



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

PSICOLOGIA CLINICA

Guía Docente de Rotación

INTERCONSULTA Y ENLACE

Versión 2016

PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE
PROGRAMA DOCENTE DE ROTACION

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO
2. INFORMACION PRACTICA
3. ASPECTOS TEORICOS DE UNA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE
4. INTERCONSULTA
 - 1) OBJETIVOS BASICOS DEL DISPOSITIVO
 - 2) OBJETIVOS DOCENTES DE LA ROTACION PIR
 - i. OBJETIVOS DOCENTES GENERALES DE LA ROTACION PIR
 - ii. OBJETIVOS DOCENTES ESPECIFICOS DE LA ROTACION PIR
 - 3) CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES
 - 4) PROGRAMAS
 - i. PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA
 - ii. PROGRAMA DE EVALUACION DE TRASPLANTES Y DONANTE VIVO
 - iii. PROGRAMA DE INTERVENCION EN TRASPLANTE HEPATICO
 - iv. PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA
 - v. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA
 - vi. PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD
5. ENLACE
 - 1) OBJETIVOS BASICOS DEL DISPOSITIVO
 - 2) OBJETIVOS BASICOS DE LA ROTACION PIR
 - 3) CONOCIMIENTOS, HABILIDADES E INSTRUMENTOS
 - 4) PROGRAMAS
6. OTRAS ACTIVIDADES DOCENTES E INVESTIGADORAS
7. BIBLIOGRAFIA

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Servir de guía y referencia para los residentes PIR en su rotación por la **Unidad de Interconsulta y Enlace** (UICyE en adelante) del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM):

- **residentes PIR de la UDMSM Hospital Universitario 12 de Octubre** (2 por año): 6 meses en Interconsulta (2º año) y 2 meses en Enlace (3º o 4º año).
- **residentes PIR de la UDMSM San Juan de Dios** (dispositivo docentes asociado a nuestra UDMSM (uno por año): 6 meses en la UICyE.
- otros **residentes externos**, tanto del Sistema Nacional de Salud español como externos al mismo, cuyo periodo de rotación será individualizado al tramitar la aceptación de su solicitud: mínimo 2 meses en Interconsulta y/o 2 meses en Enlace.

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. INFORMACION PRÁCTICA

- **UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE**

Jefe de Sección y Coordinador: Dr. Gabriel Rubio Valladolid

Centro de Actividades Ambulatorias – 3ª planta – módulo B

Hospital Universitario 12 de Octubre

Avda de Córdoba s/n - Madrid 28041

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

- **Tutora de rotación PIR en UCyE: Sara Solera Mena.**

Centro de Actividades Ambulatorias – 3ª planta – módulo B

Hospital Universitario 12 de Octubre

Tfno. 91 779 23 49 / 48

Email: sara.solera@salud.madrid.org

- Responsables docentes de los PIR dentro de la UCyE:

- área de INTERCONSULTA: **Sara Solera Mena**

- área de ENLACE: **Ana López Fuentetaja.**

3. ASPECTOS TEORICOS DE UNA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE

La finalidad de las Unidades de Interconsulta y Enlace no es otra que la de actuar de puente entre la Psiquiatría-Psicología y la Medicina, con la intención de ofrecer un modelo biopsicosocial de atención sanitaria. Los factores psicológicos, sociales y culturales, tanto como los factores biológicos, participan en diferentes grados en la iniciación de los procesos patológicos, en la evolución de la enfermedad y en la respuesta a los tratamientos.

Las patologías psiquiátricas entre los sujetos ingresados en las áreas no-psiquiátricas presentan una elevada prevalencia puesta de manifiesto por diversos estudios que aportan cifras porcentuales que oscilan entre el 30 y el 80%. Debemos tener en cuenta que el paciente hospitalizado puede presentar un cuadro psicopatológico coincidente con su patología física, pero también y en mayor medida, reactivo a su patología física y/o proceso de hospitalización y/o derivado de su patología física; esto explica la alta comorbilidad, mucho mayor que en la población general.

Por otro lado, está demostrado que los factores emocionales y conductuales del paciente son variables relevantes en el comienzo, curso y pronóstico de las enfermedades somáticas. Las intervenciones psicológicas en los lugares de atención médica general no sólo significan una mejoría de la enfermedad psiquiátrica y una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad, sino que una mejoría en la condición médica general, medida por ejemplo con una mayor adhesión al tratamiento,

mayor capacidad de adaptación, menor frecuencia de quejas somáticas y menor frecuencia de automedicación. Los pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos, asociados a su enfermedad somática tienen, en promedio, estancias significativamente más prolongadas. Otras investigaciones han confirmado una disminución del número de días de hospitalización en los servicios que han incorporado la psiquiatría/psicología de enlace como parte de su trabajo. Esta menor estancia se correlaciona con una referencia precoz al psiquiatra/psicólogo: mientras antes se refiera, menos días estará hospitalizado el enfermo.

Por otro lado, no conviene olvidar la capacidad de desorganización del fuerte estrés que implica la hospitalización en si misma (en cuanto al incremento de vulnerabilidad, sometimiento a rutinas y pruebas, pérdida de intimidad y de control sobre los rituales cotidianos...) y las dificultades de comunicación e interacción entre pacientes y profesionales.

El desempeño de la profesión del psicólogo clínico hospitalario arranca de las directrices del psicólogo clínico y de la salud. Pero también toma diferentes aportes de la psiquiatría de enlace, la medicina psicosocial, la psicósomática y los distintos modelos psicoterapéuticos en Psicología.

Entre las causas del desarrollo del papel del psicólogo en las Unidades de Interconsulta y Enlace se citan:

- La propia definición multidimensional de la OMS de la salud.
- La identificación de factores de riesgo conductuales asociados a numerosas enfermedades ej. el sedentarismo, o las tensiones laborales.
- El acelerado incremento de los gastos en salud.
- El propio desarrollo de la investigación en Psicología Experimental.
- La aplicación de técnicas psicológicas en el campo de la adherencia a los tratamientos, el dolor, las enfermedades cardiovasculares, etc.
- El mayor conocimiento de la repercusión psicológica de algunos procedimientos y tratamientos, que hacen que la asistencia psicológica sea ofrecida y/o exigida por los pacientes.
- El desarrollo de instrumentos para la investigación en prevención y evaluación relacionada con la salud.
- El interés que muestran los médicos por las dimensiones psicológicas de su práctica médica y los aspectos inherentes a la relación interpersonal.
- El cambio en las causas de mortalidad que en el pasado eran mayormente debidas a las enfermedades infecciosas, siendo hoy día enfermedades crónicas que se asocian estrechamente al estilo de vida.
- Las investigaciones que muestran la importancia de variables psicológicas en la progresión y sobrevida de algunas enfermedades (ej. El apoyo social, eficacia de la psicoterapia...).

Por todo ello el papel del Psicólogo Clínico es esencial en las unidades de Interconsulta y Enlace, como mantienen las recomendaciones realizadas por numerosos organismos competentes en materia de salud –tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional para la

Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) o la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH)-, que defienden las ventajas económicas y psicosociales a largo plazo derivadas de la implementación de terapias psicológicas, considerándolas clínicamente eficaces y seguras (ya que, a diferencia de los fármacos, no tienen efectos secundarios adversos).

En nuestro Servicio, con respecto a la actuación del Psicólogo Clínico, se ha dividido la Unidad de Interconsulta y Enlace en dos áreas diferenciadas: el área de INTERCONSULTA y el área de ENLACE.

Por un lado definimos la **INTERCONSULTA DE PSICOLOGIA** como el proceso por el que un profesional (tanto del propio AGCPSM como del resto de servicios del hospital) realiza una demanda de evaluación, asesoramiento o intervención a otro profesional (en este caso a un psicólogo clínico). Aquí una de las herramientas fundamentales es el Psicodiagnostico pero no la única. En este sentido el trabajo de interconsulta incluye la actividad diagnóstica, la actividad terapéutica que se recomienda en cada caso, y la actividad informativa, verbal y escrita en relación con el médico solicitante, así como con el enfermo y la familia, de forma coordinada. El foco se pone en el paciente fundamentalmente, y se trabaja tanto con pacientes en consulta externa como hospitalizados. Esta área se identifica con el modelo de Interconsulta tradicional, que está centrado en el paciente individual (*“Modelo centrado en el paciente”*). La Psicóloga Clínica responsable es **Sara Solera Mena**.

