



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

GUIA/ITINERARIO FORMATIVO TIPO PSIQUIATRIA

Tutor responsable del documento: M^a José Álvarez Alonso
Jefe de estudios responsable del documento: Susanna Vilaseca
Fecha de revisión: enero 2020
Aprobación: Comisión de Docencia del CHV, febrero 2020



GUIA / ITINERARIO FORMATIVO TIPO de Psiquiatría

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Presentación de la red de salud mental de Osona.....	4
3. Calendario de rotaciones.....	20
4. Objetivos de las rotaciones.....	23
5. Atención continuada.....	40
6. Rotaciones externas.....	42
7. Sesiones clínicas y bibliográficas	43
8. Formación teórica.....	48
9. Plan de formación transversal	50
10. Planificación de cursos, congresos e investigación	51
11. Bibliografía obligatoria	54
12. Tutorías	68
13. Evaluación.....	69



1. INTRODUCCIÓN

Denominación de la especialidad	Psiquiatría
Duración de la formación	4 años lectivos
Titulación de acceso	Licenciado/Graduado en medicina

Este programa tiene por objetivo la adaptación del Programa de formación de especialistas en Psiquiatría (2008) de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría a nuestra Unidad Docente y a nuestro entorno.

La formación en los conocimientos y habilidades de la especialidad de psiquiatría se deben adquirir durante los cuatro años de residencia, y esta se alcanzará de manera gradual con las rotaciones por las diferentes unidades asistenciales. Los estudios previos requeridos son: Graduado/licenciado en Medicina.

La función de los facultativos especialistas, así como del resto de personal que conforma la Unidad Docente, es facilitar el aprendizaje del residente. La adquisición de los Conocimientos debe basarse en el auto aprendizaje tutorizado, apoyado por una estructura docente constituida por sesiones clínicas y bibliográficas, seminarios, talleres, comités, cambios de guardia, asistencia a cursos, congresos, etc.

La formación teórica específica se adquirirá mediante la asistencia a los cursos y las sesiones clínicas organizados por la Acadèmia de Ciències Mèdiques para todos los residentes en Psiquiatría y Psicología, sesiones clínicas del servicio, cursos online, asistencia a congresos específicos y los cursos organizados por la Comisión de Docencia.

La Comisión de Docencia debe de organizar y facilitar la formación en competencias comunes a los residentes de todas sus Unidades Docentes y con este objetivo se presenta en el punto 8 el Plan de Formación Transversal del CHV.



2. PRESENTACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE LA COMARCA DE OSONA

El Consorci Hospitalari de Vic (CHV), localizado en Osona (Barcelona), está constituido por diferentes centros sanitarios.

- Hospital Universitario de Vic, referente en atención pública.
- Clínica de Vic, referente en atención privada.
- Osona Salud Mental, referente en atención especializada en Salud Mental.
- Hospital Sant Jaume de Manlleu, referente en gerontopsiquiatría, atención intermedia y dependencia.
- Residencia Aura, centro residencial para personas mayores.
- Centro de día Josep Roqué i Castell, centro de día diurno.

Además, el Consorci Hospitalari de Vic, es Hospital Universitario mediante un convenio establecido con la Fundación Hospital de la Santa Creu de Vic y la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña. El reconocimiento como Hospital Universitario acredita que todos los dispositivos asistenciales del Consorci Hospitalari de Vic anteriormente citados y entre ellos, Osona Salud Mental, reúna los requisitos para impartir docencia en los grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña, además de permitir la utilización conjunta de las estructuras de los centros hospitalarios y de la universidad para la docencia, la investigación, la transferencia del conocimiento y la innovación.

La comarca de Osona cuenta con una población de aproximadamente 160.000 habitantes distribuidos en 51 municipios. Existen 11 áreas básicas de salud (ABS). Si bien la “marca” de salud mental del CHV es el edificio Osona Salud Mental, para facilitar la accesibilidad de los usuarios, la atención comunitaria de salud mental adultos e infantojuvenil de los pacientes que residen en las áreas básicas de salud del norte de Osona se realiza en el Hospital Sant Jaume de Manlleu.

La Fundación Centre Mèdic Psicopedagògic de Osona (FCMPPO) es el proveedor de servicios de rehabilitación comunitaria de salud mental, vivienda e inserción laboral. Existe un convenio entre la FCMPPO y el CHV que garantiza la transversalidad en los servicios de salud mental, la integración social y sanitaria y la transferencia del conocimiento. Las dos entidades comparten dirección asistencial (el director del servicio de salud mental del CHV) para garantizar un mismo modelo de atención.

Por otra parte el CHV también tiene un convenio con el Hospital Santa Creu de Vic, hospital sociosanitario donde se realiza interconsulta de gerontopsiquiatría.

La misión, visión y valores del servicio de salud mental están alineados con los del Consorci Hospitalari de Vic y han sido aprobados por el comité de dirección del CHV.



Misión

Dar a los ciudadanos unos servicios de salud mental de calidad, eficientes y centrados en las necesidades de los usuarios, potenciando la prevención, la continuidad asistencial y la atención en el nivel más adecuado según la cartera de servicios y las líneas estratégicas definidas en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y el Plan de Salud del Departamento de Salud.

El ámbito de salud mental del CHV debe ser un ejemplo de modelo de asistencia: integral, de base territorial, orientación comunitaria, gestionado por procesos y mediante el establecimiento de alianzas funcionales entre las diferentes entidades proveedoras del territorio.

La generación y transferencia del conocimiento a través de la docencia, investigación e innovación, debe contribuir a la experiencia de los profesionales y generar valor a los pacientes.

Visión

Ser un servicio reconocido por dar a los usuarios una asistencia de calidad y eficiente, con un buen trato humano y hacer crecer a los profesionales.




Valores

Profesionalidad, Acogida, Compromiso, Creatividad.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Atención comunitaria de salud mental infantil y juvenil, salud mental adultos y atención a las drogodependencias.

Se lleva a cabo en:

-  Centro de salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). Ubicado en Osona Salud mental y Hospital Sant Jaume de Manlleu.
-  Centro de Salud Mental Adultos (CSMA). Ubicado en Osona Salud mental y Hospital Sant Jaume de Manlleu.
-  Centro de Atención y seguimiento a las drogodependencias (CASD) y Programa de mantenimiento con Metadona (PMM). Ubicado en edificio Osona Salud Mental.

Hay que destacar que los profesionales del CSMA y CASD son compartidos, si bien las agendas están diferenciadas. La estructura física también es común, lo que ayuda a la integración de las dos redes (salud mental y drogodependencias) y mejora la asistencia al paciente dual.

Fuente de derivación:

Atención primaria (pediatra, médico de familia) u otros especialistas del CHV.

En el caso de la atención a las drogodependencias se realizan derivaciones desde justicia por el cumplimiento de medidas penales alternativas, así como un programa de atención a familias que piden apoyo y orientación para vincular a sus familiares drogodependientes en la red.

Actividades:

Visitas sucesivas de seguimiento individual y grupal.

Visitas familiares.











Cuidados de enfermería

Psicoterapia individual y grupal, a usuarios y familias

En el caso de la atención a las drogodependencias se realizan derivaciones desde justicia por el cumplimiento de medidas penales alternativas, así como un programa de atención a familias que piden apoyo y orientación para vincular a sus familiares drogodependientes a la red.

Horario de atención: Lunes a jueves de 8 a 19 horas. Viernes de 8 a 15 horas.








Existen una serie de programas prioritarios:

-  Salud y escuela
-  Coordinación entre el centro de salud mental infantojuvenil (CSMIJ) y el centro de atención a las drogodependencias (CASD)
-  Atención a los trastornos mentales graves
-  Programa de servicios individualizado (PSI)
-  Promoción de la autonomía y atención a la dependencia en salud mental (PRODEP)
-  Apoyo a centros residenciales de la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia)
-  Atención a los trastornos de conducta en población adolescente con discapacidad intelectual
-  Programa de gestión de casos de tentativas autolíticas
-  Programa de mantenimiento con metadona (PMM)
-  Prevención y promoción de la salud y lucha contra el estigma de las enfermedades mentales

Programa de apoyo a atención primaria

Se establecen actividades coordinadas con todas las ABS de nuestra zona de influencia y consultas del profesional de Psiquiatría /Psicología /Enfermería de Salud mental en los centros de Atención Primaria.

Las consultas incluyen: visita presencial al paciente (cita previa, urgente) y consulta telefónica.

-  ABS Manlleu: Psicología infantil y de adultos, y Psiquiatría de adultos. Grupos de enfermería.
-  ABS Vall del Ges: Psicología infantil y de adultos, y Psiquiatría de adultos.
-  ABS Vic Nord: Psicología infantil y de adultos, y Psiquiatría de adultos.
-  ABS Roda de Ter: Psiquiatría de adultos.
-  ABS Sant Hipòlit de Voltregà: Psiquiatría de adultos.
-  ABS Lluçanès: Psiquiatría infantil y de adultos.
-  ABS Vic Sud: Psicología infantil y de adultos, y Psiquiatría de



adultos. Psicología infantil grupal.

- ABS Tona: Psicología y Psiquiatría de adultos.
- ABS Santa Eugènia de Berga: Psicología infantil y de adultos y Psiquiatría de adultos.
- ABS Centelles: Psicología infantil y Psiquiatría de adultos.

Hay que considerar también como una actividad de apoyo a Atención Primaria la realización en el CSMA de grupos psicoterapia específicos para enfermos de fibromialgia procedentes de toda nuestra zona de influencia.

Además se agendan reuniones de interconsulta (quincenales, mensuales, ...) pactadas con cada ABS, con coordinación de psiquiatra, psicólogo y enfermero (adultos, drogas e infantojuvenil niños). También se hacen coordinaciones de trabajo social con trabajadores sociales de atención primaria, de ayuntamientos y de consejo comarcal.

El programa PRODEP de salud mental también implica el trabajo conjunto de atención especializada, atención primaria y servicios sociales. Consiste en identificar enfermos mentales en situación actual o potencial de dependencia y establecer un plan de acción individualizado y con la participación de servicios de salud y sociales del territorio.

El programa Salud y Escuela que se desarrolla conjuntamente entre educación, atención primaria y CSMIJ, con sesiones y consultorías, también se puede considerar dentro del apoyo a atención primaria.

La actividad en ABS no incluye atención a las drogodependencias, pero sí el cribado de las mismas. El seguimiento por la tipología del paciente se hace en el CASD, así como la dispensación de metadona.

Hospitalización parcial (Hospitales de día de adultos e infantojuvenil)

Recurso dirigido a pacientes con descompensación psicopatológica que precisa atención intensiva y continuada pero que no requieren hospitalización total. El criterio lo marca la evaluación de riesgos de autoagresividad, heteroagresividad y fuga.

Adultos: 12 plazas

Infantojuvenil: 10 plazas

Constan de 3 salas de trabajo, 1 box de enfermería, vestuario y ducha para los pacientes y una terraza con huerto terapéutico.

Hospitalización psiquiátrica completa.

Adultos (≥ 18 años)

Corta estancia. 10 camas

Orientada a la atención de pacientes con descompensaciones psicopatológicas graves que debido a los riesgos derivados de las mismas (auto, heteroagresividad, fuga), no pueden ser tratados de manera ambulatoria.

También se hacen ingresos de desintoxicación de alcohol en planta de medicina interna a cargo de salud mental.

Media o larga estancia. 12 camas



Se atienden pacientes con descompensación que precisan estancias más prolongadas por su estado clínico y la problemática social añadida.

Infantojuvenil (URPI) (<18 años)

2 camas en pediatría. Ingresan pacientes con descompensación psicopatológica aguda.

Unidad de Gerontopsiquiatría del Hospital Sant Jaume de Manlleu

Unidad hospitalaria ubicada en el edificio del Hospital Sant Jaume de Manlleu, con **20 camas** de media y larga estancia destinadas a pacientes geriátricos con trastornos de conducta de larga evolución o asociados a deterioro físico- cognitivo, con una media de edad superior a los 80 años. El ingreso de estos pacientes permite establecer un diagnóstico, un tratamiento y buscar una estabilidad clínica antes del alta. Se trata de una unidad cerrada con control de acceso y un número de altas anuales entre 120 y 150. En ella trabaja un equipo multidisciplinar formado por: Médico Especialista en Geriátrica con formación específica en el área de Gerontopsiquiatría, Psicólogo clínico especialista en Neuropsicología, Enfermería, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Trabajador social y interconsultores de los servicios de Psiquiatría y Neurología.

La mayor parte de los pacientes (70%) son derivados desde el Hospital Universitari de Vic, centro de referencia de agudos. Proceden tanto del área de Atención Continuada (Urgencias), como del área de Observación y del Área de Hospitalización Psiquiátrica de adultos. El resto de ingresos (30%) son derivados directamente desde Atención Primaria o desde la consulta EAIA (Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria de trastornos cognitivos y de conducta) de Geriátrica, ubicada en el mismo Hospital Sant Jaume de Manlleu.

Se realiza seguimiento post-alta de los pacientes que lo requieren en la consulta ambulatoria EIAIA así como atención compartida con asistencia primaria del territorio. Se dispone de Hospital de Día para estimulación cognitiva y continuidad asistencial, y recursos sociales (Residencia geriátrica Aura de Manlleu y centro de día J. Roqué).

Atención a las urgencias

Se atienden visitas no programadas en CSMA, CSMIJ y CASD y atención continuada durante 24 horas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Vic.

2.2. MODELO ASISTENCIAL

Se promueve el trabajo interdisciplinario orientado a la continuidad asistencial y con una orientación comunitaria. Se prioriza la prevención y la gestión de la demanda para orientarla a las necesidades de la población ya mejorar el patrón epidemiológico.

Para alcanzar este objetivo es necesaria la implicación de los profesionales, compartir y difundir el conocimiento con otros profesionales del entorno facilitando así su capacitación.

Para facilitar esta actitud en los profesionales de salud mental a nivel organizativo disponen de un tiempo dentro de su agenda para realizar tareas en equipo relacionadas con los objetivos del servicio.



2.3. PROGRAMA DE CALIDAD INTERNO DE SALUD MENTAL

El servicio de salud mental participa de la **política de calidad** del CHV que la define de la siguiente manera:

Orientación hacia la misión, visión y valores del CHV

La **misión** del Consorcio Hospitalari de Vic contempla orientar la organización para ofrecer servicios de calidad con criterios de equidad, efectividad, eficiencia y con responsabilidad social, implicando a sus profesionales y proveedores, para conseguir mejoras en la salud de los ciudadanos, en la asistencia, la docencia y la investigación.

Objetivo

- Consolidar la gestión de calidad total y orientar el consorcio a los ciudadanos / clientes, identificando los clientes y sus necesidades, detectando los aspectos de satisfacción / insatisfacción de la asistencia y estableciendo una organización en función de sus necesidades, en el marco de una asistencia amable y segura.
- Conseguir una asistencia de calidad con criterios de eficiencia, basándose en la utilización de los procedimientos y recursos de demostrada efectividad, implicando a los profesionales y proveedores, ya la vez, orientados a la mejora de la salud de la población ya la preocupación por el bienestar de los ciudadanos y de los profesionales que trabajan en el consorcio considerado el activo más importante de la organización.
- Elaborar líneas de trabajo que permitan detectar y prevenir aspectos de seguridad asistencial (seguridad de los pacientes).
- Comprometernos en la prevención de la salud y la continuidad de la atención de los ciudadanos.
- Activar acciones que respeten el medio ambiente y potencien la cohesión social.

Ámbito

Siguiendo la política de calidad del consorcio, el modelo de gestión de calidad total de salud mental, se fundamentará en conocer las necesidades de los **clientes**, en la definición de los **procesos**, para cubrir de manera satisfactoria y con los recursos adecuados, según la definición los **productos asistenciales** realizada por los profesionales, garantizando la seguridad de los pacientes y la continuidad de la atención.

