

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental
PSIQUIATRÍA

Jefe de Servicio: **Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero**

Tutores MIR: **Dra. Montserrat Caballero, Dr. Francisco Arias,**
Dr. José Carlos Espín, Dr. Pedro Sanz
y **Dr. L. Santiago Vega** (coordinador UDMSM)

**GUIA DE ACOGIDA
AL RESIDENTE DE
PSIQUIATRIA**

Versión Mayo 2014

INDICE

1. Organización del Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid)
2. Organización práctica de la Docencia MIR de Psiquiatría en nuestra Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental
3. Distribución de rotaciones obligatorias
4. Planificación de actividades docentes
5. Unidad Docente de Psicoterapia
6. Rotaciones de Programa en la Comunidad de Madrid
7. Rotaciones Externas
8. Evaluación al final de cada rotación y Memoria anual
9. Tutoría MIR
10. Bibliografía básica inicial recomendada
11. Guardias de Psiquiatría
12. Sesión Clínica de Area
13. Asistencia a congresos y cursos de formación
14. Rotación longitudinal de Investigación
15. Boletín del AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 O
16. Cuadernos de Salud Mental del 12

17. Publicaciones de la Fundación Cerebro y Mente

18. Página web del servicio de Psiquiatría

19. Comisiones de Docencia del Servicio y del Hospital

20. “Brújula para médicos noveles” (J. Luis Agud, 2010)

21. Aspectos emocionales de la práctica profesional del residente de Psiquiatría

Anexos: **GUIAS DE ROTACION**¹:

1. Centro de Salud Mental
2. Unidad de Hospitalización Breve
3. Interconsulta de Psiquiatría y Enlace
4. Psiquiatría Infanto-Juvenil
5. Rehabilitación psicosocial
6. Hospital de Día
7. Unidad Conductas Adictivas
8. Psicogeriatría
9. Investigación
10. Inmersión en las Urgencias de Psiquiatría
11. Psicoterapia
12. Programa TEC

¹ Se puede consultar la última versión actualizada de cada una de estas Guías en la web del Servicio de Psiquiatría del HU 12 Octubre (acceso desde el apartado de PSQUIATRIA de la web del Hospital: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1191579446958&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPage%2FH12O_contenidoFinal) : ir a DOCENCIA MIR

*Bienvenidos/as al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid. Estas son unas cuantas pistas y aclaraciones iniciales para poder aprovechar mejor la residencia entre nosotros. En la **Guía Itinerario Formativo Tipo de Psiquiatría** se desarrollan también algunas de estas informaciones. En las **Guías Docentes** de cada una de las rotaciones que conforman la concreción del programa de la especialidad en nuestra red de servicios se concretan aún más los objetivos docentes y evaluación de las mismas.*

Madrid, Mayo 2014

1. Organización del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid)

El Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (*AGCPSM en adelante*) del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, donde está asignada vuestra plaza MIR, tiene como Jefe de Servicio al Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero.

La organización asistencial donde vais a desarrollar la mayor parte de vuestras rotaciones conforma una compleja red de dispositivos y profesionales organizada desde el modelo que marca la actual Ley General de Sanidad (1986)²: el **modelo de Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria**: la red de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental adscrita al HU 12O de la Comunidad de Madrid.

Aunque actualmente se siguen produciendo importantes cambios organizativos derivados de la implantación en la Comunidad de Madrid del decreto de área única y libre elección de facultativo, en este momento la red de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental adscritos y relacionados con el HU 12O denominada AGCPSM la componen básicamente:

- los **Centros de Salud Mental** (C.S.M.) de los distritos de Carabanchel, Guayaba, Usera y Villaverde,
- las **Unidades de Hospitalización** (psiquiátrica) **Breve** (U.H.B.) del Hospital Universitario 12 de Octubre (donde realizaréis la rotación de Agudos) y del Complejo Asistencial Benito Menni, con 20 camas cada una de ellas,
- las **Urgencias de Psiquiatría** del Hospital Universitario 12 de Octubre (*HU 12O en adelante*)
- el programa de **Interconsulta de Psiquiatría y Enlace** del HU 12O

² Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102 – 29 de Abril de 1986: 15207- 15224 <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

-
- los programas de atención a las **Conductas Adictivas (Alcohol y Patología Dual)** del HU 120
 - los programas de **Psicogeriatría** y de **Psiquiatría Infanto-Juvenil** del HU 120
 - los **Hospitales de Día de Adultos e Infanto-Juvenil** del área (ubicados respectivamente en Villaverde y Pradera de San Isidro)
 - los dispositivos concertados de rehabilitación psicosocial existentes en cada uno de los distritos de Carabanchel, Usera y Villaverde:
 - **Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)**
 - **Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)**
 - **Centro de día (C.D.)**
 - **Equipo de Apoyo Socio-Comunitario (E.A.S.C.)**
 - **Mini-residencias, pisos protegidos** y otros recursos residenciales con distintos niveles de supervisión
 - El **AGCPSM** del HU120 cuenta además con otros recursos como el programa de **Psicodiagnóstico y Psicometría**, el programa de **Trastornos de la Conducta Alimentaria**, el de **Prevención del Suicidio**, la **Unidad de Investigación**, la **Unidad Docente de Psicoterapia** y otras Unidades y Programas Asistenciales y Docentes específicos como el **programa de Cuidados Post-Alta para Trastornos Mentales Graves** o el de **Primeros Episodios Psicóticos** u otros de la **Unidad de Transición Hospitalaria**.
 - Asimismo, nuestros pacientes hacen uso de recursos coordinados con el resto de la Comunidad de Madrid, como son:
 - o las **Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR**, antes denominada “*Unidad de Media Estancia*”)
 - o y las **Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP**, antes “*Unidad de Larga Estancia*”), ubicadas en el Complejo Asistencial Benito Menni y en el Hospital San Juan de Dios (Ciempozuelos),
-

- las **Unidades de Hospitalización Infanto - Juvenil** del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y del Hospital Infantil Niño Jesús,
- las unidades específicas como el **Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria** del Hospital Sta. Cristina,
- las **Unidades para Trastornos de la Personalidad** de la Cdad. de Madrid (Hospital Clínico San Carlos, Hospital Rodríguez Lafora, Clínica San Miguel, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital José Germain)
- la **Clínica Ntra. Sra. de la Paz** (especializada en el tratamiento de dependencia a cocaína y otras drogas y patología dual)
- o el **Equipo de Calle para Enfermos Mentales Sin Hogar** de la Comunidad de Madrid, entre otras.

Esta amplia **red de Servicios de Salud Mental** pretende responder a la complejidad asistencial de los pacientes que atendemos en nuestra comunidad, área sanitaria y distritos. A diferencia de la organización asistencial previa a la reforma de la asistencia psiquiátrica en curso desde los años ochenta en España (aún con grandes desigualdades entre las distintas comunidades autónomas e incluso entre las distintas áreas sanitarias dentro de una misma comunidad), en una red de Salud Mental como ésta trabajan diferentes profesionales (médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales especializados en Salud mental y otros) coordinados tanto con la Atención Primaria de Salud (puerta de entrada y centro del sistema sanitario) como con otras especialidades médicas y servicios socio-sanitarios (servicios sociales generales y específicos, tanto públicos como privados; comunidad educativa; red de toxicomanías; servicios judicial y penal, etc...).

La filosofía asistencial, organigrama y objetivos asistenciales, docentes y de investigación actualizados pueden consultarse en nuestra web: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>.

Los principios del modelo de atención integral comunitaria en salud mental, propugnado por la Organización Mundial de la Salud y en constante revisión y concreción en cada país y comunidad, son los siguientes ³:

- **Trabajo en red y continuidad de cuidados:** el servicio se coordina con el resto de recursos que atienden a la persona, favoreciendo que los distintos recursos conozcan el plan individualizado de tratamiento y rehabilitación, así como la continuidad en la atención entre unos dispositivos y otros
- **Trabajo en equipo y multidisciplinar:** la intervención implica aportaciones de diversas disciplinas complementarias para un tratamiento integral. Los miembros del equipo se reúnen y toman decisiones en conjunto acerca del plan de tratamiento y rehabilitación de la persona
- **Comunitario:** se promueve la integración de cada persona en su comunidad natural: familia, amigos, barrio, ciudad. Prepara para participar en el entorno comunitario. El servicio conoce el medio ambiente de la persona así como los recursos comunitarios y favorece su integración. Las actuaciones de los profesionales se realizan preferentemente en la comunidad, en el entorno natural del paciente. Se interviene con el medio en el que vive la persona, empezando por la familia
- **Individualización:** las actuaciones e intervenciones están guiadas por objetivos basados en la valoración de la situación única de cada persona, en una evaluación individualizada de sus necesidades, y la metodología de intervención es flexible y se adapta a ésta
- **Normalización y recuperación:** se ponen a disposición de la persona las estructuras, apoyos, actividades u oportunidades necesarias para que pueda tener un estilo de vida similar al resto de la sociedad (pareja, trabajo, familia, relaciones, ocio...). Se pone énfasis en el concepto de recuperación (*recovery*), más allá de la rehabilitación, es decir, en el proceso de restaurar o desarrollar un significado y un propósito en la vida y un estilo de pertenencia más allá de los efectos de la enfermedad
- **Autonomía, independencia y mínima institucionalización:** se busca maximizar la autonomía e independencia de la persona basándose en sus capacidades. Se busca siempre la intervención mínima necesaria para que

³ Basado en: "Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007); "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad mental Grave y crónica 2003-07" (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2003); "Rehabilitación psicosocial del enfermo severo. Situación actual y recomendaciones de la AEN" Cuadernos Técnicos nº 6 – AEN, 2002 y otros

la persona pueda satisfacer con la máxima autonomía sus necesidades dentro de la comunidad

- **Participación y autodeterminación:** se busca la participación activa de la persona en las decisiones acerca de su tratamiento y rehabilitación. Se acuerdan con la persona los objetivos de su plan de tratamiento / rehabilitación, así como las actividades rehabilitadoras / integradoras, psicoterapias o tratamientos biológicos propuestos. El servicio da importancia a las elecciones de la persona. Existen medios establecidos para recoger las opiniones de los usuarios acerca del servicio. Las características de los servicios se desarrollan atendiendo a las opiniones y necesidades expresadas de sus usuarios (incluyendo familiares y otras agencias socio-sanitarias del área de captación)
- **Modelo de competencia:** se mantiene una visión optimista sobre las posibilidades de la persona, destacándolas frente a sus dificultades. En todas las personas pueden identificarse objetivos de mejora, apoyo para el desarrollo de su calidad de vida o evitación del deterioro
- **Continuidad:** ofrece el apoyo y soporte que cada persona necesita durante el tiempo que sea necesario a lo largo de las distintas etapas de su enfermedad y de su vida
- **Evaluación de resultados:** existe un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejorar la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programa de intervención / rehabilitación

Durante las rotaciones por los distintos dispositivos es importante ir captando cómo se concretan (o no) estos ambiciosos principios teóricos en el paciente concreto al que atendemos personalmente dentro del equipo terapéutico donde estamos insertos en ese momento.

Un buen libro introductorio sobre la historia de la Psiquiatría y cómo el actual modelo asistencial comunitario pretende responder a algunos de los problemas generados por el modelo manicomial previo, si bien no ha resuelto otros, es el de “*Breve historia de la locura*” de Roy Porter⁴. Los residentes que se forman en el momento actual en nuestro país y área sanitaria tienen el reto de tratar de mejorar el sistema actual, en permanente dinamismo y transformación.

⁴ Porter, Roy: “Breve historia de la locura” Turner – Fondo de Cultura Económica. Madrid, 2003 (*traducción de la edición inglesa de 2002: “Mandnes: a brief history”*)

Algunos “puntos fuertes” del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre que sería interesante aprovechar en vuestro **itinerario formativo individualizado** (que diseñaréis con vuestro tutor de referencia asignado) son:

- La existencia de unos **recursos humanos** bien formados y con una buena convivencia de **pluralidad de modelos clínicos**, así como la existencia de una buena red de relaciones personales a pesar de pertenecer a distintas instituciones de titularidad pública (los provenientes del antiguo INSALUD y los de los servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid) o privada concertada (básicamente en los dispositivos de rehabilitación psicosocial dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales)
- **Modelo de trabajo comunitario, multidisciplinar** (aunque siempre mejorable) con formas de **gestión clínica innovadoras** (Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12O): *ver web <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>*.
- **Pluralidad de modelos de trabajo clínico en diálogo** (reuniones de coordinación, sesiones clínicas, docencia...)
- **Investigación** (grupo de investigación con líneas de trabajo de años de evolución, el PARG ⁵, integrado en el CIBERSAM ⁶ y otras redes de investigación nacionales e internacionales, posibilidad de colaboración en trabajos de investigación y realización de DEA y tesis doctorales...)
- Organización de **cursos de doctorado y jornadas científicas nacionales e internacionales por el propio Servicio**, de reconocido prestigio científico

⁵ PARG: “Psychosis and Addiction Research Group”, dirigido por el Profesor Tomás Palomo

⁶ CIBERSAM: “Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental” <http://www.cibersam.es>

2. Organización práctica de la Docencia MIR de Psiquiatría en nuestra Unidad Docente

Los 5 tutores MIR actuales coordinan, junto al resto de Tutores PIR y EIR de la UDMSM un numeroso equipo de profesionales implicados en las tareas docentes propias del servicio. Actualmente el coordinador de la UDMSM y los tutores MIR son los siguientes:

- **Dra. Montserrat Caballero** (UHB HU12O)
- **Dr. Francisco Arias** (Interconsulta Psiquiatría y Enlace HU 12O)
- **Dr. José Carlos Espín** (Unidad Infanto-Juvenil)
- **Dr. Pedro Sanz** (Urgencias Psiquiatría)
- Coordinador UDMSM: **Dr. Santiago Vega** (CSM Villaverde): santiago.vega@salud.madrid.org

Las funciones del tutor vienen recogidas en el **Real Decreto 183/2008**⁷, de 8 de Febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (es el marco legal desde el cual cada comunidad autónoma y Unidad docente van concretando el **programa oficial de la especialidad de Psiquiatría** publicado en septiembre 2008⁸). Ambos documentos legales es necesario lérselos al principio de la residencia, ya que enmarcan de forma general lo que luego cada Unidad Docente desarrolla en sus protocolos e itinerarios docentes individualizados.

Aparte del imperativo legal de realizar al menos 4 entrevistas de tutoría al año, estas entrevistas pueden ser un buen espacio para individualizar al máximo el proceso formativo en curso e ir corrigiendo durante el mismo posibles carencias tanto a nivel de adquisición de competencias y habilidades.

En cada rotación obligatoria y dispositivo por el que rotaréis en nuestro servicio (Urgencias de Psiquiatría, CSM, UHB, UCA, Psicogeriatría, Infanto-

⁷ Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE nº 45 - 21 Febrero 2008: 10020-10035 <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>

⁸ Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. BOE nº 224 - 16 Septiembre 2008: 37916-37921 <http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/16/pdfs/A37916-37921.pdf>

Juvenil, Rehabilitación, Investigación, etc...) tendréis asimismo asignado un **tutor de rotación y/o área de capacitación** perfectamente identificado para aprovechar lo más posible la rotación. Estos son en el momento actual:

Urgencias de Psiquiatría	Dr. Pedro Sanz
CSM Carabanchel	Dra. Alicia Vírseda
CSM Guayaba	Dra. Maica Ortega
CSM Usera	Dr. Pedro Holgado
CSM Villaverde	Dr. Francisco Arias
Unidad Hospitalización Breve	Dra. Montserrat Caballero
Interconsulta	Dr. Ricardo Angora
Unidad Conductas Adictivas	Dr. Gabriel Rubio
Psicogeriatría	Dra. M ^a Jesús del Yerro
Rehabilitación Psiq.	D. Diego Pulido
Hospital de Día (Adultos)	Dra. Laura Moñino
Hospital de Día Inf-Juv "Pradera de San Isidro"	Dra. Paula Laita
Psiq. Infanto-Juvenil	Dr. José Carlos Espín
Unidad de Transición Hospitalaria	Dr. Guillermo Ponce
Programa TEC	Dr. Roberto Rdguez-Jiménez
Psicoterapia	D ^a . Ana López
Investigación	Dr. Diego Padilla

Anualmente se diseña, junto al tutor MIR y el responsable de rotación, el planning de las rotaciones previstas para cada uno de los residentes: es el **itinerario individual de formación**. A finales de Mayo se distribuye el planning de las rotaciones de los próximos 12 meses.

El itinerario TIPO de cada residente de Psiquiatría es el que se muestra a continuación. Sobre este esquema tipo el tutor realiza el itinerario individual adaptándola a las necesidades e intereses de cada residente.



Plan Rotaciones MIR PSIQUIATRIA Junio .. - Mayo ..