Definimos el **ENLACE DE PSICOLOGIA** como el proceso de intervención psicológica con el paciente hospitalizado, así como el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para reconocer, manejar y si es posible prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente. El equipo de enlace trabaja principalmente en el hospital general, con el paciente en régimen de hospitalización, pero también se incorpora en los sistemas de atención ambulatoria en programas de tratamiento para pacientes somáticamente enfermos. Esta área se correspondería más con los nuevos modelos de Interconsulta, o *“Modelos de Enlace”*, donde el foco se coloca tanto en el paciente como en el médico. La Psicóloga Clínica responsable es **Ana López Fuentataja**.

Mientras en la Interconsulta clásica el profesional de Salud Mental permanece en un departamento concreto (Psiquiatría), y se traslada solo en ocasión de la consulta al hospital general, en el Modelo de Enlace el psicólogo trabaja en las unidades médicas (Oncología, Nefrología, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, etc.).

Según nuestro programa de Interconsulta y Enlace los Psicólogos Internos Residentes (PIR) rotarán por este dispositivo de la siguiente manera:

- Los residentes **PIR de la UDMSM Hospital Universitario 12 de Octubre** (2 por año):
 - 6 meses rotarán por el área de Interconsulta durante el segundo año de residencia.
 - 2 meses rotarán (mínimo) por el área de Enlace durante el tercer o cuarto año de residencia.

- Los residentes **PIR de la UDMSM San Juan de Dios** (uno por año), dispositivo docente asociado a nuestra UDMSM: 6 meses, donde 3 meses rotarán por Interconsulta y 3 meses por Enlace siempre atendiendo a las necesidades y preferencias del residente.
- Los **residentes externos**, tanto del Sistema Nacional de Salud español como externos al mismo, cuyo periodo de rotación será individualizado al tramitar la aceptación de su solicitud, aunque se establece un período mínimo de rotación
 - por Interconsulta de 2 meses
 - y de 3 meses por Enlace.

4. INTERCONSULTA

Se define la Interconsulta como el proceso de solicitud de evaluación, asesoramiento o intervención de un profesional a otro. Un profesional realiza una consulta en relación a un determinado paciente.

Las razones fundamentales para la íterconsulta son:

- Necesidad de un diagnóstico u orientación terapéutica.
- Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
- A solicitud del paciente o la familia.
- Evolución no satisfactoria del problema del paciente.

En la interconsulta el médico solicita orientación en el “manejo” de un problema del paciente o en su atención total, pero para ello debe existir una adecuada comunicación entre él y el íterconsultante, con el objetivo de lograr la mejor información posible y llegar a la decisión más efectiva.

El interconsultante puede ser un médico de cualquier especialidad, y continuará teniendo la máxima responsabilidad con respecto al paciente.

El enfoque cognitivo-conductual resulta adecuado para la Psicología de Interconsulta, cuando se requiere una psicoterapia (y esta es posible por las características del paciente y del servicio), por su duración breve y por la claridad del establecimiento de los objetivos antes de iniciar el tratamiento.

- En el caso de los pacientes médicos el propósito del tratamiento sería que el paciente comprenda mejor el proceso de su enfermedad, sea capaz de enfrentarse a ella y responder de manera adaptada a su medio.
- En el caso de los pacientes psiquiátricos el objetivo es abordar su patología en base a los tratamientos terapéuticos que han mostrado su eficacia según las guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metaanálisis. En este segundo tipo de pacientes la intervención psicológica va dirigida al abordaje de las manifestaciones y componentes del trastorno, y en las repercusiones que la desadaptación personal y socio-laboral

puedan propiciar en el mantenimiento del cuadro o incluso en sus recaídas o carnificación.

4.1. OBJETIVOS BASICOS DEL DISPOSITIVO

- ASISTENCIAL: Que supone la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente tanto en consultas como durante su hospitalización. La prestación de estos servicios se realiza de forma que garantice la continuidad de cuidados, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población (Art 8 bis de la Ley 16/2003 De la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).
- DOCENTE: Que implica la formación pregrado, postgrado y continuada con el objetivo de mejorar y adecuar la capacidad de los profesionales a las necesidades de salud de la población. Ej. residentes (tanto de psiquiatría como de psicología, o de otras especialidades medicas), alumnos del practicum, alumnos de máster, etc.
- INVESTIGADORA: El objetivo es que se investigue en los distintos aspectos de la salud y la enfermedad, ya que la investigación, en su vertiente clínica, representa el soporte de una buena asistencia, y en su vertiente epidemiológica, una ayuda para la planificación y gestión de los servicios.
- COORDINACION-COLABORACION INTERDISCIPLINARIA: Todas las actividades de los profesionales de la Interconsulta se enmarcan dentro de un equipo interdisciplinario, en el que participan psiquiatras, psicólogos, y enfermeros. Además nuestro trabajo se produce en estrecha relación con otros profesionales como médico no psiquiatras, o trabajadores sociales.
- RESPETAR CONSIDERACIONES ETICAS Y DEONTOLOGICAS: Los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

4.2. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ROTACION PIR

4.2.1. OBJETIVOS DOCENTES GENERALES DE LA ROTACION PIR

Los objetivos docentes abarcan la consecución de conocimientos y aptitudes que permitan llevar a cabo las actividades principales que realiza un Psicólogo Clínico en una Unidad de Interconsulta y Enlace en hospital general.

El residente de Psicología Clínica adquirirá progresiva autonomía en el ejercicio de las mismas, constatada mediante evaluación continua interactiva, con grado de supervisión paulatinamente decreciente. El residente será supervisado por un Psicólogo Clínico Adjunto en todas las actividades que se describen en el documento. Durante la fase inicial de la rotación, el residente

debe acompañar al psicólogo clínico mientras realiza las evaluaciones (se recomienda el primer mes al menos), para ir adquiriendo progresivamente mayor autonomía.

Según señala Taylor (1986) las metas para un buen entrenamiento para los psicólogos que trabajan en hospitales se enmarcan en las siguientes categorías:

- Clínica: Para ser capaces de llevar a cabo una buena evaluación de los pacientes y aplicar apropiadamente un abanico de intervenciones psicológicas.
- Comunicación: Ser capaz de comunicar información de índole psicológica a otros.
- Investigación: Ser capaces de entender, evaluar y conducir investigaciones.
- Programación: Aprender habilidades organizacionales e instrumentales para administrar programas.

Según la “*Guía orientativa para la elaboración de la memoria profesional*” con motivo de la OPE extraordinaria que elaboro el Colegio Oficial de Psicólogos en 2002 los objetivos docentes en una unidad de Interconsulta podrían ser:

- Capacitar al Psicólogo Interno Residente para el desempeño de una atención integral y continuada desde una perspectiva de salud y enfermedad integral, cubriendo los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Capacitar al PIR para el desempeño de las tareas de evaluación, intervención y tratamiento psicológico.
- Capacitar al PIR para el ejercicio interdisciplinario que requiere una concepción multidimensional del sujeto y de la salud.
- Capacitar al PIR para el desempeño de tareas de investigación y docencia en el área de la salud y la enfermedad.

4.2.2. OBJETIVOS DOCENTES ESPECIFICOS DE LA ROTACION POR INTERCONSULTA

- Adquisición de conocimientos sobre las bases psicológicas, sociales y físicas de la salud y la enfermedad, partiendo de un modelo biopsicosocial de la salud y enfermedad.
- FUNCION ASISTENCIAL
 - EVALUACION: Adquisición de competencias en Psicodiagnóstico
 - Áreas: cognitiva, emocional, personalidad y psicosocial
 - Pacientes con problemas psiquiátricos, psicológicos, con dificultades cognitivas, pacientes en proceso pretrasplante, donante vivos de órganos, etc.
 - Aprender a realizar una entrevista clínica así como utilizar instrumentos de evaluación y diagnóstico específicos, adecuados y debidamente validados (autoinformes, cuestionarios, pruebas neuropsicológicas...)
 - Aprender a corregir las distintas pruebas psicodiagnósticas.