Definición de la política

- La Dirección de Salud Mental establecerá un sistema de trabajo donde los **procesos / circuitos y productos** estén planificados, controlados y mejorados, según las necesidades de los clientes.
- Los proyectos, estudios y nuevos sistemas de organización tendrán como pilares fundamentales **orientar el servicio de salud mental a los ciudadanos / clientes**, mejorando su salud, garantizando su seguridad y la mejora de la eficiencia.
- La dirección de salud mental impulsará que **todos los profesionales participen** en actividades que potencien la **mejora continua**, el trabajo en equipo y la gestión de la calidad.



- La dirección de salud mental establecerá un sistema de gestión de la calidad no como un objetivo, sino como un sistema de trabajo, mediante el uso del **modelo de EFQM** de excelencia y el círculo de mejora continua PDCA (Plan / Do / Control / Act; planificar, aplicar, controlar y mejorar).
- La dirección de salud mental tendrá como referencia los **indicadores de acreditación de centros de salud mental y adicciones** del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, así como los indicadores de excelencia en calidad específicos de salud mental de la Fundación Avedis Donabedian (FAD).

Operativa:

- El **director de servicio** de salud mental es **reconocido por la dirección del CHV** como el **líder de la gestión de la calidad en su ámbito**, siendo el responsable de instaurar sistemas de planificación, control y mejora, para dar satisfacción a ciudadanos / clientes, ofreciendo un producto de reconocida calidad, con el fin de conseguir mejoras en la salud, y en su atención.
- La dirección gerencia pondrá a disposición del director de salud mental el **apoyo metodológico** necesario para poder planificar, controlar y mejorar su producto. Este será realizado **por parte del programa de calidad**, quienes mediante sus técnicos, grupos de trabajo y las herramientas adecuadas, asesorarán y darán la uniformidad necesaria.
- La dirección de salud mental planificará y evaluará los **objetivos estratégicos** de su línea de negocio **alineados con los del CHV**, según **modelo EFQM**, y éstos se transformarán en **objetivos operativos anuales**, siendo **traspasados a** objetivos de los **profesionales** de su ámbito.
- Se establecerán acciones formativas de divulgación de temas de calidad para los profesionales del servicio de salud mental
- La dirección de salud mental designará profesionales referentes de calidad en salud mental para las tres líneas asistenciales: salud mental adultos, salud mental infanto-juvenil y atención a las drogodependencias. Además se creará un **grupo de mejora** integrado por los referentes de calidad de salud mental, el responsable de la Unidad de Atención al Cliente (UAC), el responsable de gestión de clientes, el Jefe de la Unidad de Cuidados (CUC) de salud mental y el director de servicio (DS) de salud mental.

El grupo de mejora de Salud mental estará formado por:

<ul style="list-style-type: none">▪ Director de Servicio de Salud Mental▪ Jefe de Gestión Clientes▪ Referente calidad salud mental adultos▪ Jefe Unidad de Atención al Cliente	<ul style="list-style-type: none">▪ Referente calidad salud mental infantojuvenil▪ Referente calidad drogodependencias▪ Jefe de Enfermería de salud mental (Unidad de Cuidados- CUC)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Metodología de análisis.

Se utilizará el grupo de mejora de salud mental para hacer un seguimiento cuidadoso de planificación y control de las actuaciones específicas a nivel de cliente, proceso, producto, garantizando siempre que se cumple **la acreditación específica** de salud mental y aquellos temas que puedan ser **priorizados por CHV**.

El servicio de salud mental participará en todos los aspectos de **seguridad de pacientes** que active CHV para potenciar al máximo la prevención de los riesgos de los usuarios atendidos en salud mental

El modelo de gestión de calidad total del Servicio de Psiquiatría y salud mental, se fundamentará en conocer las necesidades de los **clientes**, en la definición de los **procesos**, para cubrir de manera satisfactoria y con los recursos adecuados, según la definición de los **productos asistenciales**. Las actuaciones concretas de integración dentro del programa de calidad del CHV serán:

- A nivel de Clientes

Junto con el responsable de CLIENTES del programa de calidad del CHV se elaborará anualmente qué aspectos de satisfacción hay que analizar del servicio de psiquiatría.

Se hará seguimiento periódico a través de cuaderno de mando de los indicadores específicos de clientes:

- ◆ Tiempo de respuesta a las peticiones de interconsulta (en días)
- ◆ Actividades de coordinación con otros dispositivos asistenciales (especificar)
- ◆ Grado de satisfacción global de los pacientes / familiares (fecha de la última encuesta)
- ◆ Grado de satisfacción de los recursos asistenciales a los que se da soporte especializado
- ◆ Reclamaciones

- A nivel de procesos

Junto con el responsable de procesos del programa de calidad del CHV se definirán los procesos específicos de salud mental

Se hará seguimiento periódico de los indicadores de los procesos escritos

- ◆ Evaluación de los programas asistenciales (especificar)
- ◆ Reingresos de pacientes.

- A nivel de productos

Junto con los técnicos responsables de los diferentes grupos de trabajo del programa de calidad del CHV definiremos los aspectos a valorar específicos de salud mental.

- A nivel de planificación

- ◆ Establecerá con el técnico de protocolos / guías / trayectorias clínicas las temáticas a definir garantizando siempre el cumplimiento de la acreditación.
- ◆ Se seguirá la metodología establecida por la evaluación de los mismos.

- A nivel de control

- ◆ Establecerá con los técnicos de los diferentes grupos del programa de calidad los aspectos que hay que hacer seguimiento específico del servicio de salud mental



- Se utilizará la metodología descrita por el grupo garantizando siempre el cumplimiento de la acreditación.

Alguno de los indicadores con los que se trabaja actualmente son:

Terapéutica:

- Resultados relacionados con el uso de la medicación (ej: resultados de farmacovigilancia, control de los diferentes procesos de la medicación...).
- Indicadores de efectividad de las intervenciones (ej. Mejora del síntoma guía, autonomía de los pacientes, resultados en calidad de vida, ...).

Documentación:

- Resultados obtenidos de la revisión sistemática y aleatoria de historias clínicas.
- Consentimientos informados

Seguridad de pacientes:

- Indicadores de seguridad de los pacientes (Ej. Pacientes valorados con riesgo de suicidio, errores de medicación, ...)

Mortalidad

- Análisis de los suicidios

Riesgos

- Autoheteroagresividad
- Fugas
- Caídas
- Contenciones mecánicas

En los años 2004 y 2005 el servicio de salud mental fue auditado por la Fundación Avedis Donabedian obteniendo los siguientes resultados:

- CASD: 80% (media del sector: 78,9%)
- Unidad de hospitalización: 89,7% (media del sector: 45,6%)
- Urgencias: 87% (media del sector: 41%)

En enero del año 2010 el servicio de salud mental del CHV fue galardonado con el premio a la excelencia de servicios de salud mental por su trayectoria y por los proyectos realizados en el 2009. Se trata de un premio de ámbito estatal que concede la Fundación Avedis Donabedian. Los proyectos que se presentaron en la memoria fueron:

- Elaboración interdisciplinar por parte de los propios profesionales de protocolos asistenciales.
- Implantación de planes de mejora de las auditorías externas y análisis de satisfacción de los usuarios.
- Disminuir la tasa de suicidios en la comarca mediante acciones a nivel asistencial y de sensibilización de colectivos gatekeepers.

La salud mental de la comarca de Osona, cuyos proveedores son el CHV i la FCMPPPO como ya se ha explicado, es reconocida por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya como un modelo de atención integrada y organiza jornadas científicas relacionadas con la integración de la salud mental.

El CHV, junto con el Hospital Sant Joan de Déu y la Fundación suiza de Nant han constituido una red de hospitales que trabajan por la integración de la salud mental. Esta red se llama SomaPsy y tiene una web donde se presentan contenidos



relacionados con este tema. Además, se organiza un simposium anual con sede rotatoria entre las tres entidades.

A finales del año 2013 se constituyó un **grupo de investigación en salud mental e innovación social (SAMIS)** adscrito a la Universidad de Vic-UCC integrado por profesionales de diferentes disciplinas (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social) de la UVic y del servicio de salud mental del CHV, y del que también forman parte profesionales de otros hospitales (Hospital Clínic de Barcelona, Hospital de Sant Pau) y universidades de Cataluña y Europa.

2.4. EQUIPO HUMANO

Se trata de un equipo multidisciplinar, integrado por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares, monitores, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y administrativos.

En total la plantilla está compuesta por 69 personas.

2.5. RELACIONES CON OTRAS ÁREAS DEL CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC

El servicio de salud mental realiza interconsultas para cualquier servicio asistencial del Consorci Hospitalari de Vic, dispone de un profesional específico consultor para temas de Salud Mental Perinatal y ofrece servicios de interconsulta psiquiátrica a las unidades de Gerontopsiquiatría del Hospital de Sant Jaume de Manlleu y el Hospital de la Santa Creu (HSC).

2.6. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y MEDIO AMBIENTE

El servicio de salud mental cumple la **normativa y buenas prácticas** referente es la prevención de riesgos laborales y medio ambiente del CHV.

Además, hay definida una **evaluación de los riesgos para cada puesto de trabajo** de salud mental, hecha conjuntamente entre el servicio de salud mental y el servicio de prevención y medio ambiente (SPMA).

También se han definido los criterios para acogerse a la **prestación por riesgo de embarazo** en función del lugar de trabajo.

2.7. NORMATIVAS APLICABLES

El área de gestión de salud mental debe pasar por un proceso de **acreditación** de centros de salud mental de acuerdo con la normativa dictada por la Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos sanitarios del departamento de salud de la Generalidad de Cataluña. Esta acreditación está prevista para el año 2014. El manual de salud mental consta de 261 estándares.

El CHV se realizan sesiones formativas sobre la Ley Orgánica de Datos de Carácter Personal (**LOPD**) y su aplicabilidad en el día a día en nuestra institución. Este tipo de formación es de obligado cumplimiento y deben realizarla todas las personas de la plantilla, incluidos los profesionales con contrato formativo post-grado (Formación Sanitaria Especializada).

La Psiquiatría es una especialidad médica básica de la que nacen diversas ramas con



contenido diferenciado. La amplitud y constante evolución de la especialidad y el hecho de que en el ámbito de la psiquiatría todavía no se hayan desarrollado la troncalidad y las Áreas de Capacitación Específica (subespecialidades), determinan la configuración de este programa con una amplia base formativa que permita al profesional formado actuar tanto como psiquiatra general como en los diversos campos que hoy integran la psiquiatría, todo ello sin perjuicio de que el programa también prevea que en el último año de residencia se realicen recorridos específicos para que el residente pueda profundizar su formación en alguno de dichos campos.

CONCEPTO Y PERFIL PROFESIONAL

La psiquiatría tiene por objeto el estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, en concreto, los incluidos al día de hoy en el capítulo V Trastornos mentales y del comportamiento de la 10.ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

La Psiquiatría es una especialidad de la Medicina que, sin perjuicio de sus raíces comunes con otras disciplinas sanitarias, se ocupa de los trastornos psiquiátricos, entendidos como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural. Sus intervenciones se basan en la observación clínica y en la investigación científica, incluyendo una amplia gama de técnicas, desde aquellas de carácter interpersonal como es el caso de las psicoterapias y la rehabilitación, hasta otras actuaciones como el diagnóstico por neuroimagen, la psicofarmacología y otras intervenciones biológicas.

El perfil profesional del psiquiatra se caracteriza por:

- a. Tener una visión integral de la enfermedad, que incluye aspectos psicológicos de la patología orgánica así como la ayuda psicológica o psiquiátrica a pacientes de otras especialidades y a personal que forme parte de los equipos de salud, correspondiendo al psiquiatra llevar a cabo actividades de coordinación e investigación multifactorial para mejorar el conocimiento sobre el origen, tratamiento y atención de las enfermedades mentales, todo ello, desde el escrupuloso respeto y garantía de los derechos de los pacientes.
- b. Tener capacidad para saber detectar las disfunciones morbosas que se solapan parcialmente con desviaciones de experiencias personales y de comportamiento social que por lo tanto, dependen de rasgos normales de la personalidad y del estilo de vida, por lo que es función del psiquiatra evitar la psiquiatrización de determinados problemas de la vida, sin perjuicio de intentar aliviar el sufrimiento y la discapacidad de los afectados con el objetivo de prevenir, en lo posible, una evolución hacia estadios más graves.
- c. Conocer y comprender las disciplinas psicológicas y psicosociales que han permitido adentrarse en una mejor comprensión del enfermo mental y esclarecer las complejas interacciones del individuo enfermo con su contexto social. Por ello, el psiquiatra debe incorporar a su haber profesional, además de un alto nivel clínico, un conocimiento amplio del componente social y comunitario propio de las actuaciones de protección de la salud pública en general.
- d. Conocer las implicaciones éticas de la Psiquiatría ya que los trastornos mentales pueden acompañarse de una falta de conciencia de enfermedad y en consecuencia son fuentes potenciales de daño al propio enfermo y a terceros, por lo que a veces es necesaria la aplicación de tratamientos involuntarios que





en todo caso deben llevarse a cabo siguiendo las normas legales establecidas al respecto y garantizando los derechos de los pacientes.

- e. Responsabilizarse en la defensa, desarrollo y actualización de los aspectos científicos, profesionales, éticos y legales de la especialidad, evitando dejarse influir por injerencias políticas o de cualquier otra índole.

Desde el punto de vista de la Psiquiatría como ciencia médica multidisciplinar, incluye los siguientes ámbitos generales de actuación:

- a. Las causas biológicas, las motivaciones psicológicas y los condicionamientos socio-culturales del trastorno mental en sus múltiples formas (Psiquiatría Clínica).
- b. Los aspectos psíquicos que inciden y afectan a la patología somática (Medicina Psicológica, Medicina Psicosomática, Psiquiatría de Interconsulta y enlace).
- c. La educación para la salud, la prevención, la rehabilitación y reinserción social de los enfermos en el marco de la medicina comunitaria y de los objetivos de la OMS (Salud Mental Comunitaria).
- d. La planificación y gestión de los servicios psiquiátricos y de salud mental, desde el trabajo y la formación multidisciplinar (Política, Administración y Gestión Sanitaria).
- e. Los problemas de orden jurídico-legal relacionados con la práctica psiquiátrica y con la conducta de los enfermos mentales (Psiquiatría y Ley).
- f. La Investigación Biomédica en el campo de la Psiquiatría. A este respecto, la investigación básica supone el avance del conocimiento, con futuras implicaciones clínicas y la investigación directamente clínica o aplicada supone la resolución de problemas concretos que incumben a los clínicos.

La psiquiatría desde el punto de vista de los avances del conocimiento y de la aparición de demandas sociosanitarias específicas, ha desplegado su ámbito de actuación, entre otros en las siguientes ramas:

-  Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
-  Gerontopsiquiatría.
-  Psiquiatría del Alcoholismo y otras Adicciones.
-  Psicoterapias.

El número de dichos campos aumentará a través del propio desarrollo de las distintas ramas, como consecuencia de los avances del conocimiento científico así como por la aparición de nuevas demandas sociosanitarias.

COMPETENCIAS

Los papeles y las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que deben adquirir los residentes vinculadas a las funciones que el psiquiatra ha de asumir en la sociedad actual.

Se deben alcanzar las competencias y realizar las funciones esenciales siguientes:

Competencias clínicas.

- a. Diagnóstico, tratamiento y programas de rehabilitación ajustados a los conocimientos psiquiátricos actuales.
- b. Buscar una atención integral a los enfermos, considerando la carga social de los pacientes en los planteamientos y programas terapéuticos.



- c. Estar en condiciones de adquirir, tras completar una sólida formación general como especialista y siempre que lo desee el psiquiatra en formación, los conocimientos y destrezas que conducen a la sub-especialización en un campo de la disciplina y, en su momento, a una acreditación oficial.

Competencias vinculadas al conocimiento y la investigación.

