

ISBN: 84-95287-08-0



9 788495 287083

# A E N

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*

**Formación especializada  
en Salud Mental**

CUADERNOS TÉCNICOS, 5

*Junta Directiva:*

Presidente: *Mariano Hernández Monsalve*

Vicepresidente: *Consuelo Escudero Álvarez*

Secretario General: *Francisco Vaz Leal*

Vicesecretario: *Guillermo Petersen Guitarte*

Tesorera: *Nekane Pardo Gaskue*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina Pérez*

Vocales: *Antonio Díez Patricio, Rafael Inglott Domínguez, Charo Palomo Álvarez, Carlos Dueñas Abril* (Presidente de la Asociación Andaluza), *Víctor Aparicio Basauri* (Presidente de la Asociación Asturiana), *Rafael de la Rosa* (Presidente de la Asociación Balear), *Cecilio Hernández de Sotomayor* (Presidente de la Asociación Canaria), *Amando Pascual Lázaro* (Presidente de la Asociación Castilla-León), *Juan Antonio Estévez Salinas* (Presidente de la Asociación Castilla-La Mancha), *María Fe Bravo Ortiz* (Presidenta de la Asociación Madrileña), *Ander Retolaza Balsategui* (Presidente de la Asociación Vasca), *Lola López Mondéjar* (Presidenta de la Asociación Murciana).

*Comité de Ediciones:* Manuel Desviat, Francisco Pereña, Guillermo Rendueles, José Valls.

*Edición:* Asociación Española de Neuropsiquiatría.

*Redacción:* Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. Avenida del Dr. Villacián, s/n. 47014 Valladolid. Tel. 983 357700 - Fax 983 343733.

*Sede de la A.E.N.:* Villanueva, 11. 28001 Madrid. Tel. y fax 91 4314911.  
[www.pulso.com/aen/index.htm](http://www.pulso.com/aen/index.htm)

*Depósito Legal:* VA. 492.-2000.

*ISBN:* 84-95287-08-0.

*Impresión:* Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid.

*Precio:* 500 pts.

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
(Distribución: Siglo XXI)

Estudios

1. M. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980 (agotado).
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983 (agotado).
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1989 (agotado).
9. R. INGLOTT (ed.), *El que-hacer en salud mental*, 1989 (agotado).
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ GUILLÉN (eds.), *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La Psicosis en la Comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
(Distribución: Siglo XXI)

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía, I*, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía, II*, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*, Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.

# A E N

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*

## **Formación especializada en Salud Mental**

CUADERNOS TÉCNICOS, 5  
MADRID, 2000

*Relación de autores*

Charo Palomo Álvarez (Coordinadora)

Tiburcio Angosto Saura

Cristina Fernández Álvarez

Manuel Gómez Beneyto

Alicia González Guillén

Alfonso Ladrón Jiménez

Guillermo Larraz Geijo

José Leal Rubio

Begoña Olabarría González

Alberto Ortiz

Josefina Ramal López

Teodoro Uría Rivera

# ÍNDICE

---

1. Presentación.....	5
2. Introducción.....	7
3. La formación de especialista en Salud Mental en España.....	13
3.1. La formación de especialistas en Psiquiatría.....	13
3.2. La formación de especialistas en Psicología Clínica.....	23
3.3. La formación de especialistas en Enfermería de Salud Mental.....	31
4. Estructura docente según la normativa actual (R.D. 95).....	39
4.1. Unidades Docentes y Áreas Sanitarias.....	39
4.2. Comisiones de Docencia.....	39
4.3. Jefaturas de Estudios.....	41
4.4. Comisiones Asesoras.....	41
4.5. Coordinadores de Unidades Docentes.....	42
4.6. Comités de Evaluación.....	42
4.7. Instrumentos docentes según la normativa actual: Tutorías y Libro del Residente.....	43
5. Las Tutorías: valoración y propuestas.....	45
5.1. Consideraciones sobre la situación actual.....	45
5.2. La tutoría y la red tutorial.....	47
5.3. Propuestas para la ubicación y reconocimiento de las tutorías.....	48
5.4. Propuestas para un acercamiento a la definición de las funciones del tutor.....	49
5.5. Características profesionales y aptitudes personales del tutor.....	50
5.6. A modo de conclusión.....	52
6. El Libro del Especialista en formación en Salud Mental y el proceso formativo.....	53
7. Informes y documentos legislativos.....	63
8. Anexo: Conclusiones y recomendaciones del primer encuentro en Baleares (Noviembre 99).....	65

