



**Instituto Psiquiátrico
Servicios de Salud Mental
José Germain**

 Comunidad de Madrid

COMISIÓN DE DOCENCIA DE LA UNIDAD
DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD
MENTAL

Protocolo de supervisión y niveles de responsabilidad de los residentes de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain

DICIEMBRE DE 2010

INDICE:

- 1- INTRODUCCIÓN.
- 2- NORMATIVA APLICABLE
- 3- PRINCIPIOS Y ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA SUPERVISIÓN.
- 4- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA.
- 5- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLINICA.
- 6- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

1.- INTRODUCCIÓN

La Comisión de Docencia del Instituto Psiquiátrico José Germain (IPJG) ha tenido desde su comienzo como objetivo principal el impartir una docencia de calidad a los facultativos residentes que se forman en nuestro centro basada en el principio de la adquisición progresiva de competencias y responsabilidades mediante un proceso formativo tutorizado en un contexto de multiprofesionalidad. Fruto de ello es la intensa actividad que se lleva a cabo en los últimos años tendente a formalizar las actividades de tutorización, supervisión y evaluación de los residentes.

En febrero de 2008 se publicó el **Real Decreto 183/2008**, en el que se especifican los aspectos formativos, durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en los aspectos relativos al grado de supervisión de los futuros especialistas y estableciendo los diferentes niveles de responsabilidad, según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos, de tal manera que, si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un descenso progresivo de la supervisión realizada por los tutores, supervisores y los facultativos responsables, produciéndose a la vez un incremento gradual y lineal de los niveles de responsabilidad de los residentes, a fin de alcanzar al final del periodo de residencia la autonomía completa, pudiendo iniciar su etapa laboral como especialistas de manera segura y con un alto nivel de cualificación.

El mencionado Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención a los relativos a áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés. Es por ello que desde la Comisión de Docencia se impulsó la propuesta de introducir como objetivo docente, tanto para los tutores como para la propia Comisión, la realización de unos protocolos de supervisión, adquisición de competencias y nivel de autonomía de los residentes de las tres especialidades que conformarán la UDM-SM del IPJG.

Por otro lado la reorganización asistencial que se ha producido en la Comunidad de Madrid en el último año ha implicado una serie de cambios en la Unidad Docente del IPJG:

- 1- En primer lugar la desaparición de la Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid que de forma centralizada tenía adscritos a la mayoría de enfermeros internos residentes de salud mental (EIR) obliga a las distintas comisiones de docencia a formalizar su acreditación como Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. En el caso del IPJG el funcionamiento como UDM se venía haciendo de facto en el caso de residentes de psicología clínica y psiquiatría, pero obliga a una serie de cambios organizativos para incluir a la especialidad de enfermería en los órganos de gobierno del Unidad Docente, aunque el IPJG lleva formando EIRes desde hace diez años.
- 2- En segundo lugar la adscripción funcional de los servicios de salud mental de Fuenlabrada, que anteriormente pertenecían al IPJG, al Hospital Universitario de Fuenlabrada y la solicitud de acreditación de una UDM-SM por parte de este hospital obliga a una reorganización del funcionamiento de la Comisión de Docencia del IPJG, la calibración de su capacidad docente y el establecimiento de acuerdos de colaboración con el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Este documento trata por tanto de recoger las normas generales y específicas de supervisión de los residentes de la futura Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain de Leganés (UDM-SM IPJG) poniendo énfasis en la supervisión en las guardias. Estará así mismo vigente para los residentes adscritos a la anterior Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica del IPJG que obtuvieron plaza en esta Unidad antes de la puesta en marcha de forma completa de las dos UDM-SM independientes de Leganés y Fuenlabrada. El documento ha sido elaborado por los tutores de especialidad y de rotación de las distintas especialidades que ejercen sus funciones en los diferentes dispositivos de la redes de salud mental de Leganés y Fuenlabrada.

2. NORMATIVA APLICABLE.

El presente protocolo de supervisión se ha elaborado mediante la adaptación a la estructura docente y asistencial del conjunto de dispositivos del IPJG a la siguiente normativa:

- *REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
- *ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.*
- *Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.*
- *ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría*
- *Resolución de 9 de Julio de 1998 de la Secretaria de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Ciencia por el que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental*
- *REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.*

3.- PRINCIPIOS GENERALES Y ORGANIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN.

3.1 PRINCIPIOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN:

La supervisión de los residentes de la UDM-SM del IPJG se someterá a los principios generales que regulan la supervisión de los residentes del RD 183/2008. Dichos principios generales se resumen en los siguientes:

- 1- En primer lugar el Real Decreto en su Capítulo V, artículo 14 reconoce **el deber general de supervisión** como principio rector 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.
- 2- **La responsabilidad del residente deberá ser progresiva:** “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”.
- 3- 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.
- 4- **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.**
- 5- **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.

3.2 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA SUPERVISIÓN DE LA UDM-SM DEL IPJG COMUNES A LAS TRES ESPECIALIDADES:

La Comisión de Docencia ha elaborado los siguientes puntos que regulan la supervisión de forma general para todos los dispositivos asistenciales de la UDM-SM donde realizan sus rotaciones los residentes de las tres especialidades y que son de obligado cumplimiento:

1. En todas las rotaciones habrá un tutor de la rotación, encargado de la organización, seguimiento y evaluación de la rotación y un supervisor asignado, encargado de supervisar

la mayor parte de la actividad directa de los residentes. Estas dos figuras pueden recaer en el mismo profesional

2. En cualquier caso, siguiendo el principio rector del deber general de supervisión, e independientemente de lo anterior y del nivel del residente, siempre habrá un profesional asignado a cada actividad de los residentes para la supervisión y consulta en la unidad, dispositivo, programa o área en la que el residente desarrolla la actividad asistencial.
3. 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.
4. La supervisión de residentes de primer año será, en todo caso, 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.
5. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo sirviendo como guía los protocolos específicos de las especialidades que conforman la UDM-SM del IPJG y que se detallan posteriormente.
6. Se distinguen 3 niveles de autonomía y responsabilidad para todas las actividades asistenciales que realicen los residentes (Tabla I):

Tabla I: Niveles de autonomía y responsabilidad.

