



CURSO SUPERIOR INTERNACIONAL EN PSICOTRAUMATOLOGÍA

“ACTUALIZACIÓN, NEUROBIOLOGIA, CLÍNICA Y TERAPEUTICA”

DIRECTORA: Dra. Daniela Flores Helguero

SECRETARIA: Dra. Mariela Galeano

Co coordinadores: Dra Alejandra Ruiz Lopez y Dr Adrian Cillo

INTRODUCCIÓN:

El termino Estrés presenta un abanico de conceptos y análisis, que desde el punto de vista médico, biológico y psíquico requiere un abordaje integral, así como es importante lograr entender dicho concepto para un médico, es esencial, no solo el concepto sino el proceso biológico y sus huellas en lo psíquico y neurobiológico. Para así lograr un proceso diagnostico que es clave, cuando el estrés logra establecer alteraciones, vulnerabilidad, susceptibilidad, todos estos conceptos con distintas implicancias que un médico en la práctica diaria debería incorporar para la pesquisa, y eventual proceso diagnóstico, para implementar medidas de apoyo, prevención e intervenciones. Existen distintas modalidades de estrés, las mismas son espejo de como la adaptación dar lugar a la presentación de la Homeostasis, alostasis, por ejemplo. Con el fin último, en un proceso de análisis y descripción de estos lograr entender cómo surge la huella en lo biológico y lo psíquico del estrés. Estas huellas, presentan distintos cimientos, trastornos y el conocimiento de estos permite en la práctica diaria al médico, lograr una intervención eficaz, y lograr una respuesta al tratamiento implementado. En estas presentaciones del estrés, el estrés postraumático, es una entidad por si misma compleja, por distintas presentaciones, abordajes, implicancias. Que ameritan un detallado análisis. El estrés a lo largo de la vida presenta configuraciones en lo biológico y psíquico, que cada uno de los presentadores, analizará y dará cuenta que es imprescindible para la práctica diaria su correcto abordaje. La memoria en el estrés se ve afectada es un modo complejo y con huellas que contribuyen al deterioro de los recursos biológicos y psíquicos que el sujeto presenta para enfrentar un estrés extremo. El cual propulse danos deletreos como también habilitar recursos biológicos que contribuyan a su instalación, que es de importancia conocer para lograr una intervención temprana. Así mismo, el procesamiento de las emociones y el estrés tiene distintas presentaciones neurobiológicas y clínicas, que ameritan, un apartado para cada una de dichas entidades, como es el estrés, emociones, y la disociación, como es su proceso diagnóstico, abordaje y estrategias e intervenciones. No debemos perder de vista que el estrés y sus huellas, presenta distintas facetas, las mismas podrían tener un abordaje biológico / clínico, el mismo es la psicoterapia, y coincide con todos los expertos a nivel internacional, que nos ayudaran a desentrañar el estrés y sus huellas, que es el punto de partida para cualquier intervención y seguimiento en el proceso diagnóstico.

OBJETIVOS Y COMPETENCIAS:

- Comprender las bases de teoría de la disociación Traumática.
- Lograr diferenciar el impacto del trauma transgeneracional en el paciente.
- Introducir a la teoría del apego en vinculación a las experiencias traumáticas de la infancia.
- Analizar la multicausalidad del trauma infantil y su abordaje terapéutico.
- Evaluar, identificar y definir factores de riesgo, vulnerabilidad y protectores frente al riesgo suicida en pacientes con trauma complejo.
- Describir y analiza el enlace biológico y sus modalidades, homeostasis y halostasis en el estrés, además de las huellas que perduran en el trauma.
- Analizar indicadores de Psicotrauma a través de técnicas proyectivas, adquirir conocimientos básicos del psicodiagnóstico para usarlo como herramienta en la clínica.
- Alcanzar una aproximación al concepto de Resiliencia, al debate en torno a su predisposición o desarrollo con aportes de distintos marcos teóricos y psicoterapéuticos para su promoción desde la perspectiva integral.
- Analizar desde lo biológico el porqué de los blancos terapéuticos en psicofarmacología
- Brindar comparaciones sobre las antiguas y nuevas estrategias psicofarmacológicas en el TEPT.

PROGRAMA

Unidad de aprendizaje 1 (Dra. Mariela Galeano) jueves 13 de julio de 18 a 19hs

titulo . NEUROBIOLOGIA DEL ESTRÉS, HOMEOSTASIS, ALOSTASIS.

En esta clase se describirá por un recorrido biológico, los modelos de estrés y procesamiento emocional, desde lo que se ha observado en las distintas aristas de este amplio tema, ha surgido distintos planteos sobre el procesamiento del estrés, por lo cual se utilizara un determinado modelo para continuar con el análisis de la neurobiología del estrés.

Existen distintas modalidades en el procesamiento del estrés, la homeostasis, la cual permite una adaptación, así como también analizar porque se logra el mismo. Así también otra modalidad, es la alostasis, su descripción y análisis permitirá introducirnos en los mecanismos de un grupo interesante de alteraciones, vulnerabilidad, susceptibilidad, trastornos conceptos e implicancias haremos un exhaustivo análisis , con el fin de poder explicar como se siembra la huella del estrés en la biología y en lo psíquico.

BIBLIOGRAFIA BASICA

Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.

Landowski, J. (2007). Neurobiology of stress. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and*

Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, 44(12), 1305-1313.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 2 (Lic. Andre Mauricio Monteiro) jueves 13 de julio de 19 a 20hs

TITULO: Transmisión transgeneracional de trauma y recursos

INTRODUCCION

En esta ponencia vamos a evaluar hipótesis de transmisión de contenido transgeneracional; la conceptualización de casos clínicos y una técnica para sistematizar la investigación colaborativa del pasado familiar/ comunitario

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

La expresión verbal, interactiva y el silencio en la transmisión de contenido transgeneracional

Algunos síntomas típicos - el miedo al hambre y a la persecución

El modelo de Procesamiento Adaptativo de Información

El árbol genealógico como herramienta investigativa

ACTIVIDADES

Exposición teórica y práctica con el árbol genealógico

BIBLIOGRAFIA

Bakó, T., Zana, K. (2020). *Transgenerational trauma: The transgenerational atmosphere*. NY: Routledge – Taylor & Francis Group.

Fromm, M. G. (Ed.) (2012). *Lost in transmission: Studies of trauma across generations*. London: Karnac.

Monteiro, A. M. (org). (2022). *Trauma transgeracional: Transmissão e tratamento* (Vols. 1 e 2). São Paulo: Umanus Editora.

Paris, D. (2014). *Secretos familiares, decretos personales: el entramado inconsciente en la transmisión transgeneracional y cómo superar la repetición del árbol genealógico*. Buenos Aires: Editorial Del Nuevo Extremo S.A.

Wolyn, M. (2016). *It didn't start with you: How inherited family trauma shapes who we are and how to end the cycle*. NY: Viking – Penguin Random House.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 3 (Lic. Susana Balsamo) jueves 13 de julio de 20 a 21hs

TITULO: “Vínculo de apego y factores protectores al trauma”

INTRODUCCION

Las personas necesitamos, desde el nacimiento, desarrollar una relación con madre, padre y/o cuidador para garantizar no sólo la satisfacción de las necesidades básicas sino también el desarrollo emocional y social para sentirnos seguros y a salvo.