## Relación de autores

- Tiburcio ANGOSTO SAURA. Psiquiatra Jefe de los Servicios de Salud Mental de Galicia.
- Cristina FERNÁNDEZ ÁLVAREZ. Enfermera Psiquiátrica. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de Cabueñes, Gijón.
- Manuel GÓMEZ BENEYTO. Psiquiatra. Presidente del Consejo Europeo de Psiquiatría de la UEMS. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia y miembro de la Comisión Ministerial para la elaboración del Libro del Residente de Salud Mental.
- Alicia GONZÁLEZ GUILLÉN. Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca. Tutora de rotación en Salud Mental MIR de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Alfonso LADRÓN JIMÉNEZ. Psicólogo Clínico. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Los Cármenes. Madrid. Vocal de la Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Guillermo LARRAZ GEJO. Psicólogo Clínico. Presidente fundador de la Asociación Nacional de PIR.
- José LEAL RUBIO. Psicólogo Clínico. Supervisor y Docente de Salud Mental. Servicios de Salud Mental de Cataluña. Miembro de la Comisión Nacional de la especialidad de Psicología Clínica del Ministerio de Sanidad.
- Begoña OLABARRÍA GONZÁLEZ. Psicóloga Clínica. Jefe de Sección del Departamento de Salud del Ayuntamiento de Madrid. Presidenta de la Comisión Nacional de Psicología Clínica del Ministerio de Sanidad.
- Alberto ORTIZ LOBO. Psiquiatra del C.S.M. de Salamanca, Madrid.
- Charo PALOMO ÁLVAREZ. Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil del Complejo Hospitalario de Salamanca y Profesora Asociada de la Universidad de Salamanca.
- Josefina RAMAL LÓPEZ. Enfermera Psiquiátrica. Unidad de Rehabilitación del Hospital de Gran Canaria. Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas.
- Teodoro URÍA RIVERA. MIR-4 de Psiquiatría. Oviedo.

# 1. Presentación

La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha estado interesada de forma permanente en la formación de los profesionales. Bajo distintas formas organizativas, las diferentes Juntas Directivas han llevado a cabo iniciativas con el objetivo de mejorar la calidad de la formación de los especialistas y al mismo tiempo impulsar y favorecer el desarrollo de prácticas profesionales rigurosas e innovadoras mediante la organización de múltiples actividades docentes. De hecho, uno de los principios generales de actuación de la comisión de formación de la AEN, publicado en el n.º 3 (1982) de la *Revista*, es el de crear actividades de marcado carácter docente, que complementen y amplíen otras actividades que realiza la AEN y que se centran en aspectos de discusión, información y divulgación. En el n.º 5 de la *Revista* se plantea un proyecto de organización de las actividades docentes de la AEN que se justifica en que «La AEN tiene entre sus objetivos primordiales abordar el tema de la docencia en todas sus facetas. Con ese fin se creó en el último Congreso celebrado en Madrid una comisión que abordara esos aspectos y asesorara a la Junta de Gobierno. Así, se propone la revitalización de la Cátedra Lafora-Mira, que había sido creada en 1975 con el nombre del primer catedrático de Psiquiatría (Mira) y del considerado primer profesor de la Escuela Madrileña (Lafora). Bajo los auspicios de esta cátedra se pensaba desarrollar diversas actividades.

De esta forma, la AEN, junto con otras organizaciones, ha tenido un importante papel en el desarrollo de los programas de formación de especialistas en psiquiatría, psicología clínica y en la reciente especialidad de enfermería de Salud Mental, y ha hecho aportaciones de forma constante en dicho campo mediante diversas actividades formativas (cursos, seminarios, etc.), la participación en la Comisión Nacional de la especialidad de psiquiatría, la puesta en marcha de los diversos programas PIR autonómicos, la participación en la comisión nacional promotora de la especialidad de psicología y en la más reciente comisión nacional de psicología clínica constituida tras la aprobación del Real Decreto de creación de la especialidad. Las comisiones de docencia, en otras etapas, y más cercanamente los grupos de trabajo han sido otro de los instrumentos mediante los que la AEN ha abordado las cuestiones de la formación.

El grupo de trabajo sobre formación se constituyó al principio del mandato de la actual Junta Directiva con el objetivo genérico de seguir trabajando en los muchos aspectos de la misma; y se encargó de la coordinación del grupo a Charo Palomo, como miembro vocal de la Junta. Se partía del convencimiento de que la formación es imprescindible para lograr mejoras en la calidad asistencial; de que

es desencadenante y refuerzo en la consolidación de los procesos de cambio; de que es imprescindible pensarla desde la interdisciplinariedad y teniendo en cuenta la articulación entre las diversas instituciones que intervienen en los procesos de formación. Entre los muchos temas posibles y necesarios se optó por aquellos referidos a la formación de especialistas, psiquiatras, psicólogos/as clínicos/as y enfermeros/as especialistas de salud mental, y a los instrumentos básicos en la misma: las tutorías y el libro del residente.

