una pareja** de la que parece que se está distanciando, algo que lleva muy mal.

2. MOTIVO DE CONSULTA

Viene derivado desde su MAP con el detalle de PIC: “TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO. De nuevo ansiedad por cambios, va a ir a la universidad. Mucha sintomatología ansiosa, dificultad para conciliar sueño. Derivo a psicología y doy lexatin”.

- ✓ Cuando veo a “la pareja” pienso que la dinámica familiar es muy confusa y caótica y que probablemente tendrá un lugar importante. Aunque él luego no me permite trabajarla.

El motivo de consulta real es que su madre está muy preocupada por la inseguridad de J. por eso acuden a su MAP y les dan visita “preferente” con el servicio de psicología del C.S.M de Villaverde.

3. ¿CÓMO SE PRESENTA EL PACIENTE?

3.1. Aspecto, descripción física, actitud corporal, forma de mirar, modo de hablar...

J. es un chico “guapo”, rubio, ojos azules, con pelo bonito y de peluquería siempre. Aspecto siempre cuidado. Deportista. (Un poco un Brad Pitt en niño, pero el bueno, el de “Leyendas de Pasión”).

3.2. Modo de relacionarse con el terapeuta:

Siempre es puntual. No falla a ninguna cita hasta el final.

Acude el primer día **con su madre**, que cuando le llamo, intenta entrar. **La freno** (*) en la puerta. Entrará él solo y la hago pasar al final. Ese día está inhibido, pero adecuado a una primera entrevista. Está sereno y manifiestamente ansioso.

Hago pasar a la madre. Cuando pasa **la madre** J. adopta una postura replegada sobre sí mismo (*), con las manos entre las piernas, cabeza gacha, encorvado, piernas atrás y llora al escuchar a su madre. No replica en ningún momento aunque yo le “rescate”.

El discurso de la madre es angustioso, dramático, hablando de él en tercera persona, “encargándome” la labor de “arreglarle”, porque está “aún incompleto, inmaduro”, “incapaz de muchas cosas por sí mismo”, “aunque (*) es un chiquito muy bueno, no ha madurado como debería y siempre le ayudo en todo lo que puedo, pero tiene que hacerlo él por su cuenta” (*)...el discurso es “casi convincente” y llora abundantemente. Solamente se dirige al hijo para decirle que “tienes que madurar ya... por ejemplo, con esa chica que sales, que sé que no te gusta que lo diga.... Pero es una relación tóxica... y te tiene sometido, hace lo que quiere contigo y no es normal que tú no puedas abrir la boca”. (CT*)

Siempre **volverá solo** (le cito solo aunque la madre se hace presente llamándome y encargándole a J. que me lo diga) hasta hace dos meses que **deja de venir**.

Su manera de funcionar ha evolucionado y cambiado a lo largo de las sesiones, pasando de inhibido y monosilábico a poder tener una conversación activa y reactiva, con iniciativa, frenándome cuando no estaba en mi línea o aportando detalles a lo que yo iba rescatando.

Solamente llora dos veces durante las 8 sesiones en que nos vemos: una el primer día y otra en una sesión en la que habla de una ruptura con su pareja. Lo abordamos y es capaz de recolocarse.

El resto de las sesiones transcurre con un ambiente de trabajo y colaboración. Me aprovecho de sus rasgos obsesivos para saber que cumplirá las tareas (detención del pensamiento, registros de emociones, la hora de preocuparse, etc....).

3.3. Entrecomillado de alguno de los primeros párrafos de la narración de la paciente:

“No me gusta estar solo”, “Tengo miedo al cambio”, “Han venido todos los cambios juntos”, “Sigo los pasos de los que veo que les va mejor que yo”, “Siempre comparo con la felicidad de los otros y veo que lo suyo es mejor”.

4. ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

- **Familiares:** no refiere.
- **Personales:** antecedentes en salud mental infanto-juvenil por inseguridad, fobias y ataques de ansiedad.

En tratamiento en Salud Mental a los 15 años. Cuando cambió de centro de estudios al cambiar de 4º de la ESO a 1º de Bachillerato.

Extracto de las visitas a Psiquiatría Infantil:

- **Ataque de ansiedad** por cúmulo de trabajos en el instituto y por los nervios anticipatorios de los exámenes (les recomiendan ir a SM)

- Se cambia de instituto (al que iba su novia) y a los 4 días dice que “no lo soporta” y que quiere volver. **Él no habla.**
 - La madre cuenta que ella “se ocupó de solucionar todo el problema”.
 - Cuando se re-incorpora le pide apuntes a varios alumnos y compara para “no perder ningún dato”.
 - La madre cuenta que no salía de la cama y que si sale, es porque se pone el despertador antes para ir **a la cama de su madre.**
 - la madre cuenta que se pasa el día repitiendo “me he equivocado”, que se encierra en la habitación, llorando y diciendo que “no puedo más”.
 - La madre cuenta que gritaba que no podía estar solo y que se iba a dormir con ella a su cama.
 - **Una psicóloga** amiga de la madre se ofrece a **ir a su casa.** Él se niega porque ese día se encuentra bien.
 - *“Temperamento inhibido, ansioso se muerde las uñas, responsable, acepta bien normas y límites, le cuesta relacionarse”, “Tiene pareja, Gema, llevan un año juntos”, “Solo es capaz de decir que está bien, que no necesita ayuda, que todo funciona bien y que se ve como alguien que sabe diferenciar lo que está bien de lo que está mal”.*
 - En el seguimiento: entra y mira al suelo habitualmente, se come las uñas, se queja de los cambios, de que es difícil integrarse. Se describe como anticipador negativo, como inseguro.
 - Tomó Lorazepam (1/2-0-1/2). Se introduce Sertralina 50mg (1-0-0)
 - Mejora a lo largo del tratamiento. Es capaz de irse de fin de curso a Italia y de no anticipar ni el viaje, ni la maleta (*).
 - Dice que está igual que siempre, igual de bien, que sigue sin necesitar ayuda.
 - ALTA.

5. PROBLEMA ACTUAL

5.1 SITUACIÓN PERSONAL ACTUAL:

Comenta que terminó la selectividad y desde que opta por hacer esta carrera (INEF) tiene “**mucho miedo al cambio**”. Comenta que ya le pasó con el cambio de instituto. Cuenta que además, le ha tocado turno de tarde y ha tenido que dejar el equipo de fútbol.

Explica que desde julio tiene problemas para dormir, se despierta sobresaltado, “no tengo la cabeza tranquila”, “Siempre dando vueltas”. “Y **siempre he querido** hacer la carrera y **tengo miedo** de que no me guste”. El viernes tengo clase hasta tarde y no puedo salir y verlos”. Se refiere a sus anteriores amigos del equipo de fútbol.

Comenta que jugaba al fútbol en un equipo de fútbol que vivía como una familia: “donde contar sus problemas y cosas íntimas” (*).

Comenta que lleva dos semanas en la carrera: “Al estudiar la carrera he tenido que dejar los amigos del equipo. Ahora **aborrezco la carrera**, ahora el turno de tarde, conocer **gente nueva**” (*). “A veces pienso que no es lo mío....que sí que lo es (*), pero”.

Comenta que **no le gusta estar solo**: “Siempre quiero estar con gente, ocupado para no estar continuamente pensándolo. Y en verano como tenía la conciencia más intranquila....le di más vueltas... Y en clase **estoy siempre pensando**.”, “Mis compañeros del fútbol es difícil compaginarlos con estudiar”.

Comenta que: **"Los cambios me han costado mucho siempre.** Llevo desde los 6 o 7 años en el mismo equipo de fútbol. Para bachillerato **intenté cambiar** de instituto **pero me volví (*)** tras el primer trimestre. Cuando fui al nuevo instituto, pensaba....a ver como lo llevo, miedo a lo desconocido, miedo a cómo van a ir las cosas.....**Siempre he querido tenerlo todo controlado.** Si ponen un trabajo, lo hago enseguida, si hay un examen, lo preparo por adelantado". Comenta que **"Como soy un chico muy nervioso, no pude irme a despedir de mis entrenadores (*)** y del grupo porque tuve que examinarme de la Selectividad. A raíz de ahí, me di cuenta de los cambios. **Han venido todos los cambios de golpe.**

Respecto a su carrera y sus decisiones comenta que "Ahora pienso si hubiera hecho Derecho, ADE... si hubiera hecho esta o la otra...igual no pasaría esto...", **"Mi entrenador y mi madre los que me han hecho más feliz** han estudiado eso y... claro", **"Sigo los pasos de alguien porque veo que lo suyo es mejor que lo mío" (*)**

En esta primera visita, donde se supone que se da mucho de lo que ocurrirá después, incluyo a la madre para que me dé información y por recogerla y darle un lugar ya que ha **"acompañado"** a J.

Pasa la **madre** que sin preguntar qué hemos hablado, comenta: **"Quería matizar** algunos puntos....Para mí es difícil estar aquí... con J. **otra vez...** Tengo mucho desgaste...vengo de trabajar, tengo un trabajo muy estresante y ya **no sé qué más hacer con J."** (*****)

Pro-sigue: **"le he cogido y le he traído". "Yo tengo mucha culpa de que él esté así.** Cada uno de mis hijos es de una manera, el mediano es de una manera, y **Jorge es muy dependiente". "Siempre le soluciono los temas. Empatizo (*)** mucho con él. **Mi carácter es de otra manera, actúo solucionándoselo (*)**. Soy muy positiva (distinto a él, soy muy extrovertida). Trabajo toda mi vida, tengo económicas....la vida no es fácil y quizás no he sabido enseñarle que solucione sus cosas".

Comenta llorando que **"Tiene que espabilar y centrarse.** Tiene una inseguridad tremenda. Hay veces que yo ya no puedo, **le ayudo, le doy fuerza,** siempre **le apoyo** y siempre **intento que llegue** a donde él quiera, pero **siempre que** su actitud sea buena y lo quiera hacer".

Comenta el episodio de hace dos años del cambio de instituto desde la responsabilización de Jorge y lo califica de **"un episodio muy desagradable" (*)**. Comenta que: "Creo que **se valora poquísimamente, no está centrado, no tiene personalidad. Soy objetiva.** Creo que **todos esos cambios le van mal...** Está estudiando una carrera que "él ha decidido". **No nos sobra el dinero,** pero le ayudamos." (*)

Comenta respecto a una amiga: "Esa chica que ahora es su novia, era su amiga. Hubo **un episodio muy triste (*)**. Él **decide por encima de nosotros (*)** cambiarse de colegio y **como tiene mucha inmadurez...**A los 4 días tuvo un problema puntual. **Yo lo tuve que solucionar"**

Comenta que "Mi marido es más tirano, frío y realista. La vida hay que ganársela, es quiero, quiero, quiero. Y te adaptas, y luchas. Esto es lo que has decidido tú y vamos a intentar que tomes decisiones. Esta chica tiene más personalidad que él. Él vive un victimismo hacia ella. Veo situaciones en las que él se humilla y que no sabe gestionarlo."

5.2 SITUACIÓN FAMILIAR ACTUAL:

He invitado a los padres a venir, pero su padre no puede por trabajo, según refiere la madre, que me llamó por teléfono para decirme "algo importante" y le devolví la llamada. (*)

Los padres de J. trabajan. Su madre trabaja en una gran empresa, es una economista. Ha sufrido 5 ictus faciales por estrés. Su padre es conductor de EMT. Se siente **"más cercano"** a su madre.

Tiene dos hermanos menores, uno de 14 años y una hermana de 10 años, de los que no habla. No nombra a ningún miembro más de la familia a pesar de que intento que abordarlo.

6. MOTIVO DE CONSULTA

6.1 Motivo manifiesto (primeras sesiones)

Demanda: Vengo por no querer hacer sufrir a mis padres. Siempre he querido sacar buenas notas por ellos. Como soy más pequeño y no puedo ayudar en otras cosas, ahora que no estoy a gusto con tus estudios... veo que sufren. "La capacidad de elección. Ya me pasó una vez con el instituto y es lo que siempre has querido contra lo que dice tu cabeza".

Enfermedades somáticas: No refiere ninguna

Conflictos interpersonales: En un principio niega cualquier conflicto familiar o de pareja. Sin embargo, a lo largo de las sesiones emergen problemas de relación con su pareja que disparan episodios de ataques de ansiedad y llanto y que le hacen "encamarse".

6.2 Diagnóstico inicial (DSM-IV): Trastorno de ansiedad generalizada y rasgos obsesivos de personalidad (a filiar).

6.3 Redefinición de la demanda: Durante las sesiones, nos centramos en trabajar la inseguridad, pero también la tolerancia a la incertidumbre y a una vida "con fallos", no perfecta. Por otro lado, surge de manera muy circunstancial la relación con su pareja. Posteriormente, con una llamada de su madre, sabré que no me contaba algunas cosas más importantes.

6.4 Motivo latente (hipótesis del terapeuta): Mi hipótesis desde el primer momento fue que la dinámica familiar formaría parte de las sesiones. Esto no fue así a pesar de que yo lo intenté incluir como parte normal de su vida de forma muy natural. Desde el principio, cuando se presentó el caso con su madre en mi despacho, pensé que J. estaba inserto en un sistema familiar disfuncional y que algunos de los síntomas que presentaba serían originados dentro de una dinámica familiar "ansiosa" que habría que tratar, aunque en un primer momento traté de "diferenciarlo" y significarlo como sistema único separándolo de los padres, al menos en terapia.

7. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

7.1. ¿Cuándo?, ¿Por qué ahora?

No concreta por qué ahora, pero por lo que he podido extraer de nuestros encuentros, se siente un poco perdido en la universidad, con varios cambios a la vez los que, sin duda, le supone una importante dificultad afrontar.

7.2. Expectativas.

Su expectativa es recibir ayuda para tranquilizarse y gestionar mejor las decisiones y los cambios que se están produciendo en su vida.

7.3. Listado y jerarquización de problemas.

- Dificultad para tomar decisiones.
- Dificultad para afrontar cambios.
- Anticipación (negativa) de situaciones y consecuencias.
- Sentirse peor que los demás en casi todas las áreas.
- Inseguridad. Tendencia a pensar que saldrán mal las cosas.
- **DINÁMICA FAMILIAR.**

8. BIOGRAFÍA

No hay nada reseñable en su infancia según cuenta. Un chico siempre estudioso.

Se describe como alguien a quien le cuesta tomar decisiones, “soy nervioso, una persona muy negativa, me gusta estudiar, me implico cuando tengo un objetivo...mejor sacar un 10 que un 5, ¿no?, soy **muy negativo e inseguro**, pienso todo un montón, me puedo tirar media hora para decidir unas zapatillas. Como soy negativo te castigas mucho (*)”.

Deportista desde los 7 años, federado, buen nivel. Es delantero, “El que marca los goles (*)”.

Tiene una pareja desde el Instituto, 3 años. “Íbamos juntos a clase y salíamos juntos, ahora ella estudia otra carrera, con otro horario, apenas nos vemos, ella está haciendo nuevos amigos y he visto que tiene muchas fotos con uno de ellos en las RRSS”.

8.1 Creencias religiosas, culturales, ideológicas...

No es un área relevante en este caso.

8.2. Hipótesis de relación del problema con la biografía.

El paciente ha crecido en un ambiente en el que el trabajo y el esfuerzo son muy valorados, incluso por encima de la salud (la madre ha tenido 5 ictus faciales por estrés laboral).

En el pasado J. ha tenido que tomar decisiones y la percepción de su familia (al menos de su madre) es que se ha equivocado y que ha habido que rescatarle en esas situaciones.

9. BÚSQUEDA DE PAUTAS-PROBLEMAS

9.1. Patrón de acontecimientos que tienden a repetirse.

- La presencia de preocupación y miedos que son “calmados” por la madre de J. bien con palabras o con “rescates”.
- El estilo comunicacional y el nivel de ansiedad que está presente en esta familia es enorme en cada momento de duda o de inseguridad. El patrón de ansiedad es algo que ha sido vivido desde siempre en casa con cada dificultad que “había que superar”.

9.2. Patrón de relación interpersonal.

- J. se relaciona de manera dependiente con las personas de su entorno, tanto familia como profesores o entrenadores.

10. FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS

Cada vez que surge la necesidad de tomar una decisión, J. se angustia, lo cual angustia a su familia y es ésta la que termina por tomar la decisión o dar el paso.

Por otro lado, el nivel de angustia de J. es tan alto que le lleva a encamarse y a reclamar toda la atención por parte de los que le rodean.

11. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

11.1. Objetivos, focos.

En un primer momento el objetivo se centra, por un lado en la diferenciación de J. de su familia y, por otro lado, la inseguridad y el nivel de ansiedad de éste. Además, se podrían resumir y enumerar como sigue:

- Favorecer la expresión emocional, el darse cuenta de las propias emociones, poder nombrarlas y situarlas en el contexto para poder trabajar con ellas en lugar de denominarlas como “miedo” o “inseguridad” y poder trabajarlas.
- Manejar los síntomas de ansiedad.
- Mejorar en la toma de decisiones.
- Trabajar la necesidad de control y la obsesividad con la que entiende la vida.
- Trabajar en el disfrute que vive en su día a día
- Normalizar los errores y la incertidumbre como parte de la vida.

11.2. Estrategias terapéuticas.

- Construir una relación terapéutica de confianza y crear un ambiente donde pueda expresar sus emociones sin sentirse enjuiciado.
- Explorar las dificultades y las emociones que surgen en la narrativa del paciente y elaborar pautas para trabajarlas.
- Manejo de la ansiedad.
- Autorregistros y reestructuración cognitiva.
- Trabajo sobre las ideas obsesivas: detención del pensamiento, hora de preocuparse, prevención de respuesta de comprobación y reevaluación de la preocupación.
- Toma de decisiones progresiva.

11.3. Pronóstico y dificultades previsibles.

En cuanto al pronóstico, en este momento es difícil saber cómo será el progreso de la terapia y la evolución de J., pues ha dejado de acudir a las sesiones. Además, es difícil poder anticipar el pronóstico porque el problema actual tiene mucho que ver con la dinámica familiar y no solo con J.

A pesar de que J. ha evolucionado favorablemente en muchos aspectos y que, algunas de las dificultades que presentaba ya no están presentes, el nivel de angustia familiar es evidente y él está expuesto de manera continua a él.

