

**Hospital Obispo Polanco
Teruel.**

ITINERARIO FORMATIVO TIPO

PSIQUIATRÍA

Dra. Patricia Latorre Forcén
Dra.Laura Bosqued Molina

Tutoras de residentes de Psiquiatría.

Mayo de 2020.

ÍNDICE

1. Introducción.....	pág. 3
2. Definición.....	pág. 3.
3. Objetivo del itinerario formativo tipo.....	pág. 3.
4. La especialidad de psiquiatría.....	pág. 3.
5. La estructura general de la formación.....	pág. 4.
6. Servicio asistenciales implicados en el periodo formativo.....	pág. 5.
7. Rotaciones por año de formación.....	pág. 5
Residente de primer año.....	pág. 6.
Residente de segundo año.....	pág. 7.
Residente de tercer año.....	pág. 10.
Residente de cuarto año.....	pág. 12.
Plan itinerario formativo.....	pág. 16.
8. Las rotaciones externas.....	pág. 16.
9. La evaluación del residente.....	pág. 17.
10. Atención continuada (guardias).....	pág. 17.
11. La supervisión del residente.....	pág. 19.
12. Formación longitudinal: Sesiones clínicas, formación teórica, cursos y actividad investigadora.....	pág. 20
13. Plan de entrevistas con el tutor.....	pág. 21
14. Bibliografía recomendada.....	pág. 21
ANEXO I: Manual de Supervisión del Residente de Psiquiatría.....	pág. 23

1. INTRODUCCIÓN.

En febrero de 2008 se aprobó el Real decreto 183/2008 por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan diversos aspectos de la Formación Sanitaria Especializada en España. Este real decreto ha supuesto cambios importantes en el sistema de calificación y programación docente.

El 16 de septiembre de ese mismo año, se publica en el BOE 224 el actualmente vigente programa formativo de la especialidad de psiquiatría, mediante orden SCO/2616/2008.

De acuerdo con la normativa referida, los comités de docencia deben aprobar los itinerarios formativos tipo que elaborarán los tutores de residentes de cada unidad docente.

2. DEFINICIÓN.

El itinerario formativo tipo es un manual informativo que describe el programa de desarrollo de la formación especializada en una unidad docente, reflejando las competencias que debe adquirir a lo largo de su formación un residente y el grado de supervisión recibido. El contenido del presente manual hace referencia a la formación especializada en psiquiatría de los médicos internos residentes.

3. OBJETIVO DEL ITINERARIO FORMATIVO TIPO.

El principal objetivo es describir la adaptación, de acuerdo con las características propias de cada unidad docente, del programa de formación de la especialidad diseñado por la Comisión Nacional. Se detallarán los objetivos y grado de supervisión de cada rotación y/o año de residencia. Este itinerario será la base para elaborar los planes individuales de formación de cada residente. Dichos planes individuales de formación tendrán como objetivo que los residentes dispongan de una guía docente personalizada, detallando qué rotaciones deben hacer a lo largo de su residencia.

4. LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA.

La psiquiatría es una especialidad médica, que tiene por objeto el estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Trastornos que son lugar de encuentro de aspectos y condicionantes biológicos, psicológicos y socioculturales.

A lo largo del programa formativo de la especialidad de psiquiatría, el residente debe lograr los conocimientos, habilidades y actitudes suficientes para alcanzar un nivel básico de competencia en los siguientes ámbitos: clínica, comunicación, promoción de la salud, metodología de la investigación y docencia, bioética, organización y legislación sanitaria, psiquiatría legal, forense y psicoterapias.

5. ESTRUCTURA DE LA FORMACIÓN.

1. Formación **general**, que incluye cursos de interés para todas las especialidades.

2. Formación en **psiquiatría**.

a. Formación **nuclear**, en programas **transversales**, durante los 3 primeros años de residencia, que incluirá las siguientes rotaciones:

- i. Medicina interna y neurología, 4 meses.
- ii. Unidad de hospitalización breve, 12 meses.
- iii. Psiquiatría comunitaria, 10 meses.
- iv. Rehabilitación psiquiátrica, 4 meses.
- v. Psiquiatría psicosomática y de enlace, 4 meses.
- vi. Alcoholismo y otras adicciones, 2 meses.
- vii. Psiquiatría infantil, 4 meses.

Formación **nuclear**, de carácter **longitudinal**, a lo largo de todo el periodo formativo.

- i. Ciencias básicas.
- ii. Psicoterapias.
- iii. Actividades científicas y de investigación.
- iv. Atención continuada (guardias).

b. Formación **específica**, en el último año de residencia, con dos posibles trayectos:

i. Trayecto A: Formación específica específica en alguna de las siguientes áreas:

- Psicoterapias.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Psicogeriatría.
- Psiquiatría infantil y de la adolescencia.

ii. Trayecto B: Rotaciones no inferiores a 2 meses ni superiores a 6 en alguna de las siguientes áreas:

Áreas propias de la formación específica.

Áreas propias de la formación nuclear.

Nuevas áreas: hospitalización parcial, psicósomática, neurociencias, neuroimagen, psiquiatría legal, epidemiología, gestión, investigación, psiquiatría transcultural.

6. SERVICIOS ASISTENCIALES IMPLICADOS EN EL PERIODO FORMATIVO:

Servicios a los que pertenece directamente la Unidad Docente de psiquiatría:

A. Dependientes del Hospital Obispo Polanco, Teruel:

Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, Hospital Obispo Polanco.

