

Guía del Residente

**Guía Docencia MIR del *Servicio de Psiquiatría*
*Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”***

Dr. R. Campos Ródenas*

Dra. M. Zapata Usabel *

Dr. M. A. Quintanilla López*

Dr. Valero Pérez Camo**

***Tutores del Servicio de Psiquiatría.**

**** Jefe de Servicio de Psiquiatría**

**Hospital Clínico Universitario Lozano-
Blesa de Zaragoza**

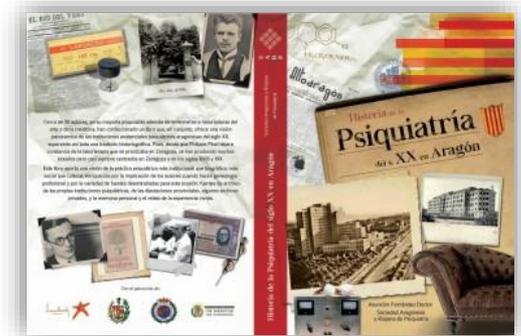
ÍNDICE

PARTE I. INTRODUCCIÓN Y ANÁLISIS	Pág.
1. El Servicio de Psiquiatría	
1.1. Reseña histórica.	
1.2. El Sector 3, Unidades funcionales y organigrama.	
1.3. Misión, visión y valores. Código ético y normativa.	
2. FORMACIÓN Y DOCENCIA	
FORMACIÓN PREGRADO: -Docencia Teórica y Práctica. -Coordinación de las Prácticas de Psiquiatría.	
FORMACIÓN POSTGRADO: -MIR de Psiquiatría. -Programa de Acogida y Despedida de Residentes. -Programa de Rotaciones Obligatorias y Optativas *La Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) *Psiquiatría Comunitaria (USM) y apoyo a Atención Primaria. *Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace (UPPE). *Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos. *Otras rotaciones y Rotaciones externas. -Equipo de Residentes. -Tutores y Tutorías. -Programa de Guardias. -Actividades Docentes. -Formación continuada: Sesiones clínicas de SPSQ y Sesiones Neurociencias. -Psicólogos Internos Residentes (PIR), Enfermeros Internos Residentes y Máster Asistentes Sociales en Psiquiatría. -Programa de Evaluación de las rotaciones y anual de la Residencia. -Investigación. -Gestión de Calidad.	

1.- El Servicio de Psiquiatría (SPSQ).

1. 1.- Reseña histórica e introducción

Tal y como se recoge en el capítulo de la Historia de la Psiquiatría en el siglo XX (1), la creación del Servicio (Departamento hasta 1972) de Psiquiatría del Hospital Clínico significó un ejemplo de la integración de la asistencia psiquiátrica en la asistencia médica general desde la apertura del Hospital. Sus antecedentes fueron, en 1967, las camas psiquiátricas (para hombres en la planta sexta y para mujeres en la planta cuarta) dependientes de la Cátedra de Psiquiatría en las clínicas de la Antigua Facultad de Medicina (actualmente F. de Ciencias Empresariales y Paraninfo). También ahí fue fruto de la colaboración con los Catedráticos de Patología General (Prof. G. Guillén), Medicina Interna (Prof. F. Civeira), de Medicina Legal (Prof. V. Pérez Argilés), de Obstetricia y Ginecología (Prof. Recasens) y de Neurocirugía (Dr. S. Úcar). Previamente al Servicio de Psiquiatría (SPSQ), en 1966 se creó la Cátedra de Psiquiatría por el Prof. Ramón Rey Ardid (1903-1988), quién contó como leales continuadores de su legado con el también aragonés Prof. Agustín Serrate Torrente (1911-1986) y con el Prof. Antonio Seva Díaz (1938 -2004), todos ellos maestros del Prof. Federico Dourdil Pérez (1948-2013).



Al inicio de los 70, el Prof. Rey Ardid, con su inteligencia preclara (y consonante con la Ley General de Sanidad de 1984), decide no aceptar la oferta del¹ Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) de mantener un Hospital Psiquiátrico en las clínicas de la Facultad de Medicina. Prefiere que la Psiquiatría se integre en el Hospital Clínico, que inauguró sus primeras camas (médico-quirúrgicas) en el último trimestre del 1974. El SPSQ entró en funcionamiento, bajo la dirección del Prof. Agustín Serrate, el 21 de Abril de 1975, y fue el 5 de Mayo cuando se ingresó a la primera paciente (Doña Modesta, paciente que a sus 42 años fue diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva y que fue atendida por el mismo profesional, Prof. Dourdil, hasta que falleció en 2007 con un total de 33 ingresos). Y así se llegó a la emblemática planta 11 del Hospital Clínico Universitario con sus 25 camas (eran las legalmente autorizadas, ya que se calculó según el número de metros cuadrados para permitir el despliegue vital del paciente psiquiátrico). A lo largo del tiempo su número fue cambiando (aumentando primero a 28, posteriormente hasta 30, luego a 34 hasta que en 1996 se reducen a las 20 camas actuales). En 1976, llegó como catedrático y Jefe de Departamento el prolífico Prof. Antonio Seva quién lideró el SPSQ, creando las bases de una estructura de funcionamiento moderna, basada en la investigación epidemiológica y la Psiquiatría de Gestión (que tuvo el reconocimiento por parte de la OMS), y llevó adelante con acierto hasta su fallecimiento al inicio del 2004. Desde entonces fue el Prof. Antonio Lobo Satué, hasta su jubilación (a mediados de Septiembre del 2013) quién dirigió el Servicio. El rigor científico (como “investigador nato” fue descrito por el Rector Magnífico D. Manuel López en el acto de la Junta de Gobierno que aprobó su emeritura), su carisma docente, una inagotable capacidad de trabajo son algunos de sus valiosos significantes y por los que el SPSQ tiene un reconocimiento local y nacional así como un prestigio investigador internacional. El SPSQ es, gracias al legado de quienes nos han precedido, un referente y valedor de la Psiquiatría como especialidad médica. El Servicio, con su actual jefatura (Dr. Valero Pérez Camo), afronta con valentía y renovación nuevos retos clínicos como la apuesta por la continuidad de cuidados (en Atención Primaria y en los servicios de Rehabilitación y en la atención a personas en edad geriátrica y aquellas con adicciones), el trabajo en equipos multidisciplinares y la mejora de la calidad asistencial y la gestión por procesos. Además de innovar la labor docente (pre y postgrado), otro de los retos es el de reorientar la investigación hacia la clínica.

(1) ¹ Campos R. El Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. En: *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*. Ed. SARP & Fernández-Doctor A. Zaragoza: Vela, 2014. pp. 205-235

1. 2.- El Sector 3, las Unidades funcionales del SPSQ y su organigrama.

El SPSQ presta asistencia a la población del Sector III del Sistema Aragonés de Salud, cuyo hospital terciario de referencia es el **Hospital Clínico Universitario Lozano-Blesa (HCU-LB)**.

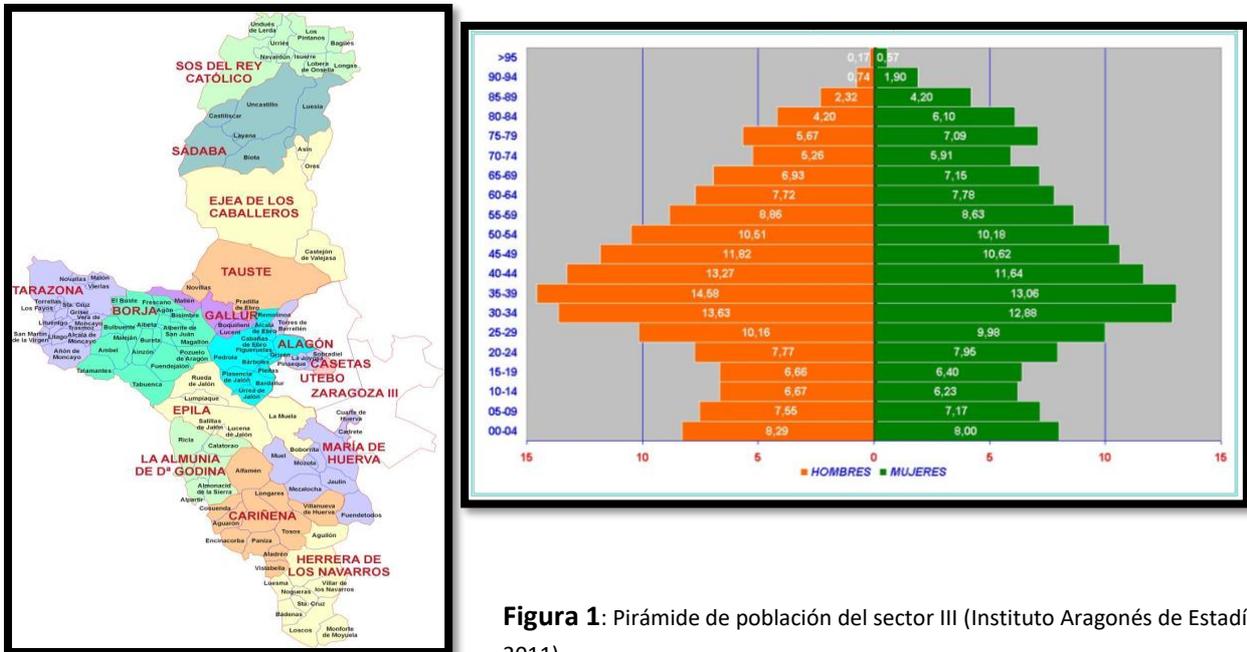


Figura 1: Pirámide de población del sector III (Instituto Aragonés de Estadística 2011).

Dicho Sector incluye 22 Zonas Básicas de Salud, con 116 municipios de 9 comarcas diferentes que corresponden a la zona noroccidental de la provincia de Zaragoza y al oeste de la ciudad de Zaragoza, y tiene una población de 307.163 habitantes según padrón municipal de 1 de Enero de 2018. Incluye las zonas de Salud de Alagón, Borja, Cariñena, Casetas, Ejea de los Caballero, Épila, Gallur, Herrera de los Navarros, La Almunia, María de Huerva, Sadaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste y Utebo. En Zaragoza comprende las de Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Miralbueno-Garrapinillos, Oliver, Universitas y Valdefierro. Además, con la actual organización funcional, también atiende la asistencia del Sector Calatayud con una población asignada de 55.866 habitantes y que dispone de 10 zonas de salud (Alhama de Aragón, Ariza, Ateca, Calatayud Rural, Daroca, Illueca, Morata de Jalón, Villarroya de la Sierra, Calatayud Urbana y Saviñán).

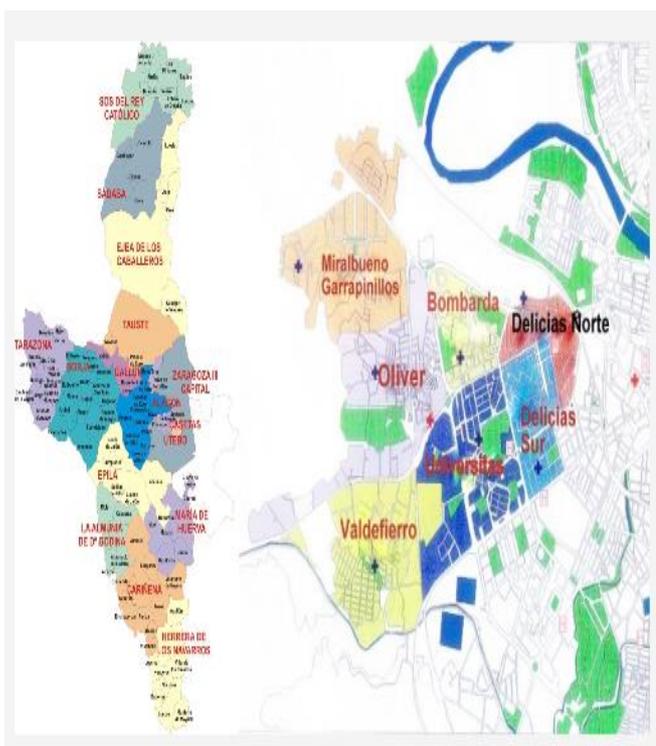
El Sector Sanitario Zaragoza III ocupa una extensión de 7139,6 km² y presenta una densidad de población de 41,2 habitantes por km². En relación a estructura poblacional (según datos recogidos de la web del Hospital 2012) el Sector Zaragoza III tiene una población de unas 306.197 (TIS) que representa un incremento del 22,76% respecto a las TIS del 2000. El 22,5 % de la población es menor de 15 años; el 25,3 % es mayor de 65 años, con un predominio de mujeres en Zaragoza capital y de hombres en zona rural. El 15,26% de la población del Sector Zaragoza III es inmigrante (46.716 personas: 16,1% en Zaragoza capital y 14,4% en la provincia): el 16,3% de esta población tiene menos de 15 años; y el 70,1%, entre 20 y 50 años. Hay importantes diferencias en el porcentaje de población inmigrante entre zonas de salud: 29,95% en La Almunia de Doña Godina, con el máximo porcentaje; al 5,30%, en Sádaba, con el menor porcentaje de población extranjera. El origen de la población en Aragón se focaliza en dos comunidades: la rumana (37,3% del total de inmigrantes) y la marroquí (10,6%).

Las cuatro características más importantes de nuestro sector son por lo tanto la ruralidad, la dispersión de la población, la tasa de envejecimiento y dependencia alta (mayor que la del conjunto de España) y una tasa no despreciable de inmigración (web de la Dirección de Atención Primaria del Sector Sanitario Zaragoza III. www.zaragoza3.es). Además, el Sector Zaragoza III dispone de tres centros de especialidades (CME Inocencio Jiménez Delicias, CME Ejea y CME Tarazona), cuatro Unidades de Salud Mental (USM Cinco Villas, CSM Delicias y dos situadas en CEM Inocencio Jiménez del HCU-LB para adultos e infantojuvenil) y un Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. del Pilar. Además de la reciente integración del Centro de Alta Resolución de Cinco Villas (CASAR-Cinco Villas).



En España, el Hospital es definido por el Real Decreto 521/87 de 15 de Abril: Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD. Por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1985, los hospitales clínicos dejaron de depender del Ministerio de Educación y Ciencia, adscribiéndose al Ministerio de Sanidad y Consumo para integrarse en la red pública del INSALUD. En el año 2002, la Comunidad Autónoma de Aragón asume la gestión del centro, dentro de las transferencias en materia sanitaria. **El HCU-LB** dispone de

802 camas instaladas y 762 en funcionamiento. En el año 2014 el número de altas fue 29.187, de las que 594 (2%) fueron generadas por el SPSQ (462 en la UHA, 132 en Unidad de Hospitalización Psiquiatría Infanto-Juvenil, UHIJ). **El 1.5% de los ingresos del HCU-LB pertenecen a la UHA.** El Servicio de Psiquiatría tiene un gran peso en la actividad global asistencial del HCU-LB tanto a nivel hospitalario como de actividad ambulatoria.



El SPSQ del HCU de Zaragoza, está presente en el hospital desde su apertura. Es un Servicio que cuenta con una importante historia, siendo foco de conocimiento, formación e investigación tanto a nivel nacional como internacional.

El SPSQ ha sido, sin lugar a dudas, el núcleo donde se han formado la práctica totalidad de esa primera generación de psiquiatras que supuso la puesta en marcha de toda la reforma psiquiátrica en Aragón.

El H.C.U. Lozano Blesa dispone de 3 edificios:

- Hospital
- Consultas Externas
- Centro Médico de Especialidades “Inocencio Jiménez”.

Integran también el Sector 3:

- **Centro de Rehabilitación Psicosocial 'N^a S^a del Pilar'** que cuenta con tres unidades funcionales diferenciadas y dos centros dependientes administrativamente del mismo:
 - **Unidad de Media Estancia (UME),**
 - **Unidad de Larga Estancia (ULE),**
 - **Psicogeriatría** cuenta bajo su dependencia funcional
- **Centro de Día Romareda**

- **Centro de Salud Mental Delicias**

La organización de la atención a la salud mental en el sector 3 tiene unas peculiaridades que lo diferencian del resto de los sectores de Aragón. Esto es debido a que una parte de la asistencia está concertada a la **Cooperativa Ejea Cinco Villas (Ejea y Tarazona)**.

El SPSQ consta de siete unidades funcionales:

1. **USM Adultos (USMA).** Ubicada en la Pl. 3 del CME Inocencio Jiménez. Da atención a la patología abordable de forma ambulatoria. Atiende a una población de unas 130.000 personas.

2. **Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA).** Ubicada en la Pl. 3 del edificio A del HCU "Lozano Blesa". Cuenta con 20 camas. Realiza una media de 400 ingresos al año y atiende las necesidades de ingreso del Sector III y Calatayud que corresponde a una población total de 350.000 personas.

3. **Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos.**

Unidad de hospitalización parcial que permite un abordaje intensivo y multidisciplinar de la patología psiquiátrica. Dispone de 15 plazas y la estancia suele ser de 1-2 meses. Además cuenta con unos programas ambulatorios específicos:
 - -Psiquiatría perinatal en TMG
 - -Atención al Tr. Estrés Postraumático grave
 - -Tr. Ansiedad refractario al tratamiento.

4. **Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace.** Ubicada en la Pl.3 del edificio a del HCULB. Atiende la patología psiquiátrica de los pacientes ingresados en el hospital fuera del área de psiquiatría. También cuenta con programas ambulatorios para patologías específicas.

5. **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.** Ubicada en la Pl. 3 del CME Inocencio Jiménez. Da atención a la patología abordable de forma ambulatoria. Atiende a una población de unas 300.000 personas.

6. **Unidad de Hospitalización de Infanto-Juvenil.** Ubicada en la Pl. 8 del edificio A del HCU "Lozano Blesa". Cuenta con 6 camas. Es la Unidad de Referencia autonómica para el ingreso de los menores.

7. **Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Infanto-Juvenil.** Ubicada en la Pl. 8 del edificio A del HCU "Lozano Blesa". Es la unidad de referencia autonómica para el tratamiento de los TCA en los menores

**ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DEL
SECTOR 3**

HCU LOZANO BLESA	USMA	C.S DELICIAS NORTE	S a l u d
		C.S. UNIVERSITAS	
		C.S. BOMBARDA	
		C.S.CASSETAS	
		C.S UTEBO	
		C.S. MARIA DE HUERVA	
		C.S. HERRERA N.	
		C.S. CARIÑENA	
UHA	SECTOR III Y CALATAYUD		
HDPA	SECTOR III Y PARTE DEL I		
PSICOSOMATICA	SECTOR III		
USMIJ	SECTOR III Y CALATAYUD		
UHIJ	AUTONÓMICA		
UTCA	AUTONÓMICA		
CRP N^o 5^a PILAR	CSM DELICIAS	C.S. DELICIAS SUR	
		C.S. OLIVER	
		C.S.VALDEFIERRO	
		C.S.MIRALBUENO-GARRAPINILLO	
		C.S. EPILA	
		C.S.LA ALMUNIA	
	CENTRO DE DÍA ROMAREDA	SECTOR III	
	UME	SECTOR II Y III	
ULE	ZARAGOZA I, II, III CALATAYUD		
PSICOGERIATRÍA	ZARAGOZA I, II, III CALATAYUD		
PISOS EASC	PISOS Y EASC	ZARAGOZA III	2aVIA
CIL	CIL	ZARAGOZA III	APIP ACAM
COOPERATIVA CINCO VILLAS	CSM	USM EJEA	COOPERATIVA CINCO VILLAS
		USM TARAZONA	
	CENTRO DE DÍA	CRPS EJEA	
		CRPS TARAZONA	
	RED PISOS	EJEA / TARAZONA	
	CIL	EJEA TARAZONA	
RESIDENCIA MENTAL SALUD	ZARAGOZA I, II, III CALATAYUD		

El organigrama del SPSQ:

El Servicio se entiende como una unidad funcional dentro de la estructura del hospital siendo su máximo responsable el Jefe de Servicio. Además de la dependencia funcional de la Jefatura de Servicio cada trabajador según su categoría profesional es asignado a una de las tres áreas de Dirección.

- Los puestos facultativos dependen de Dirección Médica.
- Los puestos de enfermería dependen de la Dirección de Enfermería.
- Celadores, personal administrativo y Trabajo Social depende de la Dirección de gestión.

Plantilla

Jefe de Servicio (Dr. V. Pérez Camo)

Unidad de Hospitalización de Adultos:

Jefe de Sección:	1 (Dr. R. Campos)
FEA Psiquiatría:	2 (Dras. C. De la Cámara; Dra. M.A. Gámez)
Enfermería:	9 + Supervisor (I. Rodenes)
TCAES::	8
Celador:	8
Tr. Social	0,5 (C. Blasco)

Hospital de Día Psiquiatría de Adultos:

FEA Psiquiatría:	1 (Dra. I. Irigoyen)
Psicología:	1 (J. Arbej)
Enfermería:	1
Terapia Ocupacional:	1
Trabajo Social:	0,5
TCAE:	1

Unidad de Salud Mental Adultos:

FEA Psiquiatría	5 (Dres. R. Olmedillas, M.A. Quintanilla, F. Caro, A. Querol, S. Álvarez)
Psicología	2 (A. Redrado; ML López)
Enfermería	3
Trabajo Social	0,5 (E. Garcés)
Administrativos:	2

Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace

FEA Psiquiatría	2 (Dr. T. Ventura, Dra. E. Gracia)
Enfermería	1
TCAE	1
Trabajo Social	0,5 (M.J. Ballestín).

Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil

FEA Psiquiatría	2 (Dres. M. Zapata; J. Rada)
Psicología	1 (D. Garmendía)
Enfermería	7 + Coordinación (B. Sola)
TCAES	6
Celadores	6
Profesor	1

USM Infanto-Juvenil

Jefe Sección	1 (Dr. P. Ruíz)
FEA Psiquiatría	2 (Dras. S. Mabry/ A. Barrera)
Psicología	1 (D. González)
Enfermería	1
Trabajador Social	0,5

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Infanto-Juvenil

FEA Psiquiatría	1 (Dra. A. Calvo)
Psicología	1 (B. Barajas)
Enfermería	1

1. 3. Misión, Visión y Valores.

La misión, visión y valores del SPQ, coinciden con las del propio Sector III ⁽²⁾ y del HCU ⁽³⁾, impregnados de las características propias de la especialidad.

MISIÓN

- Proporcionar a la población del Sector III una atención Sanitaria Especializada centrada en las necesidades de salud.
- Ofrecer un trato personal a los pacientes, en un entorno de seguridad y confianza.
- La atención integral del paciente ingresado en el HCU-LB, bien en el propio Servicio, en otros servicios o de forma ambulatoria en Consultas Externas prestando apoyo a otras especialidades médicas y quirúrgicas.
- Mantener el mayor grado posible de autonomía.

VISIÓN

- Orientar la atención a la población del Sector III y la Organización hacia la excelencia de resultados.
- Ofrecer una asistencia integral de calidad y constituirse en centro de asistencia especializada para pacientes con patologías de relevante prevalencia en Aragón.
- Favorecer la participación, la asunción de responsabilidades y el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

VALORES

- Son los inherentes a la profesión médica tanto en su aspecto ético como moral, conjuntándose el compromiso social del buen hacer y la responsabilidad de los componentes del Servicio, junto a la necesidad de gestionar adecuadamente los recursos disponibles.
- Equidad, solidaridad y universalidad
- Orientación a la comunidad
- Mejora continua, aprendizaje e innovación
- Responsabilidad social
- Respeto a las personas
- Atención centrada en el paciente
- Profesionalidad
- Trabajo en equipo

Basados en los anteriores, el SPSQ también tiene una misión, fundada en una visión y unos valores que son recogidas en el Proyecto de Gestión de Jefatura de Servicio del Dr. Valero Pérez- Camo y de los Jefes de Sección de Unidad de Hospitalización de Adultos (Dr. Ricardo Campos) y de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Dr. Pedro Ruíz).

² (2) Web de la Dirección de Atención Primaria del Sector Sanitario Zaragoza III. www.zaragoza.3.es.

³ (3) Memoria del Hospital Clínico Universitario 2009.

Misión, visión y valores del Servicio de Psiquiatría.

- i. **Misión:** proporcionar a la población de nuestro Sector una atención sanitaria especializada y humana, centrada en la recuperación de la funcionalidad y la salud en el mayor grado posible para reintegrarse con el mayor grado de autonomía en su entorno sociofamiliar. Para ello es preciso garantizar la atención integral del paciente ingresado en el HCU-LB, bien en el propio SPSQ, en otros servicios o de forma ambulatoria en PSQ prestando apoyo a otras especialidades médicas y quirúrgicas, incluyendo Urgencias.

