



## **SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES PRESENCIALES DE FORMACIÓN CONTINUADA DIRIGIDAS A PROFESIONALES SANITARIOS**

### **NORMAS DE TRAMITACIÓN**

El modelo que se presenta a continuación ha sido elaborado siguiendo las indicaciones de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Decreto 65/2000 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (B.O.C.M. nº 108 del 8 de mayo de 2000). Su propósito es facilitar el proceso de acreditación de actividades de formación continuada sanitaria.

**Antes de cumplimentar esta solicitud, debe tener en cuenta los siguientes aspectos:**

- 1 Son acreditables aquellas actividades presenciales y mixtas de formación continuada, de temas reconocidos por la profesión correspondiente, cuyos proveedores, o comités organizadores, tienen residencia en la Comunidad de Madrid y se realizan en el territorio nacional.** Las actividades con metodología exclusivamente a distancia deben ser presentadas en el Ministerio de Sanidad.
- 2 Las actividades deben ir ofertadas solamente a:** Profesiones sanitarias tituladas de nivel Licenciado (Medicina, Farmacia, Odontología y Veterinaria) y de nivel Diplomado (Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica y Optometría, Logopedia y Nutrición Humana y Dietética). Profesionales del área sanitaria de formación profesional, de grado superior (Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, Dietética, Documentación Sanitaria, Higiene Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Ortoprotésica, Prótesis Dentales, Radioterapia, Salud Ambiental y Audioprótesis) y de grado medio (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Farmacia) También se considerarán las actividades de formación continuada dirigidas a las especialidades sanitarias de Psicología, Química, Bioquímica, Biología y Física, que trabajen en instituciones sanitarias y que sean de contenido relevante en este área de trabajo. Actividades dirigidas a cualquier otro tipo de colectivo serán desestimadas.

**Requisitos que debe cumplir el proveedor solicitante de la acreditación de la actividad:**

- 1** Toda información que se refleje en esta solicitud debe ser coincidente con la utilizada en la publicidad y en los materiales que se entreguen a los participantes de la actividad. Si con posterioridad a su entrada en la Secretaría Técnica o a su resolución favorable de acreditación, se produjera, por motivos justificados, algún cambio que afectara a los datos recogidos en esta solicitud, debe notificarse lo más rápidamente posible a la Secretaría Técnica.
- 2 No puede utilizarse el logotipo de la Comisión para ningún tipo de publicidad del curso antes de recibir la notificación de su acreditación. La utilización de los logotipos de la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid o de la Agencia Laín Entralgo no están permitidos.**

La solicitud de acreditación es voluntaria para el proveedor.

**En cuanto a la tramitación de la solicitud tenga en cuenta que:**

- 1** Ha de presentarse, al menos, **con dos meses (60 días naturales)** de antelación al inicio de la actividad, si no será desestimada.
- 2** Si es la primera vez que solicita la acreditación debe enviar una copia de los estatutos de su institución actualizada.

- 3 **La solicitud debe ir acompañada de una carta emitida por la persona responsable de la actividad docente** para la que se solicita acreditación, dirigida al Presidente de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- 4 La documentación debe presentarse a través de cualquiera de los registros oficiales de la Comunidad de Madrid, dirigido a nuestra sede administrativa (**C/ Gran Vía nº 27, Registro 1º planta. 28013 Madrid**). El formulario de solicitud puede bajarlo de la página web de la Comunidad de Madrid, ([www.madrid.org](http://www.madrid.org)) bien desde “Gestiona tú mismo” o desde la Agencia Laín Entralgo. Acreditación de actividades de formación continuada.
- 5 Si tiene problemas puede pedirlo directamente en la dirección de correo electrónico que figura en el párrafo siguiente.
- 6 Debe remitirse una copia de todo lo anterior, por correo electrónico, a la Secretaría Técnica de la Comisión a la siguiente dirección: [secretaria.tecnica@salud.madrid.org](mailto:secretaria.tecnica@salud.madrid.org). Este procedimiento agiliza el proceso y acorta los plazos de resolución.
- 7 Debe realizarse una solicitud por cada actividad docente. Si se repiten varias ediciones de una misma actividad, se deberá solicitar acreditación para cada una de las ediciones.