De numerosas reflexiones surgió la necesidad de hacer un planteamiento asociativo sobre la formación de especialistas: la importancia de la formación a través de la acción asistencial directa y supervisada; la necesidad de una formación reglada, con supervisiones periódicas y sistematizadas del trabajo, con evaluaciones continuadas de la adquisición de conocimientos y habilidades; la conveniencia también de aportar elementos e introducir mejoras en la relación entre residentes, tutores, supervisores, Comisiones de Docencia, etc. que lleven a una cada vez más alta calidad de la formación, etc.

La redacción final del informe fue realizada mediante la atribución de cada parte a los miembros del grupo más especializados en ella, siendo el conjunto del mismo asumido como tarea colectiva.

Se encargaron preferentemente, de la redacción de cada uno de los capítulos los siguientes miembros del grupo: Charo Palomo, José Leal y Guillermo Larraz (cap. 1); Begoña Olabarria y José Leal (cap. 2); Tiburcio Angosto, Alfonso Ladrón, Cristina Fernández y Josefina Ramal (cap. 3); Alfonso Ladrón y Teodoro Uría (cap. 4); Begoña Olabarria, Alicia González y Alberto Ortiz (cap. 5); Manuel Gómez Beneyto (cap. 6).

Se ha añadido como anexo las conclusiones y recomendaciones que se elaboraron en el encuentro de tutores Mir Pir, que hubo en Baleares en noviembre 99.

## 2. Introducción

La formación de los especialistas sanitarios del campo de la Salud Mental no puede –ni, seguramente, debe– concebirse separada de los contextos de la asistencia sanitaria que condiciona el carácter de esta formación. En nuestro país, este hecho está reconocido desde el año 1984 en lo que se refiere a la formación de los médicos especialistas y más recientemente –como hemos visto con anterioridad– a la de los psicólogos clínicos y a la enfermería psiquiátrica obligando a la formación en servicios sanitarios acreditados a tal fin. Los conocimientos científico-técnicos se enmarcan entonces en este contexto a su vez cambiante, no estático.

El subsistema sanitario de la Salud Mental al mismo tiempo está inmerso y participa significativamente en las importantes modificaciones conceptuales que principalmente desde la segunda mitad del siglo vienen produciéndose en torno a una visión holística y compleja del proceso salud-enfermedad que se han traducido en un importante cambio en los modos de concebir las intervenciones y también en la valoración social de la salud integral, que hoy se configura como un derecho ciudadano. La vulnerabilidad individual y colectiva y la responsabilidad individual y social en torno a la salud en general y particularmente en la salud mental y los modos de atención, se configuran hoy como uno de los ejes vertebradores de las intervenciones y de las profesiones que las realizan, junto a los conocimientos científicos que los sustentan.

Considerada por tanto la salud no sólo como un bien personal y/o familiar, sino también como un valor social condicionado por el contexto, en los países occidentales de nuestro entorno socio-cultural y económico los modelos organizativos de las prestaciones asistenciales tanto en sus aspectos de diseño financiero, definición de prestaciones, organización de los servicios, investigación, definición de las profesiones sanitarias y, desde luego la formación de los especialistas, han cobrado una relevancia impensable hace años. Al tiempo, la consideración de lo interdisciplinar, de los escenarios desde los que se realizan las prestaciones, de la valoración de los contextos de vida del sujeto como elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad tanto física como psíquica, configura un entramado en red que redefine los saberes de los especialistas, incluso al margen de la intención de sus protagonistas.

Sin embargo, en los países de nuestro entorno en los que se han desarrollado sistemas nacionales de salud, se ha venido a producir una crisis vinculada a la llamada «crisis del Estado de Bienestar» que plantea ante el creciente (y al parecer imparable) aumento de costes, nuevas necesidades para la gestión y organización

de los servicios, entre ellas la búsqueda de instrumentos para una prestación sanitaria suficiente, eficaz, adecuada, de utilidad, accesible, rigurosa, equitativa, integral y con una relación coste-eficacia justificada.