	AUTONOMIA	ACTIVIDAD
NIVEL 1	Mayor responsabilidad. Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar al especialista responsable (tutela indirecta).	Permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa al adjunto supervisor asignado.
NIVEL 2	Responsabilidad intermedia. El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente.	Posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del adjunto.
NIVEL 3	Menor responsabilidad. El residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia	Actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

7. Se tendrá en cuenta que, durante las primeras semanas en cualquier rotación el residente, independientemente del año de residencia no podrá tener un nivel de autonomía 1 en ningún caso, y el nivel de responsabilidad será 2 o 3, hasta que conozca las normas de actuación y particularidades de dicha rotación.
8. En la actividad de guardia, los residentes estarán supervisados por los adjuntos asignados en ese momento a la misma en el grado que posteriormente se especifica para cada residente. Estos adjuntos informarán a los tutores sobre las incidencias y evaluaciones pertinentes.
9. Los tutores informarán de situaciones especiales de residentes que no seguirán los protocolos generales de supervisión a los tutores de las unidades donde se realicen las guardias para que informen a los miembros de la unidad.
10. Todos los residentes tienen la obligación de comunicar a sus tutores y al Jefe de Estudios el incumplimiento de las normas aquí descritas.
11. El Jefe de Estudios deberá comprobar el incumplimiento de las normas, indicando a la unidad la necesaria e inmediata corrección.

Tras estos principios generales, describiremos los protocolos específicos de supervisión recogidos en los programas formativos de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental, donde se describen de forma pormenorizada las responsabilidades de sus actividades asistenciales en las principales rotaciones, siempre con el cumplimiento de los puntos generales anteriormente definidos.

4.- PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

La psiquiatría es una especialidad médica básica cuyo programa oficial se publicó en la Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad (BOE 224, 16 de septiembre 2008). En el programa se señala que más que en otras especialidades, en Psiquiatría la relación médico-paciente forma parte, desde la primera entrevista, del proceso terapéutico y conlleva el riesgo de un efecto contraterapéutico si el profesional no está adecuadamente entrenado. De ahí la importancia de la supervisión directa desde los primeros momentos y la importancia de la progresión gradual en los niveles de responsabilidad del residente con carácter general y en cada una de las ramas impartidas según prevé el programa de la especialidad.

En general, el residente deberá progresar en la rotación desde un primer nivel de evaluación y diagnóstico a un segundo nivel de tratamiento farmacológico y a un tercer nivel de habilidades psicoterapéuticas. Esta supervisión es especialmente destacable en el caso de la psicoterapia, debido al especial carácter de experiencia personal que tiene su aplicación técnica.

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 objetivo de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, en el último año de residencia.

El presente protocolo pretende formalizar los niveles de autonomía y responsabilidad que deben ir adquiriendo los residentes para servir como guía a los propios residentes de psiquiatría como a los supervisores y tutores. **Hace especial hincapié en la supervisión durante la atención continuada (guardias) y en la supervisión de los residentes de primer año.** Los principios generales de la supervisión especificados en el punto 3 constituyen la base para este protocolo.

4. 1 URGENCIAS PSIQUIATRICAS.

La atención de urgencias (guardias) está concebida dentro del programa de la especialidad como una de las áreas de Formación Nuclear de carácter longitudinal a impartir a lo largo de todo el periodo de residencia. Los residentes de psiquiatría de esta Unidad Docente realizan guardias de especialidad desde el primer año de residencia por decisión de la Comisión de Docencia de acuerdo a las características de la especialidad, y por acuerdo con la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Severo Ochoa.

4.1.1 ORGANIZACIÓN DE LAS GUARDIAS DE PSIQUIATRIA:

Actualmente los residentes de psiquiatría adscritos a la Unidad Docente del IPJG realizan las guardias de psiquiatría en el Hospital Universitario Severo Ochoa y Hospital Universitario de Fuenlabrada donde se trasladaron las plantas de hospitalización del IPJG tras el cierre de la UHB monográfica del IPJG. Con la acreditación futura de las dos UDM-SM independientes del IPJG y del HUF, las guardias de los residentes de la futura UDM-SM del IPJG se realizarán exclusivamente en el Hospital Severo Ochoa. **Siempre cuenta con un adjunto de presencia física y un residente.** En las jornadas ordinarias la atención de urgencias comienza a las 8:30 tras el pase de guardia y hasta las 14:30 es realizada por los psiquiatras adjuntos del hospital junto con los residentes que rotan en los servicios hospitalarios (unidad de hospitalización e interconsulta). Siempre que sea el residente el que atienda las urgencias en horario de mañana tendrá un adjunto de referencia responsable para consulta y supervisión. A partir de las 14:30 en las jornadas ordinarias y hasta las 8:30 del día siguiente la atención a urgencias la realiza un residente y un adjunto de presencia física en el hospital como atención continuada. Los fines de semana y días festivos igualmente habrá un residente y un adjunto de presencia física durante las 24 horas haciéndose el cambio de guardia a las 9.00 a.m. Por la noche, dependiendo del grado de responsabilidad adquirido por el residente, se suelen establecer dos turnos, de 00:00 a 4:00 a.m. para el residente y de 4:00 a 8:00 a.m para el adjunto. El adjunto en cualquier caso tiene obligación de atender las consultas que haga el residente en su turno y es responsable de seguir las pautas de este protocolo en este horario. El residente tiene así mismo obligación de consultar al adjunto cuando el caso lo requiera por su complicación. Durante la jornada ordinaria, en el horario de mañana la atención de urgencia se centra en atender las consultas de casos psiquiátricos urgentes que acuden a la urgencia general y que han sido filtrados por el servicio general de urgencias del hospital. Por las tardes y en jornadas de fin de semana o festivos a lo anterior hay que añadir todas aquellas consultas urgentes que se generen desde la propia planta de psiquiatría, desde otros servicios médico-quirúrgicos del hospital y desde las Unidades de Rehabilitación y Unidad Residencial del Instituto Psiquiátrico José Germain.

4.1.2 OBJETIVOS DOCENTES GENERALES EN LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS.

1.- Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en la evaluación de la urgencia psiquiátrica (historia clínica, exploraciones y estudios complementarios necesarios en el proceso diagnóstico) (criterios de ingreso, permanencia en observación, o petición de interconsulta a otros especialistas, así como de alta y de derivación a los dispositivos del área).

2.- Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en la valoración de los cuadros psiquiátricos debidos a patología orgánica, así como de la comorbilidad orgánica de los trastornos mentales.

3.- Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades necesarios en la atención urgente con fines terapéuticos (Uso de fármacos en la urgencia, contención mecánica y empleo de atención psicoterapéutica en crisis).

4.- Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en el manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicosocial y familiar, etc.).

5.- Adquirir conocimientos, experiencias y habilidades en el manejo de protocolos específicos para pacientes en urgencias (Protocolo de agitación, de fuga...).

6.-Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en los aspectos ético-legales referentes al paciente en la urgencia.