Es de esperar que la mejora o no de J. venga de la mano de la diferenciación y /o del trabajo conjunto con su familia, para tratar de aunar los objetivos del contexto.

Una de las dificultades que han surgido es el nivel de angustia de su madre, M. en diversas ocasiones ha llamado al Centro de Salud dejando mensajes “muy angustiosos” que incluso han angustiado a algún profesional administrativo que tomó los mensajes. Esta práctica que se ha convertido en habitual me recuerda a la que ella misma me cuenta sobre J. y por otro lado, que a mí también me preocupa, casi incluyéndome en el sistema ansioso por contagio. Esto supone una gran dificultad, tanto para mí a la hora de manejarlo como a la hora de diferenciar a J.

12. CONTRATO TERAPÉUTICO

Se acordaron con el paciente sesiones con frecuencia quincenal de 1 hora de duración. Acude puntual a la mayoría de las sesiones excepto dos, en las que es su madre (y no él) quien llama para comunicar que está enfermo en la cama y solicitando otra sesión.

Ha cumplido con las tareas siempre, aunque algunas no ha podido dominarlas ni le han servido para “mejorar”, es parte del proceso.

13. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

13.1. Dentro de la sesión.

En la mayoría de las sesiones se presenta muy distante y poco hablador. No aporta apenas material con el que trabajar y las sesiones se vuelven casi interrogatorios.

Suele relatar pocos hechos y verbaliza muy pocas emociones. Estos hechos se limitan al campo de la universidad y su elección de carrera universitaria.

13.2. A lo largo de la terapia.

- ✓ Trabajamos herramientas de disminución de ansiedad (superficiales)
 - Detención del pensamiento.
 - Hora de preocuparse.
 - Prevención de respuesta de comprobación.
 - Estar más presente, no comprobar.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Toma de decisiones progresiva.
 - Reevaluación de la preocupación.
- ✓ Trabajamos relaciones con padres y entrenador.
 - Diferenciación. Individualidad. Voz propia. Camino propio.
 - *“No me presionan, me entienden, aunque no sé.... si no fuese a clase igual me animarían a ir a clase”*
- ✓ Trabajamos separación de su novia.
 - *“No me preocupa tanto. Es la universidad lo principal....”*
- ✓ Trabajamos los miedos a tomar decisiones:
 - *“evito tomar decisiones solo, porque me da miedo equivocarme y así no me enfrento a ello”*
 - *“los demás toman mejores decisiones, se les ve más felices”*
 - **Convivencia con la incertidumbre** como parte de la vida.
 - **“El otro día leí el horóscopo y me describía, supe lo que iba a pasar”**. Trabajamos lo fácil que es no-tomar-decisiones.
- ✓ Trabajamos la sobreexigencia:
 - *“Tengo tantas cosas que hacer que si no lo hago así, no me da tiempo”*
 - Contextualizo. Más “presencia”. Menos comprobaciones y reaseguraciones.
 - Fastidiado porque es muy fácil y podría estar estudiando algo más difícil.
 - Normalizamos los errores.

- Comenta que ve videos y que ve que hay experiencias de gente que tomó decisiones equivocadas y que funcionaron más tarde como Michael Jordan.
- ✓ Trabajamos sobre su propia imagen de sí mismo
 - "Tengo dos mentalidades, la de niño y la de adulto." Es difícil engañar cuando tu mente piensa en algo."
- ✓ En la última sesión a la que viene:
 - "mucho más tranquilo... He probado cosas nuevas, que no había hecho así las cosas nunca". "Me encuentro más tranquilo, ha sido raro y no ha sido fácil... de hecho a veces no puedo controlarlo y vienen ideas de controlarlo todo, que es lo de siempre, pero bueno... Supongo que es normal..."
 - "He visto que puedes probar y hacer otras cosas... no solo los exámenes... He podido estar concentrado estudiando y luego en otras cosas también... como si tuviera más energía por no pensar tanto".
 - "No todo es nervio y tensión" "Ahora ya no tengo que aprobar como sea, he aprendido a llevarlo como sea y ver... De hecho, no iba tan bien preparado como antes, como otros años, pero estaba mucho más tranquilo y salía todo... más fluido". [Gracias...]
 - "He intentado no anticipar, no pensar tanto... hacer y olvidarme de pensar", "He podido apartar los pensamientos, no siempre, no es fácil, pero estoy mucho mejor ¿No todo es estudiar"
 - "Incluso he dormido mejor y he disfrutado más..."
 - "Estaba **más centrado en disfrutar el momento** y después me centraba en lo que venía después... y no pensaba en lo de después"
 - "El año pasado no lo disfruté. Estaba pensando en los exámenes y estaba con las uvas y pensando que tenía que irme a la habitación a estudiar... un estrés". "Este año, en cambio... me lo pasé bien en fin de año. Fue divertido. Siempre se atraganta alguien... (**Rie**)". "Comí las uvas... a ver si viene la buena suerte".
 - "Voy a ir a la feria de universidades".
 - Abordamos criterios que va a buscar.
 - Le doy a él la posibilidad de coger el alta o seguir viniendo. Le cuesta elegir, pero decide venir un día más. Coincide con mi plan: verle un día más para valorar estabilidad y cerrar con los padres para trabajar con ellos la separación.
 - No vuelve. Me llama la madre para cambiar la cita una vez.
 - No viene. Me llama la madre. Conversación de 30 minutos. "hablo" con ella.
 - Está en crisis.
 - Incontinencia (de los dos).
 - Han vuelto a instaurarse todas las conductas.
 - No siente que necesite ayuda.
 - No cree que yo pueda ayudarle.
 - Le doy cita.
 - No viene. Me llama la madre de nuevo y esta vez ya no la atiendo.

14. EL PUNTO DE INFLEXIÓN:

El punto de inflexión es en el que me encuentro ahora mismo. Tras 8 sesiones con J. en las que ha mejorado bastante de sus síntomas ansiosos y de preocupación y, en los que se ha posicionado de manera diferente en cuanto a la **demanda inicial**, que era la toma de decisiones en cuanto a una carrera y que tanto le angustiaba, J. ha dejado de venir, faltando consecutivamente a dos sesiones.

Cuando yo llamo para localizarle, en lugar de ser su teléfono, el teléfono es el de la madre. En esa conversación la madre me solicita darme más información y yo, considero que puede ser buena idea para yo ubicarme mejor, ya que "suena angustiados".

En ese momento veo que yo estoy inmerso en su sistema también y que está depositando su angustia en mí, como J. lo hace en ella y veo que, además, por la manera que tiene de hablarme, que me "percibe" de su lado. Es decir, veo que siente que yo soy parte de una **alianza** en la que ella tiene un

lugar y, por lo tanto, estamos tratando a J. como si fuera incapaz, insuficiente o poco maduro, precisamente los calificativos que ella utiliza para él.

Para terminar la conversación, decido darle una cita y más tarde pienso que es otro error, porque J. percibirá que su madre ha hablado conmigo y probablemente la alianza de trabajo corra peligro de romperse.

En este punto es donde presento el caso complejo.

1.3. Valoración cualitativa de la rotación.

“Me siento un privilegiado”. Esta frase la he repetido un número incalculable de veces a lo largo de este primer año de residencia en un número importante de contextos diferentes. Y es que me siento así: privilegiado.

Comencé mi rotación en el Centro de Salud Mental de Villaverde pocos meses después de aprobar un examen, el examen P.I.R, que me “acreditaba” como un psicólogo capaz para iniciar este proceso de aprendizaje (que no terminará nunca) y de carrera profesional, de la que este periodo de residencia tan solo es “el primer escalón”. Antes de eso, siempre había sido un estudiante trabajador, “sacrificado”, muy “responsable”; lo que Costa y McRae denominan “conscious” y que el Dr. Pedro Cubero denomina “obstinado” en lugar de “obsesivo”, un término más académico y confuso según él. Había estudiado el Grado en Psicología por convicción y por vocación y me había formado (teóricamente siempre). En definitiva, “Yo creía que sabía cosas”.

Pocos días después de incorporarme, mi sensación fue de una creciente inseguridad. Tras la ilusión de los primeros días, que ensombrece un poco el resto de emociones y acontecimientos que van ocurriendo, empecé a ver lo duro y bonito (una mezcla informe) que es el trabajo de psicólogo clínico.

Me asusté. Me costó calmarme y tomarme las cosas con calma al principio, tomármelas de manera más flexible, sin tanta prisa y de forma mucho menos “controlada” de lo que yo inicialmente tenía “planificado”.

Me he tenido que replantear muchas cosas durante los últimos 11 meses, y cuando digo “cosas” me refiero a “maneras”. Hoy soy consciente de que estoy en proceso, en algún escalón de mi “proceso de convertirme en persona” (al estilo de Carl. Rogers), pero también en el primer escalón de convertirme en psicólogo clínico. Y entiendo, y digo bien, “proceso”, porque sé que es algo sin fin, sin una meta, sin un punto concreto a donde llegar y que, del mismo modo que la vida, tiene más que ver con el día a día, con el paso a paso, con el propio proceso que con conseguir o llegar a algún lugar. Sin duda he podido ver que éste, el proceso, es el que proporciona un disfrute y un placer real más allá de “ser”, “estar” o “llegar” a algún punto concreto que supuestamente sea “el bueno”.

He tenido una suerte inmensa y por eso repito una y otra vez que soy un privilegiado. Y esta suerte es tal porque durante este primer año me he cruzado con personas y profesionales extraordinarios de los que he podido aprender y en los que me he podido fijar. Agradezco profundamente cómo me han dedicado su conocimiento y su tiempo para sumar sus pinceladas en este proceso de construcción que es, o que al menos yo considero, la residencia como psicólogo clínico.

Gracias a ellos he podido ir tomando contacto con las técnicas, con diferentes tipos de intervenciones para diferentes pacientes en diferentes momentos, pero también he podido ir tomando

contacto con algunas dificultades, con obstáculos y con el trabajo diario tanto en terapias individualizadas, como en terapias grupales. Esta variedad y riqueza de la rotación, la variedad de intervenciones así como de los recursos terapéuticos que he observado me ha aportado una visión amplia y compleja de la manera de intervenir y de los recursos más apropiados para un determinado problema para una persona concreta.

Sin embargo, lo que más me ha marcado durante este primer año no han sido las orientaciones teóricas de mis adjuntos, ni su manera de aplicar ciertas técnicas o sus intervenciones concretas (algunas de las cuáles, debo reconocer que casi me hacen saltar las lágrimas de emoción en alguna ocasión), sino la calidez humana, la dedicación tanto a mí como a los pacientes. Una dedicación que es difícilmente apresable y que, desde mi punto de vista, requiere un reconocimiento enorme, más allá de que, esa propia dedicación, impulsada “desde dentro” por una dulce y cálida vocación, no busque ni reclame ese reconocimiento en ningún momento.

En definitiva, durante este año me he sentido importante desde mi posición de residente. Me he sentido cuidado, me he sentido tenido en cuenta, valorado y exigido, empujado y rescatado, pero sobretodo, me he sentido acompañado. Sin duda, he tenido la enorme suerte de ser cuidado y valorado. Siento que he recibido un maternaje desde “la seguridad”, desde el conocimiento de tener un colchón donde caer si tropiezo, desde saberme importante pero no imprescindible, desde saberme uno más cuando esto no es visto igual desde otras esferas, desde saber que puedo “explorar” y volver si lo necesito porque siempre voy a ser recibido, casi de manera incondicional, a la vuelta. En resumen, me he sentido acompañado desde un innegable apego seguro.

Mi orientación está por venir. Estoy cursando el segundo año de un máster de Terapia Familiar Sistémica, pero entiendo la psicología, la salud mental y la psicopatología desde una concepción más “dinámica” y sé que el próximo año iniciaré una formación a largo plazo desde esta orientación. Y el que esté “por venir” a día de hoy no me supone (demasiada) ansiedad, porque sé que mientras tanto, voy aprendiendo otras cosas menos tangibles, otras habilidades terapéuticas de manejo que no son tan concretas, que son más abstractas, que no son declarativas sino implícitas y que siento que aparecen, que las apreso, que las incorporo y que se quedan conmigo, acompañándome para acompañar a otros.

2. FORMACIÓN TEÓRICA

2.1. Formación teórica en la que se ha participado, tanto organizada dentro del Servicio como fuera del mismo.

- He asistido a la **Docencia Multiprofesional** del Área de Gestión Clínica de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Universitario Doce de Octubre.
- He participado en el **Seminario de abordaje terapéutico de casos difíciles.**
- **Curso** “Habilidades de entrevista en salud mental”, 13 y 20 de septiembre de 2017, IPJG José Germain (Leganés), 1 horas lectivas.
- **Curso** “PsicoDoc: Búsqueda Bibliográfica especializada en Psicología. Colegio de Psicólogos de Madrid.”. 20 horas lectivas.
- **Máster en Psicología General Sanitaria**, Universidad de Valencia (Valencia). 90 ECTS.
- **Máster en Terapia Familiar Sistémica.** Durante 2017 cursé el 1º de los años de formación de este máster, denominado “Curso Básico de Terapia Familiar” y desde enero de 2018 curso el 2º de los años de formación, denominado “Experto en Intervenciones Sistémicas”, ambos de manera on-line a través de la plataforma que la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar, en colaboración con el Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. 20 ECTS cada uno de estos cursos como parte de un

programa formativo acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF).

2.2. Seminario Teórico de Psicoterapia:

He asistido al Seminario de Psicoterapia impartido por el Hospital Universitario Doce de Octubre, específicamente al Módulo Básico "INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA" impartido por Ana López, Ángeles Castro y Jesús Fernández. Hasta el momento se han impartido las siguientes sesiones:

- ¿Qué es Psicoterapia? Indicaciones y condiciones.
- Dinámica de grupos (Ángeles Castro).
- Diferentes modelos de Intervención.
- Formulaciones de caso desde diferentes modelos de intervención.
- Análisis de casos (Jesús Fernández)
- La Personalidad del Terapeuta.

2.3. Seminario de Lectura de clásicos:

Valoro de manera muy positiva la inclusión de la lectura de clásicos de la psicología en la formación del residente. Creo que un espacio como este me ha ayudado a abordar conceptos y a dedicarle un tiempo a la lectura crítica, concienzuda y detallada de cada aportación de los grandes pioneros de nuestra especialidad: Sigmund Freud, Donald Winnicott y Jacques Lacan.

2.4. Seminario de Casos Complejos:

El espacio que hemos dedicado al análisis de casos complejos me ha aportado un espacio donde, con todos los residentes juntos, he podido no solo compartir uno yo mismo, sino participar en un trabajo conjunto, en la línea de que "4 ojos ven más que 2".

Creo que este espacio proporciona no solo unión y cohesión al grupo de residentes en el trabajo diario, sino que también aporta una riqueza incalculable gracias a las aportaciones que, tanto nuestro adjunto, Juanjo Belloso, como el resto de residentes (y estudiantes de máster) podemos hacer al hilo de los datos que el residente que presenta el caso comparte con nosotros.

Desde mi punto de vista este espacio es útil para depositar, como en las supervisiones, las dudas, las dificultades, así como las curiosidades que nos encontramos con algunos casos.

2.5. Valoración cualitativa de la formación teórica:

En lo que respecta a la formación teórica que he podido disfrutar durante estos meses de mi primer año de residencia en el hospital, tengo que decir que estoy muy satisfecho y que me ha servido para, en este proceso de crecimiento personal e intelectual, afianzar y conectar distintas áreas de conocimiento, así como para cultivar mi inquietud y el deseo de seguir formándome de manera continua, como no podía ser de otra manera.

Las sesiones de docencia han ido variando en cuanto a su contenido, siendo éstos muy adecuados y suficientemente extensos. En un primer momento abordamos en grupo la cuestión de "Qué es la psicoterapia", un tema al que le dedicamos una sesión y que sentaba las bases de cómo se desarrollaría esta docencia.

Otro de los temas que hemos abordado desde la docencia ha sido el de los grupos y los fenómenos que se dan en el contexto de un grupo. Ángeles Castro nos explicó las bases de lo que se considera una intervención grupal y las características propias de este tipo de intervención terapéutica.

El resto de temáticas me han servido para comprobar que un mismo caso se puede “entender” desde diferentes orientaciones y para ver con más claridad el hecho de que el idioma particular que cada orientación psicoterapéutica utiliza no es más que una manera de entender, de aprehender y de comunicar, aunque el fin, el objetivo y la meta pueda ser similar (o no) según lo cercanos que estén algunos de estos modelos de intervención. Para ello hemos trabajado no solo las escuelas sino las formulaciones de caso, tanto desde una perspectiva más teórica como desde una más práctica, incluso con representaciones o role-plays en estas sesiones de docencia.

Por último, la sesión en la que trabajamos con extractos de terapia, de la mano de Jesús Fernández, fue una manera de poner en práctica algunas de estas habilidades que hemos ido adquiriendo, tanto en la formación teórica como en la práctica diaria en el C.S.M.

Valoro de forma muy positiva, como no podía ser de otra manera la totalidad de la docencia que he recibido ya que, como comentaba de manera general al inicio de este apartado, me ha permitido conectar áreas de conocimiento, así como los aspectos más teóricos con los más prácticos, algo básico para la práctica diaria de la psicoterapia.

No he echado en falta nada en cuanto a formación teórica. Las explicaciones teóricas, la lectura de clásicos, la discusión de casos complejos y la integración de todos estos aspectos me han ayudado a ir un poco más allá en mi proceso de crecimiento como psicoterapeuta.

3. VARIABLE EXPERIENCIAL

3.1. Participación en el seminario mensual.

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------

Memoria de Rotación Longitudinal de Psicoterapia: Marta Feito García

Nombre y Apellidos: Marta Feito García

Especialidad: Enfermería de Salud Mental

Año de residencia: 2º

Período: Mayo 2017- Mayo 2018

Este año ha sido el más importante de mi formación en psicoterapia, ya que ha sido el más intenso en cuanto a rotaciones y formación; me he adentrado más en terapias y enfoques concretos y a la vez, he podido profundizar más y “encontrar mi lugar en psicoterapia” dentro de mi papel como enfermera residente. A lo largo de este año (mi segundo y último año de residencia), he ido recolectando herramientas a través de mi aprendizaje que me han sido útiles en mi práctica clínica para realizar determinados manejos grupales, intervenciones psicoterapéuticas muy concretas o simplemente, comprender a la persona que tengo delante con una visión más holística.