Por otra parte, pero no menos importante, se han producido tres macro transformaciones en nuestro país, relevantes para valorar la formación de especialistas sanitarios:

1. La demográfica (baja natalidad, aumento de esperanza de vida, envejecimiento de la población, nueva población de inmigrantes de países del tercer mundo).

2. La estructura social (estructura productiva post-industrial con aumento de parados y aparición de grupos sociales marginales a los procesos productivos, acceso masivo de la mujer al trabajo remunerado y a los valores de igualdad, aumento de renta per cápita del que se benefician amplios sectores sociales, aumento del nivel educativo, transformación de la organización y valores en las familias, consideración del uso del sistema sanitario como derecho ciudadano y el aumento de demanda, etc.).

3. El cambio democrático que ha conllevado importantes modificaciones normativas, entre ellas la organización del Estado en CCAA, la Ley de Reforma Universitaria, la Ley General de Sanidad (con la organización de un Sistema Nacional de Salud universal), la normativa de desarrollo y de progresiva aplicación de la misma, etc. Todo ello, junto al progreso científico y tecnológico, ha favorecido un incremento del coste del producto sanitario y un Sistema Nacional de Salud económicamente inestable (pese a que nuestro país se encuentra en el nivel más bajo del intervalo de gasto sanitario del PIB entre los países de la UE), en transformación permanente en búsqueda de eficiencia y sometido a los avatares de comprensión ideológica de la prestación pública.

La asistencia sanitaria pública durante el proceso de su desarrollo y cambio no sólo ha favorecido la modernización y actualización de sus estructuras, sino que también ha venido a jugar un decisivo papel en la formación de los especialistas sanitarios. Conviene aquí señalar que, si bien la planificación, ordenación y gestión sanitaria pública corresponde a las CCAA, son los ministerios de Sanidad y Educación los competentes en materia de formación de especialistas sanitarios, con lo que estructuras como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la información y coordinación de las CCAA entre sí y con el Estado viene a jugar progresivamente un importante papel no sólo como para garantía de la equidad en el territorio del Estado en la prestación sanitaria a los ciudadanos, sino también en lo que corresponde a normativas y acuerdos para la formación de los especialistas.

No hay que olvidar por otra parte que los modelos de organización de las prestaciones junto a una concepción compleja del proceso salud-enfermedad que

obliga la consideración (al menos) de la multidisciplinariedad en las intervenciones (ruptura del individualismo, introducción de elementos organizacionales en la relación con los usuarios, etc.), ha conllevado también una profunda transformación en la relación con los usuarios y han supuesto importantes modificaciones en lo asistencial y en lo docente, siendo tal vez uno de los más significativos la introducción del modelo de Internos Residentes en la formación de postgrado de las profesiones sanitarias. Ello supone de hecho el reconocimiento normativo de la necesidad de completar la formación universitaria básica en servicios especializados acreditados a tal fin de acuerdo a un programa de formación de cada especialidad y a unos requisitos de acreditación explicitados para los servicios sanitarios solicitantes. Para el cumplimiento de estos parámetros formativos está establecida la estructura docente ya presentada con anterioridad y están definidos dos instrumentos relevantes: El Libro del Residente y la Tutoría. Instrumentos que, en las especialidades de Salud Mental, han sido hasta la fecha insuficientemente (y tal vez inadecuadamente) desarrollados y a los que dedicaremos a continuación nuestra reflexión y propuestas buscando con ello contribuir a aumentar su eficacia.

### *Valoración crítica de la formación de los especialistas de Salud Mental*

Vemos por tanto que la formación de los especialistas sanitarios de la Salud Mental es un proceso complejo en el que se parte de una formación de pregrado, realizada en el ámbito académico, sujeta a avatares tantas veces ajenos a una adecuación entre el número de profesionales a formar y las necesidades sociales (¿se podría hablar de recursos públicos inadecuadamente invertidos en facultades que lanzan cada año a miles de titulados generalistas o preespecializados que en poco tiempo perderán la adecuación de su capacitación si no logra alcanzar una ubicación profesional?). Ajena también a las necesidades del futuro profesional, de las instituciones en las que desarrollará su labor, de los usuarios de los servicios sanitarios y sus demandas. Masificada en la mayor parte de las ocasiones, de manera tal que la atención docente individualizada se imposibilita y donde en tantos casos los programas se configuran de espaldas a la práctica cuando no en franca oposición a ella. Al tiempo, no favorece una formación de perfil homogéneo y sólido hacia la futura especialización, encontrándose esta formación claramente alejada de la futura formación especializada, aspecto éste que sería seguramente estratégico corregir. Este tema merece una reflexión *ad hoc* que excede los límites de este trabajo, pero que no debe ser olvidado por ser elemento clave de la formación especializada como es obvio.