- Aprender a adaptar la evaluación a los distintos fines de la misma, que pueden ser: la realización de un diagnóstico, la elección de técnicas de intervención, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la selección de participantes en un proyecto de investigación, o el establecimiento de una línea base de conducta con la que comparar cambios postratamiento.
 - DIAGNÓSTICO: Debe entenderse como el resultado del proceso de Evaluación psicológica. Además se usan los sistemas de clasificación al uso, tales como el DSM-IV-TR o DSM-IV y la CIE-10. El psicólogo debe cuidar el cómo se lo comunica al paciente, mediante un lenguaje inteligible, transmitiéndolo no como algo inamovible, determinista y determinante de su futuro, en cuyo cambio el paciente como individuo no tiene nada que ver ni nada que decidir.
 - INFORMES: Elaboración de informes clínicos y neuropsicológicos.
 - COMUNICACIÓN: Comunicación de la información obtenida en la evaluación al paciente y a familiares.
 - TRATAMIENTO: Las intervenciones que se realizan en el Área de Interconsulta pueden conceptualizarse dentro del marco de la psicoterapia breve de corte cognitivo-conductual. La intervención puede ir dirigida al paciente, a la pareja, a la familia, o puede ser grupal.
- COORDINACION: con el propio equipo de la Interconsulta, con otras unidades del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (Unidad de Hospitalización Breve, Unidad de Transición Hospitalaria), con otras unidades de hospitalización, con servicios sociales, etc.
- INVESTIGACIÓN: Se ofrece que el rotante participe en las investigaciones que están en curso en nuestra AGCPSPM. Especialmente las que tienen que ver con los Programas en los que participa el Psicólogo Clínico en la Interconsulta, como son:
 - Variables Fisiológicas y Psicológicas en el Trastorno de Pánico.
 - Aspectos Psicológicos implicados en el Trasplante Pulmonar.
- OTRAS ACTIVIDADES DOCENTES: El residente debe colaborar en las sesiones clínicas del servicio. En este sentido se realizan sesiones clínico-bibliográficas semanales (que se celebran todos los martes) en el programa de Interconsulta sobre conocimientos a adquirir durante la rotación, con el objetivo de afianzar los conocimientos clave y más relevantes a adquirir durante la misma. Además el residente debe asistir a la docencia que se celebra durante toda la mañana los miércoles para los residentes, y a las sesiones clínicas que se celebran a última hora de los miércoles para todos los profesionales del área, etc.
- OTRAS TAREAS ADMINISTRATIVO-ASISTENCIALES: Manejo de la Historia Clínica Electrónica, labores de registro de la actividad, administrar y controlar los recursos (ej. Instrumentos de evaluación psicológica) para el correcto funcionamiento del servicio, etc.
- ETICA Y DEONTOLOGIA: Conocer y respetar aspectos éticos, deontológicos y profesionales: eje. Secreto profesional, el consentimiento informado, la competencia, la independencia profesional, principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

4.3. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

4.3.1. CONOCIMIENTOS

Debe tenerse en cuenta más que en ninguna otra área la interacción de los factores psicológicos, biológicos y sociales.

Psicopatología. Conocimiento de la psicopatología, y de los trastornos psiquiátricos. Conocimiento de diferentes herramientas diagnósticas, de clasificación y de diagnósticos. Conocimiento de los modelos explicativos de los trastornos psicológicos.

Debe adquirir conocimiento teórico de las patologías y cuadros más frecuentes a valorar en el ejercicio de la interconsulta: Ansiedad en condiciones medicas generales; Afrontamiento de la enfermedad; Manifestaciones psiquiátricas en las enfermedades medicas y neurológicas; Depresión; Trastornos por somatización; Factores psicológicos que afectan condiciones médicas; Psicoterapia en el paciente somáticamente enfermo; Suicidio; Psico-oncología; Aspectos psicosociales de los Trasplantes; Trastornos de Conducta Alimentaria; Trastornos psiquiátricos/psicológicos de las unidades de Cuidados Intensivos; Determinación de la capacidad.

Psicoterapia. Especial relevancia de la Intervención en Crisis en el manejo de los estreses psicológicos inherentes a la enfermedad médica (ansiedad de separación, miedo al dolor, a la pérdida de control y a la muerte, duelo, culpa debido a la dependencia) y a quienes han realizado una tentativa autolítica). Pacientes con T. de personalidad y comorbilidad psiquiátrica. Conocimiento de las bases teóricas de los diferentes abordajes psicoterapéuticos: dinámico, conductual, cognitivo, y sistémico. Manejo individual, pareja, familias y grupos. Conocimiento de los enfoques psicoterapéuticos de los trastornos adaptativos, los trastornos de ansiedad, psicósomáticos y los trastornos afectivos. Aprendizaje en el manejo de la relación terapéutica en los trastornos de personalidad y los trastornos mentales crónicos

Aspectos Ético-Legales. Especial relevancia de la valoración de la Competencia para aceptar o rechazar tratamiento y sus implicaciones en el final de la vida. Voluntades anticipadas. Consentimientos informados, Protocolos, Guías, Confidencialidad. Historia clínica.

La atención al paciente de Interconsulta comportara un esquema de actuación que comprende las siguientes fases:

- Hablar directamente con el médico que hace la interconsulta;
- Revisar la historia clínica actual y la pasada pertinente;
- Revisar las pruebas complementarias (Laboratorio; Imágenes: TAC; RM);
- Revisar los fármacos que toma el paciente;
- Entrevistar y examinar al paciente;

- Entrevistar a la familia;
- Hablar con personal de la planta;
- Contactar con psiquiatra habitual en CSM u otro centro asistencial;
- Contactar con trabajadora social en caso necesario;
- Formular estrategias diagnosticas;
- Formular estrategias de tratamiento;
- Redactar informe.

4.3.2. HABILIDADES

HABILIDADES DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO:

- Psicodiagnostico: El residente rotante deberá realizar entre 30 y 40 evaluaciones neuropsicológicas, así como entre 20-30 evaluaciones de trasplante y donante vivo.
- Desarrollo de la correcta relación médico-paciente (alianza-terapéutica).
- Realización de diagnósticos según los actuales sistemas de clasificación.
- Elaboración de informes teniendo en cuenta que es uno de los principales vehículos de comunicación, y que por ello hay que ser conscientes de las numerosas exigencias que lleva consigo:
 - Redactar un informe supone analizar, sintetizar e integrar muchas fuentes de datos.
 - Debe incluir una serie de apartados esenciales (razones por las que fue referido, observaciones durante la evaluación, resultados de las pruebas y recomendaciones) aunque se puedan usar distintos formatos.
 - Tener en cuenta que el objetivo del informe es dar una respuesta a las interrogantes que se plantearon en el momento de la derivación, y presentar una imagen integral y significativa tanto de las dificultades como de las habilidades del paciente.
 - Otros aspectos que el residente tiene que aprender en la elaboración de informes son: que material debe incluirse o no en el informe, nunca dar interpretaciones cuando no se tienen datos que las respalden, el grado de certeza de los datos, indicar condiciones que pueden explicar el rendimiento del sujeto (falta de interés, fatiga, ansiedad), citar la fuente de información cuando se afirma algo que no se ha podido verificar directamente, evitar frases ambiguas, abstractas, vagas o superfluas, etc.

HABILIDADES TERAPEUTICAS: El residente rotante participara en el tratamiento de pacientes médicos (Ej. Del Programa de Trasplante de Hígado), así como de pacientes psiquiátricos (ej. Del Programa de Prevención de suicidio). El enfoque que seguimos en la Interconsulta se basa en la Psicología de la Evidencia, utilizando prácticas psicoterapéuticas cuya eficacia ha sido demostrada, tanto desde el punto de vista clínico como del de política sanitaria. En nuestro contexto este último punto es importante: en un modelo público de salud, la opción terapéutica debe ser el uso y aplicación de técnicas cuya eficacia haya sido probada, y que, además sean específicas para los distintos trastornos y de duración limitada. La intervención puede ser individual, de pareja o grupal.

HABILIDADES DE COORDINACION Y TRABAJO EN EQUIPO: Ser capaz de integrar todo lo anterior en el trabajo en equipo: facultativos psiquiatras y de otros servicios, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales. La comunicación con el equipo de la Interconsulta, y con otros profesionales es esencial en el trabajo del psicólogo interconsultor. Y en este sentido es importante distinguir la diferencia entre grupo y equipo: en un grupo un conjunto de personas desarrollar su labor en un espacio o institución sanitaria, y cada uno realiza su trabajo, responde individualmente del mismo y no depende directamente del trabajo de los compañeros. En un equipo existe un grupo de personas que se organiza para realizar una actividad con un objetivo preciso, y responder en conjunto del trabajo realizado por cada uno de ellos.

HABILIDADES PARA LA MEJORA DE SU APRENDIZAJE Y PRÁCTICA CLINICA

- Los residentes buscarán feedback de su supervisor y de otros profesionales del equipo sobre sus actuaciones, usando estas observaciones para mejorarlas.
- Los residentes presentaran sesiones clínicas y seminarios sobre temas de la Interconsulta y el Enlace
- Los residentes utilizaran la tecnología de la información, para acceder a información on-line y apoyar su propia formación.
- Los residentes podrán utilizar todos los recursos materiales del servicio y del hospital de cara a mejorar su formación: biblioteca física del hospital, biblioteca física del servicio de Interconsulta y Enlace, servicio online de biblioteca, tests psicométricos, etc.