Rotaciones

En cuanto a rotaciones y actividad psicoterapéutica realizada en cada una de ellas, describo a continuación las labores que he desempeñado:

Interconsulta y Enlace/ Unidad de Conductas Adictivas (UICE). (1mes)

En la interconsulta y enlace he tenido un papel de “acompañante” durante el proceso de enfermedad, tratando de llevar a su máximo exponente habilidades como la empatía, la escucha activa, la aceptación incondicional y la autenticidad; cuantitativamente he llevado a cabo primeras entrevistas y seguimientos. En la parte referente a la deshabitación alcohólica, he asistido como observadora a los grupos de psiquiatría de “Habilidades sociales” y “Prevención de recaídas” y participado como co-terapeuta en el grupo de enfermería de “Preparación al alta”.

Unidad de Patología Dual (UPD) de la Clínica Nuestra Señora de la Paz. (2 meses)

En esta unidad, he llevado a cabo dos grupos de psicoeducación como terapeuta principal: uno basado en las “Estrategias de manejo y control del estrés” y otro centrado en el “Control de impulsos”. Ha sido el primer rotatorio en el que la responsabilidad del grupo ha recaído en mí y he podido aprender de la experiencia y aplicar los conocimientos aprendidos.

Centros y dispositivos de rehabilitación de Carabanchel. (2 meses)

Este conjunto de dispositivos me ha aportado una visión distinta de la relación terapéutica con el paciente, entendida desde la horizontalidad; los recursos de rehabilitación me han enseñado a conocer y entender a las personas con problemas de salud mental desde la cercanía y el respeto; me ha ayudado a exaltar las fortalezas de los pacientes con TMG y a confiar en sus posibilidades de recuperación. En cuanto a función psicoterapéutica se refiere, me he dedicado a crear vínculo con pacientes con los que ya había tenido un primer contacto en unidades hospitalarias y a los que posteriormente iba a seguir en mi rotatorio de CSM, he aprendido a relacionarme con ellos en otros contextos, en la comunidad y a llevar a cabo una relación terapéutica sin “la bata”, “la cama de ingreso” o “la mesa del despacho” de por medio.

Rotación externa: dispositivos específicos de Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.). (2 meses)

Esta rotación ha sido mi primer contacto con el mundo de infantil. En el programa AMI-TEA, he aprendido técnicas de manejo relacional con pacientes con autismo, en la que el uso del juego terapéutico ocupa un lugar esencial; he aplicado técnicas relacionales y de juego de cara a la extracción de una muestra sanguínea o la explicación de algún procedimiento médico al que iban a ser sometidos. He tenido la oportunidad de estar presente como observadora durante la aplicación de la escala ADOS para el diagnóstico del autismo y poder participar de la interpretación y discusión posterior a la aplicación de la misma.

En la unidad de agudos de adolescentes, he estado presente en el proceso psicoterapéutico de los pacientes durante los seguimientos de psiquiatría y he asistido a los grupos diarios de psicología como observadora.

He conocido y profundizado en el modelo dialéctico conductual a través del programa ATraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), en este programa, la enfermera tiene un papel protagonista, ya que es la terapeuta principal de un grupo abierto de terapia denominado "Terapias alternativas a la autolesión", donde se trabajan habilidades de identificación y gestión de emociones, así mismo, trabaja con los adolescentes unas fichas de autolesiones en formato papel donde deben de ir registrando motivos desencadenantes de las autolesiones y emociones ligadas a la acción y conducta cada vez que tengan ganas de autolesionarse o lleguen a hacerlo. También es la terapeuta encargada, junto con la psiquiatra, de impartir un grupo cerrado de psicoeducación para padres de pacientes que han estado hospitalizadas. Por lo tanto, mi implicación en este programa ha sido mayor y he podido participar del desempeño de estas actividades.

Hospital de Día Infanto-Juvenil Pradera de San Isidro. (2 meses)

En esta rotación ha sido un reto para mí relacionarme con los adolescentes en el contexto de comunidad terapéutica, me ha resultado especialmente difícil encontrar mi papel de terapeuta y mantener el equilibrio entre límites y cercanía de tal manera que no me confundieran con "una colega" pero tampoco como una figura distante. A nivel personal me ha resultado una experiencia muy intensa que a la vez me ha acercado a mi propia adolescencia y removido muchas cosas; he aplicado la introspección y aprendido a identificar qué elementos de mí estaban en juego a la hora de interpretar los distintos sucesos y participar en las relaciones grupales. Durante esta rotación he tratado de formarme en aspectos relacionados con la mentalización. A nivel cuantitativo he asistido como observadora a los grupos de: "Padres", "Perspectiva de género", "Biografía", "MBT", "Participación ciudadana" y "Terapia ocupacional" y participado en los de "Autocuidados" y "Mindfulness".

Centro de Salud Mental de Carabanchel-Aguacate (adultos). (5 meses)

Esta rotación ha sido para mí la más importante de la residencia y a la vez en la que he podido encontrar "mi lugar" como enfermera-psicoterapeuta, encontrando un equilibrio entre los aspectos físicos, rehabilitadores y psicoterapéuticos. Al ser la de mayor duración, me ha permitido adquirir responsabilidades de forma gradual y pasar de ser observadora en entrevistas y seguimientos a ser terapeuta principal de aquellos pacientes nuevos que iban siendo derivados a enfermería. A nivel individual, me he basado en modelos de formulación y enfoques de trabajo propios de la enfermería como la "Valoración por patrones funcionales" de Marjory Gordon y la "Teoría psicodinámica de las relaciones interpersonales" de Hildegard Peplau. Cabe destacar que este rotatorio ha sido el primero en el que he contado con un espacio de supervisión por parte de mis tutores, lo que ha supuesto para mí "el grueso" del aprendizaje. En cuanto a grupos, he participado como co-terapeuta en el grupo de "Alcohol" llevado a cabo por psiquiatría y enfermería y en el grupo de "Relajación" de enfermería; como terapeuta principal en el grupo de "Psicoeducación para pacientes con trastorno bipolar" y de manera excepcional, se me ha

aceptado como observadora en el grupo de “Mentalización para pacientes con trastorno límite de la personalidad” llevado a cabo por psicología.

Centro de Salud Mental de Villaverde-Los Ángeles (infantojuvenil). (1 día/semana durante 5 meses).

Mi contacto con infantil se ha perpetuado gracias a esta rotación, en la que el manejo de patrones relacionales a través del juego y la visión sistémica e implicación de las familias han sido los pilares importantes. Mi actividad asistencial se ha basado principalmente en la asistencia a los grupos llevados a cabo por enfermería, donde mi papel ha sido de co-terapeuta: grupos de “Relajación” para niños de 8-10 años y grupos de “Psicoeducación para padres de niños con TDAH”.

 **Docencia**

MÓDULO BÁSICO DOCENCIA INTRODUCCION A LA PSICOTERAPIA	
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 3:</i> La supervisión en psicoterapia (II) - <i>Día 17:</i> El equipo terapéutico. Fenómenos grupales que posibilitan o dificultan el trabajo terapéutico.
Junio	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 7:</i> Experiencias de residentes en el ámbito de la psicoterapia (I) - <i>Día 14:</i> La supervisión en psicoterapia (III)
Julio	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 5:</i> Experiencias de residentes en el ámbito de la psicoterapia (II)
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 18:</i> El desarrollo del psiquismo.
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 15:</i> Role-playing.
Enero	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 17:</i> Formulación de casos (I)
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 7:</i> Formulación de casos (II) - <i>Día 28:</i> <i>El paciente enfermo.</i>
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Día 14:</i> Viñetas clínicas

La docencia impartida ha contribuido a suscitar mi interés por la psicoterapia y a comprender que, como futura especialista, no solo basta con un manejo intuitivo de las situaciones con los pacientes, sino que tenemos que sustentar nuestra actividad clínica en una base teórica y conocernos bien a nosotros mismos y a nuestras debilidades y fortalezas.

 **Tutorías**

- 18-4-17: Tutoría grupal EIR
- 19-7-17: Tutoría grupal
- 29-11-17: Tutoría EIR-2

Puntos clave que hemos tratado:

1. ¿Cuál es nuestro papel en la psicoterapia?
2. Proponemos ampliar formación en manejo de grupos.
3. Importancia de la supervisión y dificultades que nos encontramos a la hora de ser supervisadas.

Experiencial

He asistido a todas las reuniones del seminario de experiencial, que me ha parecido un espacio importante de autocuidado y una experiencia muy enriquecedora; he escrito un diario de reflexiones y temas hablados durante las últimas sesiones que recojo aquí:

25-10-17

¿Por qué a veces sentimos frustración cuando un proceso terapéutico no está dando los frutos que esperamos?

¿Tiene esto que ver con la necesidad de resultados vs aprobación para sentirnos útiles?

Tiene mucho que ver con nuestra percepción de sentirnos “imprescindibles” para los pacientes, de nuestro “rol de salvadores”, de que todo el proceso de recuperación gira en torno nuestra, ese egocentrismo que sentimos hace que en situaciones de “fracaso terapéutico” nos sintamos culpables y responsables de actos que, en muchas ocasiones, hubieran sido inevitables. La realidad es que no somos imprescindibles para los pacientes, y el hecho de vivir con esto hará que gestionemos mejor las emociones y toleremos la frustración, sin caer en la trampa de la indiferencia, y apoyándonos en el equipo terapéutico como responsables de una “tarea compartida” y no solo nuestra.

Muchas veces estamos siendo útiles simplemente en el proceso de acompañamiento y soporte del paciente hacia su recuperación, y, aunque no veamos cambios objetivos, estamos ayudando.

Autenticidad. ¿Cómo decirle a un paciente una situación que nos resulta incómoda? ¿Por qué llega la hora de ver un paciente y no tenemos ganas y con otro esto no nos pasa? En ocasiones es necesario utilizar el espacio terapéutico para “mostrar algo de nosotros” que nos está haciendo no sentirnos a gusto con el paciente (miedo, enfado, rechazo,) analizar por qué aparecen estos sentimientos encontrados y hacer gala de nuestra asertividad y habilidades de la comunicación para transmitirlo al paciente sin que este se sienta ofendido.

29-11-17

¿Qué factores de nuestro trabajo y rol de terapeuta influyen en nuestra vida personal? ¿Tenemos espacios fuera del trabajo para hablar con compañeros de lo que hacemos? ¿Cómo nos sentimos al hacerlo?

Tras una puesta en común, llego a la conclusión de que en nuestra vida personal, hay fases en las que “psicopatologizamos” todo lo que nos rodea y fases en las que tendemos a normalizar todo lo que pasa; nuestra continua interacción con el entorno hace que, inevitablemente, analicemos a veces todo lo que pasa alrededor o nos analicemos a nosotros mismos y nuestras propias situaciones, siendo más fácil aplicar nuestras capacidades “mentalizadoras” con los demás en la terapia que con nosotros mismos y nuestras propias vivencias en la vida real.

En nuestro día a día, aparecen conversaciones relacionadas con nuestro trabajo, y no siempre la gente que nos rodea lo comprende, pueden aparecer comentarios estigmatizantes hacia los pacientes (“¿y esa persona esta suelta por la calle?”), incompreensión de la enfermedad mental (“eso son llamadas de atención”), que se espere algo de nosotros por el hecho de ser terapeutas (“tú que entiendes del tema ¿qué me aconsejas que haga?”) o que se minusvalore nuestro trabajo por el hecho de serlo (“yo también se hacer tu trabajo y escuchar a la gente”). De ahí la importancia de tener espacios comunes con compañeros para poder habar de casos comunes a nuestra profesión y también tener tiempo para desconectar de ese “rol de terapeuta” y poder interactuar y dar consejos desde otros roles (amiga, hermana, hija,...).

A raíz de lo anterior, teniendo en cuenta los elementos transferenciales y hablando de roles, ¿En qué postura nos posicionamos en cada rotación? ¿Qué se espera de nosotros?

Desde la perspectiva de Enfermera Interna Residente, pasamos por muchos dispositivos de diversa duración (desde una semana el más corto a 6 meses el más largo) y también con distinta estructura, funcionamiento y profesionales que tienen una visión diferente de nosotras; algunos nos ven como estudiantes de enfermería, otros nos ven como “mano de obra” para sacar el trabajo adelante y delegar tareas y otros nos ven como lo que somos, profesionales en formación. Algunos esperan de nosotras que desempeñemos meramente funciones técnicas y orgánicas porque ir más allá en otros aspectos es “intrusismo profesional”, otros nos idealizan y depositan en

nosotras una confianza y libertad extremas y otros comparten la responsabilidad y los conocimientos con nosotras a modo de intercambio de información y repartición de tareas, en formato equipo. Es asombroso como a veces, (desde mi experiencia), nos sorprendemos a nosotras mismas desempeñando aquellos roles que se esperan de nosotras en cada rotación, cómo utilizamos ese “mecanismo disociativo” que tenemos tan desarrollado a base de adaptarnos a muchos cambios en poco tiempo y el peso que tienen esos elementos transferenciales en nuestra forma de trabajar.

Muchas veces me paro a pensar en lo “difusa” que aún está la figura de la enfermera de salud mental y la de residente de esta especialidad. Cómo muchas veces es necesario justificar nuestro trabajo desde las teorías de la enfermería para que no se considere invasión del de otros profesionales, cómo nos aferramos a los autocuidados y a la relación terapéutica como pilares de la “parcela” que nos corresponde dentro del trabajo psicoterapéutico y cómo muchas veces ni siquiera nosotras mismas sabemos cuál es nuestra verdadera función en el equipo. Estas revelaciones internas por un lado me llevan a echar la vista atrás y ver que, aunque estemos en este punto, hemos avanzado mucho con respecto a la profesión y a la especialidad, que hace unos años aún no existía, pero también me hace pensar que queda aún mucho camino que recorrer y muchas cosas por las que luchar, empezando por el reconocimiento oficial de la especialidad y el uso de una bolsa de enfermería específica de salud mental para trabajar en todos los dispositivos específicos.

31-1-18

¿Cuántas veces nos pasa a lo largo de nuestra práctica clínica que cometemos errores que pueden afectar al paciente y generamos sentimientos de culpa?

Quizá este tipo de sucesos es implícito al propio proceso de aprendizaje y a situaciones difíciles de crisis en las que no hay ningún manual, protocolo o guía clínica que nos diga cómo actuar, sino que es nuestro propio instinto/subjetividad/conocimiento lo que ponemos en marcha.

Por otro lado, vuelve a venirme a la cabeza que a veces, el resultado no depende tanto de una intervención puntual o de que lo hayamos hecho mal, sino más bien con otros factores ajenos a nosotros y que tienen más que ver con la propia persona implicada; a veces, nuestra omnipotencia genera culpa por asumir “fracasos” de los que (creo) que no somos responsables.

28-2-18

¿En qué medida el modo de funcionamiento esquizoide está presente en nuestros equipos de trabajo? ¿Hasta qué punto el poder y la jerarquía interfieren en el clima terapéutico de equipo? ¿Qué aspectos personales hay que sacrificar para responder a la demanda del sistema, a lo que se espera de nosotros?

El Continuo contacto con la enfermedad mental, genera un desgaste a nivel personal de los profesionales que nos dedicamos a ello bastante importante, pero si ligado a esta cualidad intrínseca de nuestro trabajo, se unen factores como un mal clima laboral, malas condiciones de trabajo, límites de la institución, puestos inestables de trabajo,...es mayor el malestar que genera esta segunda parte, que el riesgo intrínseco de nuestra profesión.

¿Qué lugar tiene la libertad de expresión? Cuando el ambiente coercitivo o de miedo dificulta la libre expresión de una opinión, se genera una situación incómoda y un malestar que la propia persona se guarda para sí y “se lleva a casa”, pudiendo ser hablado esto en subsistemas informales de profesionales pero no en reuniones abiertas de equipo, pero, ¿qué pasaría si esta opinión pudiera ser verbalizada en reuniones abiertas de equipo, aunque no coincidiera con las directrices que contempla el sistema? ¿sería el precio a pagar mayor que el tener que “escondarse” para poder hablar abiertamente de ciertos temas?

Cuando en un equipo terapéutico entran en juego rivalidades internas y luchas de poder, estos aspectos de los que hablamos están más presentes en el ambiente; cuando el poner un diagnóstico pasa a ser más importante que conocer a la persona que tenemos delante, a veces por exigencias de la institución, otras por un comportamiento mecánico aprendido, se pierde calidad asistencial y entran en juego otros aspectos que nada tienen que ver con “lo terapéutico”. Desde mi propia experiencia como residente de enfermería, todos estos temas han estado más o menos presentes a mi alrededor pero sin una repercusión directa en mi práctica asistencial, ya que puedo estar orgullosa de decir que yo no me he encontrado estas dificultades entre mi colectivo, y me he sentido en todo momento arropada por mis iguales en cada paso profesional que he dado o cada logro que he conseguido, de cara a fuera de mi colectivo, creo que aún hace falta “luchar” bastante por el reconocimiento de nuestra profesión, y a que se nos tenga en cuenta de la misma manera que a psiquiatría y psicología en lo que a equipo de Salud Mental se refiere.