Para cumplimentar la presente solicitud puede incluir todo el texto que crea necesario en cualquiera de los apartados y puede ayudarse de la “**Guía De Evaluación De Actividades De Formación Continuada**” que también figura en la página web.

#### **Evaluación de las solicitudes**

- 1 Las solicitudes se evaluarán según los criterios establecidos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Una vez evaluadas y aprobadas por la Comisión, se hace la correspondiente resolución por el Director General de la Agencia Laín Entralgo, que será notificada por la Secretaría Técnica al proveedor y donde constará el número de créditos concedidos, en su caso.
- 2 Las actividades acreditadas pueden ser sometidas a auditorias *in situ* para comprobar el desarrollo de la actividad y el cumplimiento de los criterios de calidad exigidos.

#### **Condiciones de la acreditación:**

1. Las resoluciones de acreditación son condicionadas al cumplimiento de la legislación en vigor, de todos los requisitos exigidos en este sistema de acreditación y a la aportación de toda la información que la secretaría técnica considere necesaria.
2. El proveedor esta obligado a anular la actividad comunicándoselo a la secretaría técnica si ésta no llega a realizarse por cualquier causa.

La Secretaría Técnica sigue un sistema de gestión de la calidad dirigido a la mejora continua y a la satisfacción del cliente. Por ello, si Ud. tiene alguna sugerencia para mejorar el proceso de acreditación y comunicación le ruego nos la envíe a las direcciones anteriormente mencionadas (bien por correo ordinario o electrónico).

**Estas dos páginas debe quitarlas antes de remitir su solicitud.**

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES PRESENCIALES DE  
FORMACIÓN CONTINUADA

## 1.-NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

1.1.-Cite textualmente el nombre con el que se designa la actividad. Ha de ser idéntica esta denominación a la que va a figurar en su publicidad y en los diplomas o certificados acreditativos que se entregarán a los asistentes a la misma. En adelante, este nombre será la referencia oficial, junto con su nº de expediente y su fecha de celebración. Si está previsto repetir la misma actividad en otros turnos, fechas o lugares, añada al nombre la palabra “edición 1” y, en las sucesivas solicitudes, el número de edición que corresponda. Proponga un título breve en lo posible que tenga relación con el contenido de la actividad, y no incluya en él la modalidad de la actividad (curso, seminario, etc.).

**SUPERVISIÓN EN TERAPIA INTERPERSONAL**

Clasifique la actividad dentro una de las siguientes áreas temáticas:

Práctica Clínica	<b>X</b>	Gestión / Calidad	
Salud Pública		Docencia	
Investigación		Otras.	

1.2.-¿La citada actividad, tiene ediciones anteriores ya acreditadas por esta Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid?

<b>SÍ</b>	<b>(Marque con X la casilla gris correspondiente)</b>	<b>NO</b>	<b>X</b>
-----------	---	-----------	----------

1.3.- En caso de respuesta positiva, indique el nº de expediente de la primera o última edición acreditadas

<b>Nº EXPEDIENTE:</b>	
-----------------------	--

## 2.-ENTIDAD PROVEEDORA:

(Entendemos por entidad proveedora, la institución o centro que solicita la acreditación para la actividad, emitirá los certificados de asistencia y se hace responsable de dicha actividad.)

<b>2.1.- Nombre de la Institución /centro:</b>	
<b>2.2.- C.I.F.:</b>	
<b>2.3.- Dirección:</b>	
<b>2.4.- Municipio :</b>	
<b>2.5.- Provincia:</b>	
<b>2.6.- Código postal:</b>	
<b>2.7.- Responsable de la entidad:</b>	
<b>2.8.- Responsable de la actividad</b>	

<b>en la Institución *</b>					
<b>2.9.- Cargo:</b>					
<b>2.10.- NIF:</b>					
<b>2.11.- Tfno (de 9:00 a 14:00 h)</b>					
<b>2.12.- Fax:</b>					
<b>2.13.- E-mail:</b>					
<b>2.14.- Carácter de la entidad</b>	<b>Pública</b>		<b>Privada</b>		<b>Otras</b>

\* Al responsable citado será a quien la Secretaría Técnica se dirija para cualquier gestión y/o comunicación relacionada con la presente solicitud. Puede ser también el responsable de la entidad si así se consigna. Las comunicaciones irán dirigidas a la sede de la entidad.