El establecimiento de este primer vínculo va a permitir la seguridad del niño y también la del adulto en que se convertirá. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego que es un regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996). La regulación emocional se desarrolla en cómo los cuidadores entienden las señales de los niños de sus cambios de estados emocionales y responden a ellos hasta alcanzar la regulación de esos estados.

También los cuidadores son modelos de como gestionar los estados emocionales y los estresores ante los niños y niñas dentro de la relación diádica.

En el vínculo de apego seguro la respuesta de los cuidadores se convertirán en factores protectores al trauma. Los diferentes estilos de apego también permitirán sobregular o subregular los estados emocionales.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

- Nociones básicas del vínculo de apego
- Co-regulación emocional
- Estresores – Gestión de los estresores
- Factores protectores al trauma

ACTIVIDADES

Clase teórica

BIBLIOGRAFIA

- Barudy, Jorge “La responsabilidad del mundo adulto en la producción del sufrimiento infantil”
- Gamarnik, Yulita” El apego en proceso”

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 4 (Dra. Anabel González) jueves 10 de agosto de 18 a 19hs

TITULO: Las alucinaciones auditivas en la disociación y la psicosis

INTRODUCCION

Las alucinaciones auditivas están presentes en distintos cuadros clínicos, y en los cuadros postraumáticos graves y la esquizofrenia pueden suponer un desafío para el diagnóstico diferencial. Se expondrán distintos aspectos relacionados con los fenómenos alucinatorios en estos cuadros, y se plantearán reflexiones con respecto al tratamiento.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Se analizarán algunas investigaciones relevantes sobre las alucinaciones auditivas y sobre sus características. También se planteará la relación entre alucinaciones y trauma, y el papel de la disociación en estos procesos. Se expondrán viñetas clínicas para ejemplificar los contenidos teóricos. Se comentará también la posibilidad de emplear terapias orientadas al trauma en los cuadros psicóticos, y sus beneficios potenciales.

ACTIVIDADES

Exposición teórica con powerpoint

Descripción de casos clínico

BIBLIOGRAFIA

Rafiq S, Campodonico C, Varese F. The relationship between childhood adversities and dissociation in severe mental illness: a meta-analytic review. Acta Psychiatr Scand 2018; 138: 509–525

Jones SR. Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. Schizophr Bull. mayo de 2010;36(3):566-75.

Upthegrove R, Broome MR, Caldwell K, Ives J, Oyebo F, Wood SJ. Understanding auditory verbal hallucinations: a systematic review of current evidence. Acta Psychiatr Scand. mayo de 2016;133(5):352-67.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 5. (Lic. Magela Gonzalez) jueves 10 de agosto de 19 a 20hs

TITULO: "La multicausalidad del trauma infantil y su abordaje psicoterapéutico"

INTRODUCCION:

La etapa de la infancia es la más vulnerable a que sucedan hechos traumáticos, y muchos acontecimientos que los adultos consideramos ordinarios, los niños los experimentan como amenazantes para su vida. Por lo tanto, dependerá de la etapa madurativa en la que se encuentre el infante y los recursos de éste para pensar en los determinantes del impacto del trauma.

En las primeras etapas de la vida las necesidades insatisfechas de apego afectan la regulación del estrés por lo que una tensión no regulada adecuadamente puede alterar el sistema neural y por lo tanto la causa de un trauma de desarrollo por las necesidades insatisfechas infantiles de apego y contención.

También podemos hablar de trauma cuando hubo una exposición a eventos aterrorizantes de forma tal que estos eventos conducen a un estrés extremo que daña el cerebro tales como:

- . Experiencias tempranas durante la gestación o el parto de las que no hay "aparentemente" memorias.
- . Hechos que aparentan de la cotidianeidad pero que para algunos pueden tomar una mayor relevancia como situaciones vividas en las aulas escolares, una imagen impactante de una película, el atragantamiento con una pieza de comida, o la muerte de una figura de afecto (teniendo en cuenta que esta no sean sus progenitores).
- . Traumas mayores como accidentes de tráfico o catástrofes, maltrato en sus distintas formas incluyendo el abuso sexual, etc.

Todas ellas pueden instalar creencias del tipo "estoy en peligro", "no soy querido"... y que por consecuencia terminan teniendo un impacto en todo el desarrollo.

La percepción de la amenaza y cómo nos desenvolvamos ante ella será un determinante a la hora de pensar el trauma porque ésta estará repercutiendo en aquellos que se ven directamente afectados pero también a su entorno y a todos aquellos que forman parte de su vida cotidiana.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Se abordará la multicausalidad del trauma infantil presentando un caso práctico desde su abordaje psicoterapéutico (acompañado por su presentación teórica) a través del cual iremos transitando sobre las huellas que va dejando el trauma, recorriendo cómo se manifiesta por los diferentes rincones de nuestro ser, su impacto y cambios fisiológicos, hasta los "cortocircuitos" del sistema cerebral que en algunos casos resultan tan necesarios para seguir sobreviviendo ante las adversidades que cuando no hay protección en la infancia resulta ser la única herramienta posible.

Asimismo, se abordará la importancia del trabajo interdisciplinario como un factor fundamental en el trabajo psicoterapéutico de pacientes con experiencias traumáticas como también se referirá a la Terapia Sistémica Familiar y Terapia EMDR como dos terapias recomendadas para el abordaje de dicha temática.

ACTIVIDADES: Clase en formato online.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Baita, Sandra (2015). Rompecabezas. Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia.
- 2.- Finkel, M.; Giardino, A. (2015). Evaluación médica del abuso sexual infantil. Una guía práctica. American Academy of Pediatrics. Bogotá, Colombia.
- 3.- Lovett, Joan (2019). La curación del trauma infantil con EMDR. Pequeños prodigios. Asociación EMDR España Biblioteca.
- 4.- Silberg, Joyanna L. (2019). El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación. Desclée De Brouwer
- 5.- Van der Kolk, Bessel. (2017). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Editorial Eleftheria S.L. Sitges, Barcelona, España

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 6 (dra. Karla Osinaga) jueves 10 de agosto de 20 a 21hs

TITULO: ENFOQUE PSICOTERAPEUTICO DE TDAH Y PREVENCION DEL MALTRATO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno cuya frecuencia de aparición se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares. Además, es un trastorno que presenta una alta comorbilidad (40%-60%) con otros problemas de conducta y/o emocionales,

El objetivo del presente trabajo es examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en las conductas disruptivas y de desobediencia de un niño con TDAH.

Según datos del INEGI, para 2018, la población infantil entre 0 y 14 años abarcaba el 19% de la población nacional, en tanto que para el grupo de 15 a 19 años representaba el 9.1% respectivamente

Derivado de las restricciones implementadas durante la reciente pandemia, la población de niñas, niños y adolescentes (que en su mayoría son estudiantes de nivel básico y medio básico), estuvieron obligadas/os a estar en confinamiento en sus hogares, sin la posibilidad de tener actividades de socialización propias de su edad, lo que inevitablemente afecta su desarrollo. Esta misma situación puede generar estrés y tensiones en la familia, y si a ello se agrega la presencia de padres o tutores intolerantes y maltratadoras, incrementará la violencia y por lo tanto su incidencia hacia este sector de la población.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Qué es TDAH?

El TDAH, la edad ?

Causas?

Tratamiento multidisciplinario'

Qué es maltrato infantil?

Qué es castigo corporal?

Por qué no se debe pegar?

Por qué se cree que la violencia educa? .

Qué le pasa al niño, niña o adolescente cuando recibe castigos físicos?