- a. Acceder a la información adecuada y aplicarla en la clínica y en la formación del personal sanitario en temas de salud mental y psiquiatría.
- b. Desarrollar, implementar y monitorizar una estrategia personal de formación continuada.
- c. Integrar la investigación básica-preclínica en la solución de los problemas concretos que incumben a los clínicos.
- d. Potenciar la investigación clínica-aplicada por sus implicaciones clínicas y como avance del conocimiento.
- e. Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y a la formación de otros profesionales de la salud.

Competencias vinculadas con la comunicación.

- a. Establecer una relación terapéutica adecuada y obtener la información relevante precisa en cada fase de la actuación médica.
- b. Comunicarse con los equipos asistenciales, para facilitar una acción sinérgica y la difusión de sus aportaciones en el campo de la disciplina.
- c. Contribuir y participar de forma eficaz en otras actividades de equipos interdisciplinares.

Competencias vinculadas con la promoción de la salud.

Identificar los factores de la salud que afectan a los pacientes y participar en la promoción de la salud y en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

Competencias vinculadas con la gestión clínica y la ética.

- a. Actuar de modo eficiente en el sistema sanitario, equilibrando la asistencia a los enfermos y las necesidades de aprendizaje.
- b. Mantener, de modo especial, una práctica clínica y una actitud que preserve el respeto por los pacientes y su derecho a elegir libremente.
- c. Proporcionar con integridad, honestidad y humanidad una asistencia de máxima calidad y evaluar de modo sistemático sus actuaciones en todos los ámbitos profesionales.
- d. Liderar, cuando sea preciso, un equipo multidisciplinar de atención psiquiátrica.

HABILIDADES

Como médico experto, el psiquiatra debe adquirir las habilidades necesarias para:

- a. Ejercer la especialidad de manera responsable y ética con sujeción a las obligaciones médicas, legales y profesionales, mostrando una dedicación y comportamiento personal e interpersonal íntegro y honrado.
- b. Diagnosticar y tratar los problemas de salud de acuerdo con la especialidad y



de una manera eficiente y ética que incluya una visión continuada e integradora de los procesos morbosos, logrando la adherencia de los pacientes a las indicaciones terapéuticas, demostrando asimismo, capacidad para consultar con eficacia.

- c. Entablar una relación terapéutica con sus pacientes y favorecer un ambiente de comprensión, confianza, empatía y confidencialidad.
- d. Tener capacidad para comunicarse eficazmente con otros profesionales sanitarios al objeto de garantizar una asistencia óptima y coherente para el paciente y su familia.
- e. Consultar eficazmente con otros médicos y profesionales sanitarios y colaborar activamente en la realización de otras actividades que se lleven a cabo en el equipo pluridisciplinar.

El psiquiatra como gestor debe adquirir habilidades para:

- a. Trabajar con eficiencia y equidad en una organización sanitaria y docente, utilizando la tecnología de la información para optimizar la asistencia al paciente y el autoaprendizaje continuo.
- b. Valorar qué aspectos determinantes de la salud afectan a cada paciente y poder reconocer, evaluar y responder a los factores psicosociales, económicos y biológicos que influyen en la salud de la población atendida.
- c. Tener capacidad para describir cómo se ponen en práctica las políticas públicas e intentar influir en el desarrollo de las políticas sanitarias y sociales.

El psiquiatra como discente y docente debe adquirir habilidades para:

- a. Evaluar críticamente las fuentes de información médica, y desarrollar, implantar y documentar una estrategia personal de formación continua.
- b. Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y facilitar el aprendizaje de otros profesionales sanitarios.

ACTITUDES

El médico especialista en Psiquiatría debe adquirir actitudes de:

- a. Protección de los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.
- b. Consideración y valoración del trabajo de los demás, sabiendo trabajar en equipo, participando en el interés conjunto para lograr el cumplimiento de objetivos comunes.
- c. Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez. Actitud positiva y creativa ante nuevos compromisos.

Durante la formación en la especialidad de Psiquiatría, se desarrollará el programa de rotaciones que exponemos a continuación. Según contempla el BOE que regula la Formación Sanitaria Especializada en Psiquiatría, durante los tres primeros años de formación se llevarán a cabo las rotaciones preestablecidas comunes para todos los residentes. Durante el cuarto año el residente puede diseñar conjuntamente con su tutor y responsables docentes un recorrido formativo individualizado, teniendo en cuenta sus intereses y aptitudes personales. Las rotaciones de cuarto año se diseñarán de forma individualizada para cada residente, valorando cuales son



necesarias para poder formarse en el trayecto que haya escogido. Los primeros seis meses del cuarto año de residencia se aceptará la realización de una rotación externa de máximo cuatro meses ligada al trayecto formativo que haya escogido, a elección del residente y con la aceptación de la unidad Docente y de la Comisión de Docencia.

La atención a las urgencias, tanto las que se atienden en jornada ordinaria como en la atención continuada (guardias) tiene un papel muy importante en la formación del médico residente. El residente de Psiquiatría realizará 4 guardias mensuales durante toda la residencia bajo la supervisión de un adjunto del servicio. Durante los primeros seis meses el residente realiza horario de Atención Continuada en el servicio de urgencias generales del Hospital Universitari de Vic para pasar a realizar Atención Continuada de Salud Mental a partir de su sexto mes de formación.

Los residentes deben realizar un registro de las actividades asistenciales y de formación que realicen que debe quedar reflejado en el libro del residente. Este debe ser revisado y aprobado anualmente por la tutora de la especialidad, que debe reportar a la comisión de docencia del CHV el cumplimiento del mismo y la adecuación de la actividad asistencial al programa de la especialidad.

SUPERVISIÓN PROGRESIVA

Más que en otras especialidades, en Psiquiatría la relación médico-paciente forma parte, desde la primera entrevista, del proceso terapéutico y conlleva el riesgo de un efecto contraterapéutico si el profesional no está adecuadamente entrenado. De ahí la importancia de la supervisión directa desde los primeros momentos y de la progresión gradual en los niveles de responsabilidad del residente con carácter general y en cada una de las ramas impartidas según prevé el programa de la especialidad.

El residente de primer año estará supervisado por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente. En general, el residente deberá progresar en la rotación desde un primer nivel de evaluación y diagnóstico a un segundo nivel de tratamiento farmacológico y a un tercer nivel de habilidades psicoterapéuticas. Esta supervisión es especialmente destacable en el caso de la psicoterapia, debido al especial carácter de experiencia personal que tiene su aplicación técnica.

No obstante lo anterior y dado que la autonomía es fundamental como elemento formativo del sistema de residencia, deberá propiciarse progresivamente suficiente autonomía y responsabilidad a lo largo de todo el periodo formativo con el objetivo de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, en el último año de residencia.

3. CALENDARIO DE ROTACIONES

De forma orientativa, las rotaciones se distribuirán según el año de residencia de la siguiente forma:

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA (R1)		
Tiempo rotación	Rotación	Lugar de rotación
2 meses	Medicina interna	Hospitalización Medicina Interna Hospital Universitari de Vic
1 mes	Neurología	Hospitalización Medicina Interna y Consultas Externas de Neurología Hospital Universitari de Vic
8 meses	Hospitalización Breve/Media estancia	Planta / Unidad Psiquiatría Hospital Universitari de Vic

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA (R2)		
Tiempo rotación	Rotación	Lugar de rotación
1 mes	Atención Primaria	UDM ICS Catalunya – Central
1 mes	Rehabilitación Psiquiátrica (1)	Centro de Día / Servicio de Rehabilitación de Salud mental y de Adicciones.
9 meses	Psiquiatría Comunitaria	3 días / semana Centro de Salud mental Adultos (CSMA) y un día en ABS de la zona (Consulta Psiquiátrica)
	Rehabilitación Psiquiátrica (2)	1 día / semana Programa de Servicios Individualizados (PSI)
	Alcoholismo y otras adicciones	1 tarde / semana Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CASD)
	Psicoterapia	1 mañana / semana Centro de Salud mental de Adultos (CSMA)

TERCER AÑO DE RESIDENCIA (R3)		
Tiempo rotación	Rotación	Lugar de rotación
3 meses	Psiquiatría Comunitaria	3 días / semana Centro de Salud mental Adultos (CSMA) y un día en ABS de la zona (Consulta Psiquiátrica)
	Rehabilitación Psiquiátrica (2)	1 día / semana Programa de Servicios Individualizados (PSI)
	Alcoholismo y otras	1 tarde / semana Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CASD)
	Psicoterapia	1 mañana / semana Centro de Salud mental de Adultos (CSMA)
4 meses	Oncopsiquiatría	1 día / semana Psiconcología y cuidados paliativos (HUV)
	Gerontopsiquiatría	2 días / semana Unidad de Gerontopsiquiatría (CCEE y planta) Hospital Sant Jaume de Manlleu
	Psiquiatría Psicósomática y de enlace	2 días / semana Interconsultas generales psiquiátricas Hospital Universitari de Vic Interconsultas generales psiquiátricas Fundació Hospital Universitari Santa Creu de Vic
4 meses	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Hospital de Día infanto-juvenil Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (URPI).

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA R4		
Tiempo rotación	Rotación	Observaciones
Trayecto A: (Específico)	A elegir entre una de estas cuatro especializaciones: 12 meses Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Psicoterapia. Gerontopsiquiatría Alcoholismo y otras adicciones	Se tendrán en cuenta las características propias, las preferencias y los intereses de los residentes
Trayecto B: (Compartido)	Áreas propias de la formación nuclear: 6 meses. Psiquiatría Comunitaria Hospitalización Psiquiátrica Rehabilitación Psiquiátrica Psiquiatría de Enlace Áreas propias de la formación específica: 6 meses Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Psicoterapia Alcoholismo y otras adicciones Gerontopsiquiatría	



4. OBJETIVOS DE LAS ROTACIONES

RESIDENTE DE PRIMER AÑO – R1

ROTACIÓN POR MEDICINA INTERNA

Duración: 2 meses.

Localización: Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari de Vic - Hospitalización.

Responsable: Dr. Gimeno.

OBJETIVOS GENERALES: su objetivo es que el residente obtenga una visión integral de las patologías médicas orgánicas más prevalentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE MEDICINA INTERNA

CONOCIMIENTOS

- Entender la fisiopatología de las enfermedades médicas orgánicas más frecuentes en la población adulta.
- Entender los criterios diagnósticos de las condiciones médicas más prevalentes.
- Elaborar un diagnóstico diferencial de las patologías más comunes.
- Estudiar el manejo terapéutico de las enfermedades médicas.
- Conocer programas de prevención e intervención comunitaria.

HABILIDADES

- Realizar una historia clínica completa (anamnesis dirigida).
- Realizar una exploración física completa por aparatos.
- Realizar una valoración del contexto social del paciente
- Obtener una visión general de las patologías más prevalentes en la comunidad.
- Realizar un diagnóstico sindrómico a partir de síntomas guía.
- Reconocer la plurimedicación como causa de síntomas psiquiátricos.
- Valorar la utilización de exploraciones complementarias y interpretación de resultados.
- Reconocer criterios médicos de derivación a otros especialistas.
- Reconocer criterios médicos de derivación a urgencias hospitalarias.

ACTITUDES

- Apreciar la responsabilidad de los médicos en el cuidado y necesidades del paciente.
- Comunicación honesta.
- Reconocimiento de las limitaciones propias.



- Solicitar ayuda cuando sea necesario .
- Aprender a aprender.
- Promover cuidados éticos y morales.
- Aceptar la diversidad.
- Disponibilidad para compartir conocimientos con el equipo.

ROTACIÓN POR NEUROLOGÍA

Duración: 1 mes.

Localización: Servicio Neurología del Hospital Universitari de Vic (hospitalización y consultas externas).

Responsable: Dr. Aragonés.

OBJETIVOS GENERALES: El residente debe aprender conocimientos básicos en Neurología con especial atención a la exploración neurológica, punción lumbar e interpretación de técnicas de neuroimagen.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

CONOCIMIENTOS

- Entender la fisiopatología de las enfermedades neurológicas más frecuentes.
- Entender los criterios diagnósticos de las patologías neurológicas más prevalentes.
- Elaborar un diagnóstico diferencial de las patologías neurológicas más comunes.
- Estudiar el manejo terapéutico de las enfermedades neurológicas.

HABILIDADES

- Realizar una historia clínica neurológica completa.
- Realizar exploración física neurológica completa.
- Reconocer signos anormales.
- Saber presentar un caso neurológico con claridad.
- Orientar el diagnóstico y tratamiento de las patologías neurológicas más prevalentes, especialmente aquellas condiciones comórbidas con las patologías psiquiátricas.

ACTITUDES

- Apreciar la responsabilidad de los médicos en el cuidado y necesidades del paciente.
- Comunicación honesta
- Reconocimiento de las limitaciones propias.



- Solicitar ayuda cuando sea necesario .
- Aprender a aprender.
- Promover cuidados éticos y morales.
- Aceptar la diversidad.
- Disponibilidad a compartir los conocimientos.

ROTACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN BREVE Y MEDIA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA

Duración: 8 meses

Localización: Unidad de hospitalización breve y media estancia del Hospital Universitari de Vic (planta de hospitalización de Psiquiatría)

Responsable: Dra. Montse Serra (Médico Psiquiatra Especialista)

OBJETIVOS GENERALES:

- Adquirir habilidad en la realización de la anamnesis, exploración física y del estado mental, diagnóstico y evaluación del paciente agudo hospitalizado.
- Conocimiento de las técnicas neurobiológicas y psicológicas básicas en el procedimiento diagnóstico.
- Manejo de protocolos específicos en este tipo de pacientes (agitación, riesgo suicida, negativismo, etc.).
- Manejo de todos los psicofármacos.
- Valoración de tratamientos de continuación y mantenimiento.
- Atención a 150 pacientes ingresados. Recomendable 20-25 de cada una de las patologías más comunes: esquizofrenia, trastornos bipolares, melancólicos, TOC, trastornos exógenos, etc.
- Elaboración de informes de altas.
- Participación en programas de coordinación asistencial dirigidos a la continuidad de cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquirir conocimientos de las enfermedades mentales respecto a su neurobiología, teorías etiológicas, aspectos psicológicos y socioculturales y aplicar estos conocimientos en el cuidado del paciente.
- Saber integrar los hallazgos más recientes en neurociencias.
- Conocimiento de la epidemiología, la prevalencia, los criterios diagnósticos, los diagnósticos diferenciales y los tratamientos de las principales enfermedades psiquiátricas.
- Comprender las bases neurobiológicas de los tratamientos psicofarmacológicos.
- Conocer y saber aplicar los algoritmos terapéuticos, el tratamiento de patologías resistentes, las terapias de combinación y de potenciación.



- Manejo de los psicofármacos conociendo las principales interacciones farmacológicas, sus efectos terapéuticos y los secundarios y su impacto sobre la salud física del paciente.
- Importancia del cumplimiento farmacológico y medidas de intervención.
- Adquirir capacidad para realizar el diagnóstico diferencial entre patología psiquiátrica primaria y secundaria a patología médica. Manifestaciones médicas de las enfermedades psiquiátricas.
- Conocer las indicaciones y las limitaciones de las pruebas diagnósticas (incluyendo las exploraciones psicológicas) utilizadas en la práctica clínica.
- Conocer principales aspectos de psiquiatría legal relevantes en la unidad de agudos.
- Adquirir habilidades de comunicación, psicoeducación y de trabajo conjunto con las familias y personas del entorno del paciente.
- Reconocer y monitorizar las respuestas emocionales del profesional en las situaciones clínicas y hacer las modificaciones pertinentes para una mejor relación terapéutica.
- Saber derivar los pacientes al dispositivo asistencial adecuado al alta.
- Conocer los riesgos y los beneficios de la hospitalización psiquiátrica.
- Evaluar el riesgo suicida.



RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA

Duración: 1 mes

Localización: UDM ICS Catalunya Central. (ABS acreditado de esta UD)

Responsable: Dra. Ana Darnés.