**Clasifique su centro:**

<b>Hospital,</b>		<b>Fundación</b>	
<b>Área de Atención Primaria</b>		<b>Consejería de Sanidad y Consumo (excluidos hospitales y áreas de atención primaria)</b>	
<b>Sociedad Científica</b>		<b>Universidad</b>	
<b>Colegio Profesional</b>		<b>Empresa de formación y/o servicios</b>	
<b>Asociación/ONG</b>		<b>Otras</b>	

**2.15.- Aporta con la presente solicitud los estatutos o escrituras de constitución o reglas fundacionales de su institución (sólo para personas jurídicas, que no lo hubieran presentado con anterioridad).**

<b>SÍ</b>		<b>(Marque con X la casilla gris correspondiente)</b>	<b>NO</b>	
-----------	--	---	-----------	--

### **3.- ACTIVIDAD**

#### **3.1.-DIRECTOR(ES) DOCENTES RESPONSABLE/S DE LA ACTIVIDAD**

<b>NOMBRE y APELLIDOS</b>	<b>PUESTO DE TRABAJO</b>

#### **3.2.- LUGAR DE CELEBRACIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

<b>3.2.1.- Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad:</b>	
<b>3.2.2.- Dirección:</b>	
<b>3.2.3.- Municipio:</b>	
<b>3.2.4.- Provincia:</b>	

<b>3.2.5.- Comunidad Autónoma</b>	
<b>3.2.6.- Código Postal:</b>	

**3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:**

**3.3.1.-Tipo de actividad:**

(Marque con **X** la casilla gris correspondiente a la opción elegida. Son excluyentes)

<b>CURSO</b>		<b>CONGRESO</b>	
<b>SEMINARIO</b>		<b>REUNIÓN CIENTÍFICA</b>	
<b>TALLER</b>	<b>X</b>	<b>SESIÓN CLÍNICA</b>	
<b>JORNADA</b>		<b>OTRAS</b>	

<b>3.3.2.- N° máximo de alumnos:</b>	<b>10</b>
<b>3.3.3.- N° total horas docentes *:</b>	<b>50</b>
<b>3.3.4.- Fecha de inicio:</b>	
<b>3.3.5.- Fecha de finalización:</b>	

\*Deberán indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos.

**3.3.6.: Método empleado para el control de asistencia:**

<b>CONTROL DE FIRMAS</b>
--------------------------

**3.3.7: Mínimo exigido de permanencia para obtener certificado con créditos:**

<b>75%</b>
------------

Adjuntar modelo de control de asistencia

**3.3.8.- Profesión/es a la/s que se dirige:**

(En la columna "PROFESIÓN" marque con **X** la casilla gris correspondiente a la/s profesión/es a las que va dirigida la actividad docente. En "Especialidad" sólo deben figurar especialidades oficiales de la profesión y en Área de trabajo las áreas o ámbito de trabajo más específicos en las que se desarrolle la profesión).

<b>PROFESIÓN</b>		<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>ÁREA DE TRABAJO</b>
<b>ENFERMERÍA</b>			
<b>FARMACIA</b>			
<b>FISIOTERAPIA</b>			
<b>LOGOPEDIA</b>			
<b>MEDICINA</b>	<b>X</b>	<b>PSIQUIATRÍA</b>	

<b>ODONTOLOGÍA/ESTOMATOLOGÍA</b>			
<b>ÓPTICA-OPTOMETRÍA</b>			
<b>PODOLOGÍA</b>			
<b>VETERINARIA</b>			
<b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b>			
<b>NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA</b>			
<b>PSICOLOGÍA CLÍNICA</b>	<b>X</b>		
<b>BIOLOGÍA (ESP. SAN.)</b>			
<b>BIOQUÍMICA (ESP. SAN.)</b>			
<b>QUÍMICA (ESP. SAN.)</b>			
<b>RADIOFÍSICA HOSPITALARIA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN DIETÉTICA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN ORTOPROTÉSICA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN PRÓTESIS DENTALES</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN SALUD AMBIENTAL</b>			
<b>TÉCNICO SUPERIOR EN AUDIOPRÓTESIS</b>			
<b>TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA</b>			
<b>TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE FARMACIA</b>			

## 4.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

### 4.1.- OBJETIVOS DOCENTES.

Los objetivos de formación han de explicitar lo que se pretende conseguir con la actividad. Por un lado, el objetivo global (“Objetivo general de la actividad”). Por otro lado, han de describirse los objetivos que se pretenden conseguir en el proceso de aprendizaje de los participantes (“Objetivos específicos de la actividad”).