La organización asistencial está basada en criterios de eficiencia y mejora continua de la calidad. Al mismo tiempo trata de favorecer la participación, la asunción de responsabilidades y el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

- ii. **Visión:** adaptar la estructura asistencial del servicio a las necesidades de salud reales de la población. Adaptar las capacidades y aptitudes de los profesionales a las demandas asistenciales de los pacientes. Ampliar o modificar progresivamente su cartera de servicios para mantener la flexibilidad funcional. Mantener el nivel de investigación clínica del SPSQ como vehículo de mejora de la actividad asistencial y promover el desarrollo de actividades de investigación básica relacionadas con nuestras áreas de competencia. Promover y, en su caso, facilitar el acceso a la carrera docente de los miembros del servicio.
- iii. **Valores:** un profundo respeto al ser humano enfermo, a sus creencias y valores, a su concepción de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad. El sentido de corresponsabilidad con la persona enferma, basado en el respeto a la autonomía del paciente. La comprensión de la enfermedad como una amenaza y oportunidad no solo para el propio paciente, sino también de su entorno familiar y social más próximo. Por último, una actitud próxima y cercana al paciente y que tenga todos los ingredientes del profesionalismo en donde estén presentes la mejora continua, aprendizaje, innovación, equidad, solidaridad, universalidad y la gestión adecuada de los recursos disponibles. En definitiva que en el trato con el paciente no falten ninguna de las “Cuatro Haches”: **H**umor, **H**umildad, **H**umanidad y **H**ope (Esperanza: la última en salir de la caja de Pandora, la primera a saber transmitir en la vinculación terapéutica).

Código ético. Se adjunta el código de conducta de profesionales del SPSQ que está recogido en Guía de Acogida del SPSQ así como el Código ÉTICO más específico con respecto a la interacción entre profesionales que se sigue actualmente en la UHA .

1. CÓDIGO DE CONDUCTA DE PROFESIONALES DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa propone a sus profesionales un Código de Conducta con la finalidad de marcar un estilo determinado en la relación entre profesional y usuario, un estilo coherente que sea compartido por toda la organización y que sea una señal de la consideración y del respeto que debemos tener por los pacientes.

Este Código pretende ser un decálogo de las formas que todos debemos cuidar en esta relación.

1. Respeto y Amabilidad:

- Mantendremos en todo momento la cortesía y las buenas maneras, sin perder nunca las formas. Tanto con los usuarios como con los compañeros de trabajo.
- Utilizaremos términos absolutamente respetuosos referidos al usuario, tanto en la relación con éste, como con otros profesionales, así como en la documentación escrita.
- Utilizaremos preferentemente el trato de usted con todos los pacientes y acompañantes.
- Nos dirigiremos al paciente por su nombre de pila, evitando apelativos cariñosos.
- Escucharemos siempre al paciente adoptando una actitud activa.
- Respetaremos las opiniones del paciente y las aceptaremos aunque difieran de las nuestras.

2. Respeto a la intimidad y a la confidencialidad:

- Evitaremos los comentarios referentes al estado de salud o evolución del paciente que puedan ser escuchados por otras personas, especialmente en espacios públicos como en la cafetería, ascensores, pasillos o incluso en los controles de las Unidades de Hospitalización o de Urgencias.
- Respetaremos la dignidad del paciente siempre. Tendremos especial cuidado en que las personas destinatarias de cualquier información sobre un usuario que él autorice expresamente o las que legalmente puedan tener derecho a obtenerla.
- Proporcionaremos la información a pacientes o a sus familiares exclusivamente en los lugares expresamente destinados a tal fin.
- Mantendremos un exquisito cuidado por el respeto al pudor del paciente.
- Llamaremos a la puerta para entrar en las habitaciones.

3. Información:

- Nos identificaremos al primer contacto con el paciente, comunicándole nuestro nombre, categoría profesional y nuestro cometido. Adicionalmente nos identificaremos siempre que él lo solicite.
- Utilizaremos la tarjeta de identificación que será proporcionada al inicio de la relación laboral.
- Proporcionaremos al usuario la información necesaria, primera condición para ganar su confianza, entendiendo por información necesaria:
 - La que nos solicite el usuario.
 - La que le ayude a comprender el proceso y decidir asumirla.
 - La relativa al tratamiento y las pruebas diagnósticas.
- Informaremos utilizando un lenguaje comprensible y adecuado tanto en la información verbal como escrita, adaptando el mensaje a los receptores.
- Verificaremos que la información facilitada haya sido entendida.
- Verificaremos que en el momento del alta el paciente y su acompañante han leído el informe y le invitaremos a que sean aclaradas sus dudas.
- Garantizaremos que, en la medida de lo posible, la información sea proporcionada en todas las fases de la asistencia sanitaria.

4. Respeto a las diferencias:

- No haremos diferencias en la atención basadas en la etnia, religión, clase social, orientación sexual, aspecto físico, edad, sexo, raza, nacimiento, ideas, creencias, discapacidad, grado de dependencia o cualquier otra circunstancia personal.
- No admitiremos términos despectivos o marginadores.
- No realizaremos juicios morales sobre el comportamiento de los pacientes.

2. CÓDIGO DE ÉTICO DE LA RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA UHA SPSQ

Se intenta definir los principios fundamentales por los que se rige la relación entre los/las trabajadores de Unidad de Hospitalización de Adultos, nuestra implicación en el buen funcionamiento asistencial y para crear un espacio de convivencia laboral respetuoso y agradable. Afecta a las relaciones entre los profesionales involucrados en la asistencia y provisión de servicios (incluidos, los procesos de apoyo) de los pacientes atendidos en la UHA, la transmisión de información a los estamentos responsables y la implicación en los procesos de mejora continua.

TRES PRINCIPIOS FUNDAMENTALES: COMUNICACIÓN, COLABORACIÓN, COORDINACIÓN.

1. **COMUNICACIÓN: Interacciones entre los profesionales.**

La interacción entre profesionales debería regirse por los siguientes principios éticos básicos:

- ✓ Respeto a la persona con la cual se interacciona.
- ✓ Consideración al trabajo de cualquier profesional.
- ✓ Procurar delimitar el ámbito profesional del extralaboral.
- ✓ Ser solidarios a la hora de apoyar a los compañeros en la cobertura del trabajo cuando sea necesario.
- ✓ Favorecer la creación a diario de una atmosfera laboral agradable.
- ✓ Respetar las indicaciones de el/la superior/a jerárquico/a: se puede discrepar pero siempre de forma respetuosa y utilizando los canales adecuados para comunicarlo.
- ✓ Evitar crear conflictos por cuestiones que no son realmente importantes. Puede ser útil hacer uso, lo más pronto posible, de los canales adecuados para la transmisión de quejas, incidencias o sugerencias.
- ✓ Si hay conflictos importantes, transmitir la situación lo antes posible al responsable jerárquico inmediatamente superior y, si no se resuelve, al siguiente superior jerárquico del organigrama.

2. COLABORACIÓN: Transmisión de quejas, incidencias o sugerencias.

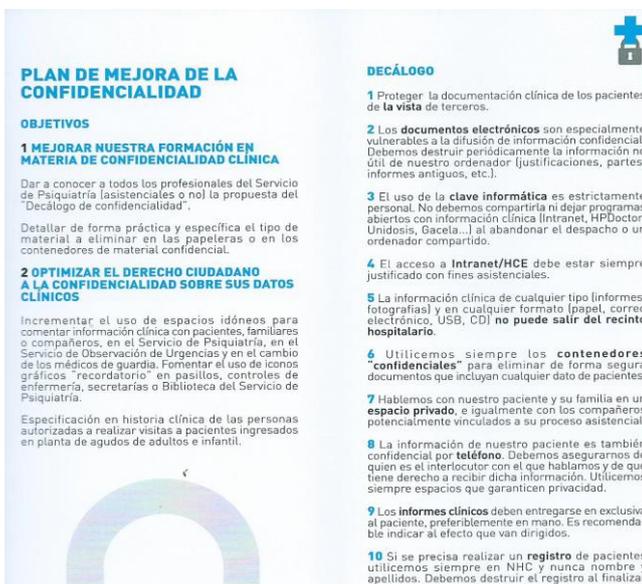
- ✓ Cuidar las formas en que se transmite la información.
- ✓ Utilizar los canales adecuados para transmitir quejas, incidencias o sugerencias: email o formulario de incidencias.
- ✓ Procurar que si hay una disensión, se exprese en un sitio tranquilo, sin interrupciones y con la suficiente privacidad.
- ✓ No difundir rumores o información que no se corresponden con la realidad.
- ✓ Cuando se identifiquen incidencias o quejas, intentar proponer acciones de mejora.

3. COORDINACIÓN. Actitud con respecto del proceso de mejora continua.

- ✓ Tener una actitud proactiva con respecto a las propuestas de acción de mejora en la vertiente asistencial, laboral y formativa.
- ✓ Utilizar los canales adecuados y dirigirse a las personas responsables de cada àrea a la hora de realizar propuestas o sugerencias.
- ✓ Participar en las reuniones que se convoquen periódicamente para la mejora de la coordinación y trabajo en equipo.

Normativa (recogida en la Guía de Acogida del SPSQ)

- 1- Uniformidad e imagen.** Es indispensable vestir siempre el uniforme del Hospital con el distintivo en el que constará nombre y categoría del trabajador que le será facilitado por el Departamento de Personal.
- 2- Confidencialidad.** En el Servicio de Psiquiatría queremos ser especialmente rigurosos en el respeto a la privacidad y confidencialidad.



El hospital pone a su disposición ciertas herramientas informáticas cuya utilización por parte de los trabajadores queda única y exclusivamente limitada a fines profesionales relacionados con el Hospital. De la utilización indebida o abusiva de estas herramientas pueden derivarse determinadas responsabilidades

- 3- **Trato a los pacientes.** En nuestro servicio es obligatorio el trato con respeto a pacientes, familiares de pacientes y a los miembros de la plantilla.
- 4- **Llamadas telefónicas.** No debe utilizar los teléfonos del Hospital para su uso particular. Es importante que siga esta norma para que entre todos consigamos un uso más racional de los recursos. Los teléfonos móviles no deben utilizarse para uso particular fuera del rato de descanso.
- 5- **Normativa de tabaco.** Conforme a la normativa vigente no está permitido fumar en todo el recinto hospitalario.
- 6- **Prevención de riesgos laborales.** La Unidad de Salud Laboral y Riesgos Laborales se encuentra ubicada en la planta 8ª del edificio principal. Existe un “PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES SECTOR ZARAGOZA III” al que en caso de accidente laboral, con o sin baja médica, deberá ponerse en contacto con el Servicio de Prevención de forma inexcusable y en el menor plazo posible.
- 7- **Turnos y permisos.** Si por alguna situación puntual y urgente, debidamente justificada, no puede acudir a su trabajo, es necesario que se ponga en contacto lo antes posible con su superior jerárquico, para posibilitar la cobertura del turno. Para hacer un cambio de turno de guardia con un compañero es necesario la cumplimentación del impreso que, a tal efecto, existe tanto en las Unidades como en Secretaría del Jefatura de Servicio, necesitando para que este sea válido, el visto bueno del Jefe de Servicio o persona en la que haya delegado. Para solicitar vacaciones y días de permiso previstos en la normativa aplicable existe otro modelo de solicitud que también está a su disposición en la Unidad o Servicio y que tiene que ser validado por su Superior Jerárquico y remitido a Secretaría del Jefe de Servicio. Los permisos para formación requieren la cumplimentación del citado impreso específico al que se adjuntará el programa de la acción formativa. Debéis saber que han de solicitarse con 15 días de antelación. Todos los permisos retribuidos tendrán que justificarse inexcusablemente; los relativos a formación mediante el certificado de aprovechamiento de la acción formativa.
- 8- **Puntualidad.** La **puntualidad** es muy importante, supone llegar al puesto de trabajo con el tiempo necesario para realizar los relevos de cambio de turno y así garantizar una dinámica de continuidad en los cuidados del paciente y la intercomunicación con los compañeros. Recuerde que llegar tarde supone un perjuicio para los pacientes y para sus compañeros. El horario de la jornada laboral es de 7.30 a 15.00, se deja 30 minutos para descanso. Este horario es el legal. No olvidéis que uno de los apartados que se tienen en cuenta

específicamente en la evaluación anual del residente es la puntualidad. Tras las guardias, se tiene derecho a librar. Si por voluntad propia se decide no librar, esa libranza de guardia no se puede recuperar posteriormente. Sí se podrá recuperar en caso de que no se libre la guardia por necesidades del Servicio.

- 9- Incapacidad temporal.** La ausencia al trabajo derivada de una situación de incapacidad temporal será justificada mediante el parte de baja (modelo P.9) que será expedido por su médico de cabecera, cuando se trate de enfermedad común o accidente no laboral, o por el médico de la mutua cuando se trate de accidente de trabajo o enfermedad profesional. El parte de baja tiene que ser entregado en Secretaría de Dirección o en Nóminas dentro de los tres días posteriores siguientes a la fecha de baja; no obstante, no olvide comunicarlo de forma inmediata.

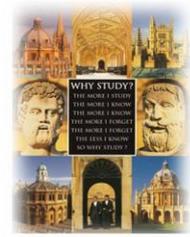
- 10- Sugerencias para mejorar.** Cada trabajador podrá ponerse en contacto con su superior jerárquico con el fin de recoger todas las sugerencias y quejas, que serán debidamente estudiadas y valoradas. Existe un procedimiento aprobado en que se define la sistemática de actuación en caso de sugerencias, propuestas de mejora, quejas y agradecimientos por parte de los profesionales. Puede utilizar el impreso P10-F1 o dirigirse a Calidad, a su superior jerárquico o a cualquier miembro de la Dirección del Hospital.

2.- Formación y Docencia.

FORMACIÓN PREGRADO.

DOCENCIA TEÓRICA Y PRÁCTICA.

El SPQS, en su práctica mayoría (15 de los 18 psiquiatras) está implicado en tareas docentes universitarias. Así se cuenta con 12 Profesores Asociados (y 3 más como Prof. colaboradores) de Ciencias de la Salud pertenecientes al Dpto. de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Facultad de Medicina (FM) que participan en la docencia práctica de Psicología Médica (segundo año de Grado), Psiquiatría (tercero de grado) y prácticas tuteladas (quinto curso de Grado). Entre los Profesores Asociados hay dos que somos profesores responsables de asignaturas como la Psicología Médica y la Psiquiatría (Dr. Campos) y la Psicopatología y Psiquiatría de Enlace, Comunicación asistencial y Ética Médica (Dr. Tirso Ventura). Los estudiantes son de alumnos de nuestra Universidad y también de otros programas de intercambio (Sicue) o internacionales (Erasmus).



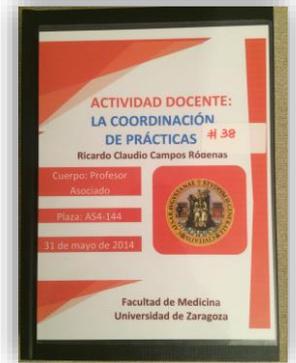
En esta reseña es importante destacar que el plan Bolonia ha supuesto un incremento del Profesores asociados de Ciencias de la Salud, dando cabida a que los residentes que lo deseen sean nombrados profesores colaboradores extraordinario. Todo ello es así ya que se hace más énfasis en una enseñanza más práctica, con participación activa del alumno tanto en grupos, talleres como en tutorías, evaluación continua y sobre todo en el concepto de “resultados de aprendizaje” (en conocimientos, destrezas y competencias y autonomía). Desde 2008 la labor de coordinación de prácticas se realiza por el Dr. Campos, que es quién coordina las prácticas tuteladas a los alumnos de quinto curso de grado, además de organizar la estación de Psiquiatría de la Prueba de Evaluación de Competencias Objetivas Estructuradas (ECO E) en la que llevábamos cuatro cursos académicos.

Para la labor docente, se cuenta con 2 Profesores Titulares de Universidad (Prof. Pedro Saz y el Prof. Juan Carlos Giménez, recientemente jubilado), un Profesor Asociado (Dr. Carmelo Pelegrín en la Facultad de Ciencias de la Salud de Huesca), 26 Profesores Asociados de Ciencias de la Salud (12 con plaza vinculada al Hospital Clínico Universitario, 13 al Hospital Universitario Miguel Servet y uno al H. San Jorge de Huesca) y 14 Profesores colaboradores extraordinarios (3 de ellos son Facultativos Especialistas de Área del Hospital Clínico y 3 son MIR del Hospital Clínico).

La definición de la asignatura en forma de resultados de aprendizaje, sentido, contexto, relevancia y objetivos de la asignatura se recogen en la Guía Docente de Psiquiatría (<http://titulaciones.unizar.es/asignaturas>). La enseñanza está basada en casos y para ello se realizan seminarios en los que se discuten los casos ya reflexionados previamente con la ayuda del programa PID (alumnos con especial interés por la materia que han discutido el caso previamente con el profesor y que moderan la discusión con sus compañeros de su pequeño grupo). Este fue el tema de uno de los Proyectos de Innovación Docente (“Alumnos PID y enseñanza práctica de la psiquiatría en grupos interactivos”. PIIDUZ_09_2_535) presentados en esos años y coordinados por los Prof. Campos y Lobo.

LA COORDINACION DE LAS PRÁCTICAS DE PSIQUIATRÍA.

La labor de coordinación es tan compleja como necesaria en un entorno de convergencia de espacio universitario europeo. Tradicionalmente la enseñanza práctica se relegaba a un segundo plano en los planes docentes, con la repercusión que ello conllevaba. Podemos decir con gran satisfacción que en nuestra área de Psiquiatría la calidad de las mismas ha ido mejorando a pesar de las dificultades para adaptarnos al Grado. Desde 2008 hemos intentado continuar la sistemática previa y reforzar los aspectos más delicados. La concienciación de los profesores asociados con su potencial docente y responsabilidades es un logro y uno de los mayores retos. Se han elaborado **Dossiers** que incluye reflexiones y propuestas así como listados de alumnos y distribución de profesores según alumnos. La tarea de coordinar prácticas, y que éstas sean satisfactoriamente aprovechadas, es tan gratificante como apremiante y escasamente reconocida. Son precisas muchas horas para confeccionar listados, mantener una línea de correo electrónico constante con alumnos y profesores, y coordinarse con los profesores responsables de la asignatura. Para ello se cuenta con la ayuda en la coordinación en los profesores adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet con la Dra. María Jesús Pérez Echeverría como Jefe de Servicio del HUMS. En este tiempo hemos mejorado nuestra guía de prácticas que incluye objetivos docentes, portafolios de competencias y criterios de evaluación de las prácticas. En este sentido hemos dado cada vez más peso a la redacción del trabajo fin de prácticas (historia clínica completa, razonada y discutida) que se archiva en carpetas docentes junto a la ficha del estudiante. En estas guías hemos hecho explícitas algunas consideraciones éticas y legales en torno a las actitudes y confidencialidad en aras de una máxima profesionalidad de alumnos y profesores.



Durante estos años hemos potenciado las **Prácticas de verano** voluntarias (40 en 2011, 81 en 2012, 98 en 2013 y 101 en 2014, 92 en 2015, 110 en 2016, 116 en 2017, 124 en 2018, 85 en 2019). La mayoría en Zaragoza pero también en Huesca y Teruel. Para ello las hemos convalidado, ya que es la única manera que se nos ocurre de poder mantener estándares de calidad durante el curso, debido a las ratios tan numerosas entre alumnos y profesores asociados. Así podemos presumir que somos un Departamento que mantiene su **docencia práctica todos los días del año** (hay alumnos que acuden a nuestras guardias, incluso en Navidades o Semana Santa) y ello nos facilita “ganar los corazones y las mentes” de los estudiantes, como indican sus elevados niveles de satisfacción con nuestras prácticas.



Desde 2014 se están realizando las prácticas tuteladas a los alumnos de Quinto Curso de Grado, que ya estuvieron con nosotros en Tercer Curso: son los llamados “**R-0**”. Con ello podemos intensificar nuestros esfuerzos de enseñanza y aprendizajes mutuos y ampliamos la exposición de los alumnos a dispositivos en donde no rotaron en sus prácticas de Tercero. Así realizan una estancia a tiempo real en las Unidades como paso previo a lo que será su residencia. Desde el 3 de Febrero hasta el 6 de Junio se han impartido prácticas tuteladas (Practicum) a unos 200 `estudiant@s` de Quinto Curso de Grado que se han agrupado en 8 secciones y quienes eligen el dispositivo y el profesor asociado con quién deseen rotar. También hay algunos alumnos que realizaron las prácticas en Huesca tutorizados por el Profesor Javier Olivera. Nuestra implicación está suponiendo la contratación de **nuevos profesores asociados** con contrato hasta Septiembre. El aprovechamiento de las prácticas está siendo excelente, ya que se han podido cumplir los objetivos planteados como son la integración de los alumnos en equipos asistenciales, refrescar conocimientos prácticos adquiridos en prácticas realizados en tercer curso de grado, mejorar la capacidad de entrevistar a pacientes y realizar una historia clínica completa y discutida. La **satisfacción de los alumnos**

está siendo muy alta como así consta en la reflexión final que han realizado los alumnos en donde muchos de ellos hubieran deseado mayor duración de las mismas. Nuestra expectativa es que todos los alumnos, y futuros especialistas, guarden un grato recuerdo y adecuado aprovechamiento de su paso por Psiquiatría. Nos alejamos de algunas propuestas, “superiores” y éticamente cuestionables, para que hagamos proselitismo en favor de la Psiquiatría como especialidad. Por otro lado también somos cautos de no estigmatizar a estudiantes, que nos parece que no tienen cualidades para el contacto con el paciente, y a los que no les advertimos que desistan de escoger nuestra especialidad. Afortunadamente, a diferencia de otros países Norte-Europeos, en España no hay sequía de vocaciones para elegir Psiquiatría como especialidad.

FORMACIÓN POSTGRADO.

MIR DE PSIQUIATRÍA.

La creación de la especialidad de Psiquiatría en España se menciona por primera vez en la Real Orden de 1926. En 1955 aparece la Ley de Especialidades que, por primera vez, regula la formación médica en España. En ese momento la Psiquiatría se diferencia de la Neurología y se crean un total de 31 especialidades médicas. La trayectoria docente en la especialidad de Psiquiatría del HCU-LB se remonta a 1968 en que comienza la formación de los primeros especialistas en Psiquiatría (Dra. Antonina Bonals como pionera en el SPSQ y en SPSQ-IJ) a través de la Escuela Profesional de Psiquiatría fundada por los Prof. Rey Ardid y Serrate. Los fundamentos de la especialización por Escuela ⁽⁴⁾ se basaron en una selección abierta de los alumnos, el pago de una cantidad, la duración de dos años (aunque variable debido a que algunos la compaginaban con otros trabajos), un programa de rotaciones (también externos), la posibilidad de un tercer año para superespecialización en Paidopsiquiatría, la existencia de tutor (Prof. Serrate y luego Prof. Dourdil), actividades docentes (sesión clínica del lunes, seminarios docentes y sesiones de los viernes por la tarde) y compromiso con la investigación (criterio de “obligatoriedad” de tesis doctoral en el periodo de especialización. Curiosamente este tema es de candente actualidad: **sólo uno de cada cuatro de los residentes en los últimos 15 años ha conseguido realizar tesis doctoral**. Toda una oportunidad de mejora para el Servicio PSQ, y especialmente para la UHA.