HABILIDADES ACTITUDINALES Y EMOCIONALES

Por otro lado son deseables determinadas características personales que facilitan la labor del psicólogo hospitalario. En la literatura se enfatiza el cuidado que debe tener el psicólogo al introducirse en un ambiente que ha estado ostentado por el médico durante muchos años recalcando al respecto las siguientes características:

- Habilidades básicas de comunicación: empatía, escucha activa, reforzar
- Tolerancia a la frustración
- Funcionamiento flexible en el enfoque terapéutico
- Tolerancia a la agresividad de los pacientes “difíciles”.
- Simpatía y tacto para facilitar el rapport con el paciente y con el resto de los profesionales
- Insistir en los aspectos psicológicos de la atención cuando estén en peligro de ser ignorados.

4.4. PROGRAMAS REALIZADOS ACTUALMENTE EN LA INTERCONSULTA

- i. PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA
- ii. PROGRAMA DE EVALUACION DE TRASPLANTES Y DONANTE VIVO
- iii. PROGRAMA DE INTERVENCION EN TRASPLANTE HEPATICO
- iv. PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA
- v. PROGRAMA DE PREVENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA
- vi. PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

vii. OTROS PROGRAMAS ACTUALMENTE EN PROCESO DE IMPLANTACION:

1. Programa de Psicooncología
2. Programa de Intervención en Trasplante Pulmonar

4.4.1. PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGÍA**PROGRAMA TEÓRICO**

- Actualización en neuroanatomía funcional.
- Técnicas de estudio de estructura y actividad cerebral.
- Patología cerebral en población adulta.
- Síndromes neuropsicológicos focales y difusos.
- Semiología neuropsicológica.
- Actualización en evaluación y diagnóstico neuropsicológico.
- Intervenciones de apoyo, consejo y psicoterapéuticas con pacientes y familias afectadas por daño cerebral

OBJETIVOS

- Conocer la expresión neuropsicológica de las enfermedades, síndromes, trastornos y alteraciones neurológicas y microquirúrgicas más prevalentes.
- Conocer e identificar en la exploración clínica la semiología neuropsicológica.
- Conocer y utilizar los procedimientos, técnicas, y tests psicológicos adecuados para la evaluación neuropsicológica de los diferentes procesos, funciones y capacidades cognitivas de los pacientes.
- Aprender a realizar informes sobre el estado cognitivo de los pacientes con expresión de juicio clínico sobre afectación y capacidad funcional general, así como de los diferentes procesos y funciones cognitivas, y del curso evolutivo previsible.
- Conocer e identificar las necesidades de rehabilitación neuropsicológica de los pacientes con afectación cerebral e informar de los recursos públicos y privados de cara a la rehabilitación cognitiva.
- Aprender a valorar y atender las necesidades psicológicas de la familia y de la red social de apoyo del paciente con afectación cerebral en las diferentes fases de la enfermedad, el accidente cerebral o el trastorno.
- Adquirir habilidades y experiencia para el consejo psicológico a pacientes con afectación cerebral a su familia y red social de apoyo.
- Conocer y aprender a articular la evaluación neuropsicológica con la de los diferentes profesionales que en los diversos niveles asistenciales integran los equipos sanitarios que prestan atención al paciente con afectación cerebral.

ACTIVIDADES

- Evaluación de casos en primeras consultas y sucesivas
- Aplicación de técnicas, procedimientos específicos y tests neuropsicológicos
- Corrección de las pruebas administradas.

- Elaboración de informes neuropsicológicos:
- Orientación, consejo y atención a pacientes y familias
- Participación en actividades de coordinación con equipos y profesionales

DISPOSITIVOS

El Servicio de Psiquiatría cuenta entre sus profesionales con una Psicóloga Clínica (Sara Solera Mena) responsable del programa de Neuropsicología integrado en el Programa de Interconsulta.

4.4.2. PROGRAMA DE EVALUACION DE TRASPLANTE Y DONANTE VIVO

ASPECTOS TEORICOS

El trasplante es la última opción terapéutica en pacientes con fracaso orgánico inminente y/o una calidad de vida muy deficiente. Esta práctica permite el retorno de los mismos a una vida prácticamente normal, mejorando su calidad de vida, morbilidad y mortalidad.

La Evaluación Psicosocial de los candidatos a trasplante puede entenderse que tiene dos fuentes primarias determinadas por la escasez de donantes y lo costoso del procedimiento y que busca, por tanto, seleccionar a aquellos candidatos que puedan presentar ciertas características que hagan pensar que van a mantener cuidados adecuados en el postoperatorio (con adecuado cumplimiento del tratamiento postrasplante); de ahí la necesidad de evaluación adecuada de los factores asociados al mal cumplimiento/incumplimiento de indicaciones/normas terapéuticas. También hay que tener en cuenta el manejo de las complicaciones psicopatológicas y por tanto, confrontar la presencia/ausencia de rasgos psicopatológicos de relevancia, que pueden conllevar la proposición de intervenciones de soporte que puedan ayudar al paciente en el proceso o bien, en función de la gravedad, y de otros factores, la posible exclusión del paciente en razón de las previsibles complicaciones que pudiera presentar el postoperatorio.

Hay un importante consenso en la actualidad sobre los criterios de contraindicaciones, pero sigue manteniéndose una cierta discusión en torno a si los factores psicosociales (dejando de lado el incumplimiento) deberían considerarse criterios de exclusión absoluta.

En una aproximación global, considerando las listas de criterios publicadas de diferentes programas de trasplante, se encuentra que los programas de trasplante de corazón y pulmón consideran como posibles criterios de contraindicación la existencia de problemas en el ámbito psicosocial, del cumplimiento, la patología psiquiátrica y el abuso de sustancias, los programas de trasplante de hígado solo mantienen el abuso de sustancias y los de riñón no consideran esos ámbitos de problemas.

A nivel legal La donación de vivo en España está legislada en la Ley de Trasplantes de 27 de Octubre de 1979 y desarrollada en el Real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre. Esta legislación pretende garantizar la protección del donante vivo y así establece una serie de requisitos:

- Que el donante sea mayor de edad, goce de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.
- Debe tratarse de un órgano o parte de él, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- Que haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión (de orden somático, psíquico y psicológico, así como a nivel personal, familiar y profesional).

- Que otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo por escrito ante la autoridad pública.
- Que el destino del órgano sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida.

En relación a estos trasplantes que se realizan con órganos provenientes de donantes vivos introducen connotaciones éticas y psicológicas. Entre los factores psicológicos a considerar hay que tener en cuenta el vínculo previo donante-receptor, las motivaciones psicológicas presentes en los donantes vivos que determinan la decisión de donar, los requisitos psicológicos a diagnosticar en los donantes vivos previo al trasplante, las actitudes de cuidado y adherencia al tratamiento estimables en el receptor, las diferentes variables psicológicas intervinientes cuando la donación la realiza un esposo, esposa, madre, padre, hijos o hermanos, entre otros aspectos.

El donante vivo debe cumplir una serie de requisitos: ser competente, con deseo de donar, libre de coacción, médica y psicosocialmente apropiado, y completamente informado de los riesgos y beneficios para él y para el receptor, así como de las alternativas terapéuticas existentes para el receptor.

En este ámbito de la donación en vivo cobra vital importancia el consentimiento informado que es la expresión de autonomía del paciente (principio básico de la ética en biomedicina) y que implica que la persona elige y actúa libre y racionalmente. Este consentimiento informado requiere competencia (o capacidad para comprender y asimilar toda la información) y posesión de toda la información relevante, decisión libre y voluntaria y consentimiento y firma de la documentación.

OBJETIVOS

- El objetivo de la evaluación clínica del candidato a trasplante debería ser poder proporcionar información sobre:
 - El nivel previo y actual de la adaptación psicológica, incluyendo una apreciación del impacto tanto pasado como presente de la enfermedad y del proceso de trasplante.
 - Identificación de psicopatología clínicamente significativa, especialmente cuando pueda influir en el cumplimiento.
 - Apreciación de la estabilidad, satisfacción y disponibilidad del apoyo social para el candidato pre- y post-operatoriamente.
 - La evaluación de la información que tiene el candidato sobre las vicisitudes y requerimientos que implica la cirugía de trasplante.
- En base a la evaluación se establece una conclusión, es decir, la valoración de la idoneidad del paciente como Candidato a Trasplante, que puede ser: Candidato excelente, Buen candidato, Candidato Apto, Candidato con algunas reservas, Aceptable con ciertas condiciones, y Cirugía contraindicada.
- Redacción de un Informe Psicológico que recoja la información evaluada, de manera que se comunique al médico derivante la situación psicosocial del paciente y la valoración de la idoneidad como candidato a trasplante.