Cómo marca el maltrato la vida de los niños,niñas y adolescentes?

Cómo educar a los hijos e hijas sin violencia?

ACTIVIDADES

CADA TEMA A EXPONER, TENDRA UNA DESCRIPCION DE LA IMPORTANCIA DE TDAH Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA INFANTIL

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS, COMBINADAS O NO, CON EVIDENCIA CIENTIFICA, Y COMO LOGRAR LA EFICACIA EN CADA INTERVENCION DADA.

ALGUNAS ORIENTACIONES ANTE SITUACIONES CONCRETAS.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition). Washington, DC: Author.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico. Nueva York: Guilford Press.

Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martínez, J. V., Cumba, E. y Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 166-179.

Cardo, E. y Severa, M. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 46, 365-372.

Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-

- Rodríguez e I. Amigo (comp.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
- DuPaul, G. J. y Power, T. J. (2003). Intervenciones educativas para alumnos con trastornos por déficit de atención. En T. Brown (comp.). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos (pp. 607-635). Barcelona: Masson.
- Barudy, Jorge (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Editorial Paidós. Barcelona.
- BECA-UNICEF (2010). *Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar*. Paraguay.
- Benderly, Beryl y Greenspan, Stanley (1998). *El crecimiento de la mente*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Biddulph, Steve (2002). *Criando Meninos*. Editorial Fundamento Educacional. San Paulo.
- Cyrulnik, Boris (2001). *La maravilla del dolor*. Editorial Granica. Barcelona.
- Van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2003 Apr;12(2):293-317, ix. doi: 10.1016/s1056-4993(03)00003-8. PMID: 12725013.
- Promundo (2017). Estado de la paternidad: América Latina y el Caribe 2017. Nueva York: IPPF/RHO, Washington, D.C.: Promundo-US.
- Rolander, A., Márquez, A. y Montes, B. (2017). Manual por una crianza respetuosa de niñas y niños. México: IMDHD/CIDIP/DIF-CDMX.
- UNICEF. (2019). *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. México: UNICEF

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 7 (Dra. Alejandra Ruiz Lopez) jueves 14 de septiembre de 18 a 19hs

TITULO:

Estrés Postraumático y memoria. ¿Fallas en el proceso de extinción?

INTRODUCCION

Es este un constructo multidimensional que nos muestra como muchos subsistemas interactúan, pero en el lenguaje coloquial de numerosas personas se llama de esta manera a cualquier respuesta sugestiva o impactante que presenta un sujeto después de atravesar o conocer un hecho impresionante o traumático. Aquí nos limitaremos a llamar Trastorno por Estrés Postraumático al descrito en los manuales diagnósticos que está caracterizado por una serie de criterios enunciados en el DSM 5, aclarando que hay otras patologías postraumáticas.

De todos los criterios diagnósticos que presenta este cuadro hay uno especialmente relacionado con la función **memoria** al que llamamos reexperimentación. Este criterio es muy sugestivo tanto por lo intensas de sus manifestaciones: flashbacks, recuerdos intrusivos, episodios de excitación psicomotriz con desorientación temporoespacial, pesadillas y sueños de terror, como por su cualidad de patognomónico en muchos casos. Es la función memoria, ya sea por presencia como ausencia en algunas amnesias específicas, la que se nos presenta como más afectada y es en su daño que el resto del funcionamiento psíquico reacciona y se adapta. La actividad se vuelve hiperreactiva y alerta, la percepción se agudiza tratando de confirmar el peligro vivido y llevando a conductas evitativas que aíslan e inmovilizan al sujeto.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

¿Fallas en el proceso de extinción?

- 1 - ¿Por qué algunos sujetos atraviesan la situación traumática y la elaboran e incorporan al bagaje de recuerdos que es su historia, mientras que otros jamás volverán a poder ni siquiera pensar en el hecho sin descompensarse?
- 2 - ¿Por qué algunos sujetos desarrollan sensibilidad hacia estímulos neutros que se transforman en gatillos disparadores de toda la cohorte sintomatológica, para desconcierto de los que rodean al paciente?
- 3 - Si tomamos las etapas de la memoria: Adquisición, consolidación, evocación, extinción, reconsolidación y persistencia, ¿en cuál encontramos la falla? ¿Fracasan los circuitos de neurotransmisores, la formación de proteínas?

4 -La extinción: cómo funciona, que la ayuda y que la inhibe. Mecanismos de la no extinción.

5 -Neuroanatomía y neurofisiología de los fenómenos mnésicos.

¿Polimorfismo SERT? ¿Falla estructural del hipocampo?

ACTIVIDADES

Clases teóricas

Al final de cada una, ejercicios referidos al tema.

Evaluación final.

BIBLIOGRAFIA

Baldi, E., Bucherelli, C. (2015). Brain sites involved in fear memory reconsolidation and extinction of rodents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 53, 160–190

Chhatwal, J. P., Ressler, K. J. (2007). Hippocampus-specific deletion of BDNF in adult mice impairs spatial memory and extinction of aversive memories. *Molecular Psychiatry*, 12 (7), 656-70.

Ledoux, J. E., Iwata, J., Cicchetti, P., y Reis D. J. (1988). Different Projections of the Central Amygdaloid Nucleus Mediate Autonomic and Behavioral Correlates of Conditioned Fear. *The Journal of Neuroscience*, 8(7): 2517-2529.

Matsuda, S., Matsuzawa, D., Ishii, D., Tomizawa, H., y Shimizu, E. (2014). Effects of memory age and interval of fear extinction sessions on contextual fear extinction. *Neuroscience Letters*, 578, 139–142

Pace-Schott, E. F., Germain, A., R. Milad, M. (2015). Effects of sleep on memory for conditioned fear and fear extinction. *Psychological Bulletin* 141, (4), 835-857.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 8 (Lic. Mariela Novas) jueves 14 de sep de 19 a 20hs

TITULO: TEA Y TRAUMA

INTRODUCCION:

*“Existen quienes han sido traumatizados por ser personas con una visión fragmentada en un mundo que insiste en el uso de iluminación fluorescente que la empeora. Hay quienes tienen hipersensibilidades sensoriales que son traumatizados porque los hacen sentir en habitaciones con ventiladores ruidosos y aquellos con severos problemas de procesamiento del lenguaje receptivo que han sido traumatizados por pasar años en un mundo que asume que son estúpidos, pero que no les provee señalamientos visuales o gestos que les permita comprender.” – Donna Williams, *The Jumbled Jigsaw*, 2006*

Investigaciones realizadas en el campo de los TEPT y los trastornos del espectro autista dan cuenta de la conexión entre ambos diagnósticos; de tal forma que el TEPT comórbido en Trastornos del Espectro Autista puede diagnosticarse según los criterios del DSM V.

Por otro lado, las personas con Trastornos del Espectro Autista, pueden ser más susceptibles a sufrir TEPT, tanto por trauma complejo como simple. Los aspectos sensoriales juegan un rol fundamental; por otro lado, las dificultades en cuanto a habilidades sociales los vuelve víctimas de situaciones de bullying continuo tanto en ambientes escolares como laborales.

Aquellas personas con un nivel de funcionamiento menor, con afectación del lenguaje especialmente, además suelen ser víctimas de situaciones de violencia por parte de cuidadores a lo largo de la vida y la imposibilidad de realizar las denuncias correspondientes, los convierte en una población sumamente vulnerable.