Cursos

Actividad docente complementaria a la formación en psicoterapia:

ACTIVIDAD DOCENTE	LUGAR	FECHA Y HORARIO	Nº HORAS
Jornada de Psicoterapia de la AGCPSM. Diálogos entre psicoterapeutas	Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)	21 de junio, 2017 (horario: 11:30-15:00)	3,5
La Psicoterapia de grupo en los servicios de Salud Mental	Hospital Universitario La Princesa (Madrid)	5 y 6 de octubre, 2017 (horario: 10:00-19:00)	18
Terapias grupales en Salud Mental dirigido a enfermería	SSM José Germain (Leganés)	3 y 10 de octubre (horario: 9:00-14:00) 4 y 9 de octubre (horario: 16:00-21:00)	20
El trastorno mental grave en la infancia y la adolescencia	Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)	20 y 27 de octubre (horario: 16:00-19:00)	6
Psicoterapia del alcoholismo	CS Federica Montseny (Madrid)	18, 19, 25 y 26 de octubre, 8, 9, 15 y 16 de noviembre (horario: 16:00-19:00)	24
VIII Jornadas de enfermería de Salud Mental "Cuidados en la infancia y adolescencia"	Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)	27 de noviembre de 2017 (horario: 9:00-15:00)	6
El Trastorno Mental Grave en la Infancia y Adolescencia. El sufrimiento psicótico.	Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)	12 y 19 de enero de 2018 (horario: 16:00-19:00)	6
Congreso Internacional Centrado en el Paciente	Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)	27 de enero	7
Diálogo abierto. Mente relacional. Jaakko Seikkula	Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)	24 de febrero	11
Mindfulness para profesionales	Hospital de día Pradera de San Isidro	2º miércoles de cada mes	8

Este año me he formado sobre todo en aspectos relacionados con el manejo de grupos, importancia de la cohesión grupal y qué estrategias la favorecen, manejo de situaciones grupales difíciles y la importancia del poder terapéutico del grupo por sí mismo.

Por otro lado, el manejo de adolescentes y las estrategias basadas en la mentalización han ocupado una gran parte de mi interés y formación de este año.

Como otro espacio importante de autocuidado he tratado de incorporar la filosofía del mindfulness y su práctica en mi día a día; el módulo de mindfulness para profesionales me ha aportado práctica, conocimientos y experiencia que me han servido para desarrollar mi actividad asistencial.

Como algo diferente, me gustaría también destacar un curso de Jaakko Seikkula al que asistí acerca del modelo de diálogo abierto, que me gustó mucho y me aportó una visión diferente en el manejo de la psicosis; si bien es verdad que hay diferencia entre los países nórdicos donde es aplicado este modelo y España, a mí me fue útil descubrir ciertas técnicas relacionales e intervenciones psicoterapéuticas concretas que creo que sí se pueden utilizar en nuestro entorno para favorecer la expresión de sentimientos y emociones por parte de nuestros pacientes.

Funciones de la enfermera en psicoterapia

La enfermera tiene una posición privilegiada dentro de la psicoterapia por la cercanía con el paciente. El vínculo que se establece a través de la figura del cuidado, hace que sea más fácil el acercamiento a la persona y se puedan trabajar aspectos psicoterapéuticos a través de pequeñas intervenciones basadas en la relación terapéutica con el paciente. La enfermera especialista en salud mental, tiene las herramientas necesarias para trabajar con intervenciones terapéuticas tanto a nivel individual como grupal. Algunos de los aspectos a tener en cuenta son:

- Uno mismo como instrumento terapéutico: Considerar las propias capacidades, características y conceptos propios en relación con los demás (Insight).
- El “Arte Enfermero”: combinar la observación sensorial, las emociones, gestos, sonidos y captar el significado global de la interacción con el paciente.
- Desempeñar la actividad con destreza y eficacia.
- Aceptar al paciente como persona por encima de todo.
- Desarrollar la relación de confianza que permita centrarse en la intervención.
- Explorar y analizar conductas y emociones ligadas a cada caso.
- Tener en cuenta en todo momento los principios de la Relación terapéutica: empatía, confianza, autonomía, capacidad para cuidar.
- Tener en cuenta las propias capacidades y conocimientos y tener criterio para saber lo que se puede trabajar desde nuestra parcela y lo que es mejor que se trabaje con otros profesionales.
- Estar en continua comunicación con el resto del equipo para mostrar nuestra visión de la persona y los aspectos trabajados
- Y sobre todo formarse siempre para mejorar.

Valoración de la rotación:

Estos dos años de residencia, han sido mi primer contacto con la psicoterapia, y ahora sé que debo continuar formándome en este aspecto para poder dar una atención de mayor calidad a los pacientes. En esta rotación longitudinal he afianzado mi papel como terapeuta y, aunque haya pasado periodos de “crisis” de no encontrar mi lugar en la psicoterapia y de cuestionarme cual es el papel de la enfermería en la misma, creo que mi evolución ha sido favorable, y pienso que, el acercamiento al paciente desde nuestro rol es privilegiado, y es muy importante cuidar esta relación enfermera-paciente desde un equilibrio sano, sin tratar de interponer nuestro deseo de cambio ni por el contrario permitir una situación de abandono personal en el paciente, sino poco a poco, a través de enganche, confianza y trabajo terapéutico, llegar a pequeños acuerdos que permitan a las personas con enfermedad mental llevar una vida agradable, sana y acorde con sus expectativas y planes de futuro.

En cuanto al módulo básico de psicoterapia, me ha parecido especialmente útil el compartir espacios con otros profesionales (psiquiatras y psicólogos) e intercambiar puntos de vista y opiniones. Soy consciente de mis limitaciones en este campo debido a la diferencia de formación y a la existencia de unos modelos propios de enfermería que distan de los modelos psicodinámicos, cognitivo-conductuales o sistémicos más utilizados por psicología y psiquiatría, sin embargo, el entender estos enfoques me ha parecido muy útil y enriquecedor, ya que aportan herramientas comunes para el desempeño de nuestra labor y una mayor comprensión de la persona. Como propuesta para futuros años me parecería muy interesante presentar un mismo caso clínico desde las distintas perspectivas profesionales: enfermería, psicología y psiquiatría y trabajar sobre aspectos comunes.

Memoria de Rotación Longitudinal de Psicoterapia: Ester González Martínez

Nombre y Apellidos: Ester González Martínez

Especialidad: Psiquiatría

Año de residencia: 4º

Período: Mayo 2017- Mayo 2018

ACTIVIDADES EN PSICOTERAPIA

Este año he rotado por unidades muy heterogéneas, lo que me ha permitido observar cómo se trabaja desde distintos encuadres psicoterapéuticos en pacientes de edades muy diferentes. Dado que mi rotación externa ha estado ubicada en mitad del año de residencia, y que desde mi regreso al hospital sólo disponía de cuatro meses, no fue posible realizar psicoterapias individuales. No obstante, me he centrado más en las terapias grupales que me han parecido muy enriquecedoras desde el punto de vista formativo. Entre las rotaciones que he elegido se encuentran dispositivos, como el Hospital de Día Infanto-Juvenil o el Programa de Trastorno Mental Grave de Villaverde, en los que he tenido la oportunidad de centrarme más en mi aprendizaje en psicoterapia. Gracias a los profesionales con los que he trabajado no sólo he adquirido un bagaje teórico especializado sino que, además me han permitido mejorar en la relación con mis pacientes, disfrutando más de mi actividad como psicoterapeuta.

PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. CENTRO DE SALUD MENTAL DE GUAYABA.

Grupo de adolescentes

Durante mi estancia en el CSM de Guayaba he participado en los Grupos de Psicoterapia de Adolescentes organizados por Dr. Eloy Albadalejo y la Psicóloga Clínica Clara Gómez. Estos grupos tenían lugar los martes de 17:30-19:00 horas. Respecto a las características del grupo eran abiertos, estaba constituido por 10 pacientes aproximadamente, principalmente mujeres adolescentes de entre 13 y 17 años. En principio ser varón no era un criterio de exclusión y se estaban planteando la necesidad de incluir varones en la terapia. El factor común era que presentaban problemas relacionales en diferentes ámbitos, a estos se añadían otras comorbilidades como trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria, autolesiones... La mayor parte de las participantes tenían biografías muy complicadas: historias de estilos parentales negligentes o sobreinvolucrados, de acoso escolar o de abusos sexuales en la infancia. Se trataba de jóvenes con mucha inestabilidad emocional y con conflictos, que aunque propios de la adolescencia, estaban llevados al extremo: problemas serios de identidad, falta de respeto a cualquier autoridad, consumo de sustancias. El grupo era entendido como un “espacio para ellas” en los que se había creado una atmósfera de seguridad que permitía abordar diferentes temas. Durante el transcurso de las sesiones tuvieron lugar momentos de gran tensión emocional donde alguna de las participantes preocupaba seriamente al resto de adolescentes y a los terapeutas. Tras las sesiones Eloy y Clara comentaban diferentes aspectos observados. Cabe destacar que, Clara Gómez tenía un enfoque más psicodinámico e intervenciones distintas a las que realizaba Eloy Albadalejo desde una perspectiva más sistémica. En este sentido, ambos se

coordinaban y se entendían desde su orientación. Repasaban lo sucedido y planteaban futuras intervenciones en las sesiones posteriores.

Una vez al mes las sesiones eran multifamiliares. Me resultó muy interesante desde el punto de vista simbólico la disposición en la que se sentaban las diferentes pacientes. Había pacientes que se sentaban juntas, como en “grupo” mientras los padres de éstas se sentaban enfrente formando otro “grupo”. Sin embargo, otras se sentaban junto a sus padres, muchas de ellas en medio de la pareja. Creo que en esta rotación comencé a apreciar este tipo de detalles que aportan mucha información sobre la dinámica familiar.

Mi papel al principio fue fundamentalmente de observadora. Cuando ya llevaba varias sesiones Clara Gómez me recomendó que interviniera de vez en cuando para eliminar un posible elemento “paranoizante” como es tener a una persona callada en todas las sesiones. Por ello, comencé a intervenir ocasionalmente disminuyendo la posible angustia persecutoria en las pacientes.

Este grupo de adolescentes me pareció muy interesante aunque reconozco que prefería observar que intervenir. Se trata de un perfil de pacientes que me parece complicado, son muy observadoras y sensibles a los comentarios y esta combinación de elementos me inhibía un poco en el momento de intervenir. A nivel psicopatológico, en la Unidad de Infanto-juvenil se hace más evidente la influencia que tiene la forma de vincularse de los padres con los hijos durante la primera infancia en los estilos de apego que desarrollan las personas en la etapa adulta; y el impacto que esto tendrá en la forma de relacionarse más tarde. Me ayudó de hecho a entender muchos de los pacientes adultos que me llegan a la consulta.

Como elemento positivo considero que en poblaciones más jóvenes los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos se ven más rápido y encuentro como elemento más dificultoso que en ocasiones la falta de involucración de la familia limita intervenciones terapéuticas que podrían ser muy útiles.

Grupo de niños 3-4 años

Los jueves de 9:00-10:00 horas participaba como coterapeuta con la DUE de Infantil María Jesús Bayona García en los grupos terapéuticos de niños de entre 3-4 años. Se trataba de grupos cerrados de 4 participantes en los que en alguna ocasión se podía aceptar algún otro niño para aclarar diagnóstico o por la gravedad del caso. Los niños presentaban cuadros psicopatológicos diferentes: trastornos de ansiedad, desafiantes, del espectro autista o alteraciones conductuales sin un claro diagnóstico. Estas terapias grupales son muy diferentes a las que se realizan con adolescentes o adultos. Se trata de sesiones mucho más dinámicas en las que hay que hacer un esfuerzo por mantener la atención de los niños. La herramienta fundamental es el trabajo a través del juego y de la pintura. En este sentido, es muy interesante la cantidad de información que se puede obtener observando la forma de relacionarse que presentan entre ellos y con el psicoterapeuta. Lo que me pareció muy entrañable y bonito de estos grupos es cómo se fomentaba el compañerismo y las relaciones entre niños tan diferentes y cómo entre ellos se cuidaban y se ayudaban. La evolución que se observaba era más rápida que en los adolescentes y considero que el trabajo con niños en este sentido es muy gratificante. Recuerdo que María Jesús trabajó mucho la forma de vincularse que presentaba un niño de 4 años. La madre de este paciente tenía un trastorno depresivo mayor grave desde que el niño era recién nacido. Este paciente mostraba un estilo de apego inestable: sobreinvolucrado con terapeutas y adultos y evitativo con su madre y con los niños de su edad. Durante los grupos este niño se acercaba mucho a mí, de hecho necesitaba contacto físico continuo (abrazos, sentarse en las piernas, cogerte el zapato, la mano...) y se mostraba bastante agresivo con sus compañeros. Junto a María Jesús estuvimos analizando la forma de vincularse del niño y

realizamos algunas intervenciones en el grupo. Compartíamos toda esta información con la psicóloga que le realizaba terapia individual.

HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL PRADERA DE SAN ISIDRO

Unidad de Infantil

Mi rotación se desarrolló en esta unidad durante agosto. Dado que el número de niños era mucho menor de lo habitual (estaban de vacaciones) los terapeutas aprovecharon para realizar más terapias individuales y familiares. Durante dos semanas roté con el Dr. Teodoro Uría y las otras dos semanas con el Psicólogo Clínico Jorge Mira. Al ser una rotación corta no pude participar como coterapeuta y mi labor se limitó a observadora. Sin embargo, al ser el personal que estaba en el centro muy escaso y los pacientes poco numerosos, tuve la oportunidad de profundizar desde una perspectiva más teórica en el análisis de casos particulares.

Terapia multifamiliar en infantil

Los grupos multifamiliares parten de la premisa de que el trabajo con las familias es una parte esencial en el abordaje de la patología psiquiátrica grave en niños. El grado de implicación y colaboración de los padres es esencial para contribuir a una evolución favorable del paciente. En estas sesiones se busca la complicidad de los padres para que se cumplan en casa las indicaciones y los límites sugeridos en el Hospital de Día. Por otro lado, se busca trabajar aspectos vinculares que influyen en el desarrollo de algunos cuadros psiquiátricos graves en menores. Estos grupos se sustentan teóricamente en los trabajos realizados por el Dr. García Baradaco.

La potencialidad terapéutica de estos grupos se basa en tres aspectos: la creación de una “experiencia emocional correctiva”; la capacidad de incentivar el proceso de mentalización y la creación de un espacio de relación entre los miembros.

Respecto al encuadre se tratan de grupos abiertos (aunque dadas las características del Hospital de Día y las estancias medias de los pacientes funciona casi como un grupo cerrado), al que acuden los padres de todos los niños tratados en la unidad, siendo obligatoria la asistencia. La frecuencia es quincenal. Como observación es interesante constatar el hecho de que en general acuden más madres que padres.

En este grupo se tratan aspectos psicoeducativos (límites, normas, castigos, premios, alimentación...), emocionales (angustias, temores, rabia, frustración, culpa, soledad,...) y relacionales (dinámica familiar, los roles de cada miembro, alianzas,...). En estas sesiones los padres tienen la ocasión de relacionarse con los progenitores de otros niños que se encuentran en otra fase del tratamiento lo cual les permite intercambiar información interesante. Además contribuye a crear un espacio de acogida a los padres cuyos hijos acaban de ser ingresados y que se encuentran angustiados. En los grupos multifamiliares los padres deben trabajar los sentimientos (culpa, rabia, impotencia) y la herida narcisista que supone tener un hijo enfermo, trabajar la conciencia de enfermedad y la necesidad de un tratamiento.

Considero que haber participado en estos grupos ha sido una gran experiencia formativa, en ellos se ponen de manifiesto varias dinámicas relacionales al mismo tiempo: padres-hijos, padres-padres, entre los niños, padres-terapeutas y niños-terapeutas. En cierto sentido, al exponer en público las conductas patológicas de los niños o las dinámicas disfuncionales de la familia se rompe el silencio que en muchas ocasiones ha permanecido durante años en el seno familiar. Los niños suelen adoptar roles regresivos (se acurrucan en las piernas de los padres, les

abrazan, cambian el tono de la voz) y los padres suelen delegar la puesta de límites en los terapeutas. Finalmente, resaltar que en estos grupos se crea un clima de confianza en el que surgen temáticas muy interesantes donde la intervención del terapeuta no es muy activa en general.

Terapia familiar en infantil

Las terapias en familias concretas me parecieron las más estimulantes. Me llamó la atención cómo la confianza que depositaban las familias en los terapeutas promovía que surgiesen escenas muy vívidas donde tenían lugar conflictos de forma muy similar a lo que sucedía en sus domicilios. Como observadora, y gracias a la ayuda de las habilidades clínicas de los adjuntos de Infantil, era testigo de las dinámicas que se activaban entre los miembros de la unidad familiar. Para mí era asombroso apreciar cómo el entramado emocional en el que se sumergían los individuos de las familias, obstaculizaba que los miembros pudieran detectar y manejar los conflictos que surgían, mientras que como observador externo era mucho más evidente. Por ejemplo, una niña de 12 años que tendía a triangular todos los problemas, que había establecido una fuerte alianza con el padre y en que esta forma de relacionarse había deteriorado gravemente la relación de pareja de sus padres. Otro caso, el de una madre con antecedentes de adicciones y un soporte socioeconómico muy pobre que presentaba graves dificultades relacionales que reproducía con su hijo. Por último, creo que el caso que más me impactó fue el de una niña con antecedentes de conductas heteroagresivas en el colegio, en el vecindario y en el domicilio que se encontraba en tratamiento por este motivo. Se trataba de una familia con una dinámica muy disfuncional donde los padres habían depositado grandes expectativas en el hijo mayor (deporte de competición, estudios) y donde el padre era un hombre muy agresivo que sin embargo, se dejaba agredir por su hija de 13 años. La paciente se había identificado con el padre y reproducía su agresividad, llevaba indumentaria de chico y utilizaba un lenguaje asociado para ella a lo varonil. En mitad de la sesión, la paciente comenzó a agredir físicamente al padre justo en el momento en que se abordaban los problemas de éste y al final todo este despliegue dificultó la comunicación y el abordaje de determinados temas tabú en el núcleo familiar. La sesión terminó con una atmósfera muy tensa y violenta. Para mí fue impresionante la velocidad a la que se desarrolló todo ese nivel de agresividad, la tolerancia de esta familia a estas conductas y cómo probablemente era más cómodo participar o presenciar estas escenas que verbalizar y explicitar determinados problemas.

Terapia grupal en infantil

Durante mi estancia los grupos estaban integrados por muy pocos pacientes, unos cinco. Los temas que se solían abordar era conflictos en el patio o en casa. En algunas ocasiones escogíamos entre todos una escena a trabajar y los niños hacían role play del conflicto descrito. Este ejercicio era muy emocionante, los niños se aprendían sus papeles y eran capaces de ponerse en el lugar de otras personas que también estaban presentes en la escena, y a través de este ejercicio reflexionaban. Estas escenas eran episodios que les habían acontecido durante la semana en su vida cotidiana.