Unidad de Salud Mental, Centro de Salud Teruel Ensanche.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro de Salud Teruel Ensanche.

B. Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios.

Servicios pertenecientes a otras especialidades, que forman parte de otros centros del mismo sector sanitario:

A. Hospital Obispo Polanco: Servicios de Medicina Interna, Neurología y Urgencias.

B. Hospital San José: Servicio de Geriatría.

Acuerdos de Rotación Interna con otros centros:

A. Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace, perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

B. Centro de Atención al Toxicómano de Teruel, dependiente de la Cruz Roja.

C. Servicio de Geriatría del Hospital de San José.

7. ROTACIONES POR AÑO DE FORMACIÓN.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA (R1).

Medicina Interna:

2 meses.

Servicio de medicina interna del Hospital Obispo Polanco.

Objetivos:

- Adquirir la práctica fluída de la realización de historias clínicas, exploraciones generales, y el tratamiento de los síntomas y enfermedades más frecuentes dentro de la especialidad.

Metodología:

- Estancia con Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna en la planta hospitalaria y consultas de dicho servicio.

Psiquiatría Comunitaria:

10 meses

Unidad de Salud Mental del Centro de Salud Teruel Ensanche.

Objetivos:

- Iniciarse y adquirir conocimientos, experiencia y habilidades en el manejo clínico y seguimiento de casos, en el trabajo de equipo, en la coordinación con otros dispositivos asistenciales y en actividades comunitarias de planificación, prevención y evaluación clínica y epidemiológica.
- Realización primeras consultas (hasta un mínimo de 80), siendo posteriormente discutidas con el adjunto responsable (encuadre y técnica de la entrevista, valoración e hipótesis diagnóstica, elaboración del plan terapéutico).
- Seguimiento y evolución terapéutico durante el período de rotación de un mínimo de 70 pacientes seleccionados entre los distintos diagnósticos y con los que se tomará en cuenta muy especialmente el manejo clínico de los psicofármacos y las distintas intervenciones terapéuticas, tanto de carácter general como específicas, con el paciente y su familia.

- Participación en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de un mínimo de 10 enfermos con trastornos mentales crónicos dentro de la comunidad.
- Manejo de intervenciones y situaciones de crisis psicosocial de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles.

Metodología:

- Estancia en la Unidad de Salud Mental con los diferentes Facultativos Especialistas de Área que trabajan en ella.
- Los dos primeros meses, el papel del residente es de observador. A partir del tercer mes, realizará las primeras entrevistas, y progresivamente podrá llegar a hacer seguimiento de casos con supervisión directa.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA (R2).

Neurología:

2 meses.

Servicio de neurología del Hospital Obispo Polanco.

Objetivos:

- Adquirir conocimientos básicos en neurología, con especial dedicación a la adquisición de ciertas habilidades como la realización adecuada de la exploración neurológica y la interpretación de técnicas de neuroimagen.

Metodología:

- Estancia con Facultativo Especialista de Área de neurología en consultas externas de neurología y en planta hospitalaria.

Unidad de Corta Estancia de psiquiatría.

12 meses. (1 mes R2, 9 meses de R3, 2 meses R4)

Hospital Obispo Polanco.

Objetivos:

- Realización de la anamnesis, exploración física y del estado mental, diagnóstico y evaluación del paciente agudo hospitalizado. Conocimiento de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas en el procedimiento diagnóstico. Manejo de protocolos específicos (agitación, negativismo, riesgo suicida).

- Manejo de psicofármacos y TEC (pautas y protocolos de uso intensivo de seguimiento y mantenimiento, incluyendo la evaluación de resultados y los controles de laboratorio).
- Diagnóstico de la gravedad psíquica del trastorno, evaluando los síntomas precoces de déficit y los síntomas incapacitantes a efectos psicopatológicos, sociales y familiares.
- Elaborar pautas de tratamiento intensivo y de seguimiento, y resocialización al alta con vistas a reducir el índice de reingresos. Participación en programas de coordinación asistencial dirigidos a la continuidad de cuidados.
- Atención directa de un mínimo de 150 pacientes ingresados. Recomendable 20-25 de cada una de las patologías más comunes (Esquizofrenia, Tr. Bipolar, Melancolía, TOC, Tr. exógenos, etc).
- Elaboración de informes de alta.

Metodología:

- Estancia con los Facultativos Especialistas de Área que trabajan en este servicio, siendo equivalente al final de dicho rotatorio el tiempo que se ha estado con cada uno ellos.
- La imbricación del residente en la labor asistencial es especialmente intensa durante éste rotatorio. Así pues, el residente participará de las actividades asistenciales propias del facultativo:
 - i. Realización de historia completa de primer día de nuevos ingresos.
 - ii. Evolución diaria de los pacientes ingresados, así como participación en su tratamiento.
 - iii. Realización de informes de alta.
 - iv. Interconsultas (primera visita y sucesivas) de pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas.
 - v. Atención de la patología psiquiátrica urgente requerida por el Servicio de Urgencias del hospital en horario de mañana.
- Si bien el residente realizará éstas labores desde el primer día, el nivel de responsabilidad será paulatino: pasando de la mera observación las primeras semanas a una creciente responsabilidad.

Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.

4 meses.

Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Se dispone de un Acuerdo de Rotación Interna con este dispositivo (ARI).

