

BOLETIN
Area de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre

Número 35 – Diciembre 2013



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

- Propuesta de **PROTOCOLO DE VALORACION DE LA COMPETENCIA**
(M^a Jesús del Yerro, Ricardo Angora, Antonio Muñoz, M^a Carmen Ortega, Valentina Quiroga) -
- Unidad de Psicoterapia: **INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS**
(Jesús Fernández, Juan José Belloso, Angeles Castro, Angélica Esteban, Ana López, Javier Ramos y Sara Solera) -
- Informe farmacológico: **DESVENLAFAXINA** (David Rentero, Alexandra Bagny, Montserrat Caballero, Roberto Rodríguez-Jiménez y Miguel Angel Jiménez-Arriero) -
- Curso: **"El modelo del Maudsley Hospital en TCA"** (Elena Gutiérrez y Ana Rosa Sepúlveda -
- Premio **"Mejor Caso Clínico en Patología Dual": ¿Se puede confundir el TLP con el TDAH?**
Patología Dual en TDAH (Helena Fernández-Garcimuñoz, Alex R. Lorie Vega, Carlos J. Rodríguez-Caro y Guillermo Ponce) -
- **Calendario de Sesiones Clínica de Area - 4º trimestre 2013 y 1º trimestre 2014 -**

• Documento AGCPSM



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS

PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA Y
PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

1.- INTRODUCCIÓN

La valoración de la competencia de los pacientes para la toma de decisiones sanitarias (CTDS) es una práctica habitual en el ejercicio de la Psiquiatría, tanto se realice esta en el ámbito comunitario como en el hospitalario.

Sin embargo no se realiza de una manera uniforme ni siquiera dentro de un mismo Servicio, dependiendo del profesional la metodología que se utilice o incluso la ausencia de metodología. Esto favorece el que se produzcan discrepancias entre los diferentes profesionales que atienden al paciente que acaba redundando en perjuicio de este.

Por este motivo, varios psiquiatras adscritos al Servicio de Interconsulta y Enlace del Hospital 12 de Octubre, nos propusimos realizar una valoración protocolizada de la competencia para la toma de decisiones sanitarias que minimizase la variabilidad en esta práctica clínica.

La definición de competencia que hemos utilizado ha sido la propuesta por Pedro Simón: “capacidad del paciente para **comprender** la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los **cursos de acción posibles** con las **consecuencias** previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una **decisión** que sea coherente con su propia escala de **valores**”.

¹ Autora de las ilustraciones de este Boletín: **Raquel Antón Gallego**, pintora y artista multifacética (ver reseña en contraportada). Portada: *Animales*.

En concordancia con esta definición hemos adoptado los criterios propuestos por Appelbaum y Grisso en 1988 para la valoración de la competencia:

1.- Capacidad de comunicar una elección, que exige una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

2.- Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. Requiere una memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, reteniéndose así los datos fundamentales sobre la situación. Exige asimismo un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.

3.- Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

4.- Manipulación racional de la información. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas de modo que se refleje el valor o peso que previamente se les asignó.

Consideramos que existen una serie de requisitos previos a la realización de la valoración del paciente cuyo conocimiento nos va a permitir realizar dicha valoración en mejores condiciones

1. Conocer las circunstancias en que tiene lugar la solicitud de valoración de CTDS .
2. Conocer la información que se ha dado al paciente (en qué términos se ha expresado, amplitud, etc.)
3. Recabar información en torno al paciente, solicitando la colaboración de la familia para confirmar los valores y creencias del enfermo y para evitar que el desconocimiento de algunos síntomas (ideas delirantes, por ejemplo) pueda hacer que la valoración sea errónea.

Tras la evaluación realizada, si se estima necesario, se puede repetir la valoración transcurridos al menos dos días. Esta sugerencia se orienta a comprobar la adherencia del paciente a su decisión y a eliminar el riesgo de equivocación, por ejemplo, en pacientes con cuadros clínicos fluctuantes. Una nueva evaluación podría interpretarse como una dilación encaminada a que el enfermo que rechaza un tratamiento acceda a tomarlo, pero no es menos cierto que también debe respetarse el derecho del enfermo a cambiar de opinión.

En caso de que se aprecie una reducción de la CTDS derivada de un trastorno psiquiátrico, de un dolor no controlado, etc... instaurar el tratamiento adecuado y posteriormente reevaluar al paciente.

Se debe entrevistar a la familia del paciente, si está disponible, y conocer su opinión, así como la relación que mantiene con él, si conocen la existencia de un documento de Instrucciones Previas, etc. Puede pedirse al paciente que nombre un familiar de su confianza para que le ayude en la toma de decisiones y para ser receptor de información por parte de los equipos médicos.

Registrar detalladamente en la Historia Clínica el proceso de evaluación y los datos clínicos y no clínicos que lo sustenten.

En resumen, la adopción del presente protocolo tiene por objeto extremar la PRUDENCIA en la toma de decisiones.

ANEXO: Items del Protocolo

1.- NOMBRE DEL PACIENTE:

2.- EDAD:

3.- ESTADO CIVIL:

4.- CONVIVENCIA:

5.- DECISIÓN SANITARIA POR LA QUE SE SOLICITA VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA:

6.- MÉDICO Y SERVICIO SOLICITANTE:

7.- BREVE RESUMEN DE LA PATOLOGÍA MÉDICA Y MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE:

8.- ENTREVISTA CON EL PACIENTE (incluir motivo del ingreso, anamnesis, AP y F psiquiátricos, biografía, exploración psicopatológica, diagnóstico psiquiátrico y tratamientos psicofarmacológicos):

9.- CAPACIDAD DE ELEGIR:

9.1.- Nivel de conciencia:

9.2.- Medio de comunicación empleado (oral, escrito, señas):

9.3.- Decisión expresada por el paciente (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

9.4.- Mantiene la misma decisión a lo largo de la entrevista:

10.- CAPACIDAD DE ENTENDER:

10.1.- Preguntar al paciente qué le pasa, por qué está ingresado (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

10.2.- Preguntar al paciente sobre su enfermedad (diagnóstico, causas, evolución probable....) (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

10.3.- Preguntar al paciente sobre qué tiene que tomar una decisión (alta voluntaria, intervención Qx, tratamiento específico, etc.):

11.- CAPACIDAD DE APRECIAR:

11.1.- Pedir al paciente que nos explique los riesgos y beneficios de la decisión y las alternativas que tiene (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

11.2.- Pedir al paciente que nos explique con sus palabras por qué cree que debe o no debe seguir tratamiento (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

11.3.- Preguntar por qué cree que su médico le propone ese procedimiento y no otro¹

12.- CAPACIDAD DE RAZONAR:

12.1.- Pedir al paciente que nos explique el proceso que le ha llevado a tomar esa decisión (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

12.2.- Preguntar al paciente qué le ha hecho decidirse por la decisión adoptada (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

12.3.- Preguntar también a qué aspectos ha dado más importancia (o dicho de otra forma qué le ha hecho tomar esa decisión y no otra) (*recoger textualmente el discurso del paciente*):

13.- ENTREVISTA CON LA FAMILIA:

13.1.- Identificación del familiar y grado de parentesco:

13.2.- Contenido de la entrevista:

14.- DECISIÓN ADOPTADA RESPECTO A LA COMPETENCIA DEL PACIENTE (brevemente razonada)

Versión: 23 de abril de 2013

GRUPO DE TRABAJO:

- DR. RICARDO ANGORA CAÑEGO
- DR. ANTONIO MUÑOZ DE MORALES
- DRA. M^a CARMEN ORTEGA BERNARDO
- DRA. VALENTINA QUIROGA AYALA

COORDINADO POR: DRA. M^a JESÚS DEL YERRO ÁLVAREZ

Noticias del 12

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.

The screenshot shows the homepage of the Biblioteca Virtual H12O. At the top, there is a navigation bar with links for 'Personal', 'Como encontramos', 'Como llegar', and 'Pregúntenos'. The main header features the logo of Hospital Universitario 12 de Octubre and the 'i+12' logo for the Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. A search bar and 'Acceder' button are also present. Below the header is a menu with categories like 'Inicio', 'Revistas', 'Bases de Datos', 'Servicios', 'E-Books', 'Referencia', 'Evidencia Científica', 'Recursos', and 'Escritura Científica'. The main content area is titled 'Servicios H12O' and lists 'Boletines del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental' and 'Cuadernos de Salud Mental del 12'. On the left, there is a sidebar with various services like 'Revistas Online (AZ)', 'Pubmed', 'Solicitud Artículos', 'Busq. Bibliográfica', 'Catálogo de libros', 'UpToDate', 'Web Of Knowledge', 'Harrison', 'Nanda', 'Embase', and 'Cochrane'. On the right, there are sections for 'Tutorial', 'Blog' (with links to 'Factor de impacto 2012 y H12O' and 'Producción científica H12O y 2013'), and 'Cursos disponibles'. Social media icons for Twitter, Facebook, YouTube, and LinkedIn are at the bottom right. The footer contains the address: 'Biblioteca Virtual - Hospital Universitario 12 de Octubre - Avd. Córdoba - Km 5,400 - 28041 - Madrid'.

Cada **viernes** se actualiza nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente. Periódicamente se actualiza el resto de la información de los distintos apartados de la web.

The screenshot shows the website for the Servicio Madrileño de Salud, specifically the 'Psiquiatría' section. The header includes the logos of Hospital Universitario 12 de Octubre and the 'La Suma de Todos' logo. A navigation bar lists 'El Servicio', 'Pacientes', 'Asistencia', 'Formación', 'Investigación', and 'Profesionales'. The date 'Sábado, 23 de noviembre de 2013' is displayed. The main content area features a large banner with the text 'Bienvenido al Servicio de Psiquiatría' and the URL 'www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria'. A small image shows a person in a white coat in a hallway. On the right, there is a 'Bloque B Psiquiatría' button.

Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida.



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



Intervenciones psicoterapéuticas en la Unidad de Psicoterapia. Resumen para derivaciones internas

- La UP tiene un carácter esencialmente formativo e investigador.
- Los pacientes derivados son informados y admiten que su tratamiento sea objeto de docencia.
- Las derivaciones internas se realizan de acuerdo a los perfiles propuestos y a la consideración del profesional que deriva sobre su pertinencia docente. Directamente al profesional a través de correo electrónico
- Las intervenciones psicoterapéuticas tienen un encuadre temporal definido y se realizan en el HU12 Octubre de lunes a viernes en horario de tarde.

- Programas actuales -

Psicoterapia con pacientes adolescentes diagnosticados de depresión

Se trata de ofrecer tratamiento psicoterapéutico individual a adolescentes entre 15 y 17 años diagnosticados de depresión y cuyo cuadro no se presente en el marco de un trastorno de tipo psicótico. Puede ser compatible con tratamiento farmacológico, pero no con otro tipo de tratamientos ya sean individuales, grupales o familiares.

Se parte de un modelo teórico psicodinámico y la terapia se enmarca en un proyecto de investigación dirigido por Hugo Bleichmar, en el que se pretenden identificar distintos tipos de depresión e intervenciones terapéuticas correspondientes.

Para cualquier aclaración o dudas sobre posibles derivaciones podéis contactar conmigo a través del correo o al 917955546/5249

Angeles Castro Masó: acmaso@salud.madrid.org

Psicoterapia con preadolescentes con cuadros de ansiedad

Tratamiento psicoterapéutico de pacientes preadolescentes y adolescentes jóvenes con crisis de ansiedad/angustia agudas o con síntomas de este tipo intensos y mantenidos en el tiempo.

Tratamiento psicoterapéutico breve, de unos 6 meses de duración (puede ser menor), con diferentes etapas:

- **Niños de 7 a 10 años**
- **Preadolescentes de 11 a 13 años**
- Adolescentes jóvenes, de 14 a 16 años
- Los síntomas predominantes han de estar relacionados con la ansiedad y la angustia: crisis de ansiedad, angustia de separación, miedos o temores diversos, con el correlato de fantasías de matiz angustioso. Se excluyen las crisis de ansiedad típicas (con síntomas físicos) y ocasionales en adolescentes, sin otros componentes sintomatológicos relacionados con la angustia.
- El cuadro clínico se ha manifestado de forma brusca en esas edades, con un funcionamiento personal no patológico anterior a él.
- Han de ser cuadros clínicos reactivos o no a una situación concreta, con valoración de la existencia de una psicopatología clara (no reacciones pasajeras a una situación concreta).
- Se excluyen otros trastornos o alteraciones, aunque estén presentes síntomas de ansiedad - angustia, como las psicosis.
- Se excluyen cuadros de comienzo en edades más tempranas, y mantenidos a lo largo de la evolución del paciente.