Tutores MIR: Aragüés MP, Arias F, Caballero M y Ponce G. Coordinador UDM/SM: Vega L.S. Jefe AGCPSM: Jiménez-Arriero MA.

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCTUBRE	NOV.	DIC.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
MIR 1 - A	URG. GRAL.		NEURO		URG. PSIQ.	INTERCONSULTA			UHB ...			
1 - B	URG. GRAL.		NEURO		URG. PSIQ.	UHB ...			INTERCONSULTA		... UHB	
1 - C	NEUROLOGIA		URG. GRAL.		URG. PSIQ.	UHB ...						INTERC ...
1 - D	NEUROLOGIA		URG. GRAL.		URG. PSIQ.	UHB ...						
MIR 2 - A	... UHB					CSM y REHABILITACION PSICOSOCIAL						
2 - B	... UHB UHB	CSM y REHABILITACION PSICOSOCIAL						
2 - C	... INTERCONSULTA			... UHB		CSM y REHABILITACION PSICOSOCIAL						
2 - D	... UHB		INTERCONSULTA		CSM y REHABILITACION PSICOSOCIAL							
MIR 3 - A	... CSM y REHAB				INFANTIL		OTRAS ROTACIONES		UCA ...			
3 - B	... CSM y REHAB				PSICOGERIATRIA		INFANTIL		OTRAS ROT ...			
3 - C	... CSM y REHAB				UCA		PSICOGERIATRIA		INFANTIL ...			
3 - D	... CSM y REHAB				OTRAS ROTACIONES		UCA		PSICOGER ...			
MIR 4 - A	... UCA	PSICOGERIATRIA				OTRAS ROTACIONES						
4 - B	... OTRAS	UCA				OTRAS ROTACIONES						
4 - C	... INFANTIL					OTRAS ROTACIONES						
4 - D	... PSICOGE	INFANTIL				OTRAS ROTACIONES						

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCTUBRE	NOV.	DIC.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
NRL	2	2	2	2								
URG-G	2	2	2	2								
URG-P					4							
ICyE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UHB	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
CSM	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
INF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GER	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	DURACION	OBSERVACIONES
NEUROLOGIA	8 semanas	
URGENCIAS GENERAL	8 semanas	
URGENCIAS PSIQT.	2 semanas	
UHB	8 meses	
INTERCONSULTA	3 meses	
CSM y REHAB	11 meses	CSM (Carabanchel, Guayaba, Usera o Villaverde) - Recursos Rehabilitación ambulatorios (CRPS, CRL, CD, EASC, MR, pisos)
INFANTIL	3 meses	Programa Infanto-Juvenil: Hospital y CSM Infanto-Juvenil
PSICOGERIATRIA	3 meses	Programa Psicogeriatría: Hospital y CSM (Psicogeriatría)
UCA	3 meses	Programa Alcohol: UTH (UCA) y CSM (Alcohol)
OTRAS ROTACIONES	12 meses	Rehabilitación Hospitalaria (UHTR, UCPP), Clínica N.S. La Paz (Adicciones), Hosp de Día Adultos (Villaverde), Hospital de Día Pradera de San Isidro (Infanto-Juvenil), UTH (PEP y otros salvo UCA), Unidad de Psicoterapia, Laboratorio Psicofisiología, Investigación, Rotaciones Externas, Rotación Senior u otras del Plan Individualizado de Rotación de cada MIR de Psiquiatría
VACACIONES		Según necesidades del Servicio e Interés docente (marcadas preferentemente en gris)
Asociación UD Geriatría HU Getafe		5 residentes de Geriatría por año (2 meses/MIR Geriatría) ¿Excepto Julio-Agosto?
MIR Neurología	2 meses	1 mes en UHB y 1 mes en CSM Usera
MIR Med Familiar	2 meses	1 mes en CSM Carabanchel, Usera o Villaverde y 1 mes en UCA
MIR Med Trabajo	2 meses	1 mes en CSM Villaverde y 1 mes en UCA

3. Distribución de rotaciones obligatorias

Cada residente diseña con su tutor el **plan individualizado de rotaciones** atendiendo a las recomendaciones del programa oficial de la especialidad en Psiquiatría, el protocolo docente del servicio (actualmente denominado GIFT: *Guía Itinerario Formativo* tipo) y las necesidades e intereses personales de cada residente.

En la Instrucción Técnica sobre “**Planificación de rotaciones de Residentes de la UDMSM**” se especifica el proceso acordado para realizar el plan de rotaciones de residentes de la UDMSM anual (periodo de Junio a Mayo), así como el protocolo para realizar de forma excepcional cambios en dicho plan.

4. Planificación de las actividades docentes

El calendario docente de cada curso académico (Octubre a Junio) es diseñado cada año por los tutores de la UDMSM recogiendo:

- las indicaciones del programa oficial de las especialidades de Psiquiatría, de Psicología Clínica y de Enfermería de Salud Mental (ya que se realizan actividades docentes conjuntas y otras específicas de cada programa),
- las recomendaciones de las auditorías a la Unidad Docente de Salud Mental y al Hospital en su conjunto (la última de ella realizada al servicio fue en Septiembre 2008, de consulta pública en el archivo de la Secretaría de Psiquiatría),
- las propuestas de los propios residentes MIR, PIR y EIR,
- las propuestas del Jefe de Servicio y resto de profesionales del Servicio.

Durante el mes de Septiembre de cada año se distribuye a todo el personal en formación y de plantilla, tras presentarlo en la Comisión de Formación Continuada y Docencia del Servicio.

Las actividades docentes de los miércoles son **obligatorias para los MIR del servicio**, con las excepciones justificables en su contrato laboral o por fuerza

mayor. Como en el resto de actividades docentes de la Comunidad de Madrid se llevará un control de asistencia a los cursos, seminarios y sesión clínica de área del calendario docente de los miércoles. El calendario docente de cada curso puede consultarse en la web <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>.

Las actividades docentes que pretenden responder a las necesidades formativas reseñadas en los programas oficiales de las Comisiones Nacionales de cada especialidad y recomendaciones de la Auditoría a la Unidad Docente de Salud Mental, se concretan cada año en el **Calendario Docente** colgado en la web del Servicio a partir del cada mes de Septiembre para el curso correspondiente.

5. Unidad Docente de Psicoterapia

Justificación de la acción

La psicoterapia, sola o en combinación con los psicofármacos, constituye el tratamiento de primera elección de un buen número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 63/1995, BOE 10/2/95), y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

En los diferentes planes de salud mental (CAM, 2002) se señalan como objetivos a conseguir el hacer accesible esta prestación a todos los pacientes para los que esté indicada, garantizando la continuidad asistencial y la coordinación con otros programas asistenciales. Así mismo se da prioridad a la práctica de las corrientes psicoterapéuticas de referencia, a las modalidades de psicoterapia grupal y a impulsar el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos para niños y adolescentes. Para todo ello se aconsejaba la contratación de psiquiatras y psicólogos en la Red pública con formación acreditada en psicoterapia y se daba cuenta de la pertinencia de acciones formativas en este campo para los profesionales de la red pública

A las necesidades asistenciales y formativas de los profesionales de la red se une al requerimiento, por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad, de una formación en Psicoterapia para Mires y Pires que, en los últimos desarrollos de los nuevos programas de formación van adquiriendo mayor importancia. En planes futuros se contempla que el residente que lo solicite pueda formarse hasta durante 12 meses específicamente en Psicoterapia. La Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias viene a ofrecer un marco legal para el desarrollo de futuras ofertas formativas, que en el futuro próximo son ya una obligación de los centros docentes para su acreditación.

Desde el curso 2005-2006 se viene desarrollando en el Servicio un programa específico para la docencia en psicoterapia para los MIR y PIR, ampliándose a los EIR de Salud Mental desde que nos constituimos como UDMSM.

En estos años se ha consolidado la docencia teórica, con seminarios de frecuencia quincenal impartidos los miércoles en el Hospital Doce de Octubre, con un temario diferenciado para los R1 y otro para los R2 y superiores.

La supervisión de los aspectos psicoterapéuticos de la práctica clínica de los R1 durante su rotación inicial por los CSMs (12 meses en el programa actual) es realizada por varios compañeros del *staff* del Área.

Diferentes residentes de Psiquiatría y Psicología han comunicado su interés por incrementar su aprendizaje en el ámbito de las psicoterapias durante sus últimos años de Residencia. La docencia de los aspectos psicoterapéuticos se contempla en el Plan de Formación como longitudinal en el tiempo, pero la sucesión de rotaciones por diferentes Dispositivos a partir del primer año hace difícil la continuidad mínima necesaria. La realidad es que los MIR de Psiquiatría pueden concluir su Residencia sin haber seguido un paciente durante 8 sesiones seguidas y menos aún haciéndolo con una perspectiva psicoterapéutica.

Diversos dispositivos del AGCPSM, a través del desarrollo de la Docencia de Psicoterapia, pretenden contribuir a la formación en psicoterapia de los futuros psiquiatras y psicólogos. Progresivamente se van incorporando otras actividades docentes de psicoterapia a la oferta formativa de la Unidad.

Profesionales a los que va dirigido

MIR de Psiquiatría y PIR del Área, en sus últimos años de Residencia. EIR de Salud Mental.

Duración

Rotación por un tiempo de **3-4 meses** por los **dispositivos que conforman la Unidad Docente de Psicoterapia** durante el que su actividad sea la práctica psicoterapéutica, acompañada de una supervisión y consejo teórico reglado

Organización de la Rotación

Se propone que la formación y la investigación se basen en la clínica. Por ello la implicación de un grupo de profesionales de las áreas asistenciales y la escrupulosa organización de las agendas asistenciales centradas en la docencia durante el periodo de compromiso del profesional con la unidad, resulta fundamental.

Cada uno de los profesionales psiquiatras y psicólogos participantes, se comprometen a dedicar un tiempo a la semana a la asistencia centrada en la docencia en Psicoterapia. La asistencia se llevará a cabo en los lugares de trabajo habituales de los profesionales implicados.

El rotante tendrá una agenda vacía en la que irá organizando sus diferentes actividades, que incluirán tratamiento psicoterapéutico de un pequeño número de pacientes, supervisión

reglada de los mismos, asistencia como espectador a psicoterapias, individuales y grupales, efectuadas por los profesionales docentes, supervisión de lecturas teóricas...

Los pacientes serán escogidos por los docentes de entre aquellos que atienden y tienen a cargo, previa información y solicitud de permiso.

Toda la actividad del alumno será supervisada. Cada docente tendrá asignada una hora semanal, en un día concreto, para la supervisión de los casos. Así el alumno tendrá todos los días (el miércoles es día de Docencia en el Hospital Doce de Octubre) una hora de supervisión.

La organización práctica para el curso actual se concretará por los tutores de rotación de psicoterapia, dados los cambios que se están produciendo en la organización asistencial del Area: consultar la **Guía de Rotación Longitudinal de Psicoterapia** actualizada.

6. Rotaciones de Programa en la Comunidad de Madrid ⁹

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA TRAMITACIÓN DE ROTACIONES DE PROGRAMA (RP) EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Gestión de las rotaciones previstas en el programa de formación pero no previstas en el expediente de acreditación otorgado al centro o unidad docente.

La evaluación de las rotaciones externas solicitadas hasta la fecha junto con la experiencia acumulada, demuestran la necesidad de establecer unas recomendaciones generales para la tramitación de las rotaciones contempladas en el programa de formación, que se realicen en otro centro o unidad docente distinto al de origen, por no estar previstas en la acreditación otorgada a dicho centro o unidad.

Estas rotaciones deberán estar especificadas en el Programa Oficial de la Especialidad y cumplir una serie de requisitos. Se excluyen de esta consideración las rotaciones de programa previstas en el expediente que sirve de base a la acreditación otorgada al centro o unidad docente. Las solicitudes de dichas rotaciones serán evaluadas y autorizadas de forma excepcional, en tanto se valore y resuelva la inclusión de nuevos recursos acreditados para poder impartir la totalidad del programa de formación en el centro o unidad docente.

Las rotaciones de programa, deberán ser autorizadas por el Director General de la Agencia Laín Entralgo, de conformidad con las funciones y fines encomendados a la Agencia "Pedro Laín Entralgo" ¹⁰, de Formación Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Objeto

El objeto de este procedimiento será autorizar rotaciones de programa, con carácter excepcional y con la finalidad de facilitar el cumplimiento del programa de formación, para aquellos residentes adscritos a centros o unidades docentes en los que no se pueda llevar a cabo la totalidad de las rotaciones previstas en el mismo, en tanto se revisan los expedientes de acreditación.

Requisitos

Para poder dar cumplimiento a las rotaciones establecidas en el programa formativo pero no previstas en el expediente de la acreditación otorgada al centro o

⁹ Ver Documento Anexo: INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA GESTIÓN DE ROTACIONES DE PROGRAMA (RP) EN LA COMUNIDAD DE MADRID (Área de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid, Enero 2009)

¹⁰ Atención: Actualmente (2013) dichas funciones de la extinta Agencia Laín Entralgo corresponden al Servicio de Formación Especializada de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

unidad docente, se podrán autorizar dichas rotaciones como rotaciones de programa siempre y cuando cumplan una serie de requisitos y estén debidamente justificadas.

De forma general dichas rotaciones de programa se registrarán por la normativa aplicable para la autorización y evaluación de las rotaciones externas referida en el artículo 21 del RD 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (publicado en el BOE con fecha 21 de febrero de 2008) y en el artículo 8 del RD 1146/2006 de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (publicado en el BOE con fecha 7 de octubre de 2006).

Si bien, se podrán estudiar excepciones justificables de acuerdo al programa de formación correspondiente.

Para poder evaluar y autorizar las rotaciones de programa, dichas rotaciones deben cumplir los siguientes requisitos:

- Deben constar específicamente en el programa de formación.
- Ser rotaciones correspondientes al programa de formación que no pueden realizarse en el centro o unidad docente en el que está adscrito el residente, por no estar previstas en la acreditación otorgada a dicho centro o unidad. Se excluyen de esta consideración las rotaciones de programa previstas en el expediente que sirve de base a la acreditación otorgada al centro o unidad docente.
- Que se lleven a cabo en otras unidades docentes o centros acreditados dentro de la Comunidad de Madrid, salvo situaciones debidamente justificadas.
- Las rotaciones de programa que se realicen en otros centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio internacional, tendrán siempre la consideración de rotaciones externas.
- Cuando no se especifique en el programa formativo un período concreto de tiempo para la realización de una determinada rotación, se valorará el período de tiempo que la comisión de docencia junto con los tutores responsables determinen adecuado y aprueben, para el cumplimiento de los objetivos docentes, que será común para todos los residentes adscritos a una misma unidad docente y que deberá constar en la guía o itinerario formativo y en el plan individual de formación de cada residente.
- Con carácter general, en las especialidades cuya duración sea de cuatro o más años, el período de rotación no podrá superar los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual, ni 12 meses en el conjunto del

período formativo de la especialidad de que se trate. En las especialidades cuya duración sea de uno, dos o tres años, el período de rotación no podrá superar los dos, cuatro o siete meses respectivamente, en el conjunto del período formativo de la especialidad de que se trate.

- Se podrán valorar excepciones cuando el tiempo de rotación especificado en el programa formativo sea superior a los periodos anuales señalados para las rotaciones externas y/o conste en la guía o itinerario formativo tipo, o en el plan individual de formación de cada residente, elaborados y propuestos por los tutores de cada especialidad y aprobados por la comisión de docencia correspondiente. Si bien, no podrán superar los 12 meses en el conjunto del periodo formativo.
- Si se prevé, que para poder completar un programa de formación se tendrán que solicitar rotaciones de programa durante un período superior a los 12 meses establecidos, la unidad docente correspondiente a través de su comisión de docencia deberá solicitar la acreditación de nuevos recursos.
- Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación.
- Que la comisión de docencia de destino manifieste expresamente su conformidad, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las posibilidades docentes del dispositivo donde se realice la rotación.
- Con el objetivo de que dichas rotaciones de programa puedan ser evaluadas en el período de evaluación anual y final, además de que los residentes, tutores y comisiones de docencia puedan cumplir con la normativa establecida en el capítulo VI sobre evaluación del RD 183/2008, no se autorizarán rotaciones de programa, durante el último mes del periodo de formación anual y/ o final.

Solicitudes

Las solicitudes para las rotaciones de programa, se ajustarán al modelo establecido y podrán ser presentadas en cualquiera de los lugares establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y deberán ser remitidas a la dirección de correo correspondiente indicada por la Comisión de Docencia del hospital.

Cada una de las solicitudes deberá adjuntar los siguientes documentos originales cumplimentados:

- Documento de aceptación de la comisión de docencia de origen para rotaciones de programa, conforme al anexo B.