OBJETIVOS GENERALES: Su objetivo es que el residente aprenda a relacionarse con distintos niveles asistenciales y conozca programas preventivos, intervenciones comunitarias y patologías prevalentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- Conocer y relacionarse con la red de asistencia básica de nuestra zona de influencia.
- Conocer la necesidad de conexión entre Centros de Atención Primaria y referente hospitalario.
- Conocimiento y manejo de patología psicosomática y reactiva (ansiedad, depresiones) en un contexto de Atención Primaria.
- Formación en Medicina Preventiva: campañas contra el tabaquismo, enolismo, drogodependencias...
- Conseguir un grado de implicación personal de los profesionales en formación respecto a su responsabilidad en Salud Comunitaria.

ROTACIÓN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (1)

Duración: 1 mes.

Localización: Centro de Día / Servicio de Rehabilitación de Salud mental y de Adicciones (FCMPPO).

Responsable: Dr. Santiago Escoté / Josep Manel Santos (Psicólogo)

OBJETIVOS GENERALES

- Conocer los indicadores asistenciales en rehabilitación, las clasificaciones de discapacidad y los sistemas de calidad en rehabilitación.
- Capacitación para el desarrollo práctico de determinadas técnicas de rehabilitación, incluyendo aquí al menos aquellas intervenciones que pueden y deben ser utilizables por parte de cualquier profesional comunitario: evaluación diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales; técnicas psicoeducativas individuales y familiares; técnicas básicas de entrenamiento en habilidades sociales; indicaciones de derivación a programas especializados de rehabilitación y apoyo social; afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos.
- Fomentar una actitud adecuada a una filosofía y estrategia de rehabilitación.
- Manejo clínico y seguimiento de un mínimo de 10 enfermos con trastorno mental crónico.
- Coordinación con recursos no sanitarios orientados hacia el soporte y apoyo del enfermo mental crónico (servicios sociales, asociaciones de voluntarios, grupos de auto ayuda, etc.).



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (1):

- Realizar una evaluación sistemática del paciente mental grave y documentarla en la historia clínica: enfermedad actual, antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, antecedentes familiares, historia del desarrollo, historia sociocultural.
- Demostrar haber adquirido actitudes para entender el individuo como persona con una narrativa histórica, y cómo el paciente conceptualiza su enfermedad en relación a ésta. Entender cómo esta comprensión de su enfermedad afecta a su autoestima, sentido de autonomía y motivación.
- Evaluar, mediante la información obtenida del paciente, familia y otras fuentes, los puntos fuertes del paciente, discapacidades, riesgos y vulnerabilidades.
- Adquirir habilidades para valorar aspectos determinados de la salud que afectan al paciente y poder reconocer, evaluar y responder a los factores psicosociales, económicos y biológicos que influyen en la salud de esta población.
- Demostrar en la clínica práctica el uso de herramientas estructuradas para la valoración de la enfermedad mental grave (BPRS, PANSS, Hamilton, Young), discapacidad y funcionamiento social (GAF, Ontario, LSP9), Calidad de vida, valoración de la medicación, DAI...
- Valorar los cambios y predecir la capacidad de grado de mejoría a obtener.
- Construir formulaciones de los problemas de los pacientes, incluyendo el diagnóstico diferencial.
- Habilidad para valorar y documentar el potencial del paciente para conductas auto y heteroagresivas. Valorar los factores epidemiológicos y los síntomas clínicos que pueden incrementar el riesgo.
- Manejar tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno mental grave, explorando sistemática los efectos secundarios, la necesidad de continuar el tratamiento y la posibilidad de suprimir medicación no necesaria en el momento de la rehabilitación.
- Adquirir el manejo farmacológico en pacientes resistentes: uso de clozapina, potenciadores: anticonvulsivantes, litio, TECs
- Explorar y tratar las patologías comórbidas, especialmente síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y consumo de drogas
- Valoración y manejo de las dificultades del paciente TMS para llevar una vida autónoma y adaptada a la comunidad. Atención a las necesidades básicas del paciente.
- Conocer estrategias y herramientas de evaluación funcional y neuropsicológica.
- Conocer las intervenciones sociales y comunitarias realizadas de forma individual o grupal: técnicas psicoeducativas individuales y familiares, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, rehabilitación cognitiva, soporte social y resolución de problemas.

ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA COMUNITARIA (CENTRO DE SALUD MENTAL ADULTOS-CSMA Y APOYO A ATENCIÓN PRIMARIA)

Duración: 3 días /semana durante 9 meses.

Localización: Centro de Salud mental Adultos (CSMA) y un día en ABS de la zona (Consulta Psiquiátrica).

Responsable: Dra. M^o Jose Alvarez / Dr. Miquel Cavalleria

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar los conocimientos, experiencia y habilidades en el manejo clínico y seguimiento de casos a nivel ambulatorio.
- Desarrollar actividades comunitarias de planificación, prevención y evaluación clínica y epidemiológica.
- Manejo de intervenciones y situaciones de crisis, de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles.
- Realización de actividades de apoyo a la atención primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, etc.
- Adquisición de conocimientos y experiencia en programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos socio-sanitarios, en trabajo en equipo multidisciplinar, en desarrollo aplicado de planes de salud mental y en actividades relacionadas con la problemática legal del enfermo mental.
- Realización de un mínimo de 80 primeras consultas referidas a diferentes tipos de pacientes, especificando el encuadre y técnica de la entrevista, la valoración e hipótesis diagnóstica, la elaboración del plan terapéutico y su discusión dentro del equipo terapéutico o con el tutor.
- Realización del seguimiento terapéutico de un mínimo de 70 pacientes seleccionados entre los distintos diagnósticos, profundizando en el manejo clínico de los psicofármacos y en las distintas intervenciones terapéuticas tanto con el paciente como con su familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA COMUNITARIA:

- Realizar la evaluación médica y psiquiátrica inicial de los pacientes que acuden a una consulta de psiquiatría.
- Realizar el diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos, las comorbilidades y los trastornos médicos.
- Realizar diagnósticos siguiendo los criterios del DSM-V.
- Formular planes de tratamiento psiquiátrico, psicológico, de rehabilitación y médicos, teniendo en cuenta todos los factores que intervienen.
- Valorar el dispositivo asistencial más adecuado al estado del paciente y una adecuada utilización de los recursos disponibles.
- Utilizar adecuadamente las escalas de evaluación en la valoración inicial y en el seguimiento de los pacientes.
- Identificar los pacientes que requieren intervenciones o valoraciones psicológicas o neuropsicológicas.

- Adquirir habilidades y conocimientos respecto al manejo farmacológico. Conocer las interacciones farmacológicas de los tratamientos indicados y los efectos secundarios, al mismo tiempo que intervenciones para minimizar los efectos adversos y mejorar el cumplimiento.
- Conocer los tratamientos físicos no farmacológicos y sus indicaciones.
- Conocer las diferentes intervenciones psicoterapéuticas o sociales indicadas.
- Realizar un plan de trabajo conjunto con otros profesionales.
- Conseguir una adecuada vinculación.
- Adquirir habilidades de comunicación, de psicoeducación y de trabajo conjunto con las familias y los cuidadores de los pacientes.
- Capacidad para evaluar el riesgo suicida y conocer los riesgos y beneficios de la hospitalización psiquiátrica.
- Conceptualizar la enfermedad mental en los diferentes factores biológicos, psicológicos, socioculturales que intervienen y saber diferenciar el comportamiento normal del patológico.
- Demostrar conocimientos de epidemiología, prevalencia, diagnóstico, tratamiento y prevención de las condiciones psiquiátricas más frecuentes.
- Entender las bases neurobiológicas de los tratamientos psicofarmacológicos. Conocer y aplicar los algoritmos terapéuticos, el manejo de la resistencia al tratamiento y las terapias de combinación y de potenciación.

ROTACIÓN POR REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (2)

Duración: 1 día /semana durante 9 meses.

Localización: Programa Servicios Individualizados (PSI) en Consultas Externas de Osona Salud Mental

Responsable: Dr. Santiago Escoté

OBJETIVOS GENERALES:

- Elaboración y desarrollo práctico de planes individualizados de rehabilitación para, al menos, cinco enfermos mentales crónicos, incluyendo tanto los dispositivos sociosanitarios adecuados como las técnicas específicas para la actuación sobre el defecto psicosocial, las dificultades de integración laboral y el bajo nivel de adaptación socio-familiar.
- Valoración del entorno del paciente con seguimiento del mismo en su domicilio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (2):

- Progresar en la valoración y manejo de las dificultades del paciente con trastorno mental severo para llevar una vida autónoma y adaptada a la comunidad. Atención a las necesidades básicas del paciente.
- Progresar en la detección de situaciones con riesgo de autoagresividad o heteroagresividad del paciente con trastorno mental severo.
- Empezar a dinamizar las intervenciones sociales y comunitarias realizadas de forma individual o grupal: técnicas psicoeducativas individuales y familiares, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, rehabilitación cognitiva, soporte social y resolución de problemas.



ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

Duración: 1 tarde /semana durante 9 meses.

Localización: Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CASD) situado en el edificio Osona Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic.

Responsable: Dra. Assumpció Guillén

OBJETIVOS GENERALES:

- ◆ Debe estimular el desarrollo de la actitud adecuada y proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios para el tratamiento clínico y seguimiento de estos pacientes, permitiendo mejorar:
 - La capacitación profesional para el manejo de la interrelación entre el consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos.
 - Mejorar el manejo práctico de las interacciones neurobiológicas de los tratamientos farmacológicos con las sustancias de abuso en el contexto de la patología dual.
 - Adquirir los conocimientos necesarios para la coordinación con los diferentes dispositivos y profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES:

- ◆ Adquirir los conocimientos teóricos y las habilidades clínicas en los diferentes trastornos de dependencia a sustancias y otros trastornos adictivos.
 - Adquirir la capacidad de diagnóstico y de realizar el diagnóstico diferencial en las patologías inducidas por el consumo de sustancias.
 - Capacitación para realizar tratamientos farmacológicos en las desintoxicaciones y deshabituciones de las principales dependencias (dependencia de alcohol, opiáceos, ansiolíticos, psicoestimulantes y cannabis). Manejo de paciente en programa de mantenimiento con agonistas o sustitutos como la metadona.
 - Realizar un plan terapéutico específico individualizado a cada paciente.
- ◆ Adquirir los conocimientos teóricos y las habilidades clínicas en realizar el diagnóstico, el plan terapéutico y los tratamientos farmacológicos en pacientes con patología dual.
- ◆ Conocer los factores etiológicos relacionados con el abuso de drogas: los factores socioambientales y biológicos, la neurobiología y las teorías psicológicas implicadas en las adicciones.
- ◆ Farmacología de las drogas de abuso y sus interacciones con psicofármacos y con otros fármacos.
- ◆ Técnicas de entrevista y de manejo de los trastornos por uso de sustancias y de los pacientes con patología dual.
- ◆ Conocer las indicaciones de derivación a psicoterapia o terapia grupal.



ROTACIÓN POR PSICOTERAPIA

Duración: 1 mañana /semana durante 9 meses.

Localización: Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

Responsable: Lola Riesco, psicóloga clínica especialista.

OBJETIVOS GENERALES:

- Facilitar el desarrollo de la relación de ayuda y de encuadre. Debe permitir la aplicación de psicoeducación, la identificación de obstáculos para el cambio terapéutico y el reconocimiento de implicaciones psicológicas en el proceso terapéutico.
- Desarrollo de destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar problemas psicológicos generales, tales como, dificultades de relación social, laboral y familiar, dificultades de cumplimentación, etc. Se centra en el ejercicio de psicoterapia de apoyo y en la intervención en crisis.
- Adquisición de competencias con la finalidad de aplicar técnicas psicoterapéuticas específicas y estructuradas, orientadas a complementar el tratamiento farmacológico o la rehabilitación de trastornos específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquirir el conocimiento teórico y el manejo psicoterapéutico de las siguientes patologías a nivel psicológico:
 - Trastornos adaptativos.
 - Trastornos por ansiedad.
 - Trastornos afectivos.
 - Trastornos de la personalidad.
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Otros (trastornos somatoformos,...)
- Adquirir los conocimientos básicos para realizar psicoeducación de las principales patologías psiquiátricas.
- Tener los conocimientos básicos respecto a las terapias grupales y participar en las que se realizan en el periodo de la rotación (de prevención de recaídas en el consumo de tóxicos, habilidades sociales, mindfulness en pacientes oncológicos,...)



RESIDENTE DE TERCER AÑO

ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA COMUNITARIA (CENTRO DE SALUD MENTAL ADULTOS-CSMA Y APOYO A ATENCIÓN PRIMARIA)

Duración: 3 días /semana durante 3 meses.

Localización: Centro de Salud mental Adultos (CSMA) y un día en ABS de la zona (Consulta Psiquiátrica).

Responsable: Dra. M^o Jose Alvarez / Dr. Miquel Cavalleria

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

- Los objetivos de la rotación serán los mismos que los expuestos para el período de rotación incluido en el segundo año de formación.
- El residente deberá progresar en la asunción progresiva de responsabilidades.

ROTACIÓN POR REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (2)

Duración: 1 día /semana durante 3 meses.

Localización: Programa Servicios Individualizados (PSI) en Consultas Externas de Osona Salud Mental

Responsable: Dr. Santiago Escoté

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

- Los objetivos de la rotación serán los mismos que los expuestos para el período de rotación incluido en el segundo año de formación.
- El residente deberá progresar en la asunción progresiva de responsabilidades.

ROTACIÓN POR ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

Duración: 1 tarde /semana durante 3 meses.

Localización: Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CASD) situado en el edificio Osona Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic.

Responsable: Dra. Assumpció Guillén

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

- Los objetivos de la rotación serán los mismos que los expuestos para el período de rotación incluido en el segundo año de formación.
- El residente deberá progresar en la asunción progresiva de responsabilidades.

ROTACIÓN POR PSICOTERAPIA

Duración: 1 mañana /semana durante 3 meses.

Localización: Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

Responsable: Lola Riesco, psicóloga clínica especialista.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

- Los objetivos de la rotación serán los mismos que los expuestos para el



período de rotación incluido en el segundo año de formación.

- El residente deberá progresar en la asunción progresiva de responsabilidades.

ROTACIÓN POR ONCOPSIQUIATRIA

Duración: 1 día /semana durante 4 meses.

Localización: Psicooncología y Cuidados paliativos (Hospital Universitario de Vic-Consulta de Psicooncología).

Responsable: Dr. Santiago Escoté / Lic. Núria orcero (Psicóloga clínica).

OBJETIVOS GENERALES:

- Adquirir habilidades para la entrevista con el paciente oncológico o terminal.
- Capacitación para la comunicación con los pacientes gravemente enfermos o terminales y con los familiares y cuidadores del enfermo.
- Realizar actividades de enlace con otros profesionales sanitarios y equipos sanitarios. Participar en la coordinación de cuidados ante un paciente oncológico o en situación de final de vida.
- Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos habituales en pacientes oncológicos, poniendo especial énfasis a los trastornos adaptativos.
- Adquirir el manejo básico respeto a la psicofarmacología en pacientes oncológicos no adaptados.
- Intervenciones en crisis e intervenciones psicoterapéuticas de apoyo en pacientes oncológicos o en situación de final de vida. (incluyendo los familiares).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR ONCOPSIQUIATRÍA:

- Desarrollo de conocimientos clínicos específicos respecto a la atención psiquiatría en pacientes con patología oncológica en sus distintas fases (Aceptación del diagnóstico / Adaptación al tratamiento / Soporte al final de vida).
- Conocimientos de la relación entre los factores psicosociales y biomédicos en los pacientes con enfermedades oncológicas. Adquirir habilidades en el abordaje de aspectos psicológicos y psiquiátricos en estos pacientes (miedo, negación, afrontamiento del dolor, la limitación funcional,...).
- Estar capacitado para tratar reacciones de angustia, depresión, insomnio, síndrome confusional.
- Conseguir un adecuado manejo de los psicofármacos cuando sean necesarios. Especial atención en las interacciones de los psicofármacos con otros tratamientos, los posibles efectos secundarios y contraindicaciones de estos fármacos en pacientes con patología oncológica.
- Conocer los tratamientos no farmacológicos y las situaciones en las que se va a requerir una terapia psicológica más específica.
- Reconocer situaciones que requieren un tratamiento urgente de las que no.
- Mejorar habilidades de comunicación con en enfermos en situaciones de elevado estrés. Trabajar con familiares y cuidadores para comprender



enfermedad, reacciones emocionales y valorar necesidades y posibles problemas posteriores. Favorecer un entorno tranquilo, participativo e incluir al paciente en la toma de decisiones.

