

Observar y entender la labor del equipo de apoyo escolar
Adquirir conocimientos sobre dificultades y trastornos del aprendizaje
Saber integrar las dificultades escolares y de aprendizaje en la formulación del caso y el plan de tratamiento.

Evaluación del Residente

1. Pericia adquirida en la integración de la información para la formulación del caso y elaboración del plan de tratamiento.
2. Pericia y aptitud en la participación de actividades terapéuticas específicas competencia de los facultativos del hospital de día.
3. Aptitud para la colaboración e integración en las actividades terapéuticas competencia de terapia ocupacional y enfermería en las que participe
4. Aptitud e iniciativa mostrada en la participación en las reuniones de equipo y en la formulación colectiva de los casos.

- Rotación por la Unidad de Hospitalización breve para adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (centro asociado)

- Rotación por el servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús (centro asociado).

El nivel de responsabilidad en estas rotaciones puede variar de 1 a 3 en función del grado de especialización del dispositivo y del tiempo de rotación por el mismo.

4.2.4.2 Psicoterapias.

La formación en psicoterapia se impartirá a lo largo de todo el periodo formativo con sujeción e las siguientes bases:

- a) Debe ser supervisada y reglada, con asunción progresiva de responsabilidades.
- b) Debe fundamentarse en los hallazgos de la investigación empírica.
- c) Debe prestar atención a los aspectos de la persona del terapeuta implicado en la práctica de la psicoterapia y en la adquisición del rol de terapeuta.
- d) Debe estructurarse de tal manera que el progreso en la formación sea evaluable.

9.2.2 Desarrollo del plan formativo.

Se considerarán cuatro niveles de competencia:

- a) Un primer nivel que debería ser puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica, sea ésta de carácter psicológico, biológico o social. Estaría dirigido a facilitar el desarrollo de la relación de ayuda y de encuadre. Debe permitir la aplicación de psicoeducación, la identificación de obstáculos para el cambio terapéutico y el reconocimiento de implicaciones psicológicas en el proceso terapéutico.
- b) Un segundo nivel para el desarrollo de destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar problemas psicológicos generales, tales como, dificultades de relación social, laboral y familiar, dificultades de cumplimentación, etc. Se centraría en el ejercicio de psicoterapia de apoyo y en la intervención en crisis.
- c) Un tercer nivel para alcanzar la adquisición de competencias con la finalidad de aplicar técnicas psicoterapéuticas específicas y estructura-das, orientadas a complementar el tratamiento farmacológico o la rehabilitación de trastornos específicos.
- d) Un cuarto nivel referido a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal y ajustada estrictamente a modelos. Incluye el conocimiento de bases teóricas y prácticas de los

diversos modelos psicoterapéuticos: psicodinámicos, sistémicos, cognitivo-conductual y el interpersonal, tanto en lo referido a la modalidad individual como de pareja, de familia o de grupo.

9.2.3 Distribución de tareas según Niveles.

	Teoría	Ejercicios	Supervisión
Nivel 1	20 Horas	30 Horas	3 Casos
Nivel 2	60 Horas	90 Horas	4 Casos
Nivel 3	100 Horas	-	4 Casos
Nivel 4	200 Horas	-	5 Casos

La capacitación en la UDM del hospital Príncipe de Asturias en psicoterapia se realiza mediante la prolongación de las rotaciones por el CSM e Interconsulta y enlace en las que se ofrecen selección de casos para psicoterapia y supervisión de psicoterapias regladas (TIP, terapia sistémica, terapia cognitivo conductual). Nivel de responsabilidad 1 y 2.

Puede completarse con una aproximación al abordaje psicoterapéutico de la psicosis precoz en la Unidad de Atención Temprana:

Requisitos de acceso

- o Duración mínima de la rotación MIR: Cuatro meses
- o Año de residencia: se recomienda último año de residencia
- o Carta de motivación

Objetivos de la rotación

- o Conocer y asumir la filosofía, normas y objetivos de la UAT
- o Conocer el proceso de derivación a la UAT, así como metodología del equipo y las funciones de cada profesional
- o Adquirir conocimientos sobre el modelo de comunidad terapéutica y el proceso terapéutico, teniendo en cuenta las diferentes funciones según cada especialidad.
- o Procurar la vinculación con los pacientes de la Unidad, ya sea en actividades grupales como individuales y en los espacios informales.
- o Conocer el programa de los diferentes grupos, participando en su elaboración y desarrollo.
- o Colaborar en los procesos grupales realizados en la Unidad
- o Realizar y/o colaborar en la evaluación del/la joven desde el momento de la acogida y diariamente, con el fin de facilitar su vinculación con el equipo y con el grupo de referencia así como elaborar objetivos para su Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT).
- o Participar en la planificación y ejecución de las acciones encaminadas a conseguir los objetivos de cada paciente según su PIAT.
- o Realizar intervenciones tanto individuales como en grupo.
- o Participar en las reuniones, sesiones clínicas, así como en las actividades de formación continuada.

Actividades y nivel de responsabilidad

De tipo individual (Siempre sujetas a criterio clínico del equipo):

- o Participar en las sesiones de evaluación individual de pacientes nuevos junto al facultativo responsable.
- o Colaborar en la elaboración del Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT)
- o Participar como observador en las sesiones de revisión farmacológica

- Participar en las sesiones de evaluación familiar de pacientes nuevos
- Aplicación de pruebas de psicodiagnóstico (test proyectivos) de los pacientes designados y elaboración del informe.
- Participar en las actividades de investigación de la UAT

De tipo grupal:

- Participación activa en la psicoterapia de grupo y en el registro de la actividad
- Participación activa en la terapia de grupo multifamiliar y en el registro de la actividad
- Participar en los diferentes grupos de competencias y en el registro de la actividad
- Participar en los espacios informales, compartiendo los tiempos de descanso con el grupo de pacientes

Otras actividades:

- Atender e intervenir a domicilio, en planta hospitalaria y/o en la comunidad
- Supervisar periódicamente, con el tutor de la rotación, la evolución de los casos asignados
- Colaborar en la coordinación con otros dispositivos sanitarios, educativos, sociales o instituciones involucradas en la atención al paciente
- Participar en el funcionamiento del equipo interdisciplinar, incluyendo la asistencia a las reuniones de discusión y seguimiento de casos clínicos que se realizan semanalmente en la UAT
- Participar en las actividades de formación continuada, así como en las sesiones clínicas del área del Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Evaluación

- Desarrollo presencial de una sesión clínica al final del periodo de rotación para el equipo de la UAT.
- Informe de devolución, dirigido a la Dirección, que contenga una reflexión acerca de la experiencia vivida en la UAT.
- El tutor del residente realizará la evaluación basada en el documento oficial de evaluación de residentes del HUPA.

4.2.4.3 Alcoholismo y otras adicciones.

La profundización en esta área de la psiquiatría se conseguirá mediante el incremento del tiempo de rotación en el CAID y la rotación por la Unidad de Dependencias del Hospital Rodríguez Lafora (Centro asociado)

Rotación por el CAID

Objetivos:

- Comprensión clínica de la patología por abuso y dependencia de sustancias. Adicción y conductas adictivas.
- Conocer las características de las distintas sustancias de abuso, patrones de uso y tipos de consumo.
- Adquirir y aplicar habilidades para abordar las conductas adictivas: diagnóstico, orientación terapéutica, intervenciones psicológicas específicas individuales, grupales, familiares, derivaciones y tratamiento de complicaciones.
- Capacitar para el manejo de Patología Dual, interrelación entre el consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos.
- Conocer los distintos tipos de tratamiento y recursos socio-sanitarios de los que se pueden beneficiar los pacientes y los criterios clínicos y/o sociales que determinan el itinerario terapéutico.

- Acceder a la información sobre la Red especializada en Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, los criterios de derivación, los niveles de intervención y las principales tipología de recursos.
- Conocer y participar en el trabajo desarrollado por el equipo interdisciplinar del CAID y su cartera de servicios.

Actividades:

- Intervención en los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que ingresan en el CAID.
- Realización de historia clínica en adicciones (análisis de la demanda, historia toxicológica, etc.) e informes diagnósticos sobre pacientes evaluados.
- Diseño y aplicación de procedimientos de intervención y tratamiento a pacientes con conductas adictivas.
- Participar en las sesiones clínicas y otras actividades del CAID.
- Participar en las actividades de coordinación del CAID y en sus reuniones internas.
- Conocimiento de los distintos recursos asistenciales específicos y participar en la coordinación con los mismos.
- Manejo de guías, protocolos y documentación.
- Acceso a archivos, registros, equipos informáticos y otras fuentes.

Competencias y niveles de responsabilidad:

- Los residentes podrán incorporarse como observadores, como co-terapeutas y/o como terapeuta principal directamente supervisado.
- Se realizarán actividades de demostración, actividades experienciales, espacios de supervisión y discusión clínica, así como, otras actividades específicas de formación (trabajo sobre fragmentos y casos clínicos, revisiones bibliográficas, etc.).
- Cada residente tendrá un tutor responsable asignado en el CAID
- Todos los profesionales del CAID, en relación a sus funciones, dedicarán semanalmente un tiempo para la supervisión y acceso de los residentes a los diferentes espacios terapéuticos.

Evaluación de la rotación:

- La evaluación del residente será realizada por el tutor responsable asignado en el CAID

4.2.4.4 Gerontopsiquiatría.

Este trayecto específico incluirá:

- La adquisición de conocimientos relacionados con las necesidades de esta población especialmente, los vinculados con el proceso de envejecer, como son, entre otros:

a) Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, incluyendo las actitudes acerca del envejecer.

b) Los estresores más relevantes propios de este periodo vital (duelo, viudedad, jubilación, adaptación a pérdidas de independencia, de status, de habilidades, de seguridad financiera, etc.).