#### 4.1. 2.- OBJETIVO/S GENERAL/ES DE LA ACTIVIDAD

Desarrollar habilidades como terapeuta interpersonal mediante la supervisión en grupo de la actividad psicoterapéutica en base al material clínico reportado o sobre material videograbado de las sesiones

#### 4.1. 3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ACTIVIDAD

1. Entrenar la capacidad de evaluar y detectar al paciente adecuado para este tipo de terapia
2. Entrenar la capacidad de plantear la terapia como un proceso en el que se distinguen fases inicial, intermedia y de terminación
3. Entrenar la capacidad de manejar las estrategias características de la terapia interpersonal en cada una de las fases de la terapia, planteando los objetivos y llevando a cabo las tareas propias de cada una de las fases:
  - 3.1. Estrategias propias de la fase inicial**
    - 3.1.1. **Evaluar y hacerse cargo del trastorno que motiva la consulta.**
      - 3.1.1.1. Revisar los síntomas
      - 3.1.1.2. Dar un nombre al trastorno
      - 3.1.1.3. Dar información útil para la terapia sobre el trastorno
      - 3.1.1.4. Otorgar al paciente el rol de enfermo
      - 3.1.1.5. Evaluar la necesidad de utilizar medicación
    - 3.1.2. **Relacionar el trastorno con el contexto interpersonal.**
      - 3.1.2.1. Revisar con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y relacionarlas con los síntomas
        - 3.1.2.1.1. Explorar la naturaleza de la interacción con personas significativas
        - 3.1.2.1.2. Explorar las expectativas respectivas del paciente y de los otros significativos respecto a la relación y grado de cumplimiento de las mismas
        - 3.1.2.1.3. Explorar los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de las relaciones
        - 3.1.2.1.4. Explorar los cambios que el paciente desearía introducir en las relaciones
    - 3.1.3. **Identificar el área problema sobre el que procede trabajar** (duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol, déficits interpersonales)
      - 3.1.3.1. Determinar el área problema relacionada con el motivo de consulta y fijar los objetivos del tratamiento
      - 3.1.3.2. Determinar que relación(es) está(n) implicada en el problema y que habría que cambiar en ella
    - 3.1.4. **Explicar los conceptos básicos de la terapia interpersonal y hacer el contrato**
      - 3.1.4.1. Devolver una hipótesis sobre el problema planteado
      - 3.1.4.2. Acordar sobre que área problema se va a trabajar y definir los objetivos
      - 3.1.4.3. Describir los procedimientos de la terapia interpersonal y acordar los aspectos prácticos

