

MANUAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRÍA

Tutores: Teresa Guijarro Granados, Rafael

Gordillo Urbano y Mercedes Castro García

Hospital Universitario Reina Sofía

Aprobado en Comisión de docencia

ÍNDICE

	Pag
1. BIENVENIDA	3-8
2. UNIDAD DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRÍA	9-17
2.1. Estructura física	9-13
2.2. Organización jerárquica y funcional	13-14
2.3. Cartera de Servicios	14-17
2.4. Otros	17
3. GUÍA DE FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	18-20
4. PLAN DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRIA	21-40
4.1. Objetivos generales de formación	21-22
4.2. Plan de rotaciones	23
4.3. Objetivos específicos por rotación	23-39
4.4. Sesiones	39
4.5. Asistencia a cursos y congresos	39
4.6. Guardias	40
4.7. Otros	40
5. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	41
6. EVALUACIÓN	42
6.1. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN	42
6.2. HOJA DE EVALUACIÓN FINAL	42
6.3. MEMORIA ANUAL	43
6.4. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE AL HOSPITAL	43
6.5. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE AL SERVICIO	43
7. PLAN INDIVIDUALIZADO DE ROTACIONES	43

1. BIENVENIDA

1.1. Jefe de Servicio

A principios de este siglo, Kraepelin (1927) define la psiquiatría como “la ciencia que se ocupa de las enfermedades mentales y de su tratamiento (psiquiatría práctica)” y considera que su objetivo último es “el conocimiento científico de la naturaleza de los disturbios psíquicos (psiquiatría científica)”.

La psiquiatría es la especialidad médica que se ocupa de las alteraciones morbosas del comportamiento, de las relaciones interpersonales y del vivir. En estas los fenómenos psíquicos y de comportamiento intervienen en la etiología o sintomatología de las enfermedades, o bien destacan como factores a considerar en la prevención, en las manifestaciones clínicas, en la evolución, el tratamiento y la rehabilitación y reinserción social de los enfermos. Estas intervenciones se basan en la observación clínica y en la investigación científica.

La psiquiatría es una especialidad de la Medicina de carácter troncal, que tiene raíces comunes con otras disciplinas sanitarias y otras propias y específicas.

La psiquiatría tiene una raíces científicas complejas y particulares. Por una parte pertenece al campo de las ciencias biomédicas, en especial a la neurociencia. Por otra es, a un tiempo, "ciencia de la subjetividad". Esto hace que en la psiquiatría la metodología de la investigación clínica sea fundamental, ya que a los métodos de la investigación biomédica ha de incorporar los de las ciencias psicológicas y sociales que incluso abarcan aspectos como la introspección y la empatía.

Los trastornos psiquiátricos han de ser entendidos como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural. Esto implica una visión integral del enfermar del ser humano, que incluye el estudio y manejo de los aspectos psicológicos de la patología orgánica así como la ayuda psicológica y psiquiátrica dada a pacientes de otras especialidades y al propio personal sanitario que los cuida.

EL ÁMBITO DE LA ESPECIALIDAD.

La psiquiatría tiene por objeto el estudio, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Su objetivo es conseguir la mejor adecuación del sujeto y su entorno íntimo y social de forma que asegure su autonomía y adaptación a las distintas condiciones que conforman la existencia humana.

En tanto que disciplina teórica, la psiquiatría es la especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales, en concreto, los hoy incluidos en el capítulo V (F) "Trastornos mentales y del comportamiento" de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades" desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

En tanto que actividad profesional, incluye una amplia gama de intervenciones técnicas, desde aquéllas de carácter interpersonal como es el caso de las psicoterapias y la rehabilitación, hasta otras actuaciones somáticas del tipo del diagnóstico por neuroimagen, la psicofarmacología y otras intervenciones biológicas.

En tanto que ciencia aplicada, tiene por objeto el estudio y tratamiento del sujeto-enfermo mental, en el contexto de la práctica sanitaria.

También la legislación vigente contempla los tratamientos involuntarios. La determinación de enfermedad mental debe ser realizada de acuerdo con los requisitos médicos internacionalmente aceptados y estandarizados y con las garantías éticas promulgadas (en concreto con la Resolución 46/119 de las Naciones Unidas. 18 de febrero de 1992 sobre "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental" y la Declaración de Madrid y documentos anexos de la Asociación Mundial de Psiquiatría).

Las disfunciones morbosas se solapan parcialmente con desviaciones de experiencias personales y de comportamiento social que dependen de rasgos normales de la personalidad y del estilo de vida. Aquí, los límites de la normalidad y anormalidad no pueden ser definidos estrictamente. Si esto es así para el profesional, lo es más aún para los que no lo son. Esto hace que a los sistemas sanitarios acudan personas sin una clara patología, pero sí con un grado elevado de sufrimiento. Es función del psiquiatra estar atento a esta demanda, que afecta a todo el sistema, no sólo a la asistencia psiquiátrica. Ha de hacerlo por una serie de motivos

diferentes: para evitar psiquiatrizar problemas de la vida cotidiana, para aliviar el sufrimiento y la discapacidad de los afectados, y en ocasiones de sus familiares, para prevenir en lo posible una evolución hacia estadios mas graves y claramente patológicos, para informar y educar a la población en general y para combatir el estigma que pesa sobre la enfermedad mental, los que la padecen, sus allegados y todos los que trabajan en este campo. Los psiquiatras, así como el resto de los profesionales implicados en la salud mental tienen que colaborar para aportar la suficiente información a los responsables de la Administración del Estado y llamarles la atención sobre las necesidades en este campo y orientarles en cuanto una mejor racionalización de los recursos.

LA PSIQUIATRÍA Y OTRAS CIENCIAS.

Las alteraciones psicopatológicas están mediadas por la compleja interacción de muchos factores: genéticos, disfunciones cerebrales adquiridas en el curso del desarrollo, que dan lugar a una vulnerabilidad, factores estresantes bio-sociales, manejo psicológicamente restringido de conflictos y aprendizaje social insuficiente y desviado. Por ello, desde su origen la psiquiatría ha reconocido la necesidad de integrar métodos puramente médicos con otros psicosociales, que en su conjunto caen en ámbitos de un gran abanico de ciencias (neurociencia, ciencias biomédicas, sanitarias y psicológicas, humanísticas y sociales). Por lo tanto, la psiquiatría es multifacética, ocupa un lugar de encrucijada entre las ciencias biológicas y humanas, integrando hechos y perspectivas científicas diversas.

El desarrollo mutidisciplinar en el ámbito de la neurociencia ha contribuido al mejor conocimiento del substrato neurofisiológico y neuroquímico del comportamiento humano y sus alteraciones. Los avances de las disciplinas psicológicas y psicosociales han hecho posible adentrarse en una mejor comprensión del enfermo mental y están ayudando a esclarecer las complejas interacciones del individuo enfermo con su contexto social. Por lo tanto, la psiquiatría debe realizar y coordinar investigaciones multifactoriales para mejorar el conocimiento sobre el origen, tratamiento y atención de las enfermedades mentales con el fin de mejorar el futuro de su asistencia sanitaria.

La psiquiatría puede ofrecer una explicación sobre el alcance hasta el cual la enfermedad mental participa en comportamientos y fenómenos sociales no deseados. Sin embargo, no puede explicar el fenómeno social no deseado como una enfermedad mental clasificable, ni mucho menos ofrecer un tratamiento efectivo para ellos. Pero en su capacidad como ciencia médica sí puede ofrecer su pericia a la hora de entender estos fenómenos.

LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA.

En los últimos decenios se ha producido en todo el mundo un profundo cambio del modo de entender y ordenar la atención al enfermo mental. Se ha pasado de una asistencia custodial, aislada del entorno social y del ambiente científico, a formas más integradas en la comunidad y en la asistencia sanitaria general. Es cierto que estas dos líneas se han desarrollado a veces de un modo competitivo, pero también lo es que hoy día han de ser vistas como complementarias. Estos nuevos modos de entender la psiquiatría pretenden no aislar al enfermo de su entorno, asegurar una asistencia equitativa y en todo caso del mismo nivel que la que se proporciona a otras enfermedades. Su objetivo último es la plena recuperación del enfermo y su mejor integración a su entorno social.

En este contexto, la colaboración con otras disciplinas involucradas en la salud mental, el protagonismo del enfermo en la toma de decisiones, las actividades con asociaciones de enfermos y familiares y la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental, de los que la padecen y de sus allegados, son objetivos y estrategias fundamentales.

