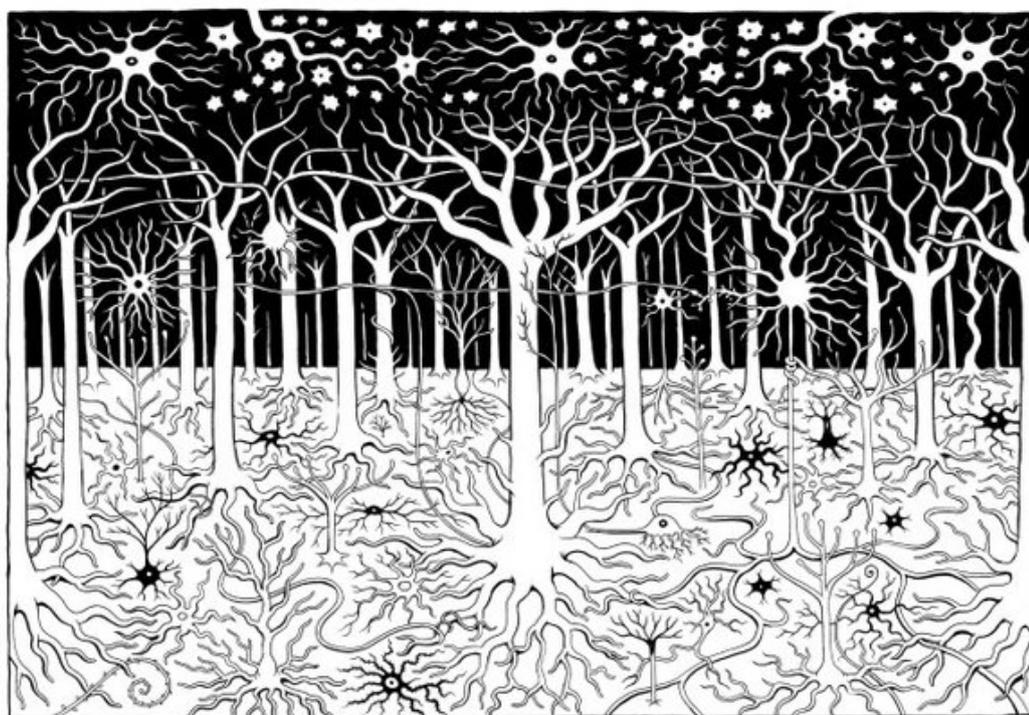


BOLETIN

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

Número 54 – Septiembre 2017



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

Programa "Cuidame" (Apoyo a los padres con TMG) (Mercedes García, Lorena Herrero, Ángeles de la Hoz, Gema Herradón, José A. Mediavilla, Angeles Lassaletta, Lourdes González, Esther Amador y Javier Sanz)

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

Tratamiento de la Depresión Mayor en Atención Primaria (Jorge López y otros) / **VII Curso Actualización en TEC** (M^a Isabel Ramos García y Fco. Javier Sanz Fuentenebro) / **Claves de Evaluación e intervención en Neurociencia Clínica** (Colegio Médicos) / **Evaluación cognitiva MATRICS** (Roberto Rguez.-Jlménez y Mónica Dompablo) / **III Congreso Ncnal. de Psicoterapia FEAP** (9-12 noviembre) / **Actualización en TEA Programa de diagnóstico TEA H.U. 12 de Octubre** (Nuria Martínez Martín, Marta Pinero Higuera, Carla P. Russo Ferrari, Lidia Notario Carrillo, Elena Pérez Valiente, M^a José Güerre Lobera) /

Conferencias AGCPSM: 4º trimestre 2017

(M^a Eugenia Olivares / Rosario Gutiérrez Labrador / M^a Luisa Zamarro)

Rotaciones Externas Residentes: **"Un viaje fronterizo"** (Esther Martín Avila) -

"Programa de Trastornos de la alimentación en la Primera infancia (H.I.U. Niño Jesús): a propósito de un caso" (Odei Iriondo Villaverde)

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.



The screenshot shows the website header for the Psychiatry service. It includes the logos for Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio Madrileño de Salud, and the Comunidad de Madrid. A navigation menu contains links for 'El Servicio', 'Pacientes', 'Asistencia', 'Formación', 'Investigación', and 'Profesionales'. Below the menu, the date 'Sábado, 23 de noviembre de 2013' is displayed. The main content area features a 'Bienvenido al Servicio de Psiquiatría' message with the URL www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria. A photograph of a hospital hallway is visible, and a 'Bloque B Psiquiatría' button is on the right.

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: **NEUROCÓMIC** es un nuevo cómic de divulgación científica creado por los doctores en neurociencia **Matteo Farinella** y **Hana Roš** y publicado por Norma Editorial. Un viaje al interior del cerebro para conocer su funcionamiento.

En este video podrás descubrir, de la mano de sus autores, las ideas y el trabajo que han dado como fruto esta interesante obra: https://www.youtube.com/watch?time_continue=509&v=PcLE9t_P3yY.

Programa de Apoyo a los Padres con Trastorno Mental Grave

Mercedes García (CSM Usera)
Lorena Herrero (CSM Carabanchel-Guayaba)
Angeles de la Hoz (CRPS Villaverde)
Gema Herradón (Centro de Día / CRL Carabanchel)
José A. Mediavilla (CRPS Carabanchel)
Angeles Lassaletta (USMIJ – Usera)
Lourdes González (CSM Villaverde)
Esther Amador Caravantes (Centro de Día Carabanchel)
Javier Sanz (CSM Usera)

Colaboradores: Manuela Arranz, José Carlos Espín y M^a Jesús Bayona (USMIJ), María Ballesteros y Rocío Crespo (CRPS Villaverde), Marta Rosillo (CRPS Los Cármenes), Patricia Díaz y Diego Pulido (recursos Rehabilitación Carabanchel), Eva Pizarro (recursos Rehabilitación Usera) y Gracia Córdoba (CSM Usera)

Asesoramiento y supervisión: Margarita Rullas Trincado (CRPS San Fernando)

INTRODUCCIÓN

- Estudio OMS (1977). Ritzler et al (1981): seguimiento a 1.200 hijos de padres con esquizofrenia, con un alto porcentaje de ansiedad y agresividad en los menores.
- Ossama El- Saadí et al (2004): más del 50% de los hijos de padres con esquizofrenia padecen algún trastorno mental.
- Park, Solomon y Mandel (2006): las madres con trastorno mental grave (TMG en adelante) tienen tres veces mayor riesgo de perder la custodia de los hijos.
- Brockington, Chandra y Dubowitz (2011): observan que no es tanto el diagnóstico lo que confiere el riesgo, sino otros elementos como la personalidad de los padres, su adaptación y las circunstancias sociales.
- M. Rullas (2011) señala como factores protectores en la crianza de los hijos el apoyo familiar, los soportes informales y formales y la seguridad económica.
- Estudio de Necesidades de padres con TMG y de sus hijos menores (noviembre 2011 – marzo 2012): se realizó en nuestros CC.SS.MM. Los resultados confirmaron la necesidad de apoyar a los padres en la crianza de sus hijos para prevenir trastornos mentales y disminuir los factores de riesgo y exclusión social.

² Resumen de la sesión clínica del AGCPSM presentada el 10 de mayo 2017, enviado por Mercedes García Álvarez (enfermera CSM Usera)

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar las necesidades de los padres en la crianza de sus hijos.
- Detectar situaciones de riesgo en los menores.
- Mejorar las habilidades de crianza, de madres y padres.
- Facilitar la atención del menor y su familia desde los CS.SS.MM. y Unidad Infanto-Juvenil y los recursos sociales y educativos, de forma coordinada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar padres con TMG y con hijos menores (censo).
- Enseñar y dotar a los padres de estrategias y habilidades para cuidar a sus hijos y cuidarse ellos.
- Valorar la situación de riesgo en los menores: aprendizaje, hábitos de vida (sueño, alimentación e higiene), comportamiento, emociones y relaciones sociales y familiares.
- Fomentar en la madre y en el padre un rol activo en la crianza de sus hijos.
- Promover hábitos de vida saludable en los padres, para su propio cuidado y el de sus hijos.
- Aprender estrategias que ayuden a afrontar situaciones de conflicto con los menores y reducir conductas problemáticas.
- Apoyar el desarrollo psicoemocional de los hijos desde la prevención.

INDICACIONES

Derivación a la Escuela de Padres

- Tener un diagnóstico de TMG.
- Estar en seguimiento con un profesional del C.S.M.
- Mantener un contacto frecuente con el menor, aunque no convivan juntos.
- Que presenten dificultades para ejercer los roles parentales y/o expresen la necesidad de apoyo para ello.

Derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

- Detección de situaciones de riesgo en el menor desde C.S.M. o desde la Escuela de Padres.

METODOLOGÍA

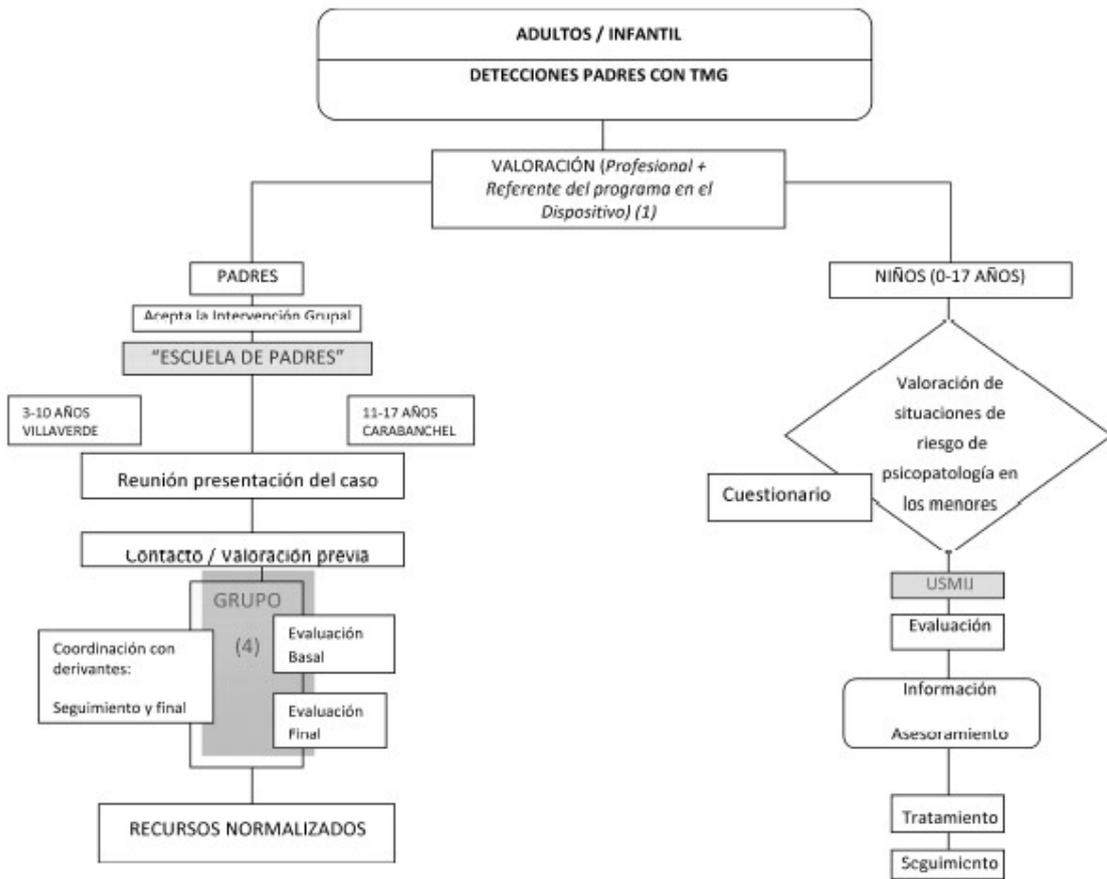
- Programa multi-profesional: profesionales de los Centros de Salud Mental, de los recursos de Rehabilitación Psicosocial y de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Sensibilizar a los profesionales del C.S.M. con el Programa Cuidame.

Actuaciones en el Centro de Salud Mental

- Valoración de necesidades en los padres para la crianza de los hijos*
 - Derivación al Programa de la Escuela de Padres “Aprendiendo Juntos”: CRPS Villaverde (3-10 años) y CRPS Carabanchel (11 – 17 años).
- Valoración situación de riesgo en los hijos*
 - Derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Coordinadora del Programa Cuidame*
 - Seguimiento del censo de padres con TMG y con hijos
 - Derivación a la Escuela de Padres “Aprendiendo Juntos” y coordinación con los profesionales.
 - Derivación al responsable de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil si hay valoración de riesgo en los menores.