- Documento de propuesta del tutor para rotaciones de programa a la comisión de docencia, conforme al anexo C.
- Documento de aceptación de la comisión de docencia de destino para rotaciones de programa, conforme al anexo D o en su defecto carta de aceptación.
- Documento de conformidad del residente para rotaciones de programa, conforme al anexo E.
- Documento de aceptación del responsable de la entidad titular del centro o unidad docente para rotaciones de programa, conforme al anexo F.
- Copia del programa oficial de la especialidad en la que se especifique dicha rotación.
- Guía o itinerario formativo aprobado por la comisión de docencia en el que conste específicamente la rotación solicitada y el período de tiempo.
- Plan de formación individual del residente, en el que conste específicamente la rotación solicitada y el período de tiempo.
- El documento de solicitud de aceptación de rotación de programa al centro/unidad docente de destino, anexo A, es un documento de solicitud entre comisiones de docencia, por lo que no es necesario adjuntarlo a la solicitud de rotación de programa.

Todos los documentos estarán a disposición de los interesados en el Área de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo y en las respectivas Comisiones de Docencia.

Plazo de presentación de solicitudes

Las solicitudes deberán ser presentadas con una **antelación mínima de 3 meses y máxima de 6 meses a la fecha de inicio de la rotación de programa**, adjuntando todos los documentos reseñados previamente.

Si la documentación aportada no reúne todos los datos o documentos que se exigen, se requerirá a la correspondiente comisión de docencia, para que en el plazo de diez días subsane la falta o acompañe el documento correspondiente, con el apercibimiento de que si no lo hiciera, se tendrá por desistida su petición, previa resolución dictada al efecto.

Todas aquellas solicitudes que no sean presentadas en el plazo establecido serán desestimadas. En ningún caso se iniciará una rotación de programa sin la autorización correspondiente, por lo que serán desestimadas aquellas solicitudes realizadas una vez iniciada la rotación.

Procedimiento

La Agencia Laín Entralgo examinará las solicitudes presentadas conforme a los requisitos establecidos.

La resolución emitida por el Director General de la Agencia Laín Entralgo, se remitirá mediante notificación a la comisión de docencia de origen, debiendo la citada comisión de docencia dar notificación fehaciente de esta resolución a todas las partes interesadas.

De conformidad con el artículo 42 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, el plazo máximo para resolver la solicitud será de tres meses desde la entrada en la Unidad de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo. El silencio administrativo se considera denegatorio.

Evaluación de las rotaciones de programa

El centro donde se haya realizado la rotación de programa emitirá el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas previstas en el programa formativo, siendo responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión de docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.

Las rotaciones de programa autorizadas y evaluadas conforme a lo previsto, además de tenerse en cuenta en la evaluación formativa y anual, se inscribirán en el libro del residente.

Entrada en vigor del presente procedimiento para la tramitación de rotaciones de programa

Las solicitudes que se presenten a partir del 1 de enero de 2009 deberán ajustarse al procedimiento establecido. Las solicitudes anteriores a esta fecha serán admitidas sin perjuicio de que pueda ser solicitada su subsanación conforme a los términos previstos.

ROTACIONES PARA GUARDIAS

Para la realización de guardias previstas en el programa de formación, que no puedan realizarse en el centro de origen, se aplicará lo establecido para las rotaciones de programa.

Si bien, no se tendrán en cuenta a los efectos del cómputo de los períodos máximos de rotación.

7. Rotaciones Externas

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA GESTIÓN DE ROTACIONES EXTERNAS (RE) EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (publicado en el BOE con fecha 21 de febrero), regula la autorización y evaluación de las rotaciones externas en su artículo 21 y prevé que dichas rotaciones externas sean autorizadas por el órgano competente de la correspondiente Comunidad Autónoma que en caso de la Comunidad de Madrid es la Agencia "Pedro Laín Entralgo" ¹¹.

Objeto

Autorizar las rotaciones externas definidas por el RD 183/2008, como los períodos formativos, llevados a cabo por los residentes en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.

Requisitos

La autorización de rotaciones externas requerirá el cumplimiento de los siguientes requisitos (artículo 21, RD 183/2008):

- Ser propuestas por el tutor a la comisión de docencia con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación son necesarias o complementarias del mismo.
- Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.
- En las especialidades cuya duración sea de cuatro o más años no podrá superar los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual, ni 12 meses en el conjunto del período formativo de la especialidad de que se trate.
- En las especialidades cuya duración sea de uno, dos o tres años, el período de rotación no podrá superar los dos, cuatro o siete meses respectivamente, en el conjunto del período formativo de la especialidad de que se trate.

¹¹ Atención: Actualmente (2013) dichas funciones de la extinta Agencia Laín Entralgo corresponden al Servicio de Formación Especializada de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

- Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.
- Que la comisión de docencia de destino manifieste expresamente su conformidad, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las posibilidades docentes del dispositivo donde se realice la rotación.

Con el objetivo de que dichas rotaciones externas puedan ser evaluadas en el período de evaluación anual y final, además de que los residentes, tutores y comisiones de docencia puedan cumplir con la normativa establecida en el capítulo VI sobre evaluación del RD 183/2008, no se autorizarán rotaciones externas durante el último mes del periodo de formación anual y/ o final.

Solicitudes

Las solicitudes de rotación externa, se ajustarán al modelo establecido y podrán ser presentadas en cualquiera de los lugares establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y deberán ser remitidas a la dirección de correo correspondiente indicada por la Comisión de Docencia del hospital.

Cada una de las solicitudes deberá adjuntar los siguientes documentos originales cumplimentados:

1. Documento de aceptación de la comisión de docencia de origen, conforme al anexo 2.
2. Documento de propuesta del tutor a la comisión de docencia, conforme al anexo 3.
3. Documento de aceptación de la comisión de docencia de destino, conforme al anexo 4 o en su defecto carta de aceptación.
4. Documento de conformidad del residente, conforme al anexo 5.
5. Documento de aceptación del responsable de la entidad titular del centro o unidad docente, conforme al anexo 6.
6. El documento de solicitud de aceptación de rotación externa al centro/unidad docente de destino, anexo 1, es un documento de solicitud entre comisiones de docencia, por lo que no es necesario adjuntarlo a la solicitud de rotación externa.

Conforme a lo establecido en el artículo 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y en el artículo 8 del RD 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación

laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, las rotaciones externas autorizadas darán derecho a la percepción de gastos de viaje de acuerdo con las normas que resulten de aplicación a las entidades titulares de la correspondiente unidad docente. Por lo que se deben cumplimentar adecuadamente los puntos referentes a este aspecto en los anexos 5 y 6.

Dichos documentos estarán a disposición de los interesados en el Área de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo y en las respectivas comisiones de docencia.

Plazo de presentación de solicitudes

Las solicitudes deberán ser presentadas **con una antelación mínima de 3 meses y máxima de 6 meses a la fecha de inicio de la rotación externa**, adjuntando todos los documentos reseñados previamente.

Si la documentación aportada no reúne todos los datos o documentos que se exigen, se requerirá a la correspondiente comisión de docencia, para que en el plazo de diez días subsane la falta o acompañe el documento correspondiente, con el apercibimiento de que si no lo hiciera, se tendrá por desistida su petición, previa resolución dictada al efecto.

Todas aquellas solicitudes que no sean presentadas en el plazo establecido serán desestimadas.

En ningún caso se iniciará una rotación externa sin la autorización correspondiente, por lo que serán desestimadas aquellas solicitudes realizadas una vez iniciada la rotación externa.

Procedimiento

La Agencia Laín Entralgo examinará las solicitudes presentadas conforme a los requisitos establecidos.

La resolución emitida por el Director General de la Agencia Laín Entralgo, se remitirá mediante notificación a la comisión de docencia de origen, debiendo la citada comisión de docencia dar notificación fehaciente de esta resolución a todas las partes interesadas.

De conformidad con el artículo 42 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, el plazo máximo para resolver la solicitud será de tres meses desde la entrada en el Área de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo. El silencio administrativo se considera denegatorio.

Evaluación de las rotaciones externas

El centro donde se haya realizado la rotación externa emitirá el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas previstas en el programa formativo, siendo responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión de docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.

Las rotaciones externas autorizadas y evaluadas conforme a lo previsto, además de tenerse en cuenta en la evaluación formativa y anual, se inscribirán en el libro del residente.

Entrada en vigor del presente procedimiento para la tramitación de rotaciones externas.

Las solicitudes que se presenten a partir del 1 de enero de 2009, deberán ajustarse al procedimiento establecido. Las solicitudes anteriores a esta fecha serán admitidas sin perjuicio de que pueda ser solicitada su subsanación conforme a los términos previstos.

Los formularios Word a rellenar por tutor y residente para su tramitación a través de la Comisión de Docencia del Hospital se encuentran disponibles en la web de Docencia del Hospital:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142628333854&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPage%2FH12O_contenidoFinal



Madrid, 23 de Octubre de 2013

Estimado/a Tutor/a:

Os recuerdo que las rotaciones externas de vuestros residentes deben solicitarse **con una antelación mínima de 3 meses del inicio de las mismas**, cumplimentando los **Anexos 3 y 5**, que se encuentran disponibles en la web de docencia, y presentándolos en la Secretaría de la Comisión de Docencia.

Si la rotación se va a realizar en un Hospital de España, desde esta Comisión se solicitará la autorización correspondiente.

Si la rotación se realiza en un Hospital extranjero, el residente debe aportar junto con los Anexos, la Carta de Aceptación del Centro donde va a realizar la rotación.

Un saludo,

Atentamente.



COMISIÓN DE DOCENCIA

Fdo. Dr. Carmelo Serrano Hernández
Presidente Comisión de Docencia

8. Evaluación al final de cada rotación y Memoria anual

Dado que en torno a Abril de cada año hay que presentar las **FICHAS 1 y 2** y la **MEMORIA ANUAL** ¹² en el **Comité de Evaluación de la Comisión de Docencia del Hospital**, aquí van unas cuantas aclaraciones al respecto, en especial para los R-1.

1. La **MEMORIA ANUAL**, además de un requisito administrativo OFICIAL y OBLIGATORIO que nos pide el Ministerio y que se tramita desde la Comisión de Docencia del Hospital, es una oportunidad para ir construyendo vuestro propio *Curriculum* profesional. Por ello, se debería cuidar la redacción y presentación de la misma. **Debe estar escrita a ordenador en el formato oficial Word descargable en la web de Docencia del Hospital.**

No pongáis de qué se trata en cada epígrafe (lo de "*Indicar: fechas de inicio y fin de cada rotación; servicio; unidad; facultativo responsable y actividad desarrollada en la misma*")... pero INDICADLO.

Ni que sea un documento excesivamente extenso e intragable de leer... ni tan escueto como 1 ó 2 páginas. Se trata de describir un poco más que la simple enumeración del número de pacientes vistos de cada diagnóstico, el trabajo realizado en las distintas rotaciones, las habilidades específicas aprendidas, las experiencias profesionales conseguidas, las observaciones personales...

Si alguno realizáis alguna actividad que tenga que ver con vuestra formación como médicos psiquiatras y la enriquezca (*p.e. colaboración en ONGs con actuaciones en el campo de la salud mental, investigación, docencia a otros médicos no psi o pregrado o asociaciones de familiares, participación en Comisiones Clínicas, de Docencia u otras en el Hospital, etc...*), ponédlo también en la Memoria. La filosofía de fondo es que os acostumbréis a "*saber vender*" atractivamente vuestra capacitación profesional y vuestra trayectoria profesional. No se trata de "hinchar" el C.V. con actividades o publicaciones poco relevantes (si el que evalúa el C.V. es serio lo captará enseguida)... pero tampoco de "*falsa humildad*"... o simple presentación poco cuidada del propio C.V.

¹² Que en nuestro Hospital sustituye al *Libro del Residente* que marca el RD Feb 2008

Os recomendaríamos que fuerais haciendo la Memoria Anual DURANTE la rotación (sin llegar a ser un diario exhaustivo de todo-todo-todo lo hecho) y que a mitad de la rotación comentéis con el TUTOR DE ROTACION (y con vuestro TUTOR MIR en las reuniones periódicas a lo largo del año) si está habiendo alguna LAGUNA FORMATIVA que convendría corregir en el tiempo que falta de la rotación (*p.e.: no llevo ningún caso de psicoterapia supervisado, no he acudido a ninguna visita domiciliaria desde el CSM, no me he responsabilizado de ningún caso que precise ingreso involuntario, no he visto ninguna intervención sistémica o cognitivo-conductual, no he acudido a ninguna reunión de coordinación con Primaria, no conozco para qué sirve realmente tal recurso de rehabilitación...no me queda claro si se sigue utilizando realmente la Mianserina o los I-MAO...*).

En el apartado de Observaciones pueden explicitarse propuestas constructivas para mejorar las rotaciones y formación en la UDMSM.

Además de en formato papel, **enviadla en Word por correo electrónico al tutor-coordinador santiago.vega@salud.madrid.org para el archivo de Docencia de la UDMSM**. Lo firman luego, por estén orden, vuestro TUTOR MIR, el JEFE DE SERVICIO y el PRESIDENTE DE LA COMISION DE DOCENCIA del Hospital.

Los **archivos Word** de las fichas 1 y 2 y Memoria Anual se pueden consultar y descargar en la web de Docencia del Hospital, apartado EVALUACION DE ESPECIALISTAS EN FORMACION:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142444198666&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPage%2FH12O_contenidoFinal .

2. La **FICHA 1**: ¡¡ rellenadla COMPLETA... y con LETRA MAYUSCULA y CLARA e idlas enviando a Secretaría del AGCPSM a nombre de vuestro tutor MIR al ir acabando las rotaciones !!.

Los criterios de evaluación que hemos consensuado en nuestro servicio en años anteriores ¹³ son: **3 = “muy bueno”, 2= “rendimiento en la media del grupo” y 1= “por debajo de la media de su grupo”**. Se reserva las puntuaciones inferiores a

¹³ Acta Reunión de Tutores de Rotación MIR de la UDMSM HU 12 O del 16/1/2008

1 para los casos excepcionales de suspensión de la rotación. O sea, un 2 no es “rendimiento mediocre” sino “en la media del grupo” (la cual, dado el alto nivel tradicional de nuestros residentes, es satisfactoria en general).

Se entrega en papel, EVALUADA y firmada por el tutor de rotación y/o dispositivo donde hayáis rotado (donde pone “EL TUTOR”). Si es una rotación externa en el extranjero y/o hay algún problema, la firmamos los tutores MIR con la evaluación que os hagan en el formato estándar que suelen tener.

Además, la firmará luego el Jefe de Servicio (donde pone “EL JEFE DE LA UNIDAD”). Ya se encargan en nuestra Secretaría de dárselas al final todas juntas a firmar.

Nada más acabar la rotación debéis completar la **ENCUESTA POST-ROTACION** de la Comisión de Docencia del hospital y enviarla al coordinador de la UDMSM Dr. Vega santiago.vega@salud.madrid.org para su análisis cara a la constante mejoría de la docencia impartida. Dicha encuesta en Word está disponible en la página de Docencia del Hospital y en nuestra web.

Descargad cada año el fichero **WORD** oficial de las fichas 1 y 2 y Memoria Anual del Residente.

Os recomendamos que unos días antes de finalizar la rotación le deis al tutor de rotación la ficha RELLENA con vuestros datos y la hoja de criterios de evaluación para que él sólo tenga que evaluar, firmarla y enviadla a Secretaría (secretarios de Psiquiatría: Jesús y Yolanda) en un sobre a nombre del tutor MIR. No esperéis a los días antes de la evaluación anual (algunos tutores me comentan que ya ni se acordaban de la rotación realizada meses atrás).

3. La **FICHA 2** NO se puede modificar. Deben caber en una sola hoja las rotaciones realizadas y las **ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS**: para desarrollar lo hecho está la Memoria. Igual que con la ficha 1, rellenadla con **TODOS LOS DATOS COMPLETOS** (DNI, fechas de vacaciones...).

Por favor, rellenad los DATOS PERSONALES y los periodos de VACACIONES y de BAJA si los hubiere y los datos de las rotaciones realizadas durante el año. Vuestro TUTOR MIR rellena luego la calificación. Dichas calificaciones se hacen públicas tras el Comité de Evaluación para quien desee conocerlas.

La ficha 2 la firma y sella posteriormente el JEFE DE ESTUDIOS (que es el presidente de la Comisión de Docencia del Hospital, actualmente el Dr. José Manuel Moreno) en el Comité de Evaluación que se suele celebrar anualmente, en torno al mes de Abril.

4. Id recopilando desde ya las Fichas 1 firmadas de las rotaciones ya finalizadas. Podéis dejarlas en Secretaría a **Rosa Foces** (rosa.foces@salud.madrid.org), secretaria para temas de Docencia del AGCPSM, en un sobre a nombre vuestro tutor MIR o dárselas personalmente.