Las tareas de la psiquiatría no se limitan a un ámbito médico-clínico entendido en sentido restrictivo. Abarcan otros aspectos relacionados como son la prevención de la patología mental, la rehabilitación y reinserción social del enfermo. En esto, tanto o más que en otros aspectos, el trabajo de los psiquiatras ha de apoyarse y complementarse en el de otros profesionales afines. Por eso la psiquiatría no puede ser concebida sin una dimensión asociada de salud mental tanto en la teoría como en la práctica. Se trata de incorporar al nivel clínico el componente social y comunitario propio de las distintas actuaciones de protección de la salud mental y de la salud pública en general.

En resumen, entendida desde este sentido amplio, la actividad psiquiátrica cubre desde problemas psicosociales de la comunidad hasta la rehabilitación y reinserción social de los pacientes, como elementos esenciales de la salud pública, y no sólo el estudio, diagnóstico y tratamiento de todo lo comprendido como enfermedad o anormalidad psíquica.

La sociedad cambia y también los problemas de salud. Consiguientemente la psiquiatría ha de evaluar y re-evaluar constantemente sus responsabilidades y decidir cómo afrontar los nuevos retos profesionales. Por estos motivos la flexibilidad en la formación es esencial.

LA ÉTICA DE LA PSIQUIATRÍA.

En la medicina se combinan el arte de curar y la ciencia. Donde mejor se refleja la dinámica de esta combinación es en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales. Aún existiendo diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible y necesario el desarrollo de una conducta ética universal (Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría).

Los trastornos mentales pueden acompañarse de una falta de conciencia de enfermedad y en consecuencia son fuentes potenciales de daño al propio enfermo y a terceros, por lo que a veces es necesaria la aplicación de tratamiento involuntario bajo las normas legales establecidas al respecto. Los derechos de los pacientes han de ser estrictamente garantizados.

1.2. Tutor

1.1.

Psiquiatra es el médico especialista que ha adquirido conocimientos teóricos y prácticos en el diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales. Está cualificado para intervenir desde un enfoque multidimensional considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Teniendo en cuenta el origen bio-psico-social y la

forma de manifestarse los trastornos mentales, el psiquiatra no debe conformarse con ser un mero clínico, sino debe ser capaz de integrar en un enfoque multidisciplinario y multiprofesional las tareas de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los que padecen enfermedades mentales.

La formación del psiquiatra incluye conocimiento, experiencia y habilidades con el fin de poder actuar profesionalmente sobre las disfunciones de la interacción humana.

El perfil profesional del psiquiatra en la sanidad actual sería el de un médico especialista integrado, al igual que el resto de facultativos médicos, en el Sistema de Salud y su red asistencial capaz de afrontar tareas clínicas, de programación y coordinación de equipos multiprofesionales. El psiquiatra trabaja conjuntamente con otros profesionales de la salud, con las familias y los cuidadores y en general con la comunidad.

Además ha de complementar sus tareas médico-clínicas con objetivos ligados a la promoción de la salud, la educación sanitaria y la evaluación de los resultados de su actuación. Debe actualizar y profundizar sus conocimientos y experiencia y transmitirlos, de manera especial a los profesionales en formación. Debe regirse en todas sus actuaciones por una ética profesional rigurosa.

La necesidad de prevención, rehabilitación y la de reducir el estigma y la discriminación (incluyendo la falta de equidad) hacen necesario que el psiquiatra abogue por un mejor cuidado de los enfermos mentales

Durante los próximos 4 años, intentaremos haceros llegar el entusiasmo por el aprendizaje de la especialidad que habeis elegido, facilitando y poniendo a vuestro alcance los instrumentos que favorezcan mejor dicho objetivo. Espero de vosotros motivación e interés hacía la materia y que entre todos consigamos buenas generaciones de psiquiatras

2. UNIDAD DE GESTION CLINICA DE SALUD MENTAL

2.1. Estructura física

1.1.

La red asistencial se ha incrementado y diversificado de manera considerable desde la última acreditación. Actualmente cuenta con:

- Unidad de Hospitalización de Salud Mental
 - Ubicación: Hospital Provincial, segunda planta
 - Superficie: 620 metros cuadrados
 - Cuenta con 46 camas que generalmente registran periodos de hospitalización de corta estancia y sintomatología aguda. Ingresan anualmente en torno 800 pacientes en fases activas de la enfermedad, con desajustes sociales y problemas de conducta graves. Esta unidad atiende en torno 2.200 interconsulta de psiquiatría y salud mental que genera el resto de las especialidades del HURS.
 - Su plantilla esta formada por 6 Psiquiatras y 1 Psicólogo.

 - Unidad de Rehabilitación de Área
 - Ubicación: En zona urbana, Hospital Los Morales, planta Primera Derecha.
 - Superficie: 250 mts. aprox.
 - Instalaciones: 2 salas de grupos, taller ocupacional, sala de habilidades domésticas, sala de psicomotricidad, y dependencias del personal facultativo, de enfermería y administración.
 - Pacientes atendidos: Es un dispositivo sanitario especializado de tercer nivel donde se realizan actividades de rehabilitación con pacientes con Trastorno Mental Grave (aquellos trastornos mentales severos, recurrentes o persistentes y que interfieren de manera importante el funcionamiento personal y social), en régimen de atención continuada. Facilita el ajuste del paciente a su entorno en el medio comunitario. Participa también activamente en el diseño y desarrollo de programas de rehabilitación en la comunidad para usuarios de otros dispositivos.
- Atiende también a los usuarios de UGC del Área Sanitaria Norte y UGC de Salud Mental del H. Infanta Margarita.

-Programas: De actividades de día con la finalidad de frenar en el mayor grado posible el deterioro afectivo, cognitivo y relacional que produce la enfermedad, así como recuperar habilidades perdidas, de rehabilitación Psicosocial, y de programas de apoyo a las familias. El tratamiento rehabilitador se desarrolla, pues, articulando acciones en tres grandes niveles: a nivel personal, familiar y comunitario.

-Su plantilla está compuesta por 1 Psiquiatra y 2 Psicólogos

- Hospital de Día.

-Ubicación: En zona urbana, Hospital Los Morales, planta Primera Derecha. Incorporado a la URA

-Superficie: 350 ms. aproximadamente

-Instalaciones: Comedor, Office, sala de ocio, taller ocupacional, salas de psicoterapia, sala de grupos, despachos y sala de curas-enfermería.

-Pacientes atendidos: Se trata de un recurso sanitario específico de atención continuada y tratamiento activo en régimen de hospitalización de día, limitado en el tiempo y orientado hacia la continuidad de cuidados en la comunidad, para pacientes con Trastornos Mentales Graves (susceptibles de beneficiarse de un programa de hospitalización parcial). Funciona como recurso intermedio entre las unidades de hospitalización de corta (USM-HG) y media estancia (CT) y los USMC. En él se ofrecen diversos talleres y programas intensivos dirigidos a disminuir la sintomatología psicótica, a reducir las recaídas, a facilitar un mayor ajuste familiar y a mejorar el funcionamiento social de los pacientes tratados.

Atiende también a los usuarios de UGC del Área Sanitaria Norte y UGC de Salud Mental Córdoba Sur

-Programas de Día:

Programa Intensivo: dirigido a pacientes en crisis, como alternativa a la hospitalización de 24 horas o para acortar estancias en la USM-HG.

Programa de Tratamiento de Día para pacientes con TMS: dirigido a prevenir o disminuir las recaídas, a afrontar la sintomatología psiquiátrica grave, previniendo el deterioro, mejorando el ajuste social y familiar y aumentando la adherencia al tratamiento.

Programa de Tratamiento de Día para pacientes adultos con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA): dirigido a pacientes con este trastorno mayores de 18 años. Objetivos idénticos al programa anterior.

Programa de Tratamiento de Día para pacientes con Trastornos de Personalidad.

Programa de Tratamiento de Día para pacientes con Patología Dual.

- Comunidad Terapéutica:

- Ubicación: H. Morales

- Pacientes atendidos: 20 plazas para pacientes de media y larga estancia con problemas sociales y de difícil reinserción social. Inaugurada en 1997, durante los 10 años de funcionamiento, la UME – CT, ha atendido a 156 pacientes en el Programa de Hospitalización Completa (ingresos), con una estancia media de 8 meses. Ha habido un total de 39 reingresos debido fundamentalmente a intentos de integrar a los usuarios en dispositivos residenciales y que, al no adaptarse a dichos dispositivos, han necesitado retomar el Programa de Hospitalización de la UME –CT.