- 3.2. **Estrategias propias de la fase intermedia**
  - 3.2.1. **Estrategias para el trabajo con el duelo**
    - 3.2.1.1. Revisar los síntomas
    - 3.2.1.2. Relacionar los síntomas con la pérdida experimentada
    - 3.2.1.3. Reconstruir de la relación del paciente con lo perdido
    - 3.2.1.4. Revisar la secuencia y consecuencias de los acontecimientos inmediatamente anteriores, de durante y después de la pérdida
    - 3.2.1.5. Explorar los sentimientos (positivos y negativos) asociados
    - 3.2.1.6. Ayudar al paciente a considerar posibles maneras alternativas de entablar relaciones con otros
  - 3.2.2. **Estrategias para el trabajo con las disputas interpersonales**
    - 3.2.2.1. Revisar los síntomas
    - 3.2.2.2. Relacionar los síntomas con la disputa interpersonal en la que el paciente está implicado
    - 3.2.2.3. Determinar el estadio de la disputa
      - 3.2.2.3.1. Renegociación: tranquilizar y facilitar resolución
      - 3.2.2.3.2. impasse: facilitar la disonancia para reabrir la renegociación
      - 3.2.2.3.3. Disolución: atender al duelo
    - 3.2.2.4. Explorar, entender y explicar como las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa
    - 3.2.2.5. Buscar paralelos con otras relaciones
      - 3.2.2.5.1. Buscar posibles beneficios de esa pauta de relación
      - 3.2.2.5.2. Buscar asunciones implícitas
    - 3.2.2.6. Buscar perpetuantes
  - 3.2.3. **Estrategias para el trabajo con las transiciones de rol**
    - 3.2.3.1. Revisar los síntomas
    - 3.2.3.2. Relacionar los síntomas con la dificultad en afrontar un cambio reciente
    - 3.2.3.3. Explorar y ayudar al paciente a evaluar los aspectos positivos y negativos de los roles antiguo y nuevo
    - 3.2.3.4. Explorar los sentimientos hacia lo perdido
    - 3.2.3.5. Explorar los sentimientos hacia al cambio mismo
    - 3.2.3.6. Explorar las oportunidades ofrecidas por el nuevo rol
    - 3.2.3.7. Evaluar de un modo realista lo perdido
    - 3.2.3.8. Propiciar la liberación de afectos
    - 3.2.3.9. Propiciar el desarrollo de un nuevo sistema de apoyo y de nuevas habilidades adecuados para el nuevo rol
  - 3.2.4. **Estrategias para el trabajo con los déficits interpersonales**
    - 3.2.4.1. Revisar los síntomas
    - 3.2.4.2. Relacionar los síntomas con los problemas de aislamiento social
    - 3.2.4.3. Explorar las relaciones significativas en el pasado
    - 3.2.4.4. Explorar pautas repetidas en ellas
    - 3.2.4.5. Explorar las emociones sobre la relación terapéutica y buscar paralelismos con las relaciones pasadas y consecuencias para las futuras
- 3.3. **Estrategias propias de la fase de terminación**
  - 3.3.1. Hacer explícita la terminación
  - 3.3.2. Reconocer los aspectos de duelo implicados en la misma
  - 3.3.3. Reconocer las pruebas de funcionamiento independiente
- 4. Entrenar la capacidad de manejar las técnicas propias de la terapia interpersonal
  - 4.1. Técnicas exploratorias
  - 4.2. Propiciación de afectos
  - 4.3. Clarificación
  - 4.4. Análisis de la comunicación
  - 4.5. Uso de la relación terapéutica
  - 4.6. Técnicas de modificación de conducta
  - 4.7. Técnicas auxiliares
- 5. Entrenar la capacidad de asumir el rol de terapeuta interpersonal
  - 5.1. El terapeuta como abogado del paciente, no neutral
  - 5.2. Actividad, no pasividad
  - 5.3. Uso de la relación terapéutica no interpretada como transferencia
  - 5.4. Establecimiento de una relación profesional

## 4.2.- ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA.

### 4.2.1- CALENDARIO Y PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD.

Incluya en este apartado una tabla o texto que claramente muestre y relacione el orden cronológico y contenido de cada jornada de la actividad expresando al menos los siguientes datos: Día/s y mes/es en que se desarrolla la actividad. Total del número de horas por jornada, con su horario y secuencia de cada jornada. Temario, contenido o actividades que se desarrollan en cada jornada. Profesores y/o ponentes que intervienen en cada jornada.

Día y mes	Horario	Contenido	Profesorado
	Sesiones semanales de 3 horas	Exposición del caso por parte del supervisando. Visionado de parte o la totalidad de la sesión a supervisar. Discusión en grupo del caso Devolución por los supervisores	2 profesores

<b>TOTAL HORAS DE TEORÍA</b>	
<b>TOTAL HORAS DE PRÁCTICAS</b>	<b>60</b>
<b>TOTAL HORAS (Teoría + Práctica):</b>	<b>60</b>

### 4.2.2- RECURSOS HUMANOS

#### PROFESORADO DEL PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD

Incluya en este apartado una tabla que claramente muestre y relacione la siguiente información relativa al equipo docente de la actividad: Nombre y apellidos. Titulación/es. Centro de trabajo y cargo laboral. Campo de especialización o cualificación profesional en relación con el curso.