EVALUACIÓN

INDICADORES	BASAL 2013	2014	2015	2016
Número de casos detectados en censo de padres con TMG e hijos menores	-	76	82	28
Porcentaje de casos en los que se hace valoración de riesgo en los menores (Nº casos de riesgo / Nº casos censados x 100)	-	28.95 %	32.93 %	82.14 %
Número de derivaciones a la Escuela de Padres “Aprendiendo juntos”		<u>Octubre 2013 a marzo 2014</u> 9 (CRPS Villaverde) 13 (CRPS Carabanchel)	17 (CRPS Villaverde) 10 (CRPS Carabanchel)	17 (CRPS Villaverde) 6 (CRPS Carabanchel)
Porcentaje de personas que acuden a la Escuela de Padres (a más de la mitad de las sesiones) (Nº personas que acude / Nº personas derivadas x 100)		33 % (9) (CRPS Villaverde) 77 % (13) (CRPS Carabanchel)	41 % (17) (CRPS Villaverde) (No se inicia el grupo en CRPS Carabanchel)	29 % (17) (CRPS Villaverde) (No se inicia el grupo en CRPS Carabanchel)
Número de reuniones de coordinación del Programa “Cuidame”	8	3	3	9 (revisión del programa)





DERIVACIÓN AL PROGRAMA "CUIDAME"

Nº Historia:		
Nombre y apellidos:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
Situación Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Separado/a <input type="checkbox"/>
Teléfono de contacto:		
Profesionales de referencia:		
Diagnóstico Clínico:		
DATOS DEL ADULTO		
¿Acude a algún recurso de rehabilitación? SI (CRPS, CRL, CD, EASC, MR) NO		
¿Quién es el principal cuidador del menor? Padre Madre Otros		
¿Existen otras personas que colaboren en el cuidado del menor?		
Relación entre los padres: Afectuosa Conflictiva Respeto mutuo ante el menor No existe relación entre padres Otros		
Contacto aproximado del adulto con el menor (frecuencia con la que se ven, tiempo que pasan juntos, actividades que realizan conjuntamente...)		
IMPRESIÓN DEL ESTILO EDUCATIVO-RELACIONAL DE LOS PADRES:		
1. Autoritario		
2. Comportamiento hostil o despectivo		
3. Permisivo		
4. Incoherente o ambivalente		
5. Participativo		
El adulto expresa o se identifican en consulta, dificultades para:		
1. Poner límites		
2. Sentirse seguro en su rol.		
3. Comunicarse		
4. Fomentar la autonomía		
5. Tomar decisiones		
6. Expresar afecto		



DATOS DEL MENOR		
EDAD:		
Personas con las que convive el menor:		
Escolaridad:	Repetidor	No repetidor
Aficiones, ocupación de tiempo libre.		
¿Medidas legales en relación al menor?		
¿Está interviniendo otro recurso con el menor? Servicios Sociales, Salud Mental Infanto-Juvenil		
Consumo de tóxicos	SI	NO
Tiene amigos de su edad	SI	NO
Problemas de comportamiento:		
	SI	NO
Casa		
Escuela		
Otros		
Problemas de alimentación	SI	NO
Problemas de sueño	SI	NO
¿Le preocupa algo de su hijo?		

¿QUÉ ES?

La Escuela de madres y padres es un grupo dirigido a formarse, reflexionar y aprender sobre la educación de los hijos e hijas.

¿PARA QUÉ?

En el grupo se trabajará para mejorar:

- Bienestar y cuidado personal: Promover hábitos de vida saludables y de bienestar emocional.
- Integración de la maternidad y paternidad en el proyecto personal de vida.
- Reflexionar y aprender sobre el cuidado de los hijo/as.
- Incrementar los conocimientos y habilidades para el cuidado y la educación de los hijo/as.
- Proponer pautas para prevenir y afrontar problemas comunes en la relación con los hijos.
- Ofrecer un espacio de reflexión donde pueden expresar sus preocupaciones y experiencias personales en la relación con los hijo/as.

¿PARA QUIÉN?

Dirigido a personas atendidas en el Servicio de Salud Mental y en los recursos de rehabilitación, con hijo/as menores de edad y que quieran mejorar sus habilidades y conocimientos para ayudar a sus hijos a crecer de forma sana.

PROGRAMA



Módulo I

- Bienestar y cuidado personal.
- Bienestar físico, psicológico y psicosocial.
- Factores de riesgo y protección.
- Vulnerabilidad: ¿Qué significa ser vulnerable?
- Papel activo en el cuidado personal.
- Habilidades y estrategias para afrontar dificultades.

Módulo II

- Conocimientos y habilidades para el cuidado y la educación de los hijos.
- El contenido de este módulo se adaptará a la edad de los menores.

Módulo III

- Conocer los recursos del barrio.
- Conocer los recursos de ocio y de formación dirigidos a los menores.



¿DÓNDE Y CUÁNDO?

El grupo se realizará en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Villaverde. Se iniciará en Septiembre, en horario de mañana, durante el horario de colegio de los niños para facilitar la asistencia. El grupo será un día a la semana durante 4 meses aproximadamente.

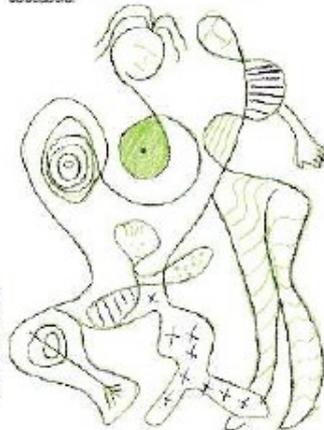
Lugar.....

Fecha de iniciación.....

Horario.....

Frecuencia.....

Los grupos estarán dirigidos por una psicóloga y una educadora.



Autor: Diana delgado Sánchez

Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Villaverde



C/ De la Mica, 3, bajo. 28021 Madrid
Teléfono: 91 710 07 21
Fax: 91 706 91 40



Fundación de Rehabilitación Psicosocial de Villaverde
C/ De la Mica, 3, bajo. 28021 Madrid
Teléfono: 91 710 07 21
Fax: 91 706 91 40



Aprendiendo Juntos



Autor: Diana delgado Sánchez

CONVOCATORIAS

Jornada actualización en el tratamiento de la Depresión Mayor en Atención Primaria (11 octubre 2017)



(Solo con acceso a intranet desde un ordenador de tu centro de trabajo)

Si no tienes acceso a la intranet, rellena el formulario y envíalo por correo electrónico a: av.farmacoterapia@salud.madrid.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	Dircc. Asistencial:
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono de contacto:	Teléfono móvil:
Otro teléfono:	FAX:
E-mail:	
Titulación Académica:	
Justificación del interés para realizar el curso:	
*LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS	
*PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 80% DE LAS HORAS LECTIVAS	



Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de participación del alumno en las actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se halla inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley 15/1999, sus modificadas del Sistema de Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición ante el número de C/Albarrán, 22-20013 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
SERVICIO MADRIEÑO DE SALUD
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Jornada de actualización en el tratamiento de la Depresión Mayor en Atención Primaria. III edición

Dirigido a:

Médicos y farmacéuticos de atención primaria, pertenecientes a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Área temática: Farmacia y Productos Sanitarios.

Objetivo general:

Conocer el tratamiento farmacoterapéutico actualizado de la Depresión Mayor en Atención Primaria desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia clínica, con el fin de conseguir un uso más racional de los antidepresivos.

Metodología:

Clases teórico-prácticas con especial énfasis en la resolución de casos clínicos prácticos.

Duración: 6 horas.

Número de plazas: 50.

Fechas y horario:

11 de octubre del 2017 de 09:00 a 15:00 horas.

Lugar de celebración:

SOLLUBE, Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7. Madrid. Sala 330.

Coordinación:

Pilar Pérez Cayuela, responsable de Formación en Farmacia. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Fecha límite de inscripción:

Una semana antes del inicio del curso, utilizando la solicitud que se acompaña.

Información:

Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Teléfono: 915290071

Fax: 914269903

Correo: av.farmacoterapia@salud.madrid.org

[Web de formación en Farmacoterapia \(Intranet Salud@\)](#)

Programa:

09.00-09.30 Presentación del documento de: Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria.
09.30-10.30- Trastornos depresivos: valoración clínica, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, discusión de casos extraídos de la práctica clínica.
10.30-11.15 Revisión de la evidencia disponible sobre los antidepresivos. Eficacia y seguridad.
11.15-11.45- Descanso
11.45-15.00 Utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria, según el perfil de los pacientes. Casos clínicos.

Profesorado:

Jorge López Álvarez. Psiquiatra. Centro de Salud Mental Carabanchel. AGCSM Hospital Universitario Doce de Octubre
Miguel Ángel Real Pérez. Médico de familia del CS Carabanchel Alto. José Manuel Izquierdo. Farmacéutico Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Eva Prieto Utiel. Farmacéutica Dirección Asistencial Norte. Blanca Reneses Prieto. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

Claves de evaluación e intervención en Neurociencia Clínica (16 y 17 octubre 2017)



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

16 y 17 de octubre de 2017

Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

 Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de la AEN (GINC-CAM) y SNCC

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

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

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumnado en las actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. Datos filiales: Instituto de Investigación en Neurociencia Clínica de la AEN. Datos personales de la Agencia Española de Protección de Datos: ginc@cam.es y ginc@sncc.es. Datos de los alumnos: previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Promoción e Innovación Científica y la dirección donde el interesado puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es C/Adama, 29 - 28013 - Madrid/49510, así como se informa en cumplimiento de art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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.

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: lunes 16 y martes 17 de octubre de 2017, de 16 a 20:30 h.

Fecha límite de inscripción: 2 de octubre de 2017

Lugar de celebración: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Calle Santa Isabel 51 Madrid

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

Programa y profesorado:

DÍA 16 OCTUBRE

16-16:45h Introducción a la Neurociencia clínica. **Martín Vargas Aragón.**

Psiquiatra. Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Segovia.

16:45-18h Caso y debate: "Diseción de un caso clínico desde el síntoma".

Raúl Alelú Paz, Psicólogo. Director Fundación Canis Majoris. Director

Del Laboratorio de Neurociencia de Enfermedades Mentales Elena

Pessino. **Pablo Vidal Pérez,** Psiquiatra en HM Puerta del Sur.

18:00h DESCANSO

18:30-19:15h. Avances en Neurociencia: lo cognitivo y lo social en

neuropsiquiatría. **Carlos López de Silanes,** Neurólogo, Hospital de

Torrejón.

19:15-20:30h Caso y debate: "Diseción de un caso clínico desde lo

psicosocial". **M^a José Lobato Rodríguez,** Psicóloga clínica en Hospital

Puerta de Hierro; **Inmaculada Asensio Moreno,** Psiquiatra Grupo

AMAS.

DÍA 17 OCTUBRE

16-16:45h Evaluación ¿"de arriba a abajo" o "de abajo a arriba"? . **Rosa**

Molina Ruiz, Psiquiatra en CSM de Alcorcón.

16:45-18h Caso y debate: "Diseción de un caso clínico desde lo

multimodal". **Helena Melero Carrasco,** Neurocientífica y Doctora en

Neurociencias en URJC. **Norberto Malpica González,** Ingeniero y

Doctor en Visión Computacional en URJC.

18:00h DESCANSO

18:30-19:15h. Modelos de intervención en consulta: de neuronas y sujetos.

Encarnación Díaz Catalán, Psicóloga. Máster en neuropsicología.

Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Madrid; **Olga**

Bautista Garrido, Psiquiatra en H. Fundación Jimenez Díaz.

19:15-20:30 Caso y debate: "Abordaje centrado en el sujeto" **J. Camilo**

Vázquez Caubet, Psiquiatra. Grupo de Investigación en Neurociencia

Clínica de Madrid; **Julián Benito León,** Neurólogo, H.U.12 de Octubre.

Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación

y Formación

Rosa Molina Ruiz. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de CSM de

Alcorcón. Presidenta Sección Neurociencia Clínica de la AEN (SNCC).