Unidad Adolescentes

Roté durante el mes de julio en esta unidad, mi papel fue de observadora de las terapias grupales. Destaco de esta rotación las reflexiones de los terapeutas del equipo tras los grupos. Por otro lado, me gustó el abordaje individualizado de cada paciente. Se trata de terapeutas muy flexibles que tratan de entender la subjetividad y el momento vital de sus pacientes de forma muy aguda y sensible por lo que las normas son menos rígidas que en otros dispositivos.

Grupo Comunitario

En este grupo participaban todos los profesionales y adolescentes del centro. Se trataban cuestiones concretas que surgían durante la convivencia o se abordaban quejas sobre la utilidad y el sentido de algunas “normas” del centro. Durante mi rotación observé que se creaba una atmósfera tranquila y cómoda en la que los adolescentes adquirían más protagonismo de forma grupal y se creaba cohesión entre ellos. Creo que también servían para que los participantes observasen cómo se puede hablar de cualquier cuestión sin miedo al tabú o a perder el control de las emociones. Esta cuestión es relevante teniendo en cuenta la estructura familiar de muchos de estos adolescentes.

Grupo de Terapia Basada en la Mentalización

En estos grupos participaban los adolescentes, Paula Laita (Psiquiatra del centro), Diego Padilla (Psicólogo Clínico del centro) y los rotantes externos como observadores. Dado mi interés por esta orientación terapéutica he disfrutado mucho participando en estos grupos. La adolescencia es una etapa de la vida en que se activan con facilidad los modos prementalizadores. Era curioso la tendencia de muchos pacientes de utilizar el modo simulado (pseu o hipermentalización) de tal forma que comenzaban con una narrativa excesivamente larga y alejada de afecto. En estos momentos, los terapeutas solían interrumpir con palabras cargadas de afecto o realizaban algún tipo de *challenge* que rompía con esta dinámica. En términos generales los pacientes recogían bien estas intervenciones y no solía desbordarse el grupo.

Durante mi rotación en ambas unidades también he estado presente en los espacios terapéuticos institucionales (recreo, comida o espacios entre terapias) ayudándome a vincularme más a los pacientes.

Aunque en estas memorias trato de centrarme en los aspectos psicoterapéuticos que he aprendido, creo que es importante transmitir una reflexión. En mi paso por la Unidad de Infantil durante el mes de agosto reflexioné mucho acerca de la influencia de los factores sociales en las patologías de los niños. Se notaba mucho la diferencia social entre unos niños y otros, y aunque en todos ellos era imprescindible el trabajo con las familias y todos ellos eran pacientes graves, el nivel socioeconómico jugaba un papel muy importante. Recuerdo todavía como una niña decía que lo que más le gustaba es que en el Hospital de Día le habían “enseñado a comer con cubiertos” y había “descubierto nuevas comidas”. Se trataba de una niña de 11 años con alteraciones conductuales graves, absentismo escolar, un padre en prisión y una madre que había tenido problemas en el pasado con el consumo de sustancias. Creo que en infantil se siente más que otras unidades la problemática bio-psi-social de los pacientes y a veces es complicado tratar de separarlas y centrarse sólo en un aspecto. Es lógico que los niños despierten en nosotros más deseo de “cuidados” y “protección” que otros pacientes y es necesario ser consciente de ello para controlarlo, pero no siempre es fácil. Admiro en este sentido a los profesionales de Infanto-Juvenil que llevan a cabo una tarea compleja con un abordaje integral de pacientes, familia y recursos sociales.

UNIDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL ROYAL MELBOURNE HOSPITAL

Durante mi rotación en Australia en la unidad de Neuropsiquiatría del Hospital Royal Melbourne participé durante los dos últimos meses como observadora en las supervisiones de psicoterapia de una de las residentes. Esta residente se quería *subespecializar* en pacientes con *trastorno de la conducta alimentaria*. El enfoque desde el que se trabajaba era

fundamentalmente psicodinámico y al igual que en otras unidades de España una de las psicólogas trabajaba desde los planteamientos de la MBT. Estas sesiones de supervisión semanales fueron muy enriquecedoras: en primer lugar, porque mi abordaje hasta ese momento había sido muy conductual (en la unidad de hospitalización breve); en segundo lugar, porque he presenciado un abordaje mucho más individual y en momentos menos críticos de su patología; esto me ha permitido ver a estos pacientes de otro modo y a entender que detrás de una conducta anómala con la comida hay conflictos muy diferentes y vivencias muy heterogéneas. Aprovechando esta rotación revisé aspectos y artículos imprescindibles sobre el tema que había anotado en el curso de Bleichmar sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

PROGRAMA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE DEL CENTRO SALUD MENTAL DE VILLVERDE

Desde mediados de diciembre y durante enero he rotado junto al Dr. Pedro Sanz por el Programa de Trastorno Mental Grave del Centro de Salud Mental de Villaverde. En este programa se siguen pacientes con diagnósticos muy heterogéneos (trastornos del espectro psicótico, trastornos de personalidad, trastornos afectivos) que tienen como característica común la repercusión emocional y funcional (escasas relaciones sociales, conflictos interrelacionales muy graves, incapacidad para trabajar...). Los profesionales del Centro de Salud Mental derivan a este Programa aquellos pacientes que consideran más complicados y que creen que necesitan un seguimiento más estrecho.

En este Programa el Dr. Pedro Sanz realiza grupos psicoterapéuticos cuatro días a la semana (lunes, martes, jueves y viernes) de 11:30-13:00 horas. Los grupos son:

- Grupo de Transdiagnóstico
- Grupo de Introductorio al Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos Límites de la Personalidad
- Grupo de Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos Límite de la Personalidad
- Grupo de Tratamiento Basado en la Mentalización para Psicóticos

Grupo Transdiagnóstico

Es un grupo heterogéneo (diversos géneros, edades y problemas), cerrado, compuesto por unos 6-8 pacientes. En él se abordan diferentes problemas que les van surgiendo a los miembros desde la perspectiva de la Mentalización. Era importante mantener el grupo de forma dinámica ya que, algunos pacientes tendían a participar mucho más que otros, para ello, el Dr. Sanz buscaba equilibrar las intervenciones. Por otro lado, es interesante ver cómo, cuando unos de los participantes exponía un problema, inmediatamente después surgía una dinámica teleológica (consejos, libros, teléfonos de ayuda...) y cómo muchas veces había que intervenir para cambiar esta modalidad y dirigirla hacia un ambiente más “mentalizador”. El objetivo era reflexionar entre todos lo que había expuesto el paciente.

Grupo Psicoeducativo de la Terapia Basada en la Mentalización para TLP

Antes de asistir a los grupos, el Dr. Pedro Sanz me entregó el *Manual del Grupo Introductorio al Tratamiento Basado en la Mentalización para los Trastornos de la Personalidad* (Basado en Bateman y Fonagy, 2016).

Es un grupo cerrado, estructurado en 12 sesiones y en el que participan personas con trastorno de la personalidad. Está dirigido por el Dr. Pedro Sanz y en él participa la Psicóloga Clínica Marta Oviedo y la Enfermera María Dolores Millán. Se trata de un grupo psicoeducativo, de introducción, en el que se trata de explicar conceptos y aspectos importantes

sobre el *Tratamiento Basado en la Mentalización*, que se utilizarán en grupos posteriores con más naturalidad. Durante las sesiones se utilizan textos y ejercicios de role-play que ayudan a entender qué es mentalizar, qué estilos de apego tenemos y cuándo surgen los problemas de mentalización.

Las 12 sesiones son:

- 1) ¿Qué es la mentalización y qué es una postura mentalizadora?
- 2) ¿Qué significa tener problema de mentalización?
- 3) ¿Por qué tenemos emociones y cuáles son los tipos básicos?
- 4) Mentalizando emociones
- 5) La importancia de las relaciones de apego
- 6) Apego y mentalización
- 7) ¿Qué es un Trastorno de Personalidad? ¿Qué es el Trastorno límite de la personalidad? ¿Qué es el trastorno antisocial de la personalidad?
- 8) Tratamiento basado en la mentalización: Primera parte
- 9) Tratamiento basado en la mentalización: Segunda parte
- 10) Ansiedad, apego y mentalización
- 11) Depresión, apego y mentalización
- 12) Resumen y conclusión

El objetivo de este grupo no es iniciar el tratamiento, sino entender el tratamiento y las premisas en las que se basa. No se profundiza en los problemas individuales de los participantes y se reflexiona más bien sobre estos conceptos. Para que no haya un desbordamiento emocional se utilizan textos con viñetas ajenas a los miembros y role-play. Cuando se trata de profundizar más en las cuestiones individuales se mandan ejercicios escritos para realizar fuera de la terapia. Es interesante ver cómo los pacientes van manejando los conceptos y cómo se los aplican a otros o se identifican entre ellos (por ejemplo, “tú tienes un estilo evitativo como yo”...).

Grupo de Tratamiento Basado en la Mentalización para TLP

Se trataba de un grupo cerrado, de 8-10 participantes, que tiene como terapeutas principales al Dr. Pedro Sanz y al Dr. Santiago Vega. En este grupo participé principalmente como observadora, con alguna pequeña intervención al final de mi rotación. Las terapias son grabadas en vídeo y las sesiones más relevantes son visualizadas posteriormente para entender lo sucedido y repasar las intervenciones.

Los pacientes que participan son jóvenes y con problemas relacionales importantes. Ha sido interesante el trabajo de las alianzas que surgen entre ellos y de la aparición del “chivo expiatorio”. De los cuatro grupos en los que he participado es el que me ha parecido más atractivo. Había sesiones en las que se veía un auténtico ejercicio de mentalización por parte de los terapeutas y de los pacientes. Me han gustado las intervenciones genuinas que favorece la perspectiva MBT y que dan lugar a situaciones poco toleradas desde otros encuadres, por ejemplo la discrepancia entre los terapeutas que se vivía como “normal” y “saludable” en el grupo. Estos grupos requieren un esfuerzo importante por parte del terapeuta que, incluso en los momentos en los que aparentemente se muestra más pasivo está muy atento al nivel de *arousal* y controla que la terapia no esté dominada por un modo prementalizador, especialmente el simulado. En alguna sesión el Dr. Pedro Sanz ha realizado un *challenge* en estas circunstancias, por ejemplo, dentro del grupo de 10 pacientes hay un subgrupo de cuatro que llevan hablando 10 minutos de un tema en modo simulado (hipermentalización), Pedro ofreció caramelos de menta a un paciente ajeno a este grupo, dando la impresión de que se aburría y dirigiendo el foco a los que no estaban participando.

En esta ocasión, tuve la oportunidad de poder trabajar individualmente con alguno de estos pacientes y me resultó especialmente revelador observar cómo cambiaban en función del contexto.

Grupo de Tratamiento Basado en la Mentalización para Psicóticos

Se trata de un grupo abierto, con una media de participantes de 4. Realizado por el Dr. Sanz y un PIR o un MIR que esté rotando por el CSM. Se trata de un grupo innovador que trata de utilizar los principios de MBT en pacientes con cuadros psicóticos. A diferencia de otras terapias grupales más enfocadas en el abordaje psicológico de los pacientes jóvenes que acaban de debutar con un episodio psicótico, este grupo está formado por pacientes que llevan años con esta clínica y que tienen en común la tendencia al aislamiento y la dificultad para relacionarse. Los pacientes con esquizofrenia tienden a perder el hilo conductor, el interés por el mundo externo y se quedan ensimismados en su mundo interno. Es por ello que la postura del terapeuta es mucho más activa, tratando de llevar la atención al tema que se está abordando. Se eligen situaciones concretas de los pacientes y se trata de reflexionar sobre los estados mentales de las diferentes personas que intervienen en dicho contexto. La principal limitación de estos grupos es la adherencia ya que estos pacientes tienden a desconfiar del resto o les supone una dificultad el mantener una estructura y unos horarios. No obstante, me parece un planteamiento muy novedoso que tal vez pueda ofrecer a largo plazo resultados esperanzadores.

Sesiones individuales

Durante esta rotación he llevado algunas pacientes de forma más autónoma y he realizado sesiones individuales. El Dr. Sanz comentaba antes de las sesiones temas que serían interesantes tratar de plantear. En dos ocasiones grabé en vídeo, previo consentimiento informado, las sesiones y revisé con el doctor una de ellas después. Por primera vez tuve la experiencia de verme en una sesión individual en vídeo. Este formato me parece sumamente docente. Por un lado, a diferencia de las viñetas redactadas, en el vídeo no existe una elaboración subjetiva a la hora de revisar la sesión. Además, podemos ver nuestros gestos, escuchar nuestro tono de voz y entender mejor la reacción de nuestros pacientes y de nosotros mismos. Por otro lado, entendí que perdemos información de lo que sucede durante las sesiones y que a veces se puede ver utilizando estos medios. Por todo lo anterior, creo que durante mi residencia debería haber grabado muchas de las sesiones que realicé con mis pacientes de psicoterapia individual, creo que habría sido un ejercicio muy enriquecedor.

CENTRO DE SALUD MENTAL DE VILLAVERDE

He asistido a las supervisiones grupales que hacen de los casos de psicoterapia que lleva en el centro la Médico Residente Paloma Abraham.

SUPERVISIONES

Desde el mes de marzo al mes de junio de 2017 acudí a las supervisiones de Javier Ramos los miércoles de 16:00-17:00 horas. En ellas participaban también otras dos residentes de Psicología Clínica. Durante la residencia he sido capaz de apreciar de forma positiva los espacios de supervisión y me pregunto cómo será cuando sea adjunta. Me parece una

experiencia muy positiva y docente, tanto aprender de los casos de mis compañeras como de los míos.

Creo que uno de los aspectos que más he asimilado es el de tener una actitud de interés por el paciente desde el desconocimiento, sin dar por hecho que estamos entendiendo todo lo que nos dice; preguntar con curiosidad sobre diferentes aspectos del relato e intentar indagar sobre lo que significa lo que nos está contando. Por otro lado, las supervisiones me ayudan a ordenar el relato del paciente y a reflexionar sobre aspectos de la transferencia y la contratransferencia. Finalmente, hay que mencionar que Javier Ramos nos recomienda lecturas de interés en torno a los casos que tratamos y nos aporta también material de trabajo.

Lamentablemente, desde que volví de mi rotación externa no he tenido la oportunidad de reincorporarme a las supervisiones.

ACTIVIDAD DOCENTE

- *Especialista en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica*. Profesor Dr. Hugo Bleichmar Berman. Acudí hasta junio de 2017 todos los jueves del año de 19:30 a 21:30. 2 años, 200 horas.
- *Mentalization-Based Treatment: Basic Training*. Profesor Anthony Bateman y Linda Treliving. 14-16 de febrero de 2018. Salón de Actos del Edificio General del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. España.
- Sesiones docentes de Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre. Módulo de Profundización.

EXPERIENCIAL

Los últimos miércoles de cada mes he asistido a las sesiones de experiencial. Como ya mencione el año pasado creo que este espacio es cada vez más estimado entre los residentes y creo que es fundamental que existan para mantener nuestra propia salud mental. Los miembros participamos más, los silencios son menos prolongados y la atmósfera más cómoda. Me parece un grupo muy enriquecedor al que cada vez acudo más motivada.

LECTURAS REALIZADAS

- Bateman A and Fonagy P. Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad. España, 2016.
- Traducción al español del Manual del grupo introductorio al tratamiento basado en la mentalización para los trastornos de la personalidad. Pedro Sanz Correcher y Nuria Tur Salamanca. Madrid. 2017
- Allen JG. Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapies. *European Psychotherapy*. 2008, 8:103-121
- Uría T, Ahijado Z, Serrano A, Mira J y Rubio A. El grupo multifamiliar en el Hospital de Día de niños. Cogesín Sanitaria.
- Maestro A, González Duro E, Rendueles G, Fernández Liria A y de la Mata I. Salud Mental y Capitalismo. Ed: Cisma, Ensayo.
- Hare RD. Sin conciencia. Paidós, 2003.
- Zimbardo PG. El efecto Lucifer: el porqué de la maldad. Grupo Planeta. 2008.
- Karterud S, Pedersen G, Engen M, Johansen MS, Johansen PN et al. The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, Structure and Reliability. *Psychotherapy Research*. 2013. 705-717.
- Bateman A and Fonagy P. Comorbid Antisocial and Borderline Personality Disorders: Mentalization-Based Treatment. *Journal of Clinical Psychology*. 2009. 64:181-194.
- Diversas lecturas de Aperturas Psicoanalíticas recomendadas por Hugo Bleichmar.

VALORACIÓN GLOBAL

En términos generales este año he rotado por unidades y programas que han estimulado mi interés por la psicoterapia y la aportación que la perspectiva psicológica ofrece en el tratamiento de los problemas de salud mental.

He realizado cursos y lecturas muy interesantes. Lamento que en el momento que considero que voy dominando muchos más conceptos y aspectos prácticos se termine mi período de formación de residente.

Ha sido una auténtica oportunidad haber podido trabajar y aprender con muchos adjuntos que se dedicados a la psicoterapia, que se han formado y les guste la *Terapia Basada en la Mentalización*. Esta situación me ha facilitado aprender el marco teórico y los principios en los que se basa este tratamiento y considero que es un abordaje muy interesante para la práctica clínica. Es por ello que me gustaría formarme con más profundidad en este modelo.

Al igual que escribí el año pasado en mi memoria de psicoterapia, cada vez disfruto más de mi experiencia como psicoterapeuta y creo que esto se debe a mi mayor formación teórica respecto a los años previos. No obstante, soy consciente de que tras acabar mi residencia y especialidad en Psiquiatría voy a tener que continuar formándome. En estos momentos, al final de este período, aprecio mucho haber podido contar con las supervisiones y la docencia de nuestros adjuntos de Psicología Clínica y soy consciente de que a partir de ahora disponer de estos medios (supervisiones, formación adicional,...) serán un privilegio mucho más costoso en recursos temporales y materiales.