Angélica Esteban Arroyo: angelica.esteban@salud.madrid.org

Terapia de grupo con trastornos mentales graves

Es un trabajo grupal con pacientes con TMG, que no se encuentran en fase aguda en el momento de iniciarse el abordaje grupal y se encuentran manteniendo un tratamiento psiquiátrico paralelo.

La metodología es activo-directiva, con técnicas psicodramáticas.

El objetivo es potenciar la estabilización clínica y el ajuste psicosocial.

La frecuencia es quincenal, con sesiones de hora y media, los martes de seis a siete y media. El número de sesiones es limitado (20), habiéndose realizado ya la presentación inicial el pasado diez de septiembre, siendo la última sesión en junio de 2014. A las sesiones asisten dos residentes del AGCPSM jugando el papel de observadores - participantes.

El perfil es el siguiente:

- Pacientes con patología grave. No se excluyen neuróticos ni trastornos de personalidad.
- No se encuentran en fase aguda.
- Deseo de seguir un tratamiento psicoterapéutico grupal.
- Capacidad para tolerar un grupo y funcionar dentro del mismo.
- Capacidad de insight.
- Aceptación de las normas de la UP en cuanto a finalidad docente y no meramente asistencial.

Juanjo Belloso Ropero: jbeloso@salud.madrid.org

Terapia de grupo con mujeres con problemas de alcohol

Las pacientes proceden de la UCA, se encuentran en abstinencia pero con importantes problemas relacionales así como experiencias de abusos y malos tratos.

La selección de pacientes está a cargo del Dr. Ponce.

La fecha de inicio es el 15 de octubre. La frecuencia quincenal, con sesiones de hora y media.

Participa una residente PIR de tercer año en calidad de observadora participante.

La duración del trabajo es limitada, con 18 sesiones, a finalizar en junio de 2014.

Si hay propuestas de los distritos tendrían que ser filtradas por Dr. Ponce, al ser un trabajo de la UP para la UCA.

Juanjo Belloso Roper: jbelloso@salud.madrid.org

Intervenciones familiares

El marco de comprensión y las estrategias de intervención se basarán en un modelo integrador, incluyéndose la comprensión desde una perspectiva dinámica relacional (Meltzer, Thomas, Stern, Winnicot, Bion, Atwood, Stolorow, Salvador Beltrán) y de las teorías sistémicas (Selvini, Cirilo, Sorrentino, Stierlin, Linares).

Se parte de la consideración de la familia como experiencia grupal básica en la que se construye el psiquismo.

Se considerarán diferentes focos de tratamiento: parentalidad, conyugalidad, relaciones vinculares y cohesión entre sus miembros.

Se tendrán en cuenta aspectos de la herencia transgeneracional, secretos y mitos familiares.

Perfiles de familia

- Aquellas en que diferentes miembros de la familia, solicitan de forma simultánea cita a diferentes profesionales de los Centros,
- Familias sometidas a procesos de duelo, por pérdidas de gran impacto
- Familias con dificultades graves en fases de crisis vital familiar
- Familias que por su funcionamiento habitual, impidan o dificulten el proceso de autonomía e independencia de los diferentes miembros
- Familias con algún miembro con Trastorno mental grave (fundamentalmente jóvenes)
- Familias donde priman mecanismos primarios de tipo proyectivo entre sus miembros.
- Familias en las que se presentan dificultades en el ejercicio de la parentalidad o la conyugalidad, especialmente cuando se aprecian carencias originarias

Ana López Fuentetaja: alopezf@salud.madrid.org

Psicoterapia Breve en primeros episodios depresivos

Pacientes con T. Depresivo de intensidad moderada, que presentan un primer episodio y en los que es posible identificar como elemento subyacente fundamental la impotencia/desesperanza. Con o sin tratamiento psicofarmacológico.

Foco del trabajo: Detectar y trabajar las causas del sentimiento de impotencia y desesperanza para lograr algo deseado/ anhelado, que sea importante para cada paciente en particular. La depresión como consecuencia de ese sentimiento de impotencia /desesperanza para alcanzar lo deseado. Particularizar qué ocasiona ese sentimiento de impotencia /desesperanza.

Objetivo de la terapia: Reconstruir el sentimiento de potencia personal, de autonomía afectiva /cognitiva respecto a las figuras de las que se depende. Es decir, reconstruir el sentimiento de valía personal.

Javier Ramos García: javier.ramos@salud.madrid.org

Jesús Fernández Rozas: jfrozas@salud.madrid.org

Terapia grupal con Trastornos de ansiedad

Este programa va dirigido a pacientes con orientación diagnóstica primaria de trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia específica, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

El objetivo de este grupo es proporcionar a los pacientes estrategias para el autocontrol de sus niveles de ansiedad y así posibilitar el afrontamiento exitoso de los estímulos estresantes.

Este programa grupal tendrá 12 sesiones semanales de 90 minutos cada una. El grupo será cerrado con 10-12 participantes. Se llevaran a cabo 2 grupos de 2 franjas de edad: El primero de 18 a 45 años y el segundo de 45 en adelante.

Sara Solera Mena: sara.solera@salud.madrid.org



Primera Nevada (Raquel Antón Gallego)

Hoja resumen para derivación a los programas de la Unidad de Psicoterapia - UP

- La UP tiene un carácter esencialmente formativo e investigador.
- Los pacientes derivados son informados y admiten que su tratamiento sea objeto de docencia.
- Las derivaciones internas se realizan de acuerdo a los perfiles propuestos y a la consideración del profesional que deriva sobre su pertinencia docente. Directamente al profesional a través de correo electrónico
- Las intervenciones psicoterapéuticas tienen un encuadre temporal definido y se realizan en el HU12 Octubre de lunes a viernes en horario de tarde.

Descripción	Perfil	Día	Contacto
Psicoterapia individual. Modelo psicodinámico	Adolescentes. 15 -17años. Depresión	Lunes	Ángeles Castro acmaso@salud.madrid.org
Psicoterapia individual. Intervención familiar. Modelo psicodinámico integrador	Niños, preadolescentes y jóvenes. 7-16 años. Ansiedad	Lunes	Angélica Esteban angelica.esteban@salud.madrid.org
Trabajo grupal. Metodología activo-directiva	Adultos. TMG	Martes	Juanjo Belloso jbelloso@salud.madrid.org
Terapia familiar. Modelo integrador	Familias	Martes	Ana López alopezf@salud.madrid.org
Psicoterapia individual. Modelo psicodinámico.	Adultos. Depresión	Miércoles	Javier Ramos javier.ramos@salud.madrid.org Jesús Fernández jfrozass@salud.madrid.org
Intervención grupal Modelo cognitivo-conductual. 12 sesiones	Adultos ansiedad	Viernes	Sara Solera sara.solera@salud.madrid.org

2. EVALUACION CRÍTICA DE TRATAMIENTOS

INFORME FARMACOLÓGICO SOBRE DESVENLAFAXINA

David Rentero, Alexandra Bagny, Montserrat Caballero,
Roberto Rodríguez-Jiménez y Miguel Ángel Jiménez Arriero

*Unidad de Hospitalización. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.
Hospital Universitario 12 de Octubre*

INTRODUCCIÓN

Desvenlafaxina (DSV), u *O*-desmetilvenlafaxina, es el principal metabolito activo del antidepresivo venlafaxina.

INDICACIONES

DSV está aprobada en Estados Unidos y, recientemente en España, para el tratamiento de los episodios depresivos mayores, con el nombre comercial de *Pristiq*®. Se dispone de comprimidos de liberación prolongada de 50 y 100 mg.

La eficacia clínica de DSV para el tratamiento de pacientes con depresión a dosis de entre 50 y 400 mg/día ha quedado evidenciada en diversos ensayos clínicos controlados con placebo. Las dosis de 50 y 100 mg/día han demostrado ser superiores en eficacia a placebo, sin haberse demostrado beneficio adicional con dosis superiores, que por otro lado sí aumentarían el riesgo de efectos secundarios.

FARMACODINÁMICA Y FARMACOCINÉTICA

Al igual que su molécula precursora (venlafaxina), DSV es un inhibidor de la recaptación de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA), y en menor grado de dopamina; sin embargo, presenta una afinidad más fuerte por el transportador de NA (hasta tres veces mayor que venlafaxina) y una afinidad más débil por el de 5-HT. De esta forma, el ratio de bloqueo NA/5-HT de DSV es diferente al de venlafaxina, y se aproximaría más al de duloxetina (el otro antidepresivo recientemente comercializado en España que inhibe la recaptación de 5-HT y NA). Así, a las dosis iniciales de 50 mg /día ya inhibe la recaptación de 5-HT y de NA, mientras que con la venlafaxina sería necesario aumentar las dosis iniciales de 75 mg/ día hasta dosis de 225-375 mg/día para conseguir un efecto noradrenérgico significativo. DSV no presenta actividad inhibitoria de la monoaminooxidasa y en estudios animales muestra escasa afinidad por los receptores colinérgicos, histaminérgicos y alfa-1-adrenérgicos cerebrales, lo cual se ha relacionado con ventajas en cuanto a la tolerabilidad y seguridad.

La biodisponibilidad oral de DSV es del 80,5%, presenta el pico plasmático a las 7,5 horas y su vida media de eliminación es de 11 horas. Su absorción digestiva se ve mínimamente afectada por la presencia de alimentos. Se metaboliza mayoritariamente mediante glucuronooconjugación (uridin-difosfato-glucuronil transferasa) y en menor medida a través del citocromo P450 CYP 3A4, con mínima interacción con otros enzimas del citocromo P450, como el sistema 2D6. Esto conferiría a DSV ventajas potenciales frente a venlafaxina, ya que

este último fármaco sí se metaboliza a través del sistema 2D6, por lo que sus niveles plasmáticos se ven influenciados por el genotipo de dicho enzima. Así, en función de su variante genética los sujetos pueden ser metabolizadores rápidos o lentos de venlafaxina, lo que podría condicionar la respuesta al antidepresivo. Además aparece un riesgo de interacción con otros fármacos que se metabolicen a través del sistema 2D6. La ventaja de DSV es que sus niveles plasmáticos se ven influenciados mínimamente por este metabolismo, por lo que el genotipo del CYP 2D6 o la interacción con otros fármacos tendrían impacto menor sobre la biodisponibilidad del fármaco. Finalmente, DSV se une poco a proteínas plasmáticas (30%) y se elimina fundamentalmente por la orina.

EFICACIA

La eficacia de DSV en el tratamiento de la depresión mayor ha sido demostrada mediante varios ensayos clínicos aleatorizados, doble-ciego y controlados. La mayor parte de estos estudios son a corto plazo, existiendo menos estudios a largo plazo.

De Martinis et al (2007) llevaron a cabo un ensayo clínico doble ciego, aleatorizado y controlado con una muestra total de 480 pacientes con episodio depresivo mayor. En este estudio, llevado a cabo durante ocho semanas, se administraron dosis de 100, 200 o 400 mg/día de DSV, o bien placebo. Los resultados fueron que los pacientes tratados con dosis de 100 y 400 mg/día experimentaron una disminución estadísticamente significativa de la puntuación en la Escala Hamilton para la depresión (HAM-D) comparada con la producida por placebo. En el grupo de los pacientes tratados con 200 mg/día se observó una diferencia no significativa, pero sí una tendencia a favor del fármaco, y también una mejoría significativa en medidas clínicas secundarias como la escala CGI-I (Clinical Global Impression-Improvement) y CGI- S (Clinical Global Impression-Severity).

En otro trabajo publicado el mismo año, *Septien-Velez et al (2007)* llevaron a cabo un ensayo clínico de ocho semanas de duración con placebo y dosis de 200 y 400 mg/día de DSV, en el que se encontró que ambas dosis obtenían una tasa de respuesta (definida como disminución de la HAM-D al 50% o menos de la puntuación inicial) superior a placebo.

Boyer et al (2008) también demostraron una disminución estadísticamente significativa de la puntuación en la Escala HAM-D para dosis de 50 y 100 mg/día de DSV frente a placebo. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado de una duración de ocho semanas. También se alcanzó una mejoría clínica significativa de DSV frente al placebo en escalas de evaluación secundarias como la escala CGI-I.

Liebowitz et al (2008) realizaron un ensayo clínico con dosis de 50 y 100 mg/día de DSV. En este estudio, de ocho semanas de duración, se observó un cambio en la HAM-D mayor que el obtenido con placebo para dosis de 50 mg /día. Para la dosis de 100 mg/día se obtuvo significación estadística en escalas de medidas secundarias como la CGI-I y CGI-S, no en escala HAM-D.