Objetivos:

- Evaluación y diagnóstico diferencial de cuadros psicopatológicos de los pacientes ingresados en el Hospital general.
- Familiarización con la atención a los problemas psiquiátricos que presentan los pacientes ingresados en los diferentes servicios medicoquirúrgicos del hospital lo que incluye tanto los distintos conflictos agudos (brotes psicóticos, intentos de suicidio, cuadros de delirium, episodios de ansiedad, reacciones de adaptación a la enfermedad .etc.), como las diversas patologías psiquiátricas y psicológicas crónicas que puedan parecer los pacientes afectos de enfermedades somáticas.
- Adquisición de habilidades en la provisión de información y ayuda al resto de los servicios hospitalarios, sobre la prevención, detección y manejo de los problemas psiquiátricos, psicológicos y conductuales de los enfermos ingresados, que suelen influir de forma notable en la evolución de su enfermedad y en su adaptación al marco hospitalario.
- Familiarización con el desarrollo e implementación de programas específicos de tratamiento a colectivos determinados de pacientes (rehabilitación cardiaca, pacientes oncológicos, etc.) o equipos asistenciales definidos.

Metodología:

- Estancia con Facultativo Especialista de Área de dicho servicio. El residente tiene cierto grado de autonomía y es supervisado por el facultativo con diferente intensidad en función de la complejidad del caso.

Rehabilitación psiquiátrica.

4 meses.

Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios: Incluye unidades de Centro de Día, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia y Psicogeriatría.

Objetivos:

- Manejo clínico y seguimiento general de al menos 10 enfermos mentales crónicos.
- Elaboración y desarrollo práctico de planes individualizados de rehabilitación para, al menos, cinco enfermos mentales crónicos.

- Coordinación con recursos no sanitarios orientados hacia el soporte y apoyo del enfermo mental crónico.
- Adquisición de conocimientos y destrezas en indicadores asistenciales en rehabilitación.
- Diseño de planes individualizados de rehabilitación.
- Adquisición de conocimiento y destreza en evaluación diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales, técnicas psicoeducativas individuales y familiares, entrenamiento en habilidades sociales; indicaciones de derivación a programas especializados de rehabilitación y apoyo social; afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos.

Metodología:

- De entre los dispositivos existentes, se priorizará el rotatorio por la Unidad de Media Estancia o Centro de Día dadas las características más dinámicas del mismo.
- El residente hará seguimiento directo, bajo supervisión, de algunos de los pacientes.
- En las actividades grupales, inicialmente adoptará un papel observador, cuya participación se incrementará progresivamente.

TERCER AÑO DE RESIDENCIA (R3).

Unidad de Corta Estancia de psiquiatría.

12 meses. (1 mes R2, 9 meses de R3, 2 meses R4)

Hospital Obispo Polanco.

Objetivos:

- Realización de la anamnesis, exploración física y del estado mental, diagnóstico y evaluación del paciente agudo hospitalizado. Conocimiento de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas en el procedimiento diagnóstico. Manejo de protocolos específicos (agitación, negativismo, riesgo suicida).
- Manejo de psicofármacos y TEC (pautas y protocolos de uso intensivo de seguimiento y mantenimiento, incluyendo la evaluación de resultados y los controles de laboratorio).
- Diagnóstico de la gravedad psíquica del trastorno, evaluando los síntomas precoces de déficit y los síntomas incapacitantes a efectos psicopatológicos, sociales y familiares.

- Elaborar pautas de tratamiento intensivo y de seguimiento, y resocialización al alta con vistas a reducir el índice de reingresos. Participación en programas de coordinación asistencial dirigidos a la continuidad de cuidados.
- Atención directa de un mínimo de 150 pacientes ingresados. Recomendable 20-25 de cada una de las patologías más comunes (Esquizofrenia, Tr. Bipolar, Melancolía, TOC, Tr. exógenos, etc).
- Elaboración de informes de alta.

Metodología:

- Estancia con los Facultativos Especialistas de Área que trabajan en este servicio, siendo equivalente al final de dicho rotatorio el tiempo que se ha estado con cada uno ellos.
- La imbricación del residente en la labor asistencial es especialmente intensa durante éste rotatorio. Así pues, el residente participará de las actividades asistenciales propias del facultativo:
 - i. Realización de historia completa de primer día de nuevos ingresos.
 - ii. Evolución diaria de los pacientes ingresados, así como participación en su tratamiento.
 - iii. Realización de informes de alta.
 - iv. Interconsultas (primera visita y sucesivas) de pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas.
 - v. Atención de la patología psiquiátrica urgente requerida por el Servicio de Urgencias del hospital en horario de mañana.
- Si bien el residente realizará éstas labores desde el primer día, el nivel de responsabilidad será paulatino: pasando de la mera observación las primeras semanas a una creciente responsabilidad.

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA (R4).

Psiquiatría Infantojuvenil

4 meses.

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Centro de Salud Teruel Ensanche.

Objetivos:

- Aprendizaje sobre desarrollo normal y patológico.
- Atención y observación de niños y adolescentes en programas comunitarios, ambulatorios y de soporte a la atención primaria.
- Familiarización con los métodos de entrevista e instrumentos psicométricos y psicodiagnósticos habitualmente utilizados en la clínica psiquiátrica infantojuvenil.
- Participación en actividades de información y divulgación sanitaria relacionada con la especialidad.
- Coordinación con recursos pertenecientes a circuitos sanitarios (ej. Atención primaria) y no sanitarios (educativos: equipos psicopedagógicos de los colegios; sociales: red de protección de menores y centros de atención y apoyo a la infancia y a las familias) cuyas metas están dirigidas a la detección precoz de dificultades evolutivas o trastornos mentales, al desarrollo integral de los menores y al apoyo-asesoramiento de las familias.