5. Si habéis hecho una rotación externa durante el periodo debéis adjuntar la **MEMORIA DE ROTACION EXTERNA** y enviar una copia en formato Word al tutor coordinador. Si es de interés para el resto del servicio las publicamos en el Boletín.

En la Instrucción Técnica sobre “**Evaluación anual de Residentes de la UDMSM**” se especifica el proceso acordado para realizar la misma en los plazos marcados por la Comisión de Docencia del Hospital.

9. Tutoría MIR

El tutor MIR no desea ser únicamente un organizador de las rotaciones y actividades docentes y tramitador de las obligaciones administrativas a realizar durante vuestra residencia, sino un compañero de profesión y del servicio que os ayude a aprovechar lo más posible las potencialidades de nuestra organización y profesionales.

En Psiquiatría tan importante como la adquisición de habilidades técnicas es la propia maduración de aspectos personales que facilitan tanto el proceso de aprendizaje como la preparación para el afrontamiento de las inevitables tensiones emocionales y personales que nuestra profesión conlleva, como médicos y, específicamente, como psiquiatras.

La Unidad Docente y el RD Feb. 2008, a través de sus tutores de Psiquiatría, aconseja la realización de al menos **4 tutorías individualizadas** anuales, además de las que sean necesarias por circunstancias o situaciones personales. **Sería conveniente que el propio residente tuviera la iniciativa de concertar la cita con su tutor**, salvo que situaciones específicas detectadas por los tutores o el residente hagan aconsejable realizar una tutoría a la mayor brevedad posible. A la mitad de una rotación sería un buen momento para hacer una valoración de la evolución de la misma (aprendizajes, aspectos emocionales, asesoramiento bibliográfico, etc...). Las guías de rotación adjuntas son un buen instrumento para la evaluación continuada de la rotación.

10. Bibliografía básica inicial recomendada

Palomo T y Jiménez-Arriero MA **“Manual de Psiquiatría”** Smithkline Beecham. Madrid, 2009 (*descarga gratuita en formato pdf en la página web de la Fundación Cerebro y Mente: http://www.cermente.com/es/formu_manual.php*)



Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C y Torres F. (editores) **“Manual del Residente de Psiquiatría”**. Smithkline Beecham. Madrid, 1997 (*descarga gratuita en: http://www.4shared.com/file/36899373/f4e0661e/libro_d_psiquiatria.html*) (*En el primer trimestre de 2010 se publicará la edición revisada de este Manual*)

Organización Médica Colegial de España. **“La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes”**
OMC – Fundación Galatea. Barcelona, 2008 (*disponible en Internet: http://www.cgcom.org/noticias/2008/07/08_07_14_mirguia*)

Luis Agud J **“Brújula para médicos nóveles”**

Rev Clin Esp (2010) 210,5: 237-242

(http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B94SM-4YRR0WB-2-7&_cdi=56442&_user=4444581&_pii=S0014256510001438&_orig=search&_coverDate=05%2F31%2F2010&_sk=997899994&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWb&md5=cc18a4f91d1bf2e0eea430a378d9c1de&ie=/sdarticle.pdf)

(*recomendable antes de iniciar las rotaciones de Medicina Interna, Neurología y guardias; lo reproducimos en el capítulo 20 de esta guía con agradecimiento a su autor, el Dr. J. Luis Agud, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Severo Ochoa de Leganés*)

En las **Guías de Rotación** adjuntas se especifican diferentes recomendaciones bibliográficas de iniciación y profundización.

Por otra parte, la **biblioteca del Hospital** ofrece diversas actividades formativas de gran interés, así como su excelente **Biblioteca Virtual** <http://cendoc.h12o.es> (recientemente reformada con interesantes instrumentos bibliográficos y fondos accesibles online dándose de alta en la misma). Cada año solemos organizar un Taller práctico sobre “*Manejo de la Biblioteca Virtual del 12*”, impartido por el bibliotecario D. José M. Estrada.

11. Guardias de Psiquiatría

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 GIFT de la Unidad Docente y normas de funcionamiento del Servicio de Psiquiatría de este hospital.

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 (actualmente el **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 2 semanas 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, en la última quincena de Septiembre o primera de Octubre.

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 la rotación práctica inicial por la Urgencia de Psiquiatría.

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 Pérez, Jesús Cabello 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.

12. Sesión Clínica del área

Los **miércoles (de 13.30 a 15.00 h.)** se realiza la **Sesión Clínica** de área, generalmente en el **Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil del Hospital "12 de Octubre"**. Dichas sesiones están acreditadas.

Participan todos los profesionales del área que lo desean, de distintas categorías profesionales y modelos clínicos de referencia (comunitario, biológico, psicoanalítico, sistémico, cognitivo-conductual... con la gran ventaja de que todos tenemos experiencia clínica). Cada viernes se actualiza en la web del servicio un breve resumen con el título, ponente y contenido de la sesión del miércoles siguiente.

Son **obligatorias para los residentes**, tanto en la asistencia semanal como en la presentación directa supervisada por un adjunto. Se ruega puntualidad para así poder aprovechar mejor el caso presentado.

Sesión Clínica del Residente: periódicamente la sesión clínica de área la presenta/n uno (o varios) residente/s del AGCPSM. Se deberá comunicar con el tiempo suficiente a la responsable de Formación Continuada y Docencia del AGCSM, Angeles Castro acmaso@salud.madrid.org un **breve resumen de la sesión** para colgarla en nuestra web el viernes anterior a la sesión.

Muchas de las revisiones bibliográficas que realizan los residentes para presentar sus sesiones clínicas de Área y otras (UHB, CSM...) son de gran calidad y utilidad para la formación continuada de los profesionales del Servicio. Por ello, quien lo desee puede compartir dicho material (sin incluir datos identificables del caso clínico presentado) en los *Cuadernos de Salud Mental del 12* (ver más adelante). Si es material publicable, sería mejor ponerlo en la web una vez publicado con la referencia bibliográfica (según normas de Vancouver).

Un miércoles al mes tenemos desde hace unos meses una **Sesión Clínica Extraordinaria**, de **13.30 a 15.00 h.**, en la que vienen profesionales de diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental directa o indirectamente y aportan interesantes visiones personales desde su larga experiencia profesional y vital. Las organiza la **Comisión de Formación Continuada y Docencia** del AGCPSM, cuya secretaria es D^a Angeles Castro.

13. Asistencia a congresos y cursos de formación

Sería deseable realizar un breve resumen de lo aprendido o aportado tras la asistencia a un congreso o curso de formación, a presentar al tutor. **Este informe es obligatorio tras una rotación externa.** Algunos de estos resúmenes los difundimos posteriormente en el Boletín del AGCPSM y contribuyen a la actualización de conocimientos del resto de profesionales del área.

14. Rotación longitudinal de Investigación

En el Programa formativo de la Especialidad de Psiquiatría, así como en el Programa formativo de la Especialidad de Psicología Clínica, ambos publicados en el B.O.E., se ha dejado clara la necesidad de una formación específica en Investigación por parte de los residentes tanto MIR como PIR. Además, en la última Auditoría Docente se recomendó fomentar la participación de los residentes en las líneas de Investigación del Servicio. En base a todo ello, se plantea el desarrollo de la rotación en Investigación.

Los objetivos básicos son los que se señalan en el Programa formativo de la especialidad de Psiquiatría: *“Durante su formación el residente debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. Debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación ya sea de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación”* (BOE, 16-9-08); así como los que se señalan en el Programa formativo de la Especialidad de Psicología Clínica: *“Los especialistas en Psicología Clínica deben ser capaces de aplicar sus conocimientos y habilidades de investigación, adquiridos en su formación como psicólogo, al campo de la salud y la enfermedad humanas. A lo largo del periodo formativo, el residente en Psicología Clínica debería desarrollar una investigación relacionada con los contenidos de la Especialidad, y preferentemente aplicada o translacional, ya sea individualmente, en grupo, o incorporándose a un equipo, proyecto, o línea de*

investigación ya establecidos, dentro o fuera de la Unidad Docente Acreditada, contando en este último caso con la autorización del Tutor” (BOE, 17-6-09).

Para cumplir los objetivos básicos planteados, el residente deberá adquirir los conocimientos y habilidades que le permitan tener las siguientes competencias:

- Capacidad de realizar búsquedas bibliográficas sobre un tema
- Capacidad de diseñar estudios observacionales o experimentales
- Capacidad para recoger los datos y realizar la labor de campo (o participar en ella)
- Capacidad para realizar abordajes estadísticos básicos. Manejo de bases de datos. Conocimiento de Programas de Estadística.
- Capacidad para presentar y discutir los resultados obtenidos. Realizar presentaciones en Congresos, publicaciones en revistas de la especialidad

Dado que la rotación en Investigación es de tipo **longitudinal**, existirán actividades teóricas determinadas en el período de docencia que los residentes tienen los miércoles, así como en otros espacios temporales que se determinen. Para este segundo grupo de actividades teóricas, así como para el desarrollo de la actividad investigadora propiamente dicha, el residente deberá poder compatibilizar esta rotación con el resto de rotaciones de tipo transversal.

Las actividades ofertadas son la incorporación a las líneas de investigación desarrolladas por el Servicio, así como la asistencia y participación a las sesiones, seminarios, reuniones de investigación que se realizan de manera habitual. Además, y siguiendo el Programa de la Especialidad, los R4 que elijan el Trayecto B, podrán formarse de manera más específica (dentro del apartado “Nuevas Áreas”) en Investigación, Neurociencias, Neuroimagen, Genética.

Todas estas actividades son **independientes** de la realización en paralelo, por parte de los residentes que así lo quieran, de sus correspondientes Cursos de Doctorado, realización de sus Diplomas de Estudios Avanzados (DEA), y de sus Tesis Doctorales. La actividad docente y asistencial en nuestro servicio de los MIRs adscritos a nuestra UD es **prioritaria**, si bien algunas de las actividades académicas e investigadoras de los programas de Doctorado podrán ser consideradas convalidables por el tutor de rotación de investigación siempre que éste y los tutores MIR lo consideren oportuno.

DISPOSITIVO PARA LA ROTACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Se trata de un dispositivo funcional formado por los diferentes dispositivos del Servicio de Psiquiatría donde se realizan tareas de investigación y donde se incluye la Unidad de Investigación Básico-Clínica

Información práctica del dispositivo

Nombre del tutor de rotación: **Dr. Diego Padilla.**

E-mail: Diego.padilla@salud.madrid.org.

Profesionales que trabajan en Investigación. La investigación se desarrolla por numerosos profesionales del Servicio de Psiquiatría. Sin embargo se recomienda a los residentes contactar con los Investigadores Principales de proyectos oficiales y competitivos del Servicio (por ejemplo, proyectos FIS). A efectos prácticos, los residentes pueden contactar con los profesionales integrados en el *Psychosis and Addictions Research Group (PARG)*, y en el **Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM)**. El Investigador Principal de ambos grupos es el **Prof. Tomás Palomo**.

Objetivos básicos del dispositivo

Los objetivos básicos de este dispositivo son el desarrollo de la investigación en Salud Mental, con un objetivo traslacional a la práctica clínica, y un objetivo docente. Consideramos que el estar situados en una posición delantera en investigación es fundamental para desarrollar una actividad clínica de excelencia, así como realizar una docencia actualizada que contribuya, junto al resto de rotaciones, a formar residentes plenamente capacitados para el desarrollo de su profesión. Las líneas básicas de investigación del Servicio están descritas en la página web del CIBERSAM (grupo G19) (<http://www.cibersam.es>).

Ver la **Guía de Rotación Longitudinal de Investigación** actualizada, en la web, así como el apartado de **Investigación** de la misma.

15. Boletín del AGC Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 O

A instancias de la Comisión de Asistencia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Area, desde Abril 2007 se publica periódicamente un Boletín interno que se distribuye entre todos los profesionales de los Servicios de Salud Mental (tanto públicos como de los recursos concertados con los que trabajamos estrechamente coordinados, tanto adjuntos como residentes, de todas las categorías existentes en los equipos multiprofesionales de nuestro Servicio de Salud Mental).

Los objetivos y normas de funcionamiento de este boletín, en el que la participación activa de los residentes es algo muy valioso, son los siguientes:

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area

Periodicidad: según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

Metodología de elaboración:

- Algún compañero en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos
- Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org), del CSM Villaverde, se encargará de coordinar los primeros números. Se envían a su *e-mail* **en formato WORD preferentemente** las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra)

Forma de distribución: a través de la web (apartado “Boletines y Otras Publicaciones”) <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria> .

El Boletín se distribuye bimestralmente entre más de 170 profesionales de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del H.U. 12 de octubre y dispositivos asistenciales y docentes asociados.

Apartados que se recogen en este Boletín:

- **Documentos del Area:** Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

- **Recursos de la Red de Salud Mental:** Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

- **Otros Recursos:** Información sobre otros recursos comunitarios de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

- **Bazar – Peticiones del Oyente:** Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

- **Residentes:** Información sobre publicaciones de nuestros residentes, tarea investigadora, premios... Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc... Publicación de sesiones clínicas impartidas por nuestros residentes de especial calidad e interés. Publicación de las reflexiones críticas que les solicitamos después de sus Rotaciones Externas o

asistencia a Congresos o Cursos. Publicación de los resúmenes de las sesiones clínico-bibliográficas semanales de la UHB. Informaciones sobre el Programa de Actividades Docentes para MIR, PIR y, desde 2011, EIR de Salud Mental. Nombres de los nuevos residentes, etc...

- **Recomendaciones de Colegas:** En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una “agenda de Congresos”

- **Investigamos, Publicamos:** Información de líneas de investigación en curso en nuestro área, proyectos de investigación, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir nuestra producción científica. Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros con un breve comentario crítico

- **Convocatorias:** Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación de residentes y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

- **Sesiones Clínicas de Area:** Información sobre el calendario de las Sesiones Clínicas semanales de Area en el Hospital 12 de Octubre (acreditadas por la Agencia Laín Entralgo). Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las Sesiones Clínicas de Area del Servicio de Psiquiatría. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

- **Reflexiones:** Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

- **Humor:** Humor fino e inteligente sobre nuestro quehacer, la sociedad en la que vivimos... para hacer sonreír y pensar

- **Información práctica:** Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios

- **Otros apartados a proponer**

La participación de los residentes en este Boletín, un reflejo más de su valiosa actitud colaboradora y capacidades profesionales en desarrollo, es altamente satisfactoria. **Os animamos vivamente a participar.**

Se pueden consultar en formato *pdf* los números publicados en la web del AGCPSM del HU12O: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>.

También desde la web de la Biblioteca Virtual del 12 de Octubre: <http://cendoc.h12o.es/categoria/enlaces/revistas/servicios-h12o>.

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 1 - Abril 2007

Al final del curso pasado (28 de junio) tuvimos una reunión que yo considero especial. Era la primera vez en la que en la sesión clínica el paciente éramos nosotros mismos y yo me encargué de presentarla. Os presenté ahí mi análisis de la situación del área: dónde estamos, qué hemos hecho, a dónde vamos. Al hilo de nuestra historia como Área de Psiquiatría y Salud Mental nos centramos fundamentalmente en nuestras señas de identidad en un momento en el que después de diferentes CPEs, consolidación de empleo, etc. el Área se estaba estabilizando tras un crecimiento considerable en los últimos años. Crecimiento multidimensional: recursos humanos, infraestructura, actividad asistencial, actividad docente, actividad investigadora, que sólo pudimos abordar brevemente y que evidenció la necesidad de realizar una jornada completa participativa. La Primera Jornada del Área tuvo lugar el 24 de Enero pasado.

Tanto la "sesión clínica" del 28 de Junio, como la Jornada de Enero se realizaron en respuesta a las necesidades expresadas por diferentes profesionales del Área: necesidad sobre todo de información, comunicación y participación. Este boletín, del Área para el Área, quiere ser un vehículo de todo ello. Os invito a que os animéis y participéis activamente. Sólo así será exponente de nuestra identidad multidimensional y medio de cohesión entre todos nosotros.

Tomás Palomo

16. Cuadernos de Salud Mental del 12

Objetivos:

- Editar diferente tipo de material bibliográfico de utilidad para la docencia de la Unidad Docente de Salud Mental del HU12O, tanto para los profesionales del Servicio como para los residentes MIR, PIR y EIR que por ella rotan, tanto de Psiquiatría y Psicología Clínica como del resto de especialidades (Medicina de Familia, Neurología, Medicina del Trabajo, Geriatria y otras): *libro de acogida al residente de Psiquiatría, Psicología Clínica y otros MIR, guías docentes de rotación...*
- Editar el material clínico de relevancia fruto de los cursos, seminarios y sesiones clínicas impartidas en la UDM de SM, tanto por los profesionales del Servicio como los invitados

Coordinador de la colección: Santiago Vega.