Estos y otros estudios posteriores corroboran la eficacia de este antidepresivo. Así, *Thase et al (2009)* llevaron a cabo un análisis integrado de nueve ensayos clínicos previos. Encontraron que en pacientes tratados con dosis de 50, 100, 200 y 400 mg/día se producía una disminución significativa de la puntuación en la escala HAM-D, comparado con el grupo placebo.

Finalmente se han realizado estudios para conocer la dosis mínima eficaz de DSV. *Iwata et al* (2013) realizaron un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, con dosis menores de DSV, de 25 y 50 mg/día, obteniendo datos estadísticamente significativos de eficacia frente a placebo para dosis de 50 mg/día, no así para dosis de 25 mg/día.

También, *Liebowitz et al* (2013) llevaron a cabo un estudio publicado recientemente con dosis de 10 y 50 mg/día de DSV frente a placebo, con datos de eficacia para la dosis de 50 mg/día pero no para la de 10mg/día, indicando que la dosis mínima eficaz de DSV sería de 50 mg/día.

Existe un sólo estudio a largo plazo acerca de la eficacia de DSV en el tratamiento de la depresión mayor. *Rosenthal et al* (2013) llevaron a cabo este estudio con una duración de 11 meses en el que se encontró que con dosis de 50 mg/día, DSV demostró ser eficaz en la prevención de recaídas frente a placebo.

En base a todos estos estudios, se puede afirmar que DSV, en las dosis recomendadas de 50 y 100mg/día, es un fármaco eficaz en el tratamiento agudo de episodios depresivos mayores y también en la prevención de recaídas. A mayores dosis, DSV no ha demostrado ser más eficaz y sí se ha demostrado un aumento en la frecuencia de los efectos secundarios.

En comparación con otros antidepresivos, algunos estudios como el realizado por *De Silva et al* (2012), señalan que los fármacos duales presentarían una pequeña, pero significativa superioridad en eficacia frente a los ISRS, en especial en pacientes con depresión grave.

Hasta la fecha no conocemos de estudios experimentales que comparen de forma directa la eficacia y seguridad de DSV con otros antidepresivos. Sin embargo, se ha publicado un trabajo donde se compara de manera indirecta DSV con venlafaxina (*Coleman et al*, 2012). Se trata de una meta-análisis en el que DSV no fue inferior a venlafaxina en términos de eficacia, y obtuvo ventajas en cuanto a tolerancia, con menor frecuencia de náuseas que venlafaxina.

TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD:

En estudios como el publicado por *Lieberman et al* (2009), se ha encontrado una relación dosis-respuesta en relación a la tolerabilidad. A dosis de 50 mg/día, la incidencia de efectos adversos y síntomas de discontinuación debidos a DSV fue similar a la producida por placebo. Sin embargo, con dosis mayores (sobre todo a partir de los 100 mg/día), sí aparecen con mayor frecuencia estos efectos secundarios.

Basado en una revisión de *Nichols et al* (2010) los efectos secundarios más frecuentes con DSV son las náuseas (presentes en un 22-27% de sujetos tratados con dosis de 50-100 mg/día) y, con menor frecuencia, mareos, insomnio, estreñimiento, somnolencia, ansiedad y disfunción eréctil. La incidencia de estos efectos secundarios disminuye tras una semana de tratamiento. Algunos efectos secundarios atribuidos a su efecto noradrenérgico serían el aumento en las cifras de tensión arterial sistólica (aumento medio de 1,2 mmHg con dosis de 50 mg/día), tensión arterial diastólica (aumento medio de 0,7 mmHg con dosis de 50 mg/día), así como de la frecuencia cardíaca. Sin embargo, la incidencia y magnitud de estos efectos adversos es baja con las dosis recomendadas de DSV, aunque alguno de estos cambios puede ser clínicamente relevante en ciertos pacientes, sobre todo en aquellos con riesgo cardiovascular

previo. Otros efectos secundarios descritos son la pérdida de peso, el aumento de las cifras de colesterol total, HDL y triglicéridos.

En cuanto al síndrome de discontinuación o de retirada del fármaco, según el trabajo de *Lieberman et al (2009)*, los síntomas de discontinuación se pueden producir con la retirada brusca de DSV (frecuencia del 5%); sin embargo, con dosis de 50 mg/día estos síntomas, en caso de aparecer, son transitorios y, por lo tanto, no sería necesaria una disminución progresiva de dosis antes de la suspensión total del fármaco. Para dosis mayores de 50 mg/día sí se recomienda una retirada gradual.

COSTE ECONÓMICO:

A continuación se muestran las tablas de coste de los tres antidepresivos (no tricíclicos) comercializados en España con efecto inhibidor de la recaptación de 5-HT y NA.

DESVENLAFAXINA

Presentación	Nº comprimidos	Coste envase	Coste/comprimido
Retard 50 mg	28 comprimidos	23,17 €	0,83 euros
Retard 100 mg	28 comprimidos	37,07 €	1,32 euros

VENLAFAXINA

Presentación	Nº comprimidos	Coste envase	Coste/comprimido
37.5 mg	60 comprimidos	10.18 €	0,17 euros
50 mg	30 comprimidos	6.79 €	0,22 euros
Retard 75 mg	30 comprimidos	10.18 €	0,34 euros
Retard 150 mg	30 comprimidos	20.34 €	0,68 euros

DULOXETINA

Presentación	Nº comprimidos	Coste envase	Coste/comprimido
30 mg	28 comprimidos	30,99 €	1,11 euros
60 mg	28 comprimidos	49,58 €	1,77 euros

Como puede observarse a la mínima dosis eficaz en depresión, el menor coste lo presenta la venlafaxina. Sin embargo, si se pretende llegar a conseguir un efecto dual, serotoninérgico y noradrenérgico, el menor coste lo presenta DSV. El coste de la duloxetina es, en ambas circunstancias, superior.

CONCLUSIONES

- Desvenlafaxina es un metabolito activo de venlafaxina con eficacia antidepresiva
- Es un fármaco con mecanismo de acción dual, serotoninérgico y noradrenérgico desde las dosis iniciales recomendadas (50 mg/día).
- Presenta una farmacocinética más simple y menor riesgo de interacciones farmacológicas.
- Su eficacia en trastorno depresivo mayor en comparación con placebo ha quedado evidenciada en varios ensayos clínicos a corto plazo.
- Su eficacia en prevención de recaídas también ha demostrado ser superior a placebo.
- No hay estudios “head to head” con otros antidepresivos, aunque un estudio indirecto publicado señala la eficacia similar a venlafaxina y posible mejor perfil de efectos secundarios.
- El perfil de seguridad y tolerabilidad es aceptable.
- Su coste a la dosis mínima eficaz es superior al de la dosis mínima eficaz de venlafaxina, e inferior al de la dosis mínima eficaz de duloxetina.
- Su coste a la dosis mínima para alcanzar un efecto dual, serotoninérgico y noradrenérgico, es inferior a la venlafaxina y duloxetina.

Fecha del informe: **Octubre 2013**

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Washington, DC. American Psychiatric Association; 1994

Boyer P, Montgomery S, Lepola U, Germain JM, Brisard C, Ganguly R et al: Efficacy, safety, and tolerability of fixed dose desvenlafaxine 50 and 100 mg/day for major depressive disorder in a placebo-controlled trial. Int Clin Psychopharmacol 2008, 23:243–253

Coleman KA, Xavier VY, Palmer TL, Meaney JV, Radalj LM, Canny LM: An indirect comparison of the efficacy and safety of desvenlafaxine and venlafaxine using placebo as the common comparator. CNS Spectr 2012 ;17:41-131

DeMartinis NA, Yeung PP, Entsuaeh R, Manley AL. : A double-blind, placebocontrolled study of the efficacy and safety of desvenlafaxine succinate in the treatment of major depressive disorder. J Clin Psychiatr 2007; 68:677–688

De Silva VA, Hanwella R: Efficacy and tolerability of venlafaxine versus specific serotonin reuptake inhibitors in treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of published Studies. Int Clin Psychopharmacol 2012; 27:8-16

Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62

Iwata N, Tourian KA, Hwang E, Mele L, Violet C: Efficacy and safety of desvenlafaxine 25 and 50 mg/d in a randomized, placebo-controlled study of depressed outpatients. *J Psychiatr Pract* 2013;13:5–14

Kamath J, Handratta V : Desvenlafaxine succinate for major depressive disorder: a critical review of the evidence. *Expert Rev Neurother* 2008;8:1787-1797

Liebowitz MR, Manley AL, Padmanabhan SK, Ganguly R, Tummala R, Tourian KA: Efficacy, safety, and tolerability of desvenlafaxine 50 mg/day and 100 mg/day in outpatients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2008; 24:1877–1890

Liebowitz MR, Tourian KA, Hwang E, Mele L: A double-blind, randomized, placebo-controlled study assessing the efficacy and tolerability of desvenlafaxine 10 and 50 mg/day in adult outpatients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry* 2013;13:94

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;13:382–389

Nichols AI, Tourian KA, Tse SY, Paul J. Desvenlafaxine for major depressive disorder: incremental clinical benefits from a second-generation serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2010;6:1565-1574.

Septien Velez et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of desvenlafaxine succinate in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22:338–347

Thase ME, Kornstein SG, Germain JM, Jiang Q, Guico-Pabia C, Ninan PT.: An integrated analysis of the efficacy of desvenlafaxine compared with placebo in patients with major depressive disorder. *CNS Spectr* 2009;14:54-144

Tourian K, Wang Y, Li Y: Desvenlafaxine 50 and 100 mg/d in the treatment of major depressive disorder: an 8-week, phase III, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial and a post hoc pooled analysis of three studies. *Clin Ther* 2009; 31:1405–1423



Números Rodantes (Raquel Antón Gallego)

3. OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

- **Web de interés: Fundación ASAM FAMILIA**

La nueva web de la FUNDACIÓN ASAM FAMILIA cuyo enlace es <http://www.fundacionasamfamilia.org/es/> ofrece información sencilla, pero al mismo tiempo rigurosa, sobre las enfermedades mentales con la idea de que se convierta en una página de referencia para pacientes y familiares, en la que un número significativo de psiquiatras ha colaborado. De esta manera, dando a conocer un poco más este tipo de patologías, se pueda contribuir a ir desterrando el estigma de las enfermedades mentales.

Consideramos que es una página de interés para todos. Te rogamos la máxima difusión entre pacientes y familiares, así como entre los profesionales de tu Servicio/Centro.

Un cordial saludo

*Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Hospitales
Servicio Madrileño de Salud
Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7- 3ª planta
28020- Madrid
☎ 91 529 06 19 ☎ 91 529 06 32
✉ orcsaludmental@salud.madrid.org*



- Web de interés: www.esteve.com/snc

Esteve - Área Terapéutica - Sistema nervioso central - Microsoft Internet Explorer proporcionado por HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

http://www.esteve.es/EstevFront/SNC.do

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos

Boletín 35 - Dropbox Esteve - Área Terapéutic... X

Página Seguridad Herramientas

ESTEVE
más cerca

ZONA PRIVADA
Usuario: [input type="text"]
Recordar contraseña: ¿No estás registrado?

Sobre ESTEVE Servicios Áreas Terapéuticas Vademecum MI ESTEVE

MÉDICO · Cambiar perfil Noticias Contacto

Inicio > Médico > Áreas Terapéuticas > Sistema nervioso central

Este área contiene información dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios con capacidad para prescribir o dispensar medicamentos.

Formación acreditada Online

Salud mental en AP. (1ª edición)

 Aporta herramientas al médico de familia para ayudarle a interpretar y valorar las situaciones clínicas de los trastornos mentales y su tratamiento en su consulta de atención primaria. Basado en cuatro casos clínicos con vídeos que reproducen una situación real.

1,5 créditos

[Acceder al curso](#)

Depresión Clínica

 Curso de formación para el abordaje de los pacientes con depresión. Incluye casos clínicos interactivos que permiten valorar e interpretar la evolución del paciente, realizar un diagnóstico y establecer un tratamiento.

1,7 créditos

[Acceder al curso](#)

Esteve en Salud Mental

 Plataforma de formación médica continuada acreditada que incluye cursos, galería multimedia y recursos.

Curso de Salud Mental en AP. 1ª edición con 1,5 créditos.
Curso Depresión Clínica con 1,7 créditos.

[Acceder a la plataforma](#)

Herramientas de Ayuda

Cuadernos de estimulación cognitiva

 Elaborados por los profesionales del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (CPDC) del Instituto de Salud Pública de Madrid y concebidos para que los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve (DCL) realicen estimulación cognitiva en su propio domicilio.