Metodología:

- Estancia con el Facultativo Especialista de Área de dicha unidad.
- Dadas las características especiales de la población a atender, inicialmente se adopta un papel observador, que progresivamente dará lugar a un papel más activo con seguimiento y supervisión de algunos casos.

Alcoholismo y otras adicciones.

2 meses. UASA de Cruz Roja (Teruel) Rotación interna. (ARI)

Dada la ausencia de un dispositivo de atención a alcoholismo y toxicomanías en nuestro servicio, es preciso acordar un acuerdo de rotación interna para su

realización, teniendo en cuenta que en el plan actual de la especialidad figura como obligatoria. Se ha formalizado un Acuerdo de Rotación Interna con el Centro de Atención al Toxicómano, en Teruel, dependiente de la Cruz Roja y cuya atención está concertada con el Sistema Aragonés de Salud.

Objetivos:

Debe estimular el desarrollo de la actitud adecuada y proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para el tratamiento clínico y seguimiento de estos pacientes, permitiendo:

Mejorar la capacitación profesional para el manejo de la interrelación entre el consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos (patología dual).

- Mejorar el manejo práctico de las interacciones neurobiológicas de los tratamientos farmacológicos con las sustancias de abuso en el contexto de la patología dual.
- Adquirir los conocimientos necesarios para la coordinación con los diferentes dispositivos y profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes.

Asimismo, en un nivel avanzado de la especialización se deberían conseguir conocimientos suficientes en esta área.

- Factores etiológicos relacionados con el abuso de drogas: los factores socioambientales y biológicos, la neurobiología y las teorías psicológicas implicadas en las adicciones.
- Farmacología de las drogas de abuso y sus interacciones con psicofármacos y con otros fármacos.
- Técnicas de entrevista y de manejo de instrumentos diagnósticos y de evaluación para los trastornos por el uso de sustancias y para la selección de técnicas terapéuticas específicas y de valoración de grupos de riesgo.
- Formación en técnicas específicas psicoterapéuticas y en técnicas de desintoxicación, deshabitación y de fármacos agonistas o sustitutivos: metadona, buprenorfina, nicotina, etc.
- La formación en alcoholismo y otras dependencias será eminentemente práctica, tutelada y con responsabilidad progresiva, desarrollando las actividades tanto en la red de psiquiatría como en la de atención a drogodependientes. Debe proporcionar capacitación para poder realizar intervenciones asistenciales psicofarmacológicas y rehabilitadoras, así como para poder aplicar diferentes técnicas psicoterapéuticas específicas.

Metodología:

- Metodología propia del centro elegido, favoreciendo un papel observador inicial, y mayor grado de autonomía progresiva.

Unidad de Corta Estancia de psiquiatría.

12 meses. (1 mes R2, 9 meses de R3, 2 meses R4)

Hospital Obispo Polanco.

Objetivos:

- Realización de la anamnesis, exploración física y del estado mental, diagnóstico y evaluación del paciente agudo hospitalizado. Conocimiento de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas en el procedimiento diagnóstico. Manejo de protocolos específicos (agitación, negativismo, riesgo suicida).
- Manejo de psicofármacos y TEC (pautas y protocolos de uso intensivo de seguimiento y mantenimiento, incluyendo la evaluación de resultados y los controles de laboratorio).
- Diagnóstico de la gravedad psíquica del trastorno, evaluando los síntomas precoces de déficit y los síntomas incapacitantes a efectos psicopatológicos, sociales y familiares.
- Elaborar pautas de tratamiento intensivo y de seguimiento, y resocialización al alta con vistas a reducir el índice de reingresos. Participación en programas de coordinación asistencial dirigidos a la continuidad de cuidados.
- Atención directa de un mínimo de 150 pacientes ingresados. Recomendable 20-25 de cada una de las patologías más comunes (Esquizofrenia, Tr. Bipolar, Melancolía, TOC, Tr. exógenos, etc).
- Elaboración de informes de alta.

Metodología:

- Estancia con los Facultativos Especialistas de Área que trabajan en este servicio, siendo equivalente al final de dicho rotatorio el tiempo que se ha estado con cada uno ellos.
- La imbricación del residente en la labor asistencial es especialmente intensa durante éste rotatorio. Así pues, el residente participará de las actividades asistenciales propias del facultativo:

i. Realización de historia completa de primer día de nuevos ingresos.

- ii. Evolución diaria de los pacientes ingresados, así como participación en su tratamiento.
 - iii. Realización de informes de alta.
 - iv. Interconsultas (primera visita y sucesivas) de pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas.
 - v. Atención de la patología psiquiátrica urgente requerida por el Servicio de Urgencias del hospital en horario de mañana.
- Si bien el residente realizará éstas labores desde el primer día, el nivel de responsabilidad será paulatino: pasando de la mera observación las primeras semanas a una creciente responsabilidad.

Según contempla el plan de la especialidad, en el 4º año de residencia se puede optar por el **trayecto A** (formación específica en psiquiatría infanto juvenil, psicoterapia, gerontopsiquiatría, adicciones) o por el **B** o de libre configuración.

Sobre el **trayecto A**, dada la reciente introducción de esta modificación, y que no afecta a los residentes que finalizan los próximos dos años, quedarían aspectos por clarificar sobre cómo se va a llevar a la práctica. El residente elegirá una de las áreas específicas consideradas en el programa de la especialidad.