En el año 2002 se inició el Programa de Hospitalización Parcial o Programa de Día de la UME – CT, para aquellos usuarios que, residiendo en una vivienda propia o asistida, acuden a la UME – CT, para participar de sus programas, pero siguen residiendo en su domicilio. La mayor parte de los usuarios del Programa de Hospitalización Parcial han participado anteriormente del Programa de Hospitalización Completa constituyendo una etapa más de su programa de integración socio-comunitaria. El Programa de Día ha atendido a 40 usuarios con una estancia media de 12 meses.

Atiende también a los usuarios de UGC del Área Sanitaria Norte y UGC de Salud Mental Córdoba Sur

- Cuenta con 2 psiquiatras y 2 psicólogos.

- Equipo de Tratamiento Asertivo en la Comunidad: La experiencia asistencial de la UME – CT generó la necesidad de continuar la actividad fuera del ambiente hospitalario, ya que los pacientes en fase avanzada de su programa pasaban a recursos residenciales y ocupacionales comunitarios. Surgió así este equipo , integrado por profesionales de todas las categorías

pertenecientes a los 2 ESM urbanos, la URA-HD y la UME-CT y personal de FAISEM. Actualmente en Córdoba funcionan 20 pisos totalmente integrados en la Comunidad donde residen unos 65 usuarios y 3 Casas Hogares donde lo hacen 40 usuarios. Estas viviendas son seguidas diariamente por el citado equipo.

- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- Ubicación: 5ª Planta Hospital Los Morales

- Pacientes atendidos: de 0 a 18 años con problemas de salud mental, que pueden ser atendidos en consultas externas y en régimen de hospitalización parcial o completa. Atiende también a los usuarios de UGC del Área Sanitaria Norte y UGC de Salud Mental Córdoba Sur

- Programas:

Programa de Intervención con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Programa de Intervención con Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Programas de Terapia de grupo en Hospital de Día

Escuela de Padres para Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos con Déficit de Atención e Hiperactividad y problemas de conducta.

- Líneas de investigación: Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos por déficit de atención e hiperactividad y Autismo.

- Su plantilla esta compuesta por 3 psiquiatras y 2 Psicólogos

- Unidades de Salud Mental Comunitarias:

- Dispositivos de atención ambulatoria a la Salud Mental regidos por un modelo de atención comunitaria. Son la puerta de entrada a la Red de Salud Mental. Están distribuidos estratégicamente por toda la provincia para facilitar la accesibilidad a los pacientes y atender la demanda generada por los equipos de Atención Primaria. Atienden en régimen ambulatorio y comunitario todos los trastornos comunes y mentales graves aplicando toda la cartera de servicio, excluyendo la

hospitalización (completa, parcial o media estancia). De los 9 equipos que componen el Área de S.M de Córdoba, 5 dependen del Hospital Universitario Reina Sofía: (Córdoba centro, Córdoba Sur, Montilla, Palma del Río y Montoro)

- USMC Córdoba centro: Urbano .7 Psiquiatras y 2 Psicólogos
 - USMC Córdoba sur: Urbano. 7 Psiquiatras y 2 Psicólogos
 - USMC Montilla: Urbano.3 psiquiatras y 1 psicólogo
 - USMC Palma del Río Rural 2 psiquiatras y 1 psicólogo
 - USMC Montoro: Rural 2 psiquiatras y 1 psicólogo.
- En todos estos recursos se llevan a cabo actividades de formación continuada, pregrado y postgrado.

2.2. Cartera de Servicios

CARTERA DE SERVICIOS

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización total o parcial en breve o media estancia. Contempla, también, todas aquellas intervenciones necesarias para mantener la continuidad hasta el espacio sociosanitario específico representado por FAISEM:

- Técnicas Diagnósticas.
- Técnicas Terapéuticas.
 - Técnicas de tratamiento biológico.
 - Técnicas psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares
 - Programas psico-educativos.
 - Programas de rehabilitación psiquiátrica.
 - Terapia Ocupacional.
 - Técnicas de expresión corporal y psicomotricidad.
- Hospitalización:
 - Hospitalización de Agudos (adultos).
 - Hospitalización prolongada con tratamientos activos.
 - Unidad de hospitalización con medidas especiales de seguridad.
- Comunidad Terapéutica.
- Atención Domiciliaria.
- Consultas Externas en Equipo Comunitario de Salud Mental.
- Psiquiatría de Enlace.
 - Con Atención Primaria.
 - Con Atención Especializada.

- Prestaciones de Soporte sociosanitario en coordinación con la Fundación Andaluza para la integración social del enfermo mental.

Esta cartera de servicios se agrupa en los siguientes programas:

- Programa de coordinación con Atención Primaria.
- Programa de atención ambulatoria a los Trastornos Mentales en todos los grupos de edad. Llevado a cabo en los Equipos de Salud mental de Distrito. (Córdoba Centro, Córdoba Sur, Montilla, Montoro y Palma del Río).
- Programa de atención hospitalaria a la crisis de los Trastornos Mentales. Llevado a cabo por la Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Programa de Interconsulta y enlace con otras especialidades de HURS.
- Programa de atención hospitalaria en régimen de día para Trastornos Mentales Graves. Llevado a cabo en el Hospital de Día y la Comunidad Terapéutica.
- Programa de atención hospitalaria de media y larga estancia para Trastornos Mentales Graves. Llevado a cabo en la Comunidad Terapéutica.
- Programas de Atención Ambulatoria Trastornos Mentales en la infancia y la adolescencia llevados a cabo en la Unidad de Salud mental Infanto- Juvenil
- Programa de atención hospitalaria en régimen de día para Trastornos Mentales Graves en la infancia y la adolescencia. Llevado a cabo en el Hospital de Día Infanto Juvenil.
- Programa de atención hospitalaria a la crisis de los trastornos mentales en la infancia Llevados a cabo por la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil en el Hospital materno Infantil del HUR Sofía. Programa de Interconsulta y enlace con Pediatría y endocrinología.

. Programas de formación continuada, formación pregrado y postgrado en MIR(Psiquiatría, medicina de familia y medicina del trabajo) PIR, EIR, etc

1.2 Procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias

En función de los requerimientos clínicos, los procedimientos diagnósticos a emplear serán:

1.2.1 E.E.G. en pacientes de cualquier dispositivo

1.2.3 Exploración neuropsicológica en pacientes de hospitalización aguda, de día o de media-larga estancia.

1.2.4 Exploración con instrumentos de valoración psicológica en pacientes de cualquier dispositivo

1.2.5 Batería de pruebas analíticas según protocolo.

1.2.6 Niveles plasmáticos de psicofármacos según protocolo.

2. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN LA UGC

2.1 Proceso Ansiedad, Depresión, Somatizaciones. (ADS)

2.2 Proceso Trastornos de la Conducta Alimentaria. (TCA)

2.3 Proceso Trastorno Mental Grave. (TMG).

2.4 Proceso Demencias

2.5 Proceso Fibromialgia

2.6 Proceso Atención temprana.

3. ACTIVIDAD PRINCIPAL

En cuanto a los problemas de salud (CIE 10):

Se priorizará la atención a aquellas personas afectadas de Trastorno Mental Grave y Trastorno de la conducta Alimentaria (F20-F29, F30-F32, F50, F60.0, F60.1, y F60.3).

- Así mismo se priorizará la atención a personas comprendidas en los colectivos de población infanto-juvenil (F83-F98) y de la tercera edad.

- En general, para las personas afectadas por los trastornos incluidos en el Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones y otros trastornos incluidos en la CIE (F42, F44, F51-F59, F60.4-F69) se establecerán criterios de atención especializada en los acuerdos interniveles, priorizando la atención en el nivel especializado en aquellos que puedan beneficiarse de intervenciones psicoterapéuticas propias de este.

-Trastornos excluidos de atención por la UGC salvo que presenten comorbilidad con el resto de trastornos de la CIE 10:

-Problemas ligados al desarrollo psicomotor: F80, F81 y F82

-Problemas ligados a déficit cognitivo: F70, F71, F72, F73, F78 y F79

-Problemas ligados a consumo de tóxicos: F1x.0, F1x.1, F1x.2, F1x.3, F1x.4, F1x.6, F1x8, F1x.9

-Problemas ligados organicidad: F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06

En cuanto al ámbito geográfico:

-Cualquier ciudadano que de manera permanente o transitoria esté vinculado a poblaciones incluidas en los Distritos Sanitarios de Córdoba y el Área Hospitalaria del H. U. Reina Sofía.