[Acceder a los cuadernos](#)

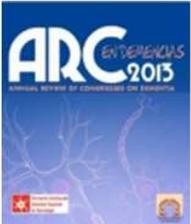
Aplicación del parche transdérmico de Rivastigmina

 Consejos para la correcta aplicación del parche transdérmico de Rivastigmina indicado para la enfermedad de Alzheimer leve a moderadamente grave. Video, zonas de aplicación y dudas frecuentes.

[Acceder a los consejos](#)

Recursos formativos no acreditados

ARC Demencias 2013

 Tiene como objetivo acercar a los especialistas que día a día tratan al paciente con demencia todas las novedades más importantes que en este campo se hayan presentado en los diferentes congresos Internacionales celebrados en 2012.

[Acceder al curso](#)

Novedades en SNC

Magazine Demencias en la red

 Magazine en formato blog imprescindible para el médico interesado en el campo de las demencias. Contiene las noticias más destacadas del último mes; artículos publicados en revistas especializadas, comentarios de libros sobre las demencias de reciente publicación, webs de interés, agenda de congresos nacionales e internacionales y casos clínicos.

Curso de Psicogeriatría (3ª edición)

Inicio Esteve - Área Terapéutic... Boletín AGCPISM h12o - n...

Internet 100% 2:04

Esteve - Área Terapéutica - Sistema nervioso central - Microsoft Internet Explorer proporcionado por HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

http://www.esteve.es/EsteveFront/SNC.do

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos

Boletín 35 - Dropbox Esteve - Área Terapéut...

Acceder al curso

Curso de Psicogeriatría (3ª edición)

Temas básicos en el abordaje de pacientes de edad avanzada y problemas mentales, además de presentaciones interactivas de casos clínicos.

Acceder al magazine

Vademécum de SNC

Accede a los productos del área terapéutica de Sistema Nervioso Central (SNC)

Prometax
Xeristar
Más productos de SNC

Material de interés

Revista Psiquiatría Privada de la ASEPP

Patrocinada por ESTEVE, la revista cuatrimestral Psiquiatría Privada nace con el objetivo de catalizar la relación de vínculo de los asociados de la ASEPP, favoreciendo su comunicación y asociacionismo, poniendo al día las actividades de la Asociación e impulsando su crecimiento cualitativo y cuantitativo.

asepp
Asociación Española de Psiquiatría Privada

Descargar el PDF

Webs de interés

Promeplan

Programa de información y apoyo para cuidadores/familiares de enfermos con demencia.

Acceder a www.promeplan.com

Privacidad · Aviso legal · Política de cookies · Ayuda

© 2013 ESTEVE. · Todos los derechos reservados

Inicio Inicio Esteve - Área Terapéut... Boletín AGCPSPM h12o - n... Internet 100% 2:07



Ladera Roja (Raquel Antón Gallego)

• Mario Sandoval con el Proyecto "El Huerto de Roberto"

Queridos amigos, Recientemente la Fundación El Buen Samaritano desde su proyecto "El huerto de Roberto": integración y empleo para personas con enfermedad mental y promoción de hábitos saludables, ha editado un recetario para recaudar fondos para dicho proyecto, que intenta autofinanciarse desde sus comienzos.

Adjuntamos unos carteles para que podáis apoyar la iniciativa desde vuestros recursos. Os agradecemos la difusión de la información. Muchas gracias.

"RECETAS PARA DISFRUTAR DE LA VIDA", en colaboración con el Chef Mario Sandoval

En el libro "**Recetas para disfrutar de la vida**" encontrarás recetas fáciles y saludables del Chef Mario Sandoval, y consejos elaborados por participantes de "El huerto de Roberto" en formato de receta, para afrontar el día a día (receta para la alegría, para el buen humor, contra la tristeza, para la vitalidad...).

Con la compra del libro por 12€, **nos ayudas a mantener los puestos de trabajo creados para personas con enfermedad mental dentro del mismo (67% de la plantilla) y a fomentar una imagen realista del colectivo.** Además, estarás contribuyendo a que cada año 300 personas con discapacidad se beneficien de las actividades de "El huerto de Roberto", favoreciendo la adquisición de hábitos de vida saludable, mejorando su alimentación, promocionando la práctica de ejercicio físico y la creación de huertos urbanos, como medio para mejorar su calidad de vida.

Haz tu pedido a través de: elhuertoderoberto@yahoo.es o en el teléfono **91 525 21 40**.

Puedes recoger el recetario en cualquiera de nuestros recursos:

- Centro de Rehabilitación Laboral "Carabanchel": C/ Camino de Ingenieros, 13, 28047. Madrid.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial-Centro de Día "Carabanchel": C/ Matilde Hernández, 97-99, 28025. Madrid.
- Centro de Rehabilitación Laboral "Villaverde": C/ Alcocer, 42, 28041. Madrid.

O si prefieres que te lo llevemos a casa, el envío tiene un coste de 7,04€. ¡No te lo pierdas!

María López

Coordinadora de Proyecto

El Huerto de Roberto, un huerto urbano

Camino de los Ingenieros, 13 (28047 Madrid)

Telef. 91.525.21.40 Fax: 91.462.36.52

Web: www.fundacionbuensamaritano.es/huerto

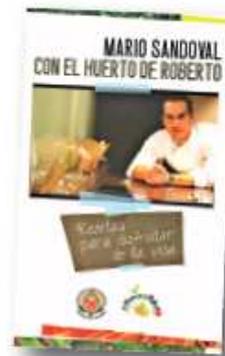


El Chef Mario Sandoval con El Huerto de Roberto

Recetario

12€

¡¡Disfrútalo!!



Siembra futuro para las personas con enfermedad mental, colaborando con el Proyecto "El huerto de Roberto" de la Fundación El Buen Samaritano.

En el libro **Recetas para disfrutar de la vida** encontrarás recetas fáciles y saludables del Chef Mario Sandoval, y consejos elaborados por participantes de "El huerto de Roberto" en formato de receta, para afrontar el día a día (receta para la alegría, para el buen humor, contra la tristeza, para la vitalidad...).

Con la compra del libro por 12€, nos ayudas a mantener los puestos de trabajo creados para personas con enfermedad mental dentro del mismo (67% de la plantilla) y a fomentar una imagen realista del colectivo. Además, estarás contribuyendo a que cada año 300 personas con discapacidad se beneficien de las actividades de "El huerto de Roberto", favoreciendo la adquisición de hábitos de vida saludable, mejorando su alimentación, promocionando la práctica de ejercicio físico y la creación de huertos urbanos, como medio para mejorar su calidad de vida.

Haz tu pedido a través de: elhuertoderoberto@yahoo.es o en el teléfono **91 525 21 40**.

Puedes recoger el recetario en cualquiera de nuestros recursos:

- Centro de Rehabilitación Laboral "Carabanchel": C/Camino de Ingenieros, 13, 28047, Madrid.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial-Centro de Día "Carabanchel": C/Matilde Hernández 97-99, 28025, Madrid.
- Centro de Rehabilitación Laboral "Villaverde": C/Alcocer, 42, 28041, Madrid.

O si prefieres que te lo llevemos a casa, el envío tiene un coste de 7,04€.

No te lo pierdas!



Con la colaboración de



www.fundacionbuensamaritano.es/huerto

- **CRL y CD Usera: Campañas solidarias**

Estimad@s compañer@s:

Os informamos de las próximas iniciativas solidarias que se han organizado desde el **CRL y CD de Usera**.

Este año repetimos la campaña de Recogida de Juguetes, debido al gran éxito de la anterior edición. Como novedad, este año, el CD ha promovido una iniciativa de recogida de alimentos, que esperamos que tenga excelentes resultados.

Se pueden llevar a cabo gracias a la participación voluntaria de profesionales del Centro de Día, EASCs, Pisos Supervisados y CRL de Usera, usuarios de estos recursos y otros profesionales de otras entidades con las que existe colaboración.

Os rogamos la máxima difusión.

II CAMPAÑA DE RECOGIDA DE JUGUETES.

“Un juguete, una sonrisa”

Los días **2, 3 y 4 de Diciembre** se recogerán los juguetes en el **Centro Cultural Meseta de Orcasitas**, en **horario de 9,30 a 14h y de 15 a 17,30h**.

I CAMPAÑA DE RECOGIDA DE ALIMENTOS.

Se recogerán alimentos no perecederos los días **2, 3 y 4 de Diciembre** se recogerán en el **Centro Cultural Meseta de Orcasitas**, en **horario de 9,30 a 14h y de 15 a 17,30h** y en el **Centro de Día** en **horario de 9 a 18h**.

Para más información consultar el cartel informativo.

CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL DE USERA

C/ Beasain, 25 - 31 Local Posterior
28041 Madrid
Telf.: 91.341.89.67

Red pública de Atención Social a personas
con enfermedad mental grave y duradera
Consejería de Asuntos Sociales

Gestión Técnica: WALK Rehabilitación y Desarrollo Integral

II Campaña de RECOGIDA DE JUGUETES

promovida por el CRL de Usera

"Un juguete, Una sonrisa"

Los días **2, 3 y 4 de diciembre** se recogerán los juguetes en el **Centro Cultural Meseta de Orcasitas** en horario de 09:30 a 14:00 horas y de 15:00 a 17:30 horas.

A partir del 9 de diciembre, estos juguetes serán entregados en el mismo Centro Cultural a aquellas familias derivadas de Servicios Sociales de la zona y que hayan solicitado cita previa.



www.walkredi.org

CENTRO CONCERTADO CON
Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

I Campaña de RECOGIDA DE



ALIMENTOS

promovida por el Centro de Día de Usera

Se recogerán alimentos no perecederos los días **2, 3 y 4 de diciembre** en el **Centro Cultural Meseta de Orcasitas** en horario de 09:30 a 14:00 horas y de 15:00 a 17:30 horas, y los mismos días en el **Centro de Día de Usera** en horario de 09:00 a 18:00 horas.

Los alimentos recogidos serán entregados posteriormente al Proyecto **Alimentos Solidarios** que colabora con más de 150 familias del Distrito de Usera.

DIRECCIONES

Centro Cultural "Meseta de Orcasitas"
Plaza de la Asociación s/n
Centro de Día Usera
Gainza 315, posterior, locales 2 y 3.

CONTACTO

Centro de Rehabilitación Laboral de Usera
tel: 91 341 89 67
Centro de Día Usera
tel: 91 428 26 26



4. CONVOCATORIAS

- **Cursos de Formación en Gestión Clínica, Investigación y Adicciones on line - <https://www.pupillum.com>**

The screenshot displays the Pupilum website interface. At the top, there is a navigation bar with the Pupilum logo and a 'Acceder al campus' button. The main heading reads 'El Mejor Curso de Medicina para ti es Online y está aquí, en Pupilum'. Below this, a paragraph describes the platform's offerings, and three icons represent 'Cursos Acreditados', 'Cursos Prácticos', and 'Cursos de Calidad'. The 'Cursos actuales' section features a grid of course cards, each with a title, duration, and credit value. At the bottom, a search section asks '¿No has encontrado lo que buscabas?' and provides a form with fields for 'Temas que te interesan' and 'Tu email', along with a '¡OK!' button. The footer contains the Pupilum logo, contact information, and social media links.

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

pupillum [Acceder al campus](#)

El Mejor Curso de Medicina para ti es Online y está aquí, en Pupilum

El campo de la Medicina no deja de avanzar y tampoco debería dejar de hacerlo tu formación. En Pupilum encontrarás Cursos de Formación Médica Continuada con los que podrás actualizar conocimientos y aprender nuevas habilidades para tu práctica clínica diaria. Nosotros te lo ponemos fácil. Y tú ¿has elegido ya tu Curso de Medicina preferido?

- Cursos Acreditados**
Solicitamos acreditación para todos nuestros cursos, para que tu esfuerzo se vea reconocido.
- Cursos Prácticos**
Ofrecemos cursos muy prácticos. Para que lo que aprendas lo puedas aplicar al día siguiente.
- Cursos de Calidad**
Seleccionamos a los mejores profesores de entre quienes más experiencia tienen en la materia.

