

2019

**GUÍA ITINERARIO DE
FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN
DE LOS MÉDICOS INTERNOS
RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA**

Institut d'Assistència Sanitària

Javier Merino
Montserrat Sitjas
Alex Soler
Cristina Gisbert

**Institut
d'Assistència
Sanitària**

INDICE:

1. Introducción
2. Objetivos docentes
3. Niveles de responsabilidad y supervisión
4. Formación teórica
5. Organización de las rotaciones
6. Responsabilidad y supervisión durante las rotaciones
7. Bibliografía recomendada

Programa de formación de los médicos internos residentes de Psiquiatría

1. Introducción

El objetivo de un sistema moderno de atención a la salud mental es el de aportar estructuras asistenciales que, en una doble vertiente médica y social, satisfagan de manera integral las necesidades de tratamiento y prevención de la enfermedad mental al menor coste posible, es decir de una manera efectiva y eficiente. En este sistema, la formación de los Médicos Internos Residentes (MIR) en Psiquiatría, como profesionales que se inician en la asistencia de la cada vez más frecuente patología mental, es esencial.

La supervisión del MIR en Psiquiatría es inherente, al igual que cualquier otra especialidad, durante su periodo de formación, pero ninguna ley lo reflejaba de forma explícita hasta la publicación del Real Decreto 183/2008, del 8 de febrero del 2008, donde se recoge de forma taxativa la necesidad de que exista en cada centro un plan de actuación para graduar la supervisión de dichos médicos en formación especializada. En él debe recogerse de forma explícita la asunción progresiva de responsabilidades en función de la especialidad con un grado creciente de autonomía y decreciente de supervisión según avanza el trayecto formativo.

El MIR no debe de ser considerado como un estudiante avanzado de Medicina, dado que es un médico titulado. Su derecho es el de recibir docencia y supervisión y, su deber, prestar una labor asistencial adecuada a su progresivo grado de capacitación. 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 contra-terapéutico 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 y autonomía con carácter general en cada una de las ramas impartidas según prevé el Programa Nacional de la Especialidad en Psiquiatría y con el objetivo de que puedan llegar a trabajar como profesionales adjuntos competentes.

2. Objetivos docentes

En general, el residente deberá formarse de forma progresiva en su competencia: evaluativa, diagnóstica y de tratamiento. Tendrá que conseguir dominar la psicofarmacología y las habilidades psicoterapéuticas y todo ello, en un contexto interdisciplinario con otros profesionales, para dar una atención médica de calidad a la compleja patología mental.

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 un tercer nivel de habilidades psicoterapéuticas.

Al finalizar el período de formación, el residente debe estar capacitado para realizar, de forma autónoma, la atención de los pacientes psiquiátricos en diferentes áreas del sistema sanitario. Ha de ser capaz de evaluar a dichos pacientes, realizando un correcto diagnóstico, tratamiento y/o derivación hacia otros dispositivos así como realizar un manejo adecuado de situaciones conflictivas.

Los objetivos docentes constituyen la adquisición de habilidades clínicas necesarias para poder llevar a cabo las siguientes funciones al final de la residencia:

- Realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y programas de rehabilitación ajustados a los conocimientos psiquiátricos actuales.
- Buscar una atención integral a los enfermos, considerando la carga social de los pacientes en los planteamientos y programas terapéuticos.
- Ser consciente de la necesidad de formación continuada y 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 subespecialidad.
- Adquirir competencias vinculadas a la investigación.
- Adquirir habilidades en el trabajo de equipo interdisciplinares.
- Saber identificar los factores de salud que afectan a los pacientes y participar en la prevención y promoción de la salud tanto física como mental
- Adquirir competencias vinculadas con la gestión clínica y la ética.

Objetivos generales docentes en las guardias:

- Mejorar su capacitación para la atención de enfermos con patología aguda.
- Aumentar la destreza y fluidez en la elaboración de juicios clínicos.
- Alcanzar la seguridad necesaria e incrementar su nivel de responsabilidad en la toma de decisiones clínicas.