Las personas del Espectro Autista de alto funcionamiento, han sufrido situaciones que consideraron traumáticas a lo largo de la vida y que desde la perspectiva neurotípica son minimizadas (cambios, pérdidas, sobrecargas sensoriales, situaciones familiares y sociales).

Se pueden plantear vivencias de abuso, negligencia y duelos con características particulares.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Se realizará caracterización de los Trastornos del Espectro Autista y diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta especialmente los rasgos predominantes en Personas con alto funcionamiento cuyos diagnósticos quedan enmascarados por estrategias compensatorias.

Se abordará manifestaciones del trauma en niños y personas de bajo funcionamiento, estrategias de abordaje y comunicación.

Se abordará como el trauma, negligencia, abuso y duelo pueden repensarse desde una perspectiva que contemple la neurodivergencia.

El trauma y abordaje en personas del espectro autista de alto funcionamiento, psicoeducación, abordaje por medio de terapias de avanzada, EMDR y Un ojo Por vez. Recortes clínicos.

ACTIVIDADES

Exposición teórica y de casos clínicos.

Ejercicios referidos a la temática

Evaluación.

BIBLIOGRAFIA

Haruvi-Lamdan, N, Horesh D, Golan O; (2018) "PTSD and Autism Spectrum disorder, co-morbidity, gaps in research and potential shared mechanisms. Psychological trauma: theory, research, practice and policy (3), 290.

Jaslow, R. (2012, March 30). Survey finds 63% of children with autism bullied. CBS News. <https://www.cbsnews.com/news/survey-finds-63-of-children-with-autism-bullied/>

King, R., & Desaulnier, C. L. (2011). Commentary: Complex Post-Traumatic Stress Disorder. Implications for Individuals with Autism Spectrum Disorders—Part II. Journal on Developmental Disabilities, 17(1), 47-59. https://oadd.org/wp-content/uploads/2011/01/41009_JoDD_17-1_47-59_King_Desaulnier.pdf

Paula, Isabel (2015), "La ansiedad en el autismo, comprenderla y tratarla", Alianza Editorial.

Rose, L. (2021, May 6). How to Identify Trauma in Autistic People. wikiHow. <https://www.wikihow.health/Identify-Trauma-in-Autistic-People#aiinfo>

Rumball, Freya (2018), "A systematic review of the assessment and treatment of posttraumatic Stress Disorder in individuals with Autism Spectrum Disorders", Review Journal of Autism and developmental disorders (2019).

Sidran Institute. (n.d.). Traumatic Stress Disorder Fact Sheet. Sidran Institute. <https://www.sidran.org/wp-content/uploads/2018/11/Post-Traumatic-Stress-Disorder-Fact-Sheet-.pdf> Vanderbilt University Medical Center. (2019, February 15). Children with autism more likely to face maltreatment, study finds. ScienceDaily. Retrieved from www.sciencedaily.com/releases/2019/02/190215135837.htm

Williams, Donna (2006), The Jumbled Jigsaw. An insider's approach to the treatment of Autistic Spectrum Disorders

<https://www.autismparentingmagazine.com/autism-ptsd-relationship/>

UNIDAD DE APRENDIZAJE 9. (Lic. Grisel Aguirre) jueves 14 de sept de 20 a 21hs

TITULO: Trastorno del Duelo Complejo Persistente

INTRODUCCION

El Trastorno del Duelo Complejo Persistente se encuentra incluido en este momento en la categoría del DSM5 junto a "Otros Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificado" (309.89 - F43.8) Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos

los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

- Duelo no complicado y Trast. del Duelo Complejo persistente - Criterios diagnósticos (DSM5). Diferencias clínicas.
- Factores protectores y factores de Riesgo para el desarrollo del Duelo Complejo Persistente.
- Trauma y Duelo Complejo.
- Diferencia entre Episodio Depresivo Mayor y Duelo complejo.
- Diferencia entre Trastornos de Adaptación y Duelo Complejo.
- Comorbilidades.
- Prevalencia.
- Inregración de recursos para el abordaje del Duelo Complejo desde la Psicoterapia Cognitivo Comportamental. Aportes desde ACT, Mindfulness y DBT.
- Conclusiones.

BIBLIOGRAFIA:

- Bermejo, J.C. (2013) Modelo Humanizar de Intervención en Duelo.
- Bessel van der Kolk; M.D. (2015) El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.
- Bohus, M. (2021) El modelo de Trauma complejo. Abordaje desde DBT-PTSD.
- Casey. P ; James Strain, MD. (2017) Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de estrés. Un manual para médicos.
- Cruz Gaitán, José y colab. (2017) Duelo - Tratam Basado en la terapia de Aceptacion y Compromiso (ACT)
- DSM5 - 5ta Edición.
- Gilbert, P. (2015) Terapia centrada en la compasión.
- Gilbert, P. (2018) La mente compasiva. Una forma de enfrentarse a los desafíos vitales.
- Sameet Fumar. (2017) Mindfulness para el Duelo prolongado
- Worden, J. W. (2013) El tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y terapia.
- Ziberman, Kroeff, Cruz Gaitán. (2022) O Processo do luto. Teoria e prática.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 10 (Dr. Jorge Medina) 12 de octubre de 18 a 19hs

TITULO: Sobre los mecanismos neurales de la ansiedad y su relación con la memoria.

INTRODUCCION

Si bien tengo formación en ciencia dura, también tengo la suerte de entender que el sistema nervioso no funciona como un diagrama ya establecido, sino como algún diagrama que fue establecido en sus primeros pasos prenatales y que con todo lo que impacta ese cerebro, (aún desde lo social, desde lo vincular) ya sea prenatal o post natal en cualquier momento de la vida, inclusive ahora, ese cerebro cambia. En síntesis, cualquier situación del medio externo modifica nuestros circuitos cerebrales en mayor o en menor medida, pero siempre lo hace.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Vamos a ver la relación que hay entre ese diagrama que uno tuvo por los genes, y cómo fue cambiado completamente por la experiencia. La experiencia que uno vive no es la experiencia del de al lado, cada uno le da el significado que quiere o que puede, y por lo tanto cada circuito de cada uno de nosotros es diferente al del otro y al de sí mismo en el correr del tiempo. Ese es el resumen de las cosas que vamos a discutir.

ACTIVIDADES

Clase teórica

Intercambio con el alumnado

Síntesis final

BIBLIOGRAFIA

- 333. Jorge H. Medina. Neural, celular and molecular mechanisms of active forgetting. *Front. Syst. Neurosci.* 12:3.doi: 10.3389/fnsys.2018.00003, 2018.
-
- 334. Francisco T Gallo, Cynthia Kathe, Juan F Morici, Jorge H Medina and Noelia V Weisstaub. Immediate early genes, memory and psychiatric disorders: Focus on c-fos, Egr-1 and Arc. *Front. Behav. Neurosci.*12: 79 . doi: 10.3389/fnbeh.2018.00079. 2018.
-
- 335. Magdalena Pereyra, Cynthia Kathe, Ana B. de Landeta, and Jorge H Medina. mTORC1 controls long-term memory retrieval. *Sci. Rep.* 8;8(1):8759, 2018.
-
- 336. Jorge H. Medina, and Haydee Viola. ERK1/2: a key component for the formation, retrieval, reconsolidation and persistence of memory. *Front. Mol. Neurosci.*11: 361. doi: 10.3389/fnmol.2018.00361, 2018.
-
- 337. Fernando Castillo Díaz, Micaela A. Hernandez, Tomas Capellá and Jorge H Medina. Dopamine neurotransmission in the ventral tegmental area promotes active forgetting of cocaine-associated memory. *Mol Neurobiol.* 56: 6206-6217, 2019.
-
- 338. Ana B. de Landeta, Jorge H Medina and Cynthia Kathe. Anterior retrosplenial cortex is required for long-term recognition memory. *Sci. Rep.* 10(1):4002.: 1-10, 2020.
-
- 339. Magdalena Pereyra, Ana de Landeta, Juliana Dalto, Cynthia Kathe y Jorge H Medina. AMPA Receptor Expression Requirement During Long-Term Memory Retrieval and Its Association with mTORC1 Signaling. *Mol Neurobiol.*58: 1711-1722, 2021.
-