- La adquisición de la capacitación necesaria para valorar y tratar pacientes ancianos y para determinar la interacción entre el envejecimiento normal y la enfermedad.

- La adquisición de competencias para:

a) Valorar los aspectos médicos del paciente anciano: examen físico de base, exploración neurológica e indicación de las pruebas de laboratorio pertinentes

b) Valorar los aspectos psicológicos y sociales de la vejez y realizar un tratamiento integral de la patología psiquiátrica del paciente anciano

c) Realizar una valoración del entorno social, familiar, o del papel del cuidador y de la carga familiar.

- De forma específica, el trayecto en gerontología debe proporcionar conocimientos, actitudes y habilidades en:

- a) La sintomatología de los trastornos gerontopsiquiátricos.
- b) Los procedimientos diagnósticos relevantes para la gerontopsiquiatría.
- c) En la etiología, fisiopatología y patogenia de los trastornos gerontopsiquiátricos.
- d) En los procedimientos terapéuticos de los trastornos gerontopsiquiátricos.
- e) En la prevención y rehabilitación en los trastornos gerontopsiquiátricos.
- f) En aspectos legales de las distintas modalidades de tratamiento.

La profundización en la atención a este grupo etario se consigue mediante la prolongación de la rotación por el CSM, con selección de pacientes del programa de psicogeriatría y la rotación por Psicogeriatría en el Hospital Rodríguez Lafora (centro asociado).

4.3 Atención continuada y guardias.

INTRODUCCIÓN

La supervisión de la formación del MIR ha sido una de las señas de identidad de la formación médica postgrado en España. Las guardias médicas constituyen una parte fundamental e imprescindible de la formación integral del MIR de psiquiatría, son de carácter obligatorio y deben estar supervisadas por facultativos de guardia. El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, recoge en su capítulo V el deber general de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente, la necesidad de que las comisiones locales de docencia elaboren planes de supervisión, para que el residente asuma de manera progresiva las responsabilidades inherentes a su especialidad, teniendo en cuenta su doble condición asistencial y formativa.

El residente de psiquiatría debe contar siempre con la presencia física del psiquiatra de guardia para trabajar conjuntamente con él. Debe cumplir las normas y procedimientos vigentes del servicio de psiquiatría y mostrar una actitud prudente con el paciente, abierta al aprendizaje y complementaria con su adjunto de guardia, para que en función de su nivel de formación pueda ofrecer una atención eficaz y de calidad. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al médico especialista en psiquiatría.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

El objetivo de este protocolo es regular las guardias de los residentes de psiquiatría, para cubrir adecuadamente la actividad asistencial y docente. Los objetivos docentes de la actividad de los MIR de psiquiatría en la Urgencia psiquiátrica, serán los siguientes:

- Manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, crisis psicossocial y familiar, psicopatología grave de nueva aparición o descompensada que pone en situación de riesgo al sujeto, etc.).
- Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación).
- Mejora de la destreza y fluidez en la elaboración de la anamnesis, exploración psiquiátrica y complementaria, juicio clínico, diagnóstico diferencial y comprensión de la situación biopsicosocial del paciente en la Urgencia Psiquiátrica.
- Adquisición de la necesaria seguridad e incremento del nivel de responsabilidad en las decisiones terapéuticas y en la derivación de los pacientes a otros especialistas cuando la situación clínica lo aconseje.

- Realización de funciones de prevención y promoción de la salud en el contexto de la urgencia psiquiátrica.
- Asegurar una formación continuada.

CARACTERÍSTICAS DE LAS GUARDIAS

HORARIO DE LAS GUARDIAS

La hora fijada para el relevo de la guardia es de lunes a jueves desde las 14:45 horas hasta las 8:15 horas del día siguiente, los viernes desde las 14:45 horas hasta las 9:30 horas del día posterior, los sábados desde las 9:30 horas hasta las 9:30 horas del domingo. Los domingos y festivos desde las 9:30 hasta las 8:15 horas si el día posterior es laborable y hasta las 9:30 si es festivo. El cambio de guardia debe realizarse en presencia del equipo entrante para que el Servicio de Psiquiatría cuente siempre al menos con un psiquiatra durante las 24 horas del día.

DISTRIBUCIÓN DE LAS GUARDIAS

Debe procurarse que las guardias se cubran de manera proporcionada entre los residentes. En el momento actual, hacen guardia dos residentes de Psiquiatría al día junto con el adjunto. Los residentes se distribuirán las guardias de tal manera que coincidan uno de primer ciclo con uno de segundo ciclo o dos residentes a partir de segundo año. Se evitará la coincidencia de dos R1 en la misma guardia. Los residentes son los responsables de elaborar su calendario de guardias teniendo en cuenta estas consideraciones. Las guardias serán entregadas en la Secretaría del AGCPSM con la debida antelación (al menos, 15 días) y quedarán expuestas, al menos, en la secretaría y en la UHB.

CUMPLIMIENTO DE LAS GUARDIAS

Las guardias asignadas son de realización obligatoria. Siempre hay que acudir a la guardia con la máxima puntualidad. La guardia debe firmarse en Admisión de Urgencias. El incumplimiento de la hora de inicio y la reiteración en esta falta debe ser comunicada a su tutor y éste lo pondrá en conocimiento de la Comisión de Docencia para los efectos oportunos. Las guardias no realizadas sin baja médica o justificación mayor escrita o comprobable se someterán al régimen disciplinario para abrir expediente y ser considerado como falta.

Se realizará una planilla de todos los médicos en formación con nombre, apellidos y números de teléfono de contacto, disponible para el residente encargado de organizar las guardias, el coordinador de urgencias y los psiquiatras de guardia, para poder agilizar cualquier tipo de incidencia con respecto a las guardias.

En caso de enfermedad u otra circunstancia mayor que impida hacer la guardia asignada, el residente avisará a la mayor brevedad posible bien al residente al que debiera hacer el cambio de guardia (si avisa con menos de 24 horas), bien al que se encarga de organizar las guardias (si es con más de 24 horas), para avisar al residente que conste primero en la lista de emergencias.

CAMBIOS DE GUARDIA

Cualquier cambio de guardia debe ser solicitado por escrito en la secretaria del servicio (en el formulario correspondiente) para obtener autorización. En caso de necesidad de no realizar una guardia, el médico en formación será el responsable de conseguir el cambio, asumiendo que si no lo consigue, tendrá que hacer dicha guardia. El dar solución a esta incidencia es responsabilidad del MIR.

NÚMERO DE GUARDIAS

El número de guardias según la normativa vigente oscila entre un mínimo de 4 guardias y un máximo de 6 (1 de 24 horas y el resto de 17 horas).

LIBRANZA DE GUARDIAS

De acuerdo con la legislación vigente, el médico en formación tiene derecho después de 24 horas de trabajo ininterrumpido a un descanso de 12 horas. En ningún caso se permitirá un calendario de guardias donde se contemple que el mismo médico en formación hace dos guardias en días consecutivos. El saliente de guardia puede disfrutarse en los días posteriores, siempre que cuente con la autorización del Jefe de Servicio. La guardia de los viernes se libra los sábados. La posibilidad de librar los lunes por la guardia realizada en sábado no se contempla actualmente aunque esta es una decisión denunciada en los tribunales, ganada en Primera Instancia y recurrida nuevamente por el SERMAS.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO RESIDENTE

La responsabilidad del residente es compartida con su facultativo supervisor e irá aumentando progresivamente así como su autonomía durante la guardia en relación a la progresiva adquisición de conocimientos y habilidades.

Los facultativos de guardia son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la urgencia, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los MIR. Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor, al Jefe de Servicio y si se considera oportuno a la Comisión de Docencia.

En caso de recibir alguna queja o reclamación del servicio de atención al paciente o de otro organismo competente, derivada de su actividad asistencial y/o docente durante la guardia, el médico en formación deberá siempre comunicárselo al facultativo supervisor responsable, a su Tutor y al Jefe de Servicio, para adoptar las medidas que se estimen mas convenientes.

FALTAS DISCIPLINARIAS

Las faltas disciplinarias en las que pudieran incurrir los médicos en formación podrán ser la causa de la apertura de expediente y serán tipificadas como leves, graves o muy graves según lo especificado en el artículo 13, punto 2 del RD 1146/2006 de 6 de octubre.

PAPEL DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA DE GUARDIA Y FUNCIONES DEL MÉDICO RESIDENTE

MÉDICO PSIQUIATRA DE GUARDIA

Tiene un papel de consultor, asesor, regulador de la atención a los enfermos que llegan a la Urgencia. Atiende directamente las emergencias. Se encarga de supervisar a los Médicos Residentes, debiendo estar informado y compartir las decisiones de importancia que éstos tomen. Intenta solucionar los problemas médicos que se planteen; decide y autoriza el ingreso, el traslado a otro hospital o el alta. Los facultativos de guardia, son los responsables del mejor desarrollo asistencial de los médicos en formación en la urgencia, siendo sus decisiones las que prevalecerán y deberán ser cumplidas por los médicos en formación. Cualquier incidencia al respecto o desacuerdo deberá trasladarse por escrito al tutor y Jefe de Servicio y a la Comisión de Docencia si se considera oportuno. Todos los Médicos Psiquiatras de Guardia lo son también de la tutoría y supervisión del MIR (Decreto 183/2008 en el que se establece que “e l *deber general de supervisión es inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los Residentes*”.

