

PROTOCOLO DE SUPERVISION

M.I.R. PSIQUIATRIA

versión 2016

La formación del médico residente implica, según la normativa legal vigente ¹, la asunción progresiva por parte del residente de responsabilidades tanto en las rotaciones programadas como en la atención urgente realizada en las guardias. Paralelamente, a lo largo de los 4 años de residencia de Psiquiatría el MIR irá teniendo un nivel decreciente de supervisión a medida que se avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de médico especialista en Psiquiatría.

La arriba mencionada normativa legal actual indica también explícitamente la obligación de realizar una supervisión directa del residente durante el primer año de especialidad.

1. SUPERVISION DEL M.I.R. DE PSIQUIATRIA EN LAS ROTACIONES

Según marca la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 en su artículo 20, el sistema formativo de residencia obliga a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al facultativo en formación adquirir las competencias propias de la especialidad. Se realizará mediante una práctica profesional programada y supervisada, destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarias para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad, Psiquiatría en este caso.

Cada uno de los miembros del Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (*AGCPSM en adelante*) del Hospital Universitario 12 de octubre (*HUI2O en adelante*), donde se inserta su Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (*UDMSM en adelante*) asumirá funciones de tutor del residente mientras el residente esté bajo su supervisión y responsabilidad. Así, el R.D. 183/2008, artículo 14, establece “*el deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes*”. El modelo de formación durante este periodo será centrado en el que aprende. La función del psiquiatra a cargo del residente será la de tutelar y orientar el aprendizaje personal por parte del residente y facilitar la asunción progresiva de responsabilidades por éste a medida que adquiera conocimientos y habilidades, en estrecha coordinación tanto con el tutor de rotación y/o área de capacitación como con el tutor personal oficial del residente (artículo 15).

El residente, por su parte, deberá asumir un papel activo en su formación, responsabilizándose de su aprendizaje y atendiendo a las indicaciones de los especialistas de los diferentes servicios y dispositivos asistenciales por donde esté rotando sin perjuicio de plantear a dichos profesionales y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación profesional.

¹ Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 (art. 20) y R.D. 183/2008 (art. 14 y 15)

AGC Psiquiatría y Salud Mental

Los elementos básicos del aprendizaje serán:

- la labor clínica diaria como médico licenciado (o doctorado) que es en proceso de consecución de la titulación de especialista en Psiquiatría,
- el estudio personal (para lo cual tanto en los distintos seminarios y actividades docentes programadas en la UDMSM como en las Guías de Rotación específicas de nuestra UDMSM ² se facilita bibliografía de estudio, tanto básica como de ampliación de conocimientos),
- las sesiones clínicas de Área y de los distintos dispositivos asistenciales que componen la UDMSM,
- los cursos, talleres, seminarios y resto de actividades docentes programadas en el Calendario Docente anual de la UDMSM y HU12O y otras actividades docentes en las que el residente participe para complementar su formación MIR

El médico residente en ningún caso puede considerarse un estudiante, ya que es un MEDICO ya titulado, siendo su derecho el de recibir docencia y supervisión y su deber el de prestar una labor asistencial. Siempre que exista cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá solicitar ayuda al facultativo supervisor inmediato, su tutor de rotación Y7o área de capacitación y/o tutor personal. Cada caso que atienda el residente tendrá como referente un **FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL SERVICIO** (tanto para supervisión del caso según los distintos niveles de control que referimos a continuación como para derivación del caso una vez que el residente finalice su rotación y cambie de dispositivo asistencial según su cronograma formativo). En facultativo especialista del caso que atiende el residente debe figurar con claridad en la historia clínica del paciente (formato electrónico o papel).

Cada residente de Psiquiatría de la UDMSM tiene asignado en todo momento un **TUTOR PERSONAL**, con quien diseñará su **ITINERARIO FORMATIVO PERSONAL** en base a la concreción del programa oficial de la especialidad de Psiquiatría en nuestra UDMSM: la **GUIA ITINERARIO FORMATIVO TIPO** (GIFT) actualizado (consultable en la web: www.psiquiatria12octubre.org – apartado Docencia / UDMSM).

Los objetivos de cada rotación se plasman en nuestra UDMSM en las correspondientes **GUÍAS DE ROTACIÓN** específicas (consultable en la web: www.psiquiatria12octubre.org – apartado Docencia / UDMSM).