-Cualquier ciudadano que atendiendo a la legislación vigente sobre libre elección de especialista y a través de los cauces reglamentarios solicite ser atendido por esta UGC.

4. DESCRIPCIÓN DE LA UGC (Descrita en 2.1 Estructura física)

4.1 Unidad de Hospitalización

4.2 Unidad de Rehabilitación de Área

4.3 Hospital de Día

4.4 Comunidad Terapéutica

4.5 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

4.6 USMCs

2.3. Otros

El Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) solicitó y recibió acreditación docente para la formación de dos MIR de Psiquiatría en 1986. En 1988 se realizó ampliación de la capacidad docente de un nuevo residente. Desde ese año hasta 2008, no hubo ninguna modificación, recibiendo desde entonces formación postgrado tres MIR de Psiquiatría por año. En el año 2007 la Comisión Nacional De la Especialidad de Psiquiatría consideró la unidad docente acreditada suficiente para cumplimentar el programa actual de la especialidad d tanto en aspectos teóricos prácticos e investigadores, y cuenta con capacidad suficiente para formar 4 MIR por año

3. GUÍA DE FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

3.1 CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA PSIQUIATRIA

La consideración de la psiquiatría como ciencia médica multidisciplinar ha diversificado aún más si cabe los ámbitos de la misma, incluyendo los siguientes:

3.1.1 Campos Generales:

1. Estudiar, prevenir actuar sobre las posibles causas biológicas, las motivaciones psicológicas y condicionamientos socio-culturales del trastorno mental en sus múltiples formas (psiquiatría clínica).
2. Promover una visión integral del enfermar que incluya no sólo el trastorno mental, sino también los aspectos psíquicos que inciden y afectan a la patología somática (medicina psicológica, medicina psicosomática, psiquiatría de interconsulta y enlace).
3. Extender su actividad más allá del quehacer clínico-asistencial, incidiendo en la educación para la salud, la prevención de la patología mental y la rehabilitación y reinserción social de los enfermos en el marco de la Medicina comunitaria y los objetivos de la OMS de "Salud para todos en el año 2000" (salud mental comunitaria).
4. Promover el interés entre los psiquiatras por los problemas de planificación, gestión y administración de los servicios psiquiátricos y de salud mental, así como por el perfeccionamiento del trabajo y la formación de carácter multidisciplinar (política, administración y gestión sanitarias).
5. Contribuir a encontrar soluciones adecuadas a los problemas de orden jurídico-legal relacionados con la práctica psiquiátrica y la conducta de los enfermos mentales (psiquiatría y ley).

3.1.2 Campos específicos.

Se corresponden con ramas de la Psiquiatría:

1. Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
2. Psiquiatría de la Edad Adulta
3. Psiquiatría de la Vejez
4. Psiquiatría del Alcoholismo y otras Adicciones
5. Psicoterapias
6. Neuropsiquiatría
7. Otros

El número de campos aumenta en la medida que una rama específica se desarrolla suficientemente, por los avances del conocimiento o por la aparición de una demanda sociosanitaria específica.

3.2. LA INVESTIGACION DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN MIR EN PSIQUIATRÍA

La investigación biomédica, incluyendo la de la psiquiatría, es esencial en la medicina moderna. La investigación "básica" supone el avance del conocimiento, con futuras implicaciones clínicas; la investigación directamente clínica o "aplicada" supone la resolución de problemas concretos que incumben a los clínicos.

Dentro de los objetivos generales del proceso formativo, y en el contexto de la importancia que actualmente se concede a la investigación biomédica en general y psiquiátrica en particular, los programas para la docencia de la especialidad de psiquiatría deben estar también acreditados para mantener una "cultura" de investigación en la disciplina y, si es necesario mediante acuerdos con otras instituciones, para impartir una formación desde el principio de la residencia en métodos y técnicas de investigación compatibles con el estado de la cuestión en nuestro país y en el entorno de la homologación europea y para que los MIR que lo deseen puedan hacer una investigación de calidad durante su periodo de formación clínica.

Se recomienda consultar guía de formación en la especialidad disponible en la siguiente página web

<http://www.msc.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

4. PLAN DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

4.1. Objetivos generales de formación

1.1.

Los objetivos generales del proceso formativo, compatible con los recursos de los programas acreditados existentes en nuestro país, pretenden que el especialista en psiquiatría adquiera las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes). Sin embargo, la búsqueda de una homologación europea y los nuevos retos que se resumen en la Introducción, en una disciplina troncal que se responsabiliza de su parte de protagonismo en la salud pública, exigen que también que se hagan explícitos los papeles y las competencias que deben completar la formación, de acuerdo con la funciones que el psiquiatra ha de asumir en la sociedad actual.

FUNCIONES Y COMPETENCIAS FUNDAMENTALES

1. Funciones Clínicas

- Hacer diagnósticos, implementar tratamientos y programas rehabilitadores ajustados a los conocimientos psiquiátricos actuales.
- Acceder a la información adecuada y aplicarla en la clínica.
- Identificar la carga social en pacientes individuales o en poblaciones de enfermos a su cargo, incluyendo esos datos en los planteamientos y programas terapéuticos.
- Buscar una atención integral a los enfermos, identificando en su caso la necesidad de intervención de profesionales de otras disciplinas.
- Participar de modo eficaz en la formación del personal sanitario en temas de salud mental y psiquiatría.
- Actuar como experto en el terreno legal, cuando la situación lo requiera.

Comunicación

- Comunicarse con los pacientes y sus familiares, para establecer una relación terapéutica adecuada, obtener la información relevante precisa en cada fase de la actuación médica.
- Comunicarse con el equipo propio y el resto de los equipos asistenciales, para intercambiar información y facilitar una acción sinérgica.
- Comunicarse con los medios adecuados para la difusión de sus aportaciones en el campo de la disciplina.

2. Consultor

Actuar de modo eficaz como consultor con médicos no psiquiatras y otros profesionales de la salud y en una atención integral a los enfermos.

Contribuir de modo eficaz en otras actividades de equipos inter-disciplinares

3. Gestión y organización

Utilizar los recursos de modo eficaz para equilibrar la asistencia a los enfermos, las necesidades de aprendizaje y otras actividades.

Trabajar de modo eficaz y eficiente en el sistema sanitario.

Liderar, cuando sea preciso, un equipo multidisciplinar de atención psiquiátrica.

Utilizar la tecnología de la información para optimizar la asistencia, la formación continuada y otras actividades

4. Promoción de la salud

Identificar los factores importantes de la salud que afectan a los pacientes.

Identificar y responder a aquellos temas donde sea adecuada la promoción de la salud.

Contribuir a la lucha contra el estigma de la enfermedad mental

Conocimiento e investigación

Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos, incluyendo la posibilidad de iniciar y mantener una línea de investigación.

Desarrollar, implementar y monitorizar una estrategia personal de formación continuada.

Facilitar la formación de los pacientes, staff, estudiantes y otros profesionales de la salud

5. Ética

Proporcionar con integridad, honestidad y humanidad una asistencia de máxima calidad.

Manifestar actitudes y conductas profesionales adecuadas, a nivel personal e inter-personal.

Evaluar de modo sistemático sus actuaciones en todos los ámbitos profesionales y, de modo fundamental, los resultados de sus actuaciones con los pacientes.

Mantener, de modo especial, una práctica clínica y una actitud que preserve el respeto por los pacientes y sus derechos a elegir libremente

4.2. Plan de rotaciones

ROTACIONES: Plan General

1. Medicina General / Neurología / Medicina Interna
2. Unidad de Hospitalización
3. Psiquiatría Comunitaria (at. Psiquiátrica ambulat. y apoyo At. Prim.)
4. Rehabilitación psiquiátrica
5. Interconsulta y Psiquiatría de Enlace
6. Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
7. Alcoholismo y otras Adicciones
8. Psicoterapias:
9. Psiquiatría Comunitaria
10. Hospitalización parcial (Hospitales de Día)
11. Otras Areas de interés:
 - Psiquiatría legal
 - Epidemiología psiquiátrica
 - Gestión psiquiátrica
 - Psicodiagnóstico
 - Investigación
 - Genética
 - Prevención
 - Psiquiatría transcultural

Ver plan individualizado de rotación en apartado 7

4.3. Objetivos específicos por rotación

ROTACIONES GENERALES: OBJETIVOS Y ACTITUDES

1. HOSPITALIZACION AGUDOS Y GUARDIAS HOSPITALARIAS

1.1. Unidad de Hospitalización de Salud Mental.

Objetivos específicos y actividades de la formación en hospitalización breve:

- Anamnesis y exploración del estado mental en el paciente agudo hospitalizado
- Diagnóstico y evaluación del paciente agudo hospitalizado
- Conocimiento de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas en el procedimiento diagnóstico

- Manejo de protocolos específicos en este tipo de pacientes (agitación, riesgo suicida, negativismo, etc.)
- Manejo de todos los psicofármacos
- Valoración de tratamientos de continuación y mantenimiento
- Elaboración de informes de altas
- Atención a 150 pacientes ingresados. Recomendable 20-25 de cada una de las patologías más comunes: esquizofrenia, trastornos bipolares, melancólicos, TOC, trastornos exógenos, etc.
- Participación en Programas de Coordinación asistencial dirigidos a la continuidad de cuidadores

1.2. Guardias Hospitalarias

Objetivos:

- Manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicosocial y familiar, etc.)
- Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación)

Actividades:

- Se realizarán a lo largo del periodo de formación un mínimo de 2 y un máximo de 6 guardias al mes. Dichas guardias se llevarán a cabo cuando menos a partir del 2º cuatrimestre del primer año de residencia.
- El residente estará supervisado durante el primer año por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física, pudiéndose, durante el resto de la residencia, establecer otras modalidades siempre que garanticen la supervisión.