Desde que llegué al Hospital creo que he aprendido mucho de los adjuntos y de los residentes de Psicología Clínica. Se ha tratado de un proceso algo turbulento ya que, como recién graduada en medicina, tenía ciertos recelos en contemplar formas alternativas en determinadas áreas de mi práctica clínica. Tras períodos de avances y retrocesos en mi apertura a la psicoterapia, y tras sentir algo de confusión en ciertos momentos, creo que en la actualidad he madurado como clínica y he encontrado una posición como terapeuta en la que me encuentro más cómoda. Agradezco mucho el esfuerzo y el entusiasmo de los Psicólogos Clínicos en formarnos.

Los problemas de la transición

Eloy Francisco Albaladejo Gutiérrez

Médico psiquiatra.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. AGCPSM H.U. 12 de Octubre⁵

La **transición** es algo más que el paso a un servicio de adultos, es "*una forma de habilitar y apoyar a una persona joven a avanzar hacia una nueva etapa de la vida*" (Beresford, 2004, p584). Es un proceso multidimensional, multidisciplinario y prolongado que continúa en los servicios de atención a adultos, marcado por las responsabilidades conjuntas en el trabajo multidisciplinario (Royal College of Nursing, 2003; Royal College of Pediatrics and Child Health, 2003; HASCAS, 2006; McDonagh y Viner, 2006). Por lo tanto, debe ser "*coordinado, planificado, eficiente y sin problemas*" (Conway, 1998, p210).

Como un proceso dinámico con un comienzo, un desarrollo y un final, la transición óptima a la atención médica para adultos debería apoyar a cada joven en alcanzar su máximo potencial (Rosen, 2004, p125).

Este proceso más o menos burocratizado coincide con una etapa de cambio en la vida de nuestros pacientes. Es un proceso adaptativo, con crisis y avances, en el adolescente y su familia. Donde terminan de estructurar su personalidad. Caminando sin red entre la omnipotencia y el miedo. Donde se mezclan sentimientos de pérdida de los referentes, de abandono, injusticia e incomprensión. Todo esto hace que sea una etapa de alta vulnerabilidad, elevándose el riesgo de desestabilización psicopatológica, con la posibilidad de reactivación de pérdidas anteriores, el riesgo de ruptura y abandono del tratamiento o el inicio del consumo tóxico.

La **adolescencia**, en palabras de Louise J. Kaplan, "*representa un trastorno emocional interno, una lucha entre el eterno deseo humano de aferrarse al pasado y el igualmente poderoso deseo de seguir adelante hacia el futuro*".

Pero la adolescencia es una etapa variable de desarrollo, más que un periodo de tiempo definido estrictamente por edad. Esto está haciendo que cambie la concepción en la atención a este grupo poblacional, proponiendo desde diversos autores e instituciones, modificaciones en los grupos etarios de atención ("*Grupo de transición*" de los 16 -25, Davis, 2003; Entre los 10 y los 20, The Royal College of Paediatrics and Child Health , 2003; Niños menores de 12 años y jóvenes de entre 12-24 años, Patel, Flisher, Hetrick y McGorry, 2007).

⁵ Parte de estas reflexiones fueron presentadas en la sesión clínica del AGCPSM del pasado 11 de abril 2018 impartida por el Dr. Eloy F. Albaladejo

Se trata de un periodo en el que el joven se transforma en adulto, y su autoestima, sexualidad y seguridad personal se consolidan. Por ello, la salud mental es un factor clave, siendo imprescindible el apoyo psicológico al joven en el sistema sanitario.

Este periodo es de gran importancia en la aparición y desarrollo de muchos procesos psicopatológicos, tal y como se muestra en los distintos estudios epidemiológicos realizados. Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años. Más del 70% de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años. Aproximadamente el 20% de los niños a nivel mundial (independientemente de la cultura o región) presentan trastornos mentales. Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. El suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes, y los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo específicamente la depresión, la esquizofrenia y el abuso del alcohol, son la principal causa de discapacidad en los jóvenes de todas las regiones a nivel internacional (Datos extraídos del Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente).

El **Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente** es una de las primeras iniciativas de la Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-Universidad Complutense de Madrid (2014). En él se cuantifican los recursos humanos y materiales disponibles, así como los dispositivos asistenciales y su actividad desarrollada, en cada una de las Comunidades Autónomas. Revisando la situación actual de la formación específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente a todos los niveles: formación de grado, postgrado, sanitaria especializada y continuada. Y analizando la actividad investigadora en aquellos centros que la llevan a cabo. Cada uno de estos apartados se ha comparado con estándares internacionales, lo que ha permitido realizar recomendaciones justificadas en base a las principales carencias detectadas. Una de ellas hace referencia a la atención en la transición.

Recomendación 10 del Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente: Implantación de programas de transición al colectivo de adultos

1. A nivel organizativo y de procedimiento, han de promoverse entornos especializados amigables, sensibles a las especiales necesidades de los jóvenes. Esta acción puede abordarse desde el desarrollo de programas de coordinación de los profesionales involucrados en el tratamiento del joven, pasando por la creación de unidades específicas en los centros hospitalarios y hasta la creación de centros dedicados en exclusiva a la atención sanitaria de esta franja de edad. Es recomendable la implantación de sistemas de calidad y mejora continua que incluyan el feedback de los jóvenes y sus familiares.
2. Formación específica para profesionales, tanto presencial como on-line, y con diferentes alcances (cursos cortos, seminarios, especialización, máster e incluso especialidad o subespecialidad médica).
3. Guías de práctica clínica específicas, que permitan a los diversos profesionales de la salud el correcto abordaje de los jóvenes. Creación de redes de especialistas en el

tratamiento de jóvenes y adolescentes para intercambio de conocimientos y experiencias.

4. Investigación: potenciación de programas específicos de investigación clínica en ese segmento de población.
5. Programas de atención psicológica (tanto a pacientes como familiares) y vigilancia especial de la salud mental.

Recientemente se ha publicado el **Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2010**. En su Línea estratégica 2 (Atención a la salud mental en niños y adolescentes) se plantea como objetivo la Implantación de Programas de Transición de los Servicios de Salud mental de Niños y Adolescentes a los de Adultos. Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Constitución de grupo de trabajo central y elaboración de criterios y recomendaciones para Programas de Transición y cronograma para desarrollo de protocolos.
2. Seguimiento de cronograma para la elaboración e implantación de los Protocolos de Transición.
3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos que incluyan informes de derivación, solapamiento transitorio de la asistencia y coordinación entre profesionales responsables.

Estudios internacionales sobre la transición

Buscando un modelo de mejores prácticas en la atención mental del niño y adolescente surge en Reino Unido el **ESTUDIO TRACK**. Nace de un informe de la Comisión de Auditoría en el Reino Unido (1999) donde se constató que menos de una cuarta parte de los servicios nacionales tenían dispositivos específicos para apoyar la transición. A raíz de esto el Servicio Nacional de Salud (NSF) para niños, jóvenes y los servicios de maternidad (Departamento de salud y Departamento de educación y capacitación, 2004) habían delineado varias normas para la transición a los servicios de salud mental. Pero sólo quedaron en intenciones. En 2005 comienza la primera fase del estudio.

Paralelamente en otros países se han realizado estudios similares. En los Estados Unidos, un estudio sobre la disposición de transición a adultos dentro de 41 estados encontró que una cuarta parte de los servicios de salud mental del niño y la mitad de los servicios para adultos no ofrecían apoyo a la transición (Davis, Geller y Hunt, 2006). Y en Australia se encontró que muchos jóvenes referidos por los servicios de atención infanto-juvenil no fueron aceptados por los servicios de adultos, a pesar de tener necesidades de salud mental substanciales y un constatado deterioro funcional (Cosgrave, Yung, Killackey, Buckby, Godfrey, Stanford y McGorry, 2008).

Los **objetivos** generales del estudio TRACK eran:

- identificar los factores de organización que faciliten o impidan una adecuada transición entre los servicios de salud mental para niños y adolescentes y los servicios de salud mental para adultos.
- formular recomendaciones sobre la organización y la prestación de servicios que promuevan una buena continuidad de la atención.

Para ello el estudio se dividía en **4 fases** (Objetivos específicos):

1. Auditoría de los protocolos de transición existentes.
2. Evaluación del proceso de transición y seguimiento mediante encuesta de cada caso.
3. Perspectivas de organización de la transición de los profesionales implicados (entrevistas cualitativas).
4. Estudio de casos.

Y las **conclusiones** del mismo señalan que un tercio de los pacientes no fueron derivados a Adultos. Los que fueron derivados no fueron adecuadamente seguidos y muchos se perdieron. Las derivaciones no cumplieron criterios de calidad. Si bien no se puede correlacionar los programas de transición con variables clínicas sí con las experiencias negativas del usuario. Para la gran mayoría de los usuarios de servicios, la transición está mal planificada, mal ejecutada y con poca experiencia. El proceso de transición acentúa las barreras preexistentes entre los servicios de atención infanto-juvenil y adultos. Alguno de los motivos para la no derivación era la no adecuación de los servicios de salud mental de adultos para este tipo de pacientes. Se supone que si está en seguimiento en infantil debería ser derivado, y si no se deriva por falta de servicios específicos (por ejemplo problemas del neurodesarrollo), esta falta debería ser notificada. Ni el servicio de atención a adultos ni infantil se hacen responsables de estos pacientes, y la consecuencia clínica es por el momento desconocida, señala el estudio. Por otro lado, los momentos de transición deberían ser más flexibles. Un momento de crisis no debería ser un momento de cambio de profesionales, sino que las derivaciones deberían realizarse en momentos de (relativa) estabilidad.

Y en base a estos resultados se establecieron una serie de **recomendaciones**:

1. Desarrollo del protocolo de transición centrado en las necesidades del usuario.
2. Debería existir un mapeo actualizado de los servicios locales que identifiquen los recursos, las redes de comunicación y la posibilidad de contactos.
3. Los protocolos deberían desarrollarse e implementarse en colaboración con todos los agentes relevantes.
4. Necesidad de establecer medios de capacitación multidisciplinaria.
5. Los protocolos deben especificar el marco de tiempo, las líneas de responsabilidad y quiénes deberían participar, cómo debe estar preparada la persona joven y qué debería suceder si los servicios de atención al adulto no puede aceptar la derivación.
6. Los protocolos deben enfatizar sobre la flexibilidad en el rango de edad.
7. La transición debería ocurrir en momentos de estabilidad donde sea posible; los jóvenes no deberían tener que recaer para acceder a un servicio.

8. Tratar de evitar múltiples transiciones simultáneas.
9. Mejorar la transferencia de información con la estandarización del mantenimiento de registros o, cuando esto sea imposible, una indicación clara de qué información debe estar disponible.
10. El proceso de transición debe incluir el trabajo colaborativo entre los servicios de atención infanto-juvenil y adultos, con trabajo interinstitucional o períodos de atención paralela.
11. Las necesidades y deseos de los cuidadores deben respetarse en el proceso de transición y la participación del cuidador en los servicios para adultos debe negociarse con sensibilidad entre los médicos, los usuarios del servicio y sus cuidadores.
12. Los servicios deben ampliarse para el tratamiento de los jóvenes con trastornos emocionales/neuróticos, de personalidad emergente y de neurodesarrollo.
13. Se requiere la participación activa de los profesionales de atención al adulto antes de que se pueda remitir un caso; transferir a una larga lista de espera es inaceptable.
14. Se requiere investigación prospectiva sobre el curso clínico, las necesidades del servicio, las implicaciones de salud y los costos sociales. Los cambios deben basarse en la evidencia.

Desde enero de 2014 se crea el **PROYECTO MILESTONE** para la gestión de la relación entre servicios de infantojuvenil y adultos y el fortalecimiento del proceso de transición en la UE. El proyecto dura 5 años (2014 – 2019). Los **objetivos** de este proyecto son:

- Evaluar una intervención innovadora de atención a la transición.
- Desarrollar un modelo de mejores-prácticas, sostenible y estandarizado.
- Poder establecer directrices (guías de actuación) sobre la transición.

El modelo de atención a la transición desarrollado consiste en una transición gestionada mediante un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia, que incorpora principios clave de continuidad de la atención: transferencia adecuada de información, trabajo conjunto adecuado, continuidad terapéutica y relacional y compromiso con los servicios para adultos.

Las **fases del proyecto** incluyen:

1. Mapear los servicios actuales y políticas sobre la transición en toda la UE.
2. Desarrollar y validar herramientas específicas de medida de resultado sobre la transición (TRAM y TROM).
3. Realizar un estudio de cohorte longitudinal de los procesos de transición y sus resultados en ocho países de la UE, no incluyendo a España.
4. Desarrollar y probar, en un ensayo controlado aleatorizado grupal, la efectividad clínica y de coste de un modelo innovador de atención a la transición.
5. Crear directrices clínicas, organizativas, políticas y éticas para mejorar la atención y los resultados para los jóvenes en edad de transición.
6. Desarrollar e implementar paquetes de entrenamiento para médicos en toda la UE.

Y actualmente en nuestra comunidad, y siguiendo el modelo del estudio TRACK, se está llevando a cabo el **ESTUDIO CRECER**. En él participa la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y siete hospitales de la Comunidad de Madrid, entre ellos el nuestro.

El **objetivo** general es estudiar el proceso de transición de los pacientes atendidos en las Unidades Psiquiatría y Salud Mental del Niño y el Adolescente a las Unidades de Adultos. Y los objetivos específicos: estudiar la calidad del proceso de transición desde los servicios de SM infantil a los servicios del adulto en la Comunidad de Madrid, e identificar los elementos clave para diseñar un protocolo de atención durante la transición con el objetivo de mejorarlo.

En la primera fase incluía un análisis del proceso de transición el seguimiento de los pacientes en edad de transición durante un año y la recogida de datos mediante encuestas a pacientes y cuidadores. Una segunda fase recoge un análisis cualitativo mediante encuestas de opinión a las profesionales sobre el proceso de transición, recientemente enviadas.

Los **resultados** de esta primera fase de valoración **en nuestra área** informan que:

- Sólo el 29% de los pacientes en situación de transición la llevan a cabo. Pero solo el 12% son seguidos de forma adecuada.
- Existen perfiles de pacientes en riesgo de **no transición**: adolescentes que se incorporan tardíamente a SM, pacientes con problemática social, pacientes con diagnóstico de Trastornos adaptativos, Trastornos de Personalidad, trastornos del Neurodesarrollo (TDAH, TEA) y Trastornos de ansiedad.
- El grupo que realiza de forma más adecuada la transición incluye a pacientes con TMG, que realizan seguimiento por varios profesionales (incluyendo Enfermería y Trabajo Social), con tratamiento farmacológico y con antecedentes de ingreso hospitalario.
- La información relativa a la transición en la HCE es escasa y no sistematizada

Y las **conclusiones** que se extraen de dicho análisis sobre la transición en nuestra área son:

- La transición desde la USMIJ hacia los CSM de adultos es mala, no se hace bien.
- Las causas de no transición son: alta explícita, desaparición o abandono de seguimiento en infantil o derivación a otros recursos.
- Los pacientes con diagnóstico de TDAH, en un número relevante, son dados de alta con indicación de seguimiento por Atención Primaria

A la espera de concluir el estudio CRECER, de las directrices desde la Oficina Regional al amparo del nuevo Plan de Salud Mental y la instauración progresiva en la CEE del Proyecto Milestone, se ha fijado como objetivo para este año en nuestra AGCPSM la formación de un grupo de trabajo que pueda discutir y planificar un

protocolo de transición para la atención en Salud Mental que redunde en una mejor atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- Singh S P, Paul M, Islam Z, et al. Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. 2010. Report for the national institute for health research service delivery and organisation programme (SDO Project 08/1613/117).
- Singh SP, Paul M, Ford T, et al. Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (TRACK study): a study of protocols in Greater London. BMC Health Serv Res 2008;8:1–7.
- National Institute For Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE guideline: Full version. London: NICE, 2016.
- Singh SP, Tuomainen H, MILESTONE Consortium Girolamo Gde, et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). BMJ Open 2017;7:e016055. doi:10.1136/bmjopen-2017-016055. En: <http://www.milestone-transitionstudy.eu>

CONVOCATORIAS

Claves de evaluación e intervención en Neurociencia Clínica (2 octubre 2018)



Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Claves de evaluación e intervención en Neurociencia Clínica

2 de octubre de 2018

Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de perfeccionamiento del personal sanitario. El fichero se formará y facilitará el acceso de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El fichero se formará y facilitará el acceso de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El fichero se formará y facilitará el acceso de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Comunidad de Madrid

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

Claves de evaluación e intervención en Neurociencia Clínica

Dirigido a: Médicos psiquiatras, neurólogos, geriatras e internistas, así como a médicos de atención primaria y psicólogos clínicos de la Consejería de Sanidad

Objetivo general:

Actualización en neurociencia y clínica y manejo de las herramientas terapéuticas en población neuropsiquiátrica.

Objetivos específicos:

Introducción a las bases neurofenomenológicas en Neurociencia clínica.

Actualización en avances en Neurociencia Clínica.

Actualización en epistemología psiquiátrica.

Actualización en terapias farmacológicas y no farmacológicas en el paciente neuropsiquiátrico

Actualización en la formulación de casos clínicos en neurociencia clínica.

Metodología:

Dos bloques de ponencias:

1) Revisión teórica.

2) Casos prácticos

Ponencias de 45 minutos para cada tema específico, con turno de preguntas y discusión tras cada bloque de ponencias.

Duración: 9 horas.

Número de plazas: 40

Fechas y horario: martes 2 de octubre de 2018, de 8:45 a 20:30 h.

Fecha límite de inscripción: 18 de septiembre de 2018

Lugar de celebración: Fundación Canis Majoris C/ Bárbara de Braganza numero 10, 1º izda, Madrid.

Programa y profesorado:

Día 2 de OCTUBRE

8:45h: Presentación. Rosa Molina y J. Camilo Vázquez (SNCC AEN)

9-10h: Introducción. Neurociencia y Neurofenomenología. Martín Vargas, Psiquiatra, Complejo Asistencial de Zamora.

10-11h: Formulación de casos desde la Neurofenomenología: síntomas básicos en esquizofrenia. Natalia Jimeno, Psiquiatra, Universidad de Valladolid. Modera: Encarnación Díaz, Psicóloga.