Los facultativos de urgencias visarán por escrito las altas, ingresos y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el médico en formación del primer año.

MÉDICO RESIDENTE

El objeto del sistema formativo del MIR es la práctica profesional programada y supervisada y la adquisición progresiva de conocimientos y responsabilidad.

Su nivel 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.

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.

La responsabilidad legal del acto médico recae en el MIR cuando éste actúa incumpliendo su obligación de consulta al tutor o médico responsable. En caso de producirse un daño por falta de vigilancia o asistencia del tutor o responsable, la responsabilidad recaerá en éste por la culpa in vigilando en que incurre, así como en el Servicio de Salud. En caso de tratarse de una actuación manifiestamente negligente que debiera haberse evitado por cualquiera de los actuantes, la responsabilidad será compartida.

FUNCIONES DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE

- RESIDENTES DE PRIMER AÑO

La supervisión de residentes de primer año en las guardias será con la presencia física continua del adjunto de guardia o del residente mayor, que visará por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año. No atenderán solos bajo ningún concepto el turno de noche.

Los primeros meses permanecerá al lado del especialista, que conducirá la entrevista, observando el abordaje y manejo de los pacientes y de las familias que acuden a la urgencia. *Nivel de responsabilidad 3.*

Los meses siguientes, de manera progresiva y según el tiempo de adquisición de habilidades mínimas, el residente conducirá la entrevista y realizará la historia clínica psiquiátrica, especialmente en los casos menos complejos, bajo la supervisión y presencia física del facultativo de guardia. Rellenará los protocolos existentes en la urgencia y cumplimentará los partes bajo el asesoramiento del médico especialista hasta que lo rellene correctamente. Todos los documentos de alta ingreso, interconsulta, informes, consentimiento informado o pruebas complementarias o partes judiciales deben ir firmados por el facultativo supervisor y el residente.

Informará de las incidencias de la guardia a los compañeros en la reunión.

Al finalizar el primer año el residente debe realizar una historia clínica psiquiátrica en el ámbito de la urgencia, que contemple datos biopsicosociales significativos del paciente, emitir un diagnóstico sindrómico y razonar la

orientación terapéutica del caso. Es especialmente útil que identifique los síntomas y signos psicopatológicos sugerentes de organicidad para realizar la derivación a los servicios médicos.

Nivel de responsabilidad 2.

- RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Deberán llevar el control y responsabilidad de la urgencia de forma progresiva, según las características profesionales de cada residente, bajo supervisión de los Médicos Adjuntos del Servicio a los que ayudarán en las funciones. Se encargarán de ayudar a sus R menores siempre que estos lo soliciten. La supervisión realizada por el adjunto en situaciones habituales en la urgencia podrá ser sucesiva.

Nivel de responsabilidad: 1-2

En situaciones especialmente complejas (situaciones conflictivas, implicaciones legales, discrepancias con otros profesionales) será supervisado de forma presencial por el adjunto de guardia. *Nivel de responsabilidad en estas situaciones: 2-3*

- RESIDENTES DE TERCER AÑO

Serán capaces de realizar Historias Clínicas, solicitar pruebas complementarias y realizar interconsultas de manera autónoma con el conocimiento del adjunto de guardia. Podrán atender autónomamente los niveles de triaje etiquetados como nivel de cuidados 1 y 2 (con supervisión sucesiva). Con supervisión (presencial o sucesiva, a petición del residente) los niveles 3 y 4.

Podrán dar el alta siempre que el adjunto este informado en los niveles 1 y 2 y deberán consultar en el nivel 3 y 4 y en todos los casos que ellos consideren necesario por su complejidad o problemática.

Serán capaces de realizar autónomamente la noche y consultar los casos del nivel 1 y todos los dudosos.

Nivel de responsabilidad : 1-2

- RESIDENTES DE CUARTO AÑO

Sus funciones y atribuciones serán equiparables a las de un psiquiatra de guardia salvo en la supervisión de residentes (pueden colaborar con ella pero es responsabilidad del adjunto de guardia). No tendrán limitación por el nivel de triaje para atender pacientes.

Todo residente, independientemente de su experiencia o año de formación, tiene el derecho y la obligación de consultar sus dudas en cualquier momento de la guardia y solicitar ayuda y consejo a los facultativos de guardia, quienes, ya sean tutores o no, dada su condición de facultativos ligados a un Hospital Docente, tienen la obligación de prestársela.

También han de ser conscientes de que trabajan integrados en equipos de profesionales de igual titulación, pero con niveles mayores de formación y experiencia, donde el respeto mutuo debe imperar conociendo que la disparidad de criterios y, a veces, las discusiones, finalmente resultan enriquecedoras para todos.

El médico en formación y el facultativo responsable acordarán el papel del primero, grado de supervisión y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

Nivel de responsabilidad: 1

MOTIVO DE CONSULTA	SERVICIO	NIVEL DE PRIORIDAD (TIEMPO)	OBSERVACION	INTENSIDAD DE
--------------------	----------	-----------------------------	-------------	---------------



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de
Psiquiatría y Salud Mental

Comunidad de Madrid

TRIAGE: MOTIVO

INSTRUCCIÓN TÉCNICA

Ed.1

Cod. IT/AGCPSM-URG/1

TRIAGE MOTIVO DE CONSULTA PSIQUIATRICO

En general, se considera adecuado que el lugar de espera de los pacientes que acuden de urgencia por motivos de salud mental sea la sala adjunta a Rápidos, con acompañamiento familiar. Es un lugar en el que los pacientes pueden estar más atendidos en caso de que necesiten cualquier actuación sanitaria (tiene la ventaja de tener una única puerta y estar supervisado por el personal sanitario). El acompañamiento será distinto del familiar en algunos casos (preguntar al paciente si la presencia de su familiar le ayuda en ese momento)

Lo primero a valorar para determinar el NIVEL DE PRIORIDAD, es el **NIVEL DE ANGUSTIA** que presenta el paciente. Para valorarlo pueden servir los siguientes signos y preguntas:

- Signos visibles de angustia (sudoración, temblor, inquietud, llanto incoercible) y sensación de pérdida de control inminente. Será un nivel de prioridad 1. Hay que pasar al paciente a la sala adjunta a rápidos, avisar al psiquiatra e iniciar (de forma simultánea) maniobras para que se tranquilice (puede ser útil administrar alguna benzodiacepina - valium 10 mg v.o; orfidal s.l.; pedirle al paciente que respire en una bolsa...)
- Preguntar a los acompañantes por episodios previos similares y la forma en la que han evolucionado y se han resuelto.

La agitación, como se recoge en la tabla adjunta, es una emergencia médica por lo que es necesario que haya una actuación preparada y protocolizada para actuar de la forma más rápida y eficaz posible. Suele requerir la contención mecánica y sedación del paciente por lo que es importante que haya un número de personas (cinco) que sepan realizar la técnica de la contención y respondan de forma inmediata ante esta emergencia. Sería imprescindible que la urgencia contara con un protocolo de manejo de la agitación (realizada de forma conjunta por el personal de la urgencia, Salud Mental y Medicina Interna, que suelen ser los servicios implicados en esta situación).

Podría resultar de utilidad que los enfermeros que realizan el triage estén en algunas entrevistas con el psiquiatra de guardia (o que el psiquiatra acompañe a los enfermeros durante un tiempo en el triage) para adquirir habilidades básicas de comunicación y entrevista al paciente psiquiátrico.

		MÁXIMO DE ESPERA PARA PRIMERA VALORACIÓN	ES	CUIDADOS
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	PSIQUIATRIA			Si contención familiar, 1; en caso contrario, 2
DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO ACTUAL EN EL CSM	PSIQUIATRÍA			Si contención familiar, 1; en caso contrario, 2
INGRESO PROGRAMADO DESDE LA RED DE SALUD MENTAL EN PSIQUIATRIA	PSIQUIATRÍA			Si contención familiar, 1; en caso contrario, 2
ANSIEDAD SIN/CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	MEDICINA		Derivación a AP/CSM	
INTOXICACIÓN ETÍLICA	MEDICINA		Derivación AP	
INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA CON FINES AUTOLÍTICOS	MEDICINA. TRAS RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA MÉDICA: PSIQUIATRÍA			
INTOXICACIÓN POR TÓXICOS ILEGALES	MEDICINA		Derivación CAD	
OTROS INTENTOS AUTOLÍTICOS	SERVICIO PERTINENTE (CIRUGÍA, TRAUMATOLOGÍA, MEDICINA...), POSTERIORMENTE, PSIQUIATRÍA			
ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y CUADROS CONFUSIONALES	MEDICINA			
AGITACIÓN	SI PATOLOGÍA PSIQUIATRICA CONOCIDA: PSIQUIATRIA	RECORDAR QUE SE TRATA DE UNA EMERGENCIA. ES IMPORTANTE QUE LAS ACTUACIONES EN ESTOS CASOS ESTÉN PROTOCOLIZADAS PARA TODOS LOS ESTAMENTOS PARA PODER ACTUAR RÁPIDAMENTE		4, A
	SI NO PATOLOGÍA PSIQUIATRICA CONOCIDA: MEDICINA			4, A
ALTERACIONES DE CONDUCTA Y AGRESIVIDAD	SI PATOLOGÍA PSIQUIATRICA CONOCIDA: PSIQUIATRIA			3, A
	SI NO PATOLOGÍA PSIQUIATRICA CONOCIDA: MEDICINA			3, A
ALTERACIONES SENSOPERCEPCIÓN, DELIRIOS	Si antecedentes psiq: PSIQUIATRIA			Si contención familiar, 1; en caso contrario, 2
	Si no antecedentes psiq: MEDICINA			
SÍNTOMAS EN EL CONTEXTO DE CRISIS VITAL/SOCIAL/ FAMILIAR	PSIQUIATRIA; PUEDE SER NECESARIA LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL?			Si contención familiar, 1; en caso contrario, 2
PROBLEMA SOCIAL	TRABAJO SOCIAL			