4.1.3. OBJETIVOS DOCENTES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS.

4.1.3.1 Residentes de primer año.

Durante el primer año de residencia el principal objetivo es el de iniciarse en la práctica asistencial de carácter urgente. Especialmente deben adquirirse los conocimientos para poder identificar la patología grave, que requieren intervenciones más complejas bien sean el ingreso, la observación o intervenciones en crisis psicoterapéuticas o la contención mecánica. En su actuación en el Servicio de Urgencias el facultativo residente de primer año complementa las habilidades y competencias que va adquiriendo en su rotación en la Unidad de hospitalización, relacionadas con la realización de anamnesis y exploración psicopatológica, utilización racional e interpretación de las exploraciones complementarias, habilidades de entrevista, utilización de psicofármacos y despistaje de patología orgánica. De forma progresiva debe desarrollar competencias y habilidades en el manejo interpersonal con el resto del personal sanitario (especialistas, residentes y equipo de enfermería). Es conveniente que empiece a interiorizar el concepto de colaboración con los servicios médico-quirúrgicos de la urgencia general y la delimitación de las tareas de cada especialista.

En concreto, los **principales objetivos docentes** a alcanzar durante este período son:

- Realizar la entrevista clínica y conseguir una buena valoración global del paciente.
- Identificación clara del motivo actual de consulta y desarrollo de la enfermedad actual.
- Reconocimiento de los antecedentes familiares.
- Reconocimiento de los antecedentes personales y tratamientos seguidos.
- Sistemática de la exploración psicopatológica.

- Orientación diagnóstica inicial.
- Valoración del riesgo suicida, autoagresividad y heteroagresividad.
- Valoración de la situación familiar.
- Realización de la historia clínica de urgencias.
- Redacción de informe de alta.
- Conocimiento del funcionamiento de la urgencia general y los niveles de atención.
- Conocimiento del funcionamiento administrativo de la urgencia.
- Valoración de la necesidad de interconsulta al los facultativos de la urgencia general.
- Indicación e interpretación de pruebas complementarias en la urgencia psiquiátrica.
- Conocimiento de las indicaciones de ingreso, observación o alta.
- Conocimiento de los aspectos legales de las intervenciones en contra de la voluntad del paciente: ingreso involuntario, contención mecánica, medicación.
- Conocimiento de la sistemática de derivación de pacientes para seguimiento al Centro de de Salud Mental, Atención Primaria, Centro de Atención a drogodependencias, etc, según gravedad y prioridad.
- Inicio de entrenamiento en habilidades de entrevista en situaciones de crisis tanto con el paciente como con la familia.
- Conocimiento y manejo racional de los psicofármacos en urgencias.
- Conocimiento de los protocolos de urgencias.

La adquisición de responsabilidades es progresiva. El residente está siempre supervisado físicamente y **no puede firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes**, tal y como establece el RD 183/2008. El nivel de responsabilidad para los residentes de primer año será 2-3 para la mayoría de las actuaciones. El nivel inicial al menos durante el primer mes será de 3 para todas las intervenciones llegando de forma progresiva a lo largo del año a los niveles que se reflejan en la tabla 2.

4.1.3.2 Residentes de los siguientes años.

El objetivo de los siguientes años de residencia es el de progresar en la práctica asistencial de carácter urgente. Debe seguir desarrollando las habilidades y competencias que se han expuesto en los apartados anteriores de forma progresivamente más autónoma. La adquisición de responsabilidades es progresiva hasta alcanzar el nivel 1 de autonomía total supervisada para la mayoría de las actuaciones durante el cuarto año de residencia. En cualquier caso la progresión se adecuará a las características individuales de cada residente.

El **residente de segundo año** tendrá generalmente un nivel de responsabilidad 2 para la mayoría de las intervenciones, es decir la práctica totalidad de sus intervenciones estarán tuteladas. Ha de consultar previamente todos los pacientes susceptibles de ingreso, alta, observación o derivación mediante traslado a otro centro. Ha de comunicar todos los actos médicos que realice al facultativo responsable, así como requerir supervisión en intervenciones complejas y en la elaboración de los informes de urgencias, especialmente en aquellos de cierta complejidad.

Los residentes de tercer año ya tendrán un nivel de responsabilidad 2-1, ya que al haber adquirido competencias en la valoración de la gravedad de la urgencia pueden tener autonomía total para atender la patología de menor gravedad. Ha de consultar previamente todos los pacientes

susceptibles de ingreso, traslado u observación. Ha de comunicar todos los actos médicos relevantes al facultativo responsable, así como requerir supervisión en intervenciones de crisis complicadas y en la elaboración de informes de cierta complejidad.

El residente de cuarto año tendrá un nivel de responsabilidad 1 para la práctica totalidad de las intervenciones, aunque mantendrá informado al adjunto de las actuaciones relevantes realizadas, aunque sea a posteriori, y de los ingresos o traslados. Podrá requerir la supervisión del adjunto siempre que la valoración de la gravedad del caso así lo requiera.

En la tabla 2 se exponen los niveles de responsabilidad de las diferentes actividades que pueden realizar los facultativos residentes dependiendo del año de residencia agrupando de forma sintética los objetivos docentes anteriormente expuestos:

Tabla 2.- Niveles de responsabilidad en la atención urgente.

HABILIDAD Y ACTIVIDADES	NIVEL DE RESPONSABILIDAD			
	R1	R2	R3	R4
Realización de historia clínica completa del paciente de Urgencias	1-2	1	1	1
Exploración psicopatológica	2	1-2	1	1
Orientación diagnóstica	2-3	2	1	1
Solicitar e interpretar exploraciones complementarias	2-3	2-3	1-2	1
Presentación e información al paciente y familia	2-3	1-2	1	1
Realizar un informe de alta o ingreso hospitalario	2-3	2	1	1
Decidir el tratamiento y estrategia específica del paciente	3	2	2-1	1
Intervención y manejo psicoterapéutico en situaciones de crisis	2-3	2-3	2-1	1
Toma de decisión del destino del paciente: alta, ingreso u observación.	3	2-3	2-1	1

4-2. FORMACIÓN TRANSVERSAL (ROTACIONES DEL PROGRAMA).

El grado de supervisión y el nivel de responsabilidad para cada una de las rotaciones seguirán los principios generales y organización de la supervisión común a las tres especialidades. El residente adquirirá un nivel de responsabilidad progresivamente mayor en función del año de residencia, los objetivos de cada rotación, la complejidad de la actividad y sus características individuales. Es función de los tutores y supervisores el adaptar a cada residente individualmente las directrices de este protocolo. A continuación se exponen los niveles generales de supervisión y responsabilidad del residente de psiquiatría en las principales rotaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Niveles de responsabilidad del MIR de psiquiatría en cada rotación.