- 340. Cecilia Kramar, Fernando Castillo, E Gigante, Jorge H Medina y Flavia Barbano. The late consolidation of an aversive memory is promoted by VTA dopamine release in the dorsal hippocampus. *Eur. J. Neurosci.* 53: 841-851, 2021.
-
- 341. Veronica Pastor y Jorge H Medina. Medial prefrontal cortical control of reward- and aversion-based behavioral output: bottom-up modulation. *Eur. J. Neurosci.* 53: 3039-3062, 2021.
-
- 342. Verónica Pastor Fernando Castillo Díaz Valeria C Sanabria Juliana F Dalto Marta C Antonelli Jorge H Medina. Prefrontal cortex nicotinic receptor inhibition by methyllycaconitine impaired cocaine-associated memory acquisition and retrieval. *Behav. Brain Res.* 406: 113, 2021.
-
- 343. Magdalena Pereyra y Jorge H Medina. AMPA receptors: a key piece in the puzzle of memory retrieval. *Frontiers in Human Neuroscience*,15: 729051 pages 1-10, 2021.
-
- 344. Tomas E. Sachella, Marina R. Iridoype, Christophe D. Proulx, Diego E. Pafundo, Jorge H. Medina, Pablo Mendez, Joaquin Piriz. A novel role for the lateral habenula in fear learning. *Neuropsychopharmacol*, May;47(6):1210-1219, 2022.
-
- 345. Ana Belén de Landeta, Magdalena Pereyra, Magdalena Miranda, Pedro Bekinschtein, Jorge H Medina and Cynthia Katche. Functional connectivity of retrosplenial cortex in object recognition memory. *Neurobiol. Learn Mem.* 186, 107544, dec. 2021.
-
- 346. Fernando Castillo Díaz, Juliana F. Dalto, Magdalena Pereyra and Jorge H. Medina. Dopamine neurotransmission in the VTA regulates aversive memory formation and persistence. *Physiol. & Behav.* Sep 1; 253:113854, 2022.
-
- 347. Pedro Benedetti, Alejo Barbuzza, Franco Moscato¹, Victoria Reppucci¹, Celina Goyeneche, Cynthia Katche, Jorge Horacio Medina, Haydée Viola, Fabricio Ballarini and Diego Moncada. Second wave of COVID-19 pandemic in Argentinian population: vaccination is associated with a decrease in depressive symptoms. *Frontiers Psychiatry* 13:832352, 2022.
-
- 348. Ana de Landeta, Jorge H Medina, Cynthia Katche. Dopamine D1/D5 receptors in the retrosplenial cortex are necessary to consolidate object recognition memory. *Frontiers Behav. Neurosci.* 16:922971. doi: 10.3389/fnbeh.2022.9229, 2022.
-
- **349. Veronica Pastor y Jorge H Medina. $\alpha 7$ nicotinic acetylcholine receptor in memory processing. *Eur. J. Neurosci.* In press, january 2023. Doi.org/10.1111/ejn.15913**

UNIDAD DE APRENDIZAJE N 11 (dra. Daniela Flores Helguero) jueves 12 de octubre de 19 a 20hs

TITULO: Impacto de los eventos traumáticos en la infancia en la estructura de personalidad y conductas de riesgo. (dra. Daniela Flores Helguero)

INTRODUCCION

Desde una perspectiva evolutiva, las relaciones en la primera infancia crean las relaciones interpersonales que se desarrollan entre los bebés y los cuidadores. Bolwby, Ainstowrth y Salomon brindan una extensa taxonomía descriptiva de lo que ellos llaman apego y los diferentes tipos asociados con la dinámica funcional asimétrica entre padres/cuidadores e hijos. La somatización, el abuso infantil y el trauma físico son omnipresentes en nuestra práctica de atención médica, todos los cuales están abrumando al sistema de atención médica y creando obstáculos significativos y frustración por parte de los pacientes y los equipos de atención médica. la pronta atención médica corresponde a los síntomas somáticos. La variación en la prevalencia se debe, por un lado, a las dificultades causadas por las limitaciones de los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de somatización y, por otro lado, a los trastornos

somatomorfos indiferenciados justificados por los autores, debido a estándares inexactos de esta necesidad sugiere definir un trastorno multicuerpo con características intermedias. Los estudios de factores aislados son importantes para comprender el papel de diferentes aspectos en el desarrollo del trastorno. Se necesitan más teorías explicativas para incorporar estos factores aislados en un marco global. La teoría de la disociación estructural de la personalidad proporciona una explicación teórica amplia de cómo las experiencias tempranas, incluidos los estilos de apego específicos y el trauma de la relación, producen personalidades divididas. Esta división se manifiesta tanto en los síntomas borderline como en los trastornos disociativos, y desde este punto de vista ambos tienen orígenes comunes, lo que implica reconocer que es un rasgo fundamental de la reacción postraumática.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Se desarrollaran conceptos de diferenciación en los distintos tipos de maltrato/ negligencia infantil, las alteraciones que producen a nivel neuroanatómico que posteriormente podrían determinar conductas de riesgo/ disruptivas pseudoapativas por parte de la víctima, Se reforzaran conceptos relacionados a conformación de personalidad, epigenética e impacto contextual para definir programas de prevención, promoción y abordaje terapéutico/ farmacológico y multidisciplinario científicamente comprobados.

ACTIVIDADES

Clase en formato online o presencial con presentación de ppt

BIBLIOGRAFIA

1. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, vol.3: Loss, sadness and depression. Nueva York: BasicBooks. (Trad. Cast.: La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós 1993)
2. Flores Helguero D <https://mentalweb.net/conducta-antisocial-apego-y-su-relacion-con-el-trastorno-traumatico-del-desarrollo/20.08.2021>
3. FLORENZANO, Ramón et al. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2002, vol.40, n.4 [citado 2023-04-20], pp.335-340. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400005>.
4. Frías Á, Palma C, Farriols N, González L. Sexuality related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, 2016; 10: 216-231. doi: 10.1002/pmh.1330.
5. Hesse, E.; main, M.; Abrams, K. y Yrifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have "second generation" effects. Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. En Solomon, M.F.; Siegel, D.J. *HealingTrauma: Attachment, Mind, Body and Brain*. New York: Norton, 57-106.
6. Hughes, J. (2006). Violence and health: The challenges of how we talk, about, conceptualize, and address violence. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 30,4,27-30.
7. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf R, Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandi.* 2004; 109(1): 38-45.
8. Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486
9. Liotti, G., Pasquini, P. & The Italian Group for the Study of Dissociation (2000) Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 282-289

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 12 (Dr. Adrian Cillo) jueves 12 de octubre de 20 a 21hs

TITULO: Disociación

INTRODUCCION

La palabra “disociación” se emplea en la literatura para designar conceptos diferentes, que van desde síntomas, a mecanismos psíquicos o trastornos mentales.