Cursos actuales

 <p>30 horas - 3,8 CREDITOS</p> <p>Pubertad Normal y Patológica</p>	 <p>30 horas - 4,2 CREDITOS</p> <p>Gestión Clínica en la Práctica Asistencial</p>	 <p>40 horas - 4,7 CREDITOS</p> <p>Nutrición en la Infancia y en la Adolescencia</p>
 <p>30 horas - 3 CREDITOS</p> <p>El recién nacido: características y problemas más frecuentes</p>	 <p>30 horas - 4,2 CREDITOS</p> <p>Abordaje Clínico del Trastorno Límite de Personalidad en la Práctica Clínica</p>	 <p>30 horas - 4,2 CREDITOS</p> <p>Metodología de la Investigación</p>
 <p>30 horas - 3 CREDITOS</p> <p>Manejo de las Adicciones en Medicina</p>	 <p>30 horas - 4,2 CREDITOS</p> <p>Una Perspectiva Compleja del TDAH (Déficit de Atención e Hiperactividad)</p>	 <p>30 horas - 4,2 CREDITOS</p> <p>Enfoque y manejo racional de patología inflamatoria articular de inicio</p>

¿No has encontrado lo que buscabas?
Dinos qué te interesa y te avisaremos

Temas que te interesan Tu email

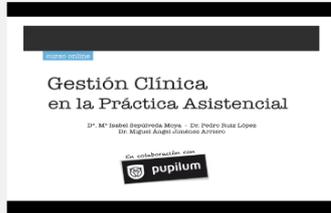
pupillum [Sobre Pupilum](#) | [Términos y condiciones](#) | [Política de privacidad](#) | [Política de cookies](#) | [Facebook](#) | [Twitter](#) | [Blog](#)

<https://www.pupillum.com/etiquetas/psiquiatra>

ES 3:15 25/11/2013

Gestión Clínica en la Práctica Asistencial

<https://www.pupilum.com/cursos/gestion-clinica-en-la-practica-asistencial>



Gestión Clínica en la Práctica Asistencial

Dr. Jiménez Arriero – D^a Sepúlveda Moya – Dr. Ruiz López

Con este curso podrás conocer los conceptos básicos de la gestión clínica y adquirir las herramientas y habilidades necesarias para el manejo de planes de mejora, de calidad, funcionales y estratégicos

Ayuda a otros médicos a formarse. ¡Compártelo!



 **25 inscritos**
¡Aún tenemos una plaza disponible para ti!

 **Acreditación**
Se solicitará la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

 **Precio: 350,00€**
Apúntate ahora por solo **190,00€**

[Matriculate ahora](#)

Metodología de la investigación

<https://www.pupilum.com/cursos/metodologia-de-la-investigacion>



Metodología de la Investigación

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez - D^a Marisol Martín López

Conoce con este curso los principales aspectos de la metodología de investigación y descubre las claves que te permitirán realizar una lectura crítica de artículos y responder a preguntas por medio de proyectos de investigación realizables

Ayuda a otros médicos a formarse. ¡Compártelo!



 **31 inscritos**
¡Aún tenemos una plaza disponible para ti!

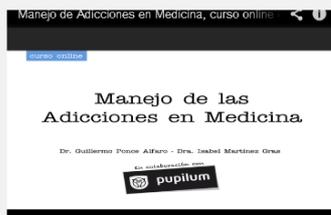
 **Acreditación**
Se solicitará la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

 **Precio: 215,00€**
Apúntate ahora por solo **95,00€**

[Matriculate ahora](#)

Manejo de las Adicciones en Medicina

<https://www.pupilum.com/cursos/manejo-de-las-adicciones-en-medicina>



Manejo de las Adicciones en Medicina

Dr. Guillermo Ponce Alfaro – Dra. Isabel Martínez Gras

Descubre con este curso los aspectos básicos de la patología asociada a las adicciones, así como su tratamiento, de cara al manejo eficiente de situaciones clínicas, complicaciones y urgencias que se puedan presentar de forma común en diferentes dispositivos no especializados

Ayuda a otros médicos a formarse. ¡Compártelo!



 **19 inscritos**
¡Aún tenemos una plaza disponible para ti!

 **Acreditación**
Se solicitará la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

 **Precio: 190,00€**
Apúntate ahora por solo **85,00€**

[Matriculate ahora](#)

- **Taller de formación en Psiquiatría** (Colegio de Médicos de Madrid)

II CURSO

DELIBERACIONES EN PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MÉDICA 2013/2014



Organizado por la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con la colaboración de la Asociación Española de Psicoterapia

PRESENTACIÓN: Más que cualquier otra especialidad médica, la psiquiatría debe estudiar los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, en la salud y en la enfermedad. Pero todos los médicos han de conocer estos aspectos y además, aquellos que lo deseen, poder profundizar en ellos. Por eso, **la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del ICOMEM** organiza el presente **CURSO**, en un formato pensado para favorecer la deliberación entre los asistentes:

Una exposición de un tema relevante de psiquiatría/psicología médica durante 50 min, comentado y puesto en contexto por un Deliberador, seguido por deliberación general de todos los presentes, hasta completar un tiempo total de 2 horas.

LUGAR: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

FECHAS: En general, los primeros martes de cada mes, con algunas excepciones (ver programa)

HORARIO: De 19 h a 21 h

INSCRIPCION: Por correo electrónico info@psicoter.es Por teléfono 902 10 52 10

MATRICULA: Gratuita para médicos colegiados al corriente en el pago de cuotas. Profesionales en otras condiciones € 60

DIPLOMA: se expedirá diploma de participación como actividad acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid y por la Asociación Española de Psicoterapia. Solicitada acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

3 diciembre 2013. La percepción pública del Psiquiatra.

Ponente: Dra. María Dolores Crespo Hervás. Doctora en Medicina y Especialista en Psiquiatría. Presidenta del PAIME - ICOMEM, Programa de Atención Médica Integral al Médico Enfermo, y del PAIJME – ICOMEM. Programa de Atención Médica Integral a Jueces y Magistrados. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

Deliberador: Pendiente de confirmación.

14 de enero 2014. El Trastorno Borderline: Su tratamiento

Ponente: Dr. Hugo B. Bleichmar. Doctor en Medicina, Psicoanalista, Miembro de la IPA. Director de Forum, Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica. Director del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Pontificia de Comillas

Deliberador: Dr. Carlos Mirapeix Costas. Director de la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad. Miembro del Comité Directivo de la Asociación Internacional de Psicoterapia Cognitivo Analítica. Co-Director del curso de Especialista Universitario en Psicoterapia de los Trastornos de la Personalidad, Universidad de Deusto.



Bosque silencioso (Raquel Antón Gallego)

• **Psicosomática. De las diferentes teorías a la práctica clínica** (IEPPM y Servicio de Salud Mental de la Fundación Jiménez Díaz – Capiro Madrid)

OBJETIVO DEL CURSO

Como en años anteriores, este curso, "PSICOSOMÁTICA: de las diferentes teorías a la práctica clínica", se llevará a cabo dentro del marco de convergencia entre la Fundación Jiménez Díaz y el Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.

Su objetivo es la difusión del pensamiento psicoanalítico en torno a la medicina psicosomática y pretende hacer un recorrido, desde los diferentes desarrollos teóricos de base, incluyendo los aportes de la Escuelas Americana, Inglesa y Francesa, para adentrarnos en la comprensión del funcionamiento mental en relación al enfermar somático.

Para desarrollar estos temas, contamos con un grupo de profesores con una enorme formación y experiencia clínica en cada uno de los temas a abordar

METODOLOGÍA

Exposición de los contenidos teóricos, acompañados de material de casos clínicos.

HORARIO:

Miércoles quincenal de 19,30 h. a 21 h.

DURACIÓN:

Del 9 de Octubre de 2013 al 7 de Mayo de 2014.

CERTIFICADOS

Se proporcionará Certificado de Asistencia a los alumnos que asistan a un mínimo del 90 % de las horas de clase, con control de firmas.

Plazas limitadas al aforo del aula (aprox. 65). La admisión se hará por orden de llegada del boletín de inscripción

PROGRAMA DEL CURSO

9 OCTUBRE 2013
El significado del Síntoma
D. Rafael Cruz Roche
Médico Psiquiatra

23 OCTUBRE 2013
La constitución del sujeto y el aparato psíquico
Dña. Pilar de Pablo
Psicóloga Clínica

6 NOVIEMBRE 2013
La entrevista diagnóstica, Relación médico paciente
Dña. M^o del Pilar Nieto
Médico Psiquiatra

20 NOVIEMBRE 2013
Factores psíquicos en el enfermar: derivas psicológicas y somáticas
D. Javier Alarcón
Psicólogo Clínico

4 DICIEMBRE 2013
Ejes psicopatológicos. Patologías de conflicto versus patologías de déficit
Dña. Pilar de Pablo
Psicóloga clínica

18 DICIEMBRE 2013
Trastornos del narcisismo. Somatización-depresión
D. Enrique García Bernardo
Médico Psiquiatra

8 ENERO 2014
Escuela Americana
D. Manuel Fernández-Criado
Médico Psiquiatra

22 ENERO 2014
Escuela Inglesa
Dña. M^o Eugenia Cid
Psicóloga Clínica

5 FEBRERO 2014
Escuela Francesa
D. Manuel Pérez López
Médico Psiquiatra

19 FEBRERO 2014
Teorías e intervención en la crisis
D. Pedro Gil Corbacho
Médico Psiquiatra

5 MARZO 2014
Duelo patológico
D. Francisco Muñoz
Psicólogo clínico

19 MARZO 2014
La psicosomática en atención primaria
D. Mariano Marcos Bernaldo de Quirós
Médico Psiquiatra

2 ABRIL 2014
La psicosomática en el hospital general. Psicooncología
Dña. Beatriz Rodríguez Vega
Médico Psiquiatra

23 ABRIL 2014
El enfermar a lo largo del ciclo vital
D. Ángel Huescar
Psicólogo clínico

7 DE MAYO 2014
El pensamiento psicosomático-psicoanalítico en la formación de profesionales sanitarios
D. Gerardo Gutiérrez
Psicólogo Clínico



El gato entre los libros (Raquel Antón Gallego)

- **La Psicología Clínica en la Sanidad Pública: Sesiones clínicas 2013-14**
(Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid – Sección Psicología Clínica y de la Salud)



Desde la Sección de Psicología Clínica y de la Salud, conscientes de la importancia de la tarea que los psicólogos clínicos vienen ejerciendo en los servicios sanitarios públicos, realizamos en 2013 un ciclo de sesiones clínicas para dar a conocer este trabajo al resto de los colegiados, y mostrar una panorámica de los distintos ámbitos en los que desarrollan su actividad. Tras la experiencia deseamos continuar con la realización de este ciclo en el curso lectivo 2013-2014, continuar con la realización de este ciclo. En estas sesiones se expondrá el abordaje psicológico de casos, cuya complejidad exige, además de las habilidades técnicas de los psicólogos responsables, la comprensión de los diferentes contextos en que éste se desarrolla dentro de la red sanitaria y la colaboración interdisciplinar con otros especialistas.

Organizadas desde la Sección de Psicología Clínica y de la Salud y coordinadas por D^a Concepción Pérez Salmón, miembro de la Junta Directiva de la Sección, las sesiones son de carácter breve e incluyen la exposición del caso y el posterior coloquio con los asistentes. Para solicitar las fichas de las sesiones se debe escribir un correo a la atención del Coordinador de la Sección D. José Félix Rodríguez Rego: expertopsicoterapia@gmail.com

Estas sesiones están dirigidas a psicólogos colegiados y estudiantes de psicología que acrediten su condición.

Entrada libre y gratuita.

Programa

Martes, 26 de Noviembre de 2013. De 19:00 a 20:30 horas.

Tratamiento de dolor de miembro fantasma: a propósito de un caso.

D. Jaime José Mas Esquerdo. Psicólogo clínico, colegiado M-15852. Hospital Central de la Defensa. Adjunto del Servicio de Psicología Clínica.

Martes, 10 de Diciembre de 2013. De 19:00 a 20:30 horas.

Intervención grupal en mujeres víctimas de violencia de género.

D^a Marisa López Gironés. Psicóloga clínica, colegiada M-03078. Centro de Salud Mental de Hortaleza. Experta en violencia de género.

Martes, 14 de Enero de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Las técnicas psicomotrices aplicadas a un tratamiento de TDA.

D. Carlos Mas Pérez. Psicólogo clínico, colegiado M-13003. Centro de salud Mental de Barajas.

Martes, 18 de Febrero de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Psicopatología y riesgo social en un niño: la coordinación entre diversos dispositivos como parte del plan terapéutico.

D^a Angeles Castro Masó. Psicóloga clínica, colegiada M-15015. Centro de Salud Mental de Villaverde.

Martes, 11 de Marzo de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Intervención en un caso de alcoholismo. El trabajo en la UDA.

D^o Cristina Salanova Otero. Psicóloga clínica, colegiada M-19648. Hospital Rodríguez Lafora. Unidad de deshabitua-
ción alcohólica.

Martes, 1 de Abril de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

El psicólogo clínico en la Interconsulta del Hospital General. La Unidad de Diabetes.

D^o Blanca Amador Sastre. Psicóloga clínica, colegiada M-00427. Centro de Salud Mental de Fuencarral. Programa de
diabetes del Hospital La Paz.

Martes, 8 de Abril de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Psicoterapia de grupo de jóvenes con biografías traumáticas.