² Guías de Rotación de la UDMSM del HU 12 de Octubre: consulta actualizada en www.psiquiatria12octubre.org (apartado Docencia – UDMSM)

2. NIVELES DE SUPERVISION

2.1 NIVEL I: CONTROLES DE PRIMER NIVEL (SUPERVISION DIRECTA O SUPERVISION PERSONAL)

El objetivo de este primer nivel de formación es que el médico residente se familiarice con el manejo de la patología habitual del Servicio, incluidas las Urgencias generales y las específicas de Psiquiatría, así como el aprendizaje básico de las diferentes técnicas propias de la especialidad (habilidades de entrevista en Salud Mental, diagnóstico psiquiátrico multiaxial, diagnóstico diferencial, tratamientos biológicos y psicológicos básicos respaldados por la evidencia científica y la *lex artis*).

Implica la supervisión, continua, personal y presencial por parte del facultativo especialista responsable de la formación. EL MIR no dispone de ninguna función autónoma que implique responsabilidad sobre el paciente en los momentos iniciales de cada rotación y va incrementándose ésta de forma progresiva, asegurando durante este primer año la obligación legal de que el MIR-1 no firme documento oficial alguno de forma autónoma y sin supervisión.

Este nivel de control se debe utilizar:

- durante el primer año de Residencia de forma inicial
- al comienzo de las nuevas rotaciones en los años siguientes
- durante la implantación de técnicas diagnósticas o terapéuticas novedosas para el residente o en procedimientos de alto riesgo y complejidad durante todo el periodo formativo, según criterio del facultativo responsable último del caso.

2.2 NIVEL II: CONTROLES DE SEGUNDO NIVEL (SUPERVISION INDIRECTA)

El objetivo de este segundo nivel de responsabilidad es que el MIR vaya adquiriendo soltura en el manejo de toda la patología habitual del Servicio, con una cierta y progresiva libertad en sus actuaciones pero siempre con la autorización del facultativo especialista del AGCPSM o dispositivo asociado o externo donde rote.

Este tipo de control deberá realizarse en todos los casos de las rotaciones a partir de que el especialista responsable del caso asignado al MIR, el tutor de rotación y/o el tutor personal lo considere oportuno. A partir del segundo año ya no existe la restricción legal de que cada uno de sus informes y/o documentos administrativos relacionados con la asistencia prestada sean asimismo visados por el especialista, si bien se considerará muy aconsejable en aquellos casos que dicte la *lex artis* y la práctica asistencial habitual del AGCPSM (p.e. informes de alta UHB, informes clínicos para solicitud de prestaciones socio-económicas de relevancia o para temas de incapacidad laboral con evolución tórpida, informes de derivación a dispositivos específicos de nuestra red de Salud Mental o externos, informes

AGC Psiquiatría y Salud Mental

para indicación de procedimientos específicos - como TEC o psicocirugía - , determinadas indicaciones diagnósticas y/o terapéuticas novedosas y/o de alto coste económico de tratamientos biológicos u otras).

2.3 NIVEL III: CONTROLES DE TERCER NIVEL (SUPERVISION GENERAL O A DEMANDA)

El objetivo de este tercer nivel es dotar al MIR del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como médico especialista en Psiquiatría.

El MIR tiene plena autonomía para realizar la tarea. Se deja a su criterio la solicitud de ayuda o de intervención por parte del especialista último responsable del caso (quien tiene que estar, sin embargo, en situación de disponibilidad, tanto durante las rotaciones programadas como durante las guardias, que en nuestro Hospital se realizan de presencia física por parte del psiquiatra.

Este tipo de control se aplicará al final de la residencia o cuando la experiencia profesional acumulada lo aconseje de forma individual.

Ya antes de que apareciera la actual normativa vigente la Unidad Docente de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre había implantado en los últimos meses de la residencia en nuestro Servicio la rotación denominada *Senior*, cuyo objetivo primordial era el de facilitar la puesta en práctica por parte del residente a punto de finalizar su formación MIR de las habilidades y competencias adquiridas durante el periodo formativo previo con un máximo de autonomía, prácticamente similar al exigible a todo especialista finalmente acreditado.