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos:914265456



LUNES 16	MARTES 17
<p>16-16:45h Introducción a la neurociencia clínica Martín Vargas - <i>Psiquiatra</i></p>	<p>16-16:45h Evaluación: ¿de arriba a abajo? ¿de abajo arriba? Rosa Molina - <i>Psiquiatra</i></p>
<p>16:45-18h Disección de un caso clínico desde el síntoma Raúl Alejí - <i>Psicólogo</i> Pablo Vidal - <i>Psiquiatra</i></p>	<p>16:45-18h Disección de un caso clínico desde lo multimodal Helena Melero - <i>Neurocientífica</i> Norberto Malpica - <i>Ingeniero telecomunicaciones</i></p>
<p>18h Descanso</p>	<p>18h Descanso</p>
<p>18:30-19:15h Avances en neurociencia: lo cognitivo y lo social Carlos López de Silanes - <i>Neurólogo</i></p>	<p>18:30-19:15h Modelos de intervención en consulta Encarnación Díaz - <i>Psicóloga</i> Olga Bautista - <i>Psiquiatra</i></p>
<p>19:15-20:30h Disección de un caso clínico desde lo psicosocial M^{re} José Lobato - <i>Psicóloga clínica</i> Inmaculada Asensio - <i>Psiquiatra</i></p>	<p>19:15-20:30h Abordaje centrado en el sujeto J. Camilo Vázquez - <i>Psiquiatra</i> Julián Benito - <i>Neurólogo</i></p>

Organizan:
Sección de Neurociencia Clínica de la AEN
GINC-CAM

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNFS)

Actividad evaluada por la Escuela de Salud Mental de la AEN
Responde suficientemente a sus criterios de calidad en contenido, organización, metodología y respeto de principios éticos

Blog del Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Madrid, a través del cual iremos subiendo material previo a las jornadas:

<http://neurocienciaclinicaaenmadrid.blogspot.com.es>

Dr. José Camilo Vázquez Caubet

Evaluación cognitiva en TMG: uso práctico de la MATRICS (17 octubre 2017)



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

Evaluación cognitiva en trastorno mental grave: uso práctico de la MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)

17 de octubre de 2017
Para apuntarte al curso pincha 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 perteneciente a la Dirección General de Investigación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de participación del alumno en las actividades de formación y recibir la atención de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se halla incluido en el Registro de Datos de Salud de la Agencia Española de Protección de Datos (enlace aquí) y podrá ser objeto de las comunicaciones en la Ley de Acceso Responsable del Fichero en Dirección General de Investigación, Formación e Investigación Sanitarias, y la Dirección General de Investigación y Formación, Investigación y Formación, Investigación y Formación en el mismo en el Anexo 25-2015 a Madrid, Madrid, Madrid se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid

Hospital Universitario
12 de Octubre
Comunidad de Madrid

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

Evaluación cognitiva en trastorno mental grave: uso práctico de la MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental con prioridad para aquellos que trabajen en evaluación cognitiva.

Objetivo general:

Aprender a evaluar con un instrumento consensuado de evaluación cognitiva en esquizofrenia que sea fiable, válido y aplicable. La MCCB, desarrollada por la iniciativa *Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS)* del *National Institute of Mental Health (NIMH)* de Estados Unidos, se plantea como un instrumento útil y aplicable en nuestro medio, dada la existencia de datos normativos del proceso de estandarización en España.

Objetivos específicos:

Plantear los fundamentos y desarrollo de la MCCB.
Explicar las diferentes pruebas de las que se compone la batería.
Mostrar con ejemplos prácticos la interpretación y utilidad clínica de los resultados obtenidos.

Metodología:

PARTE TEÓRICA (1 hora)

Por parte del coordinador del proceso de estandarización y obtención de datos normativos de la MCCB en España se explicarán los fundamentos y desarrollo de la MCCB, y se aportará la bibliografía específica correspondiente.

PARTE TEÓRICO-PRÁCTICA (2 horas)

Por parte de la docente que habitualmente administra la MCCB a pacientes se explicarán las diferentes pruebas de las que se compone la batería. Todo ello se llevará a cabo con el apoyo del material completo de la MCCB, grabaciones en vídeo, imágenes y animaciones que ilustrarán cada una de las pruebas de la MCCB.

PARTE PRÁCTICA (2 horas)

Se propondrán ejercicios de role-playing para la práctica de la administración de la MCCB.

Duración: 5 horas

Número de plazas: 20

Fechas y horario: 17 de octubre, de 9:00 a 14:30 horas

Lugar de celebración: Sala de Reuniones del Servicio de Psiquiatría. 3ª Planta, Bloque B. Centro de Actividades Ambulatorias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid

Programa y profesorado:

9:00-10:00:

Iniciativa MATRICS y desarrollo de la *MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)*.

Desarrollo, estandarización y obtención de datos normativos de la MCCB en España.

Roberto Rodríguez-Jiménez. Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Hospitalización e Investigador Principal del Grupo "Cognición y Psicosis" del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12)

10:00-14:30:

Administración de la MCCB en pacientes con esquizofrenia. Pruebas de las que se compone la batería:

1. *Trail Making Test (TMT)-Part A*
2. *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS): Symbol Coding*
3. *Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R)*
4. *Wechsler Memory Scale-Third Edition (WMS-III): Spatial Span*
5. *Letter-Number Span (LNS)*
6. *Neuropsychological Assessment Battery (NAB): Mazes*
7. *Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R)*
8. *Category Fluency: Animal Naming (Fluency)*
9. *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Managing Emotions (Secciones D y H)*
10. *Continuous Performance Test-Identical Pairs (CPT-IP) Versión para MATRICS*

Ejercicios de role-playing y evaluación del curso.

Mónica Dompablo Tobar. Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12)

Coordinación:

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

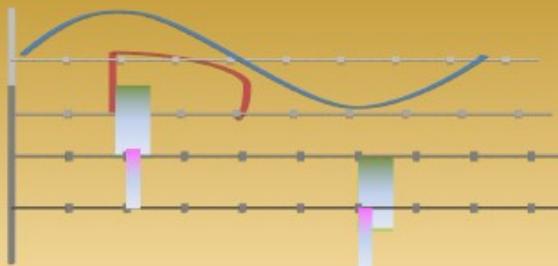
Roberto Rodríguez-Jiménez y Mónica Dompablo Tobar. Hospital 12 de Octubre

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456 / 915290599

Fecha límite de inscripción: 3 de octubre de 2017

VII-CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



Madrid 19 Y 20 de Octubre del 2017

Dirección:

Dra. M^a Isabel Ramos García.

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

Dr. Fco. Javier Sanz Fuentenebro.

Centro de Salud Mental de Usera. AGCPSM H. 12 de Octubre (Madrid)



SOLICITADA A CREDITACIÓN POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (SAS)

VII-CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Dirigido a: Psiquiatras y residentes de psiquiatría interesados en formación sobre TEC y preferentemente con práctica profesional actual relacionado con TEC.

Lugar de celebración: Aula Profesor López Ibor Servicio de Psiquiatría . 2^a Planta Norte . Hospital Clínico San Carlos . C/ Martín Lagos S/N. 28040 Madrid

Fecha: 19 Y 20 de Octubre del 2017

Objetivo general: Proporcionar conocimientos básicos sobre el uso de la TEC a nivel teórico y práctico, conocimiento de los estimuladores disponibles y entrenamiento en su uso.

Metodología:

Clases interactivas en grupo reducido. Prácticas con paciente.

Duración: 22 horas.

Número de plazas: 30.

Precio Inscripción: 300 euros

Modo y fecha límite de inscripción: La solicitud de inscripción se realizará via e-mail a miramos.hcsc@salud.madrid.org indicando datos personales, centro de trabajo y situación profesional (adjunto/residente, con o sin practica actual en TEC)

Una vez recibida la solicitud se acusara recibo con información sobre los métodos de financiación disponibles y se confirmará la inscripción una vez se haya recibido la transferencia del importe de la matrícula y hasta agotar las plazas ofertadas Además del orden de petición, tienen preferencia las solicitudes de psiquiatras adjuntos con práctica actual en TEC.

DECLARADO DE INTERES CIENTIFICO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA BIOLÓGICA (SEPB)



JUEVES 19 OCTUBRE 2017

9.00h-9.15h. Guión y Esquema del Curso *Dr. F. Javier Sanz Fuentenebro*. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre Instituto de Investigación i+12. CIBERSAM. *Dra. M^a Isabel Ramos García*. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

9.15-9.30h. Presentación: *Dra. Blanca Reneses Prieto*. Directora del Instituto De Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos.

9.30 h-10.30h. Introducción histórica e indicaciones de la TEC. *Loreto Medina. Garrido*. Unidad de Terapia Electroconvulsiva . Hospital Psiquiátrico Román Alberca . Murcia

10.30- 10.45.00 h Café

10.45-1200.h. Principios básicos de electricidad. *Josep Marco-Pallarés*. Físico. Dr en Neurociencias. Departamento de Psicología Básica Universidad de Barcelona. (Barcelona)

12.00-13.15h. Neurofisiología del TEC. Mecanismo de acción. *Dr. F. Javier Sanz Fuentenebro*. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre

13.15- 14.15. Técnicas de aplicación de la TEC (I) . Aspectos generales y Procedimiento "paso a paso". *Dr. Francisco Javier Sanz Fuentenebro*. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre(Madrid)

14.15-15.15.00h. Descanso

15.15-16..45 h. Técnicas de aplicación de la TEC (II). La estimulación y la convulsión. *Dr. Francisco Javier Sanz Fuentenebro*. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre(Madrid)

16.45- 17.45h . Enfermería en la TEC. Protocolo de aplicación. *Luis Javier Rivera Vicente*. Enfermero especialista en Salud Mental. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

17.45-18.00h Café

18.00 -18.45h. Importancia y mapa actual del uso de la TEC. Líneas de investigación. *Dr. Miquel Bernardo Arroyo*. Director de la Unidad de Esquizofrenia del Hospital Clinic y Prof Titular de la Universidad de Barcelona. Jefe de equipo de investigación del Idibaps. Investigador Principal del Cibersam . Presidente de la SEPB.

VIERNES 20 OCTUBRE 2017

9.00h -9.45h Anestesia en la TEC. *Dra. Amaia Muñoz Alonso.* Servicio de Anestesiología reanimación y dolor. Hospital de Mendaro (Guipúzcoa).

9.45h-10.30. Contraindicaciones. Interacciones y Efectos secundarios no cognitivos. *Dra. María Isabel Ramos García.* Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid).

10.30-11.15.Efectos cognitivos asociados al uso de la TEC. *Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca. Psicólogo: Centro de Salud Mental Carabanchel.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre(Madrid) .

11.15-11.30 h café

11.30- 13.00H Uso de psicofármacos durante la TEC y aplicación en condiciones especiales *Dr. Ernesto Verdura Vizcaíno.* Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

13.00h-14.00. TEC de mantenimiento. Protocolos de aplicación. *Dra. Erika Martínez Amorós. Coordinadora Unidad TEC. Hospital Parc Taulí. Sabadell*

14.00-15.00 Descanso

15.00-15.45. TEC en población Infanto juvenil. *Dr. Jorge Vidal de la Fuente.* Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

15.45-17.00 h-Paciente refractario / complejo en TEC.. Discusión de Casos. *Dra. M^a Isabel Ramos García.* Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

17.00 -17.15.h Café

17.15-18.00h. Aspectos ético-legales de la TEC. *Dra. Mercedes Navío Acosta.* Coordinadora asistencial Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad .(Madrid.)

18.00-19.00 h. Hipótesis neurobiológicas. ¿cómo actúa la TEC? Actualización. *Dr. Javier Palomo Lerchundi.* Hospital de Donostia . (San Sebastián)

19.00-19.15. Discusión.

19.15-19.30 h Clausura y cierre.

Prácticas: Dado el formato intensivo del se concretarán individualizadamente fechas con los asistentes a lo largo de los meses siguientes para realizar practicas en vivo.

MADRID, 9-12 NOVIEMBRE 2017

III CONGRESO NACIONAL DE PSICOTERAPIA FEAP

“Trabajando juntos por la psicoterapia”

 Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

 www.congresonacionaldepsicoterapia.es

 +34 647 530 930



III CONGRESO NACIONAL
DE PSICOTERAPIA
FEAP

 Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

 www.congresonacionaldepsicoterapia.es

 +34 647 530 930



III CONGRESO NACIONAL
DE PSICOTERAPIA
FEAP
MADRID 9-12 NOVIEMBRE 2017

Jueves 9 noviembre

10,00-14,00 h. TALLERES PRE-CONGRESO en el COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID

Sección Humanista:

- ▶ Emoción y alimentación. El hambre emocional. D^a Eva Fontcuberta (2 horas).
- ▶ Niveles relacionales e intersubjetividad en psicoterapia. D. José Manuel Martínez (2 horas).
- ▶ Arte y Gestalt: el pensador de Rodin en marcha. D^a Laura Pinazo Hernando (2 horas).

Sección Corporales:

- ▶ Presencia corporal del terapeuta desde el focusing. D^a Macarena López Anadón (2 horas).
- ▶ Tres Centros, tres Amores (el aporte del clown al proceso terapéutico). D^a Marina Gutiérrez Requena (2 horas).
- ▶ Reencuentro conmigo a través del cuerpo. D^a Concepción Táboas Viaño y D^a Rita Ruiz Martín (2 horas).

Sección Psicoanalítica:

- ▶ Más allá del malestar en la cultura. Psicoanálisis y subjetividad. D. Yago Franco y D. Pablo Juan Maestre (4 horas).

Sección Familia y Pareja:

- ▶ Guiando la formación del terapeuta familiar desde la complejidad de la mirada sistémica. D^a Ana M^a Gil Ibáñez y D^a M^a José Durán Cuadrado (4 horas).

Sección Grupo:

- ▶ Técnicas creativas en psicoterapia del grupo familiar. D. Juan González Rojas y D^a Paloma de Pablos Rodríguez (2 horas).
- ▶ ¿Ser psicoterapeuta o hacer terapia? D^a María y D^a Teresa de Andrés Mascañana (2 horas).

18,00-18,30 h. INAUGURACIÓN OFICIAL: *MEDIALAB PRADO c/ de la Alameda 15, Madrid.*

D. Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz. Presidente FEAP.