D^o Ana López Fuentetaja. Psicóloga clínica, colegiada M-05744. Centro de Salud Mental de Villaverde.

Martes, 13 de Mayo de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

***Alimentación y dinámica familiar. Intervención psicoterapéutica con un niño en un servicio de salud mental
pública.***

D^o Angélica Esteban Arroyo. Psicóloga clínica, colegiada M-14984. Centro de Salud Mental de Villaverde.

Lugar de celebración:

Salón de Actos del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Cuesta de San Vicente n4, 5 planta 28008 Madrid

Teléfono 91 541 99 99 · Fax 91 547 22 84

e-mail: formacion@cop.es web: www.copmadrid.org



- **Presentación de Isabel Morales** (Laboratorio Psicofisiología)

El jueves **12 de diciembre 2014**, de 12:30 a 13:30h, en el aula docente de la planta 6^a del edificio nuevo (CAA), Isabel Morales (Laboratorio Psicofisiología) nos hará una presentación sobre el trabajo que estuvo haciendo durante los meses de estancia este año en el Laboratorio del Prof Steven Hillyard en la Universidad de San Diego - California. Creo que será muy interesante de cara a futuros proyectos.

Si creéis que a alguien más le puede interesar y no le he puesto mail, no dudéis en comentárselo. Gracias, Roberto

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez

Coordinador de Investigación del Servicio Psiquiatría. Profesor Asociado.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. CIBERSAM

Glorieta de Málaga s/n. 28041 Madrid. España.

• **Curso "El modelo del Maudsley Hospital"** (Elena Gutiérrez y Ana Rosa Sepúlveda)
Hospital Universitario 12 de Octubre, 19 y 20 Diciembre 2013

Dirigido a: Psiquiatras, Psicólogos y Enfermería

El modelo teórico del Maudsley Hospital dirigido a trabajar con las familias de personas con un trastorno del comportamiento alimentario nos ha ayudado a recuperar la familia como un elemento clave en el tratamiento efectivo de la paciente. Se ha organizado un programa estructurado de entrenamiento, que consta de 15 horas de formación teórica y práctica, dirigido a familiares/cuidadores con el fin de enseñar estrategias de comunicación efectivas, comprensión más profunda del significado de los síntomas y por último, estrategias de resolución de problemas para la convivencia diaria con la enfermo/a.

La formación adecuada de los profesionales (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, nutricionistas...) para trabajar desde este modelo es recomendable. Los profesionales serán



entrenados en habilidades recogidas en el modelo de entrevista motivacional de Rollnick y Miller, la teoría del cambio de Prochaska y otras estrategias del modelo cognitivo-conductual



INSCRIPCIÓN gratuita por orden de recepción hasta completar el aforo (20 plazas).
Para poder asistir al curso mande un correo electrónico con su nombre, apellidos profesión y DNI a la siguiente dirección: elena.gutierrez@salud.madrid.org
Teléfono de contacto: 915001015
(posibilidad de concesión de 2.3 créditos de formación continuada)

PROGRAMA ESTRUCTURADO: Aprendiendo habilidades psicoterapéuticas para trabajar con familias en trastorno alimentario: El Modelo del 'Maudsley Hospital'

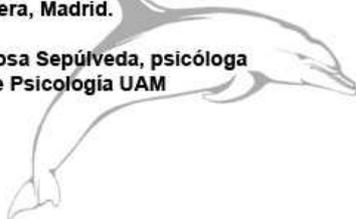
Objetivos:

- Qué son y cómo se realizan los talleres estructurados psicoeducativos para familias según el modelo del Maudsley
- Papel de la Entrevista Motivacional en el modelo
- Comprendiendo la enfermedad. Cómo mejorar las habilidades terapéuticas
- Cómo promover el cambio. Dificultades en la motivación y adherencia al tratamiento.
- Cómo mejorar la comunicación con las familias. 'Cuidando al cuidador'
- Estrategias de respuesta a situaciones problemáticas

Directoras del curso:

Dra. Elena Gutiérrez, psiquiatra
CSM de Usera, Madrid.

Dra. Ana Rosa Sepúlveda, psicóloga
Facultad de Psicología UAM



CURSO DE FORMACION PARA PROFESIONALES

Aprendiendo habilidades psicoterapéuticas para trabajar con familias en trastornos alimentarios:
El Modelo del 'Maudsley Hospital'

fecha: 19 y 20 de diciembre 2013
lugar: Hospital 12 de Octubre.
Salón de Actos
duración: 15 horas

Dra. Elena Gutiérrez. Centro de Salud Mental de Usera. Madrid
Dra. Ana Rosa Sepúlveda. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

JUEVES 19 DE DICIEMBRE 2013

9.30-12.00
Uso de la Entrevista Motivacional en Salud Mental.
Modelo de estrés en la familia con TCA

12.15-14.00
Dirigiendo las relaciones. Aprendiendo habilidades de comunicación, cómo mejorar la relación con el paciente.
Trabajando las emociones intensas para trabajar en la enfermedad

15.00-17.00
Comprendiendo cuándo, cómo, dónde y por qué el cambio de conducta. Cómo promover estos cambios desde el campo profesional. Práctica de las estrategias de la 'escucha reflexiva'.

17.15-19.00
Cómo trabajar las barreras y/o resistencias que pone la paciente. Pensando alternativas de respuestas para ayudar a la paciente a la adherencia del tratamiento.

19.15-20.30
Trabajando con conductas difíciles en casa. Como ayudar a las familias a dar respuesta eficaces. Análisis y resolución de problemas.

VIERNES 20 DE DICIEMBRE 2013

09.00-11.00
Trabajando con conductas difíciles en casa. Cómo ayudar a las familias a dar respuesta eficaces. Análisis y resolución de problemas.

11.15-14.15h
Revisión de Contenidos.
Práctica de distintos escenarios problemáticos, cómo actuar. Cuestiones generales y feedback.

5. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

• Publicaciones

• Gutiérrez-Alvarez E, Sepúlveda AR, Anastasiadou D y Parks M. **Familia y trastornos del comportamiento alimentario: avances en evaluación y diseño e intervención Psicoeducativa**. *Clínica Contemporánea*. 2013, 4, 1: 107-117.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a2.pdf>

• Taboada D, Alvarez-Alonso MJ y Denia F. **Aportaciones del Neuropsicólogo en un Hospital General, desde la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría**. *Clínica Contemporánea*. 2013, 4, 2: 153-160.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a5.pdf>

• Rosillo Herrero M y Hernández Monsalve M. **"Ideas para una salud mental crítica y participativa"**. (Re)habilitación - Recuperación - (Re)volución. *AMSM - Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 2013. 36: 30-34.

En: <http://amsm.es/category/boletines>

• Publicaciones del Servicio de Psiquiatría situadas en el Primer Decil ⁷

PUBLICACIONES DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SITUADAS EN EL PRIMER DECIL

(Publicadas en revistas situadas entre el 10% de las mejores de su ámbito de estudio)

2012. The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Co-norming and standardization in Spain. Rodriguez-Jimenez R, Bagny A, Garcia-Navarro C, Aparicio AI, Lopez-Anton R, Moreno-Ortega M, Jimenez-Arriero MA, Santos JL, Lobo A, Kern RS, Green MF, Nuechterlein KH, Palomo T, Schizophr Res. 2012 Feb;134(2-3):279-84. Epub 2011 Dec 20. 1. 22192501. 0920-9964

2012. Stress-Induced Neuroinflammation: Role of the Toll-like Receptor-4 Pathway. Garate I, Garcia-Bueno B, Madrigal JL, Caso JR, Alou L, Gomez-Lus ML, Mico JA, Leza JC. Biological psychiatry. 2012 Aug 17 Volume: Issue: Pages: . 1. 22906518. 0006-3223

2012. Impairments of prepulse inhibition of the startle response in abstinent alcoholic male patients. Marin M, Ponce G, Martinez-Gras I, Koenke A, Curivil P, Jimenez-Arriero MA, Rubio G. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire). 2012 Sep Volume: 47 Issue: 5 Pages: 545-51. 1. 22582183. 0735-0414

2011. Variables involved in the cue modulation of the startle reflex in alcohol-dependent patients. Rubio G, Borrell J, Jimenez M, Jurado R, Grüsser SM, Heinz A. Addiction biology. 2011 Oct 4 Volume: Issue: Pages: . 1. 21967507. 1355-6215

2011. The anti-inflammatory prostaglandin 15d-PGJ2 and its nuclear receptor PPARgamma are decreased in schizophrenia. Martinez-Gras I, Perez-Nievas BG, Garcia-Bueno B, Madrigal JL, Andres-Esteban E, Rodriguez-

⁷ Información actualizada en el apartado de INVESTIGACION de nuestra web

- Jimenez R et al., Schizophrenia research. 2011 May Volume: 128 Issue: 1-3 Pages: 15-22. 1. 21334179. 0920-9964
2011. Convergent evidence of the contribution of TP53 genetic variation (Pro72Arg) to metabolic activity and white matter volume in the frontal lobe in schizophrenia patients.. Molina V,Papiol S,Sanz J,Rosa A,Arias B,Fatjo-Vilas M et al.,. NeuroImage. 2011 May 1 Volume: 56 Issue: 1 Pages: 45-51. 1. 21296169. 1053-8119
2010. The ANKK1 gene associated with addictions is expressed in astroglial cells and upregulated by apomorphine.. Hoenicka J,Quinones-Lombrana A,Espana-Serrano L,Alvira-Botero X,Kremer L,Perez-Gonzalez R,Rodriguez-Jimenez R,Jimenez-Arriero MA,Ponce G,Palomo T,. Biological psychiatry. 2010 Jan 1 Volume: 67 Issue: 1 Pages: 3-11. 1. 19853839. 0006-3223
2010. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics.. Montejo AL,Majadas S,Rico-Villademoros F,Llorca G,De La Gandara J,Franco M,Martin-Carrasco M,Aguera L,Prieto N,Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction,. The journal of sexual medicine. 2010 Oct Volume: 7 Issue: 10 Pages: 3404-13. 1. 20214720. 1743-6095
2010. Executive function in schizophrenia: influence of substance use disorder history.. Rodriguez-Jimenez R,Bagney A,Martinez-Gras I,Ponce G,Sanchez-Morla EM,Aragües M,Rubio G,Jimenez-Arriero MA,Santos JL,Palomo T,PARG,. Schizophrenia research. 2010 May Volume: 118 Issue: 1-3 Pages: 34-40. 1. 19854622. 0920-9964
2010. Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders.. Lopez-Castroman J,Gomez DD,Belloso JJ,Fernandez-Navarro P,Perez-Rodriguez MM,Villamor IB,Navarrete FF,Ginestar CM,Currier D,Torres MR,Navio-Acosta M,Saiz-Ruiz J,Jimenez-Arriero MA,Baca-Garcia E,. Schizophrenia research. 2010 Feb Volume: 116 Issue: 2-3 Pages: 184-90. 1. 19945257. 0920-9964
2010. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates.. Miret M,Nuevo R,Morant C,Sainz-Corton E,Jimenez-Arriero MA,Lopez-Ibor JJ,Reneses B,Saiz-Ruiz J,Baca-Garcia E,Luis Ayuso-Mateos J,. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2010 Sep Volume: 18 Issue: 9 Pages: 839-47. 1. 20220600. 1064-7481
2010. Detection of subclinical depression in bipolar disorder: a cross-sectional, 4-month prospective follow-up study at community mental health services (SIN-DEPRES).. Vieta E,de Arce R,Jimenez-Arriero MA,Rodriguez A,Balanza V,Cobaleda S,SIN-DEPRES Group,. The Journal of clinical psychiatry. 2010 Nov Volume: 71 Issue: 11 Pages: 1465-74. 1. 20816029. 0160-6689
2009. The D2 dopamine receptor gene variant C957T affects human fear conditioning and aversive priming.. Huertas E, Ponce G, Koeneke MA, Poch C, España-Serrano L, Palomo T, Jiménez-Arriero MA, Hoenicka J. Genes, brain, and behavior. 2009 Oct 7 Volume: Issue: Pages:. 1. 19900188. 1601-1848
2009. The ANKK1 Gene Associated with Addictions Is Expressed in Astroglial Cells and Upregulated by Apomorphine.. Hoenicka J, Quiñones-Lombrana A, España-Serrano L, Alvira-Botero X, Kremer L, Pérez-González R, Rodríguez-Jiménez R, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Palomo T. Biological psychiatry. 2010; Jan 1;67(1):3-11. 1. 19853839. 0006-3223
2008. Use of cocaine by heavy drinkers increases vulnerability to developing alcohol dependence: a 4-year follow-up study.. Rubio G, Manzanares J, Jiménez M, Rodríguez-Jiménez R, Martínez I, Iribarren MM et al.. The Journal of clinical psychiatry. 2008 Apr Volume: 69 Issue: 4 Pages: 563-70. 1. 18373382. 0160-6689
2008. Hypofunction of right temporoparietal cortex during emotional arousal in depression.. Moratti S, Rubio G, Campo P, Keil A, Ortiz T. Archives of general psychiatry. 2008 May Volume: 65 Issue: 5 Pages: 532-41. 1. 18458205. 0003-990X
2008. Gray matter deficits in bipolar disorder are associated with genetic variability at interleukin-1 beta gene (2q13).. Papiol S, Molina V, Desco M, Rosa A, Reig S, Sanz J et al.. Genes, brain, and behavior. 2008 Oct Volume: 7 Issue: 7 Pages: 796-801. 1. 19125864. 1601-1848
2008. DRD2 and ANKK1 genotype in alcohol-dependent patients with psychopathic traits: association and interaction study.. Ponce G, Hoenicka J, Jiménez-Arriero MA, Rodríguez-Jiménez R, Aragües M, Martín-Suñé N et al.. BJP review of books. 2008 Aug Volume: 193 Issue: 2 Pages: 121-5. 1. 18669994. 0007-1250