2. PSIQUIATRIA COMUNITARIA

2.1. Objetivos

Iniciarse y adquirir conocimientos, experiencia y habilidades en el manejo clínico y seguimiento de casos, en el trabajo de equipo, en la coordinación con otros dispositivos asistenciales y en actividades comunitarias de planificación, prevención y evaluación clínica y epidemiológica.

2.2. Actividades

2.2.1. Asistenciales:

- Realización de un mínimo de 80 primeras consultas referidas a diferentes tipos de pacientes y especificando el encuadre y técnica de la entrevista, la

valoración e hipótesis diagnóstica, la elaboración del plan terapéutico y su discusión dentro del equipo terapéutico o con el tutor.

- Realización del seguimiento terapéutico de un mínimo de 70 pacientes seleccionados entre los distintos diagnósticos y con los que se tomará en cuenta muy especialmente el manejo clínico de los psicofármacos y las distintas intervenciones terapéuticas, tanto de carácter general como específicas, con el paciente y su familia.
- Participación en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de un mínimo de 10 enfermos con trastornos mentales crónicos dentro de la comunidad.
- Manejo de intervenciones y situaciones de crisis, de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles.
- Realización de actividades de apoyo a la atención primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, etc.

2.1.2. Administrativas y organizativas:

- Adquisición de conocimientos y experiencia en programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos socio-sanitarios, en trabajo en equipo multidisciplinar, en desarrollo aplicado de planes de salud mental y en actividades relacionadas con la problemática legal del enfermo mental.

3. REHABILITACIÓN

3.1. Introducción

- La rotación de los MIR por las unidades y programas especializados en rehabilitación es parte fundamental en la formación dados los planteamientos y conceptos actuales de atención integral al enfermo mental de ateniéndose a los principios de continuidad de cuidados y programas individualizados de tratamiento.
- La rotación debería abarcar un periodo de al menos 4 meses, (aunque serían recomendables 6 meses) dadas las peculiaridades asistenciales de los programas de rehabilitación.
- La rotación debe ser posterior a las que se realizan en los Servicios de Salud Mental, unidades de hospitalización, drogodependencias y psicoterapia,

encaminado este punto a garantizar los conocimientos y habilidades que permitan un mayor aprovechamiento del periodo formativo en rehabilitación.

En la rotación se debe tener contacto con todos los dispositivos de rehabilitación (comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación, unidades u hospitales de día) con los que cuente el Área o Servicio de Salud Mental.

3.2. Objetivos y actividades de la rotación:

Iniciar al residente en el aprendizaje de los aspectos siguientes:

Manejo clínico y seguimiento general de los enfermos mentales crónicos, en los recursos socio-sanitarios establecidos en el Área para su atención específica.

Elaboración y desarrollo práctico de planes individualizados de rehabilitación para, al menos, cinco enfermos mentales crónicos, incluyendo tanto los dispositivos socio-sanitarios adecuados para el cumplimiento de los mismos (centro de día, unidad de rehabilitación, comunidad terapéutica - hospital de día- residencia asistida- hogar protegido, clubes sociales, talleres ocupacionales, etc.), como las técnicas específicas para la actuación sobre el defecto psicosocial, las dificultades de integración laboral y el bajo nivel de adaptación socio-familiar.

Manejo del enfermo mental crónico en lo que afecta al cumplimiento correcto de las pautas de tratamiento indicadas (asistencia a consulta, toma de medicación, etc.).

Coordinación con recursos no sanitarios orientados hacia el soporte y apoyo del enfermo mental crónico (red de servicios sociales, asociaciones de voluntarios, grupos de auto ayuda, etc.).

En el transcurso de éste periodo de rotación el residente debe adquirir los siguientes conocimientos y destrezas además de fomentar las siguientes actitudes:

3.3. Conocimientos:

Gestión de casos

Clasificaciones internacionales sobre la discapacidad

Metodología en diseño de planes individualizados de rehabilitación

Indicadores asistenciales en rehabilitación.

Sistemas de calidad en rehabilitación

Medicina basada en pruebas: Aplicabilidad en Rehabilitación psicosocial

Bioética

Planificación, programación actividad asistencial en actividades de Rehabilitación.

3.4. Habilidades o Destrezas:

La formación debe incluir la capacitación para el desarrollo práctico de determinadas técnicas de rehabilitación, (habilidades tecnológicas concretas), incluyendo aquí al menos aquellas intervenciones que pueden y deben ser utilizables por parte de cualquier profesional comunitario, como son:

La evaluación diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales, incluyendo los deseos y expectativas del usuario con respecto a actividades personales y roles sociales mediante el manejo de diferentes escalas e instrumentos de evaluación.

Técnicas psicoeducativas individuales y familiares, buscando facilitar al paciente y a su familia información simple y adecuada, que les permitan conocer mejor sus problemas y mejorar sus capacidades de manejo de la enfermedad.

Técnicas básicas de entrenamiento en habilidades sociales o de la vida cotidiana, que permiten ayudar al paciente a mejorar su funcionamiento personal y social, ya sea mediante aplicación directa, ya en colaboración con profesionales más especializados, desde las Unidades de rehabilitación.

Indicaciones de derivación a programas especializados de rehabilitación y apoyo social, cuando así se requiera con participación activa y apoyo al desarrollo de dichos programas, cooperando con los profesionales que trabajan en ellos.

Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos.

Dinámica de grupos.

Afrontamiento y superación del fracaso terapéutico.

3.5. Actitudes:

Contribuir y fomentar en el residente lo que podemos llamar una actitud rehabilitadora, entendiendo por tal la adecuación a lo que hemos definido como filosofía y estrategia de la rehabilitación. Esto significa básicamente incorporar a la consideración de las personas con enfermedades mentales graves la primacía de su condición de ciudadano con dificultades y discapacidades ya que solo alguna de las cuales se pueden entender desde las

conceptualizaciones clínicas tradicionales. La actitud rehabilitadora puede constituirse en el mejor instrumento terapéutico contra el estigma social y la marginación en tanto que fomenta la normalización del paciente. Entre otros componentes de esta “actitud rehabilitadora” deben fomentarse las siguientes cualidades:

- Actitud solidaridad
- Compromiso de aprendizaje y mejora continua
- Predisposición al trabajo en equipo interdisciplinario
- Gusto por el trabajo comunitario
- Constancia y tenacidad
- Capacidad en la asunción de diferentes roles
- Curiosidad, imaginación
- Disponibilidad
- Dinamismo
- Dialogante y negociador
- Colaborador, cooperador
- Promotor del cambio
- Optimista, vitalista
- Resolutivo

4. PSIQUIATRÍA DE ENLACE

4.1 Introducción

La psiquiatría psicosomática y de enlace, es uno de los factores que más ha contribuido al acercamiento de la psiquiatría a la medicina. Gracias a ella, la psiquiatría ha demostrado la necesidad de crear un hueco específico para la psiquiatría en el ámbito asistencial hospitalario. Los beneficios del surgimiento de este nuevo ámbito de actuación, además de los relacionados con la asistencia general recibida por el propio paciente, han sido múltiples y variados, y tanto para los profesionales de la psiquiatría como para los profesionales de otras especialidades médicas y quirúrgicas.