ACTIVIDADES

- Se realiza una entrevista clínica con el paciente en la que se recoge información de la historia de la enfermedad actual, actitud hacia el trasplante y comprensión de riesgos, beneficios, procedimiento, recuperación, grado de cumplimiento de tratamientos (tanto actual como pasado), historia médica anterior, historia psiquiátrica, uso y abuso de sustancias, apoyo social, funcionamiento diario y estado mental.
- En el caso de Donantes vivos en la Entrevista es necesario valorar además aspectos como las motivaciones para la donación, cómo ha obtenido la información para ser donante, sentimientos que ha experimentado, si ha consultado su decisión con otras personas de su entorno, conocimiento de los riesgos y beneficios de la donación, si existe presión o influencia de cualquier tipo (psicológica, familiar, social o médica), el proceso de toma de esta decisión (duración, dudas, grado de firmeza de la decisión...), personas que se harán cargo de los cuidados postdonacion, cómo ha previsto el bienestar de las personas a su cargo en el caso de existir alguna complicación, situación familiar, laboral y económica, profesión y empleo: tipo de contrato, repercusiones laborales de su decisión.
- Las entrevistas tanto de receptores como de donantes se realizan de forma individual para que la persona se expresa de forma libre, manifestando sus sentimientos, inquietudes, dudas o sintomatología.
- Se administran una serie de cuestionarios psicométricos para completar la evaluación, como son:
 - El Cuestionario de Personalidad de Millón (MCMI-II) puesto que la presencia de trastornos de la personalidad es uno de los factores que se ha vinculado con dificultades en el cumplimiento de la entrevista.
 - La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)
 - El Cuestionario de Apoyo Social en las relaciones interpersonales de T. Suurmerjer, D. Doeglas, S. Briancon y Otros (1995). Traducido por Eulalia Prat y Carlos Mingote (1997).
 - Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento (MCMQ)
 - Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36).
- En el caso de Donantes vivos se usa el Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento adaptado a Donante Vivo, y se sustituye el SF-36 por el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), y se añade el Cuestionario de Estrés percibido.
- En caso de antecedentes o sospecha de deterioro cognitivo (Ej. En el caso de trasplantes de hígado si existen antecedentes de episodios de encefalopatía) se suele administrar inicialmente una batería breve compuesta por el MMSE, test del reloj, y la Escala de Evaluación Frontal. En algunos casos, para pacientes mayores de 64 años se administra el CAMCOG.
- Se establece una decisión acerca de la Idoneidad del paciente como candidato a trasplante usando "*la Evaluación Psicosocial de Candidatos para Trasplante*" (PACT), que es una especie de organizador de la entrevista, y que permite puntuar distintos apartados que la investigación

ha mostrado como de relevancia en cuanto a la posible evolución de los pacientes trasplantados. Este instrumento está organizado para la valoración de 4 áreas a través de varias subescalas: el apoyo social, la salud psicológica, los factores ligados al estilo de vida y el grado de comprensión sobre el trasplante y el seguimiento.

- Se elabora un informe donde se recoge toda la información obtenida, que se colgará en la HCE de cada paciente.

RECURSOS

El Servicio de Psiquiatría cuenta entre sus profesionales con una Psicóloga Clínica (Sara Solera Mena) responsable del **programa de Evaluación de Trasplante y Donante Vivo**, integrado en el Programa de Interconsulta.

4.4.3. PROGRAMA DE INTERVENCION EN TRASPLANTE HEPATICO

ASPECTOS TEORICOS

El trasplante hepático puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras el alta médica) importantes complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares.

Hay autores que sostienen que las complicaciones psicológicas son iguales para todo tipo de trasplantes (renales, hepáticos, cardiacos, pero otros autores hallan más trastornos psicológicos en los trasplantados hepáticos que en los renales (Fukunishi *et al.*, 2001) y un mayor deterioro en las áreas laboral y de las actividades diarias en los trasplantados hepáticos que en los otros dos grupos (Forsberg *et al.*, 1999).

Las complicaciones psicológicas mas citadas son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, y los trastornos adaptativos. Además entre las variables que influyen en esta repercusiones psicológicas esta el apoyo familiar, las expectativas pre y postrasplante, las estrategias de afrontamiento y la adherencia terapéutica.

Es necesario entender que el trasplante de órganos debe ser observado mas allá de una perspectiva médica, para incluir un marco multidisciplinar, desde un punto de vista biopsicosocial, que asume el concepto de calidad de vida, relacionado con un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente con la ausencia de enfermedad. Así, el trasplante de hígado tiene dos grandes propósitos: prolongar la vida y mejorar la calidad de ésta.

Durante los primeros años del trasplante hepático como tratamiento asistencial sistemático, se hipotetizo que el alto impacto emocional producido por un trasplante podría ser suficiente para evitar recaídas alcoholicas que afectasen a su éxito. Sin embargo, la evolución y el seguimiento posterior de los pacientes trasplantados demostró que esta hipótesis no era cierta. Con relación al manejo de sujetos dependientes del alcohol candidatos a trasplante hepático el grupo del Dr. Rubio ha constatado, al igual que otros grupos, que estos pacientes dicen no tener deseos de beber alcohol durante el tiempo que esperan a ser trasplantados, suelen manifestar quejas relacionadas con sintomatología ansioso-depresiva y no consideran la necesidad de hacer importantes cambios en su estilo de vida para mantenerse alejados de situaciones de riesgo, donde antes consumían alcohol, ya que se sienten inmunes a la recaída en el consumo por el hecho de estar pendientes del trasplante.

Esta realidad manifestada por los dependientes del alcohol candidatos a trasplante hepático ha propiciado que el grupo del Dr. Rubio de nuestro hospital haya ido concretando, a lo largo de los años, una forma de abordaje clínico caracterizada por: promover la motivación para alcanzar y mantener la abstinencia; promover la resolución de otros problemas psicológicos como los de la ansiedad o la depresión; promover el autocuidado; mejorar las relaciones familiares. De esta forma hemos podido diseñar un modelo de intervención basado en la mejora de la motivación para realizar determinados cambios en el estilo de vida, de forma que los relacionados con el consumo de alcohol se integren dentro de otros cambios generales y disminuya el rechazo a llevarlos a cabo (Rubio et al., 2014).

En resumen, los pacientes dependientes del alcohol candidatos a trasplante hepático constituyen un grupo de importante relevancia clínica debido al porcentaje de sujetos que no consiguen mantener la abstinencia ni antes ni después del trasplante, y a las complicaciones que una recaída en el consumo de alcohol puede tener en el pronóstico.

OBJETIVOS

El programa de Intervención en trasplante hepático que se desarrolla en el Servicio de Interconsulta del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, desde un punto de vista biopsicosocial, de estos pacientes, integrando un equipo multidisciplinar: psiquiatra, psicólogo y enfermera.

ACTIVIDADES

Los módulos que integran nuestra *Psicoterapia motivacional para alcanzar hábitos saludables en personas dependientes del alcohol candidatos a trasplante hepático (PMHA)* son:

- a) Utilización de estrategias motivacionales para conseguir la abstinencia frente a las basadas en la confrontación (8 sesiones)
- b) Utilización de técnicas basadas en la resolución de problemas: ansiedad, depresión, problemas médicos, relaciones interpersonales, asertividad (8 sesiones).
- c) Utilización de técnicas para mejorar el autocuidado y la implantación de hábitos saludables (8 sesiones).

Este tipo de tratamiento se va venido desarrollando en formato individual, pero disponemos del Manual para poderlo llevar a cabo en formato grupal (grupos de 6-8 pacientes durante 6 meses de tratamiento, 1 sesión semanal).

RECURSOS

Este programa de Intervención en Trasplante Hepático cuenta entre sus profesionales con un Psiquiatra (Dr. Francisco Arias), dos enfermeras (Yolanda Guerrero y Pilar García), y con una Psicóloga Clínica (Sara Solera Mena) integrado en el Programa de Interconsulta.

4.4.4. PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA

PROGRAMA TEÓRICO

- El proceso de envejecimiento: aspectos sociales y psicológicos.
- Técnicas y procedimientos específicos para la evaluación clínica en personas mayores.
- Presentación clínica y peculiaridades de los trastornos mentales emocionales, cognitivos, del comportamiento, y relacionales en personas mayores.
- Estrategias y procedimientos específicos para el tratamiento y la intervención psicológica en personas mayores.
- Aspectos éticos, legales y asistenciales específicos en psicogeriatría.
- Afrontamiento de las limitaciones, la incapacidad y la pérdida de autonomía en el proceso de envejecimiento.