Moderador **D. José Zurita Díaz.** Presidente Comité Organizador del Congreso.

18,30-19,30 h. CONFERENCIA DE APERTURA

La ética en la psicoterapia. **Dr. Diego Gracia**, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

19,30 h. CÓCTEL DE BIENVENIDA

Viernes 10 noviembre

9,30-10,00 h. RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

10,00-10,30 h. APERTURA DEL CONGRESO

D. Miguel Ángel Sánchez Chillón. Presidente ICOMEM
D. Iñigo Ochoa de Alda. Presidente FEAP

10,30-11,30 h. CONFERENCIA INAUGURAL

Atreverse a imaginar nuevas maneras de pensar y de hacer psicoterapia para todos en el siglo XXI. **D^a Marie Rose Moro.**

11,30-12,00h. Café

12,00-14,00 h. CASO CLÍNICO DESDE TODOS LOS ENFOQUES

Moderador: **D. Antón del Olmo.**

Presenta el Caso Clínico: Sección de Psicoterapias Corporales y Emocionales. **D. Juan Antonio Colmenares.**

Sección Familia y Pareja: **D^a Begoña Olabarría.**

Sección Humanista: **D^a Amaia Mauritz.**

Sección Psicoanalítica: **D^a Rosario Castaño.**

Sección Niños y Adolescentes: **D^a M^a Antonia Moratilla.**

Sección Grupos: **D^a Cristina Anchústegui.**

Cognitivo Constructivista: **D. Joan Miquel Soldevilla.**

14,00-16,00 h. Comida

16,00-17,30 h. ESPACIOS SIMULTÁNEOS

- ▶ Lo borderline: Un paradigma de la clínica actual. **D. Yago Franco.**
- ▶ Sección psicoterapias de grupo: El poder del apego al grupo. **D. Arturo Ezquerro.**
- ▶ El cuerpo revela al Yo Persona. Sistemas arracionales para la lectura corporal. **D. Luis Pelayo.**
- ▶ 1^a Mesa Regulación: La ley de psicoterapia europea. Coordinador: **D. Josep Knobel Freud.** Ponentes: **D. Marco Mazzeti,** (Expresidente de EATA) **D. Philippe Vrancken** (Presidente de EAP) **D. Antonio Guerra** (Responsable de Marketing de EAP).
- ▶ Mesa temática: Refugiados. Coordinadora: **D^a. Estitxu Pereda.**
- ▶ Comunicaciones libres.

17,30-18,30 h. CAFÉ Y PRESENTACIÓN DE PÓSTERS

18,30-19,30 h. ACTIVIDADES GRUPALES

19,30-20,00 h. ACCIONES LÚDICAS

20,00 h. VISITA AL MADRID DE LAS LETRAS

Sábado 11 noviembre

9,30-11,30 h. ESPACIOS SIMULTÁNEOS

- ▶ Mesa Sección Niños y Adolescentes: Clínica de las familias de hoy y diversidad social y cultural. D^a **Marie Rose Moro**.
- ▶ Mesa Sección Psicoanalítica: Factores de cambio en psicoanálisis. Moderador: D. **Javier Naranjo**. Construyendo subjetividad mediante encuentros transformadores. D. **Alejandro Ávila Espada**. Condiciones para la relación terapéutica. D. **Esteban Ferrández Miralles**.
Entrega Premios I Edición Video-Divulgación Psicoterapia Psicoanalítica.
Ganadores: las Asociaciones GRADIVA, ACPP Y AAPIPNA.
- ▶ 2^a Mesa Regulación: La regulación de la psicoterapia en España. Moderadora: D^a **Begoña Olabarria**. Ponentes: D. **Roberto Pereira**, D. **José Luis Lobo** y D. **Francisco Domínguez**.
- ▶ Mesa temática: Acoso escolar-laboral. Coordinadora: D^a **Virginia Cajigal**.
- ▶ Comunicaciones Libres. (2 salas)

11,30-12,00 h. Café

12,00-14,00 h. ESPACIOS SIMULTÁNEOS

- ▶ Mesa Sección Niños y Adolescentes: Psicoterapia de los conflictos de parentalidad. D. **Francisco Palacio-Espasa**.
- ▶ El grupo entre la vida y la muerte. D. **Arturo Ezquerro**.
- ▶ Mesa de Sección de Familia y Pareja: Del individuo a la familia, y de la familia al individuo. Coordinadora: D^a **Ana María Gil**. Ponentes: D^a **Ana Gomes**, D. **Iñigo Ochoa de Alda**.
- ▶ Mesa Sección Humanista: La integración en psicoterapia humanista. Moderador: D. **Eloy González**. Ponentes: D^a **Macarena Chías** (APHICE), D^a **M^a Jesús Armas** (AETG) y D^a **Ana Gimeno-Bayón** (APIH).
- ▶ 3^a Mesa Regulación: La regulación de la psicoterapia en España. Aspectos jurídicos y políticos. Moderador: D. **José Zurita**. Ponentes: D. **Santiago David Mediano**, **José Ignacio Juárez** y otros
- ▶ Mesa temática: Psicoterapias en red: nuevos canales, nuevos códigos. Coordinadora: D^a **Olga Rueda**. Ponentes: **Paloma González-Peña**, **Alejandro Alberca González**, D^a **Laura Rajenstein Rodríguez** y D^a **Cristina Ramos Ruiz**.
- ▶ Comunicaciones libres.

14,00-16,00 h. Comida

16,00-17,30 h. ESPACIOS SIMULTÁNEOS

- ▶ La psicosocionomía. Aportaciones de la psicoterapia a la evolución social. D. **Georges Escribano**.
- ▶ Mesa Sección Corporales y Emocionales: La relación terapéutica en las psicoterapias corporales y emocionales. D^a **Isabel Gascón**, D^a **Valle García López** y D. **Manuel Paz Yepes**
- ▶ Mesa redonda: La imposibilidad de silenciar el cuerpo: "El dolor corporal como elemento comunicacional y relacional: No me toques que siento". D. **Iñigo Ochoa de Alda** y D^a **Olatz Ormaetxea**. "El abordaje del cuerpo en la psicoterapia sistémica. Sentir el cuerpo: de la hiperestesia a la anestesia". D^a **Teresa Suárez Rodríguez** y D^a **Vanessa Gómez Macías**. "El cuerpo como dispositivo de control en los síntomas alimentarios". D. **Miguel Ángel Sánchez López** y D^a **Blanca Armijo Núñez**.
- ▶ Mesa temática: Psicoterapia en la violencia de género. "Amor, subjetividades y violencia: transformando las relaciones de dominación". Coordinadora: D^a **Ana Távora**. Ponentes: D^a **M^a Luz Esteban** y D^a **Nora Levinton**.
- ▶ Comunicaciones libres.

17,30-18,30 h. Pausa Café - Cava y Tarta 25 Cumpleaños de FEAP.

18,30-20,30 h. PLENARIA

- ▶ 25 años de historia D. **José Luis Lledó Sandoval**. Conclusiones mesa de regulación D. **Josep Knobel Freud**. Una mirada al futuro D. **Iñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz**.

21,30 h. CENA DE CLAUSURA

Domingo 12 noviembre

9.30-10,00 h. PREMIOS FEAP

Entrega D. Íñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz.

10,00-11,30 h. EL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES DE PSICOTERAPIA

Modera: D^a Ángeles Castro.

Sección Familia y Pareja: D. Juan Luis Linares.

Sección Humanista: D. José Antonio García Monge.

Sección Psicoanalítica: D. Miguel Perlado.

Cognitivo Constructivista: D. Ciro Caro.

Sección Grupo: D. César R. Galán Cueli

Sección Niños y Adolescentes: D. Agustín Béjar.

Sección Corporales y Emocionales: D^a M^a del Valle García.

11,30-12,00 h. Café

12,00-13,00 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

La influencia de la aparición de Trump y el populismo en la psicoterapia y en la salud emocional del mundo. D. George Kohlireser.

13,00-14,00 h. CLAUSURA Y CIERRE DEL CONGRESO

Con la actuación de la Coral Kantorei. Director: D. Pedro Nebreda.

COMITÉ ORGANIZADOR:

José Zurita (Presidente)
Angeles Castro
Jose Luis Lledó
M^a Antonia Moratilla
Blanca Armijo
Paco Dominguez
Diana Sastre
Rosario Castaño
Valle García

Secretaria: Nuria García

COMITÉ CIENTÍFICO:

Antón del Olmo (Presidente)
Joseph Knobel Freud
Esteban Ferrández Miralles
Josep Santacreu
Francisco de Vicente Pérez
Valentín Escudero Carranza
Agustín Béjar Trancón
Juan Antonio Colmenares

Actualización en TEA: Programa de Diagnóstico TEA H.U. 12 de Octubre (30 noviembre 2017)



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

Actualización en Trastornos del Espectro del Autismo. Programa de Diagnóstico de Trastornos del Espectro del Autismo del Hospital 12 de Octubre

30 de noviembre de 2017

Para apuntarse al curso pinche aquí:

INSCRIPCIÓN

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, con finalidad en gestionar las actividades de participación del Hospital en la acreditación de cursos y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Comunidad de Madrid. Este fichero de datos personales está incluido en el Registro de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) y se almacena en los servidores previstos en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Comunidad de Madrid, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición será el mismo que el anterior en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de 30 de noviembre de 2017, de 10 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

Actualización en Trastornos del Espectro del Autismo. Programa de Diagnóstico de Trastornos del Espectro del Autismo del Hospital 12 de Octubre

Dirigido a: Profesionales de la Salud Mental relacionados con la atención a niños y adolescentes.

Objetivos generales: Actualizar y profundizar conocimientos sobre los TEA desde diferentes perspectivas asistenciales. Dar a conocer el Programa de Diagnóstico Diferencial TEA del Hospital 12 de Octubre.

Objetivos específicos:

- Actualizar datos diagnósticos TEA.
- Conocer métodos estandarizados de diagnóstico.
- Profundizar en aspectos clínicos.
- Poner en común el abordaje TEA desde distintas disciplinas
- Compartir las últimas investigaciones en trastornos del neurodesarrollo
- Conocer los distintos tratamientos psicosociales en TEA.
- Presentar el trabajo realizado en el Programa de Diagnóstico Diferencial TEA.
- Valorar la relación entre Trastorno Mental grave y TEA.

Metodología: Sesiones teóricas, acompañadas de casos prácticos. Se fomentará la participación y debate.

Duración: 4.30h **Número de plazas:** hasta completar aforo

Fechas y horario: 30 de noviembre de 2017 de 16 a 20.30 h.

Lugar de celebración: Salón de actos del edificio Materno-Infantil del Hospital 12 de Octubre. Avd. Córdoba.S/N. Madrid

Fecha límite de inscripción: 10 de noviembre de 2017

Programa:

- 16-17.30: Nosología, diagnóstico y diagnóstico diferencial de los Trastornos del Espectro del Autismo.
- 17.30-18.15: Valoración e intervención en la consulta de enfermería. Papel de enfermería en el Programa TEA. Grupo psicoeducativo padres TEA.
- 18.30-19.30: Actualización de los tratamientos psicológicos en trastornos del espectro autista.
- 19.30-20.30: Recursos sociocomunitarios para niños TEA. Papel de trabajo social en el Programa TEA

Profesorado: Nuria Martínez Martín. Psiquiatra. Marta Pinero Higuera. Enfermera de Salud Mental. Carla Paola Russo Ferrari. Psicóloga clínica. Lidia Notario Carrillo. Psicóloga clínica. Elena Pérez Valiente. Trabajadora Social

Coordinación:

Docente: María José Güerre Lobera. Psiquiatra infanto-juvenil. CSM de Villaverde. USMIJ hospital 12 de Octubre.

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

Administrativa: Lara Huerta Pita. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
informacioncursos.fc@salud.madrid.org
Teléfonos: 914265456

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

2ª CONFERENCIA DE CENTROS DE SALUD MENTAL



crl crps uhb hd hd-ij um.est
CSM csm-ij

*fig. función organizadora de la Red Salud Mental del
Núcleo de Salud Mental o CSM en imágenes actuales.*

Organiza: Centros de Salud Mental de la C. de Madrid

19 de diciembre de 2017

Hospital Universitario "12 de Octubre" - 28041 - Madrid

**Accede a la actividad PREVIA:
PLATAFORMA ONLINE PARTICIPATIVA a través de:
<http://2conferenciacs.m foroactivo.com>**

Publicaciones ³

- Olazarán-Rodríguez J, López-Alvarez J, Agüera-Ortiz LF et al. **Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad.** Psicogeriatría. 2016; 6 (3): 91-98.

Pdf (con inscripción gratuita) en:

http://www.viguera.com/sepg/sec/verRevista.php?id=5554a1263a27251865684&correo_sepg

- Agüera-Ortiz LF, Moríñigo A, Olivera J, Pla J, Azanza JR (editores). **Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada.** Psicogeriatría. 2017; 7 (Supl 1): 1-37.