En 1978 se promulga el Real Decreto (R. D.) de 15 de Julio por el que se inicia la formación de Médicos Internos Residentes (MIR) de 51 especialidades, a realizar en centros acreditados y con un programa de formación de cuatro años, diseñado por la Comisión Nacional de la Especialidad. El MIR pasa a ser un profesional remunerado y con contrato laboral en exclusividad. En 1984 un nuevo R. D. regulador de la formación MIR a través de Comisiones de Docencia y Comités de Evaluación anuales que, desde la Ley 14/1986, es transferida a las Comunidades Autónomas (es la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Dpto. de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón el órgano competente en la formación especializada). La relación laboral especial para la residencia se regula por el R. D. 1146/2006 y la normativa, entre las que se incluyen las funciones de Jefes de estudios y de tutores, se han reactualizado con el R. D 183/2008 en donde también se refleja la creación de unidades multiprofesionales. En este apartado del marco jurídico de la formación postgrado mencionar el nuevo programa de la especialidad (BOE 224, orden SCO/2616/2008) que sustituye al de 1996 y que se articula a través de formación nuclear (común a los 3 primeros años con programas transversales y longitudinales) y específica (en el último año con dos trayectos: el A (Psiquiatría Infantil/ Psicoterapias/ Alcoholismo y Adicciones/ Gerontopsiquiatría) y el B (de

⁴ (4) Seva A, Dourdil F: La formación del posgraduado: la especialización en psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1978, VI, 5: 459-468.

libre configuración). Por último, mencionar el *RD 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica. Tiene la finalidad de que los residentes adquieran las competencias ... con un enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar de las especialidades adscritas al mismo tronco que favorezca el trabajo en equipo. El tronco se define como el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en Ciencias de la Salud. La formación completa en las especialidades comprenderá dos periodos sucesivos de formación programada: uno, de carácter troncal, y otro, de formación específica. La Psiquiatría tiene su propio tronco que integra las especialidades de Psiquiatría y de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (art. 39. **título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente**).*

Desde el inicio de la Escuela hasta la actualidad se han formado **167 psiquiatras**. Su capacidad de **metaformación** es indiscutible: cuatro de los cinco jefes de servicio de Psiquiatría de nuestra Comunidad y 8 de los 12 tutores de Psiquiatría se han formado en el HCU-LB. Otros indicadores de nuestra influencia formativa son: de los 18 psiquiatras del SPQ, 11 se han formado como especialistas en el HCU-LB , y lo siguen considerando atractivo profesionalmente. Actualmente hay tres plazas anuales de MIR de Psiquiatría acreditadas y una plaza anual PIR acreditada. En conjunto, tenemos actualmente 11 MIR de Psiquiatría (en 2017 hubo renuncia de una de las MIR que tras un año de formación decidió intentar cambio de especialidad), cuatro PIR así como residentes de otras especialidades (3-4 MIR Medicina de Familia y Comunitaria cada tres meses, 2 MIR de Neurología por año, 2 MIR de Geriátrica, ocasionalmente también de Neurofisiología, Pediatría, Medicina Interna..) o de otros Centros (MIR de Psiquiatría de otros servicios de nuestra Comunidad o de otras en rotaciones específicas como UPPE o HPDA; PIR de otras Unidades Docentes en rotaciones específicas).

En el 48 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (Zaragoza 28 Nov-1 Dic 2018) se celebró una sesión pre-Congreso en donde se expuso la experiencia formativa de las Unidades Docentes de Psiquiatría y Salud Mental de Aragón. En el caso de la del HCU se celebraron los 50 años desde su comienzo.



Nuestro programa formativo está diseñado siguiendo el marco normativo del Programa de la especialidad y se articula en torno a esta **Guía Docente** que los tutores (Ricardo Campos e Isabel Irigoyen) y el anterior Jefe de Servicio (Prof. Antonio Lobo) diseñamos en Mayo del 2009. Actualmente la hemos actualizado con la colaboración del actual Jefe de Servicio y los tutores MIR actuales (Ricardo Campos desde Marzo del 2003, Maite Zapata desde Mayo del 2011 y Dr. Miguel Angel Quintanilla desde Noviembre 2019). En Mayo del 2012 nuestro programa de formación, y el del resto de especialidades del sector III, superó satisfactoriamente una auditoría externa para la cual presentamos una extensa documentación que en torno a los siguientes apartados: Guía de formación docente; planes individualizados de formación; programa de rotaciones obligatorias y optativas; calendario del último año de sesiones clínicas y bibliográficas; programa o estructura de guardias de presencia física de los residentes en la unidad; documento de acogida de los residentes de cada unidad docente; protocolo de supervisión; criterios de evaluación de los residentes; relación de residentes y su tutor asignado; capacidad docente actual de la unidad; líneas de investigación del servicio; libro del residente; plan de calidad docente; nombramiento de tutor o tutores.

PROGRAMA DE ACOGIDA Y DESPEDIDA DE RESIDENTES:

→ Reunión informativa previa a la elección de la plaza

Desde 2006 hemos desarrollado una reunión previa para los candidatos interesados en tener información oficial sobre el programa de residencia del Servicio antes de que se dispongan a elegir plaza. Para ello anunciamos la convocatoria de la reunión PREMIR en el Servicio, al secretario de la Comisión de Docencia y en los tablones de la Facultad de Medicina. Los candidatos acceden a información de primera mano y lo agradecen ya que no hay compromiso alguno con su decisión posterior. Nuestro deseo, y propuesta a la Comisión de Docencia, es que el HCU-LB y su Sector tenga una Jornada de Puertas Abiertas para que nuestras reuniones premir tengan una organización más global.

La reunión tiene lugar en el Aula de sesiones del Servicio de Psiquiatría (Planta 3 del Hospital Clínico Lozano-Blesa). En esta reunión además de los interesados en recibir información está presente el Jefe de Servicio y las personas encargadas de la docencia (tutores, representantes MIR..), y personas con especial dedicación a la investigación y a la docencia. Adjuntamos el guión que seguimos para esta reunión.

1. Presentaciones, enhorabuenas y objetivos de la reunión.
2. Visión del jefe de Servicio sobre el Programa de Formación.
3. Tutores informan sobre:
 - a. Programa Oficial de la Residencia.
 - b. Principales rotaciones.
 - c. Rotaciones en otros servicios.
 - d. Rotaciones externas.
 - e. Programa de tutorías.
 - f. Sesiones clínicas.
 - g. Día de Formación de residentes.
 - h. Actos sociales: acogida y despedida.
 - i. Análisis DAFO:
 - **D**ebilidades: puntos de mejora.
 - **A**menazas:
 - **F**ortalezas: 30 años de experiencia en formación posgrado. 150 especialistas formados con el programa MIR.
 - **O**portunidades: plan de mejora de calidad.

3. Visión de los residentes. Se invita a dos residentes senior que hablan sobre su experiencia formativa y que después de la reunión tienen un tiempo para hablar con los candidatos y poder resolver dudas que los candidatos no se hayan atrevido a preguntar en la reunión general.
4. Hay una parte específica dedicada a informar sobre investigación y docencia.
5. Preguntas o aclaraciones.

Al final de la reunión se les facilita los correos electrónicos de los tutores por si los candidatos desean ponerse en contacto y recibir mayor información. Solemos tener una media de 8 personas interesadas en recibir esta información y también mantenemos contacto vía correo electrónico con otros candidatos que no pudieron acudir ese día pero que se habían llegado a preguntar por el Servicio previamente. Aproximadamente entre un 40-60% de los residentes que eligen plaza en nuestro Servicio han recibido información en esta reunión.

→ **Contacto una vez que han elegido la plaza. La Guía de acogida del SPSQ**

En el tiempo que transcurre desde la elección de plaza hasta la incorporación mantenemos contacto personal y por correo electrónico. Por cortesía les acompañamos a presentarles al Jefe de Servicio, en caso que no lo hayan hecho antes. También de forma temprana, les facilitamos que se pongan en contacto entre los residentes que acaban de elegir nuestro Servicio. Les acompañamos a conocer al Secretario de la Comisión de Docencia y al personal administrativo responsables de realizar su contratación. En este periodo suelen realizar los trámites necesarios para su posterior contratación: colegiación, contratación de seguros, domiciliación de cuenta bancaria...

Estamos especialmente atentos para ayudar a aquellos residentes que no han cursado la carrera en nuestra ciudad y que precisan por tanto de tiempo e información para instalarse en ella. Por todo ello, hay actividades encaminadas a la acogida: no solo a la residencia sino a nuestra Comunidad Autónoma (5 de los 11 MIR actuales provienen de otras CCAA, aunque algunas con lazos históricos con Aragón).

Este es el momento de entregarles la Guía de acogida en el SPSQ que ha sido elaborada por el Dr. Valero Pérez en este 2019 dentro del plan de calidad del SPSQ. En este documento hay información general del SPSQ y un resumen dirigido a residentes tanto MIR como PIR. Volvemos a informarles sobre cómo estar en contacto con los que van a ser sus compañeros de residencia (especialmente sus co-erres) y en este contexto les invitamos a que vengan al acto de despedida que organiza el Servicio para aquellos residentes que acaban. Además les informamos de la actividades que estén en curso antes de su incorporación por si quieren acudir. Suele coincidir que para estas fechas está la Jornada Anual de la Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría y de hecho en los últimos años podemos contar con su asistencia que se les facilita de forma gratuita.

→ **Primer día de incorporación**

Todos hemos sido R1 alguna vez y recordamos con diferente suerte de humor nuestra incorporación a los servicios en que nos formamos. Aunque en general la acogida suele ser buena y el ánimo también, se siente ese día es especial ante la avalancha de estímulos que se presentan Colegas de gesto más o menos adusto por la prisa; las montañas de papeles, todos distintos y farragosos; la mirada irónica del R mayor y no digamos la de las enfermeras y, además, la bata recién estrenada, almidonada, casi cortante. Esta Guía Docente y la de Acogida en el SPSQ tienen como finalidad hacer que la incorporación al servicio en este caso, sea más fácil, para los nuevos profesionales... y para nosotros.

Intentamos enlazar la bienvenida del residente con los actos formales y sociales de despedida de los R4, y se les pide que, junto con su c.v., redacten una breve memoria información sobre sus datos personales, formación académica, formación médica, intereses personales, motivación para esta elección y áreas de interés dentro de la Psiquiatría. También se les informa de su responsabilidad de llevar al día el libro del residente y las evaluaciones de las diferentes rotaciones que serán clave para su evaluación anual (en Mayo). Se les anima desde el principio a asistir, de forma coordinada, a Congresos preparando trabajos que puedan ser el germen de futuras publicaciones y con especial énfasis en la tesis doctoral solo para los realmente interesados.

Les invitamos a que, si es posible, al final de la primera Sesión clínica del Servicio tras su incorporación, se les presente oficialmente al Servicio. En el primer día son atendidos por los tutores para concretar la rotación inicial por la que van a empezar su residencia. De las tres posibilidades (Unidad de Hospitalización de Adultos, Consultas Externas o Neurología) ellos se ponen de acuerdo en elegir una y comenzar ese día o al día siguiente (suelen dejar dos días de margen para su incorporación). Posteriormente a la sesión, les presentamos a la Secretaria del Servicio para que cumplimenten una ficha y que les proporcione llaves del Servicio. También ese día se les acompaña a la Lavandería (o a las máquinas expendedoras tras haberse hecho una tarjeta al uso) para que se avituallen con los uniformes y batas correspondientes. La residente que comienza en Neurología es acompañada por uno de los tutores (Dr. Campos) para ser presentada a los tutores de Neurología (actualmente Sonia Santos, Cristina Pérez).

En el Salón de Actos del Hospital hay un acto de bienvenida al organizado por la Comisión de Docencia al que son acompañados por los tutores. El Jefe de Servicio y demás adjuntos también acuden siempre que sus tareas asistenciales lo permitan.

En ese día también son informados de la dinámica asistencial en Urgencias por los tutores de Urgencias (Dr. Sergio Aznar) y la Jefa de Urgencias (Dra. Beatriz Amores) ya que durante seis semanas en el verano van a estar rotando por ese Servicio. Además se les recomienda que durante el primer mes de su estancia en el Servicio se pongan alguna guardia de la especialidad. Durante 6 meses las guardias de especialidad van a estar realizadas conjuntamente con otro residente de Psiquiatría además del adjunto. En este día se les acompaña a diferentes Unidades del Servicio si no las conocen previamente y se les da información concreta sobre las personas que componen las diferentes Unidades a modo de directorio (incluyendo correos electrónicos y móviles de los tutores).

A los MIR de PSQ en el primer mes de incorporación se les proporciona esta Guía docente y sobre todo el cronograma de rotaciones a cuatro años vista (ver el cronograma actual), proponiéndoles desde el principio que personalicen los rotatorios externos así como el trayecto específico del último año, para definir con ellos su propio perfil formativo.

Desde el minuto uno, tras la firma del contrato, hacemos explícito nuestro interés por mantenerles ocupados en tareas varias como participación en la estación de Psiquiatría de la ECOE (un sábado en Mayo), proporcionar recursos bibliográficos básicos (ej. del 2020 Freud: despertar de la Humanidad) o la asignación de la remisión de su primer caso al Concurso de Casos a presentar en Congreso Nacional de Psiquiatría o de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Cronograma actual

ROTATORIOS RESIDENTES HCU-LB
2019-2023

	2019				2020				2021				2022				2023																		
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	My	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	My	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
LCR	Nora				Ana				Oscar				Paula																						
CCFT	Judith				Paula				Nora				Oscar																						
PSICO	Sandra				Ana				David				Paula				Nora																		
P.I.J	Sandra				Teresa				David				Judith				Nora																		
MIR	Elena				MIR PSQ				Sandra				MIR PSQ				Teresa																		
Nesro	Paula				Ana				Nora				Oscar																						
NI URGENCIAS	Ana				Nora				Oscar																										
Rehabi	Judith				Sandra				Paula				Ana				Oscar																		
Tóxicos	Sandra				Teresa				Ana				David				Judith																		
Trayectos Rotat. Libre	Elena				Sandra				Teresa				Sandra				Judith																		

Nora
Paula
Oscar

Fiesta de Bienvenida de Residentes MIR y PIR.

En el SPSQ los residentes organizan Fiesta Especial de disfraces que suele ser para Noviembre. También hay otros actos sociales de bienvenidas y despedidas de residentes de otras especialidades del HCU.



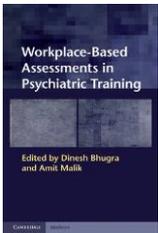
➔ **Despedida de residentes.** Hay varios momentos clave:

1. Sesión clínica de cada R4: está preparada por ellos y aprovechamos el momento para testimoniar nuestro agradecimiento a su labor clínica.
2. Ultima guardia de la especialidad. También hay un acompañamiento más especial tanto por el adjunto de la guardia como por los residentes y tutores. Suele haber Nespresso y home made cakes.
3. Ultima tutoría en donde comentan sus planes de futuro en la especialidad, revisando sus currícula, posibles entrevistas con personas claves y sobre todo las acreditaciones necesarias para que obtengan el mejor baremo para la Bolsa de contratación. Para ello, si ellos quieren, se redacta un informe en donde se reseña nuestra valoración de su dedicación (adjuntamos los realizados el último año), profesionalidad y áreas de interés desarrolladas durante la residencia.
4. Acto oficial de despedida organizado por la Comisión de Docencia del Hospital.

5. Entrevista y despedida oficial con el Jefe de Servicio.
6. Acto social: Cena de despedida del Servicio (también conjuntamente con la PIR) en donde los residentes de Segundo año preparan actos de recuerdo y agradecimiento a los residentes salientes. Hay palabras del Jefe de Servicio y discurso de los Tutores (adjuntamos el realizado el año pasado) así como de los nuevos adjuntos. En este acto los nuevos residentes están invitados a acudir así como el resto del personal del Servicio, también los ex-residentes formados en nuestro Servicio pero que están desarrollando su labor fuera y con los que intentamos mantener una red de apoyo y comunicación mutuas.



La Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Servicio de Psiquiatría.



Docencia MIR de Psiquiatría.

La UHA tiene una importante labor docente MIR: el Jefe de la Unidad es tutor MIR desde 2003 y tenemos una implicación notable en la docencia práctica de estudiantes de grado (tanto en tercero como en quinto). Estos son indicadores significativos del potencial e importancia docente de las UHA como prototipo de un aprendizaje basado en valoraciones a la cabecera del paciente.⁵⁽⁵⁾

La rotación en UHA está contemplado como formación nuclear con una duración de ocho meses. Nos encontramos con que suelen coincidir dos MIR de Psiquiatría (un R-1 y un R3). Además tradicionalmente los R4 suelen elegir volver a estar en planta en sus últimos meses de residencia y tener la oportunidad de ser más autónomos (pero siempre bajo supervisión de uno de los psiquiatras de la planta) como adelanto a su inminente adjuntía. Los MIR suelen pasar tres meses con cada psiquiatra de la Unidad y sus funciones se articulan en los siguientes apartados. Los **objetivos** de la rotación son los siguientes:

- Conocer y comprender los procesos básicos asistenciales que conlleva la hospitalización: criterios de ingreso, tipos de ingreso, acogida del paciente en la Unidad, circunstancias del medio terapéutico (acompañamiento psicoterapéutico, seguridad, visitas con familiares, petición de colaboraciones y pruebas complementarias, informes de alta o derivación a otros dispositivos..).
- Llevar al día la documentación clínica con la realización de valoraciones (según formato e historia clínica y con especial atención a la parte de exploración psicopatológica, razonamiento clínico y formulación de juicio etiológico que complemente el diagnóstico principal y los diferenciales) y tratamientos individualizados en pacientes en situación de descompensación psicopatológica en el contexto de ingreso en UHA.
- Desarrollo del plan de tratamiento tanto durante el ingreso como tras el alta.
- En UHA para el día se utilizan varios programas informáticos que ya iréis conociendo: HP Doctor (informes de alta), Gacela Care (Enfermería), Unidosis (tratamientos), Historia clínica electrónica e Intranet (pruebas complementarias, petición de analíticas, consentimientos informados,...). El nombre de usuario y contraseña, para estas aplicaciones, las facilita el servicio de Informática del Hospital.
- En la rutina diaria, a la llegada a la Unidad, deben revisarse los ingresos ocurridos durante la tarde y noche anterior, así como las incidencias ocurridas durante la guardia. Asimismo se revisarán resultados pendientes.
- **La Historia Clínica.** En nuestro hospital la historia clínica cuenta con 4 hojas básicas⁶:
 - *Lista de problemas:* en su parte superior deben constar los antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente. En su parte inferior figurarán los problemas actuales que motivaron el ingreso del paciente, anotando las diferentes complicaciones o diagnósticos que vayan apareciendo

⁵ (5) Bhugra D & Malik A. *Workplace-based Assessment in psychiatric treatment*. Cambridge: 2011.

⁶ Todas las hojas del documento de la historia clínica llevan un espacio para datos del paciente en la parte superior que deben rellenarse completamente.

- *Hoja de anamnesis, exploración física y examen mental.* En esta última hay un apartado denominado “orientación diagnóstica” que debería estar siempre relleno con, al menos, una orientación diagnóstica.
- *Hojas de evolución:* sirven para reflejar el día a día del paciente. Son muy importantes de cara a las guardias y para no perder el hilo en casos complicados.
- *Exploraciones complementarias.*

La Historia clínica bien ordenada y completa es un tesoro, valioso pero raro. Intentad hacerla lo mejor posible.

Las normas generales sobre el uso del conjunto de los documentos que conforman la Historia Clínica, vienen recogidos en el “ Manual de Uso de la Historia Clínica ” (elaborado por la Comisión de Historias Clínicas de este hospital), que se entrega a cada residente a su llegada al Hospital.

Solicitud de colaboración a otros servicios. Se enfatiza en que se utilicen letra legible y fórmulas de cortesía profesional. Ej. Estimados compañeros; gracias de antemano y quedamos a disposición.

Informe de alta: es importante que vayáis diferenciándolo de una historia clínica o de un informe de urgencias. Este es uno de los documentos en que más se precisa de una adecuada redacción y utilización de lenguaje psicopatológico. Tiene un extraordinario valor clínico y legal por lo que es de competencia del psiquiatra quién lo firmará en conjunto con el residente. El residente debe saber redactar borradores que serán revisados y mejorados por los psiquiatras, cada uno con su propio estilo de redacción y de profundidad en las consideraciones clínicas.

Nuevas tecnologías de la Información y Comunicación (NTICs). Desde su reforma estructural el hospital cuenta con una red informática muy útil. Qué recursos informáticos de interés, docente y asistencial, para el residente existen en la Intranet del centro:

- a. Acceso a resultados de los laboratorios de Urgencias, Bioquímica, Anatomía Patológica, Endoscopias Digestivas, Radiología, pruebas complementarias de Cardiología (ECG de Urgencias, ecocardiograma, Holter-ECG) y Medicina Nuclear.
- b. Acceso a informes clínicos de Alta o Consultas mediante el programa HP doctor.
- c. Acceso a la historia clínica electrónica, común a todo el Salud.
- d. Acceso a los listados de pacientes por servicio: hospitalización y consultas.
- e. Acceso a las gráficas de constantes y comentarios evolutivos de enfermería
- f. Acceso a las órdenes de tratamiento a través de la Unidosis Informatizada
- g. Acceso a algunos protocolos clínicos o de actuación
- h. Descarga de documentos de funcionamiento interno

- i. Memoria del centro
- j. Enlaces a Internet
- k. Consulta de bases de datos médicas
- l. Cuentas de correo electrónico
- m. Recursos propios del centro

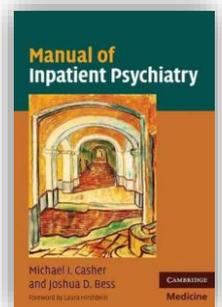
Un comentario importante relativo al empleo de claves informáticas. La implantación de Nuevas Tecnologías de la Información (NTI) al ámbito de la salud está facilitando, enormemente, la agilización de los procesos asistenciales, el almacenamiento y consulta de cantidades ingentes de información médica, etc. Aunque pueda parecer un sistema más vulnerable que la tradicional historia de papel, no es así. Los sistemas de seguridad implementados junto a las aplicaciones informáticas no son inviolables, pero sí muy seguros y rastreables. Cualquier cosa que hagáis a través de la red informática del centro dejará su huella. Por ello, cada cual debe tener sus claves de acceso y contraseñas que debe mantener en privado. La difusión de contraseñas puede ocasionar graves problemas al usuario autorizado.

Se dispone de un servicio de Biblioteca virtual, con numerosas revistas científicas, así como otros recursos (UpToDate, bases de datos, guías de práctica clínica, ...), desde el enlace <http://ar-bvsalud.c17/>

- Adquirir experiencia en la revisión de los diferentes documentos de consenso de los principales problemas clínicos o tratamientos (p. ej. Guías de American Psychiatric Association, Guías británicas NICE, las Canadienses, las Guías de Práctica clínica en el SNS del Ministerio de Sanidad y de Consumo, las de la Sociedad Española de Psiquiatría), Libro Blanco de Primeros Episodios.
- Manejar conceptos básicos de la intervención en crisis, en concreto el modelo de de-escalada Safewards.
- Adquirir experiencia en el manejo de psicofármacos de mayor utilidad para el tratamiento de episodios psicóticos agudos, crisis maníacas, crisis melancólicas, desintoxicaciones. En concreto conocer diferentes tipos de combinaciones de psicofármacos que se utilicen para el tratamiento de crisis de agitación o en caso de falta de respuesta a tratamientos ambulatorios previos (protocolos de tratamiento con clozapina, antipsicóticos de acción prolongada, IMAOS, Tricíclicos...).
- Revisión o actualización bibliográfica de algún aspecto de especial interés clínico- terapéutico relacionado con la asistencia a pacientes en situación de descompensación psíquica. Para ello deberán ayudar a la presentación de casos en las Sesiones clínicas del Servicio y colaborar en Seminarios de los Martes de actualización UHA (los básicos serían: Esquizofrenia, Melancolía, Bouffees delirantes, crisis maníacas, crisis suicidas, crisis de grave descompensación neurótica, reagudización de delirios crónicos, alcoholdependencias y drogodependencias, tr. mental orgánico: delirium, demencias, entrevista clínica en circunstancias especiales..).
- Adquirir conocimientos básicos sobre las indicaciones y normas de administración de Terapia Electroconvulsivante (hay guía de TEC de la Sociedad Española de Psiquiatría como documento de uso interno que también se les puede facilitar).
- Adquirir conocimientos básicos sobre la evaluación neuropsicológica básica, pruebas de neuroimagen y técnicas de psicodiagnóstico (proyectivas, personalidad...).
- Opcionalmente preparar un trabajo para presentar en Congreso y una publicación sobre temas relacionados con la clínica y asistencia en UHA. Se animará al residente, que esté interesado, para realizar Tesis Doctoral en tema relacionado con UHA. Se le invita a formar parte de proyectos de innovación como son los Trabajos Fin de Grado que realizan los estudiantes de Grado en Sexto curso.

La metodología docente se basa en la supervisión directa e indirecta de las intervenciones que el residente realice con el paciente y su familia así como en la toma de decisiones clínicas. La forma de supervisión de los casos será estrecha y basa en compartir la labor asistencial con el psiquiatra y se espera que hay una mayor autonomía conforme vaya avanzando la rotación. Sin embargo, en el caso de residentes de primer año el grado de supervisión será muy intensiva en los primeros 6 meses de la rotación. Tanto el informe de alta como la instauración de TEC requieren de forma obligada la participación activa y consignada del profesional especialista de psiquiatría. Estamos al inicio de un desarrollo de investigación conjunta sobre la adaptación a nuestro medio del Proyecto Milestones con el Prof. Tassman de la American Psychiatric Association que pretende evaluar de forma más sistematizada los objetivos docentes vinculados a la adquisición de competencias clínicas y las vinculadas al conocimiento, la investigación, comunicación, promoción de la salud, gestión clínica y ética. Todo ello es de extrema utilidad para el futuro y necesario perfeccionamiento de los actuales “no coste-efectivos” exámenes de competencias objetivo estructurales, las “ECO”, en referencia a la evaluación progresiva de los residentes en la UHA.