El **trayecto B** o de libre configuración, será diseñado por el tutor en función de las aptitudes/actitudes y orientación de cada residente. Las rotaciones no serán inferiores a dos meses ni superiores a seis meses, y serán en alguna de las siguientes áreas:

- i. Áreas propias de la formación específica: Psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicoterapias, alcoholismo y otras adicciones, gerontopsiquiatría.
- ii. Áreas propias de la formación nuclear: Psiquiatría comunitaria, hospitalización psiquiátrica, rehabilitación psiquiátrica, psiquiatría de enlace.
- iii. Nuevas áreas (la/s rotacion/es no podrán totalizar más de seis meses: Hospitalización parcial, psicósomática, neurociencias, neuroimagen, psiquiatría legal, epidemiología psiquiátrica, gestión psiquiátrica, psicodiagnóstico, investigación, genética, prevención, psiquiatría transcultural.

En nuestra unidad docente el trayecto B consistiría en reforzar los rotatorios existentes en la misma, complementando con rotaciones externas en áreas de especial interés para el residente.

Como norma general, dada la brevedad de algunos de los rotatorios, se recomienda al residente que tome en consideración el ajuste de sus periodos

vacacionales, realización de cursos o asistencia a congresos u otras causas de ausencia del rotatorio, para que pueda ser aprovechado y valorado.

En caso de que el residente ya haya concluido la formación en una especialidad médica, cabe la posibilidad de eximir los rotatorios afines.

PLAN DEL ITINERARIO FORMATIVO

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
R 1						USM	USM	USM	USM	MI	MI	USM
R 2	US M	US M	US M	US M	US M	NEU R	NEU R	NEU R	PSI C	PSI C	PSI C	PSI C
R 3	RH	RH	RH	RH	UCE	UCE	UCE	UCE	UCE	UCE	UCE	UCE
R 4	UCE	UCE	RE3	RE3	RE3	InfJ	InfJ	InfJ	InfJ	TOX	TOX	RE4
	RE4	RE4	UCE	UCE	NS							

* Neur → Neurología. MedI → Medicina Interna. USM → Unidad de Salud Mental. UCE → Unidad de Corta Estancia. PSIC → Psicósomática y psiquiatría de enlace. RH → Rehabilitación. TOX → Toxicomanías. InfJ → Salud Mental Infante-Juvenil. RE3: Rot Externo tercer año residencias. RE4: Rotatorio externo cuarto año de residencia. NS: Necesidades del Servicio

8. LAS ROTACIONES EXTERNAS.

Se consideran rotaciones externas aquellas que se realicen fuera de la red de salud mental de referencia, exceptuando aquellas que tienen lugar en centros ajenos pero con los que existe un Acuerdo de Rotación Interna previamente establecido.

El tiempo máximo de rotación externa no podrá superar los 4 meses continuados dentro de cada periodo de evaluación anual, ni de 12 meses en el cómputo del periodo formativo de la especialidad.

En nuestro servicio está estipulado que el periodo de rotaciones externas comienza en el tercer año de residencia en periodos trimestrales organizados en el itinerario en los meses indicados para intentar no coincidir con otros residentes también en periodo de rotación externa.

Existe la posibilidad de realizar durante el segundo año de residencia el periodo formativo en Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace bien como rotatorio externo o como ARI en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

En cuanto a la petición de este periodo formativo, es el residente quien, con el permiso previo de sus tutores correspondientes, ha de hacer la reserva de plaza en el centro de destino. Estos trámites se deben iniciar con la máxima anticipación posible, dados las gestiones adicionales que conlleva su formalización ya que debe ser aceptada la solicitud no sólo por el centro de referencia, sino también por planificación del salud.

La solicitud de rotación será propuesta por el tutor a la Comisión de Docencia, especificando los objetivos que se pretenden: Ampliación de conocimientos o aprendizaje de técnicas no practicadas en los centros de referencia de su unidad. **Se favorecerá que las rotaciones que se puedan realizar en los dispositivos de referencia, se realicen en dichos dispositivos** pero, si existe un área de especial interés, se valorará cada caso de manera individual, buscando optimizar la formación del residente.

Las rotaciones externas deben realizarse en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

Las rotaciones externas serán también evaluadas por el tutor externo según los mismos parámetros que en el resto de las rotaciones, y será el residente responsable del traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión para su evaluación.

El residente debe presentar un informe escrito o bien realizar una sesión clínica sobre el trabajo realizado en este período, que permita completar su evaluación anual.

9. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE.

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia, se llevará a cabo mediante evaluaciones periódicas: En cada rotatorio, trimestral, anual y final.

La evaluación del residente será realizada mediante entrevistas periódicas de tutor por rotación y resistente, de carácter estructurado y pactado, en un número no inferior a cuatro por año formativo. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente el tutor puede hacer uso de instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso del residente. El libro del residente será el soporte operativo de la evaluación formativa residente. Los tutores, como responsables de cada una de las rotaciones, cumplimentaran informes normalizados.

El **libro del residente** es un instrumento del residente **obligatorio**, en el que se registra las actividades que realiza y evidencia su proceso de aprendizaje. Debe favorecer la reflexión individual y conjunta con el tutor con el fin de mejorar sus actividades.

10. ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS).