DEMANDA SER VISTO POR PSIQUIATRÍA	NO ES MOTIVO DE CONSULTA: HAY QUE REFORMULAR LA DEMANDA PREGUNTANDO QUÉ LE PASA E INCLUIRLO EN UNO DE LOS ANTERIORES APARTADOS			
--------------------------------------	--	--	--	--

1: ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR; 2: ACOMPAÑAMIENTO POR CELADOR; 3: ACOMPAÑAMIENTO POR PERSONAL SANITARIO; 4: EMERGENCIA;
A: REQUIERE PRESENCIA DE PERSONAL DE SEGURIDAD

4.4. Sesiones clínicas y actividad científica

Los objetivos que se plantean en la actividad docente e investigadora de la formación del residente son:

- Participar activamente en el desarrollo de sesiones clínicas, tanto las propias del servicio como las generales del hospital.
- Tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, actualización de temas monográficos, conferencias y cursos a estudiantes y residentes más jóvenes.
- Ser capaz de hacer revisiones retrospectivas de datos clínicos y de realizar trabajos prospectivos y retrospectivos, que debe presentar en reuniones y congresos científicos.
- Iniciar o incorporarse a una línea de investigación que ya esté en desarrollo en su centro, en un área concreta de la Psiquiatría. Para ello ha de comprender la importancia de conseguir recursos externos mediante la solicitud de ayudas y becas de investigación.

Por otra parte, el residente debe tomar conciencia de la importancia de la formación continuada y de la necesidad de perfeccionar sus conocimientos de la lengua inglesa y de informática, al objeto de poder estudiar la literatura internacional y poder comunicarse con colegas de otros países.

4.4.1 Sesiones clínicas. Las sesiones clínicas generales de la Red de Atención a la Salud Mental constituyen una actividad importante no sólo desde el punto de vista formativo, sino también como medio de interrelación y conocimiento del resto de los dispositivos asistenciales. La asistencia a dichas sesiones forma parte de la actividad habitual de todos los profesionales y especialmente para los residentes tiene carácter obligatorio para los residentes durante todo su proceso formativo en el hospital. Para tal efecto se realiza un control de asistencia. Se celebran en el Salón de Actos del HUPA el tercer miércoles de cada mes, excepto los meses de julio y agosto. Estas sesiones se han acreditado dentro del programa de Formación Continuada actualmente asumida por la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. También están acreditadas las de la UHB, Intercosulta y Urgencias y Hospital de Día de adolescentes

Las sesiones clínicas tienen una periodicidad semanal o mensual según los distintos dispositivos.

El residente participa activamente en el desarrollo de las sesiones clínicas, tanto en las específicas de psiquiatría como en las de hospital, haciéndose cargo, de forma supervisada, de presentar un resumen del caso clínico y una revisión bibliográfica que facilite la discusión.

Participa en:

- Sesión clínica de hospital: 1/mes (intervienen todos los servicios)
- Sesión de área: 1/mes (intervienen todos los dispositivos del área)
- Sesión de CSM: quincenal
- Sesión de Psiquiatría en el Hospital (UHB, Urgencia e IC): quincenal

4.4.2 Cursos Generales del Hospital obligatorios. Relacionados con la seguridad en el trabajo, atención básica a emergencias sanitarias y manejo de recursos bibliográficos. Estos cursos son comunes para todos los residentes del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

- o Curso de Protección Radiológica, que se lleva a cabo en cuanto llegan a nuestro hospital.

- Curso de Reanimación cardiopulmonar básica. Se recomienda se realicen los cursos de manejos de recursos bibliográficos que se ofertan anualmente en la biblioteca del hospital.
- Curso sobre Recursos Bibliográficos de la Biblioteca del HUPA.

4.4.3 Actividades docentes específicas, para los residentes de psiquiatría en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. La docencia se agrupa un día a la semana, impartida por el personal del área u otras personas ajenas a la institución pero cuyo trabajo es relevante en el desarrollo de la especialidad. Los residentes participan no sólo en calidad de discentes, sino organizando las actividades, preparando seminarios y sesiones clínicas supervisados, presentando casos para supervisión o participando en actividades grupales que se centran en la adquisición del rol de terapeuta. Se pretende con ello que la "docencia" abarque las áreas de adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades, práctica reflexiva y rol profesional. Cursos impartidos anualmente:

FUNDAMENTOS TEÓRICOS:

Objetivos docentes:

- ⇒ Los residentes presentarán un tema concreto con un enfoque clínico, es decir aplicado a la práctica y específico o de manejo (por ejemplo el abordaje de un aspecto de trastorno, tipo Terapias de Exposición en el TOC o algo así), en el que por su experiencia clínica hayan tenido que ponerse al día.
- ⇒ Podrán utilizarse la presentación conjunta de casos clínicos que hayan tenido oportunidad de llevar en alguna rotación para apoyar la parte teórica, así como la proyección de videos.

Proceso:

- ⇒ Los residentes de 2º ciclo (MIR y PIR de 3º y 4º año) enviarán cada uno 2 propuestas de temas **antes del mes de Septiembre**.
- ⇒ La Comisión de Docencia de la UDM seleccionará los definitivos en orden de garantizar la mayor variedad posible de temas.
- ⇒ Una vez seleccionados y asignados a una fecha concreta, cada residente se encargará de proponer a un adjunto que pueda supervisar tanto la elaboración del tema, como el coloquio posterior a la presentación.

Duración: 13 sesiones de 1h lectiva.

Contenidos:

- Revisión actualizada del tratamiento psicológico de la distorsión de la imagen corporal .
- Atención precoz en esquizofrenia
- Atención precoz en trastorno bipolar
- Terapia de grupo dialectico-conductual de Linehan para TP
- Psicoterapia existencial
- Psicooncología
- Abordaje de la enuresis y enconpresis en infantil
- Terapia sensoriomotora
- Psicofarmacología en el anciano
- Resiliencia: Factores protectores
- Psicoterapias basadas en el apego
- Trance y trauma
- Abordaje del Trastorno Bipolar en la infancia

DOCENCIA TEÓRICA CONJUNTA

Objetivos docentes:

⇒ Abordar temas de interés común a las tres especialidades (MIR, PIR y EIR).

Proceso:

⇒ Un adjunto acudirá a la docencia de residentes para explicar un tema de interés. La selección de temas se puede realizar de diferentes maneras:

Desde la Comisión de Docencia de la UDM se solicitará antes de septiembre voluntarios entre los adjuntos del área para exponer temas en los que ellos consideren que pueden aportar conocimientos y habilidades a los residentes.

Los residentes podrán proponer temas y adjuntos para impartirlos, contactando con ellos previamente para preguntarles si estarían dispuestos a exponerlos, mandando la propuesta a la Comisión **antes del mes de septiembre**.

La Comisión de Docencia propondrá una serie de contenidos y docentes en caso de que no se cubra el total del horario con los dos puntos anteriores.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva.

Contenidos:

- Terapia familiar sistémica: abordaje del maltrato en las familias
- Trastornos disociativos
- Historia de la reforma psiquiátrica
- Conceptualización y tratamiento de Trastornos Somatizadores
- Evaluación en infantil
- Conducta humana y teoría de la evolución
- Examen psiquiátrico pericial
- Desarrollo emocional
- Bases legales de la práctica asistencial
- Programa de continuidad de cuidados

DOCENCIA TEÓRICA PARTIDA

Objetivos docentes:

⇒ Abordar temas de interés específico para cada una de las especialidades. La idea es tratar tanto áreas en las que se aprecien carencias formativas (por ejemplo, búsqueda bibliográfica para psicólogos), como profundizar en algún área más específica para cada especialidad (manejo farmacológico avanzado para MIRes, fármacos y embarazo, etc.) metodología de investigación o profundización de planes de cuidados individualizados (para Eires).

Proceso:

⇒ Un adjunto presentará un tema específico, estando los residentes separados por especialidades en esta hora. La Comisión de Docencia propondrá una serie de contenidos y docentes para esta actividad.

Duración: 6 sesiones de 1 hora lectiva.

Contenidos:

- MIR: Psicofarmacología a través de casos prácticos. (todo el curso)
- PIR: Manejo de los trastornos de personalidad. (todo el curso)
- EIR:
 - La adherencia al tratamiento: Ejemplo de un programa para mejorar la adherencia. (2h)
 - El Hospitalismo y la Enfermería
 - El tratamiento asertivo comunitario. Programa de seguimiento y cuidados (Todo el curso)
 - Reacciones Psicológicas ante la enfermedad (1h)
 - Programa de Psicoeducación para padres y adolescentes (2h)

La Enfermería y la Comunicación en situaciones difíciles. (10h)
Humanización y cuidados al paciente en atención especializada (4h)
Manejo de situaciones de alteración emocional en los pacientes.
Cuidarse para cuidar.
Inteligencia emocional aplicado a los cuidados enfermeros.

HABILIDADES DE ENTREVISTA

Objetivos docentes:

⇒ Trabajar las dificultades que el residente (MIR PIR EIR) presente en el desempeño de su práctica clínica, o situaciones clínicas que podríamos identificar como "incidentes críticos".

Proceso:

⇒ Las técnicas utilizadas serán:

Role playing, en el cual un residente presentará una situación en la que haya encontrado dificultades y se trabajarán diferentes alternativas de manejo.