Participación de actividades de Formación continuada UHA. Sin incidir, por evidente, en la formación pre y postgraduada, remarcar que la Jefatura de Sección se encarga sistemáticamente (con calendario específico para los “Martes UHA” de 9.45 a 10.15 salvo en los periodos vacacionales) de desarrollar los “Seminarios de Actualización”. Estos son puestas en común de temas teóricos con utilidad práctica y que son presentados por adjuntos y residentes en rotación siguiendo referencias internacionales sobre cómo hacer estas actividades interesantes (⁷). La temática es semilibre ya que hay áreas que nos proponemos cubrir sistemáticamente como son:



- ❖ Revisión de Guías clínicas de los problemas más frecuentes en UHA.
- ❖ Capítulos del Manual de Primeros Episodios Psicóticos.
- ❖ Capítulos del “Manual de Cuevas o el de Inpatient Psychiatry” editado en 2020.
- ❖ Revisión de artículos del Advances in Psychiatric Treatment (UHA Journal clubs).
- ❖ Cochrane Database of Systematic Reviews sobre clínica y tratamientos psiquiátricos.

Hay facilidades para que los facultativos y residentes de UHA puedan acudir a Congresos y actividades de Formación continuada ateniéndonos a los días que permite el Salud. Para ello es imprescindible que la UHA quede cubierta con dos facultativos y que haya una programación anual de las asistencias. Habrá un turno correlativo entre los diferentes facultativos y a igualdad de oportunidades el facultativo o residente que presente actividad investigadora relacionada con la práctica asistencial de la UHA tendrá prioridad. Es importante que el equipo de la UHA adquiera una mayor visibilidad en foros de debate nacional e internacional sobre temas propios de las UHAs.

Lecturas recomendadas:

○ Generales:

Manuales generales de Psiquiatría:

1. Ey H, Bernard P, Briset CH. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson, 1989 (8ª ed);

⁷ Swift G. How to make journal clubs interesting. *Advances Psychiatric Treatment* 2004, 10: 67-72

2. Seva A: Tratado de Psiquiatría. INO: Zaragoza, 2001;
3. Lobo A. Manual de Psiquiatría General. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2013.
4. Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, Geddes. New Oxford Textbook of Psychiatry 2nd ed. Oxford University Press 2009;
5. Vallejo R & Leal C. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Marban, 2012;
6. Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: ENE Life, 2009;
7. Enciclopedia Médico-Quirúrgica en la parte dedicada a Psiquiatría;
8. Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. Sinopsis de Psiquiatría. Decimoprimer ed. Filadelfia: Wolters Kluwer, 2015.
9. Stern TA, Fava M, Wilens TE & Rosebaum JF. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría. Segunda Ed. Barcelona: Elsevier, 2016.
10. Fuertes-Rocañin JC. Manual de Psiquiatría Forense. Madrid: Aran, 2012.

Manuales de Psicopatología:

1. Martín L & Colina F. Manual de Psicopatología. Madrid: AEN, 2018.
2. Álvarez JM. Hablemos de la locura. Barcelona: Xoroi, 2018.
3. Álvarez JM & Colina F. Las voces de la locura. Barcelona: Xoroi, 2016.
4. Bergeret J. Psicología Patológica. Masson: 1990;
5. Oyebo F. Sims' Symptoms in the mind. 6th Edinburgh: Elsevier, 2018;
6. Eguiluz I & Segarra R. Introducción a la Psicopatología. 3ª ed. Panamericana: 2013;
7. Álvarez JM, Esteban R & Sauvagnat F Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis, 2004;
8. Higuera A, López-Sánchez JM. Compendio de Psicopatología. 4ª ed. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos. 1996;
9. Castilla del Pino C. El delirio, un error necesario. Oviedo: Nobel, 1998;
10. Berrios G & Fuentenebro F. Delirio: historia, clínica, metateoría. Trotta: 1996.
11. Huertas R. Historia cultural de la Psiquiatría. Catarata: 2012.
12. Stanghellini G, Broome MR, Fernández AV, Fusar-Poli P, Raballo A, Rosfort R. The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology. Oxford: Oxford University, 2019.
13. Álvarez JM. Estudios de Psicología Patológica. Barcelona: Xoroi, 2017.
14. Colina F. Melancolía y paranoia. Madrid: Síntesis, 2011.

Manuales de Neuropsiquiatría:

1. Lishman's Organic Psychiatry, 4th ed. Wiley-Blackwell, 2009;
2. Yudorsky SC & Hales RE . Clinical Manual of Neuropsychiatry. APP: 2012;
3. Cardinal RN & Bullmore ET. The diagnosis of psychosis. Cambridge University Press, 2011;
4. Hurwitz TA & Lee WT. Casebook of Neuropsychiatry. APP: 2013;
5. Sacks O. Alucinaciones. Anagrama: 2013.

Psicogeriatría:

1. Sheehan B, Karim S & Burns A Old Age Psychiatry. Oxford University Press, 2009;
2. Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R, Pelegrín C. Guía de la Sociedad Española de Psicogeriatría. Segunda Edición. Panamericana: 2015.

Manual de Entrevista y evaluación psiquiátrica:

1. Mackinnon RA y Michels R. Manual de Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica (Segunda edición) APP: 2006;
2. Chisolm MS & Lyketsos CG. Systematic Psychiatric Evaluation. JHPU Press: Baltimore, 2012;
3. Miller WR & Rollnick S. La entrevista motivacional. Paidós: 1999;
4. Poole R & Higgs R. Psychiatric interviewing and assessment. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
5. Carlat DJ. La entrevista psiquiátrica y el examen mental. 4ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.
6. Owen G, Wessley S & Murray R. The Maudsley Handbook of practical Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2014.
7. McGorry PD & Hickie IB. Clinical staging in Psychiatry. Making diagnosis work for research and treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.
8. Rabins PV & Lyketsos CG. Practical Dementia Care. 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press, 2016.
9. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. Oxford: Oxford University Press, 2016.
10. Koslow SH, Ruiz P, Nemeroff CB. A concise Guide to understanding Suicide. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

Manual de Psicofarmacología:

1. Procyshyn RM, Bezchilibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. 23rd ed. Gottingen: Hogrefe, 2019.
2. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2015.
3. Stahl's Essential Psychopharmacology. 4th ed Cambridge: Cambridge University 2013;
4. Schatzberg y cols. Manual of Clinical Psychopharmacology. 7th ed. APP: 2010;
5. Goldberg JF & Ernst CL. Managing the side effects of psychotropic medications. APPS: 2012.
6. Salazar M, Peralta C, Pastor FJ. Tratado de psicofarmacología. 2ª ed. Barcelona: Panamericana, 2010.

Psiquiatría Perinatal

1. Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1998.
2. García-Esteve L, Valdés M. Manual de Psiquiatría Perinatal. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2017.
3. Henshaw C, Cox J, Barton J. Modern management of perinatal psychiatry disorders. Londres: RCP publish. 2nd ed 2017.

Psiquiatría psicodinámica:

1. Etchegoyen RH. Los fundamentos de la Técnica psicoanalítica. Tercera Ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.
2. Mira V, Ruiz P & Gallano C. Conceptos freudianos básicos. Madrid: Síntesis, 2005;
3. Tizón JL: Entender las psicosis. BCN: Herder, 2013;
4. Tizón JL: Familia y psicosis. Gerder: 2014;
5. Coderch J. Psiquiatría dinámica. BCN: Herder, 2010;
6. Tizón J. Procesos de duelo y psicosis. BCN: Herder, 2007;
7. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad: Guía clínica. Ars Médica: 2002.
8. Leader D. La moda negra: duelo, melancolía y depresión. Madrid: Sexto piso, 2011.
9. Leader D. Estrictamente bipolar. Madrid: Sexto Piso. 2015.
10. Dor J. Estructuras clínicas y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 2014.

Específicos de la rotación:

- ✓ Cuevas J, Serrano A, Rodríguez MJ, Baladón L. Hospitalización Psiquiátrica Breve. Manual Clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2020.
- ✓ Barrera A, Attard C, Chaplin R. Oxford Textbook of Inpatient Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- ✓ Casher MI & Bess JD. Manual of Inpatient Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- ✓ Waite J & Easton A. The ECT Handbook. 3rd ed. Londres: Royal College of Psychiatrist. 2014.
- ✓ Consenso español sobre la terapia electroconvulsivante. [Http://www.sepsiq.org/file/ConsensoTEC.pdf](http://www.sepsiq.org/file/ConsensoTEC.pdf).
- ✓ Aparicio V & Angosto T. El componente de Salud Mental en el Hospital General. Madrid: AEN, 2015.
- ✓ Sederer LI & Rothschild AJ. Acute Psychiatric Care. Williams & Wilkins, 1997.
- ✓ Beer MD, Pereira S & Paton C: Psychiatric Intensive Care. 2nd ed. Cambridge Medicine: 2008.
- ✓ Sharfstein SS y cols. Textbook of Hospital Psychiatry. APA: 2009.
- ✓ Fink M & Taylor MA. Catatonía. Masson: BCN, 2005.
- ✓ Shorter & Fink M. The madness of fear. A history of catatonia. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- ✓ Segarra R: Abordaje integral de las fases iniciales de las Psicosis. Madrid: Panamericana, 2013.
- ✓ Fernández LJ, Berríos G, Yaniz B: Las psicosis atípicas o transitorias. UNED: 2012.
- ✓ Colina F: El saber delirante. Síntesis: 2001.
- ✓ Colina F: Melancolía y paranoia. Madrid: Síntesis, 2011.
- ✓ Álvarez JM: Estudios sobre las psicosis. Xoroi: Barcelona, 2013.
- ✓ Hardcastle M, Kennard D, Grandison S & Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. BCN: Herder, 2009.
- ✓ Cardinal RN & Bullmore. The diagnosis of psychosis. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- ✓ Strain JJ & Blumenfeld M. Depression as a systemic illness. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- ✓ Zeller SL, Nordstrom KD & Wilson MP. The diagnosis and management of agitation. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

Asimismo se facilitará igualmente la formación de los Psicólogos Internos Residentes del Salud, de otros MIR de Psiquiatría externos, de la especialidad de Enfermería en Salud Mental y del Máster en Salud Mental de Trabajo Social.

Psiquiatría Comunitaria (Unidad de Salud Mental y apoyo a Atención Primaria)



Docencia MIR de Psiquiatría.

Los dispositivos ambulatorios (Consultas/Unidades de Salud Mental) deben constituir en un elemento clave en el funcionamiento del SPSQ ya que va a ser la puerta de entrada, en la mayoría de los casos, del paciente tanto al SPOQS como a la red pública de salud mental.

Ha habido refuerzo en cuanto a la presencia de profesionales de otras disciplinas (psicólogos, enfermeras de Salud Mental) y nuevos planes de mejorar la comunicación con los equipos de Atención Primaria.

En la rotación en Unidad de Salud Mental hay una importante labor docente MIR. Uno de los tutores (Dr. Quintanilla) tiene amplia experiencia asistencial y docente en el ámbito ambulatorio. La rotación en la Unidad de Salud Mental (situada en CEMIJ) está contemplado como formación nuclear con una duración de diez meses. Nos encontramos con que suelen coincidir dos MIR de Psiquiatría (un R-1 y un R3).

Objetivos

1. Valoraciones de pacientes de primer día: historia clínica, juicio diagnóstico y planificación del caso (objetivos de tratamiento, plan de seguimiento, ...).
2. Valoración de pacientes con derivación a médico remitente (habitualmente MAP).
3. Adquirir conocimiento y habilidades en el manejo del seguimiento psiquiátrico:
 - a. Supervisión directa
 - b. Asistencia continuada de, al menos, tres pacientes tras finalizar la rotación por Consultas, con supervisión por parte del Adjunto responsable del caso.
4. Detección y actuaciones desde CCEE de pacientes con Trastorno Mental Grave.
5. Conocimiento de los dispositivos de derivación (UCE, ULE, HD, CD, UTCA, UTP, CAD, ...), con criterios y protocolo de la misma.
6. Formación en manejo de utilización de terapias más habituales:
 - a. Psicofarmacología
 - b. Psicoterapia de apoyo
 - c. Pautas cognitivo-conductuales en los principales trastornos vistos en CCEE.
7. Manejo de tests básicos: WAIS, MEC, pruebas frontales, escalas de psicopatología básicas y de personalidad.

8. Manejo en habilidades de coordinación con otros dispositivos: Atención Primaria, Trabajo Social,...
9. Realización de, al menos, 1 sesión clínica supervisada, con revisión bibliográfica.
10. Conocimiento de protocolos específicos: litio, estabilizantes del humor, neurolépticos depot, clozapina, solicitud de visados, ...

Metodología de supervisión

- Puesto que suele tratarse de MIR de primer año de rotación, una parte del aprendizaje será de tipo no tan activo (acompañamiento al Adjunto).
- Realización de historias clínicas de forma independiente con supervisión posterior del caso por el Adjunto y planificación conjunta del mismo
- Realización de, al menos, 5 historias de primer día con supervisión directa por parte del Adjunto.
- Asistencia continuada de casos (revisiones) con supervisión indirecta.
- Realización de informes de derivación, laborales, etc., de forma supervisada.

Tareas específicas asistenciales

- Supervisión de pruebas médicas (analíticas, de imagen, etc.), consultando historia si son patológicas y poniendo en conocimiento del Adjunto responsable del paciente, si procede, la situación.
- Recepción de urgencias nuevas, con supervisión por el Adjunto al que corresponda la urgencia.
- Participar en reuniones con equipos de Atención Primaria así como en otras de carácter comunitario (visitas a domicilio..).

Bibliografía recomendada

Entrevista clínica:

- ✓ Mackinnon RA y Michels R. Manual de Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica (Segunda edición) APP: 2006.

Psicopatología:

- ✓ Eguiluz I & Segarra R. Introducción a la Psicopatología. 3ª ed. Panamericana: 2013.
- ✓ Oyebode F. Sims' Symptoms in the mind. 6th Edinburgh: Elsevier, 2018.

Psicofarmacología:

- ✓ Salazar M, Peralta C, Pastor FJ. Tratado de psicofarmacología. 2ª ed. Barcelona: Panamericana, 2009.
- ✓ Stahl's Essential Psychopharmacology. 4th ed Cambridge: Cambridge University 2013;

Guía de práctica clínica

- ✓ Soler PA & Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Barcelona: Cyesan, 2012.
- ✓ Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. APA

Psiquiatría general

- ✓ Lobo A. Manual de Psiquiatría General. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2013.
- ✓ Vallejo J. Bulbena A, Blanch 8.ª ed. *Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría*. Elsevier: 2015.

Cuestiones éticas y legales

- ✓ Derechos de los pacientes en la práctica clínica. Ley de autonomía del paciente y ley de enjuiciamiento civil.
- ✓ Baón B, Calcedo A, Gracia D, Muñoz-Grandes M, Morera B, Rodríguez-Sandin JJ, Santander F, Seoane JA, Ventura T. Conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2014.

Bibliografía avanzada:

- ✓ *Retozala A. Salud Mental y Atención Primaria. Madrid: Grupo 5, 2013.
- ✓ *Gask L, Kendrick T, Peveler R, Chew-Graham CA. Primary Care Mental Health. 2nd ed. Primary Care Mental Health. Royal College of Psychiatrist. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
- ✓ *Thornicroft G & Szukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- ✓ Watzlawick P y cols. La realidad inventada. Madrid: Gedisa, 2009.
- ✓ Fisch R & Schlanger K. Cambiando lo incambiable: la terapia breve con casos intimidantes. Barcelona: Herder, 1999.
- ✓ Arciniegas DB, Yudofsky SC, Hales RE. Textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences. 6th ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2018.
- ✓ Anseán A. 2ª ed. Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014.

Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace.

La Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (UPPE) tiene por objetivo atender a los pacientes hospitalizados en este Hospital Clínico Universitario que a juicio de sus médicos responsables presentan patología psiquiátrica y nos solicitan colaboración. Lo que tradicionalmente se conoce como interconsulta. Atendemos en nuestra UPPE a los tres grupos generales de pacientes que con criterios internacionalmente son aceptados como tales:

- Pacientes que presentan enfermedades psiquiátricas comórbidas a su patología orgánica que pueden complicar el tratamiento y la evolución.
- Pacientes que tienen enfermedades psiquiátricas que son consecuencia directa de una enfermedad médica primaria (por ejemplo tras la detección de un proceso oncológico) o de su tratamiento.
- Pacientes que tienen trastornos somatomorfos y funcionales.

La Psiquiatría Psicopatológica y de Enlace es la disciplina psiquiátrica cuyo núcleo de atención son los pacientes médico-quirúrgicos o de medicina general con problemas psíquicos colaborando en el mejor desarrollo de una asistencia sanitaria integral y multidisciplinar.

La Unidad de Psiquiatría Psicopatológica y de Enlace del H.C.U.:

- Se ubica en la 3ª planta del edificio de hospitalización.
- Está formada por Psiquiatras, A.T.S, Trabajador Social, Auxiliar de clínica, Secretaria y por los M.I.R. rotantes de Psiquiatría y otras especialidades (Medicina de Familia, Geriátrica, Neurología...), estudiantes de Medicina y trabajadores sociales en formación (estudiantes, máster...).
- Atiende interconsultas realizadas desde las diferentes especialidades médico-quirúrgicas hospitalarias, tanto de pacientes adultos ingresados en el Hospital General como de los derivados ambulatoriamente para valoración.
- Dispone de programas de enlace específicos con el Servicio de Oncología, Neurología, Obstetricia y Ginecología entre otros y participa en protocolos de evaluación psíquica de pacientes en relación con Cirugía bariátrica, Trasplante hepático. Los facultativos actuales (Dr. Tirso Ventura y Dra. Eva Gracia) son expertos de reconocido prestigio en el área de la Ética Asistencial. Es una Unidad de reconocido prestigio nacional e internacional gracias a los Prof. Seva, Dourdil y fundamentalmente Antonio Lobo. Con frecuencia tiene residentes de Psiquiatría de otros Servicios de nuestra Comunidad y país así como internacionales. Hay una conexión muy estrecha con la Sociedad Española de Medicina Psicopatológica y en Noviembre del 2018 se celebró Congreso Nacional siendo su Presidente actual el Dr. Ricardo Campos (psiquiatra del SPSQ HCU).



El período de rotación recomendado como formación nuclear durante cuatro meses para los M.I.R. de Psiquiatría es a partir del 2º año de residencia. En el resto de especialidades, y para un adecuado aprovechamiento, se establece un período mínimo de 2 meses. Se pretende contribuir a la consecución de los objetivos que se establecen en la Guía elaborada por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría para la formación de los médicos residentes en el campo de la Psiquiatría Psicosomática y de Enlace.

Objetivos de rotación

1. Aprender el proceso de interconsulta y estrategias de enlace.
2. Adquirir un enfoque integral y multidisciplinar en la atención a pacientes con patología médico-psiquiátrica ingresados en el hospital general. Valorar las relaciones e interacciones entre los diferentes sistemas funcionales, los aspectos psíquicos que inciden y afectan a la patología somática.
3. Desarrollar habilidades de comunicación con el paciente, la familia y el equipo sanitario.
4. Aprender a realizar historias clínicas, evaluación psicopatológica, orientación diagnóstica y planteamientos terapéuticos.
5. Diferenciar reacciones normales de reacciones patológicas en respuesta a la experiencia de enfermar.
6. Conocer aspectos básicos de la asistencia a:
 - pacientes con patologías orgánicas específicas (trastorno mental orgánico, enfermedades oncohematológicas, enfermedades infecciosas, pacientes incluidos en programa de cirugía bariátrica, trasplante hepático...)
 - pacientes en edad geriátrica
 - pacientes con patología médico-psiquiátrica compleja
 - situaciones de manejo difícil (agresividad, violencia, intervenciones en crisis...) en el hospital general
7. Adquirir experiencia en la utilización de psicofármacos y habilidades básicas psicoterapéuticas (apoyo, psicoeducación, cognitivo-conductuales, psicodinámicas...) en Psicosomática .
8. Realizar una adecuada planificación terapéutica en coordinación con otros equipos asistenciales intrahospitalarios y si es preciso extrahospitalarios (C.S., C.S.M., recursos sociales específicos...) que atienden al paciente.
9. Adquirir nociones de aspectos legales y principios éticos relacionados con la práctica diaria.
10. Contribuir a la formación del personal sanitario con los conocimientos y experiencia que se vayan adquiriendo durante la rotación.

Metodología de supervisión

1. Durante el período de rotación en la Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace se le asignará al Residente un Psiquiatra-tutor de referencia.
2. El Residente de Psiquiatría en las primeras intervenciones y durante las dos primeras semanas del rotatorio realizará un aprendizaje de forma pasiva y/o mediante la supervisión directa del Psiquiatra de referencia. Posteriormente irá asumiendo pacientes propios, realizando entrevistas clínicas y orientación diagnóstica - terapéutica bajo la supervisión indirecta del Psiquiatra. Los pacientes que atenderá proceden de interconsultas hospitalarias e interconsultas ambulatorias, incluyendo los programas de de interconsulta reglada. Cuando se considere que el abordaje es complejo se realizará la valoración conjunta (Residente-Adjunto).
3. El resto de Residentes (Familia, Neurología, Geriátrica, etc.) durante el primer mes del rotatorio efectuarán un aprendizaje pasivo y/o mediante supervisión directa del Psiquiatra de referencia. A partir del segundo mes, realizarán historias clínicas, posibles diagnósticos diferenciales y propondrán la estrategia terapéutica a seguir al Psiquiatra de referencia y conjuntamente completarán la intervención.
4. Asistencia y participación en las reuniones diarias, a las 8:30 horas, de la Unidad de Psicosomática. En ellas se comentarán especialmente aquellos pacientes y/o situaciones que plantean dudas en cualquier nivel de asistencia para orientar en el equipo la toma de decisiones.
5. Participación en las actividades organizadas por el Servicio de Psiquiatría (sesiones bibliográficas, clínicas...) adquiriendo y aportando conocimientos y experiencia.
6. Realización de un trabajo de revisión o actualización bibliográfica de un tema de interés en relación con la práctica diaria en Psiquiatría Psicosomática y de Enlace.

Bibliografía recomendada

TEXTOS BÁSICOS:

- ✓ Textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. Levenson J. Washington: American Psychiatric Association, 2019.
- ✓ Psychosomatic Medicine: An introduction to consultation liaison-psychiatry. Amos J & Robinson RG (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- ✓ Psychosomatic Medicine. Ackerman KD & Dimartini AF (eds). Oxford: Oxford university press, 2015.
- ✓ Psiquiatría de enlace en hospital general. Cassem NH. Madrid: Diaz de santo, 1994. Tercera edición.
- ✓ Holland J et al. Psycho-oncology: a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- ✓ Grassi L & Riba M. Clinical Psycho-Oncology. An international perspective. Oxford: John Wiley, 2012.
- ✓ Seminars in liaison psychiatry. Guthrie E & Creed F (eds). London: Royal College of Psychiatrist, 1996.
- ✓ Seminars in liaison psychiatry. Guthrie E, Rao S & Temple M (eds). London: Royal College of Psychiatrist, 2012.

- ✓ Psychosomatic Medicine. Blumenfield M & Strain JJ (eds). Filadelfia: Lippincott, William &Wilkins, 2006.
- ✓ El componente de salud mental en el hospital general. Aparicio V & Angosto T (eds). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015.
- ✓ Aspectos psiquiátricos y psicológicos de los pacientes médico-quirúrgicos. Gómez-reino I (ed). Ourense: Fundación Cabaleiro Goás. 2008.