CLAUSULA DE SALVAGUARDA

Si el facultativo especialista y/o tutor de rotación 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 personal asignado, quien lo comunicará asimismo al Jefe de Servicio, los cuales una vez analizadas las circunstancias podrán denegar este nivel de responsabilidad o retrasarlo en el tiempo hasta que el residente esté capacitado. Para facilitar la corrección de dicha carencia formativa se podrán los medios docentes necesarios para subsanarla.

3. SUPERVISION DE LOS RESIDENTES EN URGENCIAS

Durante las guardias el médico residente deberá implicarse progresivamente en las actuaciones y toma de decisiones propias de dicho dispositivo. Las funciones del MIR variarán según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad.

3.1 RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Durante los 6 primeros meses de la Residencia de Psiquiatría en el HU12O los residentes de Psiquiatría realizan guardias en la Urgencia General (coordinadora: Dra. Lorena Castro), rigiéndose su actuación según el **Protocolo de las Urgencias Generales del HU 12 de Octubre**.

Antes de comenzar a realizar guardias específicas de Psiquiatría el residente realizará una rotación de una semana que denominamos **“Inmersión en las Urgencias de Psiquiatría”**, cuyos objetivos docentes y organización se describe en la **Guía de Rotación de Urgencias de Psiquiatría** de nuestra UDMSM (se transcribe al final de este documentos: Anexo D).

En este periodo el MIR se familiarizará con el funcionamiento de las Urgencias de Psiquiatría, tanto a nivel general como de las del H.U. 12 de Octubre en concreto, asumiendo un papel progresivamente activo en las mismas, con las restricciones legales que marca el RD 183/2008. Para ello se estudiará de forma crítica el **Protocolo de Urgencias de Psiquiatría** (versión Junio 2010 o actualizaciones posteriores: consulta en la web del AGCPSM: www.psiquiatria12octubre.org (apartado Asistencia – Protocolos).

Se procurará que coincidan en la planificación de las guardias de Psiquiatría de primer año un R-1 con un residente mayor. El especialista de Psiquiatría de presencia física estará disponible y accesible en todo momento.

En ningún caso el R-1 podrá emitir in informe sin contar con la autorización y supervisión directa del psiquiatra de guardia, que es en última instancia el responsable de las actuaciones realizadas por el residente durante su primer año de formación.

3.2 RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO Y SIGUIENTES

A partir del segundo año los médicos residentes de Psiquiatría deberán ir adquiriendo progresivamente responsabilidades en todas las facetas de la práctica asistencial de las Urgencias psiquiátricas (distintos diagnósticos en el eje I y eje II, distintos rangos poblacionales, distintas situaciones legales del paciente a evaluar, distintas comorbilidades y medicación no psiquiátrica concomitante).

AGC Psiquiatría y Salud Mental

La supervisión de estos residentes se realizará siguiendo una pauta progresiva de delegación de responsabilidades en el residente, pasándose de una supervisión directa a una supervisión puntual y del resultado de su trabajo y finalmente a una supervisión a demanda del residente, de acuerdo con lo estipulado en el apartado “Niveles de Supervisión”.

4. TUTORES M.I.R. PSIQUIATRIA y TUTORES DE ROTACION Y/O AREA DE CAPACITACION

Los tutores con nombramiento de la UDM de Salud Mental son:

- Dra. Montserrat Caballero González
- Dr. Francisco Arias Horcajadas
- Dr. José Carlos Espín Jaime
- Dr. Pedro Sanz Correcher
- Dr. L. Santiago Vega González (coordinador de la UDMSM)

Los tutores de rotación y/o área de capacitación actualmente son:

- Tutora Unidad de Hospitalización Breve: Dra. Montserrat Caballero González
- Tutor C.S.M. Carabanchel-Pontones: Dra. Alicia Vírseda Antoranz
- Tutor C.S.M. Villaverde: Dr. Javier Rodríguez Torresano
- Tutor C.S.M. Usera: Dr. Pedro Holgado Madera
- Tutor Interconsulta de Psiquiatría: Dr. Ricardo Angora Cañeco
- Tutor Psicogeriatría: Dra. M^a Jesús del Yerro Alvarez
- Tutor Infanto-Juvenil: Dr. José C. Espín Jaime
- Tutora Psicoterapia: D^a. Ana López Fuentetaja
- Tutor Programa Alcohol y Ludopatía: Dr. Gabriel Rubio Valladolid
- Tutor Unidad de Transición Hospitalaria: Dra. Isabel Martínez Gras
- Tutor Programa TEC: Dr. Roberto Rodríguez Jiménez
- Tutor Rehabilitación Psicosocial: D. Diego Pulido Valero
- Tutor Investigación: Dr. Diego Padilla Torres
- Tutor Urgencias de Psiquiatría: Dr. Pedro Sanz Correcher