Supervisión en grupo de incidentes críticos

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva.

SUPERVISIÓN DE CASOS

Objetivos docentes:

⇒ Supervisión de un caso que el residente esté llevando o haya llevado en psicoterapia individual, con un enfoque psicoterapéutico integrador.

Proceso:

⇒ El residente asignado para dicha actividad presentará la formulación de un caso clínico, bajo la perspectiva de su especialidad.

Duración: 22 sesiones de 1 hora y media lectiva.

TALLER DE CASOS

Objetivos docentes:

⇒ Resolución de dudas diagnósticas.

Proceso:

⇒ Discusión clínica. El residente asignado para la actividad aportará un caso clínico que plantea dificultades diagnósticas. El formato utilizado será la historia clínica completa, con los diagnósticos principales y diferenciales posibles.

Duración: 22 sesiones de 1 hora y media lectiva.

SUPERVISIÓN DE GRUPOS

Objetivos docentes:

⇒ Supervisar la grabación de una sesión de grupo. Esto se puede realizar de dos maneras:
Por un lado, los residentes que estén llevando a cabo grupos de psicoterapia podrán traer grabada una sesión del grupo, y el adjunto llevará a cabo la supervisión de la misma.

Por otro lado, los adjuntos traerán grabaciones de grupos que se hayan llevado a cabo en el área que puedan servir para exponer distintos aspectos (tipos de intervenciones del terapeuta, fases del grupo, factores terapéuticos, roles, etc.).

Proceso:

⇒ Los residentes que deseen supervisar grupos que están llevando a cabo (o vayan a realizar el próximo curso) hablarán con el supervisor elegido y enviarán su propuesta **antes del mes de septiembre.**

⇒ La comisión se encargará de asignar una fecha para dicho fin, cubriendo el resto de huecos con la proyección de grupos por parte de los adjuntos.

Duración: 7 sesiones de 1 hora y media lectiva.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Objetivos docentes:

⇒ Lectura crítica de literatura científica especializada en salud mental.

Proceso:

⇒ Se procederá a la lectura y exposición crítica de artículos científicos de actualidad, los cuales serán proporcionados por el adjunto encargado de esta actividad. Los residentes expondrán dicho artículo guiándose de los pasos proporcionados en la siguiente página web www.redcaspe.org.

Duración: 12 sesiones (divididas en dos grupos) de 1 ½ hora lectiva.

LECTURA DE TEXTOS CLÁSICOS

Objetivos docentes: Abordar la lectura de textos clásicos en psiquiatría, psicología clínica o enfermería en Salud Mental, o bien textos de actualidad (pudiendo ser tanto libros, capítulos, artículos científicos...) que puedan ser de interés.

Proceso: Cada sesión está destinada a la presentación de un texto o libro a cargo de un conjunto formado por un MIR, un PIR y un EIR. Presentarán conjuntamente el contexto sociohistórico en el que se enmarca el autor, los aportes teóricos del libro y unas breves conclusiones que animen al debate sobre el mismo.

La actividad estará guiada por un adjunto especialista que resolverá dudas o animará al debate y la reflexión sobre el texto presentado.

Duración: 10 sesiones de 1 hora y media lectiva, con una frecuencia mensual.

MONOGRÁFICO

Objetivos docentes:

⇒ Presentar un tema de interés común, desde una perspectiva multidisciplinar.

Proceso:

⇒ Se formarán grupos de tres residentes, en los que se intentará incluir una persona de cada especialidad (MIR, PIR, EIR), con el objetivo de plantear un abordaje interprofesional del tema elegido.

Duración: 7 sesiones de 1 hora y media lectiva.

VIDEOFORUM

Objetivos docentes:

⇒ Visualizar documentales que aborden distintos aspectos vivenciales de la enfermedad mental y de las personas que las sufren, así como de diferentes abordajes terapéuticos.

Proceso:

⇒ Los coordinadores seleccionarán 3 documentales que por su contenido puedan tener interés, enviando información básica sobre los mismos al resto de los residentes. En cada sesión se proyectará el documental, pasando a continuación al debate/ coloquio entre los asistentes, con la participación del adjunto.

Duración: 3 sesiones de 1 hora y media lectiva.

ASAMBLEA CON REPRESENTANTES DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

Objetivos docentes:

- ⇒ Favorecer la comunicación bidireccional y la toma de decisiones consensuada entre los representantes de los residentes (MIR, PIR y EIR) en la Comisión de Docencia y el resto de los residentes.

Proceso:

- ⇒ Los representantes expondrán los temas tratados en las últimas Comisiones de Docencia, facilitarán el debate entre los residentes y toma de decisiones consensuada de cara a la siguiente Comisión, y recogerán las sugerencias, quejas o reclamaciones del resto de los residentes.

Duración: 6 sesiones de 1'5h de duración.

GRUPO SOBRE LA ADQUISICIÓN DEL ROL DE TERAPEUTA

Objetivos docentes:

- ⇒ Trabajar las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, prestando especial atención a los aspectos vivenciales y emocionales (MIR, PIR, EIR) .

Proceso:

- ⇒ Los residentes plantean sus dificultades, que serán trabajadas en grupo, habiendo una terapeuta encargada de dirigir la actividad.

Duración: 16 sesiones de 1 hora y media lectiva.

SEMINARIOS

Objetivos docentes:

- ⇒ Exponer de manera teórico-práctica determinados aspectos clínicos, terapéuticos, de investigación, etc. que requieren más de las 2h de las que se dispone en la actividad Docencia Teórica.

Proceso:

- ⇒ La Comisión propondrá 6 seminarios para este curso, basándose en los seleccionados en años anteriores que quedaron pendientes, asignándole a cada uno de ellos un MIR un PIR y un EIR, que actúen de coordinadores del mismo, que serán los encargados de ponerse en contacto con el/ los adjuntos que van a impartirlo. Los coordinadores generales se encargarán del reparto de fechas según las posibilidades de los implicados.

Duración: 6 sesiones de 6h de duración.

Contenidos:

- Psicodrama.
- Prevención del suicidio.
- Metodología de investigación y búsqueda bibliográfica.
- Psicoterapia de grupo interpersonal.

4.4.4 Otras actividades formativas específicas de la especialidad

La extensión de la Unidad Docente, su vinculación con numerosos dispositivos y entidades y el gran número de profesionales activos supone un buen número de actividades (Congresos, Jornadas, Cursos, Seminarios...) que se vinculan en alguna medida a la Red de Atención a la Salud Mental correspondiente al HUPA y en los que los Residentes son parte activa.

Se recomienda a los residentes que asistan a cursos, congresos, jornadas, seminarios...de contenido adaptado al nivel formativo, puntuado por los tutores en la Evaluación Anual.

4.4.5 Actividad científica

- La investigación sanitaria es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud, una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, y un abordaje más ético y eficaz de los pacientes. La UDM-SM tiene el objetivo de potenciar la formación en Investigación Clínica en los residentes de Salud Mental, en dos sentidos:
- de la práctica clínica a la investigación, promoviendo la búsqueda de la mejor solución a los problemas que se plantean en la práctica cotidiana.
- de la investigación a la práctica clínica. Promover una práctica clínica de excelencia a través de la aplicación de los mejores resultados procedentes de la investigación.

La formación del especialista como futuro investigador ha de realizarse a medida que avanza su especialización sin menoscabo de que pueda realizar una formación adicional al finalizar su periodo de residencia para capacitarse en un área concreta de investigación. A este respecto, el psicólogo clínico residente debería:

- a) Participar activamente en el desarrollo de sesiones clínicas, tanto las propias del servicio como las generales del hospital.
- b) Tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, actualización de temas monográficos, conferencias y cursos a estudiantes y residentes más jóvenes.
- c) Ser capaz de hacer revisiones retrospectivas de datos clínicos y de realizar trabajos prospectivos y retrospectivos, que debe presentar en reuniones y congresos científicos.
- d) Desarrollar una investigación relacionada con los contenidos de la Especialidad, ya sea individualmente, en grupo, o incorporándose a un equipo, proyecto, o línea de investigación ya establecidos, dentro o fuera de la Unidad Docente Acreditada. Al término del periodo formativo, el residente presentará los resultados de la investigación, a ser posible en el contexto de la Unidad Docente Acreditada.

Estos son los proyectos de investigación activos en 2015 en la UDM en los que colaboran los residentes:

TÍTULO DEL PROYECTO: “Metacognición en pacientes depresivos con intentos de suicidio”

ENTIDAD FINANCIADORA: Vicerrectorado de Innovación. Universidad de Alcalá. Convocatoria de ayudas para proyectos para potenciar la creación y consolidación de grupos de investigación de 2014

DURACIÓN DESDE: 2014 **HASTA:** 2015.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Investigador Principal

FINANCIACIÓN: 5000 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: “Terapia Cognitiva basada en Mindfulness frente a intervención psicoeducativa en pacientes con trastorno bipolar con síntomas sub-sindrómicos depresivos: ensayo piloto randomizado”

ENTIDAD FINANCIADORA: CONVOCATORIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (FIS). Instituto de Salud Carlos III. 2013.

DURACIÓN DESDE: 2014 **HASTA:** 2016.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Consuelo de Dios Perrino

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Investigador.