En Septiembre 2009 publicamos en formato electrónico (tanto para e-reader como para lectura en formato pdf en ordenador) el primero de los *Cuadernos de Salud Mental del 12*: “**Aproximaciones contemporáneas a la Histeria**”, cuyo editor es Javier Ramos (psicólogo del AGCPSM y tutor PIR). Descargable asimismo en <http://www.luarna.com> .

*Tras un largo esfuerzo de colaboración de los autores que participaron en el curso que organizó y coordinó Javier Ramos desde la Agencia Laín Entralgo nos alegramos de presentar ahora este primer número de la colección **Cuadernos de Salud Mental del 12**, que pretende ser un instrumento más del Area y nuestra Unidad Docente de Salud Mental para publicar material docente de calidad.*

*Se inicia esta colección con el libro **Aproximaciones contemporáneas a la histeria**, obra colectiva de un conjunto de autores de gran relevancia clínica y docente sobre el tema de la histeria: tópico que constantemente reaparece, con su camaleónica capacidad de adaptación a las transformaciones socio-culturales de cada época, en la práctica clínica profesional cotidiana. Este libro pretende aportar diversas y complementarias visiones contemporáneas al fenómeno y pensamos puede ser de interés tanto para clínicos con larga experiencia profesional (psiquiatras, psicólogos clínicos, médicos de familia y de otras especialidades donde la histeria a veces se camufla, personal de enfermería y trabajo social en salud mental, etc...) como para residentes MIR y PIR y otros profesionales en su periodo de formación especializada.*

Tanto la presentación del Dr. Tomás Palomo a la colección como el prólogo del Dr. Enrique García Bernardo al libro enmarcan con originalidad y profundidad el resto de colaboraciones:

- *La histeria. Cuestiones diagnósticas a debate. Algunos aportes desde el pensamiento de D.W. Winnicott (Augusto Abello Blanco)*
- *Una visión personal de la histeria (Marian Fernández Galindo)*
- *La perspectiva psicoanalítica de la histeria (Norma Tortosa)*
- *Histeria con mayúscula (Pedro Cubero)*
- *Histeria, ventaja con el síntoma y necesidad de hermenéutica (Guillermo Rendueles)*
- *La histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (Javier Ramos)*
- *De Cenicienta a Barbie (Mariena Michelena)*
- *Histeria ¿Categoría elusiva o transformaciones de la feminidad? (Emilce Dio Bleichmar)*
- *Malestar e histeria (José Jaime Melendo)*

En Febrero 2010 publicamos el segundo número: **“Apuntes al curso de Psicofarmacología Aplicada 2009”** (Agüera L, De la Mata I, Mearin I, Muñiz M^ªJ, Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Sanz J, Sartorius N y Vega LS). Disponible en la web del Servicio de Psiquiatría HU 12 Octubre.

En Julio 2011 José Camilo Vázquez Caubet, residente de segundo año, publicó **“Amok. Una carrera hacia ninguna parte”**, interesante reflexión psicopatológica.

A finales de 2012 **“Introducción al Practicum de Psicología Clínica en el Hospital 12 de Octubre”**.

En Mayo 2012 **“Sesiones Clínicas del AGCPSM: curso 2010-11”**.

El resto: consultar la web:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1354184117122&pagename=Hospital12Octubre%2FPágina%2FH12O_contenidoFinal .

BOLETIN
SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11
Número 14 – Octubre 2009



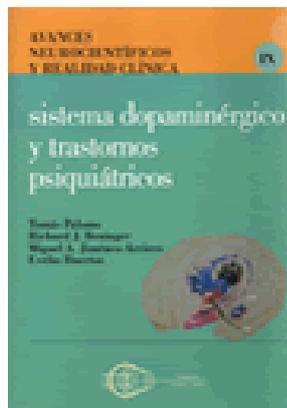
Cuadernos de Salud Mental del 12 (2009, 1): "Aproximaciones contemporáneas a la Histeria"
Calendario Unidad Docente de Salud Mental curso 2009/10
Sesión General de Area sobre Docencia 28 de Octubre 2009
PARG e investigación - Congreso de Mojácar (14-18 Octubre 2009)
Manual de Psiquiatría T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero *on line*

17. Otras publicaciones de la Fundación Cerebro y Mente

Pueden consultarse los índices de las publicaciones de la Fundación Cerebro y Mente, en la que han participado diversos miembros del servicio de Psiquiatría, en la página web <http://www.cermente.com>.

Colección “Avances neurocientíficos y realidad clínica”:

- Vol.1 Trastornos Afectivos (2000)
- Vol.2 Trastornos Esquizo-psicóticos (2000)
- Vol.3 Trastornos Adictivos (2001)
- Vol.4 Trastornos Cognitivos (2001)
- Vol.5 Neuroimagen en Psiquiatría (2002)
- Vol.6 El Espectro bipolar (2002)
- Vol.7 Vulnerabilidad Genético-Ambiental (2003)
- Vol.8 Patología Dual (2004)
- Vol.9 Sistema Dopaminérgico y Trastornos Psiquiátricos (2005)



Serie “STRATEGIES FOR STUDYING BRAIN DISORDERS”:

- Vol.1 Depressive, Anxiety, and Drug Abuse Disorders (1994)
- Vol.2 Schizophrenia, Movement Disorders, and Age Related Cognitive Disorders (1994)
- Vol.3 Dopamine Disease Status (1996)
- Vol.3 Estados Patológicos de la Dopamina (1997)
- Vol.4 Interactive Monoaminergic Disorders (1999)

- Vol.5 Neurodegenerative Brain Disorders (2000)
- Vol.6 Neurodevelopmental Liabilities in Brain Disease Status (2002)
- Vol.7 Genes and Environment Interplay in Neuropsychiatric Disorders (2004)
- Vol.8 Implications of Comorbidity for Etiology and Treatment of Neuropsychiatric Disorders (2007)
- Vol.9 Beyond Neuropsychiatric Diagnostics:Symptoms not Disorders (2009)

Todas estas publicaciones están disponibles en formato papel y próximamente lo estarán también en formato digital, descargable en la página <http://www.luarna.com> .

18. Página web del AGC de Psiquiatría Y Salud Mental



Pone a disposición del residente que se forma en nuestros servicios distintos documentos e informaciones prácticas en relación con nuestra tarea asistencial, docente, investigadora. Os invitamos a visitarla y participar, tanto en el apartado de DOCENCIA como en los demás.

20. “Brújula para médicos noveles” (J. Luis Agud, 2010) ¹⁵



ARTÍCULO ESPECIAL

Brújula para médicos noveles

J. Luis Agud

Servicio de Medicina Interna, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

Recibido el 8 de junio de 2009; aceptado el 2 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Historia clínica;
Comunicación;
Educación médica;
Historia clínica electrónica;
Errores médicos

KEYWORDS

Medical history taking;
Communication;
Medical Education;
Computerized Medical Record Systems;
Medical Errors

Resumen

Con ocasión de la llegada a los hospitales de una nueva hornada de residentes, creo que es un buen momento para reflexionar, no sobre recetas concretas para resolver determinados problemas, sino sobre la naturaleza misma de nuestra profesión.
© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Compass for newly-graduated doctors

Abstract

Taking advantage of the arrival to our hospital of a new group of medical residents, I believe this offers a good moment to reflect not on specific ways to resolve certain problems, but rather on the very nature of our profession.
© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Requisitos para una buena historia clínica

Las formas

Parece ocioso, pero la forma de acceder al enfermo puede condicionar decisivamente la interacción. Es bueno considerar que la habitación es su refugio, y cuando uno entra en casa ajena, primero llama. Por otra parte, es imprescindible dirigirse a él por su nombre, y presentarse uno mismo, posiblemente poniéndose a su altura. Conviene ser prudente

con el tuteo, pues es más fácil pasar del usted al tú que a la inversa, y existen personas mayores a las que la excesiva familiaridad puede irritar. En un artículo «Medicina basada en la etiqueta», un psiquiatra norteamericano cuenta la impresión favorable que le causó un cirujano europeo con su buena educación¹. El atuendo debería ser neutro, evitando joyas que interfirieran en el lavado de manos.

La cabecera del enfermo

El ruedo donde se lidia la medicina es la cabecera del enfermo. La respuesta instintiva a no conocer al enfermo es

Correo electrónico: joseluisagudaparcio@yahoo.es

0014-2565/\$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

Cómo citar este artículo: Luis Agud J. Brújula para médicos noveles. Rev Clin Esp. 2010. doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

¹⁵ Artículo de muy recomendable lectura al empezar los rotaciones por Neurología, Medicina Interna y guardias

ARTICLE IN PRESS

2

J. Luis Agud

refugiarse en el despacho, aplazar en lo posible el momento de enfrentarnos a él, y tratar de acortar en lo posible el tiempo de permanecer a su lado. Las maniobras de dilación son infinitas: reuniones comentando las gráficas, cambios de turno en el despacho, mover papeles de un montón a otro, o recrearse con las pantallas de los ordenadores. Cuando al enfermo se le trata con respeto, agradece que se esté con él, incluso en una «sesión» junto a su cama, comentando su caso (se le explica la conveniencia de pensar sobre su caso para tomar decisiones, de corroborar los hallazgos y de enseñar a la siguiente generación). Al paciente la visita se le hace corta y en pocos minutos de tacto y «acercamiento» se consigue una gran complicidad. En un artículo que doy a leer de entrada a mis rotantes, Lacombe describe los intentos repetidos de un médico joven de contarle un caso en el despacho y en el pasillo, mientras él pugnaba por conocer todo eso con el enfermo a la vista². Muchos malentendidos, sobre todo en la transferencia de enfermos de un turno de guardia al siguiente, no se producirían si volviéramos «al ruedo» de la cabecera del enfermo.

El paciente está por definición en una situación de desventaja y algunos de sus tanteos, que vivimos como desconfianza hacia el médico, son fruto de una prudencia instintiva frente al que tiene el poder: él está enfermo y tú no. Y pensarás: «pero yo me estoy enfrentando por primera vez a él, y lo paso fatal». Si piensas un momento, tu inexperiencia es para él una desventaja añadida.

Unas mínimas condiciones ambientales

Es verdad que en muchas ocasiones nos vienen dadas. Un ejemplo son muchos servicios de urgencias incompatibles con la mínima intimidad, pero hemos de tratar, por todos los medios a nuestro alcance, de evitar las interrupciones, alentar la confianza, que nos entiendan, y que no se entere de los secretos de nuestro enfermo nadie que no deba hacerlo. Es imperdonable no buscar un despacho y unas sillas para hablar de ciertas cosas.

La empatía

Se ha definido como la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro, o como dirían nuestros padres «meterse en su pellejo». Es algo diferente de la simpatía y tiene que ver con la capacidad de resonancia emocional. Aunque tiene un componente innato, se puede aprender, si uno ve la necesidad. Para ello, hay libros, como el libro de «La inteligencia emocional»³ y también películas como «Las invasiones bárbaras» de Denys Arcand o la inolvidable Wit de Mike Nikols. En esta cinta, la protagonista, Emma Thomson, se dirige al espectador: «me han diagnosticado de un cáncer de ovario en estadio IV, porque no hay V», y nos pone contra las cuerdas desenmascarando toda la arrogancia y falta de tacto de las que somos capaces los médicos.

Especial cariño requiere el anciano con deterioro cognitivo. Es fundamental no ningunearle, permitirle salvar la cara cuando nos dirigimos a él y es incapaz de proporcionarnos la información que precisamos. Podemos dejarle de lado o ayudarlo diciendo: «Para que no se canse usted, voy a hablar un momento con su hija, para que me cuente todo

este lío de las medicinas que tiene que tomar usted». Al anciano se le conquista por su pasado⁴, y dedicar unos minutos preguntando al anciano con deterioro cognitivo en qué trabajó, por su pueblo, por sus vinos, y a averiguar si tiene hijos y nietos, puede obrar el milagro de «la conexión» y afianzar el respeto de los familiares que presencian el momento y aprecian que alguien la busque. Para esto hay que haber vivido, quizá viajado y leído algo que no sea solo medicina.

El arte de convertir a las familias en aliados, no antagonistas, merece una reflexión. ¿Cómo te sentirías, si después de haber pasado varias noches sentado en un sillón infame de skay, pendiente de que tu padre no se arranque la sonda, no se tropiece con el suero y se tome la pastilla, entrara un médico en la habitación, y sin preguntarte tu impresión sobre el enfermo, te dijera: «sálgase por favor, que vamos a pasar visita»? Este atropello es la práctica habitual.

Competencia narrativa

Charon la define como el conjunto de habilidades necesarias para reconocer, absorber, interpretar y ser conmovido por las historias que uno escucha o lee⁵. Los exámenes tipo test, el Messenger, el copiar y pegar, todo ello va en contra de una redacción que permita al lector enterarse de la historia del sujeto y hacerse a la idea de su verdadera situación clínica cuando lee la exploración. Con la informática hacemos legible la pobre y estereotipada narrativa actual, pero eso no la convierte en buena.

La información, hasta debajo de las piedras

A veces la clave del enfermo la tiene un acompañante de aspecto dudoso que ha consumido drogas con él; una nota de la auxiliar de noche de la residencia en que estaba ingresado el anciano; el hijo «que se acaba de ir» pero que acaso tiene móvil; un análisis recuperable en el ordenador, o, mejor aún, un informe del ingreso anterior. Se puede conseguir en poco tiempo el informe de otro hospital a través de un fax o por correo electrónico. Estos esfuerzos pueden ahorrar disgustos, tiempo, dinero y complicaciones.

El soporte de la historia

Hay muchos contextos de la historia (urgencias, consulta, planta, enfermería) y distintos soportes. La historia electrónica se va extendiendo cada vez más, resolviendo numerosos problemas (inteligible, accesible por distintos profesionales y desde distintos ámbitos), y creando muchos nuevos aún por solventar. Por citar sólo algún ejemplo: la confidencialidad, el escaso golpe de vista, la sensación del enfermo de que el médico está más atento al ordenador que a él, y gravísimas caídas de sistemas que han puesto en situación crítica a hospitales enteros⁶. Es frecuente la imposición de aplicaciones inservibles sin hablar con los usuarios, acompañadas de batacazos sonados y graves problemas cognitivos⁷. Los aspectos de seguridad del paciente y de los sistemas tienen muchos agujeros negros, y las dificultades para implantar la historia clínica electrónica atestiguan los enormes obstáculos existentes. En un estudio reciente se halló que solo

ARTICLE IN PRESS

Brújula para médicos noveles

3

el 2% de los hospitales de agudos de los Estados Unidos disponían de sistemas integrales de historia clínica electrónica, y que entre el 8–12% disponían de sistemas básicos⁸. En espera de mejorar los soportes todos deberíamos explotar mejor lo que tenemos, y pensar en quien tiene que aprender a las tres de la mañana.

La exploración

No es este artículo el lugar para enseñar a explorar, pero sí quisiera resaltar 4 razones poderosas para hacerlo bien.

La primera es «curar» un «tumor abdominal» poniendo una sonda de orina tras descubrir, con la palpación y la percusión, un globo vesical. Otra es la crisis. No nos engañemos, un país empobrecido por la crisis y envejecido por la demografía, no va a poder mantener la «barra libre» en las pruebas diagnósticas. Además, muchos de vosotros, desearéis pasar algún periodo, o quizá media vida profesional, en el Tercer Mundo: allí las manos y el fonendoscopio vuelven a ser primordiales. Y hay un cuarto aspecto: La exploración es una forma de comunicación no verbal de primer orden. El rito de tomar el pulso aporta mucho más que la información sobre la frecuencia y el ritmo: es un acto simbólico y socialmente aceptable de tender la mano a alguien que está en apuros, confiado en que le ayudarás a sortearlos (sin olvidar lavarse las manos antes y después).

Errar es humano

Con la historia y la exploración, y el uso sensato de unas pruebas que se piden cuando se quiere confirmar o descartar algo, no a voleo, y siempre que de su resultado se desprenda una modificación de la conducta a seguir, se llega al diagnóstico, que ha sido el Santo Grial de nuestra profesión. En el mismo paquete que el diagnóstico y el tratamiento viaja el error. Nadie nos prepara para este acompañante inseparable y molesto. Escribe Osler: «El médico tiene una curiosa (¿me atrevería a decir morbosa?) sensibilidad hacia lo que él considera error personal. En cierto modo esto es justo; pero con demasiada frecuencia se acompaña de un engrandecimiento de opinión que, si es estimulado, le lleva a tal intensa vanidad que la mera sugerencia de equivocación es mirada como un descrédito a su honor»⁹. George Soros, financiero, especulador y filósofo, afirma: «Una vez que somos conscientes de que la comprensión imperfecta forma parte de la condición humana, no es ninguna vergüenza equivocarse, solo ser incapaces de corregir nuestros errores». Una universidad escocesa organiza un curso breve sobre el error para estudiantes de último curso de medicina, y tiene una página en Internet sumamente interesante a la que es posible acceder¹⁰. El error no es patrimonio de los incompetentes; nos equivocamos todos, y hemos de ser muy activos en identificar los errores reiterados, cognitivos¹¹ y sistémicos, para estar en guardia contra ellos «hasta el próximo tropiezo», sin rehuir nuestra responsabilidad sobre ellos y su resolución. Como dice Murphy: «Un experto es la persona que ha cometido todos los errores posibles en un campo de estudio limitado».