GUIA DE ROTACION:

**“INMERSION EN LAS
URGENCIAS DE PSIQUIATRIA”**

Hospital Universitario 12 de Octubre

1. Objetivo del documento

Servir de guía y referencia para los residentes en su rotación por inicial de 2 semanas por las Urgencias de Psiquiatría del Hospital. Se plantean los conocimientos y habilidades que se deben adquirir y desarrollar durante el período de rotación. Se señala la bibliografía recomendada. En base a esta guía, los adjuntos desarrollarán su docencia, y la supervisión del trabajo de los residentes.

2. Información práctica del recurso

- Urgencias de Psiquiatría
Hospital Universitario 12 de Octubre
Ctra. Andalucía Km 5.4 - 28041 Madrid

Accesos: Metro “Hospital 12 de Octubre”, Estación Cercanías RENFE “Hospital 12 de Octubre”

- o Tutor de rotación: Dra. Pedro Sanz Correcher
Tfno.: 638 031 716
E-mail: pedro.sanz@salud.madrid.org

3. Objetivos básicos del dispositivo

Las guardias de Psiquiatría forman parte de las obligaciones asistenciales y docentes del residente y adjuntos de Psiquiatría, según el programa nacional de la especialidad, protocolo de la Unidad Docente y normas de funcionamiento del Servicio de Psiquiatría de este hospital.

AGC Psiquiatría y Salud Mental

En nuestro hospital existe un psiquiatra adjunto de referencia para las Urgencias de Psiquiatría de 8 a.m. a 15 p.m. los días laborables (**Dr. Pedro Sanz**). Durante el resto del tiempo el equipo de guardia de Urgencias de Psiquiatría está constituido por un adjunto (responsable último de la guardia de Psiquiatría durante su turno) y dos residentes. Atienden las urgencias psiquiátricas de la General, Materno-Infantil, UHB y resto del hospital.

Cuando comencéis vuestras guardias de Psiquiatría como R-1 procurad no programar ninguna hasta haber hecho la rotación práctica de una semana que llamamos “**Inmersión en las Urgencias de Psiquiatría**”, con el adjunto responsable de las Urgencias de Psiquiatría. Dicha rotación se realiza antes de comenzar la rotación por el CSM.

Todo paciente que acude a las Urgencias de Psiquiatría será evaluado y atendido según la *Lex Artis* y protocolos de actuación correspondientes. Existe un **protocolo** específico de la Urgencia de Psiquiatría que conoceréis en esta rotación práctica inicial por la Urgencia.

Tras la evaluación inicial el residente actuará según el **principio de responsabilidad progresiva** y el de **gradual aumento de la autonomía**, según marca el RD Febrero 2008, pudiendo obviamente solicitar la supervisión del adjunto responsable de la guardia en todo momento.

La **lista de guardias** de adjuntos y residentes de cada mes se entrega en la Dirección Médica el día 20 del mes anterior, firmadas por el Jefe de Servicio.

TODOS los cambios de guardias (salvo fuerza mayor imprevista) **realizados a partir del día 20 del mes anterior deben ser solicitados POR ESCRITO MECANOGRAFIADO remitido al Jefe de Servicio de Psiquiatría a través del personal de Secretaría** (Yolanda, Jesús o quien corresponda) **justificando el motivo del cambio**, para que dicho cambio pueda ser remitido autorizado por el jefe de Servicio a Personal. Se debe identificar claramente la fecha de la guardia a cambiar, profesional inicialmente asignado y profesional que asume dicha guardia tras el cambio. No se tramitará ninguna solicitud que no cumpla estos requisitos. El adjunto o residente responsable de cualquier incidencia en una guardia cuyo cambio no ha sido correctamente justificado será el que figure en la lista de guardias OFICIAL remitida a Personal desde Secretaría el día 20 del mes anterior a la realización de la guardia.