Objetivos específicos docentes en las guardias de Medicina:

- Realizar una historia clínica correcta
- Emitir un juicio clínico de presunción sabiendo discernir los signos y síntomas de gravedad.
- Utilizar de forma racional las pruebas complementarias de urgencias. Como norma, deberán consultar previamente la pertinencia de pruebas complementarias, tratamientos e interconsultas a otros especialistas con el médico adjunto o con un MIR más experimentado.
- Interpretar los resultados de analíticas y radiografías simples.
- Reconocer anomalías electrocardiográficas. En especial, arritmias y trazados electrocardiográficos compatibles con cardiopatía isquémica.
- Realizar suturas simples de heridas.
- Conocer las técnicas básicas de soporte respiratorio y hemodinámico. En especial, oxigenoterapia y fluidoterapia.
- Indicar las medidas terapéuticas pertinentes para cada caso y establecer prioridades terapéuticas.
- Establecer criterios de ingreso, alta y de derivación de pacientes.
- Informar al enfermo y a los familiares tras hablarlo con el adjunto.
- Destreza en las patologías que se consideran de índole multidisciplinar y que pueden requerir del abordaje conjunto entre Medicina y Psiquiatría dando una especial relevancia al manejo de las intoxicaciones medicamentosas, síndromes de abstinencia y delirium agudo.

3. Niveles de responsabilidad y supervisión

La responsabilidad será progresiva pasando de una supervisión muy estrecha durante el primer año a una práctica autonomía durante el cuarto año.

La supervisión de los residentes en su primer año será especialmente cercana y se llevará a cabo por los profesionales, adjuntos ya especialistas, que presten servicios en los diferentes dispositivos o unidades por los que dichos médicos están rotando o por su tutor específico. Dichos especialistas visarán por escrito durante este primer año todos los documentos relativos a su actividad asistencial (altas...).

En cada rotación el residente tendrá un facultativo responsable que les supervisará dos horas semanales e irá valorando el nivel de autonomía que pueda conseguir. Cuando un residente, independientemente de su año formativo, precise asesoramiento o supervisión durante la atención de un paciente deberá solicitarlo a su médico adjunto de referencia en la rotación correspondiente. A su vez, el residente dispone de su tutor asignado para plantear o discutir los problemas específicos que surjan a nivel clínico.

El tutor acompañará al residente en este proceso de autonomía progresiva, valorando en las tutorías las facilidades y dificultades encontradas en su aplicación. Será importante la flexibilidad en dicho proceso para poder aplicarlo individualmente en función del progreso del residente a lo largo de su proceso de formación.

Los **niveles de responsabilidad** (NR), así como su valoración, son los siguientes:

Responsabilidad mínima, **nivel 1**: el residente sólo tiene conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

Responsabilidad media/supervisión directa, **nivel 2**: el residente tiene suficiente conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Las actividades se realizan bajo la supervisión directa del adjunto

Responsabilidad máxima/supervisión a demanda, **nivel 3**: las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por tanto el residente ejecuta y después informa al adjunto responsable. Solicita supervisión si lo considera necesario

4. Formación teórica común para los residentes de la UDM de Salud Mental

<p><u>Curs per a Residents de Salut Mental 2018-2019</u> Horari : 16:00 – 19:00h Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears Major de Can Caralleu, 1-7. 08017 Barcelona</p>
<p><u>Sessió inaugural</u> 19 de setembre de 15h a 16h</p>
<p><u>Taller Habilitats de comunicació</u> Coordinador: Joan De Pablo Dies: 19 i 26 de setembre i 3 d'octubre de 2018</p>
<p><u>Taller Entrevista Motivacional</u> Coordinador: Antoni Gual Dies: 10, 17, 24 i 31 d'octubre de 2018</p>
<p><u>Taller Psicopatologia</u> Coordinador: Diego Palao Dies: 7, 14, 21, 28 de novembre i 5 i 12 de desembre de 2018</p>
<p><u>Trobada amb l'expert*</u> Model Recovery. Dia: 19 de desembre de 2018</p>
<p><u>Trobada amb l'expert*</u> Trastorn Límit de la Personalitat. Dia: 9 de gener de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert</u> Exploracions complementàries. EECC biològiques (MIR) Evaluació psicològica de processos i resultats en psicoteràpies. (PIR). Psicofarmacologia per infermeria (IIR). Dia: 16 de gener de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert*</u> Bioètica. Dia: 23 de gener de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert*</u> Psiquiatria perinatal. Dia: 30 de gener de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert*</u> Trastorns Conducta Alimentària. Dia: 6 de febrer de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert</u> Exploracions complementàries (MIR i PIR). Intervencions d'infermeria en les prevencions del suïcidi (IIR). Dia: 13 de febrer de 2019</p>
<p><u>Trobada amb l'expert</u> Psicooncologia (MIR, PIR) Intervencions d'infermeria en la consulta del CSMU. (IIR) Dia: 20 de febrer de 2019</p>