Algunos autores la consideran como un mecanismo de defensa, como una manera de rechazo frente a la intensidad emocional dolorosa. Esta desconexión es una estrategia que la mente utiliza para enfrentarse a momentos de severo estrés, que puede experimentarse ocasionalmente y ser transitoria. Implican la alteración o separación temporal de lo que se experimenta normalmente como procesos mentales integrados (Butler, 2004).

Sin embargo, cuando se experimenta de forma prolongada, especialmente en la infancia, se puede crear un patrón de respuesta rígido y crónico con fenómenos de desconexión, episódica o sostenida. En estos casos pueden coexistir sistemas mentales separados que no son integrados en la conciencia de la persona, su memoria o identidad y que pueden llegar en caso extremo al trastorno de identidad disociativo. (Braun, 1990; Chu, 1991; Bernstein y Putnam, 1986; Coons, 1990; Ross, 1991; Saxe, 1993; Van der Kolk y Kadish, 1987)

Van der Hart (2000) propone el concepto de lo que denomina “Disociación Estructural”. que desarrolla junto a Kathy Steele, Suzette Boon, y E. Nijenhuis

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

1.1 Trauma, consecuencias disociativas 38 1.2 Personalidad disociada, partes disociadas 40 Capítulo 2 – Etiopatogenia de la disociación de la personalidad 43 2.1 Sistemas de acción y disociación 43 2.2 Sistemas de acción, memoria y respuestas disociativas 45 2.3 Situación traumatogénica disruptiva y disociación estructural primaria 48 2.4 Registros de experiencia. Articulación de los espacios psíquicos 50 2.5 Lo disruptivo 54 2.6 Atemporalidad del trauma 59 2.7 Disociación vertical vs. disociación horizontal 65 2.8 Diagnóstico: trastorno disociativo 72 2.9 Aproximación de modelos terapéuticos.

BIBLIOGRAFIA:

El Tratamiento de la Disociación Relacionada con el Trauma. Un Enfoque Integrador y Práctico (Biblioteca de Psicología) Kathy Steele; Suzette Boon; Onno Van Der Hart · Desclée De Brouwer

El Yo Atormentado - Van Der Hart – Desclee

Trastornos Disociativos - González Vázquez, Anabel

Working with Voices and Dissociative Parts: A trauma-informed approach. Dolores Mosquera.

Dissociation And The Dissociative Disorders - Paul F. Dell

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 13 (Dr. Enrique Stein) jueves 9 de nov de 18 a 19hs

TITULO: Intervención temprana en desastres. Primeros auxilios emocionales El caso del submarino ARA San Juan hundido en el Atlántico Sur

INTRODUCCION: Hemos aprendido en estos años que ante cualquier situación disruptiva (desastre, violencia, guerras, accidente vial) la intervención temprana o sea acceso inmediato para establecer vínculos con las personas directa o indirectamente afectadas es clave para evitar la cronificación de síntomas algunos pueden conducir al Trastorno por Estrés Posttraumático, a la ideación o acto suicida y otras afecciones psicológicas o psiquiátricas

DESCRIPCION DEL CONTENIDO.. Las personas y familias afectadas en este caso han sido los familiares de los 44 tripulantes fallecidos en el submarino desaparecido en noviembre 2017 y encontrado destruido y hundido un año después. Un equipo integrado por psiquiatras y psicólogos de la Armada Argentina y otras Fuerzas, cuya coordinación realice durante el mes en el que estuvo instalado junto a los familiares en la Base Naval Mar del Plata, entro en contacto inmediato (al día siguiente del evento). Se trabajo en base a

principios aplicados desde el inicio mismo del anuncio de la desaparición del ARA San Juan, y se hizo absolutamente necesario cuando al cuarto día de la desaparición la Armada informa de "haber escuchado una explosión en la zona de hundimiento". Eso para los familiares supuso una muerte presuntiva con la que se produjo una crisis de llanto, nerviosismo, violencia, y alteraciones psicósomáticas que pudieron ser contenidas en parte por ese vínculo preexistente establecido el primer día, ejemplo de intervención temprana. Los cuadros presentados más graves fueron tres intentos de suicidio y dos cuadros catatónicos que pudieron ser atendidos y evitados in situ.

Se trabajó en estos principios....

a) lo dicho de intervención temprana con primeros auxilios psicológicos, con acercamiento vincular a los familiares.

b) trabajo grupal con esos familiares y camaradas submarinistas de los desaparecidos en el submarino lo que ayudó a fortalecer la autoestima de los afectados.

c) Registro de historia clínica individual y evaluación diaria de la situación emocional y médica de los afectados, lo que permitiría un seguimiento posterior en su lugar de residencia ya que una mayoría de esos familiares no son habitantes de la ciudad de Mar del Plata

d) se contó con apoyo médico y de enfermería proporcionado por personal de la base Naval

El proceso de duelo ante las casi seguras informaciones de la destrucción y muerte de sus tripulantes, siguió distintas alternativas desde quienes aceptaron la situación como un evento posible ante una profesión de riesgo voluntariamente elegida y acto de servicio, hasta aquellos que al momento no terminan de aceptar la situación (similar a la cuestión de las personas desaparecidas). Tengamos en cuenta que nada fue recuperado del submarino hundido a más de 900 metros lo que se informó que técnicamente es imposible rescatarlo.

Bibliografía

OPS-OMS Manual de impacto de los desastres en la salud mental. 2002.

Mag. Valero Alamo, Santiago. Desastres y su impacto en la salud mental. Perú (2006)

Stein Enrique y colaboradores. Presentación en el XXXV Congreso de APSA año 2020 sobre Primeros auxilios psicológicos.

Erik Noji.. Impacto de los desastres en la salud pública OPS-OMS. 2000.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº14 (Dra. Alida Zunino) jueves 9 de nov de 19 a 20hs

TÍTULO

El Trauma Psíquico: propensión y rastros a través de técnicas Psicodiagnósticas

INTRODUCCION

Un Psicodiagnóstico puede ser usado tanto como herramienta para el diagnóstico y estudio del psicotrauma cuanto para la evaluación de posibles desestabilizaciones y/o capacidad de resiliencia.

Luego de una introducción al Psicodiagnóstico basado en la aplicación de técnicas psicológicas proyectivas (en particular Baum Test, Figura Humana, WBD y Rorschach), analizaremos ciertos indicadores de psicotrauma que aparecen en los mismos.

Para ello presentaremos casos donde se puede visualizar en ellos la propensión o la presencia del trauma y la posibilidad de realizar un pronóstico y una estrategia de tratamiento.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Qué es un Psicodiagnóstico

Qué usos tiene (clínica, forense, psicopedagógica, laboral)

Cuáles son sus herramientas. Tipos de tests: psicométricos y proyectivos

Los tests no proyectivos

Los tests proyectivos

Qué es y cómo se estructura una Batería de Tests

Explicación de los tests de nuestra Batería

Predicción y detección de psicotrauma/daño psíquico

Indicadores

Casos

ACTIVIDADES

Clases teóricas

Al final de cada una, ejercicios referidos al tema.

Evaluación final.