ROTACIÓN POR GERONTOPSIQUIATRÍA

Duración: 2 días semana durante 4 meses.

Localización: Unidad de Gerontopsiquiatría (CCEE y planta). Hospital Sant Jaume de Manlleu

Responsable: Dr. Escabia.

OBJETIVOS GENERALES:

- Aprender conocimientos básicos relacionados con el envejecimiento y las necesidades específicas de este grupo de población.
- Distinguir los procesos biológicos de los patológicos durante el proceso de envejecimiento.
- Entender el manejo integral del paciente geriátrico y su familia o entorno, a través del trabajo multidisciplinar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR GERONTOPSIQUIATRÍA:

- Conocer los síndromes más prevalentes y los criterios diagnósticos específicos en esta población:
 - Síndrome Demencial por cualquier etiología.
 - Síndrome Confusional Agudo
 - Trastornos del estado de ánimo con o sin síntomas psicóticos
 - Trastornos de la esfera psicótica
 - Trastornos de ansiedad.
- Diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento de primeros episodios, así como de descompensaciones en patología crónica ya diagnosticada en este grupo etario.
- Iniciación a la Valoración Geriátrica Integral.
- Realizar una exploración física completa diferenciando los signos de envejecimiento normal del patológico por sistemas.
- Realizar una historia clínica cognitiva y del trastorno de conducta, y utilización de las escalas y tests estandarizados.
- Aprender el manejo específico de los psicofármacos en esta población
- Manejo del paciente hospitalizado y del paciente ambulatorio, con realización de primeras visitas tutorizadas.
- Asistencia a una valoración neuropsicológica completa, con análisis posterior del caso.
- Asistencia a una valoración social completa, con análisis posterior del caso.



ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA Y DE ENLACE

Duración: 2 días /semana durante 4 meses.

Localización: Interconsultas generales psiquiátricas Hospital Universitari de Vic.

Interconsultas generales psiquiátricas Hospital Santa Creu de Vic.

Responsable: dr. Santiago Escoté

OBJETIVOS GENERALES:

- Adquirir habilidades para la entrevista con el paciente médico-quirúrgico.
- Adquirir los conocimientos teóricos fundamentales de la medicina psicosomática.
- Capacitación para la comunicación pacientes gravemente enfermos o terminales y con los familiares o cuidadores del enfermo.
- Realizar actividades de enlace con otros profesionales y equipos sanitarios. Participar en la coordinación de cuidados ante el paciente médico-quirúrgico complejo.
- Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos habituales en pacientes médico-quirúrgicos.
- Adquirir el manejo básico respecto a la psicofarmacología en pacientes médico-quirúrgicos.
- Intervenciones en crisis e intervenciones psicoterapéuticas de apoyo en pacientes médico-quirúrgicos (incluyendo los familiares).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓN POR PSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA Y DE ENLACE:

- Desarrollo de conocimientos clínicos específicos respecto a la atención psiquiátrica en pacientes con patología médico-quirúrgica.
- Conocimientos de la relación entre los factores psicosociales y biomédicos en los pacientes con enfermedades médicas o quirúrgicas. Adquirir habilidades en el abordaje de aspectos psicológicos y psiquiátricos en estos pacientes (miedo, negación, afrontamiento del dolor, la limitación funcional,...).
- Estar capacitado para tratar reacciones de angustia, depresión, insomnio, síndrome confusional. ...
- Conseguir un adecuado manejo de los psicofármacos. Especial atención en las interacciones de los psicofármacos con otros tratamientos, los posibles efectos secundarios y contraindicaciones de estos fármacos en pacientes con patología médica.
- Conocer los tratamientos no farmacológicos y las situaciones en los que se requiere una terapia psicológica más específica.
- Reconocer situaciones que requieren un tratamiento urgente de las que no.
- Mejorar habilidades de comunicación con en enfermos en situaciones de elevado estrés. Trabajar con familiares y cuidadores para comprender enfermedad, reacciones emocionales y valorar necesidades y posibles problemas posteriores. Favorecer un entorno tranquilo, participativo e incluir al paciente en la toma de decisiones.
- Desarrollar habilidades clínicas en el cuidado y manejo de la patología



psiquiàtrica en grups específics. VIH positius, malalties renales, cardíacques, neurològiques,...

- Demostrar coneixements bàsics de los símptomes no definits i participar en el diagnòstic diferencial.

ROTACIÓ PER PSIQUIATRIA INFANTIL I DE LA ADOLESCÈNCIA

Duració: 4 mesos.

Localització: Hospital de Dia infanto-juvenil, Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), Hospitalització Breve Infanto-Juvenil (URPI).

Responsable: Dr. Pere Tapies.

OBJECTIVOS GENERALES

- Estimular el desenvolupament de la actitud adequada i proporcionar los coneixements i habilitats necessaris per al tractament clínic de estos pacients.
- Conocer las características de las distintas etapas evolutivas del desarrollo físico, emocional, intelectual y social, así como los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología de los trastornos mentales y en la interacción psicosocial.
- Capacitación para diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos y las desviaciones del desarrollo psicomotor, así como para las alteraciones emocionales y psicosomáticas que pueden surgir durante la infancia y la adolescencia.
- Conocimiento de la estructura comunitaria sobre la salud y el desarrollo de los niños, de la organización del sistema escolar, servicios sociales y servicios judiciales para una adecuada coordinación con ellos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DE LA ROTACIÓ PER PSIQUIATRIA INFANTIL I DE LA ADOLESCÈNCIA:

- Conocer las características propias de la elaboración de la historia clínica en el niño y adolescente.
- Realización de una anamnesis correcta con una completa exploración del estado mental y una exploración física.
- Realizar una adecuada valoración del entorno familiar, escolar y social.
- Adquirir conocimiento sobre técnicas de entrevista clínica
- Identificación, detección y manejo de las situaciones y factores de riesgo y las señales de alerta psicopatológica.
- Capacitación para diagnosticar las desviaciones del desarrollo psicomotor y las alteraciones emocionales y psicosomáticas que pueden aparecer en la infancia y la adolescencia.
- Conocimiento y adecuada aplicación de los criterios diagnósticos y de clasificación de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia
- Adquirir conocimiento para el abordaje de los principales síndromes y trastornos psiquiátricos infantiles.
- Conocimiento básico y manejo de tratamientos psicofarmacológicos de uso prevalente en la infancia y la adolescencia.

RESIDENTE DE CUARTO AÑO: SUBESPECIALIZACIÓN

Durante el cuarto año de formación del residente de Psiquiatría se contemplan en el BOE dos trayectos de **subespecialización**, a diseñar según las características propias, las preferencias y los intereses de cada residente.





En cada Plan Individual de Formación se plantearán unos objetivos concretos, relacionados tanto con la práctica clínica como con la investigación en dicha área.

<p>Trayecto A: (Específico)</p>	<p>A elegir entre una de estas cuatro especializaciones: 12 meses Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Psicoterapia. Gerontopsiquiatría Alcoholismo y otras adicciones</p>
<p>Trayecto B: (Compartido)</p>	<p>Áreas propias de la formación nuclear: 6 meses. Psiquiatría Comunitaria Hospitalización Psiquiátrica Rehabilitación Psiquiátrica Psiquiatría de Enlace Áreas propias de la formación específica: 6 meses Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Psicoterapia Alcoholismo y otras adicciones Gerontopsiquiatría</p>

DESARROLLO DEL TRAYECTO A (ESPECÍFICO)

Durante los primeros seis meses del cuarto año de residencia se aceptará la realización de una **rotación externa** de máximo cuatro meses ligada al trayecto formativo que haya escogido, a elección del residente y con la aceptación de la unidad Docente y de la Comisión de Docencia.

OBJETIVO GENERAL DEL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA:

-  El objetivo de este cuarto año de residencia es dotar al médico residente del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como psiquiatra especialista.
-  Al final de este último año de formación el residente debe realizar todos sus actos con plena autonomía sin necesidad de supervisión directa (el residente hace y luego informa).
-  Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo
-  actuaciones de manera independiente, sin necesidad de autorización directa.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRAYECTO A, SUBESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA:

Localización: Hospital de Día infanto-juvenil, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (URPI).

Responsable: Dr. Pere Tapies.

- Disponer de una agenda propia de primeras visitas y visitas de seguimiento en CCEE que le permita como mínimo seguir unos 10 pacientes/año.
- Manejo de ingresos en URPI desde el primer día para adquirir habilidad en la entrevista inicial, diagnóstico diferencial y decisión terapéutica consensuada.
- Desarrollarse como interlocutor principal con los familiares /cuidadores del menor y el entorno social del mismo (servicios sociales / escuela, etc....).
- Presentar al menos una sesión clínica trimestral de revisión de literatura, propuesta de mejoras en los protocolos existentes o presentación y discusión de casos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRAYECTO B, SUBESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA:

Localización: Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

Responsable: Lola Riesco, psicóloga clínica especialista, dr. Santiago Escoté, médico psiquiatra.

- Disponer de una agenda propia de primeras visitas y visitas de seguimiento en CCEE que le permita como mínimo seguir unos 10 pacientes/año.
- Desarrollarse como interlocutor principal con los familiares /cuidadores del paciente y el entorno social del mismo (servicios sociales / trabajadores sociales, etc....).
- El residente debe conseguir la destreza necesaria para practicar la psicoterapia formal y ajustada estrictamente a modelos. Incluye el conocimiento de bases teóricas y prácticas de los diversos modelos psicoterapéuticos: psicodinámicos, sistémicos, cognitivo-conductual y el interpersonal, tanto en lo referido a la modalidad individual como de pareja, de familia o de grupo .
- Obtener una evaluación favorable en técnicas de Nivel IV de Psicoterapia (descritas en el objetivo previo).
- Presentar al menos una sesión clínica trimestral de revisión de literatura, propuesta de mejoras en los protocolos existentes o presentación y discusión de casos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRAYECTO B, SUBESPECIALIZACIÓN EN GERONTOPSIQUIATRÍA:

Localización: Unidad de Gerontopsiquiatría (CCEE y planta). Hospital Sant Jaume de Manlleu

Responsable: Dr. Escabia.

- Disponer de una agenda propia de primeras visitas y visitas de seguimiento en CCEE que le permita como mínimo seguir unos 10 pacientes/año.
- Manejo de ingresos en Planta de Hospitalización de Gerontopsiquiatría del Hospital Sant Jaume de Manlleu desde el primer día para adquirir habilidad en la entrevista inicial, diagnóstico diferencial y decisión terapéutica consensuada.



- Desarrollarse como interlocutor principal con los familiares /cuidadores del anciano y el entorno social del mismo (servicios sociales / residencia, etc....).
- Manejo de situaciones que requieren de intervención legal: procesos de incapacitación, detección de maltrato al anciano, criterios de ingreso involuntario.
- Presentar al menos una sesión clínica trimestral de revisión de literatura, propuesta de mejoras en los protocolos existentes o presentación y discusión de casos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRAYECTO B, SUBESPECIALIZACIÓN EN ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES:

Localización: Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CASD) situado en el edificio Osona Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic.

Responsable: Dra. Assumpció Guillén

- Disponer de una agenda propia de primeras visitas y visitas de seguimiento en CCEE que le permita como mínimo seguir unos 10 pacientes/año.
- Saber decidir en que momento proponer un ingreso en un centro de deshabitación
- Adquirir habilidad en la entrevista inicial, diagnóstico diferencial y decisión terapéutica consensuada en pacientes con adicciones y/o patología psiquiátrica concomitante.
- Desarrollarse como interlocutor principal con los familiares /cuidadores del paciente y el entorno social del mismo (servicios sociales / trabajadores sociales / responsables de pisos tutelados, etc....).
- Manejo de situaciones que requieren de intervención legal: procesos de incapacitación, detección de maltrato en el entorno familiar, criterios de ingreso involuntario.
- Presentar al menos una sesión clínica trimestral de revisión de literatura, propuesta de mejoras en los protocolos existentes o presentación y discusión de casos.

DESARROLLO DEL TRAYECTO B (COMPARTIDO)

Durante los primeros seis meses del cuarto año de residencia se aceptará la realización de una **rotación externa** de máximo cuatro meses ligada al trayecto formativo que haya escogido, a elección del residente y con la aceptación de la unidad Docente y de la Comisión de Docencia.

OBJETIVO GENERAL DEL CUARTO AÑO DE RESIDENCIA:

- El objetivo de este cuarto año de residencia es dotar al médico residente del nivel de autonomía necesaria que en el futuro le permita asumir sus responsabilidades como psiquiatra especialista.
- Al final de este último año de formación el residente debe realizar todos sus actos con plena autonomía sin necesidad de supervisión directa (el residente hace y luego informa).
- Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo
- actuaciones de manera independiente, sin necesidad de autorización directa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRAYECTO B (COMPARTIDO):

Localización: Dispositivos de rotación descritos previamente para cada una de la rotaciones a repetir durante el cuarto año si se escoge en trayecto B.

Responsable final del diseño de este trayecto: Dra. M^oJosé Alvarez.

Dependiendo de si el residente ha realizado la rotación externa voluntaria o no, se repartirán entre los ocho dispositivos de rotación los meses restantes hasta completar los 11 meses de formación del cuarto año.

- Disponer de una agenda propia de primeras visitas y visitas de seguimiento en CCEE que le permita como mínimo seguir unos 10 pacientes/año.
- Saber decidir en que momento proponer un ingreso en los distintos contextos donde el residente esté prestando asistencia.
- Adquirir habilidad en la entrevista inicial, diagnóstico diferencial y decisión terapéutica consensuada en pacientes de todos los ámbitos asistenciales previamente descritos.
- Desarrollarse como interlocutor principal con los familiares /cuidadores del paciente y el entorno social del mismo (servicios sociales / trabajadores sociales / responsables de pisos tutelados / escuela, etc....).
- Manejo de situaciones que requieren de intervención legal: procesos de incapacitación, detección de maltrato en el entorno familiar, criterios de ingreso involuntario.
- Presentar al menos una sesión clínica trimestral de revisión de literatura, propuesta de mejoras en los protocolos existentes o presentación y discusión de casos.



5. ATENCIÓN CONTINUADA

Primer año de residencia:

- 2-3 guardias /mes de medicina interna durante los seis primeros meses de formación:
 - De lunes a viernes: de 17.00- 8.00.
 - Días festivos: de 08:00 a 08:00 horas del día siguiente.
- 3-5 guardias/mes de psiquiatría (a partir a partir del séptimo mes de formación):
 - De lunes a viernes: de 17 a 08:00 horas.
 - Días festivos: de 08:00 a 08:00 horas del día siguiente.

Segundo, tercer y cuarto año de residencia:

- 4-6 guardias/mes de psiquiatría:
 - De lunes a viernes: de 17 a 08:00 horas.
 - Días festivos: de 08:00 a 08:00 horas del día siguiente.

Los objetivos específicos a adquirir durante la Atención Continuada Psiquiátrica son:

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

El residente de primer año estará supervisado por un psiquiatra de la Unidad Docente acreditada con presencia física. Dicha supervisión se irá graduando a medida que se avance en el periodo formativo, según el grado de autonomía seguido por el residente, siguiendo los criterios del protocolo de supervisión del residente del Consorci Hospitalari de Vic, redactado en base al previsto en el BOE (ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría).



6. ROTACIONES EXTERNAS

Se consideran rotaciones externas, aquellos períodos formativos, autorizados, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación del residente de Psiquiatría.