ROTACIÓN	AÑO	ACTIVIDAD Y COMPETENCIAS PRINCIPALES	RESPONSABILIDAD
Hospitalización breve	R1	<p>1.-Realización de entrevistas psicopatológicas y diagnósticas.</p> <p>2.- Atención y tratamiento de al menos 100 pacientes ingresados</p> <p>3.- Atención a las familias de los pacientes hospitalizados.</p> <p>4- Participación en las sesiones de Terapia electro-convulsiva.</p> <p>5.- Elaborar la historia clínica y los informes de alta de los pacientes atendidos</p> <p>6- Participación en la coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar la continuidad de cuidados al alta.</p>	<p>Tres primeros meses: Nivel 3 de responsabilidad para la mayoría de las actividades.</p> <p>6 meses siguientes: progresivamente alcanzará Nivel 2 para la mayoría de las actividades. Atenderá a los pacientes y familias directamente pero bajo la supervisión del adjunto. Consultará con el supervisor las principales decisiones. Firmará las altas junto con el supervisor</p>
Neurología	R1	<p>1- Realización de historia clínica y exploración neurológica de pacientes ingresados y en consultas externas del servicio de Neurología bajo supervisión directa.</p> <p>2- Asistencia a los pasajes de planta y consultas externas del Servicio de Neurología como observadores.</p>	Nivel 3 de Responsabilidad.
Atención ambulatoria Adultos (Centro de Salud Mental)	R2	<p>1.-Realización de un mínimo de 120 entrevistas de evaluación clínica, con grado progresivo de responsabilidad.</p> <p>2.-Elaboración de la historia clínica psiquiátrica de cada uno de los pacientes. .</p> <p>3.-Establecer un plan terapéutico de intervención para cada uno de los pacientes</p> <p>4.-Realización del seguimiento terapéutico supervisado de un mínimo de 70 pacientes seleccionados entre los distintos diagnósticos, profundizando en el manejo clínico de los psicofármacos y en los diversos modelos psicoterapéuticos (terapia verbal de apoyo, intervenciones familiares, intervenciones psicoterapéuticas específicas).</p> <p>5.-Participación en grupos de terapia como observador y conocer y colaborar en talleres de entrenamiento en relajación</p> <p>6.-Elaborar informes clínicos, partes de interconsulta e informes de alta.</p> <p>7.-Participar activamente en la organización de programas individualizados de tratamiento de pacientes con enfermedad mental grave y persistente (al menos cuatro pacientes), participando en las reuniones de presentación y coordinación del equipo de continuidad de cuidados.</p> <p>8.-Participar en actividades de programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos de salud mental, adquiriendo los conocimientos y experiencias</p>	<p>Primer mes: NIVEL 3: El residente estará acompañando como observador a un psiquiatra del CSM.</p> <p>A partir del Segundo mes. NIVEL 2: El residente realizará las entrevistas de evaluación junto con el supervisor docente y a partir del segundo mes las podrá realizar sólo. Realizará la mayoría de las actividades directamente bajo supervisión de un adjunto con el que consultará los casos nuevos evaluados, las indicaciones terapéuticas y los seguimientos. La supervisión relativa a las citas de seguimiento se irá graduando a</p>

		<p>necesarias en cuanto a criterios de derivación y la utilización racional de los recursos disponibles</p> <p>9.-Intervenir en situaciones de crisis</p> <p>10.- Realización de actividades de apoyo a la atención primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, interconsultas telefónicas, sesiones clínicas conjuntas, etc.</p> <p>11.-Participar activamente en las actividades que se realizan en el CSM, asistir a las reuniones de equipo, sesiones clínicas, actividad docente...</p> <p>12.-Realizar un trabajo de investigación, presentación de material en congresos científicos en forma de comunicaciones, posters, etc.</p>	<p>medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía conseguido por el residente En los casos ambulatorios de menor gravedad podrá llegar una autonomía total supervisada (NIVEL 1). El residente dispondrá de al menos una hora semanal para la supervisión de los casos seguidos. Firmará los informes requeridos junto al supervisor del caso.</p>
Adicciones	R2-R3	<p>1.-Evaluación y realización de la historia clínica de forma supervisada de los pacientes nuevos.</p> <p>2.- Participación como observador en los procesos terapéuticos de desintoxicación.</p> <p>3.-Participación como observador en los programas terapéuticos del CAD.</p> <p>4.-Aprendizaje teórico sobre aspectos biológicos, neurobiológicos o farmacológicos.</p> <p>5.- Participación en las Sesiones Clínicas y otras actividades del CAID.</p> <p>6. Participación en las actividades de Coordinación del CAID y en sus reuniones internas.</p>	<p>Nivel 3 de responsabilidad para la mayoría de las actuaciones.</p>
Infanto- juvenil	R3	<p>1.- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes en edad infantil y adolescentes (un mínimo de 20 entrevistas de evaluación y 15 pacientes en tratamiento).</p> <p>2.- Desarrollo de intervenciones de apoyo y enlace con atención primaria y servicios hospitalarios implicados en la atención infanto-juvenil.</p> <p>3.- Desarrollo de intervenciones de coordinación y apoyo con servicios educativos, sociales y judiciales implicados en la atención infanto-juvenil.</p> <p>4.- Colaboración con otros recursos relacionados con la atención infanto-juvenil.</p>	<p>El nivel de responsabilidad será progresivo en función de cada residente. Durante dos semanas o un mes tendrán una responsabilidad de nivel 3 pasando posteriormente a un nivel 2 de responsabilidad.</p>
Rehabilitación	R3	<p>1.- Evaluación funcional de 3 pacientes con un trastorno mental grave (tanto del CATR como de las Unidades de Rehabilitación), incluyendo la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)</p> <p>2.- Puesta en marcha del PIR y aplicación de técnicas específicas de rehabilitación (Seguimiento de 2 pacientes ambulatorios y al menos 1 hospitalizado).</p> <p>3- Participación en 2 grupos de tratamiento.</p> <p>4.-Asistencia a tutorías y reuniones de equipo. Coordinaciones sociosanitarias y Comisiones de Rehabilitación</p>	<p>Elaboración del PIR y seguimiento de pacientes: N2 en el primero, N1 en los siguientes.</p> <p>Grupos de tratamiento, inicialmente N3, después N2 y puntualmente alguna sesión puede ser N1.</p> <p>Tutorías, reuniones de equipo y coordinaciones con otros</p>