BIBLIOGRAFIA

Biedma C. J., D'Alfonso P. G., 1960, El lenguaje del dibujo, Kapelusz, Buenos Aires

Castelao S, & Mizrahi J. P., 2018, Indicadores en el Psicodiagnóstico de Rorschach para la valoración del Daño Psíquico, Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas, año 39 (2) , 25-36

Cid Rodríguez J. M. & Castellano Arroyo M., 2002, El test del Árbol (Koch), su aplicación en la exploración de la personalidad en la clínica médico-forense, Cuadernos de Medicina Forense nro.30, U. de Granada

Exner J. E., 1994, El Rorschach: un sistema comprensivo, Prismática, Madrid

Granel M. E., 2014, El accidentarse como síntoma de un conflicto dilemático, U de Palermo

Hammer E. F., 1969, Tests Proyectivos Gráficos, Paidós, Buenos Aires

Infantino A. H. & Joubert E. N., 1993. En torno al accidente y su entorno, Primer Congreso de Actualización en la Técnica de Rorschach, Buenos Aires

Kaser-Boyd N., 2021, The Rorschach and Trauma, Rorschachiana, 42 (2), 118-138

Koch K., 1962, El test del Árbol, Kapelusz, Buenos Aires

Koppitz E., 1995, El dibujo de la figura humana, Guadalupe, Buenos Aires

Loosli-Usteri M., 1965, Manual Práctico del test de Rorschach, Editorial RIALP, Madrid

Passalacqua A. & Gravenhorst M. C., 1988, Los Fenómenos Especiales en Rorschach, Centro Editor Argentino, Buenos Aires

Rorschach H., 1964, Psicodiagnóstico, Paidós, Buenos Aires

Zunino A., 1995, Accidentes y Accidentados a la luz del Rorschach

Unidad de aprendizaje 15 (Dr. Roberto Ormeño) jueves 9 de nov de 20 a 21hs

PONENCIA : EXPERIENCIA DE APERTURA: UNIDAD DE TRAUMA Y DISOCIACION EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI". LIMA – PERU.

EXPOSITOR : ROBERTO ORMEÑO BRAVO – MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

AÑO : 2023

RESUMEN.

La presente ponencia tiene como objeto el compartir la experiencia que dejó el trabajo como equipo interdisciplinario en la Unidad de trauma y Disociación durante el año 2022 en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" de la ciudad de Lima.

La idea surge de la cercanía de quien les habla ya desde antes incluso de la pandemia, había empezado a acercarme a vivencias de Trauma en pacientes psicóticos y afectivos y venía entendiendo que el tratamiento habitual que brindamos en psiquiatría no siempre llega a restablecer aquello que la persona perdió con algún suceso traumático.

En ese entonces pasaban situaciones de cambio político en el país que condicionaron el cambio en varias áreas de trabajo en el instituto, por ello se tomaron datos de necesidades con rapidez y se estableció un área previa que empezó a recibir pacientes en Crisis, con lo cual pudo detectarse casos con antecedente traumático.

Durante 4 meses pudimos determinar casos que requirieron intervención en crisis sobre los cuales empezamos a determinar una casuística y determinación de trauma, para ello nos basamos en la escala de Trauma de Davidson y en la entrevista clínica, la cercanía en citas fue un factor esencial para el seguimiento de casos complejos. Muchos de ellos pasaron por el servicio de emergencias, al cual se le informó a través de su jefatura acerca de dichos pacientes.

Durante los meses de preparación también se empezó a sensibilizar a usuarios y médicos residentes, así como a otros equipos interdisciplinarios de menor nivel tanto en lima como en otras regiones a nivel nacional con buena respuesta inicial en derivación de casos.

Finalmente nos comprometimos en la elaboración de protocolo de intervención de Trauma con lo que dimos cierre a cuatro meses arduos para dar paso finalmente a la unidad de Trauma y disociación.

Justificación

La implementación de la Unidad de tratamiento de Trauma psíquico permitiría la implementación de las últimas tecnologías terapéuticas en salud mental para el tratamiento de las patologías del espectro del estrés post traumático. La capacitación del personal asistencial y la formación de los médicos residentes para mejorar la pericia de diagnóstico e intervención.

Asimismo lograría cubrir brechas de cobertura a la población con antecedentes de Trauma psicológico o violencia que en el Perú se calcula en el 5.6% según últimos estudios de investigación. Solo en Lima dicha cifra representa una población real de medio millón de habitantes. Cifra que excede a la actual oferta en salud mental.

Cabe recordar que en el Perú la violencia política ha sido el caldo de cultivo de varias situaciones que conllevan experiencias de Trauma y otras afecciones mentales, de lo cual no se han llevado a cabo estudios hasta la fecha.

Implementación:

Una vez aprobada la creación de la unidad de Trauma por la dirección de atención de Adultos del Instituto, esta se adscribió al trabajo del Departamento de Familia, con fuerte orientación en Terapia Dialectico Conductual, en base a lo cual se estableció un programa interdisciplinario que permitió un trabajo conjunto en pacientes con Trauma.

En un inicio la unidad solo funcionó con dos médicos psiquiatras, esto debido a carencias en presupuesto, pero ello no impidió el avance inicial y la creación de un flujo diferenciado de pacientes desde el departamento de familia. Pacientes que muchas veces ya fueron tratadas desde la vertiente DBT pero que no eran dadas de alta debido a que requerían intervención en Trauma.

Ello permitió la demarcación de pacientes con emocionalidad inestable y antecedente de Trauma para el inicio del primer Taller de habilidades.

Dicho Taller de habilidades da inicio en junio de 2022 y finaliza en septiembre, logrando establecer las metas en 4 meses de arduo trabajo.

Una vez concluido el taller inicial y luego de superar problemas económicos, finalmente pudo establecerse un grupo interdisciplinario constituido por médicos psiquiatras, médicos residentes, psicólogos con formación en DBT, asistente social y enfermera.

Ello permitió un flujo ordenado de pacientes a través de talleres, luego de lo cual se estableció abordajes de Tratamiento especializado en Trauma bajo dos vertientes que paso a explicar a continuación.

Abordaje:

Fase 0: Identificación de caso a tratar: La unidad de Trauma explora las características de cada paciente, si bien es deseable un antecedente claro de Trauma, esto no siempre ocurre por ello identificamos síntomas en el presente congruentes con síntomas de re experimentación de hechos a veces a través de pesadillas, hiperactivación autonómica, problemas crónicos de sueño, alteración afectiva, problemas de interacción social y síntomas evitativos frecuentes entre otros. Dichos pacientes permanecen en la unidad, en los casos claros pueden pasar a trabajo directo bajo EMDR o exposición prolongada, mientras que los casos poco claros requieren estabilización fármaco-terapéutica previa a cualquier abordaje, de presentar otros síntomas pasan a fase 1.

Fase 1: Taller de habilidades: Especifica para pacientes con antecedente de Trauma complejo y con emocionalidad inestable en el presente o riesgo de suicidio que requiera intervención a la brevedad. Los talleres se establecen a lo largo de 16 semanas, son de una sesión semanal y además la paciente debe mantener sesiones por psicología, psiquiatría y consejería de enfermería.

Fase 2: Abordaje del Trauma. Pacientes que ya han pasado talleres y luego de discusión de cada caso identificando respuestas maduras de afronte, pueden pasar a abordaje de situación traumática a través de técnicas de Exposición prolongada o EMDR. La elección de la técnica depende de la valoración de cada caso clínico.