BIBLIOGRAFÍA AVANZADA:

- ✓ Hoyle Leigh (ed). Global Psychosomatic Medicine and Consultation Liaison Psychiatry. Theory, Research, Education and Practice. San Francisco: Springer, 2019.
- ✓ Grassi L, Riba M, Wise T. Person Centered to recovery in Medicine. Insights from Psychosomatic Medicine and Consultation Liaison Psychiatry. World Psychiatric Association: Springer, 2019.
- ✓ Breitbart W S & Poppito SR. Meaning-centered Group psychotherapy for patients with advanced cancer. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- ✓ Creed F, Henningsen P & Fink P. Medically unexplained symptoms somatisation and bodily distress. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- ✓ Caparrós N. El Proceso Psicósomático.: el ser humano en el paradigma de la complejidad.). Madrid: Biblioteca Nueva, 2008.
- ✓ Tenorio M. Pierre Marty y la Psicósomática.. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- ✓ De Rivera L. Medicina Psicósomática. Madrid: ORP, 2015.
- ✓ De Rivera L. Los síndromes de estrés. L. Madrid: Síntesis, 2010.
- ✓ De Rivera L. Crisis emocionales: Estrés, trauma y resiliencia. Madrid: Instituto de Psicoterapia de Madrid, 2012.
- ✓ Sánchez. ¿Qué es la Psicósomática? T. Madrid: Biblioteca Nueva, 2009.
- ✓ Luban-Plozza B et al. El enfermo psicósomático en la práctica. Barcelona: Herder, 2012.
- ✓ Strain JJ & Grossman S. Psychological Care of the medically ill: a primer in liaison psychiatry. NY: Appleton-Century-Crofts, 1975.
- ✓ Sami-Ali: Pensar lo somático: el imaginario y la patología. Paidós: 1994.
- ✓ Sami-Ali: el impasse relacional. Temporalidad y cáncer. Síntesis: 2003.
- ✓ Fava G, Sonino N & Wise TN. The psychosomatic assessment: Strategies to improve clinical practice. Basilea: Karger, 2012.
- ✓ Sartorius N, Holt RIG, Maj M. Comorbidity of mental and Physical Disorders. Basilea: Karger, 2015.
- ✓ Balon R & Wise TN. Clinical challenges in the biopsychosocial interface: update on psychosomatics for the 21st century. Basilea: Karger, 2015.
- ✓ Rof Carballo J. Patología Psicósomática. Madrid: Paz Montalvo, 1955.
- ✓ Rof Carballo J. Urdimbre afectiva y afectividad. Barcelona: Labor, 1971.
- ✓ Rof Carballo J. Teoría y práctica psicósomática. Bilbao: Desclee, 1984.
- ✓ Valdés M. Psicobiología de los síntomas psicósomáticos. Barcelona: Masson, 2000.
- ✓ Valdés M. El estrés: Desde la Biología hasta la clínica. Barcelona: Siglantana, 2016.
- ✓ Wyszynski AA & Wyszynski B. Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Masson, 2006.
- ✓ Fogel BS & Greenberg DB. Psychiatric Care of the Medical patient. 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- ✓ Chiozza L & Abad C. Conversaciones sobre por qué enfermamos. Buenos Aires: Zorzal, 2013.

- ✓ Chiozza L. Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?. Buenos Aires: Zorzal, 2017.
- ✓ Von Weizsaecker V. El médico y el enfermo.
- ✓ Guimón J. Los lugares del cuerpo. Barcelona: Paidós, 1999.
- ✓ Colodron A. La medicina corticovisceral. Madrid: Península, 1966.
- ✓ Valdes M, Flores T, Tobeña A, Masana J. Medicina Psicosomática: Bases psicológicas y fisiológicas. México: Trillas, 1983.

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Unidad de Salud Mental de Infanto-Juvenil

- Esta unidad atiende una población de unos 60.000 habitantes de 0-17 años. Los recursos humanos de toda la Sección de Infanto-Juvenil son los siguientes: 1 jefe de sección de Psiquiatría infantil, 5 adjuntos de Psiquiatría y tres de Psicología clínica (uno por Unidad: Hospitalización. USMA y UTCA) y hay dos trabajadores sociales psiquiátricos a media jornada, entre dos hacen uno: uno en USMIJ Y USMA que es terapeuta familiar y otro en UCEIJ-UTCA y Escolares de Pediatría. De esta dotación en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil están trabajando 3 psiquiatras, 1 psicólogo clínico y una enfermera en Salud Mental, además de una parte proporcional de la Trabajadora Social.

Unidad de Hospitalización de Infanto-Juvenil (UCE-IJ)

Esta Unidad ha sido largamente reivindicada por todos los profesionales del entorno de la Salud Mental y objeto de múltiples promesas de apertura hasta que finalmente en Mayo del 2013 fue abierta en la planta 8 del HCU. La UHA-IJ es una unidad de referencia autonómica. Tiene responsabilidades suprasectoriales al atender a pacientes de toda la Comunidad Autónoma menores de 18 años (aproximadamente unos 220.000) que requieran ingreso psiquiátrico agudo o programado. El número de camas disponibles son 6. Además en el Servicio de Escolares de Pediatría (que forma parte de la UTCA, de referencia también para menores de toda la comunidad), disponemos de 4 camas que se seguirán utilizando en algunos casos de TCA sin excesiva comorbilidad psiquiátrica.

El ingreso de menores de edad tiene un amparo legal: La Ley de Protección Jurídica del Menor y La Ley de Enjuiciamiento Civil artículo 753 de la ley 1/2000). La ley Orgánica 1 /1996 de Protección jurídica del menor, de modificación parcial de Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Todo ello aclara ya de forma meridiana la hospitalización psiquiátrica de menores: "El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor". "La hospitalización se procurará que sea lo más breve posible y se realizará en unidades adecuadas a esta edad". En Aragón la Ley 12-2001 de la Infancia y la Adolescencia refuerza aún más la citada ley Orgánica y asegura la protección de derechos de este colectivo.

Objetivos de rotación

1. Aprender a realizar historias clínicas y una adecuada valoración diagnóstica en niños y adolescentes.
2. Desarrollar la capacidad para comunicarse de manera positiva con niños y adolescentes y cuyos padres se encuentren en diferentes situaciones.
3. Conocer la psicopatología propia de estos grupos de edad descritos por los actuales sistemas internacionales de clasificación psiquiátrica y las diferencias entre síntomas patológicos en niños y adolescentes en edad de crecimiento, en contraste con los de los adultos.

4. Realizar una eficiente planificación de los métodos de tratamiento, gestionando de manera adecuada la colaboración con otros cuidadores o personas implicadas y la coordinación con otros centros de atención al menor.
5. Adquirir experiencia en la utilización de psicofármacos en Psiquiatría Infanto-juvenil.
6. Conocimientos básicos sobre el uso de Test Psicométricos.
7. Obtener habilidades psicoterapéuticas (de apoyo, cognitivo-conductual, grupal...). Aprender a trabajar con familias.
8. Realizar al menos una presentación en un congreso o una publicación sobre temas relacionados con la psiquiatría infanto-juvenil.
9. Acudir y participar en las actividades organizadas por el servicio (sesiones bibliográficas, clínicas, ...), destinadas a promocionar el desarrollo de su competencia, adquiriendo conocimientos y experiencias que de otra manera serían difíciles de obtener.
10. Adquirir nociones de aspectos legales y principios éticos relacionados con el desempeño de la psiquiatría infanto-juvenil. Adquirir competencias en actividades de promoción de salud y prevención primaria y secundaria.

Bibliografía recomendada

BÁSICA:

- ✓ C. Soutullo; MJ Mardomingo. Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente (Asociación Española de Psiquiatría del niño y el Adolescente). Ed. Médica Panamericana. 2010.
- ✓ <https://aepnya.es/> (permite acceso a protocolos clínicos, textos de Psiquiatría Infanto Juvenil, Guía TOC Infanto juvenil y a la Revista de Psiquiatría Infanto juvenil).
- ✓ Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: ediciones Pirámide, 2017

OTRAS:

- ✓ B. Rubio; J. Castamiza. Paidopsiquiatría Psicósomática. La interconsulta y Psiquiatría de enlace Ed: Selene. (disponible en aepnya.es)
- ✓ C. Soutullo. Guía esencial de Psicofarmacología del niño y el adolescente. Ed. Médica Panamericana.
- ✓ J. Rodríguez Sacristán. Psicopatología Infantil básica. Teoría y casos clínicos. Editorial Psicología Pirámide.
- ✓ G Morandé, M Graell, MA Blanco. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Ed. Médica Panamericana.
- ✓ R. Kowatch, MA Fristad, R Finding, R Post. Clinical Manual for management of Bipolar Disorder in Children and adolescents. Ed: Barnes & Noble.

- ✓ MJ Mardomingo. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Ed. Díaz de Santos. 2015.
- ✓ Evans DL, Foa E, Gurr, Menain R. Treating and preventing adolescent mental health disorders. Ed. Oxford University Press. 2005.

Metodología de supervisión

- » En las primeras intervenciones tanto de consultas externas como con los pacientes ingresados, el residente realizará un aprendizaje de forma pasiva.
- » Posteriormente realizarán entrevistas de primer día, así como de seguimientos, bajo la supervisión directa del psiquiatra.
- » El residente en rotación irá asumiendo pacientes propios siempre bajo supervisión de un psiquiatra, aunque en este caso de forma indirecta.

<i>Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Infanto-Juvenil</i>

- Es una unidad suprasectorial cuya población diana es la población menor de 18 años de toda la Comunidad autónoma de Aragón (220.000) con un trastorno de conducta alimentaria. La dotación de personal de la misma es: un psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero de Salud Mental, un pediatra a tiempo parcial, un profesor de atención domiciliaria a tiempo parcial, trabajador social/terapeuta familiar compartido con Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil y Escolares de Pediatría.

Objetivos

- Adquirir conocimientos específicos de la patología de la alimentación y experiencia en su manejo.
- Por la edad y las características psicopatológicas de estos trastornos, conocer aspectos normales, disfuncionales y patológicos de la adolescencia en general.
- Aproximación al abordaje multidisciplinar de casos.
- Aproximación al tratamiento grupal.
- Aproximación al abordaje familiar.

Criterios de la rotación

- Presencia en la Unidad de 8:30 a 15.30 horas.
- La rotación será optativa para aquellos residentes interesados en los trastornos de conducta alimentaria.
- La duración óptima será de 3 meses. Tendrá una duración mínima de dos meses, que se ofrecerá a quienes tengan especial interés y no dispongan de tiempo.
- Durante este periodo, la dedicación será exclusiva.

- Las vacaciones no deberán tener una duración mayor de 15 días mientras se esté rotando en la Unidad y haya un grupo o programa en funcionamiento.

Actividades terapéuticas realizadas en hospital de día:

- Tratamiento ambulatorio de pacientes con TCA. Consiste en:
 - Asistencia individual de pacientes que requieren tratamiento intensivo por la gravedad de la psicopatología.
 - Asistencial individual de pacientes en programa intensivo o grupos específicos
- Pacientes hospitalizados por T.C.A. y adscritos al departamento de Psiquiatría Infantojuvenil
- Abordaje grupal de pacientes en: Programa intensivo y Otros programas, que buscan el abordaje de las dificultades con la imagen corporal.

El residente se responsabilizará de:

- Entrevistas de primer día, que tienen lugar a las 8:45.
- Seguimiento de pacientes hospitalizado/as. En caso de interés personal, podrá asumir de forma transitoria las visitas de continuidad asistencial al alta.
- El seguimiento individual de pacientes en programa intensivo o grupo específico.
- Asistencia a los grupos. Esta opción será a criterio del residente o los tutores. En el caso de decidir asistir a los mismos, no se permitirá la ausencia del residente a ninguna de las sesiones que se realicen durante su tiempo de estancia en la Unidad, salvo circunstancias especiales. En el caso de decidir no asistir a ellos, el residente se quedará en la Unidad realizando otras actividades asignadas. SIEMPRE por designación específica y bajo la supervisión del psiquiatra de la Unidad.

Supervisión. Se realizará fundamentalmente por:

- Observación directa del psiquiatra.
- Supervisión indirecta en todos los casos que por acuerdo mutuo haya asumido el residente.

Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos.

Se trata de una Unidad con 15 plazas de hospitalización parcial, en funcionamiento los días laborables. Su propósito es ofrecer un tratamiento psiquiátrico intensivo e individualizado, en régimen abierto y durante un periodo de tiempo óptimo entre 4-8 semanas, lo que equivale de 20 a 40 módulos de tratamiento diario.

La finalidad es variada asumiendo un papel alternativo a la UHA:

1. Evitar ingreso en UHA
2. Acortamiento del ingreso en UHA
3. Transición a la comunidad desde UHA
4. Extensión intensiva del tratamiento ambulatorio.

Este rotatorio es recomendable para aquellos residentes que en su cuarto año residentes no hayan elegido un trayecto específico. La duración es de tres meses

Objetivos de rotación

1. Realización de evaluaciones y tratamientos individualizados en pacientes psiquiátricos de gravedad en fase aguda o subaguda en un entorno de hospitalización parcial (ingresos voluntarios con objetivos explícitos en medio abierto, con supervisión del paciente de 6 h/día).
2. Desarrollo de planes de trabajo de casos por objetivos.
3. Adquirir experiencia en el manejo de guías clínicas.
4. Manejar conceptos básicos de terapia cognitiva y conductual.
5. Psicofarmacología. Adquirir experiencia en:
 - a. Uso de IMAOs, clozapina, tricíclicos, neurolépticos típicos, eutimizantes, placebo...
 - b. Uso de psicofármacos a dosis altas en pacientes ambulatorios.
 - c. Combinaciones de psicofármacos en pacientes resistentes o no respondedores.
6. Aproximación al abordaje multidisciplinar de casos (valoraciones y planes de tratamiento que abarquen aspectos psiquiátricos, médicos, psicológicos, sociales y ocupacionales).
7. Aprendizaje del diseño del trabajo en equipo y de la coordinación (tanto interna de éste como con los dispositivos externos necesarios).
8. Realización de un trabajo de revisión o actualización bibliográfica de algún aspecto de especial interés relacionado con algún caso tratado en hospital de día.
9. Aproximación a las siguientes técnicas:
 - a. Habilidades sociales
 - b. Psicoeducación de pacientes y familiares
 - c. Evaluación neuropsicológica básica

Estos objetivos se plantean en base a los siguientes criterios:

- Período de rotación recomendado: 3-4 meses (período mínimo de rotación: 2 meses)
- Año de rotación: R-4

Bibliografía recomendada * *Toda la bibliografía se encuentra disponible en hospital de día*

- ✓ "Handbook of partial hospitalization". DiBella G et al. New York: Brunner/Mazel, 1982.
- ✓ "Mind over mood". C.A. Padesky, D. Greenberger. The Guilford Press,1995. (Edición en castellano: Control de tu estado de ánimo. Ed. Paidós)
- ✓ Therapist's guide to clinical intervention. The 1-2-3's of treatment planning. Sharon L. Johnson Academic Press, London, 2004.

Metodología de la supervisión

El residente realizará durante su período de formación en hospital de día todo el trabajo clínico y terapéutico bajo la supervisión directa del psiquiatra. Esta supervisión será especialmente intensa en cualquiera de las modalidades de intervención psicoterapéutica.

Dado que los residentes que realizan la rotación por hospital de día se encuentran en el último año de residencia, la supervisión se realizará siguiendo la siguiente metodología:

- de forma preferente mediante la observación directa del psiquiatra de todas las intervenciones que el residente realice con el paciente y familia, así como mediante el acompañamiento directo y la supervisión en la toma de decisiones clínicas habituales en una unidad de estas características (determinación de juicios clínicos, prescripción de tratamientos biológicos, establecimiento de pautas, manejo de situaciones de crisis, abordaje de trastornos del comportamiento, etc....)
- de forma secundaria mediante la supervisión indirecta de intervenciones del residente que no puedan ser observadas directamente por el psiquiatra
- en último lugar y sólo en situaciones que por su peculiaridad o complejidad así lo requieran, se establecería el modelo clásico de docencia por el que el residente realiza un aprendizaje de forma pasiva

En cualquier caso se valorará individualmente con cada residente y en cada momento de la rotación, la conveniencia de optar por una modalidad u otra de supervisión que permitan tanto una mejor adaptación al nivel previo de conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, así como un funcionamiento eficiente del hospital de día.

Otros rotatorios obligatorios (pero fuera del nuestro SPSQ) y rotatorios externos facultativos.

Además de las rotaciones obligatorias en las diferentes Unidades de SPSQ, hay **acuerdos docentes** con:

- ⇒ **Neurología:** Tiene una duración de 1,5 meses, especialmente dedicada a la Neurología general. Se realiza en el HCU, planta de neurología (7ª) (Dra. Sonia Santos & Dra. Cristina Pérez). Bibliografía recomendada:
 - Rochkam R. Neurología. Texto y atlas. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2011.
 - Kaufman DM & Milstein MJ. 7th ed. NY: Elsevier Saunders, 2015.
 - Manji H, Connolly S, Lambert C, Metha A. Manual Oxford de Neurología. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2016.

- ⇒ **Medicina Interna:** 1,5 meses, en el HCU. Referencias: 1. Manual de Medicina Interna del Harrison. 19th ed. McGraw-Hill, 2017. 2. Suárez D y cols. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre. 8ª ed. Merck Sharp & Dohme, 2017.

- ⇒ **Urgencias:** 1,5 meses, en el Servicio de Urgencias del HCU. (Dr. Sergio Aznar). Referencias recomendadas: 1. Rivas M. Manual de Urgencias: Madrid: Panamericana, 2020. 2. Bhat P y cols. Manual Washington de Terapéutica Médica Hospitalet: Wolters Kluwer, 2017.

- ⇒ **Recursos de rehabilitación** (C. de Día, UME y ULE del CRP Nuestra Señora del Pilar). Dr. Antonio Tarí y Dres. Andrés Martín y Cristina Laguna. 4 meses. Bibliografía recomendada:
 - Thorgaard L & Rosenbaum B. Esquizofrenia: patogénesis y terapia.
 - González de Chávez M. ¿Por qué la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia?
 - Lafond V. La aflicción de la enfermedad mental: contexto para terapia cognitiva de la Esquizofrenia.
 - Spivak M. La rehabilitación psicosocial: ¿qué es?
 - González de Chávez M. ¿Cómo establecer relaciones terapéuticas con una persona que vive experiencias psicóticas?
 - Turkington D & Kingdon D. Un enfoque de terapia cognitiva sistemática para la psicosis esquizoafectiva.
 - Selvini M. Once tipos de personalidades: la integración de la diagnosis de personalidad en el pensamiento sistémico complejo.

- ⇒ **Centro de Solidaridad en la rotación de UASA-Adicciones y alcoholdependencia** (Dr. Manuel Yzuel) 2 meses. Referencias recomendadas:
 - Roncero C & Casas M. Patología Dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos. Barcelona: Marge Books, 2016. 2. Dolengevich H (ed). Nuevas drogas psicoactivas. Madrid: Entheos, 2015.
 - Pereiro C, Fernández-Miranda JJ. Guía de Adicciones para especialistas en formación. Valencia: Socidrogalcohol, 2018.
 - Pereiro C. Manual de Adicciones. Valencia: Socidroalcohol, 2018.
 - Moreno S. Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Junta Andalucía. Dirección General para Drogodependencia y adicciones. 2007
 - Fernández-Miranda JJ. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol tus+tm.
 - Guardia J. (ed). Guía de consenso para el buen uso de analgésico y opiáceos: gestión de riesgos y beneficios. Valencia: Socidrogalcohol, 2017.

En este último año los residentes tienen la posibilidad de rotación en otros centros tanto nacionales como internacionales que sean referencia y excelencia para la formación en áreas muy específicas. Estos centros deberán tener unos niveles de prestigio y reconocimiento internacional para que de esta manera garanticen al residente un valor añadido en su formación y a nuestro Servicio la posibilidad de establecer líneas conjuntas de colaboración en investigación y docencia (programas de intercambio de alumnos y residentes, del que gracias al Prof. Lobo tenemos mucha experiencia en nuestro SPSQ).

En la tabla de **rotaciones externas** de los MIR de últimos años, se ilustran las rotaciones elegidas e donde sobresalen las Unidades con experiencia en Psicoterapia (incluida la Terapia de Familia, Terapia Breve, Psicoanálisis) así como en Psiquiatría Legal, Neuropsiquiatría, Psiquiatría de Enlace, Psicogeriatría o Primeros episodios .

Tabla de rotaciones Externas Residentes (2005-2020)

MIR (años de residencia)	Centro de referencia Persona de referencia	Duración. Área de formación
Patricia Gracia García (2005-2009)	Johns Hopkins. Baltimore. USA Prof. Lyketos	Enero-Abril 2009 Psicogeriatría. Neuropsiquiatría
Ana Barrera Francés	H. Niño Jesús. Madrid Dres. Morande/Graell/Faya	Dic-Feb 2009 Psiquiatría I-J. TCA
Miquel J. Bel Aguado	Belveu NY USA Prof. Trujillo	Oct-Enero 2009. Psiquiatría de enlace.
Eva Villas Pérez (2006-2010)	Centro Rehabilitación Psicosocial San Fernando Alcalá Henares (H. La Princesa Madrid) (Margarita Rullas) H. Psiquiátrico Penitenciario Sevilla (Dres. Fernández/Armada)	Mayo-Junio 2009. Rehabilitación Psiqu. Enero-Feb 2010. Psiquiatría Forense
Silvia E. Mabry Paraíso		
David Calvo Medel	North Western Mental Health Melbourne (Australia) H. del Mar BCN	En-Marzo 2010 Psiquiatría. Enlace en Mujeres Drogodependencias. Desintoxicaciones.
María Argemí Torres (2007-2011)	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico) Unidad Toxicomanías Tarrasa	Ene-Marzo 2011. Psicoterapia Agos-Oct 2009 Adicciones
Cristina Banzo Arguís	Hospital de Día Infanto-Juvenil Estimulación Temprana Parc Taulí Sabadell Dres. Pamiás/ Agustín U. Trast. Personalidad Zgza (Dr. V. Rubio)	Enero-Febrero 2011 Psiquiatría. Infanto-Juvenil Marzo-Abril 2011
Angela García Quirantes	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico) H. Río Ortega. Valladolid. (Dres. Colina/Álvarez) U. Trast. Personalidad Zgza (Dr. V. Rubio)	Oct-Dic 2010. Psicoterapia Ene-Feb 2011.
Natalia Casanova Gimeno (2008-2012)	Unidad de Desintoxicación H. Univ. La Laguna Tenerife (Dr. Valenciano) UTP Zgza (Dr. Rubio)	Ene-Mar 2011 Adicciones Ene-Feb 2012
Pedro Sanz Asín	Unidad Adicciones H. Psiquiatría. Rodríguez Lafora Madrid. (Dr. Félix Poyo) UDP Granada	Sept-Nov 2010 Adicciones Oct-Dic 2011

	(Dres. López Sánchez/D. Vico) Unidad Conductas adictivas H. Santa Creu i Sant Pau (Dr. Pérez de los Cobos) Centro Ambulatorio Drogodependencias (CAS) de Sants (H. Clinic BCN).	Psicoterapia Dic-Feb 2012 Adicciones Abril 2012 Adicciones
Carlos H Gómez Biel	H. Río Ortega. Valladolid. (Dres. Colina/Alvarez) UTP Zgza (Dr. V. Rubio)	Ene-Feb 2012
Bianca Granados Martínez (2009-2012)	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico)	Abril-Junio 2012. Psicoterapia
Nuria Jordana Vilanova	H. Psiq. Penitenciario Sevilla (Dres. Mase/ Montilla) Instituto Psicoanálisis Familiar. Buenos Aires	Julio 2012. Psiq. Forense Dic-Feb 2013. Psicoterapia. Psicoanálisis
Alain Gonzalo Riveros Tejada	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico) UTP. Zgza. Dr. V. Rubio	Oct-Dic 2012 Psicoterapia Mar-Abril 2013
Remedios Pilar Labar Silva (2010-2014)	Johns Hopkins Bayview Medical Center Baltimore USA (Prof. Lyketsos)	Sep-Dic 2013 Psicogeriatría
Óscar Ortega Aladrén	Instituto Psicoanálisis Familiar. Buenos Aires	Oct-Dic 2013 Psicoterapia. Psicoanálisis
Raúl Ortega Fernández	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico) UTP Zgza. Dr. V. Rubio	Mayo-Junio 2013 Psicoterapia Febrero 2014
Montserrat Guilabert Vidal (2011-2015)	Psiquiátrico Penitenciario Fontcalent (Alicante) Mental Research Institute Palo Alto California (Dra. Karen Schlanger)	Diciembre 2013 Psiqui. Forense Julio 2014 Terapia Breve
Cristina Abad Bouza	UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico) Instituto alicantino de la Familia Pedro Herrero (Dra. Rosa Ortega)	Abril-Junio 2014. Psicoterapia Nov 2014. Terapia de Familia
Guillermo Pérez Mora	Unidad de Terapia de Familia H. San Pablo BCN (Carmen Campo) Unidad de Psicogeriatría. (HCU San Carlos Madrid) (Prof. Pedro Gil)	Oct-Nov 2014 Terapia de Familia Enero-Feb 2015 Psicogeriatría. Deterioro cognoscitivo
Laura Bosqued Molina (2012-2016)	Hospital Psiquiátrico Penitenciario Sevilla Docente de Psicoterapia UDP Granada (Dres. López Sánchez/D. Vico)	Marzo 2016. Psiquiatría Forense. Abril-Junio 2015. Psicoterapia
María Nebot Macía	Escuela Sistémica Fásica (Valencia)	Terapia de Familia. Enero-Marzo 2016.
Bárbara Marco Gómez	Programa PAIME H. Vall D`Hebron BCN (M. Bel/Casas)	Sept-Dic 2015. Psiqui. Enlace. Etica
Patricia Latorre Forcén (2013-2017)	Unidad de Adolescentes. H. Gregorio Marañón (Dr. C. Arango)	Abril-Junio 2016. Primeros episodios Infanto-Juvenil
Candela Pérez Álvarez	Programa Primeros Episodios H. Cruces de Bilbao	
Daniel Vicente Rivera (2014-2018)	Serv. Anestesia. Clínica del Dolor HCU Lozano Blesa	Programa de Psiquiatría de Enlace (Marzo- Mayo 2018).
Sonia Pedrosa Armenteros	Dept.de Psiquiatría de Modena.	Psiquiatría Comunitaria (Abril-Mayo 2018).