<p>Trobada amb l'expert* Interconsulta. <i>Dia: 27 de febrer de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* Teràpia Electroconvulsiva I <i>Dia: 6 de març de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert Teràpia Electroconvulsiva II (MIR i IIR). Intervencions psicològiques i les seves indicacions. (PIR) <i>Dia: 13 de març de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* El pacient pediàtric a les urgències de psiquiatria. <i>Dia: 20 de març de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert La participació de les persones usuàries dels serveis de salut mental i les seves famílies en el procés de recuperació. <i>Dia: 27 de març i 3 d'abril de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert Trastorn Espectre Autista al llarg de la vida (MIR, PIR) Intervencions grupal (IIR). <i>Dia: 10 d'abril de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* Addiccions. <i>Dia: 24 d'abril de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* Alcohol i tabac. <i>Dia: 8 de maig de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* Medicina Legal. <i>Dia: 15 de maig de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* TDAH al llarg de la vida. <i>Dia: 22 de maig de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert Models Psicoterapèutics. <i>Dia: 29 de maig de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert Models Psicoterapèutics. <i>Dia: 5 de juny de 2019</i></p>
<p>Trobada amb l'expert* Psicogeriatría <i>Dia: 12 de juny de 2019</i></p>
<p>Clausura* Pla Director. <i>Dia: 19 de juny de 2019</i></p>

* Per aquestes sessions es posarà a disposició dels alumnes de fora de la província de Barcelona, servei de videoconferència.

5. Organización de las rotaciones en Psiquiatría

	juny	juliol	agost	setembre	octubre	novembre	desembre	gener	febrer	març	abril	maig
2018/2022												
MIR	AGUTS + UCIES			MI		NEURO		CSM				
	CSM						INFANTOJUVENIL			ADDICCIONS		
	PSQ. D'ENLLAÇ (INTERC. CLINIC)				RHB				AGUTS + UCIES			
	ROTACIO LLIURE : HABILITATS EN CIENCIES DEL CONEIXEMENT											

Primer año de residencia

Formación práctica:

- Cuatro meses por Medicina: 2 de ellos en Medicina Interna y 2 por Neurología. Durante los 4 meses se realizarán las correspondientes guardias médicas en Urgencias del Hospital de Santa Caterina.
- Cuatro meses por la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital de Santa Caterina. Una vez terminado el periodo de 4 meses en el que el residente de Psiquiatría realiza Guardias en Medicina de Urgencias, entra en la rueda de las Guardias de Urgencias en Psiquiatría (entre 3 y 5 al mes).
- Cuatro meses por un Centro de Salud Mental de adultos del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona (dicha rotación continuará durante los 6 primeros meses del segundo año de residencia).

Formación teórica:

- Durante el primer año de rotación, el médico residente deberá asistir a los Cursos de Formación teórica expuestos anteriormente, de forma obligatoria, así como a las sesiones clínicas, bibliográficas y de Indicación Terapéutica de los miércoles docentes. Además deberá de realizar al menos una sesión clínica o bibliográfica en cada uno de los Servicios por los que rote.

Recomendaciones:

- Además sería importante que realice al menos una comunicación escrita (póster) en algún congreso. A su vez, es deseable que asista a dos de los siguientes congresos o jornadas:
 - Curso sobre primeros episodios psicóticos (Santander)
 - Jornadas del Residente en Psiquiatría (Sitges)
 - Curso de actualización en TEC (Hospital Bellvitge)
 - Curso de Formación en Metodología y Estadística

Segundo año de residencia**Formación práctica:**

- Seis meses por un Centro de Salud Mental de adultos del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona (dicha rotación continuación de los 4 meses ya realizados en el primer año de residencia). Desde este momento hasta el final de los 4 años de rotación como MIR continuará con el mismo ritmo de Guardias en Urgencias de Psiquiatría.
- Dos meses por un Centro de atención al abuso de sustancias (CAS) del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona.
- Cuatro meses por la Unidad de Subagudos-Rehabilitación dentro del Parque Hospitalario Martí i Julià gestionado por el Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona.