Los errores y la seguridad del paciente son 2 temas que justificarían por sí solos sendos artículos. Disponemos de información bien documentada sobre efectos adversos a

nivel nacional¹². Aprenderíamos más todos si fuéramos más francos en la manifestación de nuestras incertidumbres en charlas informales y en sesiones clínicas. Recomiendo vivamente una serie de artículos de *Annals of Internal Medicine*, en la cual relatan casos desventurados y entrevistan a médicos y responsables de los hospitales para buscar los problemas subsanables^{13–17}. En un libro en ciernes titularé este apartado «Historias para no dormir».

La clave del control de los errores en medicina radica en el seguimiento¹⁸. Todo sirve, desde anotar el número de historia del paciente que te crea inquietud en la guardia y tomarte la molestia de averiguar cómo acabó, hasta crear mecanismos de seguridad redundantes que impidan olvidar en un cajón una biopsia trascendental. La confianza excesiva en uno mismo convierte en peligroso al principiante, y el tratar de conquistar a cualquier precio popularidad entre los mayores a base de no preguntar no es la mejor manera de compensar la inexperiencia.

La orientación del propio estudio

A mí me enseñaron que aprender es un proceso activo, y eso se traducía en que uno se buscaba la vida, siguiendo sus intereses o sus curiosidades y conociendo sus limitaciones. El grado de tutela ha aumentado exponencialmente, y cada vez hay más cursos de asistencia obligatoria y utilidad dudosa. Nadie discute la utilidad de uno de reanimación, con maniquí, simulación de arritmias y un examen al final, pero hay muchas actividades docentes que son a mayor gloria de los profesores: quizá tengáis que hacer frente a algunas. Solo se asimila lo que uno necesita, y disponiendo de información masiva y de calidad con un golpe de ratón, carece de sentido, en mi opinión, la proliferación de cursos obligatorios. El saber «ocupa mucho lugar».

Un residente es, o debe ser, un adulto responsable, a quien el contrato le obliga a trabajar de manera supervisada y a formarse. Desde mi punto de vista, es necesario tener en cuenta los siguientes principios:

1. **La agenda de lo que estudias la decides tú.** Es imprescindible tratar con educación a los delegados de los laboratorios farmacéuticos, pero de ahí a dar por buena su visión antropológica de nuestros enfermos hay un trecho. Según la industria: «El hombre es un ser anegado en colesterol malvado, cuya tensión es incompatible con la vida, deprimido y estresado por un trauma, que segrega cantidades ingentes de ácido gástrico de obligada neutralización, y con derecho a una erección hasta el último estertor». En función de este punto de vista, uno jamás estudiaría la pancreatitis (los sueros y el ayuno no dan dinero).
2. **Las fuentes que estudias las decides tú,** no pierdas el tiempo con textos dudosos o anticuados.
3. **Leas lo que leas, usa la cabeza.** Como analizaron Smith y Pell en un artículo que supuso un hito en apelar al sentido común, el uso del paracaídas no está avalado por estudios doble ciego¹⁹. Este artículo escrito en clave de humor, comenta que la intervención del uso del paracaídas puede tener un sesgo de selección (un mayor porcentaje de enfermos psiquiátricos saltaría sin paracaídas), que una búsqueda exhaustiva de estudios comparativos no

Cómo citar este artículo: Luis Agud J. Brújula para médicos noveles. Rev Clin Esp. 2010. doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

arrojó ningún resultado positivo, y que puede haber presiones del complejo militar-industrial a favor del empleo del paracaídas, para llegar a las siguientes conclusiones: «Solo quedan 2 opciones. La primera es que, en circunstancias excepcionales, se podría aplicar el sentido común al considerar los posibles riesgos y beneficios de las intervenciones. La segunda, continuar la búsqueda del santo grial de hacer exclusivamente intervenciones basadas en la evidencia e impedir el uso del paracaídas fuera del contexto de un ensayo clínico correctamente ejecutado». Termina proponiendo que los fanáticos de la medicina basada en la evidencia y que critican el uso de intervenciones carentes de este aval demuestren su compromiso ofreciéndose voluntarios para un estudio doble ciego, de asignación aleatoria, controlado con placebo y cruzado, tal y como se propone en la ilustración de mi hijo (fig. 1).

El problema que plantea este artículo es todo menos cómico. En la misma línea, Potts y cols., relatan que la OMS salvó tres millones de vidas incorporando la rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea antes de disponer de estudios comparativos, y que se han contagiado del VIH muchas personas por aplazar durante unos años la recomendación de la circuncisión masculina por falta de evidencia suficiente²⁰.

4. Las guías de práctica clínica no son todas iguales, no son de aplicación automática en pacientes complejos, y no sustituyen al conocimiento de la fisiopatología a la hora de decidir el tratamiento de enfermos complicados. El problema de la interferencia en la redacción de las guías de práctica clínica, y su difícilísima solución, ha sido objeto de atención reciente²¹.
5. Por tentador que sea el viaje que te ofrecen, piensa si el tema y los ponentes son lo que necesitas.
6. Conoce los peligros: Sesgo de publicación (muchos estudios terminados desfavorables para el patrocinador han quedado inaccesibles en un cajón). A veces se resaltan los aspectos más convenientes para quien lo hace, y no los más importantes para el enfermo. Pero sobre todo, lee. De nuevo Osler: «Es asombroso con cuan

escasa lectura un médico puede practicar la medicina, pero no es sorprendente lo mal que puede hacerlo». El mismo personaje, médico formidable, inventor del sistema MIR en Johns Hopkins, gustaba decir: «Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es como navegar sin cartas marinas, mientras que estudiar los libros sin enfermos equivale a no zarpar tan siquiera».

Disease mongering («siembra o creación de enfermedades»). La magnificación de determinados problemas no está tan relacionada con su gravedad o frecuencia como con sus posibilidades comerciales (fig. 2).

7. **Uso de la estadística.** Hay «estadísticos ocultos» como el número de pacientes que es necesario tratar para obtener un beneficio (*number needed to treat*), el número de pacientes que han de recibir un tratamiento (*number needed to harm*) para que se produzca un efecto adverso, o los años de vida ajustados a la calidad, que pueden proporcionar información muy necesaria, pero que es preciso buscar. Esto forma parte de un problema más general, que es diferenciar la *significación estadística* (la famosa p), de la *trascendencia clínica* (el que el cambio detectado tenga importancia real). Alguien dijo que toda estadística, convenientemente torturada, acaba confesando.

Encontrar el sitio como maestro y como discípulo

La organización actual de la docencia tiende a rellenar ingentes datos en el «Libro del residente», sin ninguna evidencia de que ese catálogo de trivialidades o hazañas haga mejores médicos. Yo no tuve tal cosa. Tuve un maestro (el Profesor López de Letona), del que aprendí a preguntar, a explorar, a no dar automáticamente por bueno lo que había escrito el anterior, y a que no bastaba con pedir las cosas: tenían que quedar hechas. Por otra parte, ejercía su autoridad de una manera no fácil de soportar. A pesar de bastantes discrepancias, quedo con el recuerdo de haber tenido un referente; en la actualidad, los modelos han quedado diluidos, probablemente para mal.

Hoy la forma de conocer es diferente: se surfea, se accede instantáneamente a las fuentes, de forma más superficial y relacionada que antes. En su libro «Los bárbaros», Alessandro Baricco, escritor italiano, intenta entender la mutación que se está produciendo entre las generaciones (de manera muy aleccionadora, reproduce una crítica contemporánea de la Novena Sinfonía de Beethoven sumamente despectiva)²². Como dice este autor, «Es obvio que esos a los que llamamos bárbaros son una nueva especie, que tiene branquias detrás de las orejas y ha decidido vivir bajo el agua. Es obvio que nosotros, desde fuera, con nuestros pulmoncitos, tenemos la impresión de que se trata de un Apocalipsis inminente. Donde esta gente puede respirar, nosotros nos morimos. Y cuando vemos a nuestros hijos anhelando el agua, tenemos miedo por ellos, y ciegame nos lanzamos contra lo único que somos capaces de ver, esto es, la sombra de una horda bárbara que se aproxima».

Transcribo un párrafo de la Memoria del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Txagorritxu, en Vitoria: «Las nuevas tecnologías han cambiado radicalmente la

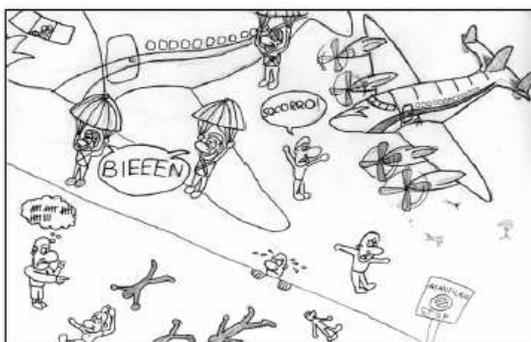


Figura 1 El uso del paracaídas no está avalado por ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego. Interpretación de Manu Agud, hijo del autor de estas líneas, de cómo se desarrollaría la ejecución de tan crucial ensayo.

Cómo citar este artículo: Luis Agud J. Brújula para médicos noveles. Rev Clin Esp. 2010. doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

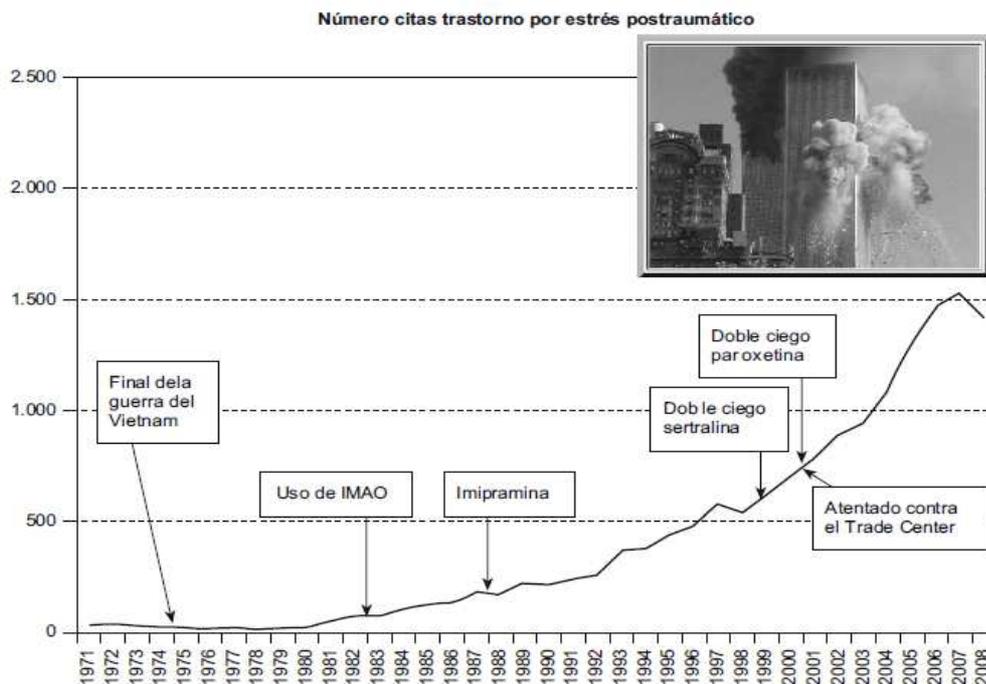


Figura 2 La proliferación de trabajos sobre el trastorno por estrés postraumático quizá está más relacionada con la disponibilidad de fármacos para poder tratarlo, y las posibilidades comerciales que ofrecen, que con la gravedad del problema. Cabría esperar que la guerra del Vietnam hubiera provocado un aluvión de publicaciones sobre el tema, con el retorno de miles de combatientes testigos de experiencias indescriptibles (elaboración propia).

forma de estudiar, de aprender o de preguntar y preguntarse cosas. El conocimiento es más extenso y superficial, más efímero pero en conjunto no necesariamente menos amplio y resolutivo que el conocimiento presuntamente más profundo adquirido por medios tradicionales... Tal vez la facilidad para acceder a la mejor información por parte de los residentes exige un esfuerzo adicional de los docentes para organizar los espacios mentales en los que «archivarla». Así que paradójicamente las nuevas tecnologías aportan independencia al residente en muchos aspectos, y mayor dependencia o una dependencia diferente en otros». A lo largo de toda la pirámide de la sanidad, resultan penosos los atropellos que se cometen con la diversidad. Los gestores tienen que entender que los médicos pueden tener distintos estilos: reflexivos o resolutivos, azogados o reposados, dispersos u obsesivos, silenciosos o charlatanes, erizos y zorras³. Duele la falta de respeto a la diferencia, pero lo

mismo sucede con los residentes y los estudiantes. Es fundamental saber obtener lo mejor de cada estilo cognitivo, probablemente con una flexibilidad mucho mayor.

La disciplina de estudio libresco ha pasado a ser un juego de ordenador, más amable y más lúdico. Sin embargo, «el ejercicio de la medicina no debería acabar siendo un videojuego después de habernos librado del lastre de entenderla solo como un ejercicio intelectual»²³.

Pero es importante buscar el sitio. En mi opinión es una desgracia que un residente llegue con la pretensión de que le cuenten la medicina, y no lo es menos que el adjunto trate de hacerlo. El residente necesita orientación, buenas fuentes, trabajar y pedir ayuda cuando se atasca. Cada cual tropieza en un sitio y a su manera. Lo que es imprescindible con un R1 pusilánime, resulta castrador y contraproducente en un R4. Residente y tutor tienen que cogerse el aire, respetarse y *ser un estímulo mutuo*. Nada hay más refrescante que un residente que pone en entredicho, con datos, lo que estás haciendo.

La profesión se ha feminizado en pocos años, y con ellas viene una dosis de empatía y de capacidad de comunicación que necesitábamos con urgencia, pero plantea problemas no resueltos de conciliación de la vida laboral y familiar, de la promoción profesional en función de la valía, y de contratación de suplencias por maternidad y reducciones de jornada (fig. 3). Los puestos de responsabilidad siguen siendo mayoritariamente masculinos. Como dijo en cierta

³Isaiah Berlin comenta un enigma de Arquíloco: «La zorra sabe muchas cosas, el erizo solo sabe una e importante». Algunas personas relacionan todo con una única visión central, un sistema más o menos congruente o consistente, en función del cual comprenden, piensan y sienten un único principio universal, organizador, que por sí solo da significado a todo lo que son y dicen. Otras personas, por contra, persiguen muchos fines, a menudo inconexos y hasta contradictorios.

Cómo citar este artículo: Luis Agud J. Brújula para médicos noveles. Rev Clin Esp. 2010. doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

ARTICLE IN PRESS

6

J. Luis Agud

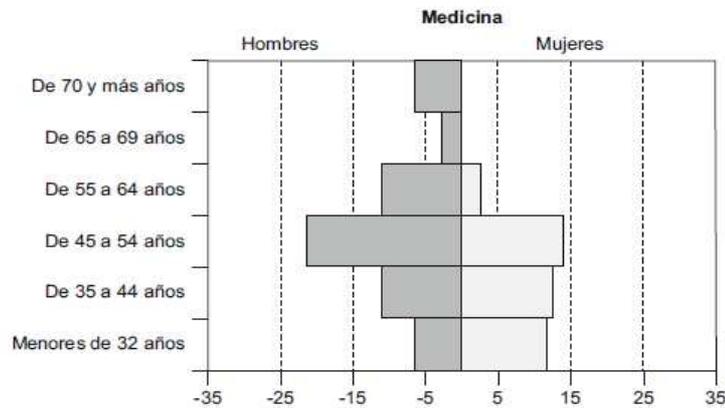


Figura 3 Pirámide de edad de las personas colegiadas en Medicina, año 2006. Actualmente la proporción de mujeres colegiadas en Medicina representa un 43% del total, aunque entre las personas menores de 35 años las colegiadas doblan en número a los colegiados, lo que ofrece un panorama futuro totalmente diferente del actual²⁴.

ocasión una trabajadora en una entrevista: «solo se habrá alcanzado la igualdad cuando haya mujeres incompetentes ocupando los altos cargos».