	(Prof. Jean María Galeazzi). UTCA H. La Fe de Valencia Programa Asertivo Comunitario de Murcia	Psiquiatría Infanto-Juvenil (Oct 2018) Rehabilitación Psiquiátrica (Nov 2018)
Anna Salas Martínez	Dept.de Psiquiatría. H. San Pau Adicciones.	Programa de Adicciones (Enero-Marzo 2018).
Beatriz Villagrasa Blasco (2015-2019)	Programa de Psicogeriatría. Hospital San Jorge Huesca (Dr. Javier Olivera) Woodland Centre Older People & Healthy Ageing. Hillingdon Hospital Central and North West London NHS (Dr. Jordi Serra-Mestres)	Psicogeriatría (Noviembre 2018) Psicogeriatría (Enero-Marzo 2019)
Beatriz Aguado Revilla	Unidad Asistencial de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP) Hospital Universitario La Paz Madrid Dra. Beatriz Rodríguez Vega	Psicoterapia (Sept-Diciembre 2018)
Salvador Bello Franco	Brief Therapy Center Mental Research Institute Palo Alto California (Dra. Karen Schlanger)	Psicoterapia Breve (Feb-Abril 2018)
Ana María Fernández-Braso Arranz (2016-2017)	ETAC Programa Asertivo Comunitario Murcia (Dr. M. Silvestre Martínez)	Psiquiatría Comunitaria (Enero-Febrero 2020)
Elena Morón Martínez (2016-2020)	H. Reus Pere Mata (Tarragona). Unidad de Primeros Episodios	Primeros Episodios (Marzo-Abril 2020)
María Castiella Junquera	Serv. Psiquiatría Infanto-Juvenil H. Psiquiátrico Ville-Evard (Etablissement public de Santé Mentale) Dra. Ligia Gorini - Hospital de Día Infanto-Juvenil y Programa de Salud Mental Materno-Infantil del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario La Mancha Centro de Ciudad Real - Alcázar de San Juan (Dr. Luis León Allue)	Psiquiatría Infanto-Juvenil (Sept-Oct 2019) Trastornos del Desarrollo, Trastornos de la Comunicación, y Trastorno Mental Grave (Nov-Dic 2019)
Teresa Bellido Bel (2017-2021)	Centre Hospitalo-Universitaire Cochin Maison des Solenn Adolescents París	Psiquiatría Infanto-Juvenil Sept-Dic 2020
Sandra Oliver Hernández	Unidad de Terapia Sistémica y Familiar (Dr. Del Pino) Primeros Episodios H. de Cruces (Bilbao)	Mayo 2020. Enero-Marzo 2021
Belen Del Pino Arcos	Unidad Asistencial de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP) Hospital Universitario La Paz Madrid Dra. Beatriz Rodríguez Vega	Psicoterapia (Nov-Febrero 2021)
Ana Goñi Navarro (2018-2022)	Psicodermatología. Michigan Prof. M. Jafferany Psico-Oncología. Memorial Sloan-Kettering Nueva York (Prof. W. Breitbart)	Psicosomática-Psiquiatría de Enlace Sept- Oct 2021 Nov-Dic 2021.
David Vaquero Puyuelo	Dept. Psychiatry. Johns Hopkins Baltimore	Psicogeriatría (agosto-October 2021)
Judit Alvarez Borillo	Dra. Amaia Hervás	Psiquiatría Infanto-Juvenil. Autismo y TEA
Nora Yáñez Goñi (2019-2023)	Programa PAIME (Dra D. Braquehais) H. Vall D'Hebron	Suicidio y burn out
Oscar Bueno Sáinz	Unidad Asistencial de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP) Hospital Universitario La Paz Madrid	Psicoterapia (Sept-Dic 2022)
Paula Molla Roig	Serv. Psiquiatría H. del Mar (Dra. Torrens/Fonseca)	Programa Adicciones (Nov-Febrero 2023)

EQUIPO DE RESIDENTES.

Un total de 12 residentes (3 residentes por año), forman parte del Servicio de Psiquiatría. El primer martes de cada mes en la biblioteca (3ª planta), se tiene una reunión donde además de realizar el doblaje de las guardias, se plantean todas aquellas cuestiones que puedan ser de interés para el grupo (congresos, conferencias, situaciones surgidas en las dinámicas del grupo...). Se realizan a las 14:00 horas suelen tener una duración de 1 hora. Después de la reunión se envía un acta de las cuestiones tratadas en la misma.

Hay dos personas, que suelen ser residentes de tercer y cuarto año, que ejercen la función de Representantes del grupo, y que, además de encargarse de la puesta de guardias, son portavoces de las propuestas de residentes para comentarlas con los tutores y éstos a su vez con el Jefe de Servicio.

El grupo de residentes tiene unas normas que son leídas en la primera reunión tras la incorporación de los R1. Estas normas son importantes porque garantizan el correcto funcionamiento del grupo y tratan especialmente de cuestiones como vacaciones, congresos, incidencias en guardias...

Al principio, cuando uno empieza, es un poco difícil acordarse de todo, por eso es importante que recuerdes que tus compañeros están para ayudarte y que cualquier duda o cuestión que les plantees será bien recibida (todos ellos fueron nuevos al principio).

La relación de los residentes actuales se especifican en la Tabla.

Elena Morón Martínez (2016-2020)	elena.moron@hotmail.com	Unizar
María Castiella Junquera	mcastiellajunquera@gmail.com	Unizar
Teresa Bellido Bel (2017-2021)	Teresabellido92@gmail.com	Unizar
Sandra Oliver Hernández	sandraoliverzgz@gmail.com	Unizar
Belen Del Pino Arcos	Belen90_zgz@hotmail.com	Univ. de Valladolid (Burgos)
Ana Goñi Navarro (2018-2022)	anichuelis@gmail.com	Unizar
David Vaquero Puyuelo	d.vauqero@hotmail.com	Unizar (Huesca)
Judit Alvarez Borillo	alvarez.judith@hotmail.com	Univ. Reus Rovira i Virgili (Castellón)
Nora Yáñez Goñi (2019-2023)	yarnoznora@gmail.com	Univerisdad de Navarra
Oscar Bueno Sáinz	oscarbuenosainz@hotmail.com	Univ. Sevilla (Lanzarote)
Paula Mollá Roig	paulamolla9@gmail.com	Univ. Pompeu Fabra BCN (Alicante)

RELACION DE TUTORES Y LAS TUTORIAS.

En relación a los tutores de nuestro programa docente tenemos también una larga tradición de tutores que nacen en torno al nacimiento de la vía MIR. Desde el 2003 se nombran a dos tutores y desde el 2011 pasan a ser tres. Desde Abril del 2014 los **tutores** tienen que solicitar la **reacreditación** por cuatro años (firmada por el actual Director General de Planificación y Aseguramiento del Dpto. de Sanidad, Bienestar Social y Familia, siguiendo la Orden del 15 de Abril 2010 del BOA) y seguimos adscritos a la Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica del HCU-LB.

Los tutores MIR actuales son:

1. *Dr. Ricardo Campos Ródenas. Jefe de Sección de UHA. ricardocamposrodenas@gmail.com.*
2. *Dra. Maite Zapata Usabel. Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil. maitearanzazu@yahoo.es*
3. *Dr. Miguel Angel Quintanilla. Psiquiatra con puesto en USMA del Centro Especialidades Médicas Inocencio Jiménez. maqintanilla@salud.aragon.es*



Los tutores durante todo el período de formación, junto con los responsables de formación de cada área, llevan a cabo una supervisión del trabajo clínico y terapéutico. Esta acción se materializa a través de la realización de tutorías individuales con carácter periódico y con la observación continuada del nivel de cumplimiento de los objetivos docentes. Las tutorías son entrevistas del residente con sus tutores. El tutor es el profesional especialista que tiene la misión de planificar y colaborar en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente para garantizar el cumplimiento del programa formativo. Los tutores van a supervisar todo el proceso de formación, acompañando al residente a lo largo de la residencia, favoreciendo su el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y su capacidad docente e investigadora.

Las tutorías tienen una periodicidad trimestral. Comienzan bien a las 8:00 de la mañana o bien a las 14.00 y tienen una duración aproximada de 30 minutos. Tienen lugar en despachos del Dr. Campos (en la 3ª planta en la zona de los despachos), Dra. Zapata (planta 8) o despacho del Dr. Quintanilla (planta 3 del CEMIJ). Recibirás con suficiente antelación un correo informándote de la fecha de las mismas. Son individuales, y es el espacio pensado tanto para plantear todas las cuestiones surgidas referentes no sólo a la formación si no también posibles dificultades de índole personal. No obstante, si ocurriera cualquier cuestión entre tutorías que requirieran ser comentadas, puedes comunicarte con los tutores tanto de forma personal como por correo electrónico y de esta manera tener una entrevista con ellos.

Al principio de R1 (durante los primeros 6 meses) realizarás dos tipos de guardias:

***Guardias de Urgencias generales** (las llamadas “puertas”). Son un total de 10 guardias (se hacen dos al mes), el primer mes solo se hacen tardes acompañado de un residente mayor y se llaman “de mochila”. Estas guardias se realizan en el Servicio de Urgencias y pueden ser tanto en el área de Atención Médica como en Consulta ambulatoria. Es importante que recuerdes que siempre vas a tener un Adjunto y residentes mayores a los que plantearles todos los casos y cuestiones que te surjan. Las guardias de puertas de Lunes a Viernes empiezan a las 14:30 horas y terminan a las 8:00 del día siguiente, salvo el viernes que se termina a las 9:00h. El sábado y el domingo se empieza a las 9:00h, el cambio se realiza en el área de Atención Médica.

****Guardias de Psiquiatría.** Durante los primeros 6 meses (hasta la festividad de Navidad)

todas las guardias las realizarás en compañía de un R mayor (R3 y R4). A lo largo de la Residencia: una media de 5 guardias al mes, salvo impedimento por periodos de rotaciones externas. No se hacen más de seis guardias. En todas ellas se cuenta con la presencia física de un Adjunto de Psiquiatría, que realiza la supervisión. Durante el primer año, el R-1 está supervisado estrechamente por un Residente mayor y/o por el Adjunto de Psiquiatría de guardia, que firma los actos administrativos. A partir del 2º año, se va aumentando la autonomía del Residente en su actuación en Urgencias. Hay un elevado porcentaje de guardias con dos residentes de Psiquiatría al que se une, en ocasiones un residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Además, en horario de tardes entre semana, hay un PIR que realiza módulo de Atención Continuada. Las guardias de Psiquiatría empiezan a las 8:15h y el cambio tiene lugar en la cafetería (planta 0). Siempre hay un adjunto de guardia presencial. Las guardias tienen una duración de 24 horas. EL fin de semana (sábado y domingo) el cambio es a las 10:00horas. La comida y la cena se proporciona en el comedor de la planta 5ª y aconsejamos traerse un neceser con los útiles necesarios para el aseo.

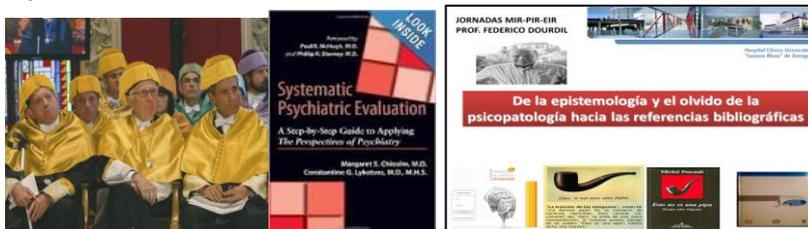
Bibliografía recomendada:

1. Hyman SE. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Salvat, 1987.
2. Seva A y cols. Urgencias en Psiquiatría. Barcelona: Sanofi, 1993.
3. Nicholls K. Emergency Psychiatry. Londres: RCPsych Publications, 2015.
4. Maloy K. A case-approach to Emergency Psychiatry. NY: Oxford University Press, 2016.
5. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Madrid: Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas, 2018.
6. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.
7. Zeller SL, Nordstrom KD & Wilson MP. The diagnosis and management of agitation. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
8. Bernstein CA, Poag M, Rubistein M, Ahn C, Maloy KF, Ying P. On call Psychiatry. 4th ed. Filadelfia: Elsevier, 2019.

ACTIVIDADES DOCENTES

Como **principales actividades docentes** mencionaremos:

- ⊙ **Sesiones clínicas SPSQ de los “Jueves”**. De 8.30-9.30. De las 32 anuales hay cuatro destinadas a los residentes que acaban su periodo formativo (3MIR y 1 PIR).
- ⊙ **Sesiones clínicas Neurociencias**. Último viernes de cada mes. 8.15-9.00 en Salón de Actos Dr. Millastre del HCU.
- ⊙ **Seminarios formativos**: Miércoles (13.30-15.00) sobre áreas temáticas (actualmente “Psicopatología clínica” con presentaciones conjuntas MIR-PIR y moderación de tutores /adjuntos).
- ⊙ **Sesiones clínicas semanales/quincenales “Ombudsman” con el Jefe de Servicio**: Se iniciaron en el 2005 por el Prof. Lobo y que siguen el método docente aprendido por él con el Prof. Paul R. McHugh, (catedrático de la Johns Hopkins de Baltimore y Doctor Honoris Causa por la Universidad de Zaragoza) (8^o). Sesiones en donde se visita conjuntamente un paciente que es presentado por el MIR y que es entrevistado por el Jefe SPSQ, con especial énfasis en profundizar la exploración psicopatológica y realizar un juicio etiológico basado en las Perspectivas del Johns Hopkins que será la base de la formulación del plan de tratamiento (9^o). En la actual jefatura el Dr. Valero Pérez se ha continuado con esta actividad y se le ha añadido un formato más libre en su temática, incluyendo situaciones asistenciales complejas.



- ⊙ **Jornada mensual de Docencia MIR-PIR de Aragón**: desde 2007 se realizan jornadas en los diferentes centros docentes acreditados (incluidos H. San Jorge de Huesca y H. Obispo Polanco de Teruel) los primeros miércoles de cada mes en el periodo académico. Nuestro SPSQ contribuye con dos jornadas anuales cuyos programas se elaboran por los tutores. En concreto desde la UHA (Dr. Ricardo Campos) y actualmente también con la colaboración del Dr. Quintanilla seguiremos contribuyendo con una participación anual.
- ⊙ **“Jornada Prof. Dourdil”** relativa a aspectos clínicos-organizativos propios de la UHA/Urgencias/ Psicooncología/Psicogeriatría/ Salud y formación del Residente. Hay otra jornada organizada por la Dra. Zapata y Julio Arbej cuya temática gira en torno a Psiquiatría Infanto-Juvenil o Programas de tratamiento psicológico para situaciones traumáticas. Son de obligada asistencia, salvo excepciones como estar de guardia ese día o estar saliente (haber estado el día anterior). Es una buena forma de conocer a tus compañeros de otros hospitales así como recibir interesante formación sobre temas diversos de la especialidad.
- ⊙ **Sesiones más específicas (bibliográficas, sesiones temáticas, sesiones tras rotatorios externos)**: éstas no están programadas (las bibliográficas se realizan en algunas rotaciones internas) aunque se vienen realizando de forma intermitente.
- ⊙ **Plan de Formación en Competencias Comunes** (PFCC, regulado por orden 11 de Mayo del 2007): Son para todos los residentes de nuestra Comunidad en donde nuestro Servicio contribuye con un Curso “Relación médico-paciente y Entrevista Clínica”. Desde el 2012 lo imparte el Dr. Ricardo Campos en el aula de Sesiones de nuestro SPSQ por las tardes.

⁸ (8) McHugh PR, Slavney PR. La formación de los psiquiatras. En: Gelder, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N. eds Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica, 2003. pp. 1234-1240

⁹ (9) McHugh PR, Slavney PR. (traducción A. Lobo). Las perspectivas de la Psiquiatría. Segunda ed. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2001

FORMACIÓN CONTINUADA: LAS SESIONES CLÍNICAS DEL SPSQ.

En este apartado, que incluye la realización de cursos, másters, asistencia a Congresos y un largo suma y sigue, cobra una importancia estelar el espacio de **Sesiones Clínicas del SPSQ**. La organización y presentación de sesiones clínicas en nuestro Servicio se articulan en torno a unas guías que fueron elaboradas y publicadas de forma conjunta por el Prof. Seva y Dr. Campos (coordinador de las mismas desde 1995, labor desempeñada previamente por el Prof. Dourdil ^(10^o)). En las sesiones todos los jueves se presenta un caso clínico de acuerdo con un calendario previamente fijado y se sigue el curso académico (desde Septiembre a finales de Junio). Se asigna nominalmente a un Profesional (psiquiatras/psicólogos/TR. Social/Enfermería de Salud Mental) de las diferentes Unidades (Hospitalización, Consultas Externas, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Psiquiatría de Enlace, Hospital de Día) y los residentes (MIR-PIR). También presentan adjuntos de otros Servicios como son los de UME del CRP Nuestra Señora del Pilar, CSM Delicias, Centro de Día Romareda, Comunidad de Sádaba y USM de la Mancomunidad de las Cinco Villas, UTP del Hospital Nuestra Sra. de Gracia y FAIM (profesionales de salud mental de centros de acogida a menores con dificultades). También contamos con otros profesionales de otras especialidades médico-quirúrgicas (del Hospital, de Urgencias o de Atención Primaria) que son invitados cuando han intervenido en la asistencia de los casos presentados. Anteriormente había una sesión anual dedicada a Neurología, otra a Neurofisiología y otra a Geriatria.

Las sesiones clínicas tienen lugar en el aula de sesiones de nuestro Servicio, que tiene un aforo limitado a 50 personas y dispone de medios audiovisuales. La plantilla de psiquiatras y residentes tienen tiempo protegido en sus agendas para asistir a esta actividad ya que se considera de máximo valor formativo (tanto para la especialización como para la formación continuada).

La asistencia es de carácter obligado, en caso de los residentes se recomienda su participación activa y se valora en la calificación de los rotarios. Además también asisten regularmente otros profesionales como DUE (y residentes EIR), Trabajadores Sociales (y alumnos de Máster de Trabajo Social en Salud Mental), Terapeuta Ocupacional de H. de Día, Pedagogo de Psiquiatría Infanto-juvenil y residentes de otras especialidades (Neurología, Medicina de Familia, Geriatria) y otros Servicios (que estén realizando alguna rotación en nuestro Servicio). En este último curso se ha invitado a alumnos de Grado de Psiquiatría en sus prácticas tuteladas. La asistencia es muy numerosa y se completa el aforo en la mayoría de las sesiones.

La sistemática incluye la difusión del título de la sesión y del ponente la semana de antes. Para ello, al igual que para otras tareas de difusión, contamos con el apoyo de Doña M^a Carmen Rodrigo, una de las administrativas del Servicio. La sesión se realiza con estricta puntualidad (tanto a su inicio como a su finalización) y se divide en tres partes diferenciadas. La primera expositiva (en donde se extrema la preservación de la confidencialidad del paciente presentado así como la rigurosidad en los apartados de la historia clínica y examen mental), la segunda es de discusión bibliográfica de los puntos docentes del caso, y la tercera es la de comentarios del moderador (el Jefe de Servicio o el coordinador de Sesiones) y los asistentes. Esta parte es también aprovechada para comentar puntos de mejora de nuestra actividad asistencial. Para todo ello se recomienda que haya tiempo suficiente (20-30 minutos) dentro de la duración de la sesión (una hora). La última sesión tiene una duración inferior ya que se sigue con un **“Desayuno Nespresso”** en donde se cierra el curso de sesiones de forma más informal.

¹⁰ (10) Campos R & Seva A: Guía orientativa para la presentación de las sesiones clínicas. *Comunicación Psiquiátrica* 95/99.

El promedio de sesiones anuales es de 32 sesiones, dedicando la última de ellas (“**Summertime Grand Round**”) a entregar diplomas y premios a los ponentes, entregar el calendario del curso próximo, así como a realizar valoración anual de las sesiones a través de una encuesta de satisfacción diseñada específicamente para las sesiones. En las valoraciones anuales hemos constatado sistemáticamente una alta satisfacción de los profesionales (media de 8.45 sobre 10), tal y como publicamos en el Capítulo del Manual del Residente en Psiquiatría (auspiciado por las Sociedades Españolas de Psiquiatría) sobre la sesiones clínicas (11¹¹). Allí también se podrá encontrar una descripción más detallada sobre nuestra propuesta formativa que desarrollamos con este modelo desde hace casi dos décadas. Consideramos que es referente nacional y también, según los propios residentes, de nuestro propio Hospital. Además de la alta participación de ponentes y audiencia, un indicador de calidad de las mismas es la apenas existente tasa de cancelación de la sesión (la cancelación era más frecuente en años previos a 1995). Uno de los puntos de mejora de este año es la preparación previa de 2 sesiones (preparadas/**congeladas**) antes del inicio del curso para tenerlas de reserva ante una posible cancelación de última hora.



La organización y dinámica de las sesiones son consensuadas por el Jefe de SPSQ (actualmente Dr. Pérez Camo) y el coordinador de las Sesiones y cada año se intenta introducir algunas mejoras surgidas de las encuestas o de planes de mejora de calidad. Las sesiones clínicas pueden ser el germen para publicaciones de casos clínicos en los distintos concursos y congresos, en donde los residentes de nuestro Servicio vienen obteniendo reconocimiento nacional en forma de premios de casos clínicos. No es infrecuente que el caso clínico de paso a la realización de un estudio de investigación en sus diferentes formatos (máster fin de grado, tesis, artículo de publicación).

Además de nuestras sesiones, el SPQ contribuye a la presentación de Sesiones Clínicas del Hospital Clínico (somos invitados cada dos años). También se desea reseñar que de forma menos sistemática hay Unidades (UHA o UPPE) en donde se realizan sesiones clínicas en formato más reducido de casos que se están atendiendo en la Unidad y cuya sistemática y calidad constituyen una oportunidad de mejora en un futuro inmediato.

Por último, mencionar que hay una larga tradición de participación del Servicio en Programa de Competencias Comunes a través del Curso Entrevista clínica y relación médico-paciente así como en cursos del Programa de Formación Continuada del HCU-LB (“Psico-oncología”, “Capacidad para la toma de decisiones” por el Dr. T. Ventura; “Contención del paciente agitado” por Dra. Concepción de la Cámara).

Se adjuntan el calendario de este Curso.

¹¹ (11) E.Villas, S.Mabry, D.Calvo, R.Campos. Nivel I. Sesión Clínica. En: Manual del Residente de Psiquiatría. Vol 2. Madrid: ENE LIFE, 2009. pp:671-676.

SESIONES CLÍNICAS SPSQ PSIQUIATRÍA

Curso 2019-2020

SESIONES CLÍNICAS PSIQUIATRÍA

Curso 2019-2020

LUGAR: Aula de Sesiones clínicas Psiquiatría. HORARIO: 8.30-9.30.

SE ESPERA PUNTUALIDAD Y MANTENER CONFIDENCIALIDAD.

12 de Septiembre: UHA (Dr. Campos).

19 de Septiembre: UPPE (Dr. Ventura).

26 de Septiembre: HDPa (Dra. Irigoyen).

3 de Octubre: PSQ-IJ: UH (Dra. Zapata).

17 de Octubre: UHA (Dra. De la Cámara).

24 de Octubre: Consultas Externas CEMIJ (Dr. Caro).

31 de Octubre: Centro de Solidaridad (Dr. Yzuel).

7 de Noviembre: Psicología CEMIJ Adultos (Ana Redrado).

14 de Noviembre: UTCA PSQ-IJ (Dra. Calvo).

21 de Noviembre: CSM Delicias (Dr. Seva).

28 de Noviembre: Trabajo Social (Eva Garcés)

5 de Diciembre: Psicología CEMIJ Adultos (María López)

12 de Diciembre: Consultas Externas CEMIJ (Dra. Querol).

19 Diciembre: CSM Calatayud (Dra. Cristina Abad)

9 de Enero: Enfermería en Salud Mental (Laura Díaz y Alba).

16 de Enero: UME CRPS (Dra. Laguna).

23 de Enero: Psiquiatría SPSQ-IJ (Dra. Barrera).

30 de Enero: SPSQ-IJ (Dr. Ruíz).

6 de Febrero: UPPE (Dra. Gracia).

13 de Febrero: CCEE CEMIJ (Dr. Quintanilla).

20 de Febrero: CCEE CEMIJ (Dr. Álvarez).

27 de Febrero: Centro Asistencial ATADES (Dr. Ramón).