Pdf (con inscripción gratuita) en:

http://www.viguera.com/sepg/sec/verRevista.php?id=287565a1288a386817118&correo_sepg=

(iiMuy recomendable para residentes y adjuntos de Psiquiatría !!)

- García N, Araos P, Pavón FJ, Ponce G, Pedraz M^a, Serrano A, Arias F, Romero-Sanchiz P, Suárez J, Pastor A, De la Torre R, Torrens M, Rubio G, Rodríguez de Fonseca F. **Comorbilidad psiquiátrica y valores plasmáticos de 2-acilgliceroles en consumidores de alcohol en tratamiento ambulatorio. Análisis de las diferencias de género.** Adicciones. 2017; 29 (2): 83-96.

Pdf en la versión online:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/728/813>

- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. **Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual.** Adicciones. 2017; 29 (3): 186-194.

Pdf en la versión online:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/782/743>

³ Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan nuestra formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilicéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS). A PROPÓSITO DE UN CASO

Odei Iriondo Villaverde ⁴

Septiembre 2016- Noviembre 2016

La **atención psicológica** a los **trastornos de la alimentación en la primera infancia** es un trabajo compartido con el **equipo de Gastroenterología y Nutrición**, ya que se requiere de un **abordaje multidisciplinario**. Siendo trastornos comunes a todas las edades, representan una de las formas más frecuentes de expresión de disfunción emocional y/o relacional durante la infancia.

La rotación en este dispositivo permite conocer el abordaje psicológico de:

- **Trastornos precoces de expresión somática** (trastornos de alimentación y sueño, vómitos...).
- **Rechazo a la alimentación** (anorexia infantil).
- **Dificultades en las transiciones alimentarias** (destete, inicio de la masticación).
- Colaboración en el **manejo** médico de las **enfermedades crónicas** o los **cuadros orgánicos** en los que la presencia de una malnutrición importante obliga a la instauración de una **alimentación artificial** (sonda nasogástrica o gastrostomía).

Habilidades adquiridas:

- **Exploración** y evaluación global del **niño a través del juego**.
- Conocer la **aproximación diagnóstica** de los **trastornos alimentarios en niños menores de 6 años**:
 - Valoración de la posibilidad de organicidad.
 - Exploración de pautas de alimentación.
 - Exploración de comportamientos e interacciones padre-niño.
- **Conocer** y manejar los **diferentes diagnósticos de TCA** (realizar diagnósticos diferenciales):
 - Aprendizaje Inadecuado. Malos Hábitos
 - Alteración Regulación de Ciclos Básicos
 - Trastorno de la Reciprocidad
 - Anorexia
 - Alimentación Selectiva
 - Miedo a la Alimentación
 - Trastorno Asociado a enfermedad orgánica.
- **Intervención** dirigida a **restablecer una dinámica familiar** que deje de girar en torno a la comida y **disminuir niveles de angustia** en los padres y en el niño, desculpabilizando y favoreciendo el

⁴ Odei Iriondo Villaverde: PIR Psicología Clínica 3º año H.U. 12 de Octubre

desarrollo de nuevos acercamientos (son habituales las prácticas coercitivas así como emociones de enfado, ira e incluso miedo).

- **Conocer y aportar pautas a los padres** que permitan la introducción sistemática de nuevos alimentos.
- **Intervención en alteraciones de la alimentación** desencadenadas por **problemas médicos** (conocer el impacto de la enfermedad física en el desarrollo evolutivo del niño).
- Acercamiento a la **atención psicológica de enfermos con patologías crónicas** y sus familias, en concreto y de forma específica a la **Fibrosis Quística**.

DESARROLLO DE CASO CLÍNICO

- A la hora de buscar palabras y explicar el trabajo que se hace en este dispositivo en el que; al menos durante unos meses; permitieron que yo también fuera partícipe, expondré uno de los casos que pude llevar en ese momento. A su vez me detendré en desarrollar la técnica de la consulta terapéutica y la técnica de juego que se utilizó en la psicoterapia con este paciente.

¿QUIÉN ES NADIA?

- Es una niña de 2 años y dos meses.
- **Derivada a Psicología Clínica desde Sº de Nutrición por Trastorno de la Conducta Alimentaria**, en el contexto de **Ictiosis epidermolítica congénita**.
 - Enfermedad congénita de la piel poco frecuente (1 de cada 200.000-300.000 recién nacidos).
 - La enfermedad por lo general se observa en el nacimiento apareciendo **ampollas** en áreas de traumatismo, **enrojecimiento** y **exfoliación**.
 - Durante las dos primeras semanas de vida la **membrana se rompe y descama**, a menudo dejando fisuras que debilitan la barrera a las infecciones y la pérdida de agua. El recién nacido debe permanecer en una **incubadora** humidificada, en la que el aire esté saturado con agua.
- Natural de **Madrid**. Convive con sus padres (madre 38 años y padre 37 años, ambos con trabajos de alta cualificación) y su hermana de 7 años.
- Los padres la describen como una niña **alegre y juguetona**, aunque con **mucho carácter** desde que nació (“... cuando se enfada chilla y patalea, no hay forma de calmarla...”), refieren que de bebé sólo se calmaba en los brazos de sus padres (a pesar del dolor causado por el contacto cutáneo).

DATOS de DESARROLLO:

- **Embarazo y parto:** Parto semana 33. P: 2 kg. **Primera semana completamente vendada, en incubadora y no la podían coger**.
- **Desarrollo motor:** Cabeza 9 meses, sedestación después de hacerle la gastrostomía (alrededor del año), anduvo a los 2 años.
 - Acude a **Atención Temprana**, porque antes de que le hicieran la gastrostomía tenía un **retraso psicomotor** muy importante.
- **Lenguaje:** Las primeras palabras al año (después de hacerle la gastrostomía). En el momento actual buena comprensión y expresión para su edad.

¿Y LA ALIMENTACIÓN?

- Lactancia mixta hasta los **9 meses**, cuando le empiezan a ofrecer trocitos y fruta, poco después enferma (resfriado común) y **rechaza la cuchara**. Ante situación de riesgo en el desarrollo se toma la decisión de hacer una **gastrostomía al bebé**.
- En este contexto se entiende el **rechazo a la alimentación** como la única vía de **expresión del malestar** de la niña cuando todavía no ha desarrollado otras vías de elaboración y expresión.
- **Después de la gastrostomía**, al obtener el aporte calórico necesario, los padres observan un **repentino avance** en las diferentes áreas de maduración (adquisición de hitos... psicomotor, lenguaje...).

EL RECHAZO A COMER COMO SÍNTOMA

- La **alimentación** es la principal fuente de **intercambio emocional** en los primeros años.
 - La capacidad del niño de **cuidar de sí mismo** se establece a partir de la **identificación con las figuras parentales**.
- El rechazo a la alimentación, en edades tempranas (0-3 años) se puede entender frecuentemente como una **expresión de malestar**, ante la ausencia en el bebé de recursos más sofisticados.
 - Habitualmente este síntoma aparece en **respuesta a estresores** de diferente naturaleza (enfermedad orgánica, problemas vinculares, ambientes poco estimulantes...).
- En este sentido, Kreissler recuerda que **“el cuerpo es el lugar y uno de los medios privilegiados mediante los cuales el niño expresa su enfermedad”** y se utiliza esta vía de expresión en mayor medida cuanto más pequeño es el niño.

ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL: ¿Qué implica?

En este caso, nos encontramos con la **ausencia** de la **escena natural de intercambio madre-hijo** (miradas, gestos, palabras...), en la que la madre “en espejo” le da de comer y le devuelve una imagen coherente y organizada de sí mismo al niño.

Asimismo, la **hora de la comida** se convierte en un **momento complicado** que la madre anticipa de forma ansiosa y el niño no puede recibir con placer. Esta situación provoca **dinámicas de ocultamiento** y aislamiento (se le da de comer “a escondidas”, se les excluye de los espacios de comida familiar...). **Se intenta que no se den cuenta de la situación** y el adulto no suele ser capaz de ayudarle a anticiparla adecuadamente (explicarle que va a comer, que él come de otra forma, que le puede doler un poco...).

A nivel psíquico, se dan:

- **Dificultades** para el apuntalamiento de la **oralidad**.
- **Limitaciones en el desarrollo del YO corporal** y las implicaciones para las constituciones primarias del narcisismo del niño: El cuerpo del niño y la imagen que él mismo y los demás tienen de sí mismo es un indicador del narcisismo.
- **Complicaciones** en las **funciones reguladoras y estructurantes** del psiquismo del niño que tienen lugar en la díada madre-hijo (*madre suficientemente buena*, Winnicott).

CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD: El baño

- El **baño** en el desarrollo psíquico del niño supone un espacio privilegiado para que los padres puedan **libidinizar el cuerpo** del hijo, contribuyendo a los primeros esbozos de la construcción del **YO Corporal**.
- En el caso de Nadia requiere un **baño diario** (alternando lejía, sal y jabón) para **ablandar, frotar y recortar la piel**. Momento de **mucho tensión familiar** y sufrimiento (“...llora desde que lo metemos hasta que sale...”, “...lo que peor tiene son los pies y es lo que más le escuece...”).

- Estrategia de la madre: Juego de distracción (“...¿dónde está la nariz de Nadia...?, ¿dónde está el brazo de Nadia...?...”).
- Además **requiere mensualmente curas especializadas** en el hospital, en muchos casos con necesidad de sedación.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

- **Objetivos:**
 - **Limitar la situación de tensión añadida a las situaciones difíciles de la enfermedad y el cuidado de la niña** (baño, curas, comida...). Ser capaces de estar disponibles para que la niña pueda ir integrando la enfermedad con el resto de las áreas del desarrollo.
 - Preservar **aspectos de normalidad** más allá de la enfermedad (hay niños con los que sólo se habla de la enfermedad):
 - Posibilitar un acercamiento de los padres diferente al de un enfermero.
 - Que quede un espacio para los cuidados normales además de la enfermedad.
 - Ayudar a los padres a “**sostener**” a estar ahí.
 - Respetar la capacidad de elaboración de los padres: Facilitando el **proceso de duelo** por la pérdida de la hija sana fantaseada (tratando de que metabolicen la culpa).
 - Garantizar la **atención** por parte de los padres a las necesidades de la **hermana sana**.
 - Fomentar sentimiento de **seguridad** y **autovalía** en la niña.
- **Aspectos nucleares de la intervención:**
 - Fomentar **capacidad reflexiva** mediante la atribución de sentido a la conducta de la niña, lo cual facilita el **proceso de individuación**, tan importante en este momento del desarrollo (2 años de edad).
 - La necesidad de **construir una historia**, que integre aspectos del pasado en las vivencias presentes, pero sobretodo, que se **proyete hacia el futuro** (“...cuando tú seas mayor...”).
- **Encuadre:**
 - Consultas externas del **Hospital Universitario Niño Jesús**.
 - **Intervención multidisciplinar** que requiere una constante y compleja coordinación entre diferentes servicios y profesionales:
 - Logopedia- Psicología Clínica- Nutrición
 - Las sesiones psicoterapéuticas en Psicología Clínica son de **una hora de duración y la frecuencia es quincenal**.
- Se utiliza la **técnica de la consulta terapéutica de Winnicott:**
 - Este formato de intervención está especialmente **indicado** para trastornos de la alimentación **de 0 a 3 años**.
 - Se crea un **espacio de trabajo con los padres en presencia del niño** (escenario privilegiado de intercambio).
 - Este formato favorece la instauración de una **relación a tres** (padres-niño-terapeuta) frente a la situación de espejo y excesiva indiscriminación en la que se sitúa la relación madre-hijo en las dificultades de alimentación.
 - En esta modalidad terapéutica el niño empieza a descubrir y conquistar sus propias capacidades. Se establece un marco de protección donde el niño, en presencia de sus padres, va instaurando su **proceso de individuación**.
 - El trabajo en consulta ayuda al **desarrollo de un área transicional**, un acompañamiento hacia la capacidad de jugar.

- **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE EL JUEGO SIMBÓLICO:**

- Mientras el padre relata las dificultades en el baño con su hija (“...Para mí el peor momento es cuando la bañamos y hay que tirar y recortar las pieles de los pies...”) Nadia coge un perrito de peluche y un maletín de médico y juega a “los doctores”:

- **Terapeuta:** “¿Tú qué quieres ser la Doctora o la mamá...?”

- **Teo:** “La Doctora...”

- **Terapeuta:** “Dra. Mi perrito está malito y hay que curarlo...”

La niña coge el fonendo y lo acerca al perrito, mientras la t. le ayuda y juntas lo exploran. La niña espontáneamente se fija en los pies del perrito (correspondiendo con la parte más dañada de su cuerpo) e inicia gestos de cuidado y cura hacia estas partes dañadas. Entonces, la terapeuta que hace de mamá le ayuda a Nadia a poner celo en las patas del muñeco. Así, entre las dos tiran del celo (como hacen sus padres con las pieles). Para terminar, la niña acaricia al perrito y dice “...guapo, guapo...” con la intención de calmarlo.