Fase 3: Identificación de Síntomas Disociativos. Para el caso de pacientes que han iniciado tratamiento y se identifican reacciones disociativas, se establece trabajo en equipo, que permita en el presente abordar situaciones graves o muy graves. En la práctica constante solo un caso mereció paso por emergencia con

posibilidad de internación pero la mayoría de casos han respondido de forma adecuada a técnicas de enraizamiento y a protocolo de habilidades para Disociación. Otros casos también responden a técnicas de Mindfulness, por lo que debido a nuestra escasa experiencia nos hemos adaptado a lo que el paciente precise. Tener en cuenta que a nivel nacional no existe antecedente claro de trabajo en Disociación o trabajo con partes a nivel estatal.

Fase 4. Recuperación. Pacientes en fase 4 usualmente han logrado superar elementos de re experimentación y evitación iniciales y han podido brindarse a sus actividades con cierta normalidad. Debido a que el avance de cada paciente no suele ser menor a un año de paso por la unidad de trauma y a que la unidad se cerró de forma abrupta en febrero de este año, han sido contados los casos que llegaron a esta fase.

Experiencia:

La experiencia a lo largo de estos meses se resume en los siguientes puntos:

1. La creación y el fomento de una unidad de trauma ha sido un acierto y una necesidad nacional postergada a lo largo de muchos años, ello se demuestra con la casuística enormemente variada de pacientes que, llegaron a la unidad muchos de ellos con antecedentes claros de sucesos traumáticos previos y que condicionaron evoluciones tórpidas de cada cuadro.
2. La enorme necesidad requiere que el trabajo sea articulado, por ende el grupo de diversos profesionales es imprescindible porque permite articular desde la recepción del paciente hasta la prevención de recaídas.
3. El trabajo en Trauma requiere inversión en tiempo, capacitación permanente y mayor tolerancia al estrés que muchas otras áreas de trabajo, es quizás la razón principal por la que no se han establecido previamente unidades de esa naturaleza.
4. Por ende se requiere sensibilizar tanto al profesional en la salud mental acerca del reconocimiento, tratamiento especializado y rehabilitación de casos en relación a trauma; y de la misma manera a la población en general que requieran un tratamiento específico.
5. Por razones políticas la unidad de Trauma ha sido cerrada, basadas específicamente en la priorización de mayor número de atenciones sin fijarse en la calidad de las mismas, por ende el razonamiento vuelve a ser el mismo con el que el ministerio demuestra sus logros basados en cifras de atención y no en pacientes realmente recuperados.

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 16

DOCENTE: Diego Feder (jueves 14 de diciembre de 18 a 19hs)

TITULO: Adversidad y Resiliencia. Aportes conceptuales y terapéuticos

INTRODUCCION

La relación entre el atravesamiento de experiencias consideradas adversas y su impacto en términos de desarrollo posterior del concepto de calidad de vida es un área de estudio en salud mental con relevancia y notorio interés desde hace más de cuatro décadas, aspecto que se evidencia en la bibliografía publicada disponible en este período. En la presente unidad se desarrollarán contenidos con el objeto de aproximarnos a la relación entre los conceptos de adversidad y sus implicancias en términos de impacto en la calidad de vida, con especial énfasis en el desarrollo de la resiliencia, entendida como un proceso que permite aumentar las posibilidades de fomentar constructivamente un desenvolvimiento vital a partir del atravesamiento de experiencias adversas. Para este propósito, se compartirán contenidos en un orden progresivo, comenzando por los conceptos básicos de adversidad y resiliencia, continuando por el debate en torno a las perspectivas entre predisposición y aprendizaje de la resiliencia y finalmente compartiendo distintas propuestas de promoción a través de marcos teóricos y sus posibles aportes psicoterapéuticos desde una perspectiva integral

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Adversidad. Concepto de Resiliencia en Salud Mental. Relación entre adversidad y resiliencia. Vulnerabilidad – Sobreadaptación- Resiliencia. Evolución histórica y principales autores en el estudio de la

Resiliencia: semejanzas y diferencias. Distintas vertientes de análisis: Resultado vs proceso. Condición preexistente vs aprendizaje. Componentes de la resiliencia. Resiliencia en distintas etapas del ciclo vital. Desarrollo de procesos resilientes. Relación con el concepto de Calidad de vida. Psicoterapia y resiliencia. Aportes de modelos psicoterapéuticos desde una perspectiva integral

ACTIVIDADES

Clases sincrónicas en plataforma online con desarrollo de los contenidos teóricos y ejemplos ilustrativos. Análisis de viñetas. Intercambio de experiencias y conocimientos con los alumnos

BIBLIOGRAFIA

Battafarano, M. (2017). *Psicopatología de lo accesorio. Ensayo de una neurosis colectiva*. Buenos Aires. Akadia

Beck, A. T. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-997.

Cabanyes Truffino, J.(2010) *Resiliencia: una aproximación al concepto*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Elsevier Doyma. Barcelona España. 2010 3(4)

Cyrułnik, Boris (2009). *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa

Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PNIE, psiconeuroinmunoendocrinología: integración, cuerpo, mente, entorno*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Feder, D. (2018) *Resiliencia. Cómo la mente supera las adversidades*. España. EMSE EDAPP, S. L.

Grotberg, E. (2006) *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa

Kübler-Ross, E. (2014). *La rueda de la vida*. Barcelona, España. Vergara

Lazarus, R (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicancias en nuestra salud*. España: Desclee de Brouwer

Meyer, C (2010) *“Los nuevos Psi”*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana

Sivak, R (Compilador)(2018). *Resiliencia. De las Neurociencias a las redes sociales*. Buenos Aires. , Argentina. Akadia

UNIDAD DE APRENDIZAJE Nº 17 (Dr. Carlos Virto) jueves 14 de diciembre de 19 a 20hs.

TITULO: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

INTRODUCCION

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se produce cuando el individuo a sido expuesto a un trauma significativo con consecuencias en su funcionalidad que afectan su vida de relación y conduce a alteraciones neuro biológicas con implicancias inmunológicas y hormonales a largo plazo. Una actualización de una revisión Cochrane sobre el tratamiento farmacológico del TEPT señala que, si bien tradicionalmente este trastorno se ha tratado con psicoterapia, los tratamientos con medicamentos han demostrado ser eficaces para el TEPT.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

Se revisará la evidencia respecto al uso de **los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la mejoría de los síntomas del TEPT en comparación con el placebo**, con una certeza de la evidencia moderada. También el beneficio en la mejora de los síntomas del TEPT con la **mirtazapina** , un antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA), y la **amitriptilina** , un antidepresivo tricíclico (ATC), aunque con una certeza de la evidencia baja.

Por otro lado, se revisará la evidencia de la eficacia del uso de antipsicóticos.

ACTIVIDADES

Exposición con ayuda audio visual.

Preguntas de los participantes.

BIBLIOGRAFIA

Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. [Farmacoterapia para el trastorno de estrés postraumático \(TEPT\)](#). Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2022, Número 3. Art. Nº: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub3

American Psychiatric Association: Guideline Watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Focus. 2009; 7.

Antidepressant use in children, adolescents, and adults. US Food and Drug Administration website. Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/Informationby...gClass/UCM096273>. Updated August 12, 2010. Accessed November 25, 2012.

Ipser JC, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). Int J Neuropsychopharmacol. 2012;15(6):825-840.

Post-traumatic stress disorder (PTSD). EBSCO DynaMed website. Available at <https://dynamed.ebscohost.com/about/about-us>. Updated October 5, 2012. Accessed November 25, 2012.