El representante MIR y resto de compañeros os explicarán el procedimiento de distribución inicial de las guardias de residentes de Psiquiatría.

Es fundamental cuidar el material administrativo e informativo disponible en las Urgencias de Psiquiatría, costosamente recopilado a lo largo de los años y que nos facilitan la tarea asistencial.

4. Competencias a adquirir durante la rotación

- Conocimiento y práctica de las **técnicas básicas de entrevista psiquiátrica en Urgencias**
- Conocimiento y manejo práctico de las **pruebas complementarias** más habituales en Urgencias de Psiquiatría de un hospital general (analíticas, pruebas complementarias, solicitud de Interconsulta a otros especialistas en Urgencias, pruebas de despistaje rápido en Urgencias, etc...)
- Conocimiento y manejo de los **psicofármacos** de uso habitual en las Urgencias de Psiquiatría
- **Evaluación integral del paciente en las Urgencias de Psiquiatría**, enfatizando los aspectos de **diagnóstico diferencial** tanto con otras patologías médicas no psiquiátricas como otras problemáticas psico-sociales que no es deseable psicologizar / psiquiatrizar / medicalizar
- Conocimiento inicial de la **red de Salud Mental y criterios de derivación a los distintos dispositivos, tanto sanitarios como sociales**, de la Comunidad de Madrid (en especial aquellos con los que se trabaja en Urgencias)
- Conocimiento y análisis crítico de los **aspectos éticos-legales** que delimitan nuestra actuación en Urgencias

5. Actividades prácticas de interés docente que se ofertan en la rotación

- Conocimiento del **Protocolo de Urgencias de Psiquiatría** del Servicio de Psiquiatría del hospital ³, donde se especifican numerosas informaciones prácticas para el trabajo en nuestro Hospital. Disponible en la web del Servicio de Psiquiatría:
<http://www.psiquiatria12octubre.org/asistencia/protocolosasistenciales.php>
- Observación del trabajo cotidiano en Urgencias de Psiquiatría de los profesionales del servicio que trabajan en Urgencias
- Iniciación en la actividad clínico-asistencial e investigadora que se lleva a cabo en las Urgencias de Psiquiatría del hospital

³ Actualmente vigente la versión de Junio 2010

6. Bibliografía recomendada

- AEN, SEP y SEPB. **Manual del Residente de Psiquiatría**. GSK. Madrid, 2010

Descarga gratuita tras registro en: <http://www.manualresidentepsiquiatria.es/>

Capítulos del Area de Urgencias (páginas 499 a 536):

- Cap. 54 Urgencias psiquiátricas: aprendizaje del residente
 - Cap. 55 Urgencias psiquiátricas. Urgencias e intervención en crisis
 - Cap. 56 Agitación y comportamientos violentos
 - Cap. 57 Comportamientos autolíticos
 - Cap. 58 Trastorno facticio
- Bolea B, Izquierdo T, Sánchez J y Vidal J. **Urgencias psiquiátricas más frecuentes**. En: Carcavilla AB et al. **Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre**. MSD. Madrid, 2007 (*ver la última versión editada*)
1. **Manual de Urgencias Psiquiátricas**. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Editorial Masson, 2003.
 2. **Emergency Psychiatry: An introduction**. Ali Kazim, MD. *Medicine and Health* Rodhe Island 86 (10): 301-305, Oct 2003
 3. **An Emergency Treatment Hub and Spoke Model for Psychiatric Emergency Services**. Warren Lee T, Renaud E, Hills O. *Psychiatric Services* 54 (12): 1590-1591, 2003.
 4. **Establishing a New Research Agenda for Studying Psychiatric Emergency Room Treatment Decisions**. Blitz C, Solomon P, Feinberg M. *Mental Health Services Research* 3 (1): 25-34, 2001
 5. **Psychiatric Emergencies call for Comprehensive Assessment and Treatment**. Lamberg L. *JAMA* 288 (6): 686-687, 2002
 6. **Emergency psychiatry and its vicissitudes**. Strauss G. *Psychiatric Services* 54 (8): 1099-1100, 2003.
 7. **Treatment of Referred Psychiatric Patients by General Hospital Emergency Department Psycicians**. Mazeh D, Melamed Y, Barak Y. *Psychiatric Services* 54 (9): 1221-1223, 2003.