- **Terapeuta:** “Ya está, ya sé que es un rollo y duele mucho pero se va a acabar pronto”.

En este sentido, se les explica a los padres que después de los baños y las dolorosas curas diarias es importante proveer a la niña de una experiencia sensorial reparadora, marcando con la piel y con la palabra las partes del cuerpo que han estado expuestas al dolor durante la cura.

- **¿Cuál es la función del juego simbólico en todo esto?**

- El lugar del juego es esencial por su poder de apuntalamiento de los procesos de **representación y simbolización**.
- El juego como **canalizador** de la **tensión ambiental** y de las **emociones negativas** (rabia, tristeza, impotencia, frustración...), presentes en el momento de la cura.
- Se pretende ayudar a la niña a que **elabore las vivencias de sufrimiento físico y mental**, invistiendo al objeto inanimado (“el perrito”) y recreando **escenas de cuidado y protección**.
- Estas escenas tienen un objetivo y secuencia definida, introduciendo **predictibilidad** en la vivencia de la niña, lo cual le permite **anticipar el fin del sufrimiento**.
- Entendemos el **desarrollo de la capacidad simbólica**, como un proceso interno que acontece desde los primeros instantes de la vida y que es el resultado de la elaboración y metabolización de la experiencia emocional, en función del **vínculo madre-bebé**.
- La importancia de la **función pensante y metabolizadora de la madre** para proveer de significados y promover el crecimiento mental del bebé.
- Así pues, se entiende el **juego** como un proceso potencialmente **estructurador del psiquismo**, como una actividad simbólica en sí misma, que a su vez ayuda a desarrollar la capacidad simbólica en el niño, rescatándole de los estrechos límites de lo concreto y abriéndole el amplio mundo de la fantasía y la simbolización (Albamonte et al., 1991).

EVOLUCIÓN:

- **Alivio** de la **tensión** y sufrimiento **durante las curas y el baño**, mediante la incorporación a la rutina del juego de “curar al perrito” y los posteriores momentos de alivio mediante el marcado con la piel y la palabra de las partes que han estado expuestas al dolor durante la cura.
- Los **padres** están empezando a **conectar con emociones** congruentes con la gravedad de la situación de su hija (hasta este momento no se lo habían permitido).
- En cuanto a la **alimentación**, si bien está haciendo **logros** en el trabajo con la logopeda (ej: puede comerse un yogurt entero) todavía hay que darle tiempo para que pueda generalizar los logros a su entorno habitual.

BIBLIOGRAFÍA:

- Albamonte M et al. La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 1991; 11:109- 135.
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. de. Psicopatología del niño (3a ed.). Barcelona: Masson. 1996.
- Sanz B. La enfermedad en el niño: una aproximación subjetiva. Revista de psicoterapia y psicosomática. 2012; 79: 37-46.
- Sanz B, Pedrón C, González F. Las dificultades de alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2011; 51: 57-66.



⁵ Matteo Farinella y Hana Roš (Neurocómico)

UN VIAJE FRONTERIZO

MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA

Unidad de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Madrid)

Esther Martín Avila⁶

Febrero- 15 de Abril de 2017

Justificación

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) ha ido ganando importancia como patología psiquiátrica debido a las características clínicas de los pacientes, que hacen enormemente difícil tratarles por la tendencia a interrumpir los tratamientos, por las repercusiones que producen desde el punto de vista sociosanitario, así como el elevado consumo de servicios que generan, lo que les ha llevado a convertirse en un grave problema de salud pública. Son los pacientes que más servicios consumen (consultas ambulatorias, urgencias, hospitalización, hospital de día, trabajo social, etc.) y que con una alta frecuencia menos se benefician, permaneciendo inalterados por los diversos tratamientos ensayados (Waldinger y Gunderson 1987).

Así mismo, de sobra es conocido el rechazo que producen en muchos profesionales, que acaban expulsándolos de algunos recursos por el malestar que producen sus síntomas y su psicopatología, que curiosamente no es considerada por la mayor parte de profesionales como patología mental grave por no presentar de forma mayoritaria sintomatología psicótica. Todo esto, junto a la dificultad que personalmente me he encontrado a la hora de tratarles, ha despertado mi curiosidad e interés por estos pacientes a lo largo de mi residencia, por lo que decidí elegir una rotación específica en esta área.

Breve introducción teórica

La característica esencial del trastorno gira alrededor de un eje central constituido por un *trastorno de la identidad*, un patrón general de inestabilidad en las relaciones afectivas, interpersonales y la autoimagen, así como una notable *impulsividad* derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos y emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta con la consiguiente conflictividad derivada (Gunderson 2002).

Los pacientes con TLP presentan un curso variable, muy inestable en la juventud con tendencia a irse estabilizando con el paso del tiempo más allá de las intervenciones terapéuticas. Habitualmente se recoge que 1/3 de los pacientes se “cura”, entendiéndose por ello que consiguen una estabilidad por debajo de sus condiciones potenciales previas. A los 15 años del comienzo del trastorno la mitad de las mujeres y una tercera parte de los hombres han sido capaces de constituir relaciones estables. Aquellos con condiciones socioeconómicas más bajas suelen tener una peor evolución (Gunderson y Gabbard 2000). El peor dato y uno de los más relevantes a considerar es el relativo a la tasa de suicidios consumados, que se fija, en diversos estudios, en el 10% de los pacientes a lo largo de su curso vital (Gunderson 2002).

⁶ Esther Martín Avila: PIR Psicología Clínica 3º año H.U. 12 de Octubre

Principales corrientes psicoterapéuticas

TRATAMIENTOS	
<u>TEMPERAMENTO</u>	<u>CARÁCTER</u>
TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS	PSICOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none">- ISRS- LITIO- NEUROLÉPTICOS (dosis bajas)	<ul style="list-style-type: none">- Dinámica (PFT)- Cognitivo-conductual (DBT)- Grupo- Familia

En relación a los tratamientos psicoterapéuticos, se considera a la *psicoterapia analítica modificada* el elemento central y nuclear del tratamiento. Pasaré a describir a continuación una serie de marcos de referencia teórico-técnicos para la elaboración de un modelo psicoterapéutico coherente basado en principios psicodinámicos, utilizando como referencia el modelo de psicoterapia psicoanalítica desarrollado por O. Kernberg (Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, PFT) en la Universidad de Cornell en New York para estos pacientes, complementado con el esquema de J. Gunderson desarrollado en el Mclean Hosp. afiliado a la Universidad de Harvard en Boston.

El encuadre técnico de la PFT contempla los siguientes puntos:

- Trabajo cara a cara.
- Comportamiento natural, en ausencia de actitudes más neutrales o indiferentes.
- Abstinencia estricta, especialmente en lo que concierne a los intercambios emocionales de los pacientes. Debido a su potencial turbulencia emocional y su alta sensibilidad, puede suponer un obstáculo insalvable si el terapeuta se deja llevar y trasgrede los límites de la relación psicoterapéutica.
- No gratificación transferencial. Cuidado con la idealización y la devaluación, tan frecuentes como forma de funcionamiento mental de estos pacientes (escisión).
- Análisis de la transferencia en todo el rico despliegue que se produce desde la fantasía del paciente, ocupando para él todo tipo de significaciones en relación directa a sus personajes biográficos más significativos.
- Atención a la contratransferencia. Es sabido que estos pacientes consiguen con gran frecuencia, facilidad e intensidad, provocar intensas emociones en las personas que se relacionan con ellos y por supuesto en los terapeutas. Puede ser una herramienta muy útil si se educa pero puede ser un obstáculo importante si se actúa en la relación terapéutica.
- Análisis de las severas regresiones que se producen durante las sesiones con el paciente.

La esencia del modelo de Gunderson es lo que se denomina "Split Treatment" o tratamiento escindido, consistente en dos variables fundamentales: (Gunderson, 2002).

- Psicoterapia Psicodinámica unida a DBT (Dialectical Behavioural Therapy) según el modelo de M. Linehan.
- Medidas de *Case Management* (manejo de casos) derivadas de las actuaciones que se desarrollaron como medidas terapéuticas rehabilitadoras dirigidas a pacientes psicóticos, adaptados para su implementación con TLP. Serían las que permiten que se desarrolle la psicoterapia permitiendo una mayor estabilidad clínica y una mejor adaptación del paciente a su entorno. Aquí habría que incluir el tratamiento farmacológico, la atención a las familias, la atención al consumo de drogas, la psicoeducación tanto del paciente como de la familia, el entrenamiento en habilidades sociales y todas aquellas medidas que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento.

La **terapia dialéctico conductual (TDC)** es una terapia psicológica de tercera generación desarrollada por Marsha Linehan para tratar específicamente los síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad: inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultades en las relaciones sociales. La TDC parte de un modelo biosocial del trastorno límite y combina técnicas cognitivo conductuales con aproximaciones zen y budistas basadas en la aceptación de la realidad tal como se presenta. El tratamiento consiste en un entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual y atención en crisis y es llevado a cabo por un equipo coordinado de profesionales que ejercen distintas funciones. La TDC cuenta con estudios de eficacia y se está aplicando con éxito a otras poblaciones de pacientes con elevada impulsividad.

❖ **Aspectos básicos de la TDC**

Visión dialéctica del mundo

- La realidad está formada de partes que son interrelacionadas y que funcionan como un todo: las conductas de un individuo no pueden entenderse de forma individual, sino como partes de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo.
- La realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí. El sujeto con TLP está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr una síntesis viable, entre, por ejemplo, su necesidad de aceptarse a sí mismo tal cual es y su necesidad de cambiar.
- La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o proceso, el individuo y el ambiente llevan a cabo una transacción continua; la terapia se concentra en ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio.

Modelo biosocial del trastorno límite

Según este modelo, la disregulación emocional, disfunción principal de los sujetos con TLP, es el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. Así, el niño que ha nacido biológicamente vulnerable crece en un ambiente que responde de forma errática o exagerada a sus eventos internos (emociones, sensaciones, preferencias...), negándolos o atribuyéndolos a aspectos negativos de la personalidad. Las familias invalidantes restringen las demandas del niño, no tienen en cuenta sus preferencias y utilizan el castigo como forma de controlar la conducta. En este ambiente, el niño no aprende a poner nombre a sus emociones, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como consecuencia, durante su infancia y la vida adulta, estos sujetos tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente su capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP.

❖ **Estructura del entrenamiento en habilidades en la TDC**

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO	SÍNTOMAS DIANA
Habilidades básicas de conciencia	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones inestables
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

❖ **Estilo terapéutico en la TDC**

- La dialéctica: el terapeuta TDC constantemente busca el equilibrio entre tensiones, la síntesis de los opuestos (por ejemplo: aceptación vs. Cambio, énfasis en los déficit vs. Énfasis en las fortalezas). Se busca que el paciente abandone el pensamiento dicotómico, aceptando que la realidad es compleja y con múltiples contradicciones y que el cambio es el estado natural.

- La validación: el terapeuta se esforzará en transmitir a los pacientes que sus respuestas tienen sentido en su contexto. La validación se transmite mostrando un interés genuino por el paciente y manifestando interés y reflexión sobre lo que cuenta. El terapeuta debe considerar al paciente como alguien similar a sí mismo, merecedor de respeto y con capacidad de cambio, y debe estar dispuesto a dar ánimo asumiendo esta perspectiva.
- El énfasis en la solución de problemas: como complemento de la validación y aceptación, el terapeuta considerará todos los síntomas, incluso aquellos graves como las agresiones y los intentos de suicidio, como un problema a resolver.
- La comunicación empática e irreverente: la TDC combina una actitud realista, irreverente y paradójica frente a las conductas disfuncionales, por ejemplo las parasuicidas, con una notable calidez, flexibilidad, atención cercana y autorrevelación estratégica por parte del terapeuta.

La **terapia basada en la mentalización (TBM)** para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ha sido desarrollada principalmente por Anthony Bateman y Peter Fonagy. Es una terapia de corte psicodinámico, sustentada sobre todo en la teoría del apego (Bowlby, 2011). La mentalización es el proceso mediante el cual entendemos a los otros y a nosotros mismos en términos de estados subjetivos (deseos, pensamientos sentimientos), y la estrecha relación de nuestras conductas con los mismos. Esta capacidad no es innata: debe desarrollarse en un contexto de apego seguro. Según este modelo, los síntomas del TLP resultan del re-surgimiento de modos pre-mentalizadores de funcionamiento psíquico tras una supresión parcial y específica de la mentalización, ocurrida en un contexto de hiperactivación del sistema de apego.