Nombre y Apellidos	Titulación/es	Centro de trabajo y cargo laboral	Campo de especialización en relación con el curso
Alberto Fernández Liria	Psiquiatra	Hospital Príncipe de Asturias	Psicoterapeuta y Presidente de la Sociedad Española de Terapia Interpersonal (SETIP).
Beatriz Rodríguez	Psiquiatra	Psiquiatra Hospital La paz	Psicoterapeuta, Docente

Vega			acreditado de Terapia Interpersonal y Vocal de la SETIP.
Francisco González Aguado	Psiquiatra	Psiquiatra CSM Alcalá de Henares	Psicoterapeuta, Docente acreditado de Terapia Interpersonal y Vocal de la SETIP.
Déborah Ortiz	Psiquiatra	Hospital de Día Puerta de Madrid. Alcalá de Henares	Psicoterapeuta, Terapeuta TIP y Docente acreditado
María Diéguez Porres	Psiquiatra	Hospital Príncipe de Asturias	Psicoterapeuta, Docente acreditado de Terapia Interpersonal y Secretaria de la SETIP.
Adolfo Benito	Psiquiatra	Hospital Príncipe de Asturias	Psicoterapeuta y Terapeuta TIP

**En caso de tratarse de un congreso o jornada, especifique también el comité organizador y el comité científico.**

#### 4.2.3.- RECURSOS MATERIALES

Refleje en este espacio todos los medios materiales que se van a utilizar en el desarrollo de la actividad: espacios, apoyos audiovisuales, informáticos, aparataje, instrumental. etc.

Sala con capacidad para 10 personas con sillas móviles  
Ordenador con reproductor DVD, cañón y pantalla. TV y reproductor de video

#### 4.2.4.- MÉTODO DE SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS:

Indique qué requisitos deben cumplir los alumnos o asistentes a la actividad y las prioridades y método de selección que se va a establecer.

Psicólogos clínicos y psiquiatras que puedan documentar la formación teórica en TIP y con práctica clínica habitual.  
La selección se hará a través del Currículo Vital de los aspirantes

#### 4.3.- PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad y demanda, las cuales deben ser especificadas. Indicar como se han detectado las necesidades formativas del colectivo al que se oferta la actividad (estudios, opinión de los profesionales...).

##### 4.3.1.- Describa las necesidades, ya sean de tipo social, institucional o profesional a los

**que se trata de responder con el desarrollo de la actividad.**

El programa de la especialidades Psiquiatría y Psicología Clínica, establece la formación en psicoterapia como uno de los objetivos de la residencia pero no determina procedimientos estructurados para lograrla. Cuando esta se proporciona de algún modo, se hace generalmente sin una metodología estructurada, a través de la práctica supervisada. Este taller da respuesta a una de las carencias más notables de la formación que es la supervisión reglada de la práctica psicoterapéutica

**4.3.2.- Cómo han sido detectadas dichas necesidades (métodos, fuentes de información utilizadas etc.) y cualquier información de interés que desee añadir.**

Las deficiencias de formación en psicoterapia en los actuales programas docentes fueron señaladas en la reunión de tutores celebrada en noviembre de 1999 por la asociación Española de Neuropsiquiatría. El curso ha tenido una excelente aceptación en las unidades docentes donde se ha llevado a cabo desde 1991.

#### **4.4.- METODOLOGÍA DOCENTE**

**4.4.1.- Describa la/s metodología/as docentes que se utilizarán y su relación con el temario y objetivos de la actividad.**

**Presentación de un resumen del caso en papel. Presentación en grupo del caso. Presentación de fragmentos de al menos un tercio de las sesiones.  
Discusión de la adecuación del terapeuta a las estrategias y técnicas de la intervención.  
Trabajo de las dificultades con técnicas de Rol- playing.**

**4.4.2.- Describa, en caso necesario, la/s interacción/es entre alumnos y entre estos y el profesorado, así como otra información de interés que considere oportuna.**

**Todos los alumnos deberán presentar al menos dos casos de pacientes con los que estén realizando una intervención con TIP. Todos los alumnos deberán participar en la discusión de los casos y en los rol-playing propuestos.**

#### **4.5.- EVALUACIÓN**

**4.5.1.- Explícite los métodos de evaluación que se van a emplear en la actividad (participantes, profesores, actividad, proceso, etc), así como el medio o sistema empleado y los requerimientos exigidos para la obtención de los créditos. Debe adjuntar los modelos de impresos de evaluación.**

Para la obtención de los créditos se exigirá a los alumnos la presentación de dos casos clínicos.