FINANCIACIÓN: 75000 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: Regulación epigenética del sistema oxitocina-vasopresina y prosociabilidad en la manía bipolar
ENTIDAD FINANCIADORA: Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (IdiPaz)
DURACIÓN DESDE: 2015 HASTA: 2017.
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Chelo de Dios
Investigador: Guillermo Lahera Forteza, Alberto Fernández Liria.
FINANCIACIÓN: 12000 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: Desarrollo y validación de la versión computarizada en español de la película de evaluación de la cognición social (Movie for Assessment of Social Cognition, MASC)
ENTIDAD FINANCIADORA: VI Convocatoria de Ayudas del Banco de Instrumentos del CIBERSAM.
DURACIÓN DESDE: 2015 HASTA: 2016.
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza
FINANCIACIÓN: 7500 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: Recuperación funcional tras el primer episodio psicótico: impacto del tratamiento integral en una Unidad de Atención Temprana (código 2015/00263/001)
ENTIDAD FINANCIADORA: Fundación Manantial
DURACIÓN DESDE: 2015 HASTA: 2018.
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Guillermo Lahera Forteza
FINANCIACIÓN: 5566 euros

TÍTULO DEL PROYECTO: COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES GRUPALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y SU EFECTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO
DIRECTORES DE TESIS: Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega
PROYECTO DE TESIS DE: María Cristina Pérez Espartero
FINANCIACIÓN: no hay financiación, pero es un proyecto que se realiza en el HUPA

4.5 Evaluación de la actividad docente

Se llevará a cabo de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión de Calidad realizado por la Subcomisión de Docencia de la Unidad Multiprofesional e incluirá un método para que los residentes evalúen la calidad de la docencia recibida (encuesta de satisfacción anual).

La documentación necesaria para la realización de auditorías externas deberá estar disponible para ello en todo momento.

La evaluación anual tendrá en cuenta:

- evaluación realizada por el tutor de rotación en el dispositivo o dispositivos en los que haya estado el residente ese año.
- Entrevistas de supervisión con el tutor, realizadas al menos trimestralmente con soporte documental en las que se hará constar la adecuada progresión del residente o los métodos para lograrla si hubiera necesidad de ello.
- Informe anual del tutor en el que se valorará también el progreso del residente en otras áreas transversales (como la investigación).

La evaluación anual no sustituye a la evaluación continua del residente en su periodo de formación, en cualquiera de los dispositivos por los que esté rotando, ni a la práctica supervisada

que garantizará tanto una adecuada calidad en la asistencia a los pacientes como un adecuado progreso del residente en los conocimientos, habilidades y manejo clínico.

FUNDAMENTOS LEGALES.

Finalizado el año lectivo en la formación especializada, a lo largo del mes de mayo de cada año, se procede a la evaluación de los residentes según la normativa vigente:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Orden del Ministerio de la Presidencia de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan los sistemas de evaluación para la formación de especialistas,
- 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,
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre Especialidades de Enfermería en su disposición adicional cuarta,
- Real Decreto 183/2008 de 21 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.

Composición de los Comités de Evaluación

Los residentes serán evaluados anualmente por un Comité de Evaluación, que asignará una calificación positiva o negativa y estará integrado por:

- El Jefe de Estudios del centro, que presidirá el Comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
- Un facultativo del centro con título de Especialista de la especialidad que proceda, designado por la Comisión de Docencia, que podrá asumir la Presidencia del Comité previa delegación expresa del Jefe de Estudios.
- El tutor asignado al Especialista en formación que deba ser evaluado.
- El Vocal de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.

La evaluación de los residentes se realizará utilizando los siguientes instrumentos:

- Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado.
- Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo.

En el preceptivo informe que haga el tutor anual debe constar:

- Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones.
- Informes de rotaciones externas
- Informes de los jefes de las unidades asistenciales por las que roten.

El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente. En él se registrarán las actividades y se incorporarán datos cuantitativos y cualitativos, también se incluirán las rotaciones realizadas. Este libro es propiedad del residente y en él constarán las anotaciones pertinentes firmadas por el tutor.

EVALUACIÓN ANUAL.

La evaluación anual y final será efectuada por los Comités de Evaluación en la primera quincena del mes de Mayo de cada año. Se siguen los criterios aprobados en Comisión Local de Docencia del 28 de octubre de 2010 siguientes: No Apto, Suficiente, Destacado o Excelente, en base a:

- 1º. Las fichas de evaluación de rotación "oficiales" (Fichas 1)
 - a. Cada ficha 1 tiene una valoración de 0 a 3.

- 2º. Fichas de evaluación anual "oficiales" (Ficha 2)
- Numeración de cada rotación de 0 a 3
 - El valor de la Ficha 2, será la MEDIA PONDERADA de la puntuación de las diferentes rotaciones llevadas a cabo en el periodo evaluado.

Por este concepto la máxima puntuación de un residente podrá ser de 3 puntos

- 3º. Calificación adicional (hasta 1 punto).

a. Un informe escrito y argumentado del tutor, que, para los residentes de 2º año o superior tendrá dos partes:

- Una será el informe propiamente dicho calificado por el tutor de 0 a 10. Este concepto sumará a la evaluación del apartado 2º hasta 0,4 décimas (0 puntos= 0,0; 10 puntos= 0,4).
- Otra parte será la calificación que el tutor otorga a las actividades de investigación que han sido realizadas por el residente en el año evaluado (Junio a Mayo), y que podrán ser comunicaciones a congresos o publicaciones o becas y premios concedidos, todo ello en el año evaluado. Por este concepto se podrán otorgar hasta 0,6 décimas, para sumar a la calificación del apartado 2º.

b. Un informe escrito y argumentado del tutor, que, para los residentes de 1º año será valorado de 0 a 10, aportando dicho informe hasta 1 punto (0 puntos =0,0; 10 puntos = 1) a la calificación del apartado 2º.

La máxima puntuación en este apartado será, por tanto, de 1 punto.

- 4º. Las fichas de evaluación de rotación "oficiales" (Fichas 1)

a. Cada ficha 1 tiene una valoración de 0 a 3.

- 5º. Fichas de evaluación anual "oficiales" (Ficha 2)

a. Numeración de cada rotación de 0 a 3

b. El valor de la Ficha 2, será la MEDIA PONDERADA de la puntuación de las diferentes rotaciones llevadas a cabo en el periodo evaluado.

En caso de no presentarse una u otra se deducirá a la evaluación de la ficha anual 0,3

6º. Por todos estos conceptos un residente dado podrá tener hasta una puntuación máxima de 4 puntos.

7º. Finalmente, en el momento de realizar la evaluación el Comité Evaluador exigirá la presentación de:

a. La memoria docente anual individual (de cada residente)

b. La encuesta de satisfacción de la docencia recibida por el residente a lo largo del año evaluado.

En caso de no presentarse una u otra se deducirá a la evaluación de la ficha anual 0,3

8º. La calificación que finalmente será elevada al Ministerio será:

Puntuación < de 1:	no apto
--------------------	---------

Puntuación de 1 a 1,9	suficiente.
Puntuación de 2 a 3,4	destacado.
Puntuación de 3,5 o superior	excelente

En caso de haber evaluaciones negativas se procederá de acuerdo con lo establecido en el real Decreto del 21 de febrero del 2008.

NOTIFICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

La calificación de cada especialista en formación se notificará al interesado, a la Comisión de Docencia y a la Gerencia del centro.

Efectuadas las evaluaciones anuales, y trasladados sus resultados a la comisión de docencia, ésta insertará en su tablón oficial de anuncios una reseña, firmada y por su presidente, para que en el plazo de 10 días puedan consultarse, en la secretaría de la comisión y en el horario que se especifique en dicha resolución, las calificaciones obtenidas en las evaluaciones anuales. En esta reseña se hará constar la fecha exacta de su publicación en el tablón de anuncios.

5.- NIVELES DE RESPONSABILIDAD PARA LAS HABILIDADES DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

5.1 Objetivos específicos operativos/actividades por año de residencia

Según consta en el programa de la especialidad, 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. Por tanto, los niveles de responsabilidad se adaptarán al residente, siendo la siguiente una aproximación a modo de orientación.

En la siguiente tabla se especifican las competencias genéricas que el residente de psiquiatría, en tanto que médico en formación en el sistema público de salud, debe adquirir, así como el método para valorar la adquisición de estas competencias. Las **competencias genéricas** se adquirirán durante el primer ciclo de la residencia (primer y segundo año), si bien su desarrollo y profundización es progresivo y constante a lo largo del ejercicio profesional

Competencias genéricas

1. COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS Y VALORES DE LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
1	Tener como principal objetivo el cuidado y el bienestar del paciente		Ob		360º	Po
2	Respetar los valores y los derechos de los pacientes, teniendo en cuenta su diversidad y vulnerabilidad		Ob		360º	Po
3	Respetar la autonomía de los pacientes y de sus representantes legales en la toma de decisiones		Ob		360º	Po
4	Respetar la confidencialidad y el secreto profesional		Ob		360º	Po
5	Colaborar, consultar y pedir ayuda a otros profesionales.		Ob		360º	Po
6	Adquirir y las competencias profesionales de la especialidad					Po
7	Contribuir al cumplimiento de los principios del Sistema Nacional de Salud establecidos en los art. 3 y 4 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad					Po
2. PRINCIPIOS DE BIOÉTICA		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
8	Aplicar los fundamentos de la bioética y el "método de deliberación" en la práctica profesional		Obs		360º	
9	Identificar y afrontar situaciones de conflicto ético					Po
3. PRINCIPIOS LEGALES APLICABLES AL EJERCICIO DE LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD.		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
10	Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con el manejo de la información, la documentación y la historia clínica para garantizar la confidencialidad y el secreto profesional.	Ex				
11	Conocer los aspectos legales relacionados con la atención sanitaria de menores, incapacitados, pacientes con capacidad de tomar decisiones reducida, al final de la vida y con la adecuación del esfuerzo terapéutico.	Ex				
12	Conocer el funcionamiento de las comisiones clínicas.	Ex				
13	Cumplimentar documentos clínico-legales.			Au		Po