Como factores de vulnerabilidad para un ulterior desarrollo de un TLP, entenderíamos cualquier circunstancia que impidiera la emergencia de una representación del self coherente e integrada, para la cual es necesaria una robusta capacidad para mentalizar. Para que esto se produzca es precisa una especularización o reflejo congruente y marcado de las expresiones del niño, para que éste pueda elaborar en su mente unas representaciones de dichos afectos. Si dicho reflejo es congruente, pero no marcado, el niño atribuirá el afecto a su cuidador, con lo que dichas representaciones no se establecerán porque el niño no puede dar un significado a su experiencia y porque se producirá además una escalada en el afecto negativo, no logrando el objetivo de regular y atemperar tal manifestación afectiva. Este patrón relacional, mantenido en el tiempo, podría dar lugar a la identificación proyectiva, la cual constituye el principal mecanismo de defensa del TLP (Kernberg, 1999) y favorece la persistencia de la equivalencia psíquica como modo de experimentar la realidad interna, ya que, en este caso, ésta se correspondería con lo observado en el exterior, y por tanto, se viviría como si fuera 100% real.

Por otro lado, si la especularización no es congruente con el afecto del niño, es decir, no refleja de manera más o menos precisa la emoción que el niño está expresando, éste no podrá establecer ningún vínculo entre sus estados mentales y la realidad que observa. No siente que la expresión del adulto tenga ningún tipo de relación con él. Por tanto, las representaciones de los afectos que se generan en este niño no tendrán ningún peso a nivel emocional. Las etiquetas referidas a emociones que aprenda posteriormente no se corresponderán con estados mentales “reales”, En este caso hablaríamos de un “modo aparentado” de funcionamiento psíquico, que subyace al discurso “pseudo-mentalizador” que encontramos en muchos pacientes con TLP. La pseudo-mentalización, en terapia, puede dar lugar a eternas charlas improductivas sobre emociones, de tal manera que el paciente podría parecer capaz de mentalizar. No obstante, todas esas etiquetas “enlatadas” utilizadas por el paciente no tienen ninguna conexión con sus sentimientos reales, para los cuales no tiene un sistema simbólico representacional adecuado que le permita entenderlos y manejarlos (Bateman y Fonagy, 2006). De ahí que también se emplee el vocablo “como si” para referirse a este tipo de funcionamiento, ya que el paciente habla de sus emociones “como si” las estuviese experimentando realmente.

La ausencia de un sentido del self estable, agente, está íntimamente ligada con el patrón de apego desorganizado (Lyons-Ruth, 1996), caracterizado sobre todo por miedo al cuidador y una falta de coherencia en la estrategia de apego. Cuando el niño carece del reflejo adecuado de su propia

experiencia, y por tanto, no puede desarrollar una representación de su self, se ve obligado a internalizar representaciones incongruentes, provenientes de su figura de apego, como parte de su representación del self (Bateman y Fonagy, 2004). Los autores denominan a esta representación “self ajeno” o alien self, una representación dentro del self que genera una incongruencia dentro de la representación global del self, dando como resultado una sensación de tener pensamientos o ideas que el individuo “sabe” que son suyas, pero que no “siente” como suyas. Los autores describen las conductas “manipuladoras” de los pacientes con TLP como un intento de restaurar la coherencia del self mediante “identificación proyectiva”. (Bateman y Fonagy, 2004,2006). Cuando el self detecta que existen sentimientos y pensamientos propios que no vive como reales, manipula inconscientemente a la figura de apego hasta que ésta tenga las emociones que él mismo tiene contra sí mismo, Así, logra externalizarlas y se restaura, de algún modo, la deseada coherencia interna.

Los niños que han resultado víctimas de maltrato o negligencia internalizan, como parte de la estructura de su self, además de representaciones incoherentes, una representación maltratadora. Posteriormente, la experiencia de “auto-maltrato” que esto puede sostener crea un estado mental abrumador e insoportable, de la que deben liberarse para no atacarse a sí mismos, mediante estas conductas “controladoras” o “manipuladoras” que solemos identificar en los pacientes con TLP.

Desde este enfoque, los síntomas del TLP se entienden como resultado de una supresión parcial y específica de la mentalización. Los pacientes borderline no muestran una capacidad nula para la comprensión de sus estados mentales en todo momento. Pero sí suelen fracasar cuando se encuentran en una situación de elevada activación emocional, especialmente en el contexto de relaciones de apego intensas, y ocurre con mayor probabilidad cuando hay un trasfondo traumático en la historia biográfica del individuo. Quizá se trate de una estrategia defensiva aprendida en la primera infancia. El niño aprende que es preferible evitar pensar sobre estados mentales del otro, simplemente porque debe ser insoportable pensar sobre los estados mentales de alguien que le maltrata, cuando debería estar cuidándole y protegiéndole. Además, se da una situación paradójica, y es que, dado que el sistema de apego (búsqueda de protección por parte del cuidador) se activa ante el peligro percibido, y la persona a la que recurrimos buscándolo es la misma que nos maltrata, dicho sistema de apego puede estar permanentemente activado, en una especie de círculo vicioso (“cuanto más me maltratas, más miedo siento, y cuanto más miedo siento, más te busco”). Esto podría explicar por qué, posteriormente, muchos de estos pacientes se mantienen en relaciones tormentosas con parejas maltratadoras, a las que no abandonan pese al daño que saben que les hacen.

La hiperactivación del sistema de apego, que le lleva a buscar la proximidad de una figura de apego maltratante, y que resulta de estas experiencias tempranas, pueden llegar a inhibir estructuras cerebrales implicadas en la mentalización (área frontal).

Cuando el terapeuta detecta señales de que el paciente no mentaliza, los autores aconsejan explorar los antecedentes del fallo, sin interpretar nada más allá de lo que el paciente nos cuenta. Si damos por hecho que sabemos lo que el otro piensa, caemos en una postura no-mentalizadora. Los estados mentales del otro son deducibles, pero no adivinables. Es por ello que en fases iniciales o en momentos de no-mentalización consideran que realizar interpretaciones puede resultar inútil o contraproducente.

❖ Estrategias generales de tratamiento

El objetivo que subyace a toda intervención en pacientes con TLP desde este modelo es el de favorecer la capacidad de mentalización, necesaria para lograr un sentido del self, de la identidad, más fuerte y seguro (Bateman y Fonagy, 2004). Se trata de que el paciente averigüe más sobre cómo piensa y siente sobre sí mismo y los demás, cómo esto gobierna sus respuestas a los otros y cómo los errores en la comprensión de sí mismo y de los otros le llevan a emprender acciones en un intento de mantener la estabilidad y dar sentido a sentimientos incomprensibles (Bateman y Fonagy, 2006, P. 37).

El espectro de intervenciones, de menor a mayor profundidad, es el siguiente:

- Reaseguración, apoyo y empatía.
- Clarificación, desafío y elaboración de los afectos.
- Mentalización básica: dirigidas a reinstaurar la mentalización cuando ésta se ha perdido. Los autores organizan estas técnicas en dos grupos: "párate, escucha, mira" y "párate, rebobina, explora".
- Mentalización interpretativa: un paso más allá, que debe hacerse con cautela. El terapeuta ofrece una perspectiva alternativa sobre lo que el paciente dice, relacionando la reacción del paciente a un estado mental, en una secuencia causal.
- Mentalización de la transferencia: consiste a animar al paciente a pensar sobre la relación con el terapeuta en el momento actual, para que centre su atención en la mente del otro, y para ayudarle a contrastar su propia percepción sobre cómo es visto por el otro.

Descripción de la Unidad

La Unidad de Trastornos de la Personalidad se encuentra ubicada en la segunda planta del Hospital Clínico San Carlos. Cuenta con dos salas de grupos y un despacho individual para cada profesional. El equipo está formado por seis profesionales, de los cuales tres son psiquiatras, una psicóloga clínica, una enfermera y una terapeuta ocupacional.

La Unidad atiende a pacientes con TLP y con TCA (existe una alta comorbilidad entre los dos trastornos) en formato de Hospital de Día (terapias grupales e individuales de lunes a viernes). En concreto, existen dos grupos de pacientes con TLP diferenciados por edad. Uno de jóvenes (hasta los 30 años aproximadamente) y otro de mayores (de los 30 a los 60). Estos dos grupos reciben tratamientos grupales en terapia dialéctico-conductual, terapia basada en la mentalización, terapias ocupacionales y abordaje individual en función de la necesidad. Con el grupo de jóvenes (el más numeroso y complicado en el manejo) se hace una asamblea con una frecuencia semanal para valorar la evolución personal de cada uno llevada a cabo por el jefe de la Unidad (Dr. Carrasco).

Los trastornos de la Conducta alimentaria son llevados de manera principal por una de las psiquiatras que se dedica específicamente a esto. Además, los pacientes con TCA también se benefician de terapias llevadas a cabo por la psicóloga clínica con una frecuencia semanal. Se realizan así mismo con ellas grupos multifamiliares con frecuencia mensual llevados a cabo por la psiquiatra, la psicóloga clínica y la enfermera.

Actividades realizadas

- Adquisición de conocimientos sobre el funcionamiento de la Unidad de Día, así como del papel que ejerce cada profesional (psicóloga, psiquiatra, enfermera y terapeuta ocupacional).
- Observación de sesiones individuales con pacientes y familiares llevadas a cabo por el jefe de la unidad (Dr. Carrasco).
- Observación de sesiones de evaluación y acogida de pacientes nuevos.
- Participación en grupos psicoterapéuticos para pacientes diagnosticados de TLP con orientación cognitivo-conductual (Terapia Dialéctico Conductual).
- Participación en grupos psicoterapéuticos para pacientes diagnosticados de TLP con base en la Terapia Basada en la Mentalización.
- Seguimiento individual con frecuencia semanal de una paciente con diagnóstico de TLP.
- Participación en grupos de orientación dinámica para pacientes diagnosticadas de TCA.
- Participación en grupos multifamiliares para pacientes diagnosticadas de TCA y sus familiares.

Valoración crítica

De mi paso por la Unidad destacaría como punto fuerte su compromiso en el tratamiento integral e intensivo de los pacientes. Para lograr la adherencia al tratamiento (tan difícil con este tipo de pacientes) se establece un contrato firme de asistencia, debiendo ser justificadas las faltas que se produzcan. Hay que tener en cuenta que este contrato se produce en un contexto de Hospital de Día. Se le explica al paciente (que en la mayoría de ocasiones dejan de trabajar o estudiar para acudir al hospital diariamente) que acudir al Hospital de Día es su “trabajo” actual, de manera que si algún día no acuden deben justificar la ausencia. De esta forma se garantiza el compromiso del paciente en su tratamiento y se hace patente que la acumulación de faltas injustificadas conlleva la expulsión de la Unidad, entendiéndose como una falta de compromiso con su tratamiento. Desde algunos puntos de vista esto puede considerarse la repetición de un abandono por parte de las figuras significativas del paciente. Sin embargo, desde la Unidad la expulsión debido a faltas injustificadas no es definitiva y, según mi experiencia, las interrupciones puntuales del tratamiento pueden servir de impasse y de periodo de revaloración del significado de la terapia en la vida del paciente. En la Unidad la norma es que los pacientes abandonen el tratamiento en algún momento de su proceso terapéutico, para más tarde, volver con una demanda más formada y un mayor compromiso con respecto a su propio tratamiento.

El segundo punto fuerte a destacar sería la apuesta por el trabajo multidisciplinar para el tratamiento de los pacientes con TLP, de manera que cada profesional ejerce una función complementaria de los demás y necesaria para el paciente. Así, existe una figura de autoridad (Dr. Carrasco), una comprensiva, empática y dotadora de estrategias para reducir el malestar (Psicóloga Clínica con la Terapia Dialéctico-Conductual), una que ayuda a pensar en los problemas y a generar una narrativa que de sentido al caos sintomático (Psiquiatra con la Terapia Basada en la Mentalización) y una que sostiene y ayuda en los cuidados básicos de uno mismo como son la alimentación, el sueño y la solución de los problemas del día a día (Enfermera). Destacaría en este sentido lo importante y necesario que resulta para el tratamiento de estos pacientes la implicación de diferentes profesionales, ya que pretender que un único terapeuta realice todas estas funciones es un error que llevaría al fracaso más tarde o más temprano.

El mayor aspecto negativo ha sido mi dificultad para entender el sentido de ciertos estilos terapéuticos confrontativos que provocaban reacciones transferenciales intensas por parte de los pacientes. Amparados en la importancia de que este tipo de reacciones se produjesen, de cara a sacar al paciente de su estilo melancólico o “como si” y situarlo en la rabia, algunas intervenciones (tratándose de pacientes con muchas dificultades de mentalización donde el paso al acto es casi automático) han generado escenas de intensa agresividad que me van a resultar difíciles de olvidar.

Experiencia personal

Mi experiencia en la Unidad de Trastornos de la Personalidad ha sido buena por varios motivos. Me ha permitido acercarme más a la realidad de estos pacientes al tener la oportunidad de verlos a diario en diferentes terapias. Me ha permitido también ampliar conocimientos y pensar y repensar teorías, tratamientos psicoterapéuticos, etc. Además, no sólo he pasado por la Unidad sino que la Unidad también ha pasado un poco por mí, de manera que me he enfadado, he estado confusa, perpleja, abatida, otras veces motivada, contenta... todo un repertorio emocional que me ha permitido “sentir” lo que allí estaba pasando y elaborar todas esas emociones y pensamientos que iban apareciendo y desapareciendo durante mi estancia allí.