2007. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice.. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL et al.. Br J Psychiatry. 2007 Mar Volume: 190 Issue: Pages: 210-6. 1. 17329740. 0007-1250
2006. Ventriculo-atrial shunt infection. Necessity of cardiovascular consultation and surgery in two cases. Abad C, Justo García I, Feijoo J, Ponce G. Anales de medicina interna (Madrid, Spain : 1984). 2006 Nov Volume: 23 Issue: 11 Pages: 559-60. 1. 17330358. 0212-7199
2006. Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers.. Artaloytia JF, Arango C, Lahti A, Sanz J, Pascual A, Cubero P et al.. The American journal of psychiatry. 2006 Mar Volume: 163 Issue: 3 Pages: 488-93. 1. 16513871. 0002-953X
2005. Ventricular enlargement in schizophrenia is associated with a genetic polymorphism at the interleukin-1 receptor antagonist gene.. Papiol S, Molina V, Desco M, Rosa A, Reig S, Gispert JD et al.. NeuroImage. 2005 Oct 1 Volume: 27 Issue: 4 Pages: 1002-6. 1. 16019233. 1053-8119
2005. Hypofrontality in men with first-episode psychosis.. Molina V,Sanz J,Reig S,Martinez R,Sarramea F,Luque R,Benito C,Gispert JD,Pascau J,Desco M,. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2005 Mar Volume: 186 Issue: Pages: 203-8. 1. 15738500. 0007-1250
2005. Genetic linkage of autosomal dominant progressive supranuclear palsy to 1q31.1.. Ros R, Gómez Garre P, Hirano M, Tai YF, Ampuero I, Vidal L et al.. Annals of neurology. 2005 May Volume: 57 Issue: 5 Pages: 634-41. 1. 15852377. 0364-5134
2005. Depression in Parkinson's disease is related to a genetic polymorphism of the cannabinoid receptor gene (CNR1).. Barrero FJ, Ampuero I, Morales B, Vives F, de Dios Luna Del Castillo J, Hoenicka J et al. The pharmacogenomics journal. 2005 Volume: 5 Issue: 2 Pages: 135-41. 1. 15668727. 1470-269X
2005. A new mutation of the tau gene, G303V, in early-onset familial progressive supranuclear palsy.. Ros R, Thobois S, Streichenberger N, Kopp N, Sánchez MP, Pérez M et al.. Archives of neurology. 2005 Sep Volume: 62 Issue: 9 Pages: 1444-50. 1. 16157753. 0003-9942
2004. The new mutation, E46K, of alpha-synuclein causes Parkinson and Lewy body dementia.. Zarranz JJ, Alegre J, Gómez-Esteban JC, Lezcano E, Ros R, Ampuero I et al.. Annals of neurology. 2004 Feb Volume: 55 Issue: 2 Pages: 164-73. 1. 14755719. 0364-5134
2003. Association between cannabinoid receptor gene (CNR1) and childhood attention deficit/hyperactivity disorder in Spanish male alcoholic patients.. Ponce G, Hoenicka J, Rubio G, Ampuero I, Jiménez-Arriero MA, Rodríguez-Jiménez R, Palomo T, Ramos JA. Molecular psychiatry. 2003 May Volume: 8 Issue: 5 Pages: 466-7. 1. 12808424. 1359-4184



Ocaso (Raquel Antón Gallego)

- **Premio a la MIR 4º año Helena Fernández Garcimartín et al**



IV Concurso Nacional de Casos en Patología Dual

Por decisión del Comité Evaluador, se otorga el premio al

Mejor Caso clínico en Patología Dual en enfoque Evolutivo

a

Helena Fernández Garcimartín

Por el Caso

¿SE PUEDE CONFUNDIR EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD? Patología dual en TDAH

Helena Fernández Garcimartín¹, Alex Raul Lorie Vega², Carlos Jesús Rodríguez Caro³, Guillermo Ponce Alfaro^{1, 8}

Motivo de consulta

Mujer de 37 años que acude a la Unidad de Conductas Adictivas de su hospital de referencia remitida por su Médico de Atención Primaria por dependencia a cocaína y consumo perjudicial de alcohol.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Su madre ha padecido depresión.

Antecedentes personales

Médicos: No antecedentes médicos-quirúrgicos de interés.

Psicobiográficos: embarazo y parto normal. Desarrollo psicomotor normal, con adecuada adquisición de los hitos del desarrollo. Tuvo algunos miedos hasta los 10 años, a la oscuridad y a dormir sola. Antecedentes de enuresis hasta los 8 años. En la infancia era descrita por sus familiares como una niña muy inquieta, con dificultad para acabar las tareas y centrar su atención. Era incapaz de mantenerse sentada durante más de media hora, tenía tendencia a meterse en líos y a ser castigada por sus padres

(1) Unidad de Conductas Adictivas. Hospital 12 de Octubre (2) Servicio de Psiquiatría. Hospital Fundación Jiménez Díaz (3) Servicio de Psiquiatría. C.H.U. Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Médico rotante de la Unidad de Conductas Adictivas. Hospital 12 de Octubre.

Persona de contacto: Helena Fernández Garcimartín.

y sus profesores. Solía ser marginada por sus compañeros. En el instituto repitió 1º de BUP y COU. Se licenció en Odontología. A los 26 años comienza a trabajar en una clínica dental. Por aquella época emprende una relación de pareja, que evoluciona de manera conflictiva. Conviven juntos y continúa trabajando hasta los 35 años, momento en que ingresa en clínica de desintoxicación debido a sus problemas con el consumo de cocaína. Durante el ingreso rompe la relación con su pareja. Tras salir del ingreso vuelve a casa de sus padres y retoma su actividad laboral.

Psiquiátricos: comienza a consumir cocaína a los 20 años, esnifada, alrededor de un cuarto de gramo una a dos veces por mes, asociada al consumo previo de alcohol, en contexto social y con fines recreativos. Tras comenzar la relación de pareja, aumenta el consumo de cocaína llegando a esnifar 1 gramo diario precedido de consumo de alcohol (entre 1 y 3 cervezas). Consulta por primera vez en Centro de Salud Mental a los 32 años, tras ser derivada desde el servicio de urgencias, donde había acudido en varias ocasiones por sobreingestas medicamentosas. Desde los 16 años ha presentado episodios de atracones de comida en frecuencia variable de hasta 3 atracones diarios durante la etapa universitaria, seguidos de conductas purgativas (vómitos e ingesta de laxantes). Fueron reduciéndose en frecuencia hasta la actualidad. Ingresó durante 6 meses en clínica de desintoxicación. Su periodo de máxima abstinencia completa fue de 8 meses incluyendo su estancia en la clínica. Tras ese período recayó en el consumo de cocaína y alcohol, que ha mantenido hasta la actualidad

Anamnesis:

En la primera consulta relató su historia de consumo de cocaína desde los 20 años hasta la actualidad. Durante la etapa universitaria refería que, de manera “muy puntual”, la utilizó en épocas de exámenes para “tener más energías, estar lúcida y poder concentrarme”. En los últimos años señalaba como desencadenantes del consumo los conflictos con su expareja y el hecho de que éste también consumiera. Como consecuencias problemáticas del consumo describe varios enfrentamientos con su pareja y con sus padres. Refiere que ha realizado varios intentos frustrados de deshabitación. Respecto a los episodios de atracones, refiere haber realizado menos de 10 en el último año. Describe varios intentos autolíticos previos mediante sobreingesta medicamentosa, en el contexto de conflictiva familiar y de pareja, asociados al consumo de cocaína, y que describe como “una vía de escape” en ese momento, con sensación de descontrol emocional y con sentimientos de arrepentimiento posterior.

Exploración física y psicopatológica

Cuando la paciente acudió a consulta mostraba un aspecto algo descuidado. Se registró una Tensión arterial de 118/85 mmHg, una frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, una temperatura corporal de 36°C, un peso de 65 Kg y una altura de 168 cm. A la exploración mental se encontraba consciente y orientada. Ligera inquietud psicomotriz, abordable y colaboradora, adecuada conductualmente. Normoproséxica. Discurso logorreico y con tendencia a precipitar respuestas ante el entrevistador. Ansiedad manifiesta aunque no referida. No datos de semiología afectiva mayor. Inestabilidad emocional de larga duración. Insomnio de mantenimiento. No síntomas

de intoxicación o abstinencia. Dificultad en el control de impulsos, con episodios de heteroagresividad verbal. No ideación autolítica en el momento actual. Planes de adherencia a tratamiento y motivación para iniciar la abstinencia.

Pruebas complementarias

- Pruebas analíticas y médicas: Hemograma, Bioquímica de sangre (incluyendo iones y enzimas hepáticas), coagulación y perfil tiroideo sin hallazgos patológicos significativos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto.
- Escalas de valoración:
 - Adult ADHD Self-Report Scale (escala autoaplicada de síntomas de TDAH del adulto): compatible con la presencia de TDAH (puntuación 4 sobre 6 en la sección A).
 - Wender Utah Rating Scale (WURS, que evalúa retrospectivamente la presencia de síntomas de TDAH durante la infancia): compatible con TDAH en la infancia (puntuación de 56).
 - Escala de impulsividad de Barrat (BIS 11): puntuación total = 89. Impulsividad cognitiva = 22. Impulsividad motora = 34. Impulsividad no planeada = 33.

Diagnóstico

Cuando la paciente acude a la Unidad, había sido diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad (TLP, código 301.83 del DSM-IV-TR), Dependencia de cocaína (304.50), y Bulimia nerviosa (307.51). La paciente cumplía algunos de los criterios diagnósticos de TLP: Inestabilidad en las relaciones interpersonales; Impulsividad potencialmente perjudicial para sí misma (consumo de sustancias y atracones de comida); Comportamientos, amenazas o intentos suicidas recurrentes (sobreingestas medicamentosas); Ira inapropiada o intensa, sobre todo en el contexto de consumo de cocaína; e Inestabilidad afectiva con episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad.

Durante su seguimiento en la Unidad nos planteamos el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad subtipo combinado (TDAH, código 314.01) debido a que desde su infancia, la paciente ha presentado un patrón de inatención y distraibilidad acusadas que repercutieron negativamente en su rendimiento escolar y en sus relaciones interpersonales. Según se fue acercando a la edad adulta, se atenuaron los síntomas de inatención pero adquirieron relevancia los rasgos de impulsividad, que probablemente influyeron en el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias y de una bulimia nerviosa. Persistieron las dificultades en la organización de las tareas y el tiempo, así como en la inhibición y modulación de emociones, que ocasionaba una marcada inestabilidad emocional y fracaso en las relaciones interpersonales. Asimismo la paciente presentaba un discurso logorreico en las entrevistas con ella, a menudo precipitando respuestas ante el entrevistador. Tras completar las escalas de evaluación diagnóstica de TDAH en la infancia y en el adulto, la paciente cumplía criterios para dicho trastorno.

Tratamiento

Cuando acudió a la Unidad, la paciente se encontraba en tratamiento con Fluoxetina 20mg/día, Topiramato 200mg/día y Trazodona 100mg/día. Debido al consumo concomitante de cocaína y alcohol, se introdujo tratamiento interdicator con Disulfirám 50mg/día, previo consentimiento de la paciente. Debido a que cumplía criterios para diagnóstico de TDAH se decidió instaurar Metilfenidato de liberación prolongada a dosis de 36 mg/día. Asimismo se incluyó a la paciente en un programa de terapia grupal de tipo psicoeducativo, con una frecuencia semanal a lo largo de 15 sesiones, donde se tratan aspectos biológicos y psicológicos de las adicciones. Tras completar dicho programa, se incluyó a la paciente en una terapia grupal de continuación con un formato de autoayuda, donde acude semanalmente.