		<p>5 - Conocimiento y utilización de los dispositivos sociales y sanitarios adecuados para el cumplimiento del plan de tratamiento (pisos supervisados, MR, CD, CRL) mediante una estancia formativa de observador durante una semana.</p> <p>9.- Rotación de una semana de duración por la Unidad Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Unidad Residencial) como observador</p>	<p>dispositivos: participación como observador N3</p> <p>Rotación en la UCPP: N3</p>
Interconsulta	R3	<p>1.- Identificación y diagnóstico de síntomas psicopatológicos que interfieren con el curso y el tratamiento de la patología médica (un mínimo de 10 pacientes acompañados del supervisor y un mínimo de 25 solos).</p> <p>2.- Atención y tratamiento de al menos 25 pacientes ingresados en distintos servicios médico-quirúrgicos.</p> <p>3.- Elaboración de planes conjuntos para la atención integral de pacientes que requieren el concurso de varias especialidades.</p> <p>4.- Participación en las actividades de enlace.</p> <p>5.- Participación en sesiones clínicas interdisciplinarias</p>	<p>NIVEL 2-3: MIR 4: (Primer mes): El residente estará supervisado directamente por un psiquiatra de la Unidad.</p> <p>NIVEL 2 MIR 4 (Segundo mes): La supervisión se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente.</p> <p>NIVEL 1: MIR 4 (Dos últimos meses): Autonomía total supervisada.</p>
Hospital de día	R4	<p>1.-Participación en las entrevistas individuales de evaluación y seguimiento de los pacientes nuevos.</p> <p>2.-Participación en la elaboración de los planes terapéutico.</p> <p>3.-Participación en los grupos terapéuticos como observador y el resto de actividades grupales del hospital de día.</p> <p>4.-Participación en las reuniones de equipo, coordinación y presentación de casos.</p>	<p>Durante la rotación de hospital de día debido a las características específicas de la rotación el nivel de responsabilidad será en general de nivel 3-2</p>
Trayectos específicos o Trayectos de libre configuración	R4	<p>Las actividades dependerán del trayecto elegido por el residente.</p>	<p>En los trayectos de infantil y psicoterapia tendrá un nivel de responsabilidad 2 o 1 en función del paciente o del tipo de rotación.</p> <p>En las rotaciones externas tendrá un nivel de responsabilidad 3 o 2.</p> <p>Si profundiza en rotaciones realizadas el nivel de responsabilidad será mayor (1-2) al tratarse de un R4</p>

5. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria de la Psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos cuyo programa de formación oficial se publicó en la *Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.*

La formación especializada en Psicología Clínica se sustenta en la acción práctica, complementada con una formación teórica que la enmarca en sus contenidos y perspectivas, a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo del residente.

A lo largo de la formación, el residente contará con la figura imprescindible y definida del Tutor, que deberá ser un Especialista en Psicología Clínica. Atendiendo a las funciones que establece el Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero, el Tutor planificará, gestionará, supervisará y evaluará todo el proceso de formación, proponiendo cuando proceda, medidas de mejora en el desarrollo del programa y favoreciendo el auto-aprendizaje, **la asunción progresiva de responsabilidades** y la capacidad investigadora del residente, con especial atención a la eficiencia y calidad de las actividades que el PIR realice en las diferentes fases del proceso formativo.

Con carácter general la organización, evaluación, supervisión y responsabilidad progresiva del residente y demás aspectos formativo/docentes se atenderán a lo previsto en el *Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.* **Los principios generales de organización de la supervisión y de adquisición de autonomía y responsabilidad de la UDM-SM detallados en el apartado 3 del presente documento son de obligado cumplimiento en el proceso de aprendizaje de los residentes de psicología clínica.** El programa formativo de la especialidad establecen dos niveles orientativos de responsabilidad (NR) en la ejecución y desarrollo de actividades a realizar por los residentes en cada uno de los programas de formación, así como el número mínimo de dichas actividades que debe realizar el residente: NR 1: Observación participante; NR 2: Realización directa. Sin embargo permite que cada Comisión de Docencia adapte estos niveles orientativos a las características propias de sus protocolos de supervisión. Así la Comisión de Docencia de la UDM-SM del IPJG se guiará por el esquema de tres niveles de responsabilidad y autonomía detallado en el apartado 3 de este documento.

En cualquier caso el grado de autonomía y responsabilidad del PIR deberá adaptarse a las características individuales de cada residente según la valoración que haga el tutor. Esta adaptación individual cobra especial importancia en el caso de los PIRes ya que cuando inician su formación como especialistas, cuentan con frecuencia con experiencias y aprendizajes previos muy heterogéneos de las intervenciones psicológicas que afrontará durante su periodo de residencia. En la Tabla 4 aparecen detalladas los niveles de responsabilidad y autonomía según las actividades a realizar en cada una de las rotaciones.

Tabla 4. Niveles de responsabilidad del PIR por rotaciones.

ROTACIÓN	AÑO	ACTIVIDAD Y COMPETENCIAS PRINCIPALES	RESPONSABILIDAD
Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria (CSM adultos)	R1	<p>1.- Realización de un mínimo de 80 primeras entrevistas y elaboración del consiguiente plan terapéutico a seguir, referidas a diferentes tipos de pacientes</p> <p>2.- Seguimiento terapéutico de un mínimo de 50 pacientes seleccionados entre los distintos diagnósticos, aplicando distintos abordajes psicoterapéuticos: individual, grupal, de pareja y familiar.</p> <p>3.- Manejo de intervenciones y situaciones de crisis.</p> <p>4.- Participación en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con patología mental grave dentro del programa de continuidad de cuidados.</p> <p>5.- Realización de actividades de apoyo a la atención primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, etc.</p> <p>6.- Participación en actividades de programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos sociales y sanitarios, adquiriendo los conocimientos y experiencias necesarias en cuanto a criterios de derivación y a la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles.</p>	<p>Tres primeros meses: El residente estará como observador participante en las entrevistas de evaluación y en los seguimientos que realice su supervisor principal, pudiendo realizar a mitad de este periodo formativo entrevistas de evaluación acompañado de un psicólogo o psiquiatra del CSM (N 3 de responsabilidad). Asimismo se irá ocupando de forma progresiva del seguimiento terapéutico de algún paciente evaluado junto con el adjunto (N 2)</p> <p>Nueve meses siguientes: El nivel de responsabilidad se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente, hasta poder atender la consulta directamente bajo la supervisión del adjunto (N 2 de responsabilidad). Supervisará con el adjunto las decisiones e indicaciones terapéuticas. Los informes clínicos los firmará junto con el supervisor</p>
Hospitalización y Urgencias	R2	<p>Realización de entrevistas psicopatológicas y diagnósticas (un mínimo de 10 entrevistas acompañado del supervisor y 15 entrevistas solo).</p> <p>2.- Elaboración de intervenciones y estrategias de tratamiento psicológico durante el ingreso del paciente (un mínimo de 30 intervenciones).</p> <p>3.- Participación en el seguimiento de los pacientes ingresados y atención a los familiares, prestándoles información, apoyo y asesoramiento.</p> <p>4- Participación en la coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar la</p>	<p>Primer mes: N3: El residente tendrá un papel de observador participante en las entrevistas e intervenciones que se realicen tanto con el paciente como con la familia, estando acompañado en todo momento de un facultativo de la Unidad de</p>