12 de Marzo: CSM Delicias (Dr. Seva/Eva Villas).

19 de Marzo: USM IJ (Dra. Mabry)

21 de Marzo: FAIM (Dr. Miguel Ausejo).

26 de Marzo: Sesión PIR HCU-LB (Carmen Aso).

2 de Abril: Sesión PIR CRP (Gemma Cordero).

30 Abril: Sesión R4 HCU-LB (Dra. Castiella).

7 de Mayo: Sesión R4 HCU-LB (Dra. Morón).

14 de Mayo: Sesión MIR- CRPS (Dra. Sieso)..

21 de Mayo: Comunidad de Sádaba.

28 de Mayo: UTP-UTCA (H. Provincial).

4 de Junio: C. Día Romareda (Dr. Tarí/ Manuel Pérez).

11 de Junio: Unidad de Media-Larga Estancia CRP (Dr. Martín).

18 de Junio SESIÓN DE FIN DE CURSO. BIENVENIDA AL VERANO

TÍTULOS DE SESIONES CLÍNICAS PSIQUIATRÍA Curso 2018-2019

13 Septiembre 2018: “Los retos asistenciales de las relaciones difíciles en psico-oncología. Deja vu desde la Unidad de Hospitalización de Adultos” siendo el ponente el Dr. Ricardo Campos Ródenas y los colaboradores: Dra. Anna Salas, Dra. Ana Goñi, Vicki Ruíz, Marta Igado, G. Bello y Dr. Tirso Ventura.

20 Septiembre 2018: “Para lo que he pasado, estoy bien” siendo el ponente el Dr. Tirso Ventura Faci (UPPE del HCU) y como colaboradoras: la Dras. Marta Sánchez-Enamorado, Belén Del Pino Arcos.

27 Septiembre 2018: “¿Qué debo sentir?” siendo la ponente la Dra. Isabel Irigoyen Recalde y como colaboradores el resto del equipo de Hospital de Día.

4 Octubre 2018: “Folie a deux: un caso de psicosis compartida entre adolescentes” siendo la ponentes la Dra. Maite Zapata Usabel y como colaboradores la Dra. Beatriz Villagrasa y Beatriz Sola de la Unidad de Hospitalización de PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.

18 Octubre 2018: “Traslados sanitarios internacionales. A propósito de dos fugas” siendo el ponente el Dr. Sergio Alvarez y como colaboradora Carmen Blasco (Trabajadora Social) de la Unidad de Hospitalización de Adultos.

25 Octubre 2018: “Delirio de salud...¿compartido?” siendo la ponente la Dra. Concepción De la Cámara, Facultativo Especialista de Area de la Unidad de Hospitalización de Adultos.

8 Noviembre 2018: “Respira, respira. MBRP a propósito de un caso”. siendo ponentes el Dr. Manuel Yzuel y Carmen Lechón del Centro de Solidaridad de Zaragoza.

15 Noviembre 2018: “Un caso de mutismo selectivo: comunicando en silencio” siendo la ponente Doña María González de la USMA de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

22 Noviembre 2018: “Trastorno depresivo: resistencia al tratamiento versus remisión parcial, a propósito de un caso” siendo el ponente el Dr. Francisco José Caro Rebollo. Consultas Externas del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez.

13 Diciembre 2018: “La chica danesa (F 50.0)” siendo la ponente la Dra. Ana Calvo y como colaboradora la Dra. Beatriz Villagrasa, UTCA de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

24 Enero 2019: “La memoria de la piel: conducta autolesiva en adolescentes”, siendo la ponente la Dra. Ana Barrera Francés, psiquiatra de la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del HCU.

31 Enero 2019: “Kintsukoroi: trauma y resistencia”, siendo el ponente D. Julio Arbej, psicólogo del equipo de Hospital de Día del HCU.

7 Febrero 2019: “Nada. Trastorno emergente de la personalidad, adopción, TCA y suicidio” siendo el ponente el Dr. Pedro M. Ruíz, Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCU.

14 Febrero 2019: “El ojo del huracán: trastornos de conducta en el retraso mental” siendo el ponente el Dr. Miguel Ángel Quintanilla y los colaboradores las Dras. Ana Barrera y Teresa Bellido de Consultas Externas del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez.

21 Febrero 2019: "FRIJOLITO", siendo la ponente la Dra. Silvia Mabry y como colaborador D. Jose Manuel Lobán, Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCU.

28 Febrero 2018: "Trastorno bipolar: construyendo un futuro a pesar de la adversidad", siendo ponente la Dra. Cristina Laguna, psiquiatra del CRP Nuestra Señora del Pilar.

7 Marzo 2019: "ETNIA Y SALUD" siendo los ponentes el Dr. Antonio Seva y la Dra. Eva Villas y como colaboradora la Dra. Cristina Doussinague del CSM Delicias.

14 Marzo 2019: "APLICACIÓN DE LA TERAPIA CON EMDR EN UCE DE INFANTO-JUVENIL. RELATO DE UN CASO" siendo la ponente Doña Lola Garmendia, psicóloga de la Unidad de Hospitalización de Infanto-Juvenil del HCU.

21 Marzo 2019: "El poder de las defensas: un caso adolescente" siendo la ponente la PIR 4 año D^a Paloma Gotor Reula.

4 Abril 2019: "Escondiéndome en mi mente... o en mi habitación: el vínculo en el abordaje de trauma" siendo la ponente la MIR 4 año Dra. Beatriz Aguado Revilla.

11 Abril 2019: "Psicosis en el paciente anciano con VIH. A propósito de un caso" siendo la ponente la Dra. Beatriz Villagrasa Blasco.

2 Mayo 2019: "UNA MIRADA A LA CULTURA EN UN CASO DE TRAUMA COMPLEJO" siendo la ponente la PIR del CRP Nuestra Señora del Pilar Ioritze Yetano.

9 Mayo 2019: "MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA" siendo el ponente el Dr. Salvador Bello Franco.

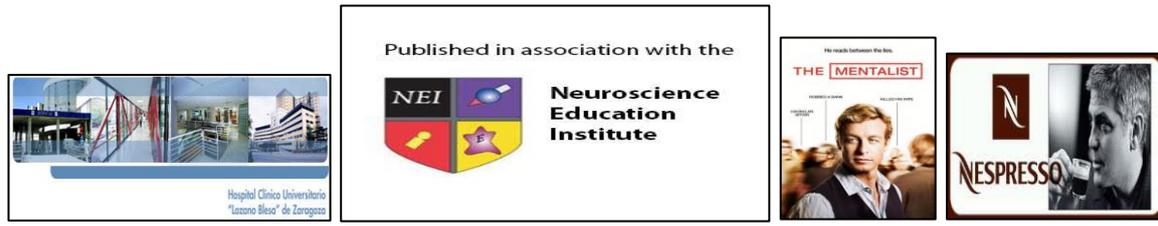
16 Mayo 2019: "VINCULO EN LA REHABILITACIÓN" siendo la ponente la Dra. Marina Villatoro, MIR del CRP Nuestra Señora del Pilar.

23 Mayo 2019: "UN CASO PARA REVISAR" siendo los ponentes el Dr. Oscar Ortega, Miriam Sarasa, Ester Blas y Susana Angós de la Unidad de Salud Mental Moncayo.

30 Mayo 2019: "MENTAL HEALTH SERVICES WITHIN NHS. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD" siendo el ponente el Dr. Luis Lorén Torres psiquiatra de la UTCA de Adultos del Hospital Provincial.

6 Junio 2019: "NADA SIN MIS PADRES" siendo el ponente d. Manuel Pérez Pascual, Psicólogo de Centro de Día Romareda.

13 Junio 2019: "DEL MUTISMO AL PROGRAMA DE PISOS EN 10 MESES" siendo el ponente el Dr. Andrés Martín, psiquiatra del CRP Nuestra Señora del Pilar.



Desde Marzo del 2016 se ha organizado un Grupo de Neurociencias del HCU-LB que nos reunimos mensualmente en forma de Sesión Clínica de Neurociencias. De esta forma el último viernes de cada mes los Adjuntos, residentes de la especialidad, residentes rotantes y estudiantes de prácticas de los siguientes Servicios Radiodiagnóstico, Neurocirugía, Neurología, Neurofisiología, Psiquiatría, Psiquiatría Psicosomática e Infanto-Juvenil, Rehabilitación, Otorrinolaringología. Estas sesiones están acreditadas como Formación Continua. Cada dos años el coordinador cambia. Primero le correspondió a Neurología (Dra. Iñiguez), posteriormente Psiquiatría (Dr. Campos), actualmente a Radiología (Dra. Gimeno). Inicialmente se realizaron en el aula de Sesión de Psiquiatría y desde Septiembre del 2019 se hacen en el Salón de Actos Dr. Millastre debido a que el aforo suele sobrepasar de 60 profesionales. Además cualquier Servicio que esté interesado en participar o exponer casos clínicos de interés en el campo de la Neurociencia. Hay un calendario anual ya programado. Se ha programado que hay unas Jornadas Anuales de Neurociencias abiertas a otros Hospitales.

<p>Published in association with the</p>  <p>Neuroscience Education Institute</p> <p>Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza</p> <p>Sesiones de Neurociencias 2019-2020</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 Septiembre: Psiquiatría. 25 Octubre: Neurología. 29 de Noviembre: Neurorradiología 31 de Enero: Neurofisiología. 28 de Febrero: Neuro-Rehabilitación. 27 de Marzo: Psiquiatría Psicosomática. 24 Abril: Neuro-ORL. 29 de Mayo: Neurología. 19 de Junio: Neurocirugía. Sesión de Bienvenida al verano.  	<p>SESIÓN CLÍNICA NEUROCIENCIAS</p> <p>Viernes 20 Sept. 2019 8.15 Salón de actos</p>  <p>"El alma en la UCI: Experiencias cercanas a la muerte".</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dr. Ricardo Campos. Psiquiatría. •Dra. Pilar Larrodé. Neurología. •Dra. Elisa Lasala. Geriatría. H. P. SJ 
--	--

PIR/EIR/Máster en Asistentes Sociales en Psiquiatría.

Desde 2010 el SPSQ tiene también reconocida la formación de residentes en Psicología Clínica (cuyo programa está recogido en la orden SAS/1620/2009 del BOE 146 del 17 Junio 2009). Son uno por año (cuatro en total), aunque otros PIR pertenecientes a la Unidad Docente CRP Ntra. Sra. del Pilar o del H. Royo Villanova también rotan por Unidades del SPSQ y participan en seminarios de formación. Hay un tutor Julio Arbej, que trabaja en la Unidad de Hospital de Día desde 2009. En la Tabla se recogen sus rotaciones externas.

Tabla de rotaciones Externas PIR (2010-2015).

Alicia Giménez Zorraquino (2009-2013)	Roberto Clemente Center (NY). USA Dr. Jaime Inclán/Magdalena Marino	4 meses Terapia Sistémica
Belén Barajas Iglesias (2010-2014)	H. Marítimo de Oza (A Coruña) Gonzalo Martínez Sande Fund. Aigle (B. Aires, Argentina) Ana Valeria Inst. Psicoanálisis Multifamiliar Fund Mitre (B. Aires. Argentina) Katherine Walter	4 meses Psiquiatría de Interconsulta/ Enlace 2 meses. Terapia Cognitiva reconstructivista 2 meses Psicoanálisis multifamiliar
Isabel Laporta Herrero (2011-2015)	H. Cruces Barakaldo Iruñe Rodrigo (Psicol Clínica) Noemi Losada (Psicol. Clínica) Johns Hopkins. Bayview. Medical Center Baltimore. USA Marcos Grados (Psiqu. I-J) Alejandra Toledo (Psicol)	4 meses Psiquiatría de Interconsulta/ Enlace. 4 meses. Psiqu. Comunitaria. Psiqu. I-J.
Sandra del Olmo Conte (2012-2016)	H. Neuropsiquiátrico Buenos Aires	4 meses. Neuropsicología
Laura Otaolera (2013-2017)	Instituto Ricardo Gutierrez de Buenos Aires (Argentina) Neuropsiquiátrico Buenos Aires Unidad de Psiquiatría de Enlace. Sevilla.	
Lola Berbiela Bustamente (2014-2018)	Instituto Ricardo Gutierrez de Buenos Aires (Argentina) Programa de Primeros Episodios: Terapia de Diálogos abiertos, Madrid Unidad de Psiquiatría de Enlace. H. Oza Coruña.	
Paloma Gotor Reulas (2015-2019)	Unidad de Neuropsicología de Pamplona (Javier Tirpau). Instituto Ricardo Gutierrez de Buenos Aires (Argentina)	
Carmen Aso Gracia (2016-2020)	Instituto Ricardo Gutierrez de Buenos Aires (Argentina) Unidad de Psiquiatría de Enlace. H. de Oza. Coruña. Unidad de Trauma y Disociación, Málaga.	
Teresa Díez Martín (2017-2021)		
Blanca Ortiz Muñío (2018-2022)		
Eva Vidao Giménez (2019-2023)		
PIR 0 (2020-2024)		

Es justo mencionar que desde los inicios del Departamento con el Prof. Seva hubo interés en la formación en Salud Mental de los diferentes profesionales. Así el SPSQ está acreditado para la formación postgrado de Trabajo Social (Máster) como Estudios propios de la Universidad de Zaragoza en forma de Máster de "Asistentes Sociales Psiquiátricos" (creado en 1980 por los Prof. Antonio Seva y Miguel Miranda). En la actualidad en nuestro SPSQ los alumnos de Trabajo Social están tutelados por Eva Garcés, María Jesús Ballestín y Carmen Blasco. Desde 2006 participa en la Unidad Docente de carácter autonómico para la formación de residentes en Enfermería en Salud Mental (EIR), cuyo programa está en la Orden SPI/1356/2011 recogido en el BOE de 24 Mayo del 2011.

PROGRAMA DE EVALUACION DE RESIDENTES

Según la normativa vigente (BOE 27 Julio 2018) se adjuntan los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación que son: 1. El informe de evaluación de rotación (objetivos de cada rotatorio, 70% conocimientos y habilidades, 30% actitudes) con calificación global de la rotación. 2. Informe de Evaluación del tutor que contiene rotaciones, actividades y calificación del tutor. Para este último hay instrucciones específicas. La calificación es de 0 a 10.

Después de cada rotación con cada adjunto asignado, se debe hacerle llegar la hoja de evaluación de la rotación, que se podrá encontrar en la página web del Hospital y que hay que los adjuntos deben hacerla llegar a los tutores bien directamente o bien a través de ti pero siempre en sobre cerrado. Con los residentes las relaciones en lo personal suelen ser sistemáticamente cordiales. En los aspectos profesionales se les pide a los adjuntos que emitan una opinión imparcial, objetiva, personalizada y razonada.

Al finalizar cada año de residencia, se debe hacer llegar a los tutores e Libro de Residentes, que en nuestro caso consiste en una memoria de unas 2 carillas donde expliques de forma detallada las actividades que has realizado durante el año de residencia (rotaciones, congresos, investigación, cursos...). En Mayo hay una evaluación anual en donde se deben adjuntar: 1. Las hojas de evaluación de las rotaciones realizadas con puntuaciones de 0-10; 2. Actas trimestrales de las tutorías realizadas a Residentes (resumen en un folio). 3. Libro del residente (2-3 paginas de actividad anual del residente).

Nuestra experiencia en los últimos 17 años es que las valoraciones que obtienen los residentes de Psiquiatría son muy altas y en ningún caso ha habido evaluaciones negativas. A pesar de ello, todavía no hemos alcanzado en este tiempo la acreditación de premio para el residente excelente de nuestra Comunidad.

ANEXO I

Informe de evaluación de rotación

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:
TUTOR:			

ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE:	DURACIÓN:
Fecha inicio rotación:	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN	NA
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS		<input type="checkbox"/>
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA		<input type="checkbox"/>
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES		<input type="checkbox"/>
HABILIDADES ADQUIRIDAS		<input type="checkbox"/>
USO RACIONAL DE RECURSOS		<input type="checkbox"/>
SEGURIDAD DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/>
MEDIA (A)		
B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN	NA
MOTIVACIÓN		<input type="checkbox"/>
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA		<input type="checkbox"/>
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA		<input type="checkbox"/>
TRABAJO EN EQUIPO		<input type="checkbox"/>
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES		<input type="checkbox"/>
MEDIA (B)		

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN
(70%A + 30% B)

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN

Fdo: _____

Vº Bº. EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo: _____

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN^{1,2}

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)³.

Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento.
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
HABILIDADES ADQUIRIDAS Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
USO RACIONAL DE RECURSOS Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
SEGURIDAD DEL PACIENTE Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
MOTIVACIÓN Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA Demuestra habilidades de relación interpersonal y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
TRABAJO EN EQUIPO Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos de la rotación pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos de la rotación.
10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

³ Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.



INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI / PASAPORTE:
CENTRO DOCENTE: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"		
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:
TUTOR:		

Vacaciones reglamentarias:

Periodos de suspensión del contrato:

A. ROTACIONES: (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma)

Contenido	Unidad	Centro	Duración (en meses)	Calificación de la rotación	Ponderación
1			0,00	0,00	#iDIV/0!
2			0,00	0,00	#iDIV/0!
3			0,00	0,00	#iDIV/0!
4			0,00	0,00	#iDIV/0!
5			0,00	0,00	#iDIV/0!
6			0,00	0,00	#iDIV/0!
7			0,00	0,00	#iDIV/0!
8			0,00	0,00	#iDIV/0!
9			0,00	0,00	#iDIV/0!
10			0,00	0,00	#iDIV/0!
Calificación total de las rotaciones: <small>((Duración (en meses) x Calificación rot) / nóm meses rotaciones)</small>					#iDIV/0!

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

Tipo	Nivel	Denominación / Referencia	Duración	Calificación (0,01 a 0,3)
			0,00	0,00
			0,00	0,00
			0,00	0,00
			0,00	0,00
			0,00	0,00
Calificación total de las actividades complementarias: <small>(máx. 1)</small>				0,00

C. CALIFICACION DEL TUTOR:

Comentarios:

Calificación cuantitativa del tutor:
(de 1 a 10)

CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTES: **#iDIV/0!**
(Ax65 + Cx25%)/100+B

FIRMA DEL TUTOR
Fdo:
Lugar y Fecha:

EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL DEL TUTOR (1-10)		#iDIV/0!
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL DEL COMITÉ (1-10)		EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN Fdo.: Jorge Albareda Albareda -Jefe de Estudios-
CUANTITATIVA	<input type="text"/>	
CUALITATIVA	<input type="text"/>	

Evaluación final del periodo de residencia por el Comité de Evaluación

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			

Duración de la especialidad	Año de formación	Nota Anual	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1		
	R2		
3 años	R1		
	R2		
	R3		
4 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
5 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
	R5		
MEDIA PONDERADA DE LAS EVALUACIONES ANUALES			

CALIFICACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN	
CUANTITATIVA	
CUALITATIVA	

OBSERVACIONES:

Sello del centro docente	EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:
	Fdo.:
	Lugar y Fecha

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. ROTACIONES¹:

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{11 \text{ MESES}}$$

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR:

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben proponerse áreas de mejora.
3-4	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente que supiera la duración del periodo complementario.
5	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
6-7	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
10	Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación⁴.

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de F. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valorará como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

⁴ Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

**INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA
POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN**

El Comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

POSITIVA: cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.

POSITIVA DESTACADO: cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

INVESTIGACION

El peso de la investigación en este SPSQ es uno de sus valores añadidos y forma parte de las señas de identidad del mismo. En este sentido hay una colaboración por parte de los miembros del SPSQ para contribuir al avance científico. Disponemos en nuestro Servicio de uno de los equipos de investigación más potentes de este hospital y sin duda somos referencia nacional e Internacional en nuestras áreas de investigación. Desde hace años, varios miembros del Servicio, pertenecen al Grupo CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental) con dos líneas principales en Psiquiatría Geriátrica y en Psiquiatría Psicosomática/Enlace. Así mismo, se tiene la consideración de Grupo Consolidado de Investigación del Gobierno de Aragón desde 2002, renovándose en todas las convocatorias. Gracias a la contribución del Prof. Seva y posteriormente del Prof. Lobo, se edita en Zaragoza el European Journal of Psychiatry, la única revista psiquiátrica en nuestro país en inglés indexada en Social Sciences Citation Index. Las líneas de investigación en las que se ha trabajado, y se sigue trabajando, son las siguientes:

- Epidemiología en población general y en personas mayores (GRUPO ZARADEM) (Prof. Lobo; Dra. De la Cámara)
- Mejora y Complejidad de Servicios: Estudio INTERMED; REPEP
- Actividad asistencial (UHA, H. Dia, USM).
- Psicosomática: Grupo GEMPPZ; Estudio depresión-enfermedad cardiovascular; Estudios depresión-estrés; Valoración de competencia en la toma de decisiones
- Psiquiatría Infanto-Juvenil
- Ensayos clínicos.
- Psicopatología.
-

Uno de los objetivos de la formación MIR es que los Residentes participen activamente en todas las fases de los proyectos, desde la planificación metodológica de los mismos hasta la elaboración de artículos científicos y tesis doctorales.

Algunos de los proyectos actualmente en marcha en el Servicio son:

- Proyecto ZARADEMP 6: "Comorbilidad psíquica y física en los mayores: Incidencia, "life-time risk" e implicaciones de los casos "subsindrómicos", y síndromes "negativos" en las tasas de mortalidad". Financiado por Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación - ISCIII- Proyecto FIS. IP Concepción de la Cámara coordinado con Grupo CIBERSAM de Dr. JM Haro, Barcelona).
- Proyecto FIS PI19/01874: Desarrollo de un novedoso índice para medir el riesgo de demencia a los 5, 10, 20 años basado en variables de estilo de vida y factores de riesgo psicopatológicos. IP: Concepción De la Cámara/Javier Santabárbara.
- Proyecto DIEPIM: Estudio de la "depresión incidente específica post-infarto agudo de miocardio": psicopatología diferencial y correlatos fisiopatológicos. Financiado por Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación.
- Proyecto de Segundos episodios psicóticos (PEPs). "Phenotype-genotype and environmental interaction. Application of a predictive model in first psychotic episodes." (PEPs study); y "Determinantes clínicos y neurobiológicos de segundos episodios de esquizofrenia. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos". Ambos son Proyectos FIS CIBERSAM (IP M Bernardo). Estudio multicéntrico, financiado por Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación Segunda parte de un proyecto multicéntrico (varios centros españoles),

- Proyecto MICROBIOTA. Financiado por Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación. En colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, participamos como un grupo de colaboración, estudiando la influencia de flora intestinal sobre la aparición de depresión. Se ha iniciado el trabajo de campo en la UHA.
- Proyecto depresión-estrés (evaluación no invasiva del sistema nervioso autónomo mediante análisis de la variabilidad de bioseñales), en colaboración con investigadores del CIBER-BBN de Ingeniería:
 - Proyecto: Patterns of Autonomic Nervous System Biomarkers in Depression (DEANS). Project Coord: Raquel Bailón. PI of Research Coord. Research Group: Pablo Laguna. Other groups: GAB, Grupo 11, Grupo 25, IIS-A (Concepción de la Cámara).
 - Proyecto: “Hacia una identificación temprana de la depresión mediante procesado de señales fisiológicas y biomarcadores metabólicos”. I.P.: Raquel Bailón, en cuyo equipo está Concepción de la Cámara. Convocatoria del Departamento de Innovación, Investigación y Universidad, Gobierno de Aragón, cofinanciada con el programa operativo FEDER Aragón 2014-2020).

Por otra parte, en la UHA se colabora en proyectos de investigación generales del SPSQ y también se propicia el desarrollo de una investigación clínica para lo cual será crucial disponer de un registro de casos informatizado. Estas son las líneas de investigación propuestas en la UHA tanto para los alumnos de grado como para los MIR interesados.

- 1- Complejidad asistencial en pacientes ingresados en planta de Psiquiatría: la comorbilidad somática.
- 2- La adecuación de la UHA a las necesidades de los pacientes psicogerítricos.
- 3- Perfil epidemiológico de los pacientes que reingresan en UHA de Psiquiatría: puerta giratoria y pacientes con estancia media mayor a 3 semanas.
- 4- Adecuación de los criterios de ingreso en planta de Psiquiatría y perfil clínico asistencial de los pacientes con diagnóstico de tr. no psicótico.
- 5- Perfil epidemiológico de los ingresos involuntarios en Psiquiatría.
- 6- Niveles de satisfacción de pacientes (y familiares) ingresados en planta como criterio de mejora de calidad asistencial.
- 7- Comorbilidad médico-psiquiátrica de pacientes ingresados en Oncología y atendidos en una Unidad de Psiquiatría Psicósomática y de enlace (UPPE): frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales.
- 8- Guías Europeas y norteamericanas (APA) de formación de residentes de la psiquiatría posgrado basado en el aprendizaje de competencias: un estudio de su aplicabilidad en Aragón.
- 9- Perfil clínico de pacientes ingresados por crisis suicidas y por intento autolesivo médicamente grave.
- 10- Perfil clínico de pacientes que han tenido incidentes críticos, contenciones mecánicas y que su alta ha sido voluntaria o con traslados a otras plantas o Unidades.
- 11- Mortalidad y continuidad asistencial tras el ingreso en UHA.
- 12- Patología dual en una Unidad de Hospitalización de Adultos: características generales del perfil clínico, asistencial y epidemiológico de los pacientes ingresados.
- 13- Perfil clínico y manejo de los pacientes con trastorno de la personalidad ingresados en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.
- 14- Guías clínicas y perfil clínico-asistencial de pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar que son ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos. Calificación:
- 15- Perfil clínico-asistencial de los pacientes ingresados por primer episodio psicótico durante 2014 y 2015.