Se deben realizar en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o internacionales de reconocido prestigio.

El período máximo de rotación externa para los residentes en Psiquiatría no podrá superar los 6 meses, en el conjunto del periodo formativo de la especialidad a realizar en el último año de la residencia.

Procedimiento para solicitar una rotación externa:

Para la aprobación de una rotación externa por parte de la comisión de docencia se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Que los contenidos a alcanzar en esta rotación no lo sean las rotaciones establecidas en el plan de rotación definido dentro del CHV, ya sea porque no existe esta rotación o para que se desee ampliar los contenidos de una rotación ya hecha.
2. Que esté permitida por el programa oficial de la especialidad del residente que lo solicita (BOE correspondiente al programa de la especialidad)
3. Que el centro donde se quiera hacer esta rotación sea un centro con un aval docente, y en el caso de centros de España que esté acreditado para la docencia.
4. Que la rotación en centros fuera de España, esté razonadamente escogida y comparada con otros posibles centros del estado, y se definan claramente las mejoras que aporta el centro extranjero.
5. Que exista un primer contacto con este centro y una persona de referencia que acepte la rotación y que permita hacer un posterior contacto desde el departamento de docencia con el responsable de la rotación y con la comisión de docencia del centro destino, para garantizar realmente la aceptación del residente.
6. Que exista un informe del tutor del residente que solicita la rotación, donde argumente todos los puntos discutidos anteriormente y que tenga el visto bueno del DP correspondiente.

Cuando estos documentos lleguen al departamento de docencia y obtengan el visto bueno del director de docencia, se tramitarán a la gerencia por solo • licitar continuar pagando la nómina y la atención continuada, en su caso, durante el periodo que dura la rotación. Una vez conseguido todos los permisos se tramitarán los documentos pertinentes al Departament de Salut que es el que finalmente autorizará esta rotación.

7. SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS

SESIONES CLÍNICAS ORDINARIAS:

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica: Diarias, con la participación de los profesionales de diversas disciplinas (psiquiatras, psicólogos clínicos, residentes, enfermería, trabajo social,...)

Objetivo: actualizar y compartir la información más reciente y relevante de los pacientes ingresados y decidir la pauta más adecuada para su manejo.

Unidades de Salud Mental: Se desarrollan dos sesiones semanales en las unidades de Salud Mental.

- ◆ Miércoles: sesiones de servicio para discutir casos, formación, organizativas,... de 90 minutos de duración.
- ◆ Viernes: sesiones docentes (08.30-10.00):
 - Sesiones bibliográficas.
 - Discusión de casos.
 - Revisión de temas.
- ◆ Durante las distintas rotaciones participará en las sesiones que se realizan de forma regular:
 - Rehabilitación: 1 reunión de Programa de Servicios Individualizados a la semana.
 - Hospitales de día: 1 reunión semanal de seguimiento de planes terapéuticos.
 - Psiquiatría comunitaria: 2 horas de discusión de casos a la semana.
- ◆ Sesiones generales del Hospital Universitario de Vic, con una frecuencia semanal (jueves de 15 a 16 horas).

SESIONES A REALIZAR SEGÚN PROGRAMA FORMATIVO-ROTACION MIR

PRIMER AÑO

- ◆ Taller de habilidades de Comunicación-Técnicas de entrevista en salud mental y de evaluación psicológica**
- ◆ Taller de psicopatología **
- ◆ Taller de entrevista motivacional**
- ◆ Exploraciones complementarias
- ◆ Bioética*/**
- ◆ Psiquiatría perinatal**
- ◆ Trastornos de la conducta alimentaria**
- ◆ Trastorno límite de la personalidad**
- ◆ Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida**



- Trastorno del espectro autista a lo largo de la vida**
- Terapia electroconvulsiva**
- Urgencias psiquiátricas en pediatría**
- Participación de los pacientes y sus familias en el proceso de recuperación**
- Psicooncología**
- Adicciones**
- Alcohol y tabaco**
- Medicina legal. Psiquiatría legal y forense**
- Sexualidad**
- Metodología de la investigación y docencia*
- Bioética. Derechos humanos y salud mental*
- Organización y legislación sanitaria. Derechos y deberes de los usuarios*
- Gestión clínica*
- Ciencias básicas relacionadas con el comportamiento, desarrollo humano y social
- Historia de la epistemología y psiquiatría
- Principales síndromes psiquiátricos
- Manifestaciones psiquiátricas de las patologías médicas
- Patologías médicas que pueden empeorar enfermedades psiquiátricas
- Diagnóstico diferencial de patología primaria psiquiátrica y patología organico-cerebral
- Abordaje de las patologías médicas más frecuentes*
- Genética y Epidemiología
- Utilización de los sistemas de clasificación psiquiátrica
- Técnicas psicológicas y pruebas complementarias básicas en el procedimiento diagnóstico
- Neurobiología de la esquizofrenia
- Neurobiología trastornos afectivos
- Psicofarmacología básica de los antipsicóticos, antidepresivos y eutimizantes
- Manejo de intervenciones y situaciones de crisis, de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio-sanitarios disponibles

*** Curso realizado en la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya durante el primer año de residencia y que imparte conjuntamente para psiquiatras, psicólogos e infermeria.*

** Cursos del Programa Complementario impartidos por el Consorci Hospitalari de Vic para todos los residentes.*



SEGUNDO AÑO

- Neurobiología trastornos de ansiedad y obsesivos
- Psicofarmacología ansiolíticos
- Psicofarmacología avanzada en antidepresivos, antipsicóticos y eutimizantes. Combinaciones, técnicas de potenciación,...
- Tratamientos biológicos no farmacológicos
- Curso de terapia cognitivo-conductual**
- Abordaje de los trastornos de la personalidad
- Estrés y enfermedad mental. Enfermedades relacionadas con el estrés y el trauma y abordajes farmacológicos y psicológicos
- Circuitos para la programación, organización y asistencia en los programas de rehabilitación psiquiátrica. Indicaciones de derivación, objetivos y técnicas utilizadas para conseguir estos objetivos (MIR2)
- Formación en manejo asertivo-comunitario y en técnicas de rehabilitación cognitiva, habilidades sociales y psico-educación en trastornos mentales (MIR2)
- Clasificación de la discapacidad (MIR2)
- Psicoterapias básicas en los trastorno por consumo de sustancias (MIR2)
- Tratamiento farmacológico de los trastornos por consumo de sustancias (MIR2)
- Tratamiento de sustitución con opiáceos: Metadona, buprenorfina/naloxona, naltrexona (MIR2)
- Neurobiología de las adicciones (MIR2)
- Conocimientos en la interrelación entre el consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos (MIR2)
- Intervenciones farmacológicas en patología dual (MIR2)
- Abordaje psicología de la patología dual (MIR2)

*** Curso realizado en la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya*

TERCER AÑO

- Fundamentos teóricos psicósomáticos (MIR3)
- Abordaje psicológico de los pacientes oncológicos y de los pacientes terminales (MIR3)
- Psicofarmacología de enlace. Consideraciones del uso de psicofármacos en las principales enfermedades médicas: patología renal, hepática, neurológica, cardíaca, infecciosas,.... (MIR3)
- Importancia del diagnóstico y manejo del síndrome confusional (MIR3)
- Psicofarmacología en el anciano (MIR3)
- Características específicas de la psiquiatría geriátrica (MIR3)
- Desarrollo psicomotor normal y alteraciones que se pueden presentar durante



el desarrollo (MIR3)

- Factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la etiología de los trastornos de la infancia (MIR3)
- Manifestaciones clínicas en la infancia y adolescencia de las enfermedades psiquiátricas (MIR3)
- Psicofarmacología del niño y del adolescente (MIR3)
- Neurobiología de los trastornos de la infancia y adolescencia (MIR3)
- Tratamiento del trastorno por déficit de atención y hiperactividad (MIR3)
- Trastornos de conducta en los niños y adolescentes: técnicas conductuales, psicoeducación de los padres, farmacología (MIR3)
- Neurobiología de los trastornos asociados al estrés y al trauma (MIR3)
- Trastornos de la conducta alimentaria (MIR3)
- Abordaje diagnóstico y terapéutico de la discapacidad intelectual y de las características psicopatológicas que presenta (MIR3)

CUARTO AÑO:

Sesiones clínicas en función de la especialización escogida.



SESIONES COMUNES EN LA FORMACIÓN DE MIR/PIR/EIR

- Bioética
- Psiquiatría perinatal
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida
- Terapia electroconvulsiva
- Taller de habilidades de Comunicación-Técnicas de entrevista en salud mental y de evaluación psicológica
- Taller de psicopatología
- Taller de entrevista motivacional
- Urgencias psiquiátricas en pediatría
- Participación de los pacientes y sus familias en el proceso de recuperación
- Adicciones
- Alcohol y tabaco
- Medicina legal. Psiquiatría legal y forense
- Sexualidad
- Metodología de la investigación y docencia
- Organización y legislación sanitaria. Derechos y deberes de los usuarios
- Gestión clínica
- Bioética. Derechos humanos y salud mental
- Abordaje de las patologías médicas más frecuentes
- Psicofarmacología básica de los antipsicóticos, antidepresivos y eutimizantes



8. FORMACIÓN TEÓRICA

A desarrollar durante los cuatro años de residencia. Incluye:

Formación Transversal (común a otras especialidades en Ciencias de la Salud):

- a. Ciencias básicas relacionadas con el comportamiento, desarrollo humano y social. Historia de la epistemología y psiquiatría. Neurociencia. Medicina Interna.
- b. Genética y Epidemiología.
- c. Métodos de investigación y docencia.
- d. Bioética. Derechos humanos y salud mental. Organización y legislación sanitaria. Derechos y deberes de los usuarios.
- e. Psiquiatría legal y forense
 - Problemas médicos legales derivados del ejercicio de la psiquiatría.
 - Valoración de daños derivados de patologías mentales y evaluación de la incapacidad.
- f. Gestión clínica.

Propedéutica Psiquiátrica

- a. Psicopatología general y sus formas clínicas en el adulto, el niño, el adolescente y el anciano. Reconocimiento diagnóstico y de valoración terapéutica.
- b. Técnicas de entrevista en salud mental y de evaluación psicológica y neurobiológica.
- c. Técnicas de comunicación interpersonal y de psicoeducación.
- d. Psicoterapias individuales, de pareja, de familia y de grupo.
- e. Intervenciones sociales y comunitarias, planteamientos de mejora de la salud mental.
- f. Psicofarmacoterapia y otros tratamientos biológicos.

Promoción de la Salud Mental

- a. Factores de riesgo biológico, genético, comportamental, social y cultural.
- b. Identificación de crisis y valoración del riesgo. Evolución a corto y largo plazo e índices predictivos de respuesta.
- c. Intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- d. Salud mental en poblaciones desfavorecidas. Lucha contra el estigma y la discriminación de la enfermedad mental.

Cursos organizados por otros Centros

- a. Curso organizado por la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya para los residentes de primer año de psiquiatría y psicología.
- b. Curso de la Academia para terapia cognitivo-conductual a realizar durante el segundo o tercer año de residencia (3 horas/mes durante 10 meses).



- c. Curso de la Academia sobre Escalas Clínicas (12 horas)
- d. Se facilitará la asistencia a cursos que el tutor considere de interés para el residente, que entregará una memoria de los mismos a su finalización.

Cursos de la Especialidad

- a. A lo largo del Itinerario Formativo, el Tutor informará al residente de los cursos relativos a la Especialidad que considere de especial interés, facilitándole su asistencia a los mismos. El residente entregará una memoria de los cursos a los que asista.
- b. Cursos online formativos de la especialidad.

Congresos y Jornadas de la Especialidad

Las Reuniones Científicas y Congresos de asistencia recomendada, en los que se deben presentar comunicaciones para asistir son:

- Congreso Nacional de Psiquiatría
- Congreso Europeo de Tratamiento Aseritivo, Avilés
- Symposium Internacional de Terapéutica en Psiquiatría
- Controversias en Psiquiatría
- Encuentros en Psiquiatría
- Jornada de Cloenda de la Societat Catalana de Psiquiatria.

Otros Congresos: en función de las preferencias y subespecialidad, y de acuerdo con el Tutor, podrán acudir a otros Congresos de forma similar a los cursos, presentando trabajos o comunicaciones.



9. PLAN DE FORMACIÓN TRANSVERSAL

El Consorci Hospitalari de Vic, a través de la Comisión de docencia, elabora un plan de formación transversal común a todos los residentes con formación en:

- Radiología básica
- Urgencias de nivel I y II
- Soporte vital básico
- Soporte vital intermedio
- Bioética
- Relación médico paciente.
- Entrevista motivacional
- Confidencialidad del paciente y protección de datos.
- Consentimiento informado.
- Consentimiento del menor y del paciente incapacitado.
- Confidencialidad y secreto profesional.
- Ética y deontología: comités deontológicos y comités éticos de investigación clínica.
- Metodología científica y utilización de la estadística en medicina
- Búsqueda bibliográfica
- Gestión
 - a. Planificación, programación de la actividad asistencial, dirección participativa por objetivos. Indicadores de calidad en salud mental (resultado y proceso).
 - b. Metodología de calidad. Sistemas de evaluación sanitaria. Indicadores. Guías de práctica clínica. Programas de garantía y control de calidad.
 - c. Metodología en gestión de procesos. Conocimiento de la estructura y funciones de los dispositivos de salud mental, redes de servicios y programas de coordinación.
 - d. Técnicas de trabajo en equipo. Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas.
 - e. Cartera de servicios.
 - f. Organización y legislación sanitaria: Derechos y deberes de los usuarios
 - g. Conocimientos básicos de la legislación aplicable a los Servicios de Salud y sociosanitarios.
- Relación interprofesional
- Relación médico-paciente
- Seguridad del paciente
- Riesgos laborales

Todos los residentes realizan el curso on-line de Protección radiológica editado por el Instituto de Estudios de la Salud (IES).

10. PLANIFICACIÓN DE CURSOS, CONGRESOS E INVESTIGACIÓN

CURSOS

R1:

- Curso para psiquiatras en formación realizado por la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya.
- Symposium Internacional de Terapeutica Psiquiatrica.

R2:

- Curso de terapia cognitivo-conductual realizado por la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya.
- Curso de Escalas Clínicas realizado por la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya.
- Encuentros en Psiquiatría.

R3:

- Jornada de Cloenda de la Societat Catalana de Psiquiatria.
- Congreso Europeo de Tratamiento Aseritivo, Avilés
- Controversias en Psiquiatría.

R4:

- Congreso Nacional de Psiquiatría.
- Symposium Internacional de Terapéutica Psiquiátrica

INVESTIGACIÓN

La formación del especialista en Psiquiatría como futuro investigador ha de irse realizando a medida que avanza su maduración durante los años de especialización sin menoscabo de que pueda realizar una formación adicional al finalizar su periodo de residencia para capacitarse en un área concreta de investigación.

Durante su formación el residente debe iniciarse en el conocimiento de la metodología de la investigación. Debe adquirir los conocimientos necesarios para realizar un estudio de investigación ya sea de tipo observacional o experimental. También debe saber evaluar críticamente la literatura científica relativa a las ciencias de la salud, siendo capaz de diseñar un estudio, realizar la labor de campo, la recogida de sus datos, el análisis estadístico así como su discusión y elaboración de conclusiones que debe saber presentar como comunicación o publicación. **Se presentará al finalizar el segundo año de residencia un proyecto de investigación a realizar durante el tercer y cuarto año de la residencia.** Durante el tercer y cuarto año debe presentar al menos una comunicación a reunión o congreso y realizar un trabajo de publicación en una revista de la especialidad. Para la realización de este proyecto debe iniciar o incorporarse a una línea de investigación que ya esté en desarrollo en su centro, en un área concreta de la Psiquiatría. Para ello ha de comprender la importancia de conseguir recursos externos mediante la solicitud de ayudas y becas de investigación. Resulta aconsejable que la línea de investigación antes citada pueda culminar con la presentación de un proyecto para obtener el grado de doctor en medicina.