		<p>continuidad de cuidados al alta. 5- Participación en la elaboración de las historias clínicas y en los informes de alta.</p>	<p>hospitalización.</p> <p>Segundo mes: N2: El residente podrá realizar entrevistas psicopatológicas y diagnósticas en presencia de un facultativo de la Unidad. Firmará los informes de alta junto con el supervisor.</p> <p>Dos últimos meses: N2-N1: El residente dispondrá de una mayor autonomía siempre bajo supervisión del adjunto responsable. Podrá realizar directamente entrevistas psicopatológicas y diagnósticas e intervenciones psicoterapéuticas tanto con el paciente como con los familiares de éste sin presencia del adjunto e informando posteriormente. Firmará los informes de alta junto con el supervisor.</p>
<p>Psicología Clínica de la Salud. Interconsulta y enlace.</p>	<p>R2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Identificación y diagnóstico de síntomas psicopatológicos que interfieren con el curso y el tratamiento de la patología médica (un mínimo de 10 pacientes acompañados del supervisor y 15 solos). 2.- Diseño y puesta en marcha de programas de tratamiento psicológicos para pacientes hospitalizados por causas médicas, que presentan problemas de salud mental. 3.- Elaboración de planes conjuntos para la atención integral de pacientes que requieren el concurso de varias especialidades. 4.- Colaboración y apoyo con otros profesionales para garantizar la correcta atención a las necesidades de salud mental de pacientes atendidos en instituciones sanitarias. 	<p>Primer mes: N3. El residente tendrá un papel de observador participante en las entrevistas e intervenciones que se realicen tanto con el paciente como con la familia, estando acompañado en todo momento de un facultativo del Servicio.</p> <p>Segundo mes: N2. El residente podrá realizar entrevistas psicopatológicas y diagnósticas en presencia de un facultativo del servicio. Firmará los informes de alta junto con el supervisor.</p> <p>Dos últimos meses: N2-N1: El</p>

			residente dispondrá de una mayor autonomía, realizando entrevistas psicopatológicas y diagnósticas e intervenciones psicoterapéuticas directamente bajo la supervisión del adjunto, tanto con el paciente como con los familiares de éste. Firmará los informes de alta junto con el supervisor.
Adicciones	R2-R3	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Evaluación, diagnóstico y valoración de primeras consultas. 2.- Realización de historias clínicas. 3.- Realización de informes diagnósticos sobre pacientes evaluados. 4.- Diseño y aplicación de procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos a pacientes con conductas adictivas. 5.- Conocimiento de los distintos recursos asistenciales específicos. 6.- Participar en la coordinación con otros recursos asistenciales. 	N3-N2: El residente estará como observador en las entrevistas de evaluación, seguimientos terapéuticos y demás actividades que se llevan a cabo en el CAD, pudiendo participar de forma activa e incluso realizar la evaluación de aquellos casos susceptibles de ser derivados a Salud Mental.
Atención Primaria	R2	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Participar en la consulta del médico de Atención Primaria. 2.- Participar en la consulta de enfermería (de adultos y pediátrica). 3.- Participar en la Consulta de Pediatría. 4.- Participar en las actividades del trabajador social y conocer las redes comunitarias de apoyo. 5.- Evaluación directa de casos susceptibles de ser derivados a los Servicios de Salud Mental. 6.- Participar en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas y de coordinación con otros dispositivos. 7.- Participar en programas de prevención y promoción de la salud. 	N3-N2: El residente estará como observador en la consulta del médico de Atención Primaria, pudiendo participar de forma activa e incluso realizar la evaluación de aquellos casos susceptibles de ser derivados a Salud Mental
Rehabilitación	R3	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Evaluación de pacientes con un trastorno mental grave (3 evaluaciones CD y 3 UR. 2.- Elaboración y desarrollo práctico del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) de pacientes que padecen un trastorno mental grave. Confección de 3 Pires, uno con el supervisor y 2 solos. 3.- Puesta en marcha del Plan Individualizado de Rehabilitación y aplicación de técnicas específicas de rehabilitación que reduzcan los déficits cognitivos y emocionales y las 	N3 (Primer mes): El residente estará como observador participante en las entrevistas de evaluación y en los seguimientos que realice su supervisor principal.

		<p>dificultades de integración social, familiar y laboral de los pacientes con un trastorno mental grave. (Seguimiento de 2 pacientes ambulatorios y 1 hospitalizado. Participación en 2 grupos de tratamiento).</p> <p>3.- Conocimiento y utilización de los dispositivos sociales y sanitarios adecuados para el cumplimiento del plan de tratamiento (pisos supervisados, MR, CD, CRL). Coordinación con los mismos y asistencia a Comisión de Rehabilitación.</p> <p>4.- Desarrollo de programas de intervención encaminados a conseguir y mantener la adherencia a los planes de tratamiento, el uso adecuado de los dispositivos de apoyo y a la preparación y entrenamiento para una vida autónoma.</p> <p>6.- Coordinación con otros recursos orientados hacia el soporte y apoyo del enfermo mental crónico en la comunidad (red de servicios sociales, asociaciones de voluntarios, grupos de autoayuda, etc.)</p>	<p>N2 (Segundo mes): El residente realizará entrevistas de evaluación de pacientes con un Trastorno Mental Grave y participará en la confección del Plan Individualizado de Rehabilitación de aquellos pacientes que haya evaluado, siendo supervisado por algún psicólogo o psiquiatra del Servicio. Asimismo participará en alguno de los grupos que se lleven a cabo.</p> <p>N1 (Cuatro últimos meses): El residente dispondrá de una autonomía total supervisada en la evaluación, confección y puesta en marcha del Plan Individualizado de Rehabilitación, firmando los informes junto con su supervisor. Mantendrá su participación en alguno de los grupos que se realizan.</p>
<p>Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia</p>	<p>R3</p>	<p>1.- Evaluación, diagnóstico y tratamiento (individual, grupal y/o familiar) de pacientes en edad infantil y adolescentes (un mínimo de 40 entrevistas de evaluación y un mínimo de 30 pacientes en tratamiento).</p> <p>2.- Desarrollo de intervenciones de apoyo y enlace con atención primaria y servicios hospitalarios implicados en la atención infanto-juvenil.</p> <p>3.- Desarrollo de intervenciones de coordinación y apoyo con servicios educativos, sociales y judiciales implicados en la atención infanto-juvenil.</p> <p>4.- Colaboración con otros recursos relacionados con la atención infanto-juvenil.</p>	<p>N3 (Primer mes): El residente estará como observador participante en las entrevistas de evaluación y en los seguimientos que realice algún psiquiatra o psicólogo del programa infanto-juvenil o su supervisor principal.</p> <p>N2 (Segundo mes): El residente realizará entrevistas de evaluación acompañado de algún psiquiatra o psicólogo del programa o de su supervisor principal. Asimismo se irá ocupando de forma progresiva del seguimiento terapéutico de algún paciente evaluado junto con el</p>