Tal vez donde más se han notado los beneficios aportados por esta nueva actuación psiquiátrica a otras especialidades médicas ha sido en lo referente a las intervenciones conocidas como de enlace y a la difusión de los abordajes psicosomáticos. Gracias a estos nuevos estilos de relación con el paciente

hospitalizado y con los demás médicos del hospital, la psiquiatría ha ido ganándose, cada vez más, el derecho a ser vista como una especialidad con el mismo rigor científico que el resto de especialidades médicas, sin por ello perder su propia identidad y especificidad caracterizada por ese enfoque holístico del paciente. Precisamente ha sido este enfoque formativo y global respecto al paciente lo que ha aportado la Psiquiatría a los demás especialistas implicados en el manejo hospitalario del paciente.

El programa de enlace se corresponde con la formación en nuestro entorno europeo siguiendo las directrices consensuadas en la European Association for Consultation-Liason Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP).

4.2 Formación básica para residentes de Psiquiatría

1) Organización e Integración

La formación se incluye en el curriculum formativo obligatorio de psiquiatría general (de adultos). Los residentes tienen una fuerte carga de trabajo; por tanto, el programa debe ser “factible”. La formación a tiempo completo supone una ventaja al permitir una mejor continuidad de la atención y es preferible que se haga en la segunda parte de la residencia cuando los residentes tienen ya un conocimiento y habilidades en psiquiatría general y, por tanto, pueden integrarse mejor en el trabajo de interconsulta y enlace.

La supervisión de los residentes debe definirse y organizarse con claridad identificando claramente al supervisor, frecuencia e intensidad de la supervisión; supervisión individual o grupal.

4.2. Contenidos

Los contenidos básicos deben incluir actitudes (A), conocimientos (C) y habilidades (H). Los siguientes temas deberán incluirse en cualquier programa formativo en Psiquiatría de Enlace para residentes:

- a) Fundamentos teóricos psicósomáticos (el modelo “bio-psico-social”, psicofisiología, psico-neuro-inmunología): A,C
- b) Habilidades diagnósticas especiales (C, H):
 - Entender los motivos de remisión
 - Entrevista con el paciente médico-quirúrgico
 - Evaluación de problemas médico-psicológicos (p.ej., manejo de la falta de colaboración/ cumplimentación)
 - Comunicación con los pacientes gravemente enfermos o terminales

Comunicación con los allegados del enfermo

c) Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos y “conducta de enfermedad” anormal en pacientes médico-quirúrgicos (C, H):

Delirium y demencia

Trastornos depresivos y de ansiedad

Somatización y trastornos somatomorfos

Trastornos de adaptación

Conducta suicida y daños auto-infligidos

Problemas de abuso de sustancias en entornos médicos

d) Intervenciones especiales en Psiquiatría de enlace:

Psicofarmacología en pacientes médico-quirúrgicos (efectos psicótropos de los medicamentos; efectos secundarios de los psicótropos en enfermedades somáticas; interacciones entre psicótropos y otros medicamentos; etc.)

Intervenciones en crisis e intervenciones psicoterapéuticas de apoyo en pacientes médico-quirúrgicos (incluyendo los familiares, técnicas de relajación, de imaginación; contratransferencia cuando se trabaja en pacientes con graves enfermedades somáticas, etc.)

Coordinación de cuidados ante los paciente médico-quirúrgicos complejos (información sobre las redes sociales; colaboración con otros servicios hospitalarios o externos; atención integral)

Actividades de enlace (comunicación con otros profesionales y equipos sanitarios)

Cartas a los consultantes

Documentación básica

4.3 Formación especializada avanzada

4.3.1 Organización:

Formación posgraduada durante la rotación en Unidades de enlace

4.3.2 Contenidos:

a) Actitudes: Filosofía, identidad del psiquiatra de enlace (A, C)

b) Conocimientos y habilidades (C, H)

Intensificar los conocimientos y destrezas de la formación básica

Temas psicosomáticos especiales en cardiología, oncología, dolor crónico, ginecología, pediatría, geriatría, Sida, UCI, etc.

El paciente complejo: evaluación y coordinación de la atención.

- Psicoterapia: métodos focales, trastornos específicos (terapia cognitivo-conductual, de apoyo, enfoques de grupo)
- Enlace: comunicación en equipos sanitarios, dinámicas de grupo
- c) Temas éticos: A, C, H
 - Asesoramiento en casos de dilemas éticos
- d) Habilidades de gestión/ organización (C, H)
 - Cómo dirigir una Unidad de enlace
 - Planificación para catástrofes (atención a las víctimas ingresadas en el hospital en situaciones de catástrofe)
- e) Investigación en Psiquiatría de enlace (avances importantes relevantes para la psiquiatría de enlace en general, metodología). (C, H)
- f) Docencia en Psiquiatría de enlace (para hacerse tutor) (A, C, H)

4.4.4 Docencia

- a) Seminarios y sesiones clínicas: locales, interdisciplinarias, incluyendo personas que conocen al paciente/ su familia (Médico de Atención Primaria, staff de la planta, staff de la Unidad de Psiquiatría de Enlace).
- b) Sesiones bibliográficas y estudio de la bibliografía
- c) Acompañamiento tutorizado permanente del staff de Psiquiatría de Enlace, reuniones informales y comunicación.
- d) Supervisión: interna y externa, por staff experimentado de Psiquiatría de Enlace
- e) Cursos intensivos: Centros “de excelencia”.
- f) Formación continuada/ cursos de refresco.

4.4.5 Evaluación de la competencia

Se realiza fundamentalmente utilizando el Libro del Residente

- a) Feedback de los tutores (lista de comprobación)
- b) Número mínimo de consultas supervisadas
- c) Examen (para formación avanzada)
- d) Deberán ser desarrolladas medidas de competencia

5. PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

El reconocimiento de la especificidad de la atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica durante la infancia y adolescencia es generalizado y apoyado por distintos informes de expertos, criterios de la OMS y el propio

reconocimiento profesional y académico. En el caso de España, y a pesar de que en los últimos años los miembros de las distintas Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría vienen promoviendo respuestas a la doble necesidad docente y asistencial relacionada con la psiquiatría de la infancia y adolescencia, hasta ahora no se han acreditado unidades docentes para impartir la necesaria formación ni se ha desarrollado de forma sistemática dicha capacitación específica. La sección de Psiquiatría de la infancia y adolescencia de la UEMS en octubre de 1994 publicó un documento que define los requisitos para la psiquiatría y psicoterapia infantil y adolescente (Psiquiatría de la infancia y adolescencia), que sirve de guía para este apartado, adaptándola a la estructura del programa docente MIR en España.

La formación en psiquiatría de la infancia y adolescencia requiere conocimientos y habilidades en profundidad para reconocer, curar, paliar y prevenir enfermedades o anomalías mentales en niños y adolescentes, en el medio hospitalario y ambulatorio, investigando, diagnosticando y tratando los trastornos de psiquiatría infantil descritos por los actuales sistemas internacionales de clasificación psiquiátrica.

5.1. Conocimientos, habilidades y actitud profesional.

a) Conocimientos y habilidades diagnósticas respecto a:

- El desarrollo físico, emocional, intelectual y social, estados de enfermedad, la salud y adaptación social de los padres.
- La psicopatología en niños y adolescentes.
- La psicoterapia de niños, adolescentes y sus familias.
- Estrategias de tratamiento psicosocial y pedagógico.

b) Conocimientos y experiencia:

- Enfermedades somáticas más comunes de los niños y adolescentes, especialmente los trastornos neurológicos, los síntomas somáticos, que puedan ser manifestaciones de una enfermedad mental.
- Los trastornos psiquiátricos generales y trastornos por abuso más importantes de la edad adulta y su tratamiento.
- Métodos de examen psicológico.
- La organización y los recursos, sistema escolar, servicios sociales.
- La organización y los recursos, sistema judicial.

c) Conocimientos generales de:

- La organización y los métodos de psiquiatría infantil.
- La planificación comunitaria sobre la salud y el desarrollo de los niños.

Objetivos específicos.

1. En el ámbito de la psiquiatría de la infancia y adolescencia, los especialistas deberán estar capacitados para investigar, diagnosticar y tratar los siguientes trastornos:

- Desviaciones del desarrollo psicomotor normal, incluidos los trastornos específicos de desarrollo.
- Problemas de dependencia excesiva y emocionales en bebés y niños pequeños.
- Discapacidades relacionadas con la inteligencia.
- Síndromes autistas y trastornos del espectro autista.
- Trastorno de hiperactividad por déficit de atención, problemas de percepción, comportamiento impulsivo y agresivo.
- Síndrome de Tourette y otros trastornos acompañados de tics.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Las alteraciones emocionales durante la infancia y la adolescencia.
- Trastornos alimentarios, incluidas la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.
- Trastornos psicósomáticos.
- Psicosis y estados de confusión que se presenten durante la infancia-adolescencia.
- Trastornos disociales
- Aspecto psicológicos del comportamiento delictivo en menores.
- Reacciones en crisis.
- Trastorno de estrés post-traumático (incluidos los problemas de inmigrantes y refugiados).
- Niños en los que se han identificado abusos infantiles y sexuales.
- Adolescentes con comportamiento antisocial y problemas de abuso de sustancias.
- Trastornos de personalidad en adolescentes mayores.