Asimismo, el residente debe participar activamente en el desarrollo de sesiones clínicas, tanto las propias del servicio como las generales del hospital (mínimo de una sesión clínica del hospital durante el período de la residencia); tomar parte activa en revisiones bibliográficas periódicas, actualización de temas monográficos, conferencias y cursos a estudiantes y residentes más jóvenes.

Por otra parte, el residente debe tomar conciencia de la importancia de la formación continuada y de la necesidad de perfeccionar sus conocimientos de la lengua inglesa y de informática, al objeto de poder estudiar la literatura internacional y poder comunicarse con colegas de otros países.

Respecto a la competencias vinculadas al conocimiento y la investigación, el residente tiene que desarrollar las siguientes competencias.

- Acceder a la información adecuada y aplicarla en la clínica y en la formación del personal sanitario en temas de salud mental y psiquiatría.
- Desarrollar, implementar y monitorizar una estrategia personal de formación continuada.
- Integrar la investigación básica-preclínica en la solución de los problemas concretos que incumben a los clínicos.
- Potenciar la investigación clínica-aplicada por sus implicaciones clínicas y como avance del conocimiento.
- Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y a la formación de otros profesionales de la salud.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL CON PARTICIPACIÓN DE RESIDENTES.

Líneas de investigación	Especialidades participantes
Influencia de un programa de ocio psicosocial sobre la funcionalidad y el bienestar psicológico en personas afectadas de depresión mayor.	Psiquiatría, psicología, enfermería
Aplicación del método de autopsia psicológica como herramienta de detección de la patología mental y factores de riesgo en suicidios consumados	Psiquiatría, psicología, enfermería.
Trastorno obsesivo-compulsivo. Influencia del insight en el curso evolutivo, la calidad de vida y la adaptación psicosocial.	Psiquiatría, psicología, enfermería
Impacto psicológico en la interrupción voluntaria del embarazo	Psiquiatría, psicología, enfermería
Seguimiento longitudinal de variables clínicas y cognitivas de pacientes afectados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Psiquiatría, psicología, enfermería

La influencia del estrés y de determinados factores psicosociales en el inicio y evolución de la esclerosis múltiple.	Psiquiatría, psicología.
Estudio de prevalencia de trastornos mentales y de alteraciones de conducta en la población con discapacidad intelectual	Psiquiatría, psicología.
Evaluación de un programa de intervención conjunta entre psiquiatría y psicogeriatría.	Psiquiatría, psicología.
Estudio farmacocinético de determinación de metadona en plasma y saliva.	Psiquiatría, enfermería.
Estudio de funcionamiento cognitivo y cognición social en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.	Psiquiatría, psicología.
Influencia de las experiencias traumáticas en el inicio y evolución de las psicosis.	Psiquiatría, psicología, enfermería.
Psicooncología. Comorbilidad de trastornos mentales en pacientes afectos de cáncer. Influencia de factores psicológicos en inicio y evolución del cáncer.	Psiquiatría, psicología.
Prevención y promoción de la salud mental	Psiquiatría, Psicología, enfermería
Diferencias en la presentación y evolución del trastorno mental en población autóctona e inmigrante.	Psiquiatría, enfermería
Seguimiento longitudinal de pacientes con dependencia del alcohol. Variables clínicas y de consumo de recursos.	Psiquiatría, psicología, enfermería
Aplicación de un programa de salud en pacientes con dependencia activa de sustancias	Psiquiatría, enfermería
Ensayos clínicos con fármacos	Psiquiatría, enfermería
Evaluación del impacto de un programa asertivo comunitario en la optimización de la terapia antipsicótica en pacientes afectos de trastorno mental grave.	Psiquiatría, psicología, enfermería
Proyecto de innovación: gestión de casos de intentos de suicidio	Psiquiatría, psicología, enfermería

11. BIBLIOGRAFIA OBLIGATORIA

LIBROS (disponibles en la biblioteca del servicio o en formato pdf)

- ◆ A.P.A. (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Versión española: López-Ibor Aliño, J.J. (dir), Valdés, M. (coord): Barcelona: Masson
- ◆ Álvarez E (2000). *Manejo de psicofármacos en pacientes de edad avanzada*. Barcelona: Edika Med.
- ◆ Arechederra Aranzadi JJ (2003). *Fundamentos éticos y legales de la responsabilidad en Psiquiatría*. Madrid: International Marketing and Communications.
- ◆ Azanza, J. R., (2009). *Guía Práctica de Farmacología del Sistema Nervioso Central*. Madrid: Icono Shamrock
- ◆ Beck AT, et al (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- ◆ Bobes J, Casas M, Gutiérrez M (2011). *Manual de trastornos adictivos (2º ed)*. Madrid: Enfoque.
- ◆ Bobes J, et al (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- ◆ Caballo VE (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol 1 y 2)*. Madrid: Siglo XXI.
- ◆ Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- ◆ Chinchilla A, et al (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.
- ◆ Chinchilla Moreno A (2010). *Tratado de terapéutica psiquiátrica*. Madrid: Nature Publishing Group Iberoamérica.
- ◆ Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales (2012). *RTM-IV: Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales (3ªed)*. Ars Médica
- ◆ Conejo Galindo J, Sainz Cortón E (2010). *Aspectos de interés en la psiquiatría de enlace*. Madrid: Ergon.
- ◆ Gabbard GO (2009). *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.
- ◆ Gomez Jara M (2009). *La responsabilidad profesional del psiquiatra*. Barcelona: Atelier.
- ◆ Gómez Jara M, Gómez Marichalar N (2009). *Consultas en psiquiatría legal*. Barcelona: Atelier.
- ◆ Labrador FJ, et al (2008). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Psicología Pirámide.
- ◆ Lozano Suárez, Ramos Brieva JA (2002). *Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace*. Barcelona: Masson.
- ◆ Miller WR, Rollnick S (2005). *La entrevista motivacional. Preparar para el*

cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós.

- Obiols JE (2013). Manual de psicopatología general. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (2007). Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pichot P, et al (2003). Intervención en crisis y tratamiento agudo de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Pichot P, et al (2005). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Riso W (2009). Terapia cognitiva. Barcelona: Paidós.
- Roca Bennasar M, et al (2002). Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Médica.
- Salazar, M., Peralta, C., Pastor, J. (2006). *Tratado de Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica*. Madrid: Médica Panamericana
- Segarra R (2014) Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Serna de Pedro I (2000). Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Masson.
- Serna de Pedro I (2006). Psicofármacos en geriatría. Barcelona. Ars Médica.
- Syms A (2008). Síntomas mentales. Madrid: Triacastela.
- Stahl, St. M., - (2013). *Psicofarmacología Esencial. Bases Neurocientíficas y Aplicaciones Clínicas* (3 ed). Barcelona: Ariel Neurociencia
- Stahl. Guía del Prescriptor (2012). *Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor..* Madrid: Aula Médica
- Turón Gil VJ (1997). Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson.
- Vallejo Ruiloba, J, Leal Cercós, C. (2010). *Tratado de Psiquiatría*. Vols. I y II (2 ed).Barcelona: Grupo Ars XXI
- VV. AA. (2010). *Manual del Residente en Psiquiatría. Vols. I y II*. Madrid: Grupo ENElife & Editores
- VV.AA. (2005). Tractament de manteniment amb metadona. Manual de pràctica clínica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Pereiro Gómez C (2010): Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación. Sociodrogalcohol.





GUIAS CLÍNICAS (disponibles en el servicio)

- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014).Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna (2011). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J., Pereiro Gomez, C., & Bobes Garcia, J. (2013). Alcoholismo. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. *Sociodrogalcohol*, 3^o edició.

- Pascual Pastor, F., & Guardia Serecigni, J. (2011). *Monografía sobre El alcoholismo*. Sociodrogalcohol.
- Becoña, E., & Cortes, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones-Sociodrogalcohol*.
- Bobes, J., Casas, M., Ter, A., Ba, D., Carre, R. E., Fust, R. G., ... Ramo, Z. (2010). *Guía para el tratamiento de la Adicción a Opiáceos Con Buprenorfina / Naloxona*. Sociodrogalcohol.
- Guía de práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (2011). Servicio Murciano de Salud.
- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista (TEA) en Atención Primaria (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2011). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Hay P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014, Vol. 48(11) 977–1008.
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 2: Maintenance Treatment of Major Depressive Disorder-Update 2015. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2015; 16: 76–95
- Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. *J Am Coll Surg*. 2015; 220 (2):136-148.



REVISTAS CIENTÍFICAS DISPONIBLES

-  www.psiquiatria.com
-  www.psychiatrist.com
-  Up to Date.
-  <https://www.rima.org>
 - Acta Psychiatrica Scandinavica
 - Addiction
 - Aggressive Behavior
 - Aging & Mental Health
 - Alcoholism - Clinical and Experimental Research
 - Alzheimers & Dementia
 - American Journal of Hospice & Palliative Medicine
 - American Journal of Medical Genetics Part B - Neuropsychiatric Genetics
 - American Journal of Psychiatry
 - Archives of General Psychiatry
 - Archives of Womens Mental Health
 - Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
 - Behavioral Medicine
 - Biological Psychiatry
 - Bipolar Disorders
 - BMC Psychiatry
 - Brain and Behavior
 - British Journal of Psychiatry
 - Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie
 - Clinical Psychopharmacology and Neuroscience
 - CNS Drugs
 - Cochrane Database of Systematic Reviews
 - Cognition
 - Cognitive Neuropsychology
 - Cognitive Psychology
 - Cognitive Science
 - Comprehensive Psychiatry
 - Dementia and Geriatric Cognitive Disorders
 - Depression and Anxiety
 - Developmental Psychobiology
 - Drug and Alcohol Dependence
 - Drugs & Aging
 - Encephale - Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique
 - European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
 - European Neuropsychopharmacology
 - European Psychiatry
 - Evolution Psychiatrique
 - Family Process
 - Fortschritte der Neurologie Psychiatrie
 - General Hospital Psychiatry



- Health Affairs
- Health Psychology
- Human Psychopharmacology - Clinical and Experimental
- International Journal of Geriatric Psychiatry
- International Journal of Neuropsychopharmacology
- International Journal of Psychiatry in Clinical Practice
- International Journal of Psychophysiology
- International Psychogeriatrics
- JAMA Psychiatry
- Journal of Affective Disorders
- Journal of Autism and Developmental Disorders
- Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology
- Journal of Child Psychology and Psychiatry
- Journal of Clinical Psychiatry
- Journal of Cognitive Neuroscience
- Journal of Comparative Psychology
- Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology
- Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry
- Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences
- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
- Journal of Psychiatric Research
- Journal of Psychopharmacology
- Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology
- Journal of Psychosomatic Research
- Journal of Studies on Alcohol and Drugs
- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Journal of the International Neuropsychological Society
- Memory and Cognition
- Molecular Psychiatry
- Nervenarzt
- Neurodegenerative Diseases
- Neuropsychobiology
- Neuropsychologia
- Neuropsychopharmacology
- Nordic Journal of Psychiatry
- Progress in Neuro - Psychopharmacology & Biological Psychiatry
- Psychiatric Services
- Psychiatry and Clinical Neurosciences
- Psychiatry Research
- Psychiatry Research - Neuroimaging
- Psycho - Oncology
- Psychological Bulletin
- Psychological Medicine
- Psychological Review
- Psychology and Psychotherapy - Theory Research and Practice

- Psychoneuroendocrinology
- Psychopathology
- Psychopharmacology
- Psychophysiology
- Psychosomatics
- Psychotherapy and Psychosomatics
- Scandinavian Cardiovascular Journal
- Schizophrenia Bulletin
- Schizophrenia Research
- Sleep
- Sleep and Breathing
- Substance Use & Misuse
- World Journal of Biological Psychiatry
- World Psychiatry

ARTÍCULOS RELEVANTES (Lectura recomendada y disponibles en la biblioteca)

Aan Het Rot, M., Mathew, S. J., & Charney, D. S. (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 180(3), 305–13. doi:10.1503/cmaj.080697

Association, A. P. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am. J. Psychiatr.*, 163(June 2006), 4–54.

Barch, D. M., & Ceaser, A. (2012). Cognition in schizophrenia : core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27–34. doi:10.1016/j.tics.2011.11.015

Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J., & Green, M. F. (2007). How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247–1256. doi:10.1093/schbul/sbl072

Brennan, J. (2001). ADJUSTMENT TO CANCER — COPING OR PERSONAL TRANSITION ?, 18(August 1999), 1–18.

Brisch, R., Saniotis, A., Wolf, R., Bielau, H., Bernstein, H.-G., Steiner, J., ... Gos, T. (2014). The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Frontiers in Psychiatry*, 5(May), 47. doi:10.3389/fpsy.2014.00047

Buoli, M., Serati, M., & Altamura, a C. (2014). Is the combination of a mood stabilizer plus an antipsychotic more effective than mono-therapies in long-term treatment of bipolar disorder? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 12–8. doi:10.1016/j.jad.2013.08.024

Burns, J. K. (2013). Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 4(October), 128. doi:10.3389/fpsy.2013.00128

Cameron, C., Habert, J., Anand, L., & Furtado, M. (2014). Optimizing the management of depression : primary care experience. *Psychiatry Research*, 220, S45–S57. doi:10.1016/S0165-1781(14)70005-8

- Cameron, I. M., Reid, I. C., & Macgillivray, S. a. (2014). Efficacy and tolerability of antidepressants for sub-threshold depression and for mild major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 166, 48–58. doi:10.1016/j.jad.2014.04.078
- Cattaneo, A., Macchi, F., Plazzotta, G., Veronica, B., Bocchio-Chiavetto, L., Riva, M. A., & Pariante, C. M. (2015). Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 9(March), 1–12. doi:10.3389/fncel.2015.00040
- Chadwick, B., Miller, M. L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 4(October), 129. doi:10.3389/fpsy.2013.00129
- Chien, W. T., & Yip, A. L. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1311–1332. doi:10.2147/NDT.S37485
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463–1481. doi:10.2147/NDT.S49263
- Crabtree, G. W., & Gogos, J. a. (2014). Synaptic plasticity, neural circuits, and the emerging role of altered short-term information processing in schizophrenia. *Frontiers in Synaptic Neuroscience*, 6(November), 1–27. doi:10.3389/fnsyn.2014.00028
- De Picker, L., Van Den Eede, F., Dumont, G., Moorkens, G., & Sabbe, B. G. C. (2014). Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature. *Psychosomatics*, 55(6), 536–47. doi:10.1016/j.psych.2014.01.010
- Dejean, C., Courtin, J., Rozeske, R. R., Bonnet, M. C., Dousset, V., Michelet, T., & Herry, C. (2015). Neuronal Circuits for Fear Expression and Recovery: Recent Advances and Potential Therapeutic Strategies. *Biological Psychiatry*, 1–9. doi:10.1016/j.biopsych.2015.03.017
- Deligiannidis, K. M., Byatt, N., & Freeman, M. P. (2014). Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 244–55. doi:10.1097/JCP.0000000000000087
- Duman, R. S., & Li, N. (2012). A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA receptor antagonists. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 367(1601), 2475–84. doi:10.1098/rstb.2011.0357
- Dunn, S. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*, 14(10), 810–811. doi:10.1002/pon.986
- Edman, G., & Östenson, C. (2013). A comparison of cardiovascular risk factors for ten