Durante los primeros 6 meses, el residente hace guardias tanto en el servicio de Urgencias generales como en el de Psiquiatría , en número semejante de ambas modalidades. En dicho periodo, las guardias del servicio de psiquiatría se hacen coincidir en día con otro residente de psiquiatría, para favorecer la

adaptación y el aprendizaje. Se favorecerá hacer guardias con cada uno de los otros residentes de psiquiatría.

Durante todo el primer año, la supervisión del residente será de presencia física, estando obligado a informar al facultativo especialista de guardia o un residente mayor (si lo hay) de cada acto médico que se disponga llevar a cabo.

Transcurridos los seis meses iniciales y hasta el final de la residencia, el residente hace guardias de presencia física en el Hospital Obispo Polanco y hay un facultativo de psiquiatría que se encuentra en modalidad de guardia localizada y próximamente en modalidad semipresencial. La necesidad de supervisión decrece conforme se avanza en el periodo formativo. No obstante, el residente debe conocer sus limitaciones y consultar con el facultativo siempre que lo considere necesario.

Los residentes que estén haciendo un período de rotación externa o un acuerdo de rotación interna fuera del hospital de referencia, pueden realizar guardias en el servicio de destino, siempre y cuando se autorice para ello tanto en dicho hospital como desde los estamentos superiores.

En nuestro servicio se han consensuado las siguientes pautas en relación a las guardias de los médicos en periodo de formación:

- Guardias anuales Obligatorias
 - Nochebuena:R3
 - Nochevieja:R4
 - Reyes:R1
 - Semana Santa:R1/R2
 - Vaquillas:R2
 - Constitución:R3/R4
- Realizar una guardia mensual en Domingo.
- Reparto equitativo de los jueves entre residentes
- Si se realizan 6 guardias mensuales, al menos una de ellas será en día Viernes.
- No se podrá realizar un número mayor de 7 guardias al mes.

Durante las guardias el residente deberá adquirir suficiente experiencia en:

- La observación y manejo de situaciones conflictivas, de auto y heteroagresividad, trastornos de conducta, crisis psicosociales y familiares, descompensaciones agudas de las enfermedades psiquiátricas que requieren atención especializada urgente, patología psiquiátrica aguda urgente de pacientes médicos, etc.
- Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación).
- Elaboración de informes.

- Diagnósticos básicos.
- Tratamientos, incluyendo técnicas de intervención en crisis y tratamientos farmacológicos.
- Conocimiento de los recursos disponibles en el sector.

11. LA SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE:

(Consultar Anexo I, Manual de Supervisión del Residente de Psiquiatría)

La ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, publicado en Boletín Oficial del Estado el 16 de septiembre de 2008, en la página 37921, en relación a los objetivos y supervisión de las guardias, dice así:

“El residente de primer año estará supervisado por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente, siguiendo los criterios previstos en el apartado 11 de este programa”.

En dicho apartado 11, de la misma página, se refleja que:

“No obstante lo anterior y dado que la autonomía es fundamental como elemento formativo del sistema de residencia, deberá propiciarse progresivamente suficiente autonomía y responsabilidad a lo largo de todo el periodo formativo con el objeto de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, en el último año de residencia”.

La especialidad de psiquiatría tiene la particularidad de que cada rotación supone el abordaje de un grupo de patologías concreto, con características sociodemográficas y clínicas muy diferentes entre sí, y donde la práctica clínica varía de un dispositivo a otro de manera sustancial. Además, la ubicación de los diferentes dispositivos de salud mental se encuentra dispersa en el espacio, de manera que en ocasiones se funciona como departamentos cerrados y altamente específicos. Por ese motivo, cada rotación supone la toma de contacto con un área de la especialidad desconocida y, por lo tanto, obliga a mantener niveles altos de supervisión cuando se comienza cada una de ellas.

El residente de primer año toma contacto con la psiquiatría en el rotatorio de salud mental comunitaria (unidad de salud mental). Este paso es fundamental, pues es donde aprenderá a realizar entrevistas psiquiátricas generales, que sentarán la base para la práctica en otro ámbito de la salud mental. En este

dispositivo, inicialmente el residente tiene un grado de responsabilidad mínima, en el que el facultativo de referencia realiza las actuaciones sanitarias, y estas son observadas en su ejecución por el residente. Progresivamente, el residente comienza a hacer entrevistas clínicas con la supervisión directa del facultativo.

En los posteriores rotatorios a lo largo del periodo de formación, la autonomía del residente va creciendo en función de los conocimientos prácticos y teóricos adquiridos, que están en relación a su vez con el tiempo de duración de una rotación concreta y el grado de dificultad de la tarea.

Cuando la duración del rotatorio así lo permita, los residentes asumirán la responsabilidad del proceso asistencial de un número de pacientes acorde con su año de formación. Cuando se trate de pacientes muy complejos, se incrementará el grado de supervisión por parte del facultativo de referencia.

En líneas generales, se establece una **jerarquía en función de la dificultad** de las tareas:

i. Las que se adquieren más precozmente en la residencia son realizar la historia clínica y solicitar exámenes complementarios básicos (analítica convencional, radiología simple, electrocardiograma).

ii. Requieren un grado medio de destreza hacer un juicio clínico, hacer una intervención terapéutica puntual (farmacológica o psicoterapéutica), informar a los familiares, formalizar un ingreso, emitir un informe clínico de urgencias, dar el alta médica a un paciente de urgencias, solicitar pruebas complementarias de más complejidad (TC, RMN, electroencefalograma) y solicitar interconsultas a otros servicios.

iii. Entre las más complejas estarían hacer el seguimiento integral en el tiempo (farmacológico y psicoterapéutico), emitir un informe clínico dirigido a estamentos no clínicos, toma de decisiones médico-legales, intervenciones con grupos de pacientes o familias, y manejo de situaciones que entrañen riesgo potencial para terceras personas.