2. Deberán conocer:

- La etiología de los trastornos mentales con análisis de la trascendencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales.
- La epidemiología de la enfermedad y los trastornos mentales en niños y adolescentes; la estructura, la química, la psicología y la función de la psicofarmacología del sistema nervioso central.
- La psicología del desarrollo (incluidos conocimientos actualizados de psicología cognitiva y neuropsicología).
- Crisis evolutivas.
- Varias teorías de relación familiar.
- La legislación vigente y su aplicación a la atención médica, los servicios sociales y el cuidado de los discapacitados.
- De los temas que afecten a inmigrantes y refugiados (desarrollo de competencias culturales).
- De los temas relacionados con los seguros.
- Administración y gestión laboral.

3. Habilidades diagnósticas en:

- Métodos de orientación y anamnesias.
- La evaluación del desarrollo motor-neurológico.
- La descripción del estados mentales.
- La evaluación de la función y los recursos del individuo, la familia y la infraestructura.
- La evaluación del riesgo de suicidio.
- La utilización de baremos de puntuación y entrevistas estructuradas.
- La coordinación del trabajo del equipo de psiquiatría infantil.

4. Habilidades en:

- planificar y coordinar los métodos de tratamiento psicoterapeúticos y pedagógicos y las medidas de habilitación en entornos ambulatorios y hospitalarios y en colaboración con otros cuidadores y otras personas implicadas.
- Dar información, consejos y apoyo a los pacientes y sus familias.
- Psicoterapia (p. ej. psicodinámica, conductual y/o cognitiva) incluida la intervención en situaciones de crisis, terapia individual, de grupo y familiar, la terapia psico-educativa, la terapia ambiental y la creación de una red de apoyo.
- Psicofarmacoterapia y otros tratamientos somáticos.

- La emisión de certificados e informes.
- Obtener información sobre servicios sanitarios, servicios sociales y otros órganos implicados.
- La evaluación y manejo de cuestiones de custodia infantil, derechos de visita y abusos infantiles (incluidos los abusos físicos, el abandono psicológico y los abusos sexuales).
- Servir como testigo ante los tribunales.

5. Habilidades prácticas en:

- Métodos de evaluación y seguimiento de actividades.
- Buscar, controlar e informar críticamente sobre la investigación hermenéutica.
- Liderar la formación y la enseñanza continuas (principalmente para personal del propio campo).

Documentación.

En el ámbito de la pediatría, los especialistas deberán estar capacitados para investigar y diagnosticar los siguientes trastornos:

- Trastornos del desarrollo psicomotor.
- Enfermedades neurológicas comunes y trastornos discapacitantes, incluidos los trastornos acompañados de crisis comiciales.

Duración de la formación.

El psiquiatra general deberá tener una formación total de 4-6 meses en psiquiatría infantil y de la adolescencia.

6. PSICOTERAPIA

Las Psicoterapias se contemplan como instrumento terapéutico básico y esencial, conjuntamente con las terapéuticas biológicas y sociales, en la Psiquiatría y, por ende, en la formación de sus especialistas.

6.1. Definición

En el contexto de este programa de formación se entiende por “Psicoterapia” todo tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento, promueva y facilite una adecuada adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar.

6.2. Principios

La formación en psicoterapia debe: 1) Estar basada en la supervisión reglada, con asunción progresiva de responsabilidad, 2) Fundamentarse en los hallazgos de la investigación empírica, 3) Prestar atención a los aspectos de la persona del terapeuta implicados en la práctica de la psicoterapia y en la adquisición del rol de terapeuta, 4) Estar estructurada de tal manera que el progreso en la formación sea evaluable.

6.3. Competencias

Una forma conveniente de abordar el desarrollo del plan de formación se basa en la consideración de las necesidades de aplicación de psicoterapia en el curso de la actividad asistencial cotidiana. Desde esta perspectiva se podrían considerar cuatro niveles de competencia.

Un primer nivel básico que debería ser puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica, sea esta de carácter psicológico, biológico o social, consiste en el desempeño de las siguientes competencias:

- 1) Facilitar el desarrollo de una relación de ayuda (escucha activa, empatía, concreción y respeto)
- 2) Entrevistar (Obtener información, formular, devolver y establecer objetivos, conducir el tratamiento, terminar y dar el alta)
- 3) Acordar y mantener los límites de la relación y el encuadre;
- 4) Dar instrucciones, informar e impartir psicoeducación
- 5) Identificar los obstáculos para el cambio terapéutico
- 6) Reconocer y manejar las emociones propias y del paciente
- 7) Reconocer y manejar las implicaciones psicológicas del tratamiento farmacológico y de la hospitalización
- 8) Establecer una alianza de trabajo con el supervisor.

Un segundo nivel comprende las destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar la problemática psicológica que se asocia a los trastornos mentales independientemente de su diagnóstico, tales como las dificultades de relación social, laboral y familiar derivadas de la sintomatología, las dificultades de cumplimentación, los problemas que conlleva el seguimiento de pacientes psicóticos crónicos, la detección y manejo de las situaciones de riesgo y el apoyo psicológico a los pacientes con trastornos somáticos.

Las competencias de este nivel son las necesarias para el ejercicio de la Psicoterapia de Apoyo y para la Intervención en Crisis, con aplicaciones específicas para los casos anteriormente expuestos

Las competencias necesarias para ejercer la Psicoterapia de Apoyo son:

- 1) Reconocer la indicación
- 2) Evaluar las funciones del yo
- 3) Intervenir para apoyar las defensas
- 4) Reconocer la existencia de conflicto interno y ayudar al paciente a contenerlo absteniéndose de interpretar
- 5) Reforzar las actividades adaptativas
- 6) aconsejar, establecer límites y educar cuando sea apropiado
- 7) Intervenir sobre el entorno del paciente directamente o en su nombre, en caso necesario.

Las competencias necesarias para practicar la Intervención en Crisis son:

- 1) Establecer la alianza terapéutica con rapidez
- 2) Identificar el motivo desencadenante de la crisis y la respuesta del paciente
- 3) Identificar las estrategias defensivas habitualmente empleadas por el paciente
- 4) Facilitar la expresión de sentimientos y emociones
- 5) Normalizar la reacción emocional del paciente en el escenario de la crisis
- 6) Focalizar la terapia en la crisis.

El tercer nivel se refiere a la adquisición de competencias para aplicar técnicas psicoterapéuticas orientadas a complementar el tratamiento farmacológico o de rehabilitación de trastornos específicos, tales como:

- 1) Exposición y Desensibilización Sistemática para las fobias
- 2) Prevención de la Respuesta y Detención del Pensamiento para los trastornos obsesivos
- 3) Inducción de estados de relajación para los trastornos de ansiedad
- 4) Solución de Problemas para los trastornos adaptativos
- 5) Intervención familiar y psicoeducación para los familiares de pacientes psicóticos
- 6) Entrenamiento asertivo para los trastornos de la personalidad por evitación y dependencia

7) Uso de técnicas cognitivas para el manejo de los trastornos por somatización e hipocondriasis

8) Terapia Sexual de pareja para aliviar las disfunciones sexuales primarias y las que se asocian a los diversos trastornos psicopatológicos

9) Enmarcar psicoterapeuticamente las intervenciones farmacológicas. La lista no pretende ser exhaustiva sino solamente ilustrar la existencia de técnicas que aunque desarrolladas en el marco de modelos psicoterapéuticos específicos han mostrado su eficacia aisladamente en el tratamiento de determinadas patologías.

El cuarto nivel, nivel de subespecialización, se refiere a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal que se ajusta estrictamente a un modelo y que se aplica según las directrices propias del modelo, lo cual incluye:

1) Conocer las bases teóricas, la teoría de la técnica, las indicaciones y la eficacia de diversos modelos psicoterapéuticos, incluyendo la orientación psicodinámica, la sistémica, la cognitivo-conductual y la interpersonal, en las modalidades individual, de pareja, de familia y de grupo.