Formación teórica:

- Durante el segundo año de rotación el médico residente deberá asistir a los Cursos de Formación teórica y a las sesiones clínicas, bibliográficas y de Indicación Terapéutica de los miércoles docentes. Además deberá de realizar al menos una sesión clínica o bibliográfica en cada uno de los Servicios por los que rote. Deberá participar más activamente presentando casos en las sesiones de los miércoles docentes.

Recomendaciones:

- Sería deseable que en este periodo se comenzase un postgrado o máster en Psicoterapia: sistémica, estratégica
- Además sería importante que realice al menos dos comunicaciones escritas (póster) en algún congreso. A su vez, es deseable que asista a dos de los siguientes congresos o jornadas:
 - Jornadas Anuales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
 - Jornadas de Esquizofrenia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid
 - Jornadas de Controversias en Psiquiatría (Barcelona)
 - Jornadas de Actualización Terapéutica (Barcelona)

Tercer año de residencia:**Formación práctica:**

- Cuatro meses por un Centro de Salud Mental de Infanto-Juvenil del Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona.
- Cuatro meses por Interconsultas de Medicina. Dicha rotación se realiza en el Hospital Clínic de Barcelona.
- Cuatro meses por la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital de Santa Caterina. A diferencia de la rotación que ya realizó en el primer año de residencia ahora se exige y espera más implicación y responsabilidad en la gestión de los casos clínicos de la Unidad.

Formación teórica:

- Durante el tercer año de rotación el médico residente deberá asistir a las sesiones clínicas, bibliográficas y de Indicación Terapéutica de los miércoles docentes. Además deberá de realizar al menos una sesión clínica o bibliográfica en cada uno de los Servicios por los que rote. Deberá participar más activamente presentando casos en las sesiones de los miércoles docentes.

Recomendaciones:

- Sería deseable que en este periodo continuase con el postgrado o máster en Psicoterapia ya iniciado y se planteara comenzar algún proyecto de investigación.
- Además sería importante que realice al menos dos comunicaciones escritas (póster) en algún congreso. A su vez, es deseable que asista a dos de los siguientes congresos o jornadas:
 - Curso de Psicofarmacología (Hospital Clínic de Barcelona)
 - Jornadas de Esquizofrenia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
 - Jornadas de Controversias en Psiquiatría (Barcelona)
 - Jornadas de Actualización Terapéutica (Barcelona)
 - Curso de Actualización en el Trastorno Bipolar (Dr. Vieta)

Cuarto y último año de residencia**Formación práctica:**

- Trayecto A: 12 meses en alguna de las siguientes áreas: Psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicoterapias, adicciones o psicogeriatría.
- Trayecto B: Rotaciones no inferiores a 2 meses ni superiores a 6 meses en cualquier área relacionada con la psiquiatría.

Formación teórica:

- Durante el cuarto año de rotación el médico residente deberá asistir a las sesiones clínicas, bibliográficas y de Indicación Terapéutica de los miércoles docentes. Además deberá de realizar al menos una sesión clínica o bibliográfica en cada uno de los Servicios por los que rote. Deberá participar más activamente presentando casos en las sesiones de los miércoles docentes.

Recomendaciones:

- Sería deseable que si no lo ha iniciado antes, comenzase algún proyecto de investigación.
 - Además sería importante que realice al menos dos comunicaciones escritas (póster) en algún congreso. A su vez, es deseable que asista a dos de los siguientes congresos o jornadas:
 - Curso de Psicofarmacología (Hospital Clínic de Barcelona)
 - Jornadas de Esquizofrenia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
 - Jornadas de Controversias en Psiquiatría (Barcelona).
 - Jornadas de Actualización Terapéutica (Barcelona).
 - Curso de Actualización en el Tr. Bipolar (Dr. Vieta).
 - Psicofarmacología europeo (ECNP).
 - Otros específicos: Psiquiatría forense; psicoterapias...
- ✚ Durante el primer año de residencia, la elección de las rotaciones (secuencia de las mismas y dispositivo donde realizar la rotación cuando posible) se realizará por orden cronológico de número MIR. A partir del segundo año se buscará el consenso procurando balancear la prioridad entre los diferentes residentes. El residente de cuarto año tendrá prioridad sobre el resto de residentes.