12. FORMACIÓN LONGITUDINAL: SESIONES CLÍNICAS, FORMACIÓN TEÓRICA, CURSOS Y ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

Sesiones clínicas.

Durante los meses de septiembre a junio, se realizan sesiones clínicas con periodicidad quincenal. Cada residente debe hacer un mínimo de 4 sesiones por año, todas ellas supervisadas por un facultativo de área del servicio en el que esté rotando en ese momento el residente. En nuestro servicio se realizan en martes, de 8:30 a 10:00 horas, en una sala adecuada para ello dentro del servicio en el que se está rotando. El tema puede ser un caso clínico, revisión bibliográfica, comentario de artículos u otros.

Formación teórica.

En coordinación con el resto de unidades docentes de Psiquiatría de la comunidad Aragonesa, durante los meses de Septiembre a Mayo se organizan de forma mensual Jornadas formativas para MIR/PIR/EIR que serán de carácter obligatorio para los residentes de Psiquiatría.

Se aportará bibliografía básica de estudio y consulta que sirva de guía para el aprendizaje teórico.

Cursos y congresos.

Durante el periodo formativo se organizan cursos de interés general para los residentes de todas las especialidades que tienen carácter obligatorio. Los contenidos son de metodología de investigación, gestión clínica o informática, entre otros. Además, los residentes de primer año deben asistir al curso de urgencias generales, que se hace durante los primeros meses de la formación. Los cursos de competencias comunes deberán realizarse en su totalidad durante los 4 años de la residencia, a excepción que se pudiera documentar haberlos realizado en residencia previa.

En la formación de psiquiatría, hay algunas disciplinas que han de aprenderse la manera longitudinal, como son las ciencias básicas, las psicoterapias y las actividades científicas y de investigación en psiquiatría. Para ello, se desarrolla anualmente un curso general de urgencias psiquiátricas, impartido por las tutoras de psiquiatría, cuya asistencia es obligatoria para el R1.

Se fomentará además la participación en conferencias, jornadas, congresos o cursos de especial interés en el desarrollo de la especialidad de psiquiatría, facilitando la asistencia a los mismos y siendo autorizadas por su tutor de rotación y firmadas por los tutores de la especialidad.

Actividad investigadora.

Si bien no existe en este momento en nuestro servicio ningún programa de investigación establecido, sí se fomenta la actividad investigadora en forma de proyectos de menor envergadura, como puede ser la presentación de pósteres en jornadas y congresos o la participación en proyectos de calidad.

Se hace especial hincapié en el trabajo en equipo.

13. PLAN DE ENTREVISTAS CON EL TUTOR.

En nuestro servicio hay 4 plazas de residentes de psiquiatría, uno por año, y dos tutores de residencia, cuyo ratio residente/tutor garantiza una relación estrecha y accesible entre ambas figuras.

Se realiza además una reunión de tutoría conjunta (con los 4 residentes) cada trimestre, y 2 reuniones individuales al año, además de las que por iniciativa de

los propios residentes o de los tutores se puedan hacer de manera extraordinaria.

14. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

Se relata aquí una lista de obras que pueden servir de referencia a los residentes para tener una visión de conjunto de la especialidad. En cada rotatorio, se podrán recomendar obras más específicas.

En el hospital Obispo Polanco se dispone de una biblioteca y una sala con ordenadores, que pueden utilizar los residentes. Tanto en el CRP San Juan de Dios como en la UCE de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco, se dispone de material bibliográfico que puede ser consultada por los residentes.

- **Sinopsis de psiquiatría** (10 ed.) Benjamín J. Sadock y Virginia A. Sadock, 2009.
- **Tratado de psiquiatría (volumen I y II)** (2 ed.) Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C. 2012.
- **Introducción a la psicopatología y psiquiatría** (7 ed.), Vallejo Ruiloba, J., 2011.
- **Introducción a la psicopatología.** I. Eguiluz; R. Segarra, Ars Medica, 2004.
- **Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas.** 3 ed. Stahl SM, 2011.
- **Tratado de psicofarmacología.** Schatzberg y Nemeroff. Barcelona: Masson. 2006.
- **Manual de urgencias psiquiátricas (2 ed.) Alfonso (coord.)** Chinchilla. Masson, 2009.
- **Habilidades de entrevista para psicoterapeutas.** Fernández de Liria, A.; Rodríguez Vega, B. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2004.

ANEXO I. MANUAL DE SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA.

Objetivo del documento

El objetivo es establecer las bases que permitan graduar el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que desarrollen los residentes en su práctica laboral.

Marco Legislativo

La base la encontramos en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero; el cual en sus arts 14 y 15 establece.- Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente:

Artículo 14. El deber general de supervisión.

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto”.

Artículo 15. La responsabilidad progresiva del residente.

“1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

2. En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Las previsiones contenidas en este apartado se adaptarán a las circunstancias específicas de supervisión en las especialidades cuya duración sea de un año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Dichos protocolos se elevarán a los órganos de dirección del correspondiente centro o unidad para que el jefe de estudios de formación especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.”