			<p>adjunto.</p> <p>N2-N1 (Cuatro últimos meses): El residente dispondrá de autonomía total (N1) en la realización de primeras entrevistas y seguimientos terapéuticos de menor complejidad, contando en todo momento con el asesoramiento y supervisión de algún adjunto del programa. En los pacientes más complejos los seguimientos se harán con un mayor grado de supervisión necesitando consultando las indicaciones y decisiones terapéuticas previamente con el adjunto (N2 de responsabilidad). Los informes clínicos los firmará junto con éste.</p>
Hospital de día	R4	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Participación en las entrevistas individuales de evaluación y seguimiento de los pacientes nuevos. 2.-Participación en la elaboración de los planes terapéutico. 3.-Participación en los grupos terapéuticos como observador y el resto de actividades grupales del hospital de día. 4.-Participación en las reuniones de equipo, coordinación y presentación de casos. 	<p>NR3-NR2: El residente estará como observador participante en las entrevistas de evaluación y seguimiento y en los grupos terapéuticos que se realizan en este dispositivo, participando de forma activa también en los planes terapéuticos de los pacientes evaluados junto con el supervisor. El adjunto podrá decidir, según las competencias adquiridas por el residente, asignarle otras funciones de mayor responsabilidad</p>
Psico-oncología	R4	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Evaluación, diagnóstico psicopatológico y elaboración de historias clínicas de pacientes oncológicos. 2.- Elaboración de informes clínicos. 	<p>Durante las primeras semanas el residente realizará funciones de acompañamiento y observación, pudiendo decidir el adjunto, según las competencias adquiridas por el</p>

		<p>3.- Planificación, realización y seguimiento de intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas individuales, familiares y de grupo.</p> <p>4.- Colaboración con otros profesionales para optimizar la atención a las necesidades de salud mental de los pacientes atendidos en el ámbito sanitario</p>	<p>residente, asignarle otras funciones de mayor responsabilidad (N3). De forma progresiva el residente podrá tener un mayor nivel de responsabilidad, fundamentalmente en la realización de entrevistas al paciente y/o familiares y en la realización de informes clínicos, que serán firmados junto con el adjunto (N2)</p>
Trastornos de la conducta alimentaria		<p>1.- Evaluación, diagnóstico y elaboración de historias clínicas en pacientes con TCA.</p> <p>2.- Planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos a nivel individual, familiar y grupal.</p> <p>3.- Elaboración de informes psicológicos.</p> <p>4.- Participación en programas y actividades de prevención y promoción de la salud alimentaria, con especial referencia en la población infantil y adolescente.</p> <p>5.- Participación en el trabajo de equipo multidisciplinar para los TCA.</p>	<p>N3-N2. Durante las primeras semanas el residente realizará funciones de acompañamiento y observación en las entrevistas individuales y familiares, así como en los grupos terapéuticos que se lleven a cabo en la Unidad. De forma progresiva el residente podrá tener un mayor nivel de responsabilidad, fundamentalmente en la realización de entrevistas al paciente y/o familiares y en la realización de informes clínicos, que serán firmados junto con el adjunto.</p>
Hospital de Día Infanto-juvenil	R4	<p>1.- Integración en el equipo del hospital de día, participando activamente en las reuniones clínicas diarias de equipo, en las sesiones clínicas dentro del dispositivo o de la docencia del IPSSMJG, en las sesiones bibliográficas, en la presentación de derivaciones y en la coordinación con otros servicios.</p> <p>2.- Integración en la evaluación y tratamiento de pacientes derivados al Hospital de Día Infanto-juvenil, participando activamente en la elaboración de objetivos de tratamiento y en el contrato terapéutico</p> <p>3.- Integración en grupos terapéuticos con el rol de observador o coterapeuta.</p> <p>4.- Desarrollo de intervenciones de coordinación con instituciones sociales, educativas y de justicia relevantes para la atención al menor.</p>	<p>N3-N2. El residente estará como observador participante en las entrevistas de evaluación y seguimiento y en los grupos terapéuticos que se realizan en este dispositivo, participando de forma activa también en los planes terapéuticos de los pacientes evaluados junto con el supervisor. El adjunto podrá decidir, según las competencias adquiridas por el residente, asignarle otras funciones de mayor responsabilidad.</p>

Programa de Trastornos de la Personalidad.	R4	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Participación en las entrevistas individuales de evaluación y seguimiento de los pacientes que se incorporen al Programa 2.- Participación en la elaboración del plan de tratamiento individualizado 3.- Participación como observador en las diferentes intervenciones psicoterapéuticas específicas ambulatorias 4.- Participación en las reuniones de equipo para la presentación de casos nuevos, seguimiento, funciones de asesoramiento, docencia e investigación 5.- Participación en las reuniones de equipo para la programación, organización y coordinación con otros dispositivos asistenciales 	El nivel de responsabilidad del residente será de 3 para la mayoría de las actividades dadas las características prolongadas y específicas de los tratamientos, sin menoscabo de que puedan tener un mayor de responsabilidad en intervenciones puntuales o a criterio de los adjuntos del programa.
Atención Continuada: Unidad de Neuropsicología	R1-R4	<ul style="list-style-type: none"> 1.-Evaluación de casos: aplicación de técnicas, procedimientos específicos y tests neuropsicológicos a pacientes con un Trastorno Mental Grave incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados y/o Rehabilitación del Instituto Psiquiátrico José Germain 2.- Elaboración de informes neuropsicológicos. 	N2- Los residentes son supervisados por 2 adjuntos del Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación del Instituto Psiquiátrico José Germain, quienes firman los informes junto con el residente.
Atención Continuada: Guardias de acompañamiento.	R1-R4	<ul style="list-style-type: none"> 1-Entrevistas (acompañados y/o solos) de los pacientes y familiares que acuden a la urgencia psiquiátrica de un hospital. 2.- Informar a los pacientes y familiares tras valorar la situación de crisis de la problemática de aquel, la indicación de ingreso/alta, o la derivación al CSM para evaluación y/o seguimiento ambulatorio si fuera preciso 	<p>PIR1: en general tendrán un nivel de responsabilidad 3 para la mayoría de las actividades intervenciones. Realizarán funciones de acompañamiento y observación.</p> <p>PIR2-PIR4: podrán tener un mayor nivel de responsabilidad en algunas de las actividades de la urgencia, fundamentalmente en la realización de entrevistas al paciente y/o familiares y en la redacción de informes (N2). En cualquier caso la decisión de ingreso y alta y la firma del informe será competencia del médico adjunto (N3)</p>

6. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL.

Los Enfermeros Especialistas en Salud Mental, vienen definidos por el trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para ello prestan cuidados a personas, familias y grupos utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico. También es función suya asesorar, educar, formar e investigar en calidad de experto en el campo de la enfermería de Salud Mental

Su formación se remonta a los años 70 y actualmente está regulado por El R.D. 450/2005, de 22 abril de especialidades de enfermería, REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada

Para poder conseguir los objetivos docentes el residente de enfermería en salud mental realizará un aprendizaje progresivo a través de una actuación supervisada de acuerdo con las normas comunes del Protocolo de Supervisión de residentes de la UDM-SM del IPJG y de acuerdo con las características propias de la especialidad. Los niveles de responsabilidad para la especialidad de enfermería se indican en la Tabla 5.