La elección deberá realizarse como máximo con 4 meses de antelación antes del inicio de la rotación a excepción de las rotaciones del último año de residencia que deberán notificarse con 8 meses de antelación.

6. Responsabilidad y supervisión durante las rotaciones

Unidad de Agudos y Subagudos

Durante la rotación por la unidad de agudos, el residente de primer año será supervisado de forma directa por el adjunto responsable de su rotación por dicha unidad. Durante este año el residente tendrá un nivel de responsabilidad 1. No podrá firmar solo documentos de altas, bajas y otros documentos importantes. No podrá prescribir medicación sin supervisión.

A partir del segundo año de residencia la supervisión será progresivamente menor aunque comentará todos los casos que lleve conjuntamente con el adjunto responsable. El residente de segundo y tercer año tendrá un nivel de responsabilidad 2. También tendrá este nivel de responsabilidad, el residente de cuarto año durante los 6 primeros meses, para posteriormente pasar a un nivel de responsabilidad 3.

Durante toda la residencia se tendrán reuniones a diario en forma de sesiones donde se comentarán todos los casos que se hayan visitado tanto en urgencias como en hospitalización.

Psiquiatría Comunitaria y Hospital de Día

Durante el primer año de residencia, el residente tendrá una supervisión directa del adjunto responsable de su rotación, comentándole todos los casos visitados mediante reuniones de coordinación de casos de forma periódica. Durante los primeros meses no podrá realizar recetas farmacológicas.

A partir del segundo año de residencia la supervisión, según las habilidades adquiridas, será progresivamente menor aunque el residente comentará con el adjunto responsable todos los casos que haya visitado. Durante este período, el residente tendrá un nivel de responsabilidad 2. Podrá realizar recetas farmacológicas bajo supervisión.

Durante el último año, el residente sólo comentará casos en los que tenga dudas o dificultades en el manejo mediante reuniones periódicas de coordinación teniendo un nivel de responsabilidad 3.

Durante los primeros 4 meses en el centro de salud mental de adultos (CSMA), 2 meses en el caso del centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) y 1 mes en el caso del centro de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS), el residente visitará conjuntamente con el adjunto, teniendo un nivel de responsabilidad de 1.

Psiquiatría de enlace (interconsultas)

Esta rotación suele darse a final del tercer año o en el cuarto año. El residente forma parte de un grupo interdisciplinario de interconsulta con adjuntos de psiquiatría y psicología a los que podrá consultar cualquier duda. Tendrá un nivel de responsabilidad de 2 durante los 6 primeros meses para posteriormente pasar a un nivel de responsabilidad 3.

Resto de rotaciones

El residente tendrá asignado un médico adjunto responsable asignado por el tutor del centro donde se realiza la rotación. Según el año de residencia, el residente tendrá un nivel de responsabilidad de 2 o 3.

Guardias

Las guardias de urgencias generales (4 meses) se realizarán durante el primer año de residencia. Las guardias de psiquiatría se realizan desde finales del primer año hasta el final de la formación. Durante el primer año, el residente efectuará guardias con adjunto y un residente de tercer o cuarto año. A partir del segundo año, el residente estará de guardia con un adjunto.

La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad o prestando servicios en atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año. No podrá realizar recetas farmacológicas. Tendrá un nivel de responsabilidad 1.

Al residente de segundo año se le supervisarán obligatoriamente las solicitudes de pruebas complementarias y la derivación de pacientes a consultas especializadas. Se les supervisará directamente todo paciente crítico, conflictivo y judicial. Tendrá un nivel de responsabilidad 2.

El residente de tercer y cuarto año se supervisará cuando los supervisores lo crean oportuno, pero se supervisarán directamente todos los pacientes críticos que sean atendidos por los residentes. Los residentes deberán consultar todos los pacientes candidatos al ingreso. El informe de los pacientes ingresados deberá ser firmado por el residente y por el médico adjunto que ha decidido el ingreso. El nivel de responsabilidad será de 2 para el residente de tercer año y de 3 para el de cuarto año.