OBJETIVOS

- Adquirir conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y su influencia en el estado de salud.
- Conocer, manejar y valorar instrumentos de psicodiagnóstico y evaluación psicológica, técnicas de entrevista clínica, análisis y formulación de casos específicos para ancianos.
- Realizar diagnósticos, incluyendo diagnóstico diferencial, elaborar historias clínicas, informes clínicos e informes periciales.
- Adquirir conocimientos, habilidades y experiencia en el manejo clínico y seguimiento de casos de ancianos con trastornos mentales crónicos.
- Adquirir conocimientos y experiencia en el trabajo en equipos multidisciplinares de atención al anciano.
- Participar y colaborar en la coordinación con otros servicios socio-sanitarios.
- Adquirir conocimientos y experiencia en técnicas de consejo y asesoramiento para ancianos.

ACTIVIDADES

- Evaluación y diagnóstico de psicopatologías en primeras consultas y revisiones:
- Elaboración de historias clínicas
- Elaboración de informes psicológicos y periciales.
- Planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos para ancianos.
- Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de consejo y asesoramiento (individuales y grupales) específicas para ancianos.
- Derivación a otros profesionales, programas, y/o recursos socio-sanitarios.
- Participación en el trabajo de equipo multidisciplinar especializado en la asistencia sanitaria a mayores.
- Participación y presentación de casos en sesiones clínicas.

DISPOSITIVOS:

El Servicio de Psiquiatría cuenta con un **programa de Psicogeriatría**, cuya responsable es la Dra. M^a. Jesús del Yerro y donde también colabora una psicóloga clínica (Sara Solera Mena).

4.4.5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA
ASPECTOS TEÓRICOS

El suicidio es uno de los problemas de salud más graves en la actualidad según la Organización Mundial de la Salud.

En la literatura científica, podemos encontrar numerosos factores de riesgo y factores protectores que nos ayudan a conocer más el fenómeno del suicidio y el pronóstico del mismo. Entre los factores de riesgo encontramos: factores sociodemográficos, factores familiares (tanto no hereditarios como hereditarios) y la presencia de enfermedad previa psiquiátrica (alcoholismo, depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de la personalidad y, el más significativo, conducta suicida previa) Entre los factores protectores encontramos (el estar casado, vivir acompañado, creencias religiosas, entre otros). Sin embargo el problema en el estudio y abordaje de la conducta suicida radica en que los factores de riesgo conocidos son generalmente de poca especificidad predictora y los factores protectores son poco conocidos.

Con especial relevancia, se sabe que, los intentos de suicidio previos son los mejores predictores de nuevos intentos en los que se produce un aumento progresivo de la severidad y el riesgo de suicidio consumado. Además la mayoría de los que intentan suicidarse repiten el intento. De hecho, se estima que el riesgo de suicidio en estos pacientes es 100 veces superior a la población general y cuatro veces más frecuente frente a controles psiquiátricos. Las tasas de repetición de intentos de suicidio se sitúan alrededor del 16% el primer año, 23% el segundo y 40% después de 3 a 8 años de seguimiento. El riesgo de muerte por suicidio tras un gesto autolesivo es del 1% durante el primer año tras la realización de la conducta suicida. Por último, un 50% de los pacientes que se suicidan han presentado previamente tentativas de suicidio y el 20% de los sujetos visitan los dispositivos de asistencia psiquiátricos en los 12 meses previos al suicidio.

A pesar de ello no hay procedimientos estandarizados para el tratamiento de suicidas tras el alta hospitalaria. De ahí la importancia de actuar en el seguimiento de los pacientes que realizan una conducta suicida (población de mayor riesgo) en los periodos temporales posteriores a su realización con mayor riesgo.

Por todo lo previo, existe un gran acuerdo en reconocer que la conducta suicida es un importante problema de Salud Pública, y para el cual existen medidas eficaces de tratamiento. El desafío recae en la implementación de dichas medidas.

En nuestro entorno, en la Comunidad de Madrid, existen varios grupos implicados en el estudio y atención a la conducta suicida y en la prevención de la misma (Dr. Baca, Fundación Jiménez Díaz; Dr. Ayuso, Hospital La Princesa; Dr. Saiz, Hospital Ramón y Cajal). Todos colaboramos habitualmente dentro de las acciones propuestas y coordinadas desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Además las acciones de prevención sobre el riesgo suicida están incluidas entre los objetivos que la Dirección General de Hospitales de la Comunidad de Madrid firma en el Contrato Programa con las instituciones hospitalarias, y en este caso con nuestro Hospital 12 de Octubre.

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid aconseja la adopción de medidas para reducir el riesgo de suicidio. Con este objetivo, la propia Comunidad de Madrid ha editado una “*Guía para Pacientes y Familiares: Detección y prevención de la conducta suicida*”.

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud (2011), en su apartado de Tratamiento de la Conducta Suicida en Atención Especializada (Salud Mental) señala que conviene integrar las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales en el abordaje de esta problemática. Además se señala que las técnicas psicoterapéuticas juegan un papel importante en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que la necesitan. Concretamente se recomienda los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento. La terapia cognitivo-conductual ha resultado eficaz en diversos estudios para reducir en al menos un 50% el riesgo suicida (Brown et al, 2005, citado en T. Ellis, 2008), y es el modelo de intervención que también propone la Asociación Psiquiátrica Europea (EPA) en su *Guía de prevención y tratamiento del suicidio*.

Por ello se ha diseñado un Programa Integral, longitudinal y especializado para intervenir sobre los pacientes que realizan una tentativa autolítica. En este programa en el ámbito de la Salud Mental interviene el Servicio de Urgencias Psiquiátricas (puerta de entrada de estos pacientes), la Unidad de Interconsulta y Enlace y los Centros de Salud Mental del la Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre.

En la unidad de Interconsulta y Enlace se realiza un programa extraordinario (intensivo) de atención psiquiátrica y psicológica para personas que han realizado una tentativa autolítica y no están vinculados previamente con la red de Salud Mental. En ella se realiza una evaluación psicopatológica inicial para descartar Trastorno Mental, una evaluación psicosocial y una evaluación del riesgo de reincidencia. Tras ello se establece el plan terapéutico:

- 1) tratamiento del trastorno mental de base y organización de su seguimiento psiquiátrico,
- 2) programa de intervención psicológica extraordinaria, según plan diseñado para la conducta suicida, mediante terapia intensiva breve (3 meses) y preparación de su derivación a nuestros CSM del área. Además se inicia un plan de seguimiento mediante gestión telefónica del caso durante 1 año

Tras el programa en la Interconsulta se valora con el paciente la derivación al servicio de Salud Mental.

OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir el riesgo de reincidencia de intento suicida en personas que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, por tentativa autolítica.
- Proporcionar una atención Psiquiátrica inmediata para todo paciente que realiza una tentativa auto lítica.
- Proporcionar un tratamiento protocolizado Psicoterapéutico inmediato, de carácter flexible, y accesible para el paciente suicida, adaptando el protocolo a las necesidades individuales del paciente.
- Aumentar la adherencia terapéutica y facilitar el seguimiento del paciente durante el periodo crítico del primer año.
- Garantizar la continuidad asistencial de estos pacientes desde que entran en el servicio de urgencias

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ofrecer una intervención terapéutica en crisis
- Elaboración de un plan de seguridad ante nueva ideación autolítica
- Dotar al paciente de estrategias para hacer frente a los precipitantes del intento
- Fomentar la capacidad de mentalización y autoobservación, de manera que comprenda y resignifique el intento autolítico
- Movilizar apoyo social.
- Prevenir Recaídas

ACTIVIDADES

El programa ARSUIC consta de 3 fases:

- FASE 1: Encuadre y explicación del protocolo. Construir la Alianza terapéutica. Exploración del intento autolítico y las variables asociadas. Elaborar la tarjeta cortafuegos. Definir el foco de intervención. Entregar *Guía para Pacientes. Detección y prevención de la conducta suicida*". De la Comunidad de Madrid.
- FASE 2: Comprensión Empática y contención. Elaborar, comprender y resignificar la vivencia suicida. Activación conductual. Fomentar la capacidad de mentalización y autoobservación. Autorregulación emocional o tolerancia al estrés. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en Resolución de Problemas. Movilizar apoyo social/familiar. Trabajo en Habilidades Sociales y asertividad y Fomentar una percepción más global del problema
- FASE 3: Revisión de la crisis suicida. Revisar posibles escenarios de riesgos futuros. Fomentar la vinculación a otro recurso, al que será derivado. Explicar posible seguimiento telefónico a los 6 y 12 meses.