- antipsychotic drugs in clinical practice, 371–377.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1. doi:10.1186/1471-244X-13-50
- England, M. (2006). Cognitive Intervention for Voice Hearers. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 735–751. doi:10.1080/01612840600781139
- Epstein, I., Szpindel, I., & Katzman, M. a. (2014). Pharmacological approaches to manage persistent symptoms of major depressive disorder: rationale and therapeutic strategies. *Psychiatry Research*, 220, S15–S33. doi:10.1016/S0165-1781(14)70003-4
- Esteban, S., & García-sevilla, J. A. (2012). Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry Effects induced by cannabinoids on monoaminergic systems in the brain and their implications for psychiatric disorders ☆. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 38(1), 78–87. doi:10.1016/j.pnpbp.2011.11.007
- Fakra, E., & Azorin, J. (2012). Clozapine for the treatment of schizophrenia, 1923–1935.
- Farb, D. H., & Ratner, M. H. (2014). Targeting the Modulation of Neural Circuitry for the Treatment of Anxiety Disorders. *Pharmacological Reviews*, (October), 1002–1032.
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 446–57. doi:10.1038/nrn2649
- Fink, M. (2013). Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 127(441), 1–47. doi:10.1111/acps.12038
- Gaus, S., Bschor, T., & Mitte, C. (2014). The Challenge of Treatment in Bipolar Depression: Evidence from Clinical Guidelines , Treatment Recommendations and Complex Treatment Situations, 53–59.
- Gold, P. W., Goodwin, F. K., & Chrousos, G. P. (2015). Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress (2). *Neural Plasticity*. doi:10.1056/NEJM198808113190606
- Grunze, H., & Azorin, J. M. (2014). Clinical decision making in the treatment of mixed states. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 15(5), 355–68. doi:10.3109/15622975.2014.908238
- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Möller, H.-J., & Kasper, S. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 14(3), 154–219. doi:10.3109/15622975.2013.770551
- Hack, T., Degner, L., & Parker, P. (2005). The communication goals and needs of

- cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 847(2005), 846–847. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.949/abstract>
- Hassan, A. N., & Luca, V. De. (2015). The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 496–500. doi:10.1016/j.schres.2014.10.048
- Hay, P. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Herry, C., & Johansen, J. P. (2014). Encoding of fear learning and memory in distributed neuronal circuits. *Nature Publishing Group*, 17(12), 1644–1654. doi:10.1038/nn.3869
- Hosak, L. (2013). New findings in the genetics of schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 3(3), 57–61. doi:10.5498/wjp.v3.i3.57
- Howes, O. D., Dm, M., Bloomfield, M., & Selvaraj, S. (2013). Europe PMC Funders Group From the prodrome to chronic schizophrenia : the neurobiology underlying psychotic symptoms and cognitive impairments, 18(4), 459–465.
- Ibanez-casas, I., Ballester, D., Grandón, P., Moreno-küstner, B., Xavier, M., & Gómez-beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia, 97–110.
- Jardri, R., Bartels-Velthuis, A. a., Debbané, M., Jenner, J. a., Kelleher, I., Dauvilliers, Y., ... Fernyhough, C. (2014). From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophrenia Bulletin*, 40(SUPPL. 4), 221–232. doi:10.1093/schbul/sbu029
- Kahn, R. S., & Sommer, I. E. (2015). The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 84–97. doi:10.1038/mp.2014.66
- Kang, H., Kim, S., Bae, K., Kim, S., Shin, I., Yoon, J., & Kim, J. (2015). Comorbidity of Depression with Physical Disorders: Research and Clinical Implications. *Chonnam Med J*, 8–18.
- Katzman, M. a, Anand, L., Furtado, M., & Chokka, P. (2014). Food for thought: understanding the value, variety and usage of management algorithms for major depressive disorder. *Psychiatry Res*, 220 Suppl , S3–14. doi:10.1016/s0165-1781(14)70002-2
- Keedwell, P. a, & Young, A. H. (2014). Emerging drugs for bipolar depression: an update. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 19(1), 25–36. doi:10.1517/14728214.2014.872628
- Keefe, R. S. E., McClintock, S. M., Roth, R. M., Doraiswamy, P. M., Tiger, S., & Madhoo, M. (2014). Cognitive effects of pharmacotherapy for major depressive disorder: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, (August). doi:10.4088/JCP.13r08609
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(SUPPL.1), 12–23. doi:10.1093/schbul/sbl023

- Kopelowicz, A., Wallace, C. J., & Liberman, R. P. (2003). Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 283–298.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894–902. doi:10.1038/nature07455
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2010). Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1305–20. doi:10.1176/appi.ajp.2009.10030434
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, 379(9820), 1045–55. doi:10.1016/S0140-6736(11)60602-8
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(12), 649–54. Retrieved <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4304584&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(1), 5–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444318>
- Liberzon, I. (2015). Neural circuits in anxiety and stress disorders : a focused review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 115–126.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 434–45. doi:10.1038/nrn2639
- Lüthi, A., & Lüscher, C. (2014). Pathological circuit function underlying addiction and anxiety disorders. *Nature Neuroscience*, 17(12), 1635–1643. doi:10.1038/nn.3849
- Macaluso, M., & Preskorn, S. H. (2012). How biomarkers will change psychiatry: from clinical trials to practice. Part I: introduction. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(2), 118–21. doi:10.1097/01.pra.0000413277.11091.25
- Maletic, V., & Raison, C. (2014). Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5(August), 98. doi:10.3389/fpsyt.2014.00098
- Manitoba, C. (2005). THE COMMUNICATION GOALS AND NEEDS OF CANCER PATIENTS : A REVIEW, 845(February), 831–845.
- Martinez-Aran, a, & Torrent, C. (2004). Deterioro cognitivo en los pacientes bipolares: ¿mito, realidad o secundarismo farmacológico? *Reviews in Neurociences*, 19–35.
- Mason, A. M., Cardell, R., & Armstrong, M. (2014). Malingering psychosis: guidelines for assessment and management. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(1), 51–7. doi:10.1111/ppc.12025
- McCleery, A., Addington, J., & Addington, D. (2007). Family assessment in early

- psychosis. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 95–102.
doi:10.1016/j.psychres.2006.07.002
- Merritt, K., McGuire, P., & Egerton, A. (2013). Relationship between Glutamate Dysfunction and Symptoms and Cognitive Function in Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 4(November), 151. doi:10.3389/fpsy.2013.00151
- Millan, M. J., Goodwin, G. M., Meyer-Lindenberg, A., & Ove Ogren, S. (2015). Learning from the past and looking to the future: Emerging Perspectives For Improving The Treatment Of Psychiatric Disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 29, 599–656. doi:10.1016/j.euroneuro.2015.01.016
- Miller, A., & Misher, J. (2014). Managing cardiovascular disease risk in patients treated with antipsychotics : a multidisciplinary approach, 489–501.
- Miron, I. C., Baroană, V. C., Popescu, F., & Ionică, F. (2014). Pharmacological mechanisms underlying the association of antipsychotics with metabolic disorders. *Current Health Sciences Journal*, 40(1), 12–7. doi:10.12865/CHSJ.40.01.02
- Nabeshima, T., & Kim, H. (2013). Involvement of Genetic and Environmental Factors in the Onset of Depression. *Experimental Neurobiology*, 22(4), 235–243.
- Nabeshima, T., & Kim, H.-C. (2013). Involvement of Genetic and Environmental Factors in the Onset of Depression. *Experimental Neurobiology*, 22(4), 235–243. doi:10.5607/en.2013.22.4.235
- Newcomer, J. W., Weiden, P. J., & Buchanan, R. W. (2013). Switching antipsychotic medications to reduce adverse event burden in schizophrenia: establishing evidence-based practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(11), 1108–20. doi:10.4088/JCP.12028ah1
- Nugent, A. C., Diazgranados, N., Carlson, P. J., Ibrahim, L., Luckenbaugh, D. a, Brutsche, N., Zarate, C. a. (2014). Neural correlates of rapid antidepressant response to ketamine in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16(2), 119–28. doi:10.1111/bdi.12118
- Oruch, R., Elderbi, M. a., Khattab, H. a., Pryme, I. F., & Lund, A. (2014). Lithium: A review of pharmacology, clinical uses, and toxicity. *European Journal of Pharmacology*, 740, 464–473. doi:10.1016/j.ejphar.2014.06.042
- Pacchiarotti, I., & Bond, D. (2013). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. ..., (November), 1249–1262. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.13020185>
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., & Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(4), 449–451. doi:10.1176/appi.ps.58.4.449
- Perugi, G., Frye, M. A., Bauer, M., Bahk, W., & Scott, J. (2013). Bipolar Mixed States: An International Society for Bipolar Disorders Task Force Report of Symptom Structure, Course of Illness, and Diagnosis, (January), 31–42.
- Perugi, G., Medda, P., Reis, J., Rizzato, S., Giorgi Mariani, M., & Mauri, M. (2013).

- Clinical subtypes of severe bipolar mixed states. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1076–82. doi:10.1016/j.jad.2013.08.037
- Preskorn, S. H. (2011). What do the terms “drug-specific response/remission rate” and “placebo” really mean? *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 420–4. doi:10.1097/01.pra.0000407965.34604.4a
- Preskorn, S. H. (2012a). Clinically important differences in the pharmacokinetics of the ten newer “atypical” antipsychotics: Part 2. Metabolism and elimination. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(5), 361–8. doi:10.1097/01.pra.0000419820.68128.ad
- Preskorn, S. H. (2012b). Clinically important differences in the pharmacokinetics of the ten newer “atypical” antipsychotics: Part 3. Effects of renal and hepatic impairment. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(6), 430–7. doi:10.1097/01.pra.0000422741.95118.9f
- Preskorn, S. H. (2012c). The use of biomarkers in psychiatric research: how serotonin transporter occupancy explains the dose-response curves of SSRIs. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 38–45. doi:10.1097/01.pra.0000410986.61593.46
- Preskorn, S. H. (2013). Outliers on the dose-response curve: if the problem is not concentration, then what? *Journal of Psychiatric Practice*, 19(6), 490–4. doi:10.1097/01.pra.0000438188.66735.68
- Preskorn, S. H. (2014). Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in psychiatry (part I): why studies attempting to correlate drug concentration and antidepressant response don't work. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(2), 133–7. doi:10.1097/01.pra.0000445247.54048.68
- Price, J. L., & Drevets, W. C. (2012). Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 61–71. doi:10.1016/j.tics.2011.12.011
- Rajji, T. K., Miranda, D., & Mulsant, B. H. (2014). Schizophrenia: A Review of Longitudinal Studies, 59(1).
- Ruby, E., Rothman, K., Corcoran, C., Goetz, R. R., & Malaspina, D. (2015). Influence of early trauma on features of schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*, (June 2010), n/a–n/a. doi:10.1111/eip.12239
- Sanchez, C., Reines, E. H., & Montgomery, S. a. (2014). A comparative review of escitalopram, paroxetine, and sertraline: are they all alike? *International Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 185–96. doi:10.1097/YIC.0000000000000023
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925–935. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015810>
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(9), 460–467.
- Schneider, R. L., Arch, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators.

- Clinical Psychology Review*, 38, 39–54. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.004
- Seibell, P., & Hollander, E. (2014). Management of Obsessive-Compulsive Disorder. *F1000Prime Reports*, 6(August), 1–6. doi:10.12703/P6-68
- Selle, V., Schalkwijk, S., Baldessarini, R. J., Hospital, M., Clinic, V., & Aires, B. (2014). Treatments for Acute Bipolar Depression : Meta- analyses of Placebo-controlled , Monotherapy Trials of Anticonvulsants , Lithium and Antipsychotics, 43–52.
- Serafini, G. (2012). Neuroplasticity and major depression, the role of modern antidepressant drugs. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 49–57. doi:10.5498/wjp.v2.i3.49
- Shear, M. K. Complicated Grief. *N Engl J Med* 2015;372:153-60.
- Shear, M. K., & Mulhare, E. (2008). Complicated Grief. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662–670. doi:10.3928/00485713-20081001-10
- Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, a., & Ressler, K. J. (2014). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology & Therapeutics*, 149, 150–190. doi:10.1016/j.pharmthera.2014.12.004
- Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, a., & Ressler, K. J. (2014). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology & Therapeutics*, 149, 150–190. doi:10.1016/j.pharmthera.2014.12.004
- Stahl, S. M. (2014). Mechanism of action of agomelatine: a novel antidepressant exploiting synergy between monoaminergic and melatonergic properties. *CNS Spectrums*, 19(3), 207–12. doi:10.1017/S1092852914000248
- Stalnaker, T. a, Cooch, N. K., & Schoenbaum, G. (2015). What the orbitofrontal cortex does not do. *Nature Neuroscience*, 18(5), 620–627. doi:10.1038/nn.3982
- Tam, C., & Law, S. (2007). Best practices: A systematic approach to the management of patients who refuse medications in an assertive community treatment team setting. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(4), 457–459. doi:10.1176/appi.ps.58.4.457
- Tan L, Tan L, Wang HF, et al. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's Research & Therapy* (2015) 7:20 DOI 10.1186/s13195-015-0102-9
- Teicher, M. H., & Samson, J. a. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114–33. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Thomas, E. J., & Elliott, R. (2009). Brain imaging correlates of cognitive impairment in depression. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3(October), 30. doi:10.3389/neuro.09.030.2009
- Tiffin, P. a., & Welsh, P. (2013). Practitioner review: Schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents - Evidence-



- based management approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(11), 1155–1175. doi:10.1111/jcpp.12136
- Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2014). Options for pharmacological treatment of refractory bipolar depression. *Current Psychiatry Reports*, 16(2), 431. doi:10.1007/s11920-013-0431-y
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 5–16. doi:10.1097/00131746-200401000-00002
- Unit, D. (2005). A CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR PATIENT – PROFESSIONAL COMMUNICATION: AN APPLICATION TO THE CANCER CONTEXT, 809(February), 801–809.
- Velehorschi, C., Bleau, P., Vermani, M., Furtado, M., & Klassen, L. J. (2014). Understanding the role of adjunctive nonpharmacological therapies in management of the multiple pathways to depression. *Psychiatry Research*, 220, S34–S44. doi:10.1016/S0165-1781(14)70004-6
- Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* (2015) 18:41–60 DOI 10.1007/s00737-014-0475-y
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., & Everitt, B. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia Randomised controlled trial. *The British Journal of ...* Retrieved from <http://bjp.rcpsych.org/content/190/5/421.short>
- Zipursky, R. B., Menezes, N. M., & Streiner, D. L. (2014). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 408–14. doi:10.1016/j.schres.2013.08.001



12. TUTORIAS

El tutor es el profesional especialista del servicio acreditado por la comisión de docencia y el gerente del CHV con la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo. Es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado.

El tutor, el Jefe de Servicio y el Jefe de estudios de la Unidad docente acogerán al residente en su incorporación. El tutor mantendrá una entrevista con el residente durante los primeros 15 días de cada año de residencia donde se comentará el itinerario formativo, los objetivos de aprendizaje, los cursos, congresos y sesiones del año en curso.

Asimismo el tutor mantendrá un mínimo de una entrevista cada tres meses con el residente para comentar el progreso del mismo y los posibles incidentes surgidos que deberán constar en un acta aprobada por tutor y residente.

13. EVALUACIÓN

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativas anual y final.

La evaluación formativa consta de diferentes instrumentos:

- 1) entrevistas periódicas de tutor y residente (en número no inferior de 4 cada año), efectuadas en mitad de un bloque formativo para valorar avances y déficits e incorporar medidas de mejora.
- 2) informe anual del tutor
- 3) informes de evaluación formativa de cada período de rotación según modelo normalizado del CHV.
- 4) Libro del residente, normalizado del CHV. El libro del residente es obligatorio y debe ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente por lo que en dicho libro se incorporan los datos asistenciales cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo. Se registrarán las rotaciones sistemáticas (previstas en el programa formativo) y las externas. Se registrarán los cursos de la especialidad y transversales, los congresos, comunicaciones y posters a los mismos, comités a los que se pertenezca, las sesiones a las que se ha asistido y las que la presentado el residente, los trabajos de investigación de los cuales forma parte el residente, los premios y menciones recibidos.

Se constituirá un comité de evaluación formado por el jefe de estudios, el tutor del residente, el jefe de servicio responsable del residente y un representante de la comunidad autónoma, que realizarán la evaluación anual y final.

La evaluación será positiva cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para el año que se trate y negativa cuando no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considera que se han cumplido los objetivos del programa formativo. Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables o no recuperables según normativa del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.