Grado de responsabilidad según las rotaciones

	ROTACIONES	NR	GUARDIAS	NR
MIR 1	AGUDOS+CSM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exploración física y del estado mental, diagnóstico i evaluación del paciente ingresado. ▪ Manejo de situaciones conflictivas, auto y heteroagresividad. ▪ Criterios de ingreso y derivación 	2 1 1	Urgencias generales+ psiquiatría R 1	1
MIR 2	CSM+SOPORTE AP+INFANTOJ+ADICCIONES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de intervenciones y situaciones de crisis ▪ Criterios de derivación de los pacientes y de la utilización adecuada de los recursos socio sanitarios. ▪ Interrelación entre consumo de sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos: patología dual 	1-2 1-2 1-2	Urgencias Psiquiatría	1-2
MIR 3	INTERCONSULTAS+RHB+AGUDOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo práctico de determinadas técnicas de Rehabilitación y elaboración de planes individuales ▪ Coordinación con dispositivos no sanitarios ▪ Comunicación con pacientes graves y terminales y sus familiares. ▪ Manejo de situaciones conflictivas. ▪ Criterios de ingreso y derivación 	2 2 2 3 3	Urgencias Psiquiatría	2-3
MIR 4	Libre: Adquisición de todos los objetivos y habilidades principales y concretos de cada rotación	3	Urgencias Psiquiatría	3

7. Bibliografía recomendada

Tratados de Psiquiatría:

- Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría Clínica.
- Vallejo Ruiloba & Leal, Carmen. (2008). Tratado de psiquiatría (2 vol). Barcelona.
- Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales (P. Soler i J. Gascón, coord.). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (RTM-IV). Cyesan; 2012.
- Ey H. Tratado de psiquiatría. 8a. ed. de la 5a. ed. francesa, rev. puesta al día. ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Gelder M. New Oxford textbook of psychiatry. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009.
- Hales R, Talbott, Yudofsky. Tratado de psiquiatría clínica. 5th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
- Sadock B. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Entrevista Psiquiátrica:

- MacKinnon R. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. Barcelona: Ars Médica; 2008
- Sullivan H. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique; 1987.

Psicopatología general:

- Eguíluz Uruchurtu I. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars medica; 2004.
- Blaney P. Oxford textbook of psychopathology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Oyebode F. Sims' symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology. 4th ed. Edinburgh; New York: Saunders; 2008.

Psicopatología de las psicosis:

- Conrad K. La esquizofrenia incipiente: ensayo de un análisis gestáltico del delirio. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.

- Colodron A. Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. Siglo XXI ed. 2ª ed.; 1990.
- Ey H. Estudios sobre los delirios. 1st ed. Madrid: Tricastela; 1998.
- Kretschmer E. El delirio sensitivo de referencia: contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter. 1st ed. Madrid: Ed. Tricastela; 2000.

Psicopatología de la personalidad:

- Bergeret J. La personalidad normal y patológica. Gedisa 1980
- Millon T. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. 2nd ed. Barcelona Masson 2006

Psicoanálisis y terapia psicodinámica:

- Bergeret J. Manual de psicología patológica. Masson 1989
- Freud A. El yo y los mecanismos de defensa. Barcelona Ediciones Paidós, 1980.
- Freud S. La interpretació dels somnis. Barcelona. Ed. Empúries 1985
- Freud S. Totem y tabú. Los instintos y sus destinos. Duelo y melancolía, Barcelona RBA 2002
- Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana. 1st. Ed Alianza, Editorial 2011
- Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Barcelona Paidos 1981.
- Tizón, J.L. (1988, ed. rev. 1999). Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona: Biblaria. (Actualment descatalogat)

Psicoterapia cognitiva:

- Beck A. Terapia cognitiva de la depresión. 12th ed. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2000.
- Beck A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós;2005

Psicoterapia sistémica y de familia:

- Asen E. Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud. Paidós; 1997.
- Cade B., O'Hanlon W. Guía breve de terapia breve. Paidós; 1995.
- Minuchin S. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1983.