Por lo que las actividades implicadas en el trabajo terapéutico del psicólogo clínico son:

- Evaluación: Entrevista, Cuestionarios (Escala Sad Persons, Patterson, y cols. 1982, Escala de Ideación suicida (SSI, Beck), Escala de Intencionalidad Suicida (SIS, Beck), etc.).
- Valoración del riesgo suicida: Hay que evaluar y tener en cuenta estresores, Antecedentes, Presencia de depresión y desesperanza, Ideación Suicida, Planes de suicidio, Medios suicidas, presencia de deterioro cognitivo significativo, mecanismos de control interno del paciente, abuso de sustancias, entorno psicosocial y reacción del mismo, reconocimiento de la necesidad de ayuda, grado de planificación del intento, propósito del comportamiento suicida, peligrosidad del método elegido, posibilidad de ser descubierto.
- Establecer una alianza terapéutica
- Identificar los factores de riesgo y de protección, y evaluar cuales son modificables
- Establecer un Plan de Seguridad: Que comenzará con la elaboración de la tarjeta cortafuegos, y que se trabajara a lo largo de toda la intervención para aumentar las

estrategias cognitivas y conductuales del paciente para hacer frente a los estresores, y a los pensamientos suicidas.

- Formulación y devolución de la Evaluación del caso al paciente.
- Elección de las técnicas cognitivo-conductuales adecuadas para cada paciente y puesta en práctica de las mismas.
- Trabajar la prevención de recaídas.
- Evaluación del tratamiento, despedida y seguimiento
- Elaborar un informe de Alta: Diagnóstico y tratamiento seguido, factores de riesgo agudos y crónicos, factores de protección, motivación del alta (mejoría, falta de colaboración, derivación a otro dispositivo, etc.). Actitud del paciente y familia ante el alta, recomendaciones y seguimiento posterior.

RECURSOS

El profesional responsable del Programa en la actualidad es el Dr. Ricardo Angora. Además en este programa participa una Enfermera-Gestora de casos (Yolanda Guerrero) y una Psicóloga Clínica- Coordinadora de Psicología (Sara Solera).

4.4.6. PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

ASPECTOS TEORICOS

Los trastornos de ansiedad, según el Presidente de de la *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés* (SEAS), son los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población y son muy frecuentes en las consultas de Atención Primaria. En España, con entrevista diagnóstica clínica, el 18,5% de los pacientes de Atención Primaria presenta algún trastorno de ansiedad y el 13,4% un trastorno depresivo; mientras que si se utiliza una prueba de cribado basada en el método de autoinforme, estas cifras alcanzan el 25,6% y el 35,8%, respectivamente.

Según la Psicología Basada en la Evidencia hay que integrar la experiencia clínica con la investigación (Echeburúa, 2010). En los veinte últimos años ha habido un intento riguroso para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas. El profesional clínico no puede basar su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica. Es conveniente usar Tratamientos psicológicos efectivos: el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad mediante Técnicas cognitivo-conductuales es costo-eficaz y está recomendado por las guías de práctica clínica más rigurosas. (NICE, 2011).

En los últimos 15 años se ha progresado de forma espectacular en la conceptualización, la evaluación y en el tratamiento del Trastorno de Pánico. Entre los tratamientos bien establecidos para el trastorno de pánico, según informan Martínez-Valero y cols. en su revisión de 2011, son la terapia de control del pánico del grupo de Barlow (1988,1989, 1994, 2006), y La terapia cognitiva de Beck y Clark (1989, 1991). Estos 2 programas son muy similares tanto en sus componentes como en los objetivos. La diferencia más notable entre ambos enfoques es que en el programa del grupo de Barlow se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas, mientras que en el programa del grupo de Clark se da un gran énfasis al componente cognitivo.

Este programa de tratamiento de la ansiedad en la Unidad de Interconsulta y Enlace se inicio en 2013 sobre el modelo teórico del grupo de Barlow, y es a partir de 2015 cuando se modifica siguiendo la nueva formulación teórica de Clark y Beck sobre los trastornos de Ansiedad en general, y sobre el trastorno de pánico y la agorafobia en particular.

Sobre la base del primer modelo cognitivo de ansiedad propuesto por Beck en 1985, el autor presenta una formulación cognitiva más refinada, elaborada y extensa en 2010 que presenta los principales avances realizados desde la investigación cognitiva-clínica de la ansiedad.

Este nuevo modelo de Clark y Beck (2010) se basa en varias etapas: Estímulos activadores (cada trastorno tendrá unos estímulos activadores específicos), Modo de orientación (Percepción rápida de la amenaza), Modo Primal de Amenaza (Valoración cognitiva primaria de la amenaza), Consecuencias del modo de activación de la amenaza (aumento de la activación autónoma, respuestas defensivas, sesgos y errores cognitivos, pensamientos automáticos amenazantes...), y Valoración Elaborativa Secundaria (Proceso controlado y estratégico donde la persona evalúa sus recursos de afrontamiento y busca señales de seguridad).

Según el modelo, en los trastornos de ansiedad, el modo primal de amenaza tiende a dominar todo el procesamiento de la información y a bloquear el acceso a estrategias más elaborativas. Este sistema inicial esta sesgado hacia la confirmación de peligrosidad de las situaciones, pasando por alto las señales de seguridad de la situación. Además en los trastornos de ansiedad se produce una percepción de vulnerabilidad: el individuo no logra percibir las señales de seguridad de la situación de amenaza, y la persona tiende a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado. En resumen, los procesos de valoración primaria de la amenaza son los responsables del inicio de la ansiedad, mientras que los procesos secundarios elaborativos son los responsables de la persistencia de la ansiedad.

Los principales cambios que hemos introducido en el Grupo de Manejo del Trastorno de Pánico a partir de 2015, siguiendo el modelo de Clark y Beck de 2010, son:

- la eliminación de la relajación muscular (Recientemente se cuestiona su efectividad en la terapia cognitiva porque se piensa que la relajación como respuesta de manejo de la ansiedad debilita la efectividad de la terapia cognitiva porque al utilizarla para calmarse carecería de la posibilidad de aprender que las preocupaciones ansiosas son infundadas. Por lo que estos autores solo la recomiendan como intervención adjunta si el nivel de ansiedad es extremo y el paciente se niega a exponerse),
- la introducción de la exposición interoceptiva (elemento clave en el trastorno de angustia),
- y la reinterpretación de la seguridad (aumentar la percepción de control, y la disminución de la vulnerabilidad personal).

4

En base a este nuevo modelo se desarrollan grupos dirigidos al tratamiento de los trastornos de pánico con y sin agorafobia, en formato cerrado de 12-14 participantes, con sesiones semanales durante 3 meses, que se celebran los viernes por la tarde.

OBJETIVOS GENERALES

- El objetivo de este grupo es proporcionar a los pacientes estrategias para el autocontrol de sus niveles de ansiedad y así posibilitar el afrontamiento exitoso de los estímulos estresantes.
- Formar y entrenar a los residentes de Psicología de primer y segundo año en el Modelo Cognitivo-Conductual.

- Ofrecer al resto del AGC de Psiquiatría y Salud Mental otra alternativa grupal para estos pacientes.
- Investigar sobre los procesos y variables y variables implicadas en el Trastorno de Pánico (Proyecto de investigación en curso).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Dotar a los pacientes de habilidades necesarias para:

- Controlar sus respuestas fisiológicas de ansiedad excesivas
- Sustituir el autodiálogo interno de amenaza y vulnerabilidad, mantenedor de la ansiedad por otro más adaptativo de afrontamiento, de control y seguridad.
- Potencial el afrontamiento activo de las situaciones ansiógenas
- Disminuir el nivel basal de estrés del paciente
- Lograr que se expongan gradualmente y bajo la supervisión del terapeuta a las situaciones evitadas.

ACTIVIDADES

- Evaluación individual de cada paciente para decidir la idoneidad al grupo, que suele llevar a cabo una residente PIR.
- Evaluación Psicométrica al inicio del grupo con las siguientes pruebas:
 - ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad
 - STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger
 - Cuestionario de Cogniciones Agorafobias (ACQ)
 - Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)
 - Inventario de Movilidad para la Agorafobia (MI)
 - Registro semanal de angustia y ansiedad
- Las PIREs de primer año se incluyen como observadoras del tratamiento grupal.
- Las PIREs de segundo año participan como coterapeutas del grupo.
- ESQUEMA DE LAS SESIONES
 1. Psicoeducación
 2. Prueba de Hiperventilación y Respiración lenta
 3. Reestructuración Cognitiva
 4. Exposición gradual en vivo
 5. exposición interoceptiva: Tolerancia de los síntomas y reinterpretación de la seguridad
 6. Prevención de Recaídas.

RECURSOS

La responsable del programa es la Psicóloga Sara Solera Mena.