11-11:30h: Debate

11:30-12h: DESCANSO

12-13h: Intervención desde el modelo de la Neurociencia Clínica en psiquiatría: cognición social en las psicosis. Guillermo Lahera, Psiquiatra, Universidad de Alcalá de Henares.

13-14h: Aplicación de la Neurociencia Clínica en psiquiatría. Rosa Molina, Psiquiatra, Hospital Fundación Alcorcón.

14-14:30h: Debate

15-15:30: DESCANSO

15:30-16:30h: Investigación en Neurociencia Clínica I. Helena Melero, Neuropsicóloga, Universidad Rey Juan Carlos.

16:30h-17:30h: Investigación en Neurociencia Clínica II. Çağla Defferali, Licenciada en Neurociencias, Instituto Cajal.

17:30h-18: Debate

18-20h: Neurociencia Crítica. Raúl Alelu, Psicólogo, Universidad Rey Juan Carlos. J. Camilo Vázquez, Psiquiatra, PAIPSE.

20h-20:30h: Debate y cierre. Modera: Carlos López de Silanes.

Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Rosa Molina Ruiz. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de CSM de Alcorcón. Presidenta Sección Neurociencia Clínica de la AEN (SNCC).



Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) el 09/01/2018

Gestión clínica en salud mental

Del 3 de octubre al 21 de noviembre de 2018

Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN

LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS

PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Los datos personales recogidos serán incorporados e incluidos en un fichero automatizado en la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuyo finalidad es gestionar las solicitudes de participación del curso, así como el registro de inscripción y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. Dichos datos se hallan recogidos en el Registro de Protección de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) y se hallan sujetos a la Ley de acceso, información del fichero en Dirección General de Investigación, Planificación e Innovación Científica, y la Dirección donde se inscriba para aceptar las condiciones de acceso, inscripción, cancelación y gestión del curso en el Centro de CP Adarza, SS - 28015 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de mayo, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid

Logo of the Community of Madrid

Logo of the Regional Government of Madrid

Logo of the Regional Government of Madrid

Logo of the Regional Government of Madrid

Gestión clínica en Salud Mental

Dirigido a: profesionales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid con prioridad para los que desempeñen funciones directivas

Objetivo general:

Mejorar la gestión clínica en los dispositivos de salud mental

Objetivos específicos:

- Conocer los fundamentos de la gestión clínica y los estilos de liderazgo.
- Mejorar la motivación de los profesionales y la gestión por competencias.
- Mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad percibida.
- Conocer indicadores, su monitorización y los sistemas de información.
- Fomentar la asistencia basada en la evidencia y variabilidad.
- Conocer el Sistema ISO, el Modelo EFQM y la gestión por procesos

Metodología:

Exposición teórica y trabajo sobre supuestos prácticos

Duración: 20 horas

Número de plazas: 25

Fechas y horario: 3 y 24 de octubre y 7 y 21 de noviembre de 2018 de 09:30 a 14:30 h

Lugar de celebración: Aula 330. Edificio Sollube. Plaza de Carlos Trias Bertrán, 7 - 3ª planta - 28020 Madrid

Fecha límite de inscripción: 18 de septiembre de 2018

Coordinación:

Docente: Julián Rodríguez Quirós. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Programa

Primer día:

Modelos de excelencia: Gestión por proceso. Sistema ISO. Modelo EFQM. Implantación EFQM en Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés **Alberto Pardo Hernández**. Subdirector General de Calidad Asistencial. **Carlos Mur de Viu**. Psiquiatra. Gerente del H. Universitario de Fuenlabrada. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP).

Segundo día:

Gestión clínica y liderazgo. Motivación y gestión por competencias. Grupos de trabajo en Salud Mental

Miguel Ángel Jiménez Arriero. Psiquiatra. Ex-Jefe de Servicio del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. H. Universitario 12 de octubre

Mercedes Navío Acosta. Psiquiatra. Coordinadora Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Julián Rodríguez Quirós. Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Tercer día:

Planificación en Salud Mental. Indicadores y monitorización: Sistemas de información: GRD, CMBD, SIAE, SICYT, etc. en hospitalización psiquiátrica.

Asistencia basada en la evidencia y variabilidad **José María López Jiménez**. Jefe de Servicio de Planificación. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Rosa Calvo Vidal. Jefa de Admisión Hospital Dr. R. Lafora.

Mari Fe Bravo Ortiz. Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. H. Universitario La Paz

Cuarto día:

Seguridad y calidad percibida. Principios y aplicación en Salud Mental.

Gestión por procesos. De la teoría a la práctica.

Compromiso y participación de los pacientes de Salud Mental.

Alberto Pardo Hernández. Subdirector General de Calidad Asistencial.

Blanca Reneses Prieto. Psiquiatra. Jefa del Servicio de Psiquiatría y directora del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos

Beatriz Baón Pérez. Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Toda la información actualizada del curso en:

INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

Supervisión casos clínicos en TBM – 2ª edición (4º trimestre 2018)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) el 10/07/2018

Supervisión de casos clínicos abordados con Terapia Basada en la Mentalización. 2ª ed

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre

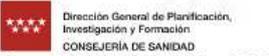
3 de octubre, 14 de noviembre y 5 de diciembre de 2018

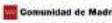
Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN

 Hospital Universitario 12 de Octubre

 Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

 Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

 Comunidad de Madrid

Las actividades formativas recogidas serán inscriptas e inscritas en un futuro próximo en la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de planificación, del sistema de formación continuada y facilitar la atención de la oferta formativa de la Dirección General. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Las actividades previstas en la Ley 13 (Región responsable del Fomento de la Calidad de la Atención Sanitaria) y la Ley de Garantías y Jurisdicción de la Sanidad, y la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, 20 de septiembre de 2018. Información en cumplimiento del art. 19 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Supervisión de casos clínicos abordados con Terapia Basada en la Mentalización. 2ª ed

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad

Objetivo general:

Desarrollar, afinar y profundizar en torno a habilidades técnicas que permitan realizar abordajes psicoterapéuticos particulares en contextos clínicos muy distintos.

Objetivos específicos:

Identificar las limitaciones para el trabajo psicológico en distintos dispositivos clínicos.
Pertinencia de inclusión de factores externos e institucionales en el proceso de evaluación.
Formulación terapéutica adecuada a contexto.
Desarrollo de la intervención y ubicación de la misma en el trayecto terapéutico de paciente.
Posibilidades de investigación.

Metodología: Exposición con apoyo de material clínico grabado en vídeo y debate.

Duración: 9 horas.

Número de plazas: 15

Fechas y horario: 3 de octubre, 14 de noviembre y 5 de diciembre de 2018, de 8:30 a 11:30 h.

Fecha límite de inscripción: 19 de septiembre de 2018

Lugar de celebración: Hospital 12 de Octubre. Centro de Actividades Ambulatorias Bloque B 3º Planta Sala de grupos (Psiquiatría)

Programa:

3.10.18	8.30-11.30 h	Revisión de las dimensiones mentalizadoras, modos prementalizadores y relación entre ellos. Evaluación de la mentalización momento a momento.
14.11.18	8.30-11.30 h	Cuestiones técnicas de la intervención psicoterapéutica. Intervenciones específicas en función de la capacidad de mentalización del paciente.
5.12.18	8.30-11.30 h	Intervenciones específicas ante cada uno de los modos prementalizadores.

Profesor: Javier Ramos García. Psicólogo Clínico. Unidad de Psicoterapia. AGCPSM Hospital 12 de Octubre.

Coordinación:

Docente: Sara Herrera Rodríguez. Responsable de Formación Continuada. AGCPSM Hospital 12 de Octubre

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

juancarlos.duro@salud.madrid.org Tfno: 914265469

Móvil: 699582195



POSTERS

Los inscritos podrán presentar posters relacionados con el tema, que serán expuestos durante la jornada.

Se presentarán en papel, en formato A0, y para su exposición, se deberán entregar en el momento del control de acreditaciones esa misma mañana.

Para inscribir el poster, se deberá rellenar el formulario que se encuentra en la web www.mentalizacion.info, y seguir las instrucciones que allí se encuentran. Todos los posters tendrán que estar allí inscritos para poder ser expuestos el día de la Conferencia.

ORGANIZA

Comité de Honor

Dña. Carmen Martínez de Pancorbo González
Directora Gerente,
Hospital Universitario 12 de Octubre.

D. Antonio Jesús Roldán Rodríguez-Marín
Director Médico,
Hospital Universitario 12 de Octubre

D Joaquín Arenas Barbero
Director Científico Instituto i+12, Director Científico de la
Fundación para la Investigación Biomédica.

Dña. Mercedes Navío Acosta
Coordinadora Oficina Regional de Salud Mental,
Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

D. Gabriel Rubio Valladolid
Jefe de Servicio ASC Psiquiatría y Salud Mental,
Hospital 12 de Octubre.

Comité Organizador

Dra. Nuria Tur Salamanca
Hospital Clínico San Carlos, Madrid,
AFNCCF MBT Practitioner.

Dra. Glòria Mateu i Vives
Sant Pere Claver, Barcelona,
AFNCCF MBT Practitioner.

Dr. Santiago Vega González
Hospital 12 de Octubre, Madrid,
AFNCCF MBT Training.

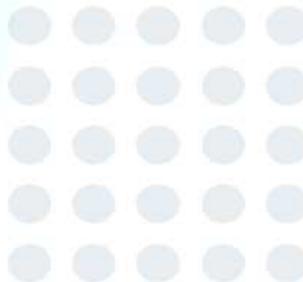
Dra. Patricia Nava García
Hospital Infanta Leonor, Madrid,
AFNCCF MBT Training.

Dr. Sergio Puerta Rodríguez
Hospital 12 de Octubre, Madrid,
AFNCCF MBT Training.

MBT y PSICOSIS

CONFERENCIA INTERNACIONAL

Psicosis y Terapia Basada en la mentalización
5 de Octubre de 2018
Madrid, Hospital 12 de Octubre
Salón de Actos de la Residencia General



PATROCINA



Hospital Universitario
12 de Octubre

COLABORAN



PONENTES y PROGRAMA

8,30:9,00 Acreditaciones y entrega de material.

9,00:9,10 APERTURA DE LA JORNADA
D. Antonio Jesús Roldán Rodríguez-Marín
Director Médico del Hospital Universitario 12 de Octubre.

9,10:9,15 PRESENTACIÓN DE LA MESA
Dr. Juan De Dios Molina Martín. (Moderador)
Psiquiatra. Jefe CSM Villaverde. Anna Freud NCCF MBT-BPD Training

9,15:10,15 MARTIN DEBBANÉ
Mentalization and High risk psychosis
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Genève.
Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London.

10,15:10,30 Discusión con la sala

10,30:11,30 PEDRO SANZ
Adaptaciones de la técnica de MBT para la psicosis esquizofrénica.
Programa de Trastorno Mental Grave. Hospital Universitario 12 de Octubre. Anna Freud
NCCF Certified Practitioner. Sociedad Española de Terapia Basada en la Mentalización.

11,30:12,00 Pausa café

12,00:13,00 FERNANDO LANA
Mentalización y Terapia de Grupo para pacientes con psicosis
CAEM-Parc de Salut Mar, Barcelona. IMIM Hospital del Mar Medical Research Institute.
Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD).

13,00:14,00 JONAS WEIJERS
Mentalization Based Treatment for Psychotic Disorder
Maastricht University | UM - MHeNS School for Mental Health and Neuroscience.
Rivierduinen Institute for Mental Health Care.

14,00:15,00 DEBATE Y DISCUSIÓN CON LA SALA
Clausura y Entrega de Certificados

PRESENTACIÓN

El Tratamiento Basado en la Mentalización es un tratamiento empíricamente validado para el abordaje de los trastornos de la personalidad. En los últimos años, los principios que rigen este modelo se están aplicando con éxito en otras patologías.

El objetivo de esta Conferencia es proporcionar un espacio de formación y discusión sobre el trabajo que se está realizando a nivel internacional en Psicosis y Mentalización, reuniendo en una jornada de un día a los principales autores expertos en la materia, en el ámbito de la investigación, aplicación clínica y desarrollo de herramientas terapéuticas.

La Jornada se realizará el 5 de octubre de 2018 de las 9,00 a 15,00h y dispondrá de traducción simultánea español inglés.

INSCRIPCIONES

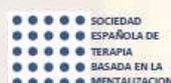
Las inscripciones se realizarán a través del correo electrónico inscripciones@mentalizacion.info, indicando los siguientes datos: Nombre y Apellidos, DNI, Dirección y Colectivo Profesional, y adjuntando el justificante de la transferencia.
o bien a través de la web www.mentalizacion.info.

Antes del 14 de septiembre de 2018:
70€ Residentes, Psicólogos, Enfermería y Terapeutas ocupacionales.
95€ Médicos y Psiquiatras.

A partir del 15 de septiembre de 2018
95€ Residentes, Psicólogos, Enfermería y Terapeutas ocupacionales.
120€ Médicos y Psiquiatras.

Ingreso mediante transferencia en la cuenta,
IBAN ES15 0128 0016 6101 0005 3032, a nombre de la Sociedad Española de TBM, indicando concepto "Jornada Psicosis", identificándose con Nombre y Apellidos.

Secretaría: secretaria@mentalizacion.info.



Actualizaciones sobre intervenciones psicoterapéuticas en psicosis (17 octubre, 21 noviembre y 18 diciembre 2018):

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) el 10/07/2018

Actualización sobre intervenciones psicoterapéuticas en psicosis

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre

17 de octubre, 21 de noviembre y 18 de diciembre de 2018

[Para inscribirse pinchar aquí](#)

INSCRIPCIÓN

SaludMadrid Hospital Universitario 12 de Octubre

SaludMadrid Servicio Madrileño de Salud Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Comunidad de Madrid Dirección General de Planificación, Investigación y Formación CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Actualización sobre intervenciones psicoterapéuticas en psicosis

Programa y profesorado:

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad

Objetivo general:

Mejorar la atención psicoterapéutica de personas con trastornos psicóticos

Objetivos específicos:

Conocer los fundamentos y prácticas de la Hospitalización domiciliaria en salud mental
 Conocer la Terapia asistida con animales en recursos de rehabilitación como apoyo en el proceso de recuperación en psicosis
 Conocer diferentes intervenciones psicoterapéuticas basadas en la metacognición y la cognición social en las psicosis

Metodología: Exposición y debate.

Duración: 4,5 horas. **Número de plazas:** 25

Fechas y horario: 17 de octubre, 21 de noviembre y 19 de diciembre de 2018, de 13:30 a 15:00 h.

Fecha límite de inscripción: 25 de septiembre de 2018

Lugar de celebración: Salón de Actos. Edificio Materno-Infantil. Hospital 12 de Octubre.

17/10/2018	13.30 h-15.00 h	Hospitalización domiciliaria en salud mental. Una alternativa posible	Ana Moreno Pérez. Psiquiatra. Coordinadora Asistencial del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias
21/11/2018	13.30 h-15.00 h	Terapia asistida con animales en recursos de rehabilitación como apoyo en el proceso de recuperación en psicosis	Mariola Vitutia San Millán. Psicóloga en el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) Getafe. Doctora en Psicología
18/12/2018	13.30 h-15.00 h	Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la metacognición y la cognición social en las psicosis	Guillermo Lahera Forteza. Psiquiatra. Profesor Contratado Doctor de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad de Alcalá

Coordinación:

Docente: Sara Herrera Rodríguez. Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental de Usera

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación

juancarlos.duro@salud.madrid.org Tfno: 914265469 Móvil: 699582195

Actualización en psicopatología del vínculo (26 octubre)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Jornada de Actualización en psicopatología del vínculo

26 de octubre de 2018

Para inscribirse pinchar aquí

INSCRIPCIÓN

LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS

PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Los datos personales recogidos serán tratados y almacenados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumno, las actividades de inscripción y facilitar la obtención de la oferta. El fichero de la Dirección General. Datos Personales de los alumnos se halla sometido a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) y a la Ley de Acceso a la Información Pública de la Comunidad de Madrid. El fichero de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación se halla sometido a la Ley 17/2013 de 11 de Noviembre de Acceso a la Información Pública de la Comunidad de Madrid y a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Comunidad de Madrid

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

Jornada de Actualización en psicopatología del vínculo

Dirigido a: Profesionales de la Consejería de Sanidad con prioridad para profesionales de salud mental y pediatría.

Objetivo general:

Proporcionar a los profesionales sanitarios la formación actualizada sobre los aspectos clínicos, neurobiológicos de los trastornos vinculares y los abordajes e intervenciones terapéuticas a lo largo de la infancia-adolescencia y juventud.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la detección e intervención precoz ante las alteraciones del apego y los trastornos vinculares.
- Concienciar al personal sanitario de la repercusión que los trastornos del vínculo en el neurodesarrollo y en la regulación emocional de los niños y adultos, siendo las manifestaciones psicopatológicas muy variadas.
- Necesidad de trabajar con los padres/familias y entre los diferentes recursos sanitarios, para reparar los daños vinculares y conseguir una buena revinculación.

Metodología:

Se desarrollarán breves intervenciones teóricas con discusión al final de la jornada.

Duración: 5 horas

Número de plazas: 100

Fechas y horario: 26 de octubre de 2018, de 09:00 a 14:30 horas

Lugar de celebración: Salón de Actos. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Avd Menéndez Pelayo 65 Madrid

Fecha límite de inscripción: 11 de octubre de 2018

Coordinación:

Docente: Silvia Gutiérrez Priego. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Psiquiatra.