- Minuchin S. Familias y terapia familiar. [4a. ed.]. Barcelona: Gedisa;1992
- Selvini-Palazzoli M. Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Paidós; 2010.
- Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. 12th ed. Barcelona: Herder; 2002.

Rehabilitación:

- Liberman, Robert Paul W. Handbook of psychiatric rehabilitation. New York: Macmillan; 1992.
- Rodríguez González A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.

Psicoterapia grupal:

- Bion W. Experiencias en grupo. Paidós; 1980.
- Vinogradov S. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona [etc.]:Paidós; 1996.

Salud Mental Infanto-Juvenil:

- Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Crítica; 2000.
- Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. 1st ed. Barcelona:Paidós Ibérica; 1993.
- Marcelli D. Adolescencia y depresión. Masson; 1992.
- Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Díaz de Santos;1994.
- Winnicott D. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa; 2007.

Psicofarmacología:

- Arana G, Hyman S, Lobbate L, Rosenbaum J. Handbook Of Psychiatric Drug Therapy. Lippincott Williams & Wilkins ed. 2009.
- Martindale W, Sweetman S. Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 3Ed. Editorial Pharma; 2008.
- Schatzberg A. Tratado de psicofarmacología. Barcelona España:Elsevier Masson; 2006.
- Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl. Grupo Aula Médica.2010.

Urgencias psiquiátricas:

- Chinchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Elsevier-Masson; 2010.
- Goldberg D, Murray R. Maudsley Handbook of Practical Psychiatry 5ª ed. Oxford University Press; 2006.
- Hyman S. Manual de urgencias psiquiátricas. 3rd ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 1996.

Interconsulta y psiquiatría de enlace:

- Ambrosino Wyszynski A, Wyszynski B. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. 2006
- Rojo, Cirera. Interconsulta psiquiátrica. 1997
- Ramos Brieva J A. Utilización de psicofármacos en psiquiatría de enlace. Masson. 2002
- Machleidt W. Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. Ed. Masson. 2004 (actualment descatalogat)
- James L. Levenson. Tratado de medicina psicósomática. Academic of Psychosomatic Medicine. 2006
- Kaufman. Neurología clínica para psiquiatras. 6ª Edición. Elsevier. 2008
- Conejo Galindo J. Aspectos de interés en la psiquiatría de enlace. 2010. ISBN978-84-8473-796-4
- Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Ed Triacastela. 2011
- Philbrick, Rundell, Netzel, Levenson. Clinical Manual of Psychosomatic Medicine. A Guide to Consultation- Liaison Psychiatry. Second Edition. American Psychiatric Publishing. 2012.
- Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. RTM-IV. Cap26. Recomendaciones en Interconsulta Psiquiátrica. 2012.

Otros:

- Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Panamericana, 2014
- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. I-II reimp. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.

- Foucault M. El nacimiento de la clínica : una arqueología de la mirada médica. 19a. ed., 1a. de España. ed. Madrid: Siglo XXI de España;
- Foucault M. Historia de la sexualidad. 10th ed. [Madrid]: Siglo XXI de España; 2005.
- Foucault M. El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France,(1973-1974). Madrid: Akal; 2005.
- Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. [1a. ed. en castellano]. Madrid: Martínez de Murguía; 1987.
- Laing R. El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1977.
- Onfray, M. Freud, el crepúsculo de un ídolo. Taurus; 2011
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10 : trastornos mentales y del comportamiento :descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. [Madrid]: Meditor; 2004.
- Szasz T. El mito de la enfermedad mental. Barcelona: Círculo de Lectores; 1998.

Recursos y Servicios:

- Biblioteca biomédica de l'Institut d'Assistència Sanitària.
- Biblioteca de Ciències de la Salut de Catalunya des d'on es pot accedir a recursos com: Uptodate, Dynamed Plus, Web of Science, PubMed, Clinical Key i d'altres.
- fisterra.com: Guies clíniques, algoritmues, imatges, medicaments, informació per a pacients i tècniques a Atenció Primària.
- psicociencias.com: Sociedad Española de Medicina psicósomática y psicología médica.
- psychiatryonline.org
- psychosomaticmedicine.org
- editorialmedica.com

Salt, 15 de marzo de 2019