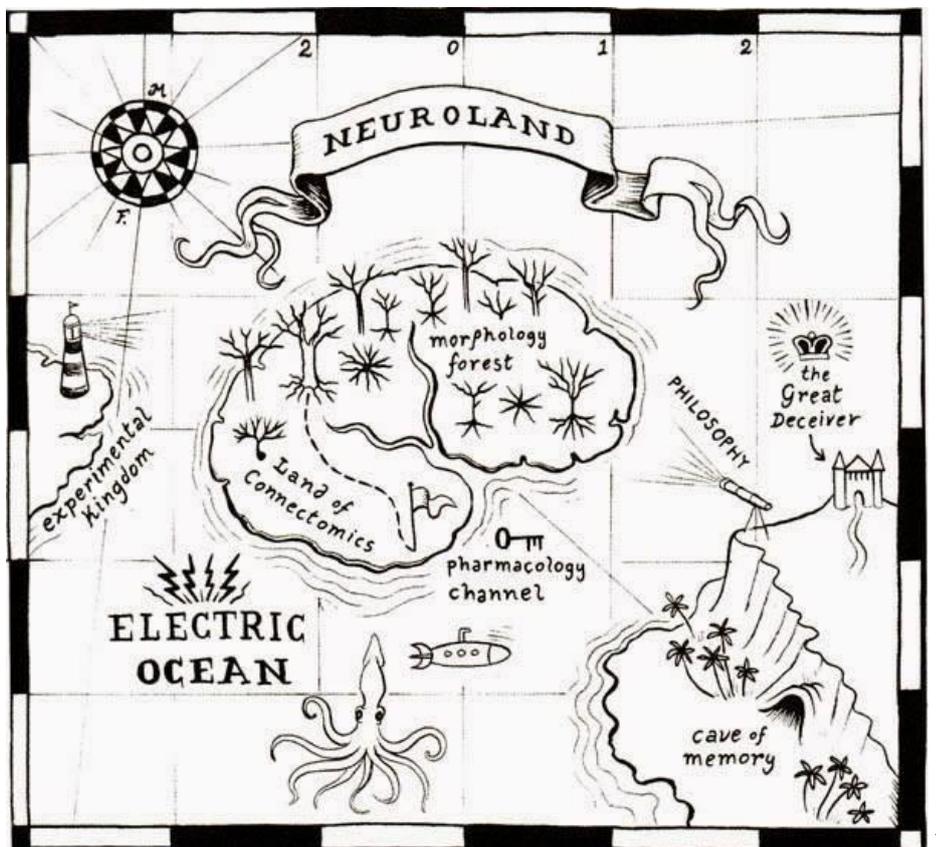
En principio mi rotación estaba planificada para que durara tres meses, pero finalmente, por motivos administrativos ajenos a mí se acortó medio mes, así que la experiencia de dos meses y medio ha sido corta pero intensa. Tengo que destacar que a pesar de haberlo pasado mal en algunas ocasiones, me dio pena irme de allí. Me gustaba la oportunidad de trabajar con estos pacientes de manera intensiva y sobre todo el vínculo que había generado con el equipo, por el que me he sentido acogida, aceptada e

integrada desde el primer momento. Para relajar las tensiones que los pacientes nos generaban de manera contratransferencial, era importante cuidar los espacios compartidos para los profesionales (tomar café entre grupo y grupo) donde el ambiente era bueno y agradable, en definitiva, había equipo, lo cual creo que influía bastante en la mejoría que los pacientes iban mostrando (con sus retrocesos y regresiones, claro está).

Estoy muy agradecida a los adjuntos y residentes que me acompañaron durante este proceso por lo bien que me acogieron y lo mucho que me enseñaron (Irene de la Vega, Ana Montes, Clara Ruiz, etc.). A los pacientes, por abrirse conmigo desde el principio, por confiar en mí y mostrarse agradecidos con mis terapias. Por último, al Hospital 12 de Octubre por permitirme y facilitarme haber tenido esta rica experiencia profesional y personal, y especialmente a mi tutora, Marta Oviedo, que tanto me ha acompañado en la elección de esta rotación.

Bibliografía

- Sánchez-Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10 (1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10 (1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18 (3), 347-361.



⁷ Matteo Farinella y Hana Roš (Neurocómico)

6. 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

Calendario Sesiones Clínicas de Area: Octubre – Noviembre 2017 ⁸

Octubre 2017

4 **Sesión Clínica del Residente**

11 **Unidad de Hospitalización Breve del C.A. Benito Menni**

18 **Sesión Extraordinaria**

“Psicooncología”

Prof. Dra. M^a Eugenia Olivares

*Doctora en Psicología. FEA Unidad Patología Mamaria Hospital Clínico Universitario de San Carlos.
Profesora UCM. Máster en Modificación de Conducta y Psicología de la Salud por la UCM.*

24 **Unidad de Hospitalización Breve del H.U. 12 de Octubre**

Noviembre 2017

8 **Sesión Clínica del Residente**

15 **Sesión Extraordinaria**

**“Problemática de la valoración de la incapacidad laboral
y de la discapacidad en el enfermo mental”**

Prof. Dra. Rosario Gutiérrez Labrador

*Médico psiquiatra. FEA CSM Alcobendas.
Profesora colaboradora en la Universidad Europea de Madrid*

22 **Unidad de Psicoterapia**

29 **Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC)**

⁸ 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*



STOP VIOLENCIA

¿Qué puedo hacer yo contra las violencias machistas?



“He escuchado discusiones fuertes en la casa de al lado y no sé cómo ayudar a mi vecina... ¿Qué puedo hacer?”

“Mi hija o mi amiga está teniendo comportamientos inusuales desde que ha empezado a salir con este chico y no sé cómo actuar... ¿Qué hago?”

Si quieres saber cómo actuar y contribuir a la lucha contra la violencia machista ESTE ES TU TALLER:

- Aprenderemos a identificar las diferentes formas de violencias machistas y qué hacer ante la sospecha de que se está ejerciendo sobre alguna mujer de mi entorno.
- Información jurídica básica y protocolo de actuación ante posibles situaciones de violencias machistas.
- Reflexión conjunta sobre ¿Qué puedo hacer yo contra las violencias machistas? Elaboración de un decálogo en formato artístico.

Dirigido a: Mujeres y hombres

Días: Todos los MIÉRCOLES desde el 20 de SEPTIEMBRE al 15 de NOVIEMBRE

Hora: 17:30 – 19:30 horas

NOTA: Se ruega puntualidad. Para evitar interrupciones, **NO se podrá acceder al taller pasados los 15 primeros minutos.**

Inscripciones: Por razones de aforo y organización se requiere inscripción.

Dirección:
Espacio Clara Campoamor
C/ María Martínez Oviol, 12,
2ª planta.
28021 Madrid

T: +34 91 710 97 13
E-mail: caimujercc@madrid.es

Horario de Atención:
10.00 – 14.00
16.30 – 20.30

La programación mensual de Clara Campoamor puede verse en:

Facebook:
[EspaciodelaIgualdadClaraCampoamor](https://www.facebook.com/EspaciodelaIgualdadClaraCampoamor)

Twitter:
[@EL_CCampoamor](https://twitter.com/EL_CCampoamor)

www.madrid.es

Facebook: [Madrid Igualdad](https://www.facebook.com/MadridIgualdad)

Twitter: [@MadridIgualdad](https://twitter.com/MadridIgualdad)

Youtube: [Madrid Igualdad](https://www.youtube.com/channel/UCMgUgUgUgUgUgUgUgUgUgUg)

www.igualdadclara.wordpress.com

www.imcasociacion.org

7. NEUROCIENCIA EN CÓMIC

FEAR IS AN INNATE EMOTIONAL RESPONSE. IN DANGEROUS SITUATIONS SPECIFIC BRAIN CIRCUITS (AMYGDALA) RELEASE HORMONES THAT ALERT THE MIND AND PREPARE THE BODY TO "FIGHT OR FLIGHT". IT IS USUALLY VERY DIFFICULT TO CONTROL BECAUSE THE AMYGDALA IS A PRIMITIVE CIRCUIT THAT RECEIVES FEW CONNECTIONS FROM THE MORE RATIONAL AREAS OF OUR BRAIN (CORTEX)

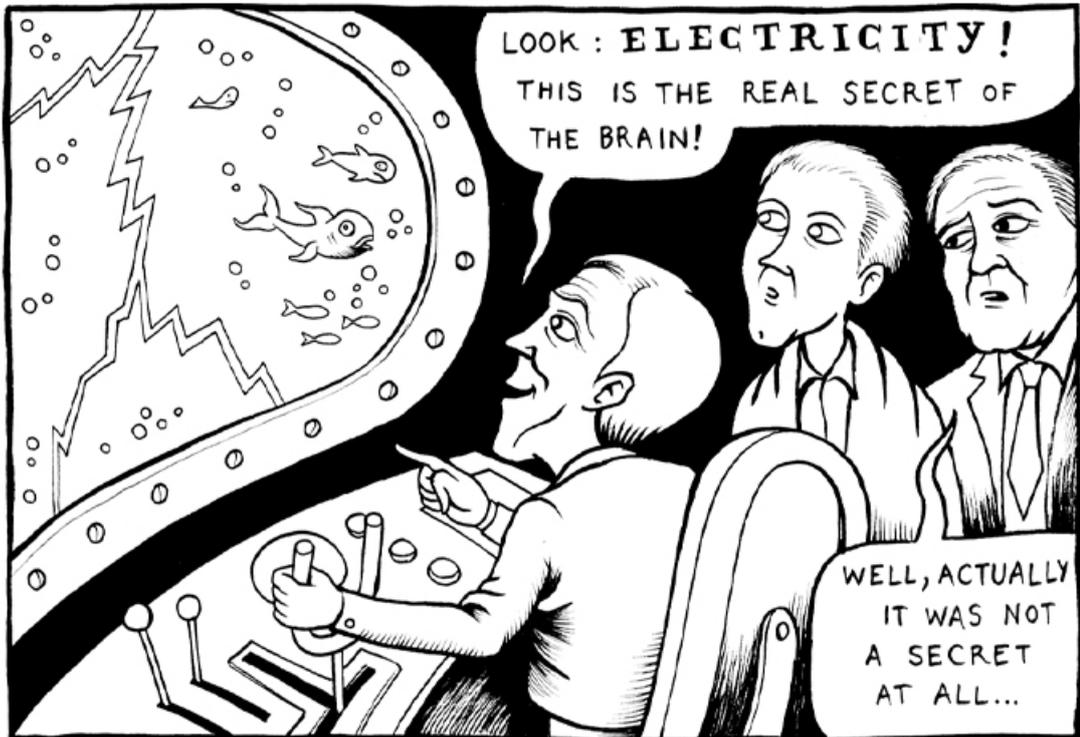


THIS SYSTEM EVOLVED BECAUSE SOMETIMES FOR THE BRAIN



RATIONAL THINKING IS NOT THE BEST STRATEGY





NEUROCOMIC: EL CEREBRO EXPLICADO A TRAVÉS DEL ARTE

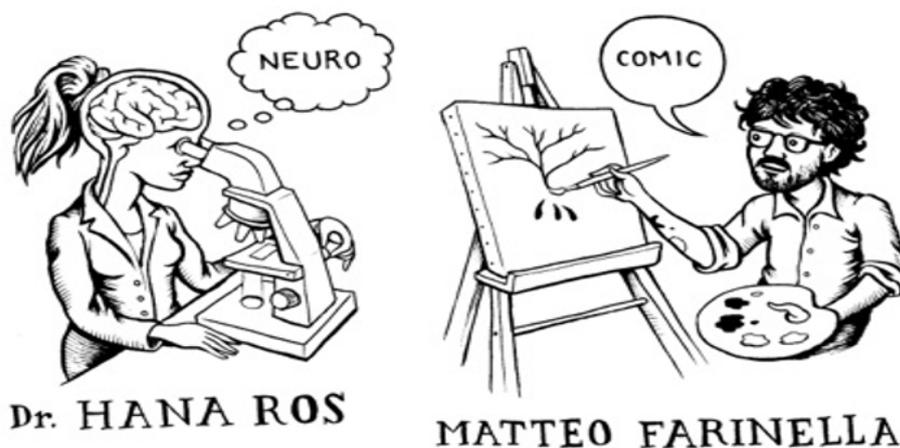
Entrevista de Sara Revilla Romero & Antonio Crego en <http://psynthesisblog.com>



Matteo Farinella y Hana Roš, autores de Neurocomic

La versión en español de **NEUROCOMIC** está publicada por Norma Editorial
<http://www.normaeditorial.com/ficha/012034494/neurocomic/>

Más información en <http://www.neurocomic.org> y en el
Blog-cómic de Matteo Farinella en <http://matteofarinella.wordpress.com/>



Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Area 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 AGCPSPM 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>