2) Realizar intervenciones psicoterapéuticas en al menos dos de ellos, con un nivel de responsabilidad completo

3) Identificar y reconocer las limitaciones profesionales y personales y buscar apoyo y supervisión cuando sea conveniente para mejorar los servicios que presta a sus pacientes

4) Encuadrar la práctica de la Psicoterapia según las necesidades de la población que demande asistencia en el marco de los servicios sanitarios acreditados

5) Desempeñar el papel de miembro de un equipo multidisciplinario para recibir y derivar pacientes, realizar tratamientos compartidos y combinados y actuar de consultor en su especialidad

6) Iniciarse en la planificación, organización, administración, y evaluación de un servicio o sección de Psicoterapia, incluyendo tareas de docencia y supervisión con residentes del Programa de Psiquiatría y Psicología Clínica

7) Mantener permanentemente actualizado su nivel de conocimientos y de destrezas. El residente al final de su rotación por los diferentes servicios de Salud Mental (Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidad de

Hospitalización, Comunidad Terapéutica, Unidad de media estancia, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y Centro de Drogodependencias, deberá haber adquirido los conocimientos teórico-prácticos necesarios para realizar un correcto diagnóstico del caso, así como planificar de la manera más eficiente posible, un plan individualizado de tratamiento. Contará con las bases necesarias para planificar actividades de prevención de la enfermedad, o rehabilitación del trastorno mental crónico, así como para el diseño de trabajos de investigación.

4.4. Sesiones

Los residentes de Psiquiatría cuentan con un programa de formación anual en el que se incluyen:

-Sesiones clínicas, seminarios bibliográficos, monográficos : 4 horas/semanas. Impartidos por residentes y adjuntos y tutelados por adjuntos.

-Seminarios de iniciación a la psicoterapia: 4 horas/semana. Impartidos por adjunto con formación específica en cada una de las siguientes técnicas psicoterapéuticas: Terapia de apoyo, Terapia sistémica, Terapia cognitivo-conductual.

-Seminarios monográficos organizados por la Fundación castilla del Pino: Programados durante todo el curso, con frecuencia 1/mes. Impartidos por profesionales de reconocido prestigio nacionales y extranjeros. (según programa anual)

-En cada una de las rotaciones, los residentes participan de los Seminarios que el Servicio tenga establecidos

Los seminarios se anuncian en los espacios de tutoría y formación con una antelación mínima de 6 meses. Proximamente se anunciarán en el Portal MIR

4.5. Asistencia a cursos y congresos

Los residentes cuentan con programa de tutoría donde se les orientará acerca de las actividades de formación externa, valorando aquellas que sean de más interés en aras de su formación y potenciando su asistencia y participación activa en las mismas. Se incita y valora la elaboración de trabajos científicos que se expondrán como conferencias, comunicaciones y/ póster en las jornadas científicas.

4.6. Guardias

Guardias Hospitalarias

Objetivos:

- Manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicosocial y familiar, etc.)
- Evaluación de la urgencia psiquiátrica (criterios de ingreso y derivación)

Actividades:

- Se realizarán a lo largo del periodo de formación un mínimo de 4 y un máximo de 6 guardias al mes (en cómputo anual). Dichas guardias se llevarán a cabo cuando menos a partir del 2º cuatrimestre del primer año de residencia.
- El residente estará supervisado durante el primer año por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física, pudiéndose, durante el resto de la residencia, establecer otras modalidades siempre que garanticen la supervisión.

4.7. Otros

Los residentes deben presentar, obligatoriamente un trabajo de investigación en el último año de residencia

5. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Alda, J.A.; Gabaldón, S. Urgencias psiquiátricas del niño y adolescente. Masson, 2007
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. . Barcelona: Masson 2003
- American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Ars Medica, 2006
- Belloh, A.; Sandín, B.; Ramos F. Manual de psicopatología. Vol 1 y 2. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. 1996
- Castilla del Pino, C: Introducción a la psiquiatría. Tomos I y II. Madrid: Alianza 1993
- CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación . Madrid: OMS-Meditor
- Hyman, S.E, Tesar, G.E: Manual de urgencias. 3ª edición Masson 1996
- Luque, R.; Villagran, J.M: Psicopatología Descriptiva: Nuevas tendencias. Madrid: Trota ,2000.
- Sadock, B.J.; Sadock, V.A: Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Novena edición. Waverly hispánica. 2004
- Schatzberg, A.F.; Nemeroff, C.B: Tratado de Psicofarmacología. Barcelona. Masson: 2006
- Vallejo Ruiloba, J.E. y otros: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Salvat. 2002
- Wiener J.M.: Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolecencia. Barcelona: Masson, 2006
- <http://www.psiquiatria.com>
- <http://www.portalmir.es/>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>
- <http://bjp.rcpsych.org/>
- <http://www.ajhb.org/>

6. EVALUACIÓN

Se atenderá a lo establecido en la parte general de la guía de Formación de Especialistas. Pero como elemento clave que es del proceso formativo, y especialmente en el caso de la Psiquiatría, debe considerar de forma especial las actitudes, debido a su especial importancia, que en algunos casos puede incluso considerarse superior a la del resto de los conocimientos objetivables. La evaluación siempre servirá de estímulo para garantizar un nivel de calidad y, el feedback que se obtiene permite corregir las posibles deficiencias del sujeto o elemento evaluado: Residentes, Tutores, Programas, Proceso Formativo, Unidades Docentes, etc. De este modo, el proceso de evaluación es útil tanto para el residente, como para las Unidades Docentes y la propia Comisión Nacional de la Especialidad.

Los residentes son evaluados en cada una de sus rotaciones por tutores de las mismas. Posteriormente se realiza una evaluación anual a cargo de las tutoras de la especialidad de psiquiatría y la Jefa de Estudios del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

6.1. HOJAS DE EVALUACIÓN POR ROTACIÓN

Los residentes serán evaluados en cada uno de los servicios por los que roten por el tutor de rotación. Se utilizará el modelo que se acompaña en el anexo. Los tutores de la especialidad supervisarán dichas evaluaciones.

6.2. HOJA DE EVALUACIÓN FINAL

Los residentes serán evaluados anualmente por los tutores de la Especialidad y la Directora de la Comisión de Docencia del Hospital Reina Sofía. Se utilizará el modelo que se adjunta en el anexo.

6.3. MEMORIA ANUAL

Cada residente realizará, obligatoriamente, una memoria anual en la que se recogerán rotaciones realizadas, actividades de formación, actividades docentes, trabajos investigación, participación en cursos, seminarios, congresos o reuniones científicas, que será supervisada por los tutores. Se utilizará el modelo que se adjunta en Anexo

6.4. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE AL HOSPITAL

Los residentes tienen el derecho y la obligación de evaluar de forma anónima al Hospital. Para ello se utilizará modelo que se adjunta en Anexo que deberán entregar, en sobre cerrado, en la Secretaría de la Comisión de Docencia

6.5. EVALUACIÓN DEL RESIDENTE AL SERVICIO

Los Residentes ejercerá su derecho y deber de evaluar de forma anónima a la Unidad Docente. Para ello se utilizará modelo que se adjunta en Anexo que deberan entregar, en sobre cerrado, en la secretaría de la Comisión de Docencia.

7. PLAN INDIVIDUALIZADO DE ROTACIONES

Los Residentes recibirán, en su primer año, el plan individualizado de rotaciones. El tutor de la especialidad orientará a los residentes acerca de la elección de sus periodos de libre elección y contactará con el servicio elegido para concretar objetivos y actividades y facilitar la incorporación al servicio elegido.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRIA

R1

Nombre y apellidos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	
	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	
	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	
	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	USMC	

R2

Nombre y apellidos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	USMC	USMC	USMC	USMC	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	
	USMC	USMC	USMC	USMC	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	
	USMC	USMC	USMC	USMC	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	
	USMC	USMC	USMC	USMC	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	

R3

Nombre y apellidos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	URA-HD	URA-HD	URA-HD	UME	UME	UME	USMIJ
	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	CPD	CPD	LE	LE	LE	LE	LE
	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UME	UME	UME	URA-HD	URA-HD	URA-HA	CPD
	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	UHSM	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	UME

R4

Nombre y apellidos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	CPD	CPD	LE	LE	LE	LE	LE
	URA-HD	URA-HD	URA-HD	UME	UME	UME	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ
	CPD	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	USMIJ	LE	LE	LE	LE	LE
	UME	UME	CPD	CPD	LE	LE	LE	LE	LE	URA-HD	URA-HD	URA-HD