Tabla 5. Niveles de responsabilidad de EIR por rotaciones.

ROTACIÓN	ACTIVIDAD Y COMPETENCIAS PRINCIPALES	RESPONSABILIDAD
Centro de Salud Mental	<ol style="list-style-type: none"> 1- Atención de primeras demandas 5 2- Consultas de enfermería a escala individual 25 3- Consultas de enfermería a escala familiar 7 4- Visitas a domicilio 5 5- Sesiones clínicas de enfermería 1 6- Sesiones clínicas del Equipo de Salud Mental 1 7- Sesiones formativas del equipo interdisciplinario. 6 8- Sesiones de coordinación de casos clínicos al nivel de área 1 9- Intervención en situaciones de urgencia y / o crisis 5 10- Programa de Rehabilitación psicosocial. 1 	<p>Primer mes: NIVEL 3: El residente estará acompañando como observador por enfermera especialista del CSM.</p> <p>A partir del Segundo mes. NIVEL 2: El residente realizará las entrevistas de evaluación junto con el supervisor docente y a partir del segundo mes las podrá realizar sólo. Realizará la mayoría de las actividades directamente bajo supervisión de una enfermera especialista o de un adjunto de psiquiatría durante la consulta medica. La supervisión relativa a las citas de seguimiento se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía conseguido por el residente En los casos ambulatorios de menor gravedad podrá llegar una autonomía total supervisada (NIVEL 1)., al igual que la administración y preparación de la medicación</p>
Dispositivos de rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Atención de ingresos (todos). 2- Participación en reuniones de tutorías de enfermería (AVD) 3- Elaboración de Plan individualizado de Cuidados. 4- Seguimiento completo de evolución de pacientes 5- Seguimiento auto-admon medicación pacientes 6- Visita domiciliaria a todos los pisos supervisados 7- Sesiones clínicas enfermería(todas) 8- Coordinaciones con CSM 9- Participación en reuniones de equipo y coordinación con facultativos. 10- Participación elaboración PIR (plan individualizado de rehabilitación) y lectura 11- Participación en los procesos grupales instalados 12- Reuniones tutorías multidisciplinares 	<p>Seguimiento de pacientes: N2 en el primer mes, N1 en los siguientes.</p> <p>Grupos de tratamiento, inicialmente N3, después N2 y puntualmente alguna sesión puede ser N1.</p> <p>Tutorías, reuniones de equipo y coordinaciones con otros dispositivos: participación como observador N3</p>

<p>Unidad de Cuidados psiquiátricos Prolongados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Sesiones clínicas de enfermería. Psicogeriatría 2- Conocer la organización de la Unidad Residencial. 3- Conocer y participar en las actividades asistenciales de Enfermería de la Unidad. 4- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo del paciente psiquiátrico ingresado en una Unidad Residencial. 5- Conocer y participar en los grupos psicoeducativos 6- Conocer los indicadores asistenciales de la Gestión por procesos de la Unidad Residencial y los sistemas de calidad. 7- Realizar un Plan de cuidados de enfermería de un residente de la Unidad Residencial. 8- Participar en un plan terapéutico multidisciplinar de cada perfil de población de la Unidad. 9- Participación en la relación y comunicación con los familiares de los residentes. Fomentar una actitud adecuada en dicha interrelación y adquirir habilidades de relación. 	<p>La responsabilidad irá en progresión de 2 a 1</p>
<p>Hospital de día.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Atención de primeras demandas (todas las que hayan) 2- Consultas de enfermería a escala individual 5 3- Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados en la asistencia intrahospitalaria 5 4- Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados en la asistencia comunitaria 1 5- Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados utilizando los 3 niveles de atención (los que haya) 6- Sesiones clínicas de enfermería (Se priorizarán TPL, riesgo de autolisis y autoagresividad en la 	<p>Durante la rotación de hospital de día debido a las características específicas de la rotación el nivel de responsabilidad será en general de nivel 3-2. En casos puntuales como el taller de salud podrá gestionarlo solo al final de la rotación alcanzando el Nivel 1 al igual que la administración de medicación.</p>

	<p>comunidad) 1</p> <p>7- Sesiones clínicas del Equipo de Salud Mental 1</p> <p>8- Sesiones formativas del equipo interdisciplinaria 1</p> <p>9- Sesiones de coordinación de casos clínicos al nivel de área 1</p> <p>10- Participación y manejo comunidad terapéutica y medio terapéutico</p> <p>11- Participación en los procesos grupales instalados 7</p> <p>12- Intervención en situaciones de urgencia y / o crisis</p> <p>13- Programa de Educación para la Salud Mental 8</p> <p>14- Actualización del diagnóstico de Salud Mental del área socio-sanitaria (los que coincidan)</p>	
Unidad de hospitalización.	<p>1- Atención a la urgencia hospitalaria. 5</p> <p>2- Atención individual al paciente 10</p> <p>3- Atención al familiar del paciente ingresado 10</p> <p>4- Terapia electroconvulsiva (TEC) (las que haya)</p> <p>5- Enfermería de enlace: Consultas externas hospitalarias con el psiquiatra infantil 2</p> <p>6- <i>Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados en la asistencia intrahospitalaria 5</i></p> <p>7- <i>Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados en la asistencia comunitaria 5</i></p> <p>8- <i>Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados utilizando los 3 niveles de atención 1</i></p> <p>9- Sesiones clínicas de enfermería (<i>Brote Psicótico, o, Estado Maníaco.</i>) 1</p> <p>10- Participación en las actividades grupales 5</p> <p>11- <i>Intervención en situaciones de urgencia y / o crisis 10</i></p> <p>12- <i>Actualización del diagnóstico de Salud Mental del área socio-sanitaria (participación en su desarrollo)</i></p>	<p>Primer mes: Nivel 3 de responsabilidad para la mayoría de las actividades.</p> <p>2 meses siguientes: <u>progresivamente</u> alcanzará Nivel 2 para todas las actividades. Atenderá a los pacientes y familias directamente pero bajo la supervisión de la enfermera especialista. Consultará con el supervisor las principales decisiones. Al final de la rotación podrá llegar al Nivel 1 en la mayoría de las actividades</p>
Hospital de día infanto-juvenil	<p>1- Atención de primeras demandas.</p> <p>2- Consultas de enfermería a escala individual.</p> <p>3- Seguimiento de pacientes con planificación de cuidados en la asistencia intrahospitalaria.</p>	La responsabilidad irá en progresión de 3 a 2.