14	Detectar precozmente y aplicar los protocolos establecidos en situaciones de violencia de género y de abuso-maltrato.			Au		Po
15	Informar y aplicar los procedimientos de voluntades anticipadas			Au		Po
4. COMUNICACIÓN CLÍNICA*		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
16	Informar al paciente para que otorgue el consentimiento libre y voluntario, dejando constancia en la historia clínica.		Ob	Au	360º	Po
17	Comunicar de acuerdo a diferentes situaciones y personas · Detectar las necesidades de información de cada paciente, responsable legal o persona autorizada expresamente por el paciente. · Adecuar la información en situaciones concretas como: i) las malas noticias, ii) pacientes al final de la vida, iii) pacientes de manejo difícil, iv) pacientes con trastorno mental, v) grupos específicos de población (niños, adolescentes, ancianos, personas en riesgo de exclusión y discapacitados)		Ob		360º	
18	Aplicar estrategias para la mejora de la adherencia al tratamiento prescrito y favorecer la toma de decisiones compartidas.		Ob		360º	Po
5. TRABAJO EN EQUIPO		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
19	Trabajar en equipos interdisciplinarios y multi-profesionales*.		Ob		360º	Po
20	Contribuir a la resolución de conflictos		Ob		360º	
6. HABILIDADES CLÍNICAS GENERALES		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360º	Po
21	Contribuir a la elaboración de la historia clínica de forma comprensible y utilizable por terceros.		Obs	Aud		
22	Analizar críticamente la información clínica.					Po
23	Identificar situaciones urgentes y aplicar las maniobras de Soporte Vital Básico		Ob	Au		Po
24	Aplicar criterios de derivación e interconsulta.			Aud		
25	Valorar el impacto asociado a la enfermedad en el paciente y su entorno.			Au		
26	Abordar de forma integral los problemas de salud crónicos contribuyendo a la toma de decisiones y la optimización de cuidados.		Ob	Au	360º	
27	Atender de forma integral a los pacientes con trastorno mental, ancianos, dependientes y pluri-patológicos.		Ob	Au	360º	
7. MANEJO DE FÁRMACOS Y OTROS RECURSOS TERAPEUTICOS*		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po

28	Aplicar principios éticos y requisitos legales en la prescripción de fármacos y otros recursos terapéuticos.			Au		
29	Usar de forma razonada los medicamentos y otros recursos terapéuticos teniendo en cuenta necesidades individuales de cada paciente y a los grupos de pacientes que requieren un manejo específico.	Ex		Au		
30	Conocer los principios del uso racional de antimicrobianos. -			Au		
31	Revisar periódicamente la medicación y los objetivos terapéuticos para realizar los ajustes pertinentes y evitar yatrogenia.			Au		
32	Detectar y notificar las reacciones adversas a fármacos y otros agentes.			Au		Po
8. DETERMINANTES DE SALUD Y ENFERMEDAD PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po
33	Aplicar los principios de la epidemiología y la genómica (cuando proceda y esté disponible) para la toma de decisiones para la salud.		Ob	Au		
34	Realizar educación para la salud, promoción y prevención de la enfermedad.				360 ^e	Po
35	Aplicar los principios legales de protección radiológica en las prácticas diagnósticas y terapéuticas para profesionales y pacientes.		Ob	Au		
36	Conocer los derechos y aplicar las medidas preventivas y de protección de riesgos laborales específicas del ejercicio de la especialidad.	Ex		Au		
37	Notificar las enfermedades de declaración obligatoria y comunicar las sospechas de enfermedad profesional.		Ob	Au		
9. MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po
38	Utilizar las fuentes contrastadas de información biomédica o en ciencias de la salud					
39	Aplicar los principios básicos de la práctica basada en la evidencia y en el valor para el paciente.		Ob	Au		Po
40	Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en el desempeño profesional.		Ob			
41	Garantizar la protección de datos y la confidencialidad del paciente en la utilización de la información sanitaria.		Ob		360 ^e	
42	Conocer las bases de los sistemas de codificación	Ex				
10. INVESTIGACIÓN		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po

43	Conocer la normativa ética y legal y los requisitos reguladores españoles para realizar investigación en seres humanos.	Ex		Au		Po
41	Conocer los principios básicos de la investigación biomédica: básica, traslacional, clínica y epidemiológica.	Ex		Au		Po
45	Generar conocimiento científico aplicando el método científico y los principios de la bioética.			Au		Po
46	Observar la perspectiva de género y edad en la generación e interpretación de la evidencia científica.		Ob			Po
47	Difundir el conocimiento científico.					Po
48	Interpretar críticamente la literatura científica.					Po
11. DOCENCIA Y FORMACIÓN		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po
49	Planificar, diseñar y participar en actividades formativas (sesiones clínicas, talleres).					Po
50	Usar la lengua inglesa en determinadas actividades					Po
12. GESTIÓN CLÍNICA Y DE LA CALIDAD		Instrumentos Evaluación				
Nº	Competencias	Ex	Ob	Au	360	Po
51	Participar en actividades de mejora de la calidad asistencial.				360	Po
52	Fomentar la continuidad de la atención.		Ob		360	
	Contribuir a garantizar la seguridad del paciente		Ob		360	
53	Contribuir a los cambios organizativos.		Ob		360	
54	Conocer, y contribuir al cumplimiento de los indicadores de gestión clínica de uso más frecuente.	Ex				Po
55	Utilizar eficientemente los recursos disponibles.		Ob	Au		

En las siguientes tablas figuran las **competencias específicas** que deben adquirir los residentes de psiquiatría en relación con esta especialidad.

Las competencias relacionadas con habilidades de establecimiento de relación terapéutica, diagnóstico, tratamiento farmacológico, comunicación clínica y habilidades básicas de entrevista se adquieren durante el primer ciclo formativo (primer y segundo año), con los niveles de supervisión y responsabilidad que se han especificado en el apartado 4.

Las habilidades psicoterapéuticas más específicas, así como las relacionadas con relaciones con la sociedad, labor de consultor y gestión clínica y de calidad se desarrollan y el residente adquiere un mayor grado de responsabilidad y autonomía a lo largo del segundo ciclo formativo. Las competencias relacionadas con Bioética, valores y trabajo en equipo están presentes desde el primer momento en la residencia, con distintos grados de responsabilidad en función de la

autonomía del residente, con el objetivo de que todo el desarrollo profesional se sustente en estos valores.

Relación de competencias ESPECÍFICAS DEL TRONCO DE PSIQUIATRÍA		Instrumentos Evaluación				
		EE	OBS	Aud	360º	PORT
1º BIOÉTICA Y VALORES APLICADOS A LA SALUD MENTAL						
1	Respetar los derechos humanos de las personas con alteración de la salud mental con especial atención a las peculiaridades de los distintos grupos etarios: menores, adultos jóvenes y mayores		x	x		
2	Respetar los límites en la relación con el paciente con trastorno mental y evitar posibles abusos de poder entre psiquiatra y paciente		x	x	x	x
2º COMUNICACIÓN CLÍNICA						
3	Informar a los pacientes y, en su caso, cuidadores y representantes legales, sobre los aspectos fundamentales como diagnóstico, pronóstico, tratamientos y las posibles repercusiones de un trastorno mental, teniendo en cuenta la variabilidad clínica		x		x	
4	Comunicarse y colaborar con el resto de los profesionales sanitarios y con los profesionales no sanitarios de instituciones que también se ocupan de los pacientes con trastornos mentales (Servicios Educativos, Servicios Sociales, Servicios Jurídicos, u otros), en razón de sus distintas necesidades, sean niños, adolescentes o adultos		x		x	
3º TRABAJO EN EQUIPO Y EN RED						
5	Conocer la organización de los recursos de atención a la salud mental a nivel nacional, regional y local	x				
6	Participar y colaborar en el trabajo de la red de salud mental		x	x		
4º HABILIDADES DIAGNÓSTICAS Y CLÍNICAS BÁSICAS EN EL NIÑO, ADOLESCENTE Y ADULTO.						
7	Conocer la evolución histórica de los conceptos básicos de la Psiquiatría y su importancia para la práctica diagnóstica y terapéutica	x				
8	Conocer e integrar los diferentes modelos teóricos biológicos, del desarrollo, psicológicos, interpersonales, sociológicos y sistémicos	x	x	x		
9	Incluir la información procedente de diversas fuentes (entorno familiar, social o laboral/académico o registros clínicos) para completar la anamnesis		x	x		
10	Realizar una entrevista clínica adaptada a diferentes alteraciones de la salud mental		x			x
11	Reflejar la diversidad cultural en la realización de una anamnesis e historia clínica completa			x		
12	Identificar riesgos potenciales para el paciente y para otros a través de la entrevista clínica		x	x		
13	Realizar una exploración psicopatológica adaptada a las diferentes etapas del desarrollo		x	x		x
14	Realizar una exploración física general cuando es relevante para un diagnóstico psiquiátrico		x	x		
15	Identificar los síntomas y signos relacionados con los trastornos de salud mental		x	x		
16	Indicar e interpretar los resultados de las pruebas psicométricas básicas	x	x	x		
17	Indicar e interpretar los resultados de las pruebas complementarias básicas de laboratorio, neurofisiológicas y de neuroimagen	x	x	x		
18	Conocer y aplicar las clasificaciones vigentes de los trastornos mentales	x		x		
19	Valorar las alteraciones de la salud que son coincidentes, consecuentes o que contribuyen a los trastornos mentales y a su tratamiento		x	x		x