La asistencia sanitaria va a quedar irreconocible, pero solo lo será para mejor si cada generación aporta lo mejor de sí misma. ¡Bienvenidos a uno de los oficios más antiguos, gratificantes y necesarios del mundo!

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A José Manuel Agud, por sus numerosas sugerencias y ayudas para mejorar el presente texto.

Bibliografía

1. Kahn MW. Etiquette-based medicine. *N Engl J Med.* 2008;358:1988-9.
2. LaCombe MA. On bedside teaching. *Ann Intern Med.* 1997;126:217-20.
3. Goleman D. *La inteligencia emocional.* Barcelona: Ediciones B (Zeta bolsillo); 2000.
4. MacKinnon R, Michels R, Buckley PJ. *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica.* Barcelona: Ars Medica; 2008.
5. Charon R. Narrative and Medicine. *N Engl J Med.* 2004;350:862-4.
6. Fleegler EM, Kulvichit K, Silverstein S. Computer Crash. *N Engl J Med.* 2003;348:2365-6.
7. Johnson CW. Why did that happen? Exploring the proliferation of barely usable software in healthcare systems. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:176-81.
8. Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, et al. Use of Electronic Health Records in US Hospitals. *N Engl J Med.* 2009;360:1628-38.
9. Osler W. Un estilo de vida y otros discursos, con comentarios y anotaciones: Unión editorial. Fundación Lilly; 2007.

10. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:256-9.
11. Redelmeier DA. Improving patient care. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med.* 2005;142:115-20.
12. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. (publicación electrónica). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
13. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med.* 2002;136:826-33.
14. Wachter RM, Shojania KG, Markowitz AJ, Smith M, Saint S. Quality grand rounds: the case for patient safety. *Ann Intern Med.* 2006;145:629-30.
15. Bates DW. Unexpected hypoglycemia in a critically ill patient. *Ann Intern Med.* 2002;137:110-6.
16. Cleary PD. A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Ann Intern Med.* 2003;138:33-9.
17. Gandhi TK. Fumbled handoffs: one dropped ball after another. *Ann Intern Med.* 2005;142:352-8.
18. Schiff GD. Minimizing diagnostic error: the importance of follow-up and feedback. *Am J Med.* 2008;121:S38-42.
19. Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 2003;327:1459-61.
20. Potts M, Prata N, Walsh J, Grossman A. Parachute approach to evidence based medicine. *BMJ.* 2006;333:701-3.
21. Steinbrook R. Controlling Conflict of Interest – Proposals from the Institute of Medicine. *N Engl J Med.* 2009;360:2160-3.
22. Baricco A. *Los bárbaros. Ensayo sobre la mutación.* Barcelona: Anagrama. Colección argumentos; 2008.
23. Agud JM. Memoria del Servicio de M. Interna del Hospital de Txagorritxu. (comunicación personal) Vitoria; 2009.
24. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidad y consumo. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (publicación electrónica): Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>.

Cómo citar este artículo: Luis Agud J. Brújula para médicos noveles. *Rev Clin Esp.* 2010. doi:10.1016/j.rce.2009.07.007

22. Aspectos emocionales de la práctica profesional del residente de Psiquiatría ¹⁶

14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA



Autores: Codesal R y Quintana A
 Tutor: Luis Santiago Vega González
 Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

CONCEPTOS ESENCIALES

La residencia es un tiempo de múltiples cambios vitales que ponen a prueba las capacidades de adaptación del MIR.

Para cada MIR de Psiquiatría existen factores estresantes y protectores, de vulnerabilidad y de resiliencia, en el ejercicio de la profesión de psiquiatra.

Nuestra propia persona es una herramienta terapéutica de primer nivel, lo cual provoca tanto satisfacción profesional como potenciales fuentes de malestar.

Existen elementos protectores, medidas preventivas y terapéuticas para cuidar la salud física y mental del residente.

1. LA RESIDENCIA: TIEMPO DE CAMBIOS VITALES

El periodo de residencia es una época de importantes cambios vitales: en especial el tránsito del rol de estudiante, acostumbrado a superar con éxito los exigentes pero claramente estructurados estudios de Medicina y el posterior examen MIR, al rol de médico residente, en el que se enfrenta a una nueva realidad y aparecen muchas inseguridades. La residencia es una etapa de la vida en la que se brinda la oportunidad de aprender profesionalmente y crecer como persona, pero que no está exenta de dificultades y riesgos para la salud física y mental del residente. En este balance influyen tanto factores ambientales como de vulnerabilidad individual del residente que pueden alterar el equilibrio emocional de éste y malograr este deseado proceso formativo. Es cuando tiene lugar por primera vez el enfrentamiento de un modo directo con el paciente real y la asunción progresiva de responsabilidades. El residente se encuentra con enfermos reales, usuarios (y familiares) exigentes y cada vez más informados, a veces

conflictivos. Comienzan a activarse emociones, sentimientos y fantasías, conscientes e inconscientes, en ambas direcciones de la relación terapéutica: lo que el paciente desea y teme de su relación con el médico y viceversa. La práctica real comporta asimismo enfrentarse a situaciones con una alta carga emocional: el sufrimiento del paciente y de sus familiares, la muerte, el dolor, la cronicidad, la agresividad, las quejas y reclamaciones de los usuarios... Todo ello en un sistema organizativo institucional que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo (tanto operativo como emocional) al médico residente y que a veces puede situarle en condiciones de una aún mayor vulnerabilidad por diversos factores: cansancio a causa del acúmulo de horas de guardia sin el suficiente descanso, presión asistencial sin el apoyo real de supervisión y asunción de responsabilidades compartidas del *staff*, mala organización asistencial y/o docente, sueldo limitado, etc... Finalmente, la residencia coincide en ocasiones con otras situaciones vitales de cambio que también exigen un esfuerzo adaptativo: cambio de lugar de residencia, independencia del entorno

¹⁶ Capítulo del *“Manual del Residente de Psiquiatría 2009”*, de próxima publicación por Smithkline Beecham



MÓDULO 1. ASPECTOS GENERALES

INTRODUCCIÓN GENERAL

familiar, nuevas exigencias de conciliación de la vida personal y laboral, etc... No debemos obviar tampoco las diferencias socio-culturales de género: las médicas están expuestas a mayores estresores que los médicos, tanto en términos de frecuencia como de intensidad, a causa del conflicto de rol que experimentan entre los requerimientos de sus carreras y los de su vida personal y familiar. Todo ello supone un plus de implicación emocional del médico en su tarea que no se da en otras profesiones. Aprender a identificar algunos factores emocionales de protección y de riesgo para nuestra salud integral e informar de algunas herramientas preventivas y terapéuticas al respecto, útiles tanto durante la residencia como a lo largo de toda nuestra trayectoria profesional y etapas de nuestra vida, es el objetivo de este capítulo.

↑ La repercusión emocional del trabajo asistencial es especialmente notable en las especialidades que presentan un contacto más intenso con pacientes complejos y difíciles de tratar, como es la Psiquiatría. Además de los recursos terapéuticos que el residente debe aprender a manejar a lo largo del proceso formativo (tratamientos biológicos, habilidades psicoterapéuticas, técnicas de rehabilitación psicosocial y otras) la propia persona del psiquiatra es en sí misma una herramienta terapéutica de primer orden, según reconocen las diversas escuelas psicoterapéuticas, independientemente de los elementos diferenciadores de cada una de ellas. De ahí surge la necesidad de cuidar dicho "instrumento" ya desde el comienzo de nuestra vida profesional y de facilitar los medios que cada modelo prevé al respecto (experiencias de reflexión sobre la propia familia de origen, análisis didáctico y otras experiencias psicoterapéuticas diversas).

2. LA MEDICINA, UNA PROFESION CON RIESGOS PSICOSOCIALES

En general, el colectivo médico está expuesto por diferentes causas a un importante nivel de estrés laboral. En la tabla siguiente se sugieren algunos factores que pueden favorecer la aparición de estrés entre los médicos, ampliado de un reciente estudio de la Organización Médica Colegial, de recomendable lectura para todo MIR.

Las guardias son un factor importante a la hora de causar malestar en el residente por diversos motivos:

la necesidad de tomar decisiones de forma rápida, no poder ejercer en ocasiones el derecho/deber a la libranza a pesar de estar amparados por la ley, la sensación de falta de supervisión y apoyo, la presión asistencial e institucional que orienta a atender la demanda en el menor tiempo posible evitando el ingreso, las agresiones tanto verbales como físicas y la ausencia de colaboración por parte de otros compañeros o estamentos. La falta de sueño implica un aumento del riesgo de padecer accidentes, así como un aumento en la frecuencia de la toma de fármacos automedicados por parte de los profesionales con el objetivo de mantener el ritmo de trabajo.

Los cambios horarios tras las guardias favorecen los malos hábitos y la escasez de tiempo con el consiguiente descuido de la vida social y familiar y el deterioro de factores protectores para un manejo funcional del estrés. Durante la etapa de formación MIR, se corre el peligro de abandonar las relaciones personales y las actividades lúdicas debido a la importante implicación y nivel de (auto) exigencia requerido, no siendo infrecuentes las rupturas de parejas durante el periodo de la residencia. Algunas residentes deciden ejercer su derecho a la maternidad durante este periodo, y en una cultura donde a veces predomina la productividad inmediata sobre la salud de la embarazada y el bebé, estos meses pueden no estar exentos de ansiedad al no poder satisfacer plenamente las demandas de los diferentes estamentos. Por último, el contexto político-económico también influye en el periodo formativo, como por ejemplo cuando se producen cambios en el marco regulador del sistema sanitario insuficientemente consensuados y explicados a la profesión médica o en momentos de crisis económica como la actual, cuando la incertidumbre en torno a la futura contratación laboral supone un nuevo elemento de estrés en la etapa final de la residencia.

Existen otros aspectos, como el aprendizaje de capacidades comunicativas y el manejo emocional sano de los conflictos, así como la promoción del trabajo en equipo y la mejora de la docencia y de la supervisión real que faciliten la asunción progresiva de responsabilidades, que podrían actuar como factores protectores frente al malestar del residente. Sin embargo, aún están desigualmente desarrollados y potenciados durante la formación MIR en las distintas especialidades y Unidades Docentes de nuestro

14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

Tabla 1. Factores generadores de estrés en el médico

<p>Factores relacionados con el trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periodo de formación largo. - Necesidad de actualización continúa de los conocimientos. - Contactos con situaciones emocionalmente impactantes como la muerte de un paciente, la sobreidentificación, las equivocaciones u otras. - Cambio de lugar de residencia fuera del entorno socio-familiar habitual para realizar el MIR. - Incertidumbre de la práctica clínica.
<p>Factores relacionados con el individuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevada exigencia y autocrítica. - Alta competitividad entre iguales. - Falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones. - Poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas. - Riesgo de relaciones familiares empobrecidas. - Vulnerabilidad psicológica de base o franca psicopatología no tratada. - Estresores de género.
<p>Factores relacionados con la organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento constante de la presión asistencial: sobrecarga cuantitativa (demasiado trabajo en poco tiempo) y cualitativa (demasiado complejo o difícil) en relación con el año de residencia. - Incremento constante de las tareas burocráticas. - Alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan la práctica clínica. - Poco control de las condiciones de trabajo. - Arquitectura sanitaria (espacios de trabajo y/o de descanso en, p. ej., las guardias inadecuados, etc...). - Escasez de trabajo en equipo y tiempos reales de supervisión y docencia. - Sueldos desproporcionadamente bajos en relación con la categoría profesional y nivel de responsabilidad progresiva asumida y otros factores desmotivadores (como la no inclusión del tiempo de residencia en la carrera profesional y otros).
<p>Factores sociales y políticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento del número de denuncias, litigios y agresiones contra médicos por motivos no sólo clínicos (p.e. bajas laborales, solicitud no justificada clínicamente de tratamientos o derivaciones, exigencias de respuesta médica-psicológica inmediata a problemas de la vida...). - Mayor control político-administrativo sobre el trabajo cotidiano. - Presión de los medios de comunicación.

pais. En ocasiones se presupone erróneamente que el residente tiene capacidad "natural" de manejo de la ansiedad frente a las distintas situaciones difíciles o complejas que puedan aparecer. Los residentes traen consigo, además de expectativas, sus propias creencias en torno a la profesión médica que pueden influir en su experiencia. Algunos mitos comunes que, de una manera inconsciente, están presentes en el ámbito médico y, especialmente, entre los médicos jóvenes son: "los médicos deberían saberlo siempre todo", "dudar implica que uno no está lo suficientemente preparado", "el paciente siempre es el prime-

ro", "la excelencia técnica es la que da satisfacción" y "los pacientes, no los médicos, son los que necesitan apoyo". A estos sumaríamos otros propios del médico psiquiatra, entre los que destacarían que "pedir y recibir ayuda emocional me devalúa como psiquiatra", "una buena formación y estudio personal, junto al acúmulo de práctica profesional, son las ayudas que necesita un buen psiquiatra" o la de que "sólo en casos extremos de psicopatología hay que aceptar ayuda psicológica/psiquiátrica". Poder detectar y dialogar sobre estos mitos y la repercusión de ellos en la práctica clínica y vida personal del residente no sólo



MÓDULO 1. ASPECTOS GENERALES
INTRODUCCIÓN GENERAL

es tarea del tutor sino de los numerosos miembros del servicio implicados en la docencia y asistencia del servicio donde el MIR se forma.

Como resultante desadaptativa de un estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento a cualquiera de los factores expuestos previamente y existe una franca discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte, y la dura realidad de la vida profesional, por otra, puede desarrollarse de manera más o menos evidente un síndrome de desgaste profesional ("burnout"). Síndrome importante a detectar y afrontar en cualquier colega médico, pero de especial relevancia en el residente por las consecuencias negativas para su formación MIR que dicho malestar no tratado supone.

Tabla 2. Síndrome de desgaste profesional o burnout

Síntomas disfóricos, sobre todo de agotamiento emocional.
Alteraciones de conducta (conducta anormal del rol asistencial o despersonalización/deshumanización de la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo, conductas adictivas, etc...
Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.
Inadecuada adaptación al trabajo con vivencias de baja realización personal.
Disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés.

Si se deja evolucionar libremente sin instaurar las medidas oportunas puede evolucionar a un deterioro progresivo de la persona y aparecer estados depresivos, conductas suicidas, disfunciones familiares graves, adicciones, situaciones de mala praxis profesional, deterioro en las relaciones laborales, empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad e individualismo asociado a complicaciones somáticas de tipo muscular, endocrinas, cardiovasculares y otras.

3. EL APRENDIZAJE DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA PSIQUIATRÍA

A las características generales del contexto formativo durante la residencia, se añaden las particularidades

del inicio de la práctica psiquiátrica y el trabajo con la salud mental, ámbito en general limitado a los conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria en las asignaturas de psicología médica y psiquiatría. Esto supone una necesidad emergente de adquisición de conocimientos teóricos prácticamente desconocidos para el residente cuya formación de pregrado ha tenido una orientación fundamentalmente médica y extensivamente en otras áreas de la medicina fuera de la salud mental. Al desconocimiento teórico se añade la ausencia de capacitación en habilidades de entrevista y comunicacionales, así como en el enfoque terapéutico para el abordaje de pacientes con diferentes grados de complejidad.

Un factor de importante estrés (e incluso crisis vocacional sobre la especialidad elegida) es la existencia de múltiples teorías en competencia dentro de la misma Psiquiatría y la ambigüedad dentro de ellas, defendiendo éstas en ocasiones puntos de vista contrapuestos sobre el diagnóstico o el enfoque terapéutico de un mismo problema psicopatológico o caso clínico. Las dificultades para obtener evidencias científicas sobre nuestros métodos diagnósticos y terapéuticos, la desilusión con los resultados terapéuticos y la inevitable incertidumbre que genera la reconocida influencia de factores psicosociales en el origen y mantenimiento de los distintos cuadros psiquiátricos (incluso de aquellos con una reconocida etiología biológica) son otros factores peculiares de la práctica de la psiquiatría a pesar de los vaivenes de ilusión que periódicamente generan teorías como la psicoanalítica hace décadas o la biológica en la actualidad. Reconocer, reflexionar e intercambiar experiencias con clínicos de mayor experiencia que siguen disfrutando de su profesión sin necesidad de refugiarse defensivamente en teorías y prácticas reduccionistas es algo que durante la residencia de psiquiatría deben favorecer los tutores y formadores de la unidad docente a través de las tutorías, grupos de reflexión sobre la práctica profesional y otras experiencias docentes. La escucha grupal de las experiencias de otros compañeros y colegas y cómo cada uno va afrontando las incertidumbres que la práctica de la Psiquiatría conlleva es de gran importancia, según reconocen los mismos residentes cuando se les facilitan dichos espacios en su plan de formación.