Este protocolo de actuación se desarrolla en cumplimiento del Artículo 15.5 del Real Decreto 183/2008 que regula los aspectos formativos de la formación sanitaria especializada. Para su elaboración se han tenido en cuenta los Artículos 14 y 15 del citado Real Decreto 183/2008 y su aplicación a las características específicas de nuestro Departamento.

SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES

La especialidad de psiquiatría tiene la particularidad de que cada rotación supone el abordaje de un grupo de patologías concreto, con características sociodemográficas y clínicas muy diferentes entre sí, y donde la práctica clínica varía de un dispositivo a otro de manera sustancial. Además, la ubicación de los diferentes dispositivos de salud mental se encuentran dispersos en el espacio, de manera que en ocasiones se funciona como departamentos cerrados y altamente específicos.

Por ese motivo, cada rotación supone la toma de contacto con un área de la especialidad desconocida y, por lo tanto, obliga a mantener niveles altos de supervisión cuando se comienza cada una de ellas.

El residente de primer año toma contacto con la psiquiatría en el rotatorio de salud mental comunitaria (unidad de salud mental). Este paso es fundamental, pues es donde aprenderá a realizar entrevistas psiquiátricas generales, que sentarán la base para la práctica en otro ámbito de la salud mental. En este dispositivo, inicialmente el residente tiene un grado de responsabilidad mínima, en el que el facultativo de referencia realiza las actuaciones sanitarias, y estas son observadas en su ejecución por el residente hasta la adecuada toma de contacto, y aprendizaje de conocimientos relativos a la intervención clínica. Progresivamente, el residente comienza a hacer entrevistas clínicas con la supervisión directa del facultativo.

En los posteriores rotatorios a lo largo del periodo de formación, la autonomía del residente va creciendo en función de los conocimientos prácticos y teóricos adquiridos, que están en relación a su vez con el tiempo de duración de una rotación concreta y el grado de dificultad de la tarea.

Cuando la duración del rotatorio así lo permita, los residentes asumirán la responsabilidad del proceso asistencial de un número de pacientes acorde con su año de formación. Cuando se trate de pacientes muy complejos, se incrementará el grado de supervisión por parte del facultativo de referencia.

En líneas generales, se establece una jerarquía en función de la dificultad de las tareas:

- Las que se adquieren más precozmente en la residencia son realizar la historia clínica y solicitar exámenes complementarios básicos (analítica convencional, radiología simple, electrocardiograma).
- Requieren un grado medio de destreza hacer un juicio clínico, hacer una intervención terapéutica puntual (farmacológica o psicoterapéutica), informar a los familiares, formalizar un ingreso, emitir un informe clínico de urgencias, dar el alta médica a un paciente de urgencias, solicitar pruebas complementarias de más complejidad (TC, RMN, electroencefalograma) y solicitar interconsultas a otros servicios.
- Entre las más complejas estarían hacer el seguimiento integral en el tiempo (farmacológico y psicoterapéutico), emitir un informe clínico dirigido a estamentos no clínicos, toma de decisiones médico-legales, intervenciones con grupos de pacientes o familias, y manejo de situaciones que entrañen riesgo potencial para terceras personas.

SUPERVISIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS

Cada dos semanas, un residente presenta una sesión clínica enfocada en diferentes aspectos de la práctica asistencial en salud mental. En esta, puede o no participar directamente un facultativo del servicio. En cualquier caso, cada sesión es supervisada por un facultativo habitualmente del área clínica en la que esté rotando el residente en ese momento. Dicha supervisión consiste en valorar la idoneidad e interés general del tema a presentar, facilitar bibliografía para su elaboración y supervisar la realización práctica de la misma antes de su presentación.

SUPERVISIÓN DE LAS GUARDIAS

Marco Legislativo:

La ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, publicado en Boletín Oficial del Estado el 16 de septiembre de 2008, en la página 37921, en relación a los objetivos y supervisión de las guardias, dice así:

“El residente de primer año estará supervisado por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente, siguiendo los criterios previstos en el apartado 11 de este programa”.

En dicho apartado 11, de la misma página, se refleja que:

“No obstante lo anterior y dado que la autonomía es fundamental como elemento formativo del sistema de residencia, deberá propiciarse progresivamente suficiente autonomía y responsabilidad a lo largo de todo el periodo formativo con el objeto de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, en el último año de residencia”.

Las guardias de los residentes de psiquiatría se desarrollan en el Hospital Obispo Polanco, habiendo un F.E.A. de psiquiatría en situación de guardia localizada.

Los residentes de psiquiatría de cualquier año de formación, mientras llega el psiquiatra de guardia al servicio de urgencias (u otro servicio que requiera de esta asistencia), tienen como facultativo de referencia de presencia física al médico responsable del paciente por el que se consulta.

El ámbito de actuación no se verá limitado al área de urgencias hospitalarias sino que podrá ser requerido desde cualquier servicio hospitalario, incluyendo la unidad de corta estancia de psiquiatría.

Conocedores, tanto los residentes de psiquiatría como los F.E.A. de psiquiatría que hacen guardias, del programa formativo de la especialidad de psiquiatría,

los residentes de primer año informan de cada acto médico al psiquiatra que esté de guardia, para garantizar la supervisión del abordaje del paciente y la elaboración del informe de urgencias. Esta supervisión será de presencia física durante el primer año del residente. Progresivamente en los años siguientes, se dotará al residente de mayor autonomía, pudiendo resolver las dudas que se presenten en la atención clínica, de forma exclusivamente telefónica; en función de las necesidades del residente, la complejidad del paciente y los conocimientos teórico prácticos adquiridos.