5. ENLACE

OBJETIVOS DEL DISPOSITIVO

1. Establecer colaboración mutua con diferentes Servicios Hospitalarios, integrando la perspectiva psicológica y psicosomática en el cuidado global del enfermo
2. Aportar dicha perspectiva en la comprensión y manejo del enfermo ingresado y/ o familiares
3. Responder a las demandas de los diferentes Servicios sobre pacientes ingresados en riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas: fase aguda-crítica de enfermedad, impacto, vulnerabilidad, escasos recursos de afrontamiento
4. Facilitar la comunicación entre el paciente/familia y el equipo asistencial , contemplando las diferentes perspectivas
5. Implantar programas de intervención psicológica con pacientes de diferentes Servicios, consensuados y con responsabilidad compartida, para prevenir el desarrollo de alteraciones psicopatológicas en los enfermos, familiares o cuidadores, fundamentalmente a nivel ambulatorio
6. Colaborar en la docencia de los diferentes equipos

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

1. Conocer las diferentes respuestas individuales del paciente ingresado frente a la enfermedad y las variables psicológicas implicadas en las mismas
2. Identificar las necesidades emocionales del paciente ingresado/enfermo y sus familias/cuidadores
3. Aprender a detectar y tratar los procesos psicológicos y psicopatológicos que precipitan, complican o simulan enfermedades médicas
4. Conocer, diseñar y aplicar diferentes técnicas psicoterapéuticas adecuadas al perfil de los pacientes, fase de la enfermedad, estadio, pronóstico, impacto personal/familiar
5. Aprender habilidades para promover la adaptación y el afrontamiento eficaz de la enfermedad
6. Conocer los mecanismos de funcionamiento grupal en los diferentes equipos asistenciales

HABILIDADES A ADQUIRIR DURANTE LA ROTACIÓN

1. Capacidad para establecer una alianza de trabajo con los diferentes equipos asistenciales
2. Capacidad para comprender el malestar del paciente ingresado/enfermo en términos psicológicos
3. Capacidad para ajustar la intervención psicológica a las características de los pacientes y los equipos médicos
4. Capacidad para participar en el diseño y proceso de los diferentes Programas de Enlace

PROGRAMAS DE ENLACE:

1. Duelo Perinatal
2. Oncología
3. E.L.A.
4. Enfermedad Inflamatoria Intestinal
5. Atención al paciente alcohólico
6. Atención riesgo suicida
7. Consejo genético
8. Atención al dolor crónico
9. Cefaleas resistentes
10. Hemorragia subaracnoidea

ASPECTOS PRÁCTICOS:

La rotación por ENLACE está dirigida a residentes de 3º - 4º año de residencia.

El periodo mínimo de rotación para rotantes externos en Enlace será de 3 meses.

6. OTRAS ACTIVIDADES INVESTIGADORAS

Los distintos responsables de investigación del AGCPSM y el responsable de la UICyE Dr. Gabriel Rubio informará de los proyectos de investigación en marcha u otros a proponer donde pueden participar los residentes PIR.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Amedo Montoro, M. Bembibre Serrano, J. Triviño Mosquera, M. (2013). Neuropsicología a través de casos clínicos. Editorial medica Panamericana
2. Amodeo Escribano, S. Programa de Control de la Ansiedad. Cuadernos de Salud Mental del 12 - Nº 8 (2013). Unidad Docente Multiprofesional Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. En: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria> (Inicio - Boletín y otras publicaciones – Cuadernos de Salud Mental del 12)
3. Bados López, A (2004). Agorafobia y ataques de pánico. Ed. Psicología Pirámide.
4. Beck y cols. (2005). Terapia Cognitiva de la Depresión. Ed. Desclee de Brower.
5. Clark, D.A; Beck, A.T. (2012). Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad. Ed. Desclee de Brouwer.

6. Del Yerro Alvarez, M.J: Propuesta de Protocolo para la Valoración de la Competencia para toma de Decisiones Sanitarias. Boletín del AGCPSM - Nº 35 - Diciembre 2013.
En: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria> (Inicio - Boletín y otras publicaciones – Boletines del AGCPSM)
7. Durango, M. I. (2011). Evaluación de una intervención educativa en la aparición de complicaciones tardías en el paciente con trasplante hepático. *Serie de trabajos de Fin de Master 3(2)*: 375-409.
8. García Campayo, J. Hidalgo Campos, I. y Orozco Gonzales. (2006): Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Ed. Ars Médica.
9. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Edición 2012
10. Guía Docente de Rotación de Interconsulta y Enlace. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental-Hospital Universitario 12 de Octubre. Versión Marzo 2013
En: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>.
11. Hassinove, H., Chip Tafrate, R. (2005). El manejo de la agresividad. Ed. Desclee de Brouwer.
12. Hebben, N. y Milberg, W. Fundamentos para la Evaluación Neuropsicológica. Ed. Manual Moderno
13. Hernández Meléndrez, E. (2007). Atención Psicológica en el trasplante de órganos. Trasplante de corazón. Ed. Ciencias Médicas. La Habana.
14. Kosmach-Park, B., Koziolk, C., Hutton, A. et al. (2007). Guía para el cuidado de su salud después del trasplante de hígado. US: International Transplant Nurses Society.
15. Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S. y cols. Guía para pacientes y familiares. Detección y Prevención de la conducta suicida. Comunidad de Madrid (www.madrid.org/sanidad). 2012.
16. López, T. y Silva, N. (2014). Manual de la Terapia Grupal de Entrenamiento en Habilidades Sociales. Madrid: AGC de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. 12 de Octubre.
17. Martínez Sande, G. Intervención en el marco de la Interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace. S. de Psiquiatría C.H.J: Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña. FALTA AÑO
18. Montejo, J. C. y Calvo, M. V. Trasplante hepático. *Nutr Hosp.* 23 (2): 34-40. (2008).
19. Navío Acosta, M. Proyecto de investigación: Plan terapéutico integral y multidisciplinario para disminuir el riesgo de reincidencia en personas que han realizado una tentativa autolítica. 2013
20. Pérez Alvarez, Marino y cols. Guía de Tratamientos psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud. Ed. Piramide. 2009.
21. Pérez San Gregorio, M. A., Martín Rodríguez, A., Asián Chaves, E. y Pérez Bernal, J. Repercusiones psicológicas del trasplante hepático. *MAPFRE Medicina* 15(4): 251-257.
22. Peña-Casanova, J. (2007). Neurología de la Conducta y Neuropsicología. Ed. Médica Panamericana.
23. Portellano, J.A: Introducción a la Neuropsicología. Ed Mc Graw Hill. 2005.
24. Rains, G. D. (2002). Principios de Neuropsicología Humana. Ed. Mc Graw Hill.
25. Real Decreto 426/1980. Obtención de órganos procedentes de Donantes vivos para su ulterior Injerto o Implantación en otra Persona. Capítulo I.

26. Remor, E; Arranz, P.; Ulla, S. (Eds). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Ed Desclee de Brouwer. 2003
27. Roca, E. Cómo mejorar tus Habilidades Sociales, Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional Ed. ACDE. 3ª Ed. Revisada. (2003).
28. Rojo Rodes JE. El procedimiento diagnóstico y terapéutico. En Psiquiatría Básica para Médicos, colección de Psiquiatría de enlace. Madrid. Scientific Communication Management, 2003: 15-50.
29. Rubio, G. Proyecto de Investigación: Utilidad de una nueva técnica de Psicoterapia motivacional para disminuir el consumo de alcohol en dependientes de alcohol candidatos a trasplante hepático.
30. Ruíz Sánchez de León, J.M y Pedrero Pérez, E.J. (2014). Neuropsicología de la Adicción. Ed. Médica Panamericana
31. Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid (SERMAS). Facultativos Especialistas de Área. Editorial MAD-Siete. Junio 2015.
32. Varela, Berta. ¿Qué es la Psicología de Enlace?. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VI. Numero 2. Junio 2002.
33. Valdés M, de Pablo J, Campos R y cols. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de la calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: El perfil clínico de España. Med. clínica 2000; 18: 690-694.

EVALUACION DE LA ROTACION

En **ficha 1**, rellena según los criterios de evaluación consensuados y firmada por el tutor de rotación, a entregar en Secretaría a nombre de vuestro tutor PIR.

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 en Secretaría a nombre del Coordinador de la UDM Salud Mental (actualmente, Dr. Vega) en sobre cerrado, para salvaguardar la confidencialidad.

*Os agradeceríamos que cualquiera información básica que echéis en falta en vuestra rotación en esta Guía de Rotación o propuesta de mejora de la misma nos la comunicéis a través del **buzón de correo de nuestra web** www.psiquiatria12octubre.org :*

http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/index.php?r=site/contact ,

*a la atención del **Coordinador de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental** del AGCPSM del Hospital Universitario 12 de Octubre.*