James Guy escribió un libro clásico sobre la vida personal del psicoterapeuta. Sus comentarios son de

14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

interés para cualquier profesional de la salud mental e imprescindibles para aquellos cuyo modelo clínico de referencia y práctica profesional impliquen un mayor contacto con los aspectos emocionales del paciente y/o que traten con pacientes más dañados (trastornos de la personalidad, estrés posttraumático grave, psicopatología severa, cronicidad, etc..).

➦ Es importante la reflexión personal (y el contraste en los espacios grupales o con el tutor o supervisor) sobre las motivaciones personales para ser psiquiatra (expectativas personales, mitos, experiencias previas propias o cercanas en profesiones de ayuda, expectativas positivas o negativas parentales y familiares...). Es útil tomar conciencia sobre cómo pueden influir en nuestras filias y fobias de ciertos pacientes, modelos clínicos teóricos y patologías las experiencias propias o cercanas previas: por ejemplo, las experiencias previas de contacto con la enfermedad mental, de afrontamiento de situaciones de crisis personal, de encuentro con el diferente, experiencias de escucha al otro y a uno mismo (capacidad de introspección, "autoanálisis"), experiencias de límite personal y fracaso, experiencias previas de superación de conflictos o crisis (modelos aprendidos de manejos de los mismo, modelos a imitar o evitar...).

➦ Asimismo en estos grupos de reflexión, grupos Balint o similares, y entrevistas de tutoría como las que periódicamente recomienda realizar el actual programa de formación MIR en Psiquiatría, suelen surgir temas relacionados con la práctica profesional que pueden suponer un importante desgaste emocional si no se contienen y aprovechan para crecer personal y profesionalmente: la agresividad, el suicidio, las fantasías, temores y realidades sobre la "locura", la descalificación y estigmatización del rol del psiquiatra, la involuntariedad ocasional de los tratamientos psiquiátricos, el papel de control social que tradicionalmente se ha asignado a la Psiquiatría junto a la función terapéutica en la que como médicos nos sentimos más confortables, las relaciones con otros profesionales médicos y otros colegas de los equipos de salud mental (con los conflictos de roles que en ocasiones involucran al MIR), las consultas impertinentes (o sea, no pertinentes) de amigos y familiares sobre casos de salud mental, la omnipotencia terapéutica, la sobreimplicación emocional, los pacientes que atraen y los que provocan bloqueo o rechazo absoluto (ambos probablemente tengan que

ver con aspectos personales, biográficos o emocionales del terapeuta), etc.... Todos estos, y otros más que aportan los residentes MIR de psiquiatría y PIR de psicología clínica cuando se facilita un espacio individual y grupal *ad hoc*, han sido tópicos sobre los que reflexionar de forma altamente enriquecedora para residentes y tutores cuando se han puesto en marcha experiencias grupales para hablar sobre los aspectos emocionales de nuestra profesión.

En las tutorías animamos asimismo a que el MIR que rota con distintos profesionales de la Unidad docente o en rotaciones externas se fije no sólo en las competencias y habilidades técnicas que aprender de ellos, sino también a hacer suyos aspectos de cuidado personal y profesional que pueden ser de utilidad para el residente: ver cómo un buen profesional puede retirarse de la atención de un caso por motivos personales de forma transitoria o definitiva, que un buen psiquiatra puede haber requerido en algún momento de su vida personal ayuda profesional y/o (gran tabú) precisar tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico en la actualidad, de igual forma en que se benefician muchos de nuestros pacientes. Los terapeutas cuidadosos de sí mismos y bien formados sobre los aspectos emocionales de su trabajo son un excelente modelo de identificación para el residente, a la vez que le ayudan a comenzar a descubrir las satisfacciones que nuestro trabajo reporta. Muchos terapeutas experimentan un significativo desarrollo emocional durante los años de su ejercicio: mayor seguridad en sí mismos, autoconfianza, autoconocimiento y capacidad de introspección, autorreflexión y sensibilidad en su propia vida y en las relaciones interpersonal.

4. HERRAMIENTAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL DEL PSIQUIATRA

➦ Reseñamos a continuación algunas sugerencias para facilitar la tarea de adaptación al rol de residente y el cuidado personal saludable, haciendo especial hincapié en las peculiaridades del residente de Psiquiatría:

- Considere el cuidado o atención personal y profesional como una prioridad.
- Evalúe su salud psicológica y física y realice las tareas preventivas y terapéuticas necesarias para mantenerla en el mejor estado posible.



MÓDULO 1. ASPECTOS GENERALES

INTRODUCCIÓN GENERAL

- Dedique tiempo a aquellas actividades que le restauren su bienestar, procurando preservar espacios y tiempos para las relaciones interpersonales gratificantes, el ejercicio físico, la relajación y el silencio personal.
 - Evite el aislamiento y la incomunicación. Identifique, haga uso y cuide sus fuentes de apoyo social naturales (amistades, compañeros de residencia y servicio, familia...).
 - Establezca y mantenga relaciones profesionales que le faciliten la oportunidad de dialogar sobre dificultades, fuentes de estrés y alternativas constructivas para el desempeño profesional. Esté atento a las señales de estrés o desgaste profesional que indican necesidad de ayuda. Utilice los espacios de tutoría y supervisión para contrastar inicialmente cómo su malestar emocional puede estar influyendo en su rendimiento asistencial y docente y acepte orientaciones al respecto, sin esperar a situaciones críticas de desbordamiento emocional. Identifique y participe en grupos de apoyo o consultoría profesional. Acepte servicios de ayuda profesional psicoterapéutica cuando sea razonable, de la misma forma en que lo recomienda a algunos de sus pacientes.
 - Edúquese sobre los riesgos de la profesión y en relación con la literatura sobre el síndrome de desgaste profesional, trauma vicario, fatiga de compasión u otros relacionados.
 - Desarrolle expectativas reales y razonables sobre su trabajo y capacidades; realice cambios o acomodos necesarios en su trabajo a la luz de las fuentes de estrés y necesidades de salud, en diálogo con sus tutores y supervisores.
 - Preste atención al balance entre trabajo, descanso y diversión; sea asertivo/a al declinar invitaciones a participar en actividades o tareas que puedan saturar su tiempo o exceder sus posibilidades en el actual momento de su vida profesional y vital; sea prudente en el uso de medicamentos, suplementos, bebidas alcohólicas u otras sustancias estimulantes.
 - Diversifique intereses profesionales y participe en actividades separadas de la faceta meramente asistencial de su trabajo (por ejemplo, docencia, investigación, asociacionismo profesional u otras) que le generen satisfacción con la profesión.
 - Desarrolle intereses y participe en actividades separadas de la profesión que promuevan el crecimiento intelectual, social y espiritual.
- ▲ La experiencia psicoterapéutica personal no es sólo un instrumento a utilizar cuando existe franca psicopatología que así lo aconseje. También es una experiencia de crecimiento personal que fortalece las capacidades terapéuticas del futuro profesional. Algunos estudios han puesto de manifiesto la escasa frecuencia con la que los médicos solicitan atención en casos de enfermedad y el rechazo que presentan al rol de enfermo, más aún si se trata de enfermedades mentales (incluyendo trastornos de personalidad y conductas adictivas). Se han valorado diferentes explicaciones al respecto, por ejemplo, el miedo a la enfermedad, al sufrimiento o el temor a la falta de confidencialidad, lo que favorecería la actitud de no valorar síntomas que si se tratase de un paciente no médico adquirirían mayor significado.
- ▲ Un problema de difícil manejo en las unidades Docentes de Psiquiatría es la presentada por el candidato a especialista con trastornos mentales puntuales (adaptativos), crónicos (por ejemplo, trastornos afectivos uni o bipolares, trastornos de ansiedad u otros) o más estructurales de personalidad de base o con situaciones de alto riesgo emocional no afrontadas por el residente (consumo de tóxicos, trastornos de la alimentación, experiencias traumáticas previas...). Cuando alguno de estos elementos obligue a plantearse una posible inadecuación transitoria o permanente para el ejercicio de determinadas especialidades o, incluso, de la práctica de la medicina no debemos confundir el respeto extremo al colega de profesión y el respeto de sus derechos (confidencialidad, laborales, etc...) con la "mirada hacia otro lado" de los responsables asistenciales y docentes (tutores) del Servicio. El tutor de Psiquiatría puede jugar un importante papel en la toma de conciencia de la repercusión que tanto a nivel personal como profesional puede suponer la no asunción del problema y aceptación de ayuda, pero no puede ni debe jugar un rol de terapeuta con sus residentes. En estos delicados casos se hace imprescindible la solicitud de valoración y tratamiento si precisa, a ser posible por terceros fuera del servicio donde está adscrito el residente: servicios de Salud Laboral y, en especial, si la gravedad del caso lo aconseja, por los programas de atención al médico enfermo implantados en los últimos años en numerosos colegios de médi-

14. ASPECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

cos de nuestro país (se puede consultar al respecto la publicación de la Organización Médica Colegial de España "La salud del MIR"). Las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) están

dirigidos a ofrecer a los profesionales en situación de riesgo servicios de carácter preventivo y asistencial con el objetivo de que puedan ejercer su profesión de la forma más saludable para sí mismos y para los pacientes.

RECOMENDACIONES CLAVE

Durante la residencia (y toda la vida profesional) es prioritario cuidar nuestra salud física y mental.

Durante la residencia debemos aprender a reconocer y dialogar sobre los factores estresantes y protectores, de vulnerabilidad y de resiliencia, en el ejercicio de la profesión de psiquiatra.

Pedir y aceptar ayuda para las dificultades emocionales durante la residencia (y el resto de la vida profesional) no sólo mejora la salud del MIR de Psiquiatría sino que genera una asistencia de calidad a sus pacientes.

Debemos conocer y practicar los elementos protectores ante el estrés, así como las medidas preventivas y terapéuticas para cuidar nuestra salud física y mental.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Organización Médica Colegial de España. "La salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios docentes" OMC – Fundación Galatea. Barcelona, 2008 (disponible en Internet: http://www.cgcom.org/noticias/2008/07/08_07_14_mirguia).

Guy JD. "La vida personal del terapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta". Ediciones Paidós. Barcelona, 1995.

Mingote JC y Pérez F. "El estrés del médico. Manual de autoayuda". Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1999.

Rothchild B. "Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario". Descleé de Brouwer. Bilbao, 2009.

Travé AL, Berenguer JC, Pizarro I, Argudo I y Calcedo A. "La dimensión personal de la formación psiquiátrica". En: Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C y Torres F. (editores) "Manual del Residente de Psiquiatría" Pp. 2315 -2332. Smithkline Beecham. Madrid, 1997. http://www.4shared.com/file/36899373/f4e0661e/libro_d_psiquiatria.html

7. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Guimon J, Azkinaga D y Sacanell E. "Presencia en España del llamado síndrome del residente que comienza su formación en Psiquiatría" *Psiquis*. 1987;VIII(50):11-19.

Tizón JL. "Aspectos psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria" *Bibliària*. Barcelona, 1996.

Rendueles G. "El usuario gorrón y el terapeuta quemado" *Psiquiatría Pública*. 1992;4(3):115-129.

Ortega L. "Las vicisitudes de la formación en Psiquiatría: una explicación psicoanalítica" *Nueva Psiquiatría*. 1996;3:7-11.

Gracia D. "Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios" *Real Academia Nacional de Medicina* (discurso inaugural curso 2004). http://www.asociacionbioetica.com/documentos/D_Gracia_Discurso_Academia.doc

¿Quién me puede ayudar de verdad si creo que tengo problemas?

El tutor y el facultativo responsable de los residentes son más que el referente para tu especialización profesional. Por el hecho de estar cerca de ti y de acompañarte en la formación también pueden ser los receptores de tus inquietudes y preocupaciones. Te pueden ayudar a encontrar el apoyo que necesitas, pero no son un terapeuta.

En el servicio de prevención de riesgos laborales de tu centro sanitario te informarán sobre temas de salud en el lugar de trabajo, tanto acerca de aspectos técnicos (riesgos biológicos, químicos, ergonómicos y físicos) como psicosociales (cargas de trabajo, turnos laborales, estrés, discapacidades...) y atenderán cualquier consulta relacionada con tu salud laboral.

El **PAIME** (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) de tu Colegio Oficial de Médicos, ofrece asistencia especializada y confidencial a los profesionales de la medicina (y por lo tanto también a los residentes) cuando tienen problemas psíquicos o de conductas adictivas, con tal de asegurar que reciban un tratamiento adecuado y, por consiguiente, puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles de salud para sus pacientes.

Fundación GALATEA

Editado por:
Fundación Galatea
Paseo de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Teléfono 902 362 492
Fax 93 567 88 24
fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org



Patrocinado por:


Fundación GALATEA **OMC**



La salud del MIR

¿Qué me conviene saber, ahora que empezó la residencia?

Algunas cuestiones en las que pensar

1. Ya no eres solamente un estudiante. **Ahora eres también un profesional de la medicina.** Este nuevo papel significa responsabilidad y exigencia.
2. Los pacientes y sus problemas no son una pregunta en un examen. **Con ellos la relación será intensa y a veces emotiva.** Pero sobre todo debe ser muy profesional.
3. **Nuestro sistema sanitario está considerado como uno de los mejores del mundo.** Pero es muy complejo y, como en otros servicios públicos esenciales para el bienestar de las personas, existe presión asistencial, tareas burocráticas, condiciones especiales de trabajo, relaciones laborales diversas, competitividad entre colegas, etc. **Aprender a moverte con facilidad** entre todos estos factores forma parte de tu formación.
4. Te incorporas a una profesión donde **es muy importante el long life learning: la actualización constante** en conocimientos y avances científicos y tecnológicos.

5. La vida personal se puede complicar con tu nueva actividad y la **conciliación entre la vida familiar y la profesional puede resentirse:** te tocará hacer guardias, tus horarios no siempre serán estables, en algunos momentos te llevarás a casa los problemas del trabajo... Valora la gran importancia de **tus vínculos familiares y sociales. Pueden ser un buen apoyo.**
6. Vivirás de cerca situaciones que te resultarán completamente nuevas y **te asaltarán dilemas éticos y morales** que nunca te habías planteado. Enfrentarlos, encaminarlos o solucionarlos desde un inicio es imprescindible para ser un buen profesional.
7. **Aprovecha el periodo del MIR para adquirir buenas habilidades y buenos recursos,** tanto para la práctica profesional como para una vida profesional equilibrada. Aprende de los mejores profesionales.
8. **Procúrate formación y apoyo para saber afrontar momentos de ansiedad y estrés** y para aprender a manifestar tus sentimientos de manera racional y ajustada a las situaciones.

9. **Proponte mejorar las habilidades sociales y comunicativas** con los compañeros y tutores. Y con los pacientes y sus familiares, por supuesto.
10. Si no te han ofrecido **una acogida formal y en profundidad en tu centro de trabajo,** pídele y solicita también que te presenten el equipo asistencial y el personal de apoyo.
11. Si te encuentras ante situaciones difíciles (ya sean profesionales o personales) **no renuncies a pedir ayuda y consejo** a los demás.
12. Habla con los residentes más mayores, **su experiencia te será útil.**
13. Buscate un poco de tiempo libre para aquello que sea importante para ti, además de la medicina. **No te descuides; procura mantenerte activo intelectual y físicamente,** hacer deporte y seguir una alimentación equilibrada. Es fácil aconsejarlo y, aunque cuesta llevarlo a la práctica, los beneficios de hacerlo son evidentes.
14. Y cuando hayas cruzado el ecuador del MIR, piensa en los residentes que necesitan tu apoyo. **Años más tarde, cuando ya seas adjunto, tutor o jefe de servicio, recuerda** también la intensidad de tus primeros días de médico.



*Esta **GUIA DE ACOGIDA**, así como las **GUIAS DE ROTACION** que se anexan, están colgadas en la web del Servicio y se irán actualizando periódicamente según necesitemos incorporar o modificar la información práctica que contienen. Cualquier aportación o crítica constructiva es bienvenida.*

Los actuales tutores MIR de Psiquiatría reconocemos la valiosa e imprescindible contribución de los anteriores tutores, tutores de rotación y/o área de capacitación, así como del conjunto de residentes y profesionales de plantilla que han colaborado - y lo siguen haciendo en la actualidad con gran calidad humana y profesional - desde que nuestra Unidad Docente comenzó a formar residentes en el año 1991.

La tarea de continuar mejorando la calidad de la docencia que nuestra Unidad brinda es corresponsabilidad de muchos profesionales y residentes del Servicio y los nuevos MIRes que ahora os incorporáis estáis invitados a continuar escribiendo esta historia que nos beneficia a todos y a la sociedad de la que formamos parte.