20	Identificar y valorar los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan al curso y al pronóstico de los trastornos mentales		X	X		X
21	Valorar la interacción entre los trastornos mentales y la vida personal, familiar y laboral/académica		X	X		X
22	Valorar los efectos psicológicos e interpersonales asociados al diagnóstico de una enfermedad o a su tratamiento		X	X		X
23	Realizar una formulación diagnóstica que integre todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y revisarla a lo largo del tiempo		X	X		X
24	Establecer, mantener y reparar si se precisa, la alianza terapéutica		X			X
25	Evaluar la capacidad del paciente o representantes legales para dar su consentimiento o participar en la toma de decisiones en función de su estado mental		X	X		X
5º INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN EL NIÑO, ADOLESCENTE Y ADULTO						
26	Conocer los mecanismos de acción e indicaciones de los tratamientos biológicos, psicológicos y sociales de los trastornos mentales	X				
27	Conocer y aplicar los principios de neuropsicofarmacología: indicaciones, dosis, seguridad y tolerabilidad de los psicofármacos	X		X		
28	Conocer y manejar las interacciones de los psicofármacos con los medicamentos utilizados para las patologías más prevalentes	X		X		
29	Conocer los principios de las principales psicoterapias individuales, de pareja, de familia y de grupo	X				
30	Conocer los factores comunes a los distintos modelos psicoterapéuticos	X				
31	Conocer los principales tratamientos para las patologías no psiquiátricas más prevalentes	X				
32	Utilizar de modo seguro, eficiente y ético los métodos de tratamiento psiquiátrico, de acuerdo con la mejor evidencia disponible		X	X		X
33	Iniciar un tratamiento individualizado que integre los aspectos biológicos, psicoterapéuticos y sociales y el manejo de riesgos		X	X		X
34	Realizar, bajo supervisión, algún tipo de intervención psicoterapéutica		X	X		X
35	Diagnosticar e iniciar el tratamiento de las siguientes emergencias médicas: - Insuficiencia respiratoria aguda - Estados de shock - Disminución del nivel de conciencia - Paciente con insuficiencia coronaria aguda - Realizar maniobras de soporte vital inmediato		X	X		X
36	Diagnosticar e iniciar el tratamiento de las urgencias psiquiátricas		X	X		X
37	Indicar hospitalizaciones, tanto voluntarias como involuntarias, de acuerdo con los requerimientos legales y los principios éticos		X	X		X
38	Conocer las teorías y las técnicas fundamentales en las que se basan la rehabilitación y la recuperación	X				
39	Utilizar estrategias para ayudar al paciente a mejorar el funcionamiento en su vida personal, familiar, social y laboral/académica		X	X		X
6º DETERMINANTES DE SALUD Y ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL						
40	Identificar los factores de salud general, sociales, económicos, culturales y normativos que influyen en la salud mental de las poblaciones	X	X			
41	Reconocer y afrontar el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales		X		X	X

DE LA ATENCIÓN A ADULTOS)					
	EE	OBS	Aud	360º	PORT
- Comunicarse con el paciente, su familia y cuidadores haciendo uso de un amplio rango de recursos de información, incluyendo material escrito y recursos online buscando una comprensión compartida		X		X	
- Cuando surja la oportunidad, presentar de manera eficaz información sobre asuntos de salud mental al público general o a los medios de comunicación.					
RELACIONES CON LA SOCIEDAD					
Colaborar de manera efectiva con organizaciones de pacientes y de familiares o allegados					
- Involucrar de manera proactiva a las organizaciones de pacientes y cuidadores en la planificación, distribución y evaluación de los servicios de salud mental					
HABILIDADES CLÍNICAS					
Aplicar la pericia y las habilidades propias de la especialidad en otras situaciones aparte del cuidado del paciente (situaciones complejas o de crisis problemas organizacionales...)					
Aplicar el conocimiento médico-legal y las habilidades propias de la especialidad para asesorar en tribunales de justicia y otros ámbitos					
- Aplicar el conocimiento y las habilidades para contribuir al desarrollo de los servicios de salud					
LABOR DE CONSULTOR					
Actuar como consultor o experto para otros profesionales sanitarios y no sanitarios					
- Ofrecer asesoramiento profesional en situaciones clínicas específicas					
- Ofrecer asesoramiento verbal o escrito apropiado para un pacientes examinados en busca de una segunda opinión o la opinión de un especialista					
MANEJO DE TRATAMIENTOS					
Desarrollar y evaluar el tratamiento individualizado integrando los aspectos biológicos, psicoterapéuticos y sociales y el manejo de riesgos					
Realizar y evaluar el resultado de intervenciones psicoterapéuticas					
Diagnosticar y tratar urgencias psiquiátricas					
Diseñar, aplicar y evaluar programas de rehabilitación y actuaciones dirigidas a promover la recuperación					

5.2 Descripción de las patologías, situaciones y procedimientos que deberán ser realizados o supervisados directamente por el especialista

En general, la supervisión del residente (presencial, sucesiva inmediata, sucesiva diferida) se adapta al nivel de desarrollo del residente.

Al inicio de la residencia, la participación del residente en la asistencia es como observador. Esta situación se mantiene sólo las primeras semanas de la residencia y al inicio de la rotación por cada dispositivo. Durante el primer año, la supervisión es presencial (en las guardias; en los primeros meses de la UHB, en las primera evaluaciones del CSM) o sucesiva inmediata (final de la rotación por la UHB). EL nivel de supervisión (ver apartado 3.2 y 3.3) se adapta a la

adquisición progresiva de competencias, hasta llegar a un nivel de autonomía, con supervisión a demanda, en el cuarto año de la residencia.

El tratamiento y manejo clínico de pacientes especialmente complejos (complejidad relacionada con el diagnóstico, la utilización de recursos, la situación socio familiar, legal,...) se supervisa a lo largo de toda la residencia.

A modo de guía que se personaliza para cada residente, se especifican los niveles de responsabilidad y supervisión por año de residencia

Definición de los niveles de responsabilidad

- **Nivel de responsabilidad 1 (N1):** Consiste en la observación por parte del residente, o en ocasiones la participación como ayudante, también el conocimiento y la comprensión de procedimientos y técnicas sin contar con experiencia práctica directa sobre los mismos. Así mismo, incluye la adquisición de conocimientos teóricos en casos en que la experiencia práctica no es esencial. Este nivel se corresponde con actividades realizadas por el personal sanitario del Centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.
- **Nivel de responsabilidad 2 (N2):** Corresponde a actividades que el residente realiza o dirige, como exploraciones, técnicas y procedimientos y sus correspondientes informes, bajo la supervisión de un tutor/colaborador docente. Es decir, este nivel posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del especialista.
- **Nivel de responsabilidad 3 (N3):** Son actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutorización directa. El residente llevará a cabo, o en su caso supervisará y/o dirigirá la realización de exploraciones y sus informes, así como de las distintas técnicas y procedimientos de la especialidad. Es el nivel de responsabilidad más alto, permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una supervisión inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa.
- **Clausula de Salvaguarda**

Si el/la facultativo especialista colaborador docente del residente considera que el residente, en cualquiera de los años de formación, no reúne la capacitación necesaria para asumir este nivel de responsabilidad, deberá ponerlo en conocimiento del Tutor/a del residente, quién lo comunicará así mismo al Jefe de Estudios y al Jefe de Servicio sin esperar al período de evaluación anual, por las posibles implicaciones en la realización de las guardias. Una vez analizadas las circunstancias, se podrían denegar este nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo hasta que el residente esté capacitado. Para facilitar la corrección de dicha carencia formativa y la correcta adquisición de las competencias necesarias se pondrán los medios docentes necesarios.

Tipos de supervisión

Se definen tres tipos de supervisión progresiva para los residentes:

- **A.-** el facultativo de plantilla supervisa la actividad del residente y asume las decisiones fundamentales.
- **B.-** es el residente mayor de la especialidad quien supervisa la actividad del residente menor y asume las decisiones fundamentales, contando con la supervisión de un adjunto.
- **C.-** supervisión mínima u ocasional y las decisiones fundamentales son tomadas por el propio residente o por otro residente de su nivel.

Normas generales en la supervisión

- Los residentes de Psiquiatría con residencias de 4 años de duración:

- el R1 tendrá *nivel 1 de responsabilidad*, con grado máximo de *supervisión de tipo A*,
- el R2 tendrá *nivel 2 de responsabilidad*, con grado de *supervisión intermedia de tipos A o B* y
- los R 3 y 4 deberán llegar a alcanzar el *nivel de responsabilidad 3*, con grado de supervisión menor decreciente y tendente al *tipo C*.
- Considerando la especial vigilancia como R1, en cada una de las rotaciones, el residente tendrá un primer periodo de observación y, de forma individual y de acuerdo a su evolución en la adquisición de competencias, el tutor le irá asignando gradualmente tareas con mayores niveles de autonomía de forma que pueda desarrollar las actividades propuestas en cada rotación para la adecuada consecución de los objetivos en la misma.

5.3 Procedimientos que garantizan la adecuada información del adjunto acerca de la actividad desarrollada por el residente

En las tablas del apartado 4.1 aparecen los procedimientos por los que el personal del servicio (tutor, supervisor, otros profesionales sanitarios relacionados con la formación del residente) se asegura de la adquisición de competencias del residente. Los fundamentales son la valoración del desempeño del residente in vivo, en la rotación que corresponda y la supervisión de la actividad clínica tanto en los diferentes dispositivos como en las guardias.