8. **Five-Year Outcomes Following Psychiatric Consultation to a Tertiary Care Emergency Room.** Lambert M, LePage J, Schmitt A. Am J Psychiatry 169 (7):1350-1353, 2003.

Se reseñan a continuación algunas recomendaciones bibliográficas sobre psicofarmacología aplicada recogidas de "Apuntes al curso de Psicofarmacología aplicada" Cuadernos de Salud Mental del 12. Nº 2 (2010)⁴ útiles en la iniciación al manejo psicofarmacológico:

- Stephen M. Sthal. **Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas.** 3ª edición (castellano). Aula Médica. Madrid, 2010

Tercera edición en español (la 3ª edición en inglés fue publicada en 2008) de esta obra imprescindible de Sthal. Aporta de forma muy pedagógica y con las ya clásicas figuras e iconos del autor los últimos avances en neuropsicofarmacología que explican con claridad las claves que subyacen al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos.

- Stephen M. Stahl. **Psicofarmacología esencial de Stahl. Guía del prescriptor.** 3ª ed. (castellano). Aula Médica. Madrid, 2010

Complemento del libro anterior, aporta información útil del uso de psicofármacos en la práctica clínica. A todo color y con cuatro o más páginas por cada uno de los más de 100 psicofármacos revisados. Altamente práctico y de fácil manejo. Cada fármaco incluye cinco categorías: terapéutica general, dosis y uso, efectos secundarios, poblaciones especiales y perlas (apartado en el que Stahl aporta múltiples recomendaciones prácticas sobre el arte de la psicofarmacología: ventajas potenciales y desventajas de cualquier fármaco, los síntomas dianas primarios y las recomendaciones clínicas para obtener lo mejor de un fármaco). Se acompaña además de unas pocas y muy seleccionadas lecturas sugeridas al respecto de cada fármaco.

⁴ Descarga gratuita en la web del Servicio: <http://www.psiquiatria12octubre.org/publicaciones/cuadernospublicaciones.php>

AGC Psiquiatría y Salud Mental

- David Taylor, Carol Paton y Robert Kerwin. **Prescribing guidelines**. 10ª ed. (inglés). Informa Healthcare. London, 2010

Igualmente práctico y rigurosamente actualizado en sus sucesivas ediciones originales en inglés. Muchas de su información se muestra en tablas y gráficas que facilitan su consulta rápida. Utilizable tanto como guía de bolsillo (aunque las últimas ediciones cada vez son más voluminosas) como texto de referencia, con múltiples referencias bibliográficas sólidas.

- Rosenbaum JF, Arana GW, Hyman SE, Lobbate LA y Fava M. **Handbook of psychotropic drug therapy** . 5ª ed. (inglés). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005

- **Farmacoterapia trastornos mentales** Cdad. de Madrid (pdf) En: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142351269537&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024

Desde esta web de la CAM se pueden descargar diversos documentos fiables sobre manejos de psicofármacos "que sirven de apoyo a los profesionales sanitarios para la toma de decisiones relativas al tratamiento farmacológico de los problemas relacionados con la Salud Mental". Útiles para MIR Psiquiatría, Neurología, Medicina de Familia, Geriátrica y otros que rotan por nuestros servicios. Tienen interés para esta rotación inicial por las Urgencias de Psiquiatría los siguientes documentos publicados, de acceso gratuito:

- [Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental](#)
- [Recomendaciones para el manejo de Síntomas Psicopatológicos y alteraciones de conducta asociadas a Demencia en ancianos.](#)
- [Recomendaciones Terapéuticas para el manejo de la Agresividad](#)
- [Recomendaciones para el manejo de los Trastornos depresivos y de Ansiedad en Atención Primaria](#)

7. Evaluación de la rotación

En **ficha 1**, rellena según los criterios de evaluación consensuados y firmada por el tutor de rotación, a entregar en secretaría en sobre cerrado a nombre de "Tutor coordinador MIR Psiquiatría" al finalizar la rotación.

Asimismo, tras concluir la rotación el residente rellena la **Encuesta de Evaluación de la Rotación** elaborada por la Comisión de Docencia del Hospital y la entregará al coordinador de la UDMSM.