## 5.- FINANCIACIÓN

### 5.1.- Financiación de la actividad.

FUENTE DE FINANCIACIÓN	CUANTÍA
Financiación por parte de la entidad proveedora	
Financiación por parte de patrocinador/es	
Financiación por derechos de inscripción de los participantes	
Presupuesto total de la actividad	

### 5.2.- Importe de la inscripción o matrícula del participante.

5.2.1. Importe unitario de la matrícula				
5.2.2. ¿Existen becas?	Sí		No	
5.2.3. ¿Existen descuentos?	Sí		No	

### 5.2.4. Indique otras indicaciones o aclaraciones que quiera realizar:

Este seminario constituye la parte supervisada de la formación como Terapeuta Interpersonal que se exige para ser terapeuta TIP acreditado.

### 5.3.- Patrocinadores.

Al cumplimentar la tabla: Escriba, en la única zona sombreada de cada celdilla, la totalidad de los datos de la columna correspondiente, administrando los espacios necesarios para que la composición y lectura de la tabla sea clara.

CIF	NOMBRE	PÚBLICO	PRIVADO	CUANTÍA
		OTROS		

## 6.- INFORMACIÓN ADICIONAL (máximo 10 líneas)

La terapia interpersonal de la depresión es junto con la terapia cognitivo-conductual, la más estudiada en contextos clínicos y es, hoy, la forma de psicoterapia más frecuentemente utilizada por los psiquiatras americanos (Docherty, Herz, Gunderson, Pincus, Ferris, 1993). Esta popularidad se debe en parte a ser una intervención muy coherente con el modelo médico y en parte a ser relativamente fácil de entrenar.

Se trata de una terapia manualizada en principio para trastorno depresivo mayor, sobre la que se han realizado, posteriormente versiones para otros trastornos mentales (distimia, bulimia nerviosa, trastorno de pánico, etc).

En nuestro país, se viene utilizando desde 1991 y ha sido adaptada para su uso en el sistema público de salud. En ella se han formado algunas generaciones de residentes de diversas unidades docentes y se ha producido una cantidad importante de material didáctico que incluye vídeos de sesiones realizadas en contextos clínicos públicos, que serán utilizados en el curso.

Para ser terapeuta TIP acreditado se requiere haber hecho el seminario de 20 horas presenciales y la supervisión de entre 2 y 4 casos clínicos según la experiencia previa.

#### BIBLIOGRAFÍA

Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994

Docherty JP, Herz MI, Gunderson J, Pincus HA, Ferris S. Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC. American Psychiatric Association.1993.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Dieguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría 1997; 17: 627-648

Dieguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de terapia para el sector público. In Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997

Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books 2000

## 7.- FECHA DE REMISIÓN DE LA SOLICITUD Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD

### ANEXO

#### CRITERIOS DE INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA

***Los proveedores/organizadores de actividades de Formación Continuada deben garantizar la independencia de las actividades que organizan en cuanto a contenidos y ponentes.***

*D. (Nombre del Responsable de la institución proveedora/organizadora de la actividad)*

.....

Como: *(Cargo en la entidad solicitante o proveedora)*

.....  
De: *(Institución solicitante)*

.....  
organizadora de la actividad de Formación Continuada *(Nombre de la actividad)*  
.....

**MANIFIESTA**

Que se hace totalmente responsable de la planificación y contenidos de la actividad que se somete a acreditación, y que, en ningún caso, las aportaciones en concepto de patrocinio comercial condicionarán:

**1.-La independencia de los contenidos.**

Garantizo que los contenidos de la actividad no están sesgados por intereses comerciales o de cualquier otro tipo ajeno a su pertinencia científica y profesional.

**2.-La independencia de los docentes.**

Garantizo que todos los docentes que participan en la actividad, han sido seleccionados por su adecuada formación y experiencia sobre los temas que imparten, no estando condicionada por la entidad patrocinadora.

*(Se dará también a conocer cualquier relación entre ponentes/docentes y patrocinador)*

**3.-El control de la publicidad.**

Asumo la responsabilidad de los contenidos de los materiales de promoción de la actividad.

**4.-La presencia de logotipos comerciales.**

El nombre del patrocinador comercial sólo constará en los materiales promocionales y en los programas, pero nunca en los materiales docentes. Así mismo, en todos los materiales publicitarios y docentes no se hará mención a ningún producto comercial concreto.

Madrid., a ..... de ..... de .....

Firmado