Evolución

Desde el inicio del seguimiento en la Unidad, la paciente se mantuvo abstinente en el consumo de cocaína y alcohol. Refería que el tratamiento con Disulfirám había sido de gran ayuda a la hora de lograr la abstinencia, debido a que el consumo de alcohol solía ser un factor desencadenante del consumo de cocaína. La paciente ha mantenido una buena adherencia al tratamiento farmacológico y ha acudido con regularidad a las sesiones de grupo, donde ha contribuido de manera enriquecedora en sus intervenciones hacia los demás miembros, mostrando un discurso coherente y con alta capacidad de introspección. En ningún momento ha manifestado conductas disruptivas para el grupo ni expresiones de desregulación emocional. En las últimas entrevistas la paciente refería una mejoría importante de su estado anímico, una mejor relación con sus padres y una mayor capacidad para organizarse en horarios y tareas.

Discusión

La paciente había sido diagnosticada de Trastorno límite de personalidad debido a que cumplía algunos criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para dicho trastorno. Sin embargo, en la revisión del caso nos replanteamos dichos criterios desde el punto de vista del TDAH, cuya clínica puede cursar con inestabilidad emocional, dificultades importantes en las relaciones interpersonales y conductas impulsivas como el uso de sustancias, los intentos de suicidio o la bulimia nerviosa. El trastorno por uso de sustancias tiene una alta prevalencia en pacientes con TDAH (entre un 15 y un 30 %¹), cursando con una mayor duración y gravedad del consumo y una mayor resistencia al tratamiento². Por otro lado, algunos autores han encontrado una asociación entre TDAH y suicidio, en probable relación con el consumo de tóxicos e impulsividad³. Por último, se ha visto que los pacientes con TDAH y con Trastorno de la conducta alimentaria comparten factores como la impulsividad, la baja autoestima y algunos patrones neuropsicológicos como déficits atencionales o en las funciones ejecutivas⁴. Todo ello sumado a la buena respuesta al metilfenidato y a la remisión de conductas impulsivas una vez mantenida la abstinencia a tóxicos, nos apoyaría el diagnóstico de TDAH y no de Trastorno límite de personalidad.

Bibliografía

1. Kessler RC, Adler L et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4): 716-23
2. Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27(2): 283-301.
3. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(6):408-15.
4. Mattos P, Palmini A, Salgado CA et al. Consensus of Specialists on the Diagnosis of Attention-deficit/hyperactivity Disorder in Adults. *Rev Psiq RS*. 2006; 28: 50-60.

Octubre 23-26, 2013 **Barcelona** -España

www.cipd2013.com



Zorros (Raquel Antón Gallego)

9. PASATIEMPOS...



El neurotransmisor empleado por las interneuronas en candelabro -expresadoras de parvalbúmina- (chandelier cells) implicadas en la fisiopatología de la esquizofrenia es:

- a. Glutamato
- b. GABA
- c. Glicina
- d. Serina

En relación con la denominada "hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia", la propuesta con más peso en la actualidad es:

- a. Hipofunción de los receptores NMDA
- b. Hipofunción de los receptores AMPA
- c. Hipofunción de los receptores Kainato
- d. Hipofunción de los receptores metabotrópicos

¿Cuál es el circuito objeto de gran interés en la actualidad por ser susceptible al estrés y los glucocorticoides y cuya fisiopatología es compartida por la esquizofrenia, la depresión mayor y el trastorno por estrés postraumático?

- a. Circuito tronco del encéfalo-corteza prefrontal
- b. Circuito hipotálamo-corteza prefrontal
- c. Circuito hipocampo-corteza prefrontal
- d. Circuito núcleo caudado-tálamo

Los niveles séricos de litio mínimos por los que este fármaco demuestra superioridad al resto en el control de recaídas en el trastorno bipolar son:

- a. 0,4 mMol/l
- b. 0,6 mMol/l
- c. 0,8 mMol/l
- d. 1,0 mMol/l

¿Cuál de entre los siguientes antipsicóticos ha demostrado recientemente eficacia en la respuesta de síntomas depresivos (especialmente los considerados nucleares) en los episodios depresivos del trastorno bipolar?

- a. Paliperidona
- b. Asenapina
- c. Iloperidona
- d. Lurasidona

La mayor duración y recurrencia de los episodios depresivos:

- a. No tiene influencia en el pronóstico
- b. No tienen repercusión sobre el nivel de funcionamiento psicosocial
- c. Se relacionan con una tasa de éxito terapéutico mayor
- d. Puede tener un efecto neurotóxico sobre el cerebro

La anhedonia en la depresión:

- a. Es un efecto secundario cuando se utilizan estabilizadores del ánimo
- b. Es un síntoma que no tiene tratamiento en la actualidad
- c. Es un síntoma nuclear en la depresión
- d. Es un síntoma residual asociado a la depresión resistente

En el trastorno depresivo mayor:

- a. Se ha demostrado alteraciones en el procesamiento emocional
- b. Los síntomas residuales no se relacionan con el pronóstico a largo plazo
- c. No existe evidencia de alteraciones cognitivas
- d. No hay evidencias de la implicación de la corteza prefrontal en su etiopatogenia

¿Cuál es la dosis más apropiada de agomelatina en la mayoría de los pacientes?

- a. 12.5 mg./d
- b. 25 mg./d
- c. 50 mg./d
- d. 75 mg/d

En el tratamiento de la depresión:

- a. La rapidez de respuesta no es un factor pronóstico en la evolución del trastorno
- b. Se ha mostrado prioritario el bloqueo de los receptores DRD4 de dopamina
- c. Se ha demostrado la eficacia y rapidez de respuesta de agonistas melatonérgicos M1 y M2 con antagonismo simultáneo de los receptores serotoninérgicos 5HT-2C.
- d. Es recomendable esperar al menos seis semanas para valorar el efecto del tratamiento antes de realizar un cambio en el abordaje terapéutico inicial.

En relación a los pacientes con dependencia a sustancias estimulantes...

- a. El factor emocional (autotratamiento) suele ser el principal factor de riesgo.
- b. La impulsividad es debida al consumo continuado.
- c. No suelen tener antecedentes familiares de consumo de sustancias sedantes (como el alcohol).
- d. Los hermanos sanos (sin consumo) muestran más impulsividad que la población con hábitos de consumo ocasional.

Cuáles de las siguientes afirmaciones es falsa:

- a. La dopamina está implicada en la fisiopatología del TOC.
- b. El trastorno dismorfofóbico corporal se asocia a un alteración de vías dopaminérgicas.
- c. Las neuroimagen funcional de pacientes con TOC muestran una mayor captación en nucleus accumbens.
- d. La Enfermedad de la Tourette se caracteriza por una conducta adictiva.

El modafinilo:

- a. Es un antiepiléptico.
- b. Suele empeorar la impulsividad.
- c. Tiene efecto beneficioso sobre la toma de decisión impulsiva.
- d. Suele tener un efecto sedante sobre el SNC.

¿Cuál de los siguientes es el componente del cannabis que más se asocia a la aparición de síntomas psicóticos?

- a. Tetrahidrocanabinol.
- b. Sacarosa.
- c. Fenilciclidina.
- d. Canabidiol.

En relación a la presencia de depresión mayor en pacientes con trastorno por consumo de sustancias es falso que:

- a. La depresión suele ser secundaria al trastorno por consumo de sustancias.
- b. No hay evidencia que demuestre la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la depresión en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
- c. Es mejor tratar primero el trastorno por consumo de sustancias y luego la depresión.
- d. El trastorno por consumo de sustancias se asocia a un mala evolución de la depresión mayor.

Respuestas: en las intervenciones de los ponentes que resumen en español lo más novedoso del conocimiento neuropsicofarmacológico en el campo de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, los trastornos afectivos y las adicciones, el TDAH y la ansiedad presentado en el último Congreso Europeo de Neuropsicofarmacología (26th ECNP Congress. Barcelona, 5-9 Octubre 2013). **Se pueden ver los vídeos de las intervenciones en www.psiquiTV.com, previa inscripción gratuita.**

PsiquiTV - Retransmisión Online - Microsoft Internet Explorer proporcionado por HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

http://www.psiquitv.com/

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos

PsiquiTV - Retransmisión Online

La presente web utiliza cookies para mejorar su experiencia de navegación y realizar tareas de análisis. Al continuar con su navegación entendemos que da su consentimiento a nuestra política de cookies

www.psiquiTV.com

Inicio Ponentes Contenidos Acreditación Contacto Foro

LO MEJOR DEL
26th ECNP 2013
CONGRESS
Madrid, 30 de octubre de 2013 de 18.00 a 19.15 h.
sesión científica
acreditada
2,2 créditos

Retransmisión on-line a través de:
www.psiquiTV.com

Dr. Pedro Sánchez
Esquizofrenia y trastorno bipolar.
▶ ponencia ▶ diapositivas ▶ preguntas chat

Dra. Ángela Ibáñez
Lo mejor sobre Depresión.
▶ ponencia ▶ diapositivas ▶ preguntas chat

Dr. Jordi Blanch
Adicciones, TDAH, Ansiedad.
▶ ponencia ▶ diapositivas ▶ preguntas chat

Acceso Usuarios

usuario:
contraseña:
Entrar

REGÍSTRATE para
obtener
ACREDITACIÓN

FORO pregunta a la
comunidad de psiquiTV

Síguenos

Invitación

Programa

Inicio Internet Explorer Boletín AGCP5M h12o - n... CASO CLINICO[1] - Mic... 50% 0:42

9. 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,
salvo las EXTRAORDINARIAS, que empiezan a las 13.00 h. hasta Diciembre 2013 inclusive*

• Calendario Sesiones Clínicas de Area: Diciembre 2013 – Enero 2014

DICIEMBRE 2013

- 4 **Unidad de Transición Hospitalaria (UTH)**
- 11 **Programa de Conductas Adictivas (UCA)**
- 18 *Sesión Extraordinaria: “El imperio de las pulsiones y los sentidos”*
Luis F. Agüera Ortiz

ENERO 2014

- 8 **Sesión del Residente**
- 15 **Unidad Infanto-Juvenil**
- 18 *Sesión Extraordinaria: “Los cinco niveles de intervención en la Psicoterapia
Humanista Integrativa” José F. Zurita*
- 29 **CSM Usera**

FEBRERO 2014

- 5 **Sesión del Residente**
- 12 **UHB 12 de Octubre**
- 19 *Sesión Extraordinaria: “Etiología de la conducta paranoide”*
Pedro Cubero Bros
- 26 **CSM Carabanchel**

10. Contraportada artística: Raquel Antón Gallego



Raquel nació en el año 1972 en una familia humilde de tradición artesana. Estudió Bellas Artes e Historia del Arte. Desde que terminó su carrera ha desarrollado una gran actividad relacionada siempre con su profesión. Ha hecho numerosas exposiciones en diferentes lugares tanto en materia de pintura como de restauración de antigüedades. Uno de sus trabajos más importantes en este campo lo hizo en el Museo Etnográfico de San Sebastián de los Reyes en Madrid. También ha ejercido como profesora de restauración y por último trabajó en el museo Thyssen, de auxiliar de sala, compaginando este trabajo con su actividad artística.

Hace 4 años aproximadamente abrió un paréntesis en su carrera debido al inicio de una enfermedad mental, pero en la actualidad, en plena recuperación, tiene de nuevo un proyecto de vida orientado a la recuperación de su carrera artística. En la actualidad y desde hace más de un año vive en la Mini-Residencia de Cobeña. Ha realizado una exposición de fotografía en la biblioteca municipal, ha realizado la decoración de un teatro de títeres para una función para niños realizada en la plaza del pueblo (ver foto) y en la actualidad está volviendo a pintar cuadros, preparando una nueva exposición y participará en el mercadillo navideño del pueblo de Cobeña. Además realiza broches y otros artículos artesanales que expone y vende en su blog: <http://brochesran.blogspot.com.es/>... el cual ha puesto nuevamente en funcionamiento y en el que se puede observar gran parte de su obra.

Desde luego es todo un ejemplo de superación y demuestra una vez más, que la enfermedad mental, es sólo eso, una enfermedad más y con el tratamiento y apoyo adecuado, no tiene por qué anular la identidad y capacidades de la persona, siendo muy importante que los profesionales y la red de apoyo tomemos conciencia de ello.

Susana García Arias Vallez
Directora Miniresidencia de Cobeña

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



Teatro de títeres para niños en Cobeña

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 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 AGCPSM 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: descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>