- 16- Perfil clínico-asistencial y complejidad en pacientes de otras culturas en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA).
- 17- Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría en situación de exclusión social: Personas sin techo y síndrome de Diógenes.

Hay un camino por recorrer en el tema de la investigación y radica en que la lleve a una mayor confluencia con la clínica. La tesis doctoral de Dra. Maite Cortina ^(12¹²) (dirigida por el Prof. Antonio Lobo y el Dr. Carlos Marco) es un ejemplo paradigmático de cómo una investigación con rigor metodológico puede ilustrar la actividad clínica diaria y tener una utilidad para el desarrollo de las necesidades asistenciales.

A continuación se reseña las Tesis Doctorales que han dirigido miembros del actual SPSQ.

Dr. Pedro Ruíz:

- ✚ Epidemiología de los TCA en el Norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada. David Calvo Medel (2012).
- ✚ Director de Tesis Doctoral Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España. Eva Villas Pérez. (2013).
- ✚ Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos: datos de dos investigaciones secuenciales María González de la Iglesia (2016).
- ✚ La impulsividad como modulador de los diferentes fenotipos clínicos en el paciente obeso. Cristina Banzo Arguis. (2016).
Insatisfacción corporal en adolescentes. Silvia Elena Mabry Paraiso (2016).
- ✚ Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de danza clásica. Marta Cebollada Usón (2016).
- ✚ Impulsividad y TDHA en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria Ana Barrera Frances (2016).
- ✚ “Influencias de un programa psicoeducativo en la mejora del estado de salud en trastorno por atracón y trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbidos” de Amaya Carceller Tejedor (en proceso).
- ✚ “Trastornos de conducta en la adolescencia desde la Teoría del Apego” de Raquel Laguna Rodrigo (en proceso).

Dr. Tirso Ventura Faci:

- ✚ “Morbilidad Psíquica, Actitudes y Conducta de Enfermedad en pacientes hipertensos”. Juan Carlos Marco Sanjuan. Universidad de Zaragoza. 1989.
- ✚ “Evaluación de los niveles de deterioro cognitivo en la población geriátrica del Hospital Psiquiátrico Provincial de Teruel”. José Luis Hernández Fleta. Universidad de Zaragoza. 1991.
- ✚ “Morbilidad Psíquica en Migrañas, Cefaleas Tensionales y Cefaleas Crónicas Diarias”. Isabel Garbazo Sanz. Universidad de Zaragoza. 1991.
- ✚ “Aportación al estudio de validez de la SPECT cerebral en el diagnóstico de esquizofrenia crónica y trastorno bipolar”. Concepción Ceballos Alonso. Universidad de Zaragoza. 1996.

¹² (12) Cortina MT. Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en el Hospital General y atendidos en Una Unidad de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace (UPPE). Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales. Universidad de Zaragoza, 26 Marzo 2013.

- ✚ “Estudio epidemiológico de los trastornos del sueño en la población general geriátrica y su relación con factores sociodemográficos, de salud y psicopatológicos”. Maite Aránzazu Zapata Usábel. Universidad de Zaragoza. 2007.
- ✚ “Estudio de los Modos de Afrontamiento y el Apoyo Social percibido en pacientes afectos de Lesión Medular. Validación de la Escala HADS para screening de depresión en esta población”. Isabel Villareal Salcedo. Universidad de Zaragoza. 2008. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/3211/files/TESIS-2009-044.pdf>
- ✚ “Validación española de la entrevista MacCAT-T para evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir sobre su tratamiento”. Ignacio Alvarez Marrodán. Universidad de Zaragoza. 2012.
- ✚ “Adaptación y validación española de la entrevista MacArthur Competency Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) y de un cuestionario breve para evaluar la capacidad de las personas para consentir participar en investigación”. Beatriz Soledad Baón Pérez. Universidad Complutense de Madrid. 2013. <http://eprints.ucm.es/21253/> (consulta: 4 Marzo 2014).
- ✚ “Validación del Cuestionario de screening C4-SERVET de la capacidad mental de los enfermos para dar Consentimiento Informado sobre tratamiento”. Cristina Soler González. Universidad de Zaragoza. 2015.

Dra. Concepción De La Cámara.

- ✚ “Depresión y demencia incidente: el efecto de las características de la depresión”. Patricia Gracia García. Universidad de Zaragoza. 2012.
- ✚ “Factores de riesgo y aproximación etiopatogénica, reversibilidad y cronicidad del síndrome confusional agudo en pacientes mayores de 65 años en un Servicio de Geriátrica”. Susana Ulloa Levit. Universidad de Zaragoza. 2016.

Dr. Miguel Angel Quintanilla

- ✚ Riesgo de incidencia de demencia asociado a dependencia para actividades cotidianas en una muestra comunitaria de persona mayores de 66 años. Laura Bosqued Molina. Universidad de Zaragoza. 2017.

Dr. Ricardo Campos

- ✚ Evaluación multiaxial de la problemática social y carencia de soporte social en Atención Primaria en la ciudad de Zaragoza. María José Iribarren Oscoz. Universidad de Zaragoza. 1997.
- ✚ Estudio de pacientes de Atención Primaria diagnosticados de morbilidad psíquica con sintomatología depresiva. Joaquín Fuertes Estallo. Universidad de Zaragoza. 2001.
- ✚ Calidad de vida y morbilidad psíquica en pacientes con psoriasis. M^a Isabel Belloso Rodanes. Universidad de Zaragoza. 2001.
- ✚ Factores pronóstico asistenciales y comorbilidad psíquica en pacientes geriátricos hospitalizados. Francisco Javier Olivera. Colegio Mayor Huesca. Universidad de Zaragoza. 2002.
- ✚ *Valoración de la complejidad asistencial y de la utilidad del Intermed en una Unidad domiciliaria de cuidados paliativos. Doctorando: José Javier Marco Amigot. Colegio Mayor de Huesca. Universidad de Zaragoza. 2002.
- ✚ *Validación de la Escala Hospital Anxiety and depresión Scale (HADS) en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Lucía Tomás Aragónes. Universidad de Zaragoza. 2006.
- ✚ *Trastorno bipolar: Evaluación de la psicomotricidad, atención, calidad de vida e imagen corporal. Doctorando: Silvia Rosane Parcias. Universidad de Zaragoza. 2006.
- ✚ *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en los Médicos Internos Residentes de un Hospital General. Eugenia González Goizueta. Universidad de Zaragoza. 2006.

- ✚ *Crecimiento postraumático y calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. Doctoranda: Teresa Esparza Baigorri. Universidad de Zaragoza. 2015.
- ✚ *Crecimiento postraumático, calidad de vida e imagen corporal en mujeres supervivientes de cáncer de mama. Doctoranda: Marta Charlo. Universidad de Zaragoza. 2015.
- ✚ *Clínica psiquiátrica psicoanalítica en pacientes atendidos en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de referencia de sector. Análisis epidemiológico, reflexiones y propuestas de adecuación de servicios. Doctorando: Dr. Santos Hijós Oliván. Universidad de Zaragoza. 2016.
- ✚ *Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en personas privadas de libertad. Doctoranda: Ana Bellido Belle. Universidad de Zaragoza. 2016.
- ✚ *Perfil clínico-epidemiológico y evaluación clínica del riesgo de suicidio de pacientes con intoxicación agudas atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Doctoranda: Rosaura Arredondo Almazo. Universidad de Zaragoza. 2017.
- ✚ *Comorbilidad médico-quirúrgica en pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización. Doctoranda: Patricia Latorre Forcén. En proceso. Universidad de Zaragoza. Fecha probable Octubre 2020.

Las líneas de investigación extremadamente teóricas (con una innegable pureza científica) **no** acaban de tener **atractivo para algunos de los residentes o doctorandos con una visión más crítica y personal** del estudio de aspectos que van a llevar mucho de su tiempo, y que por ende desean que sean relevantes en sus vidas profesionales. Por otro lado, las personas que llevan la investigación **no** acaban de encontrar **vías de sinergia** con aquellos profesionales que están en la brecha asistencial y que les facilitan pacientes para su estudio.

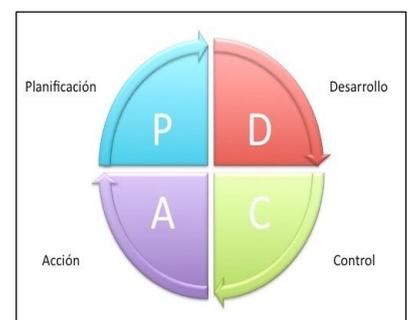
En este contexto, definiendo desde hace años que haya una diversidad de opciones temas a investigar para los residentes y doctorandos. Fruto de ello he podido dirigir Tesis a residentes de MIR-PIR sobre aspectos concretos como complejidad en pacientes psicogerítricos, burn-out de MIR en Hospital General y Crecimiento Postraumático y Calidad de Vida en pacientes supervivientes de cáncer de Mama.

Se les va a proponer a los residentes en rotación que realicen dos tipos de trabajos como fin de rotación. Uno la redacción y discusión de un caso clínico que pueden remitir al Concurso Nacional de Casos además de contribuir a las Sesiones Clínicas del SPSQ. También se les recomienda que preparen un artículo para publicación sobre algún tema propio de la UHA, contando con la base de datos informatizados de los pacientes atendidos en la UHA.

GESTION DE CALIDAD

El Servicio Aragonés de Salud y el HCU-LB optaron por el modelo EFQM como sistema de gestión de calidad y el Ciclo de Mejora como instrumento práctico de perfeccionamiento de procesos. Traducido al SPSQ este ciclo de mejora se simplifica en el modelo PDCA.

Como se desprende de la Figura, se trata de una secuencia de acontecimientos lógica, que se inicia por la planificación de una intervención sobre el problema escogido, se ponen en marcha las medidas decididas en un marco temporal; se controlan y evalúan los efectos de las modificaciones introducidas, se analizan y, finalmente, se actúa para corregir las deficiencias o se obtiene información para nuevas acciones de calidad.

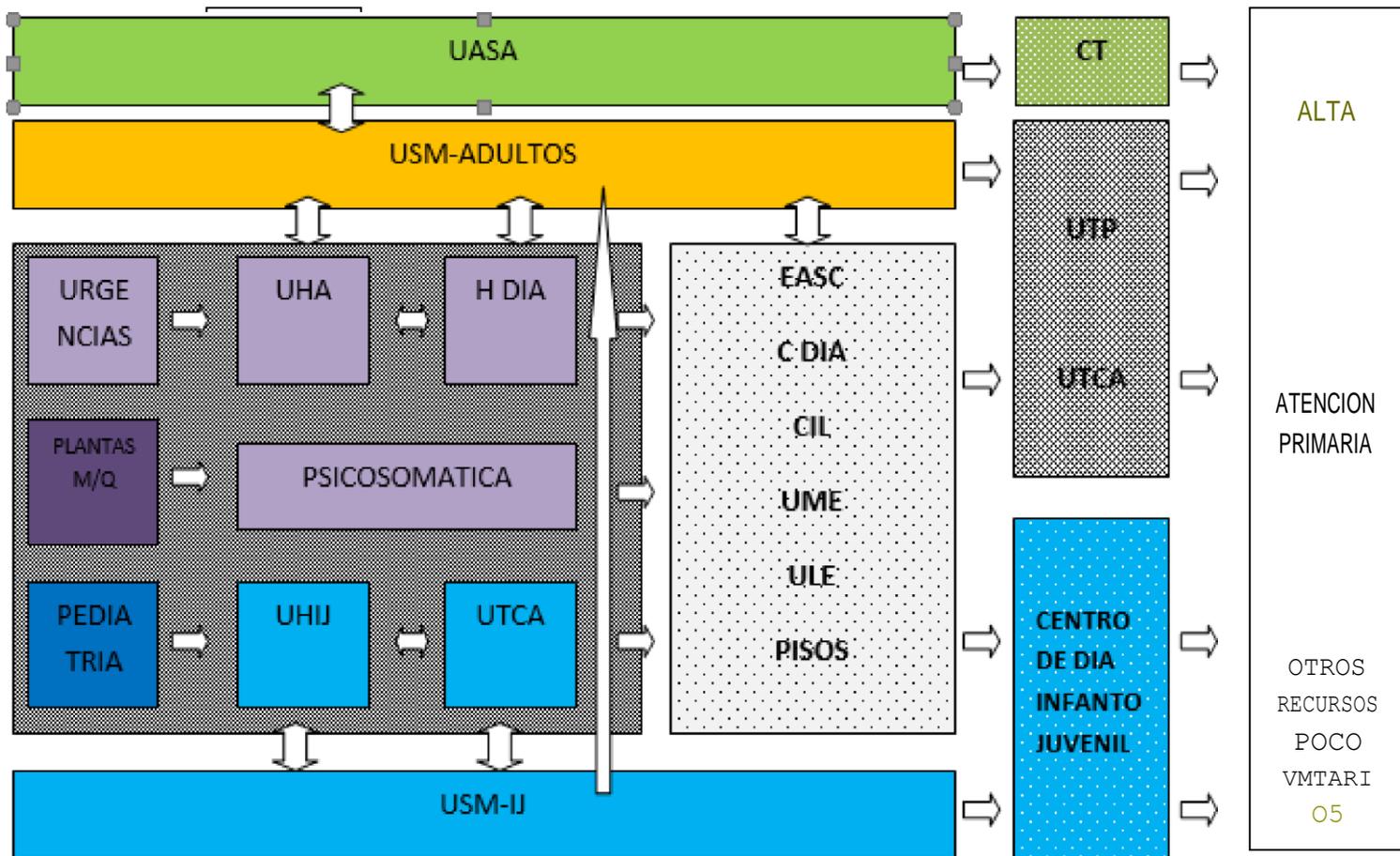


El SPSQ cuenta con una organización de calidad estable y activa, a través de la “**Comisión de calidad del SPSQ**”, con reuniones mensuales. Actualmente está liderada por el Dr. Caro. Participan en la misma miembros del SPSQ en donde, además del Jefe PSQ, estamos representados los Jefes de Sección de UHA y Psiquiatría Infanto-Juvenil, así como facultativos como son MIR, Psicología, Enfermería, Trabajo Social. En la actualidad, se ha priorizado las siguientes áreas de actuación en una primera fase, a saber:

- Ingreso, atención y alta (Atención centrada en el cliente/paciente)
- Continuidad asistencial (derivación interna y externa)
- Procedimientos (de la atención)
- Acogida a profesionales y personal en formación(residentes, estudiantes) (trabajo en equipo)
- Información a usuarios
- Satisfacción de usuarios y familiares

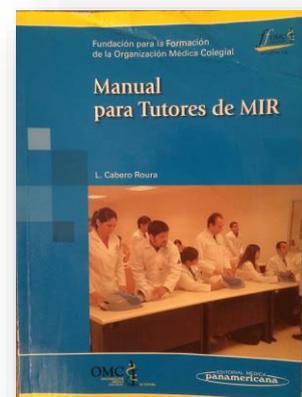
Para saber de las necesidades, expectativas, satisfacción de los Usuarios, familiares, trabajadores de las distintas unidades se están realizando Entrevistas focales y Grupos de trabajo que nos permitan plantear nuevos programas de mejora de calidad asistencial.

MAPA DE MACROPRDCESO O DE PROCESOS NIVEL 0, SERVICIO DE PSIQUIATRIA HCU “LOZANO BLESAS” SECTOR III ZARAGDZA



Esta Comisión desde su creación hace años ha llevado a cabo diferentes programas de Mejora en las diferentes Unidades. Entre ellos nos detendremos en uno de los pioneros y que fue el que en 2004 fue el **Programa de Mejora de la Calidad de la Docencia** que permitió nuestra adaptación y anticipación a los cambios normativos que se produjeron posteriormente y que se fundamentó en los siguientes puntos:

- ❖ **Tutorización individualizada:** Cada tres meses hay una tutoría programada, además de la disponibilidad de los tutores para tener tutorías no programadas.
- ❖ **Definición, supervisión y evaluación docente:** tutores de rotación, guías consensuadas de cada rotación (objetivos, bibliografía recomendada, actividades clínicas, docentes y de investigación así como tiempos de supervisión), evaluación de las rotaciones (tanto por los residentes como por los adjuntos, solicitándoles que ponderen individualmente las calificaciones y que no se siga “el café para todos”, otorgándoles la máxima calificación de forma sistemática), asegurar que hay una progresiva adquisición de mayor autonomía. Es preciso tener también un formato de evaluación escrita por parte de los residentes acerca de los tutores de rotación.
- ❖ **Coordinación con la jefatura del SPSQ:** Hay dos reuniones anuales en donde intercambiar la información sobre aspectos docentes generales y específicos como son los derivados de las propuestas que anualmente presentan los representantes de los MIR.
- ❖ Se propuso instaurar la realización de **guardias de puertas** (dos al mes) en el Servicio de Urgencias durante los 6 primeros meses, tal y como lo hacen el resto de residentes. En esos meses los MIR 1 hacen también guardias de la especialidad, siempre con otro residente de Psiquiatría además del adjunto.
- ❖ **Plan Cigüeña:** Se diseñó una **acción tutorial específica con residentes mayores** en la elaboración de planes de desarrollo profesional, en donde se ha incluido la realización de informes personalizados al final de la residencia, la ayuda en la búsqueda del primer empleo así como una posibilidad de la continuidad del contacto con los tutores, especialmente en los dos primeros años de adjuntía. Sería importante reactivar estas conexiones en forma de encuentros con generaciones previas (**Programa Antepasados**) y cuya experiencia arrojen nuevas luces a los puntos más complejos propios de la residencia, especialmente aquellos más sensibles a la cultura propia del Servicio y del HCU-LB.



El programa de formación de especialistas de nuestro Servicio es atractivo y de alta calidad debido al histórico compromiso con un desarrollo ulterior que siempre ha estado por delante de las nuevas normativas. Hemos contado con una apuesta decidida de los jefes de Servicio, sin interferencias, en diferentes vertientes (formación especializada de enfermería y Trabajo Social y de epidemiología y gestión clínica del Prof. Seva y la excelencia investigadora y docente con estándares internacionales y con especial conexión con el Johns Hopkins del Prof. Lobo; la apuesta por la gestión por procesos del Dr. Valero Pérez). También han influido el esfuerzo y dedicación de los tutores anteriores (Prof. Dourdil, Dres. Giraldez, González-Murga, Velilla y Dras. Irigoyen y De la Cámara) cuya función se ha ido haciendo más compleja y atractiva por el reto que supone la mejora continua con una gestión administrativa cada vez más exigente, sin dejar un ápice de nuestro compromiso como psiquiatras del Servicio.

Como tutores seguimos en proceso de aprendizaje continuo que nos lleva a compartirlo con otros tutores a nivel autonómico/nacional (desde las Primeras Jornadas Aragonesas de Tutores de Especializada en el 2005, reuniones anuales con tutores MIR Psiquiatría-PIR de Aragón, el encuentro de Tutores de Psiquiatría de la Comisión Nacional en el Ministerio en varias ocasiones) e internacional (Reunión del Board de

Psiquiatría de la Union Européenne Medecins Spécialistes, UEMS celebrada en la UA de Madrid en Abril del 2014) y a estar muy atentos a las propuestas anuales de los MIR. Ellos, ellas quizás por la primacía femenina de la profesión, son el activo más importante del programa y en los residentes es crucial su actitud positiva, proactiva y generosa frente al aprendizaje, el trabajo en equipo, y la relación interpersonal con los pacientes. Del adagio “contra el vicio de pedir la virtud de no dar” de la antigua Escuela Profesional de los setenta abogamos porque los MIR ejerzan una crítica constructiva y posibilista.

En esta dinámica es crucial capacidad de liderazgo de los R-mayores que sepan reforzar el acompañamiento a los R-pequeños siguiendo los principios éticos de nuestra profesión y delegando (y no imponiendo) funciones y tareas entre todos. Como hito en la historia reciente es el reconocimiento oficial de la capacidad discente, reivindicada históricamente, de los residentes hacia los estudiantes de Medicina (además de a sus propios compañeros de residencia) es que desde Junio del 2013 algunos de ellos (5 de los 11) han sido y son reconocidos como Profesores Colaboradores del Dpto. de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la ZFM (de la UZ). Nuestro objetivo es que en la próxima convocatoria en Junio 2020 haya plaza para todos los residentes que lo deseen (excepto los R4 que están fuera del SPQS una buena parte del periodo lectivo del último año).

La importante labor del tutor y de todos los psiquiatras como **mentores** de los residentes con su capacidad de aprendizaje horizontal se debe reforzar con el compromiso del resto de los facultativos y de aquellos que se han formado como residentes en nuestro Servicio. Nuestra implicación como tutores es máxima, habida cuenta que no tenemos liberación de otras tareas que desempeñamos en el SPSQ.

En relación con los puntos más complejos o retos futuros del programa MIR van dedicados **algunas propuestas:**

- ✓ La necesidad de mantener un equilibrio entre las diferentes funciones del programa de formación en donde la base sea la clínica (que debe estar cubierta por los propios psiquiatras y en la que los residentes rozan la excelencia a tenor de los premios nacionales que obtienen en la remisión de casos clínicos), abriendo más espacios a los tiempos docentes protegidos (llegando al ideal de tener el equivalente a una jornada laboral semanal para seminarios y sesiones específicas) y potenciando el inicio a la investigación con ofertas variadas (epidemiológica y también estudios de orientación clínico-asistencial y con la elección de temas abiertos).
- ✓ Importancia de mejorar la potencialidad actual del residente para leer la tesis dirigida por miembros del propio Servicio (8 de los 18 psiquiatras son doctores) y mejorar la capacidad de publicaciones sin caer en los excesos de residentes con una dedicación excesiva a la investigación (lo que actualmente se contempla por el IACS como el “residente investigador”). Para mejorar la capacidad de investigación clínica de los MIR y del propio SPSQ habrá que ejercer una acción tutorial específicas.
- ✓ Recomendación de estar en línea con guías formativas internacionales como las de la UEMS o con el “Proyecto Milestones” liderado por el Prof. Allan Tassman de la American Psychiatric Association y presentado en el Congreso Mundiales de la Asociación mundial de Psiquiatría. Ambas tienen objetivos **vinculados a la adquisición de competencias** clínicas y las vinculadas al conocimiento, la investigación, comunicación, promoción de la salud, gestión clínica y ética. La adaptación a nuestro medio del Proyecto Milestones (de extrema utilidad para futuras pruebas de competencias clínicas ECOE) y el portafolio docente.

- ✓ Perfilar una mayor homogeneidad en la evaluación del residente (y del adjunto y de los programas formativos) y también en mejorar el nivel de supervisión reglada de casos (idealmente contando con profesionales externos al SPSQ). Su documentación así como el desarrollo en la formación específica en psicoterapia (compartida con otros profesionales en formación) es una de las principales lagunas de nuestro Programa, que los MIR intentan compensar a través de su rotaciones externas.

- ✓ Mantener la histórica colaboración nacional e internacional con otros centros docentes que faciliten programas de intercambio, rotaciones e investigaciones internacionales. En este sentido tenemos. p. ej., conexiones personales con la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, con el grupo de trabajo en la formación de Psiquiatría de Enlace de la Sociedad de Psiquiatría, la Sociedad Europea de Psicosomática, la Sociedad Internacional de Psicodermatología así como con la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS), el Servicio de Psico-oncología del Memorial Sloan-Kettering de NY (Prof. Breitbart) y grupos investigadores italianos (Prof. Grassi de Univ. Ferrara), lusos y catalanes de Psico-Oncología (F. Gil del Instituto Catalán de Oncología del H. de Bellvitge) y del Programa PAIME (Dra. D. Braquehais Clinica Galatea del H. Bellvitge BCN).

- ✓ Solicitar, eventualmente, una auditoría externa por parte del European Board de la UEMS. Esto sería un reto y oportunidad para que nuestro programa formativo figurase a la cabeza de los mejores Servicios de PSQ nacionales y europeos.