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental juancarlos.duro@salud.madrid.org

Toda la información actualizada del curso en:
<https://campusmadrid.csod.com/>

09:00 - 09:30	Presentación de jornadas: El apego y vínculo: tipos de apego y aspectos neurobiológicos	Silvia Gutiérrez Priego. Psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
9:30- 10:00	Las repercusiones de los (psico)-traumas en los Trastornos del vínculo	Carmen Moreno Ruiz. Psiquiatra. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
10:00 - 11:00	Interacciones tempranas, apego seguro y señales de alarma. Evaluación de las interacciones tempranas y el apego en la infancia	Purificación Sierra García. Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación UNED
11:00 - 11:30	Repercusiones en la psicopatología del niño-adolescente (Reflexiones clínicas basadas en la evidencia)	Margarita Alcami Pertejo. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz.
11:30 - 12:00	DESCANSO	DESCANSO
12:00 - 12:30	Intervenciones terapéuticas en la primera infancia: trabajo con los padres-hijos	Beatriz Sanz Herreros. Psicóloga Clínica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
12:30 - 13:00	Intervenciones terapéuticas desde el hospital de día infanto-juvenil	Paula Laita de Roda. Psiquiatra. Unidad de Adolescentes, Hospital de Día - CET "Pradera de San Isidro", Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
13:00 - 13:30	Proyecto Sirio. De la revinculación a la prevención: Grupo Mamás-Bebés.	María Eugenia Herrero Sotillo. Psiquiatra. Directora del Proyecto SIRIO-Nuevo Futuro.
13:30 - 14:00	Teoría de Apego y trastorno Mental Grave en la adolescencia: hacia una Psicoterapia Focalizada en los Vínculos.	Diego Figuera Álvarez. Psiquiatra. Director del Hospital de Día Ponzano y de la Unidad Docente de Psicoterapia, del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos
14:00 - 14:30	Discusión y conclusiones de las jornadas	Silvia Gutiérrez Priego. Psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Neuropsicología y Psicometría: Nivel 1

El psicodiagnóstico basado en test o baterías de pruebas es una herramienta muy relevante para las labores de evaluación y diagnóstico en el contexto del trabajo de Psiquiatría y Salud Mental. Dichos procedimientos han de ser considerados como pruebas complementarias para el diagnóstico, al mismo nivel que se encuentran las pruebas de laboratorio o de neuroimagen por ejemplo.

El presente curso tiene la finalidad de formar a los profesionales del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría Y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (AGCPSM) en el uso de pruebas neuropsicológicas y psicométricas básicas y ofrecerles pautas que faciliten este psicodiagnóstico basado en test o baterías tal y como establece uno de los objetivos de los últimos años de nuestra Área de Gestión.

Inicialmente, en 2016, presentamos un documento denominado "*Neuropsicología y Psicometría Índice*", que recoge test o baterías elegidas por su buen rendimiento y aplicabilidad en el contexto clínico a todos los profesionales del AGCPSM. Dicho documento se colgó en la carpeta común interna de nuestro servicio, y también se distribuyó entre todos los dispositivos del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

La segunda fase fue tratar de normalizar su uso en la práctica clínica diaria de todos los profesionales de los centros del AGCPSM, dado su inclusión en los objetivos anuales del Área. A partir de ese momento surge la demanda espontánea e informal de muchos de nuestros profesionales de formación en estas pruebas, dadas las dudas y dificultades surgidas en el primer año de aplicación de la guía. Por ello, a primeros de 2018 se hizo necesario llevar a cabo una formación básica en los instrumentos de primer nivel, realizándose una primera edición de este curso con muy buena acogida de los profesionales, y siendo valorado muy positivamente por los que pudieron asistir al mismo.

En el momento actual, dado que en el último año ha habido muchas incorporaciones de nuevos profesionales, consideramos que sería conveniente repetir este curso de cara a que todos podamos tener acceso a esta formación imprescindible en nuestra práctica clínica.

Este curso se dirige tanto a psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras para ayudarles en sus funciones de psicodiagnóstico, de manera que utilizando estas pruebas puedan completar la información de la entrevista clínica.

Entre los contenidos se presentaran instrumentos neuropsicológicos básicos tales como el Minimental, el test del reloj, el test de las fotos o la batería de evaluación frontal.

Además se presentaran y explicarán escalas básicas para la evaluación de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos adictivos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad.

En este curso participarán como docentes, profesionales de nuestro Área que poseen una amplia formación y experiencia en la evaluación neuropsicológica y psicométrica como son el Dr. Agüera, Dr. Arias, Dr. Espejo-Saavedra Roca, Dra. Sánchez-Morla y Dra. Torio-Palmero. Por lo que os animamos a inscribiros cuanto antes.

El curso se celebrará los días 5, 12 y 19 de diciembre de 2018.

A continuación os adjunto el calendario y contenido del curso.

Para inscribiros en este curso solo tenéis que mandarme un correo a:
sara.solera@salud.madrid.org.

RECOMENDACIONES DE COLEGAS



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI ICADE CIHS



Jornadas de **Aperturas Psicoanalíticas** en colaboración con la **Universidad Pontificia Comillas**

Sede Alberto Aguilera, 5 y 6 de Octubre 2018

Avances del Psicoanálisis y Aperturas Psicoanalíticas: veinte años de difusión

En las últimas décadas, el psicoanálisis ha experimentado una evolución muy significativa en sus modos de entender el desarrollo humano y el sufrimiento psíquico, así como en sus modelos para el trabajo clínico con una diversidad de patologías, y en una diversidad de contextos.

Dentro del ámbito hispanohablante, la revista **Aperturas Psicoanalíticas** ha sido testigo y portavoz de estos avances, a través de sus artículos originales escritos por autores de ambas orillas del Atlántico, y de la traducción y difusión en español de artículos firmados por algunos de los autores internacionales más importantes del psicoanálisis contemporáneo.

Con esta jornada, organizada por **Aperturas Psicoanalíticas** y el Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas, en colaboración con el Máster en Psicología General Sanitaria de dicha Universidad, celebramos estas décadas de avance y difusión del psicoanálisis. Nos asomamos también al futuro de esta disciplina, reflexionando en conferencias y talleres sobre nuevos enfoques y técnicas, y presentando la nueva etapa de la revista.

Aperturas Psicoanalíticas está a punto de cumplir 20 años de publicaciones desde su fundación por Hugo Bleichmar, a quien la Universidad Pontificia Comillas agradece con este evento su docencia y sus aportaciones durante todos estos años.

Participarán con intervenciones de distinto formato profesores de la Universidad Pontificia Comillas, miembros del comité de redacción de la revista y socios de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica, entidad patrocinadora de la misma.

Viernes 5 de Octubre

16,00 Seminarios Paralelos

La posición del terapeuta en Terapia Basada en la Mentalización. ¿Qué significa tener en mente la mente del paciente? **Javier Ramos.** *Psicólogo Clínico del Hospital 12 de Octubre. Practitioner en Terapia Basada en la Mentalización (Anna Freud Centre)*

El niño invisible: evolutiva y clínica de los daños narcisistas tempranos. **Javier Martín Holgado.** *Profesor del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas)* **Carlos Pitillas Salvá.** *Profesor del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas)*

17,30 Descanso

17,45 Inauguración de la Jornada

Profesora Dra. Susanne Cadera. *Decana de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (Universidad Pontificia Comillas)*

18,00 Conferencia Inaugural

Avances en el psicoanálisis actual: otra concepción del psiquismo, de la formación de síntomas y la diversidad de intervenciones terapéuticas. **Hugo Bleichmar.** Director del Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica (Universidad Pontificia Comillas). Presidente de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)

19,00 Agradecimiento de la Universidad Pontificia Comillas a la contribución de Hugo Bleichmar

19-20 Presentación de la nueva etapa de la revista **Aperturas Psicoanalíticas**

Lola J. Díaz-Benjumea. Directora de la Revista.

Sábado 6 de Octubre

10,00 Conferencia

El tercero moral. Hacia una verdadera intersubjetividad en psicoterapia. **Emilce Dio Bleichmar.** Directora del Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica: el niño/a y su familia (Universidad Pontificia Comillas). Vicepresidenta Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)

10,30 Mesa Redonda y Debate

Los momentos sensibles en psicoterapia: técnicas activas y psicoterapia centrada en la emoción. Coordinadora: **Margarita Aznar.** Tesorera Junta Directiva de la Sociedad Fórum de Psicoterapia Psicoanalítica. Coorganizadora de las Sesiones Clínicas de dicha asociación en el Hospital Universitario de La Paz. **José Antonio Méndez.** Psiquiatra-psicoanalista. Docente Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. **Mariano de Iceta.** Jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Sofía. Junta Directiva Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. **Ciro Caro García.** Profesor Colaborador del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas). Terapeuta del Equipo de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) de la UNINPSI.

12,00 Descanso

12-14 Seminarios Paralelos

Superar el trauma: ¿cambiar los esquemas emocionales o convivir con la herida? Un diálogo con la psicología de la emoción. **Rafael Jódar Anchía.** Director del Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Focalizada en la Emoción. **Juan Pedro Núñez Partido.** Director del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas). Autor de *La mente: la última frontera*.

El apego en la clínica. Analizando la complejidad en la búsqueda de lo específico de cada sujeto. **María Elena De Filpo Beascoechea.** Secretaria de la Junta Directiva de Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Coorganizadora de las Sesiones Clínicas de dicha asociación en el Hospital Universitario de La Paz.

Las Jornadas tendrán lugar en ICAI e ICADE: C/ Alberto Aguilera, 25/23

Viernes 5 de Octubre: Aula P. Pérez del Pulgar. Sede de ICAI (C/ Alberto Aguilera, 25)

Sábado 6 de Octubre: Sala de Conferencias. Sede de ICADE (C/ Alberto Aguilera, 23)

Talleres Viernes 5: Sala 301 de la sede de ICAI (C/ Alberto Aguilera, 25)

Talleres Sábado 6: Aula O-102 de la sede de ICADE (C/ Alberto Aguilera, 23)

Entrada Libre hasta Completar Aforo



Sociedad **forum** de Psicoterapia Psicoanalítica



www.psicoterapiapsicoanalitica.com



Sesiones clínicas de forum

Perspectivas actuales en Psicoterapia Psicoanalítica

V Edición

Octubre 2018 - Junio 2019

Sociedad Forum
Psicoterapia Psicoanalítica

Espacio de trabajo clínico en psicoterapia psicoanalítica, mediante la presentación de casos y su posterior discusión. El objetivo es la difusión de los desarrollos teóricos y técnicos contemporáneos en Psicoterapia Psicoanalítica dentro del paradigma de la complejidad para el estudio y comprensión del psiquismo

Ciclo impartido por miembros de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

10-10-2018. Abordaje de un paciente esquizofrénico como duelo por la salud mental en el contexto de un tratamiento mixto, farmacológico y psicoterapéutico

Angela Soler Roibal. *Psiquiatra. Especialista en adolescentes y familia. Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica: el niño/a y su familia*

14-11-2018. Duelo perinatal: proceso de elaboración de un grupo de padres en un servicio público

Ana López Fuentetaja. *Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Profesora asociada UCM. Unidad Psicoterapia Hospital 12 de Octubre*

12-12-2018. ¿Quién soy? Siento mi identidad robada. Caso Silvia

Patricia Morandini Roth. *Psicóloga. Psicoanalista. Supervisora clínica. Docente universitaria. Miembro de EFPA.*

16-01-2019. Intervenciones en la crianza: un tipo de trabajo terapéutico en 0-3 años

Amparo Gámez Guardiola. *Psicóloga. Especialista en Psicología Educativa. Tutora de Prácticum en Psicología Pedagógica*

13-02-2019. Uso del Software Interactivo para la Mentalización (SIMENT) en un trabajo clínico en niños, adolescentes y adultos

Emilce Dio Bleichmar. *Médica. Psicoanalista. Vicepresidenta Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Directora del curso de postgrado "Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica: el niño/a y su familia" (Universidad Pontificia Comillas)*

13-03-2019. El desarrollo de la función reflexiva en los padres, objetivo en la psicoterapia infantil

Pilar de la Cruz. *Psicóloga. Psicoterapeuta de niños/as y adolescentes. Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica*

10-04-2019. La formulación del caso como guía para la psicoterapia, a partir de la utilización del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI)

Gustavo Lanza Castelli. *Psicólogo. Psicoanalista. Profesor universitario. Director de Mentalización: Revista de psicoanálisis y psicoterapia*

08-05-2019. Claves para el entendimiento de los efectos de la expatriación en personas con patología mental grave

Irina Janowski. *Psicóloga. Psicoanalista. Psicoterapeuta. Certificado Europeo de Psicología EuroPsy. Miembro de la Asociación de Historia de la Psicología.*

12-06-2019. Un trastorno narcisista por déficit con compensaciones masoquistas

Nuria González Sebastián. *Psicóloga. Psicoterapeuta. Formadora y supervisora de psicoterapeutas.*

Lugar: Hospital Universitario La Paz. Salón de Actos Hospital Infantil (Aula Prof. Jaso)

Pº de la Castellana, 261. 28046 Madrid

Horario: Un miércoles al mes de 19.30 a 21.00 h.

Información e Inscripción

Sociedad Forum de Psicoterapia. Diego de León, 44 - 3º iz. 28006 Madrid - 91 411 24 42 secretariaforum@aperturas.org o enviando la ficha adjunta y el documento acreditativo (Copia del carnet de colegiado o estudiante)

www.psicoterapiapsicoanalitica.com

Cursos acreditados por la Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid



Actividad gratuita
previa inscripción
Dirigida a psicólogos,
médicos y estudiantes
de último curso

Ficha de inscripción

(rellenar y entregar en Sociedad Forum de Psicoterapia o enviar por correo junto con copia del documento acreditativo)

Nombre y Apellidos DNI.....

Domicilio.....

Teléfono de contacto.....e-mail.....

TitulaciónAño de graduación.....

SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 13.30 - 15 h.)

*Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil
en horario de 13.30 a 15.00 h.*

Cada viernes se carga en la web una reseña de la sesión clínica del miércoles siguiente

A continuación, os informamos de algunas novedades en relación a las Sesiones Clínicas y Extraordinarias del Área.

Con el objetivo de dotarlas de una mayor calidad, interés y participación, solicitamos la colaboración de todos para poder cumplir el siguiente horario:

13.30-14.15: exposición del ponente

14.15-15.00: tiempo de preguntas y debate

Además, para favorecer la participación y el intercambio de ideas en el tiempo de debate, se propone la figura de **dos discusores o moderadores, para lo que rogamos vuestra colaboración:**

- En el caso de las Sesiones Clínicas se contará con la colaboración de dos residentes que participarán activamente como moderadores, siendo designados por un calendario rotativo y/o por su interés sobre el tema a tratar.
- En el caso de las Sesiones Extraordinarias, este papel será desempeñado por dos adjuntos, además de por dos residentes mayores. Rogamos vuestra colaboración.
- El debate de las Sesiones del Residente será moderado por el adjunto de referencia que ha supervisado la sesión con el residente.

Las tres próximas Sesiones Extraordinarias están dedicadas a intervenciones psicoterapéuticas en psicosis. Os animamos a que os apuntéis formalmente en el siguiente enlace <https://campusmadrid.csod.com/client/campusmadrid/default.aspx> y a que participéis como moderadores.

Por último, os adjuntamos el calendario de Sesiones Clínicas de 2019. Como novedad, este año participará el Laboratorio de Psicofisiología Clínica de nuestro hospital.

Gracias por vuestra ayuda, un cordial saludo

Sara Herrera Rodríguez

Psicóloga Clínica. CSM Usera - 91 500 10 15

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud

Coordinadora de Formación Continuada y Docencia

AGC Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Calendario Sesiones Clínicas de Área: octubre – diciembre 2018 ⁷

Octubre 2018

3 **Sesión Clínica del Residente (PIR)**

10 **UHB C. A. Benito Menni**

17 **Sesión Extraordinaria**

17/10/ 2018	13.30 h- 15.00 h	Hospitalización domiciliaria en salud mental. Una alternativa posible	Ana Moreno Pérez. Psiquiatra. Coordinadora Asistencial del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias
----------------	---------------------------	---	--

24 **CSM de Usera**

31 **Programa de Psicogeriatría**

Noviembre 2018

7 **Sesión Clínica del Residente**

14 **Unidad de Psicoterapia**

21 **Sesión Extraordinaria**

21/11/ 2018	13.30 h- 15.00 h	Terapia asistida con animales en recursos de rehabilitación como apoyo en el proceso de recuperación en psicosis	Mariola Vitutia San Millán. Psicóloga en el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) Getafe. Doctora en Psicología
----------------	---------------------------	--	---

28 **Programa de Prevención del Suicidio**

⁷ Os recuerdo la importancia de que me enviéis con dos semanas de antelación (o antes si es posible) el nombre del ponente de la sesión y un pequeño resumen de la misma. Asimismo, vamos a mantener el formato de sesión clínica que incluye la figura del discusor que presentará la sesión y dirigirá el debate posterior a la misma. Agradezco sinceramente vuestra colaboración en el desarrollo y mejora del programa de Formación Continuada del AGCPSM, del que las sesiones clínicas son pieza fundamental. Un saludo.

Angeles Castro Masó
Coordinadora de Formación Continuada y Docencia
AGCPSM Hospital 12 de Octubre

Diciembre 2018

5 **Sesión Clínica del Residente**

12 **Rehabilitación**

19 **Sesión Extraordinaria**

18/12/ 2018	13.30 h- 15.00 h	Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la metacognición y la cognición social en las psicosis	Guillermo Lahera Forteza. Psiquiatra. Profesor Contratado Doctor de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad de Alcalá
----------------	---------------------------	---	--



Ch. Chamoin: "Les venganges"

Jornadas Puertas Abiertas CRPS y EASC VILLAVERDE



VEN Y DESCUBRE QUÉ HACEMOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO DE VILLAVERDE

11:00 INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS

11:30 MESA DEBATE "Salud"

13:00 MESA DEBATE "Género"

14:00 APERITIVO

17:00 CAFÉ DE BIENVENIDA

17:30 MESA DEBATE "La Participación y los Apoyos"

19:00 CIERRE Y DESPEDIDA

SÚBETE A NUESTRA LANZADERA Y VIAJA CON NOSOTROS POR LA GALAXIA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL VISITANDO VARIOS PLANETAS EN LOS QUE HACEMOS UN MONTÓN DE COSAS POR LA SALUD MENTAL Y POR EL BARRIO.

ASISTENCIA LIBRE DURANTE TODA LA JORNADA NO ES NECESARIA INSCRIPCIÓN PREVIA

SI QUIERES MÁS INFORMACIÓN LLAMA AL 91 7100721

O ESCRIBE AL EMAIL crpsvillaverde@intress.org

 Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA
Comunidad de Madrid

 Instituto Tecnológico de Villaverde

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

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSP del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

Periodicidad: según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

Metodología de elaboración: Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurra)

Distribución gratuita: descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>