La formación de especialistas se realiza en servicios sanitarios que deben configurar una red para alcanzar la condición de Unidades Docentes Acreditadas

por los Ministerios de Sanidad y Educación la modalidad no se superpone o es equivalente a un programa de formación con prácticas supervisadas: aquí el futuro especialista se sumerge en los servicios sanitarios, el medio primordial de intervención clínica de la especialidad de que se trate, alcanzando cotas progresivas de responsabilidad clínico-asistencial. En ellos se desarrolla la formación de acuerdo a un Programa de la Especialidad, apoyado por la Comisión Nacional de la Especialidad, integrándose los futuros especialistas en equipos de profesionales.

Pero estos servicios y profesionales, regidos por el eje de lo asistencial, no siempre incorporan elementos clave para la función docente y desarrollan su labor básicamente bajo los siguientes parámetros:

- Relación funcional con el Sistema Nacional de Salud.
- Sobrecarga asistencial.
- Carencia de carrera profesional.
- Carencia de instrumentos ágiles de gestión y dirección técnica en los servicios.
- Carencia de incentivos para la mejor actuación profesional.
- Carencia de incentivos para la incorporación de funciones docentes (Tutoría y Libro del Residente, entre otras) por profesionales de los equipos.
- Insuficiencia de modelos reflexionados de aplicación de los instrumentos docentes.
- Insuficiente o inadecuada formación continuada, imprescindible a lo largo del ejercicio profesional tanto desde una perspectiva de necesidad de actualización, como ética. En la actualidad, los recortes del gasto unido a los intereses de la industria farmacéutica (y a sus extraordinarios beneficios) han inducido una práctica mayoritaria, seguramente imprescindible y probablemente peligrosa, que implica la organización directa de la formación continuada por los laboratorios farmacéuticos con el consiguiente (y peligroso) sesgo en el desarrollo de conocimiento aplicado y su consideración en los equipos multidisciplinares.

### *La formación especializada y el modelo de Residencia.*

#### *Algunas propuestas generales*

El modelo de Residencia para la formación de especialistas sanitarios, pese a sus dificultades, es un proceso estructurado acorde con un modelo sanitario y sus demandas y necesidades, adecuadamente normalizado, homologado en la Unión Europea y muy positivamente valorado tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Desde 1978 y, especialmente, a partir de 1984 se ha construido una estructura que ha demostrado su utilidad para la formación de especialistas y ha consolidado una mejora muy sustancial en esta formación respecto a la vigente con

anterioridad, poco fructífera de hecho. Su desarrollo y eficacia obliga a la consideración progresiva de áreas de capacitación progresiva o subespecialidades. Y también obliga a la consideración responsable de la necesidad de introducir cambios, mejoras, seguimiento, control y adecuaciones en algunos de sus elementos específicos: estructura docente, programas teóricos, tutoría, libro del residente.

Así, se hace preciso considerar el interés de:

1. Introducir criterios nuevos en la acreditación de los servicios como Unidades Docentes, vinculados éstos al establecimiento de verificación de instrumentos de calidad docente incluyendo la atención al residente; las orientaciones en los modelos organizativos de las prestaciones en la comunidad; el desarrollo de investigación en los servicios que soliciten acreditación; la existencia o el establecimiento de convenios de cooperación docente con la Universidad; el trabajo en equipos multidisciplinarios, que centran sus actividades en los problemas de los usuarios y de la comunidad y en los que se interrelacionan varias especialidades. Se debe asimismo asegurar la existencia de la estructura docente que la actual normativa establece para los servicios acreditados como Unidades Docentes.

2. Verificar la cumplimentación del programa teórico y de las rotaciones completas vigentes en cada programa.

3. Rediseñar e implantar instrumentos adecuados para la relación docente.

Esta relación configura el soporte central del proceso de aprendizaje-formación de especialistas de la Salud Mental. Por ello, hacia este último aspecto se dirigen las páginas siguientes, hacia la comprensión de la especial modalidad de relación que la formación de especialistas precisa y de los instrumentos principales para ello, instrumentos imprescindibles por cuanto inciden en ella directamente:

- a) La función (tarea y reconocimiento explícito, discriminado e incentivado) de la tutoría, entendiendo ésta como elemento central de una relación fundamental en el proceso del aprendizaje y la formación de especialistas de la Salud mental.

- b) El diseño del Libro del Residente, de modo que no sólo permita su aplicación imprescindible (y real) en las especialidades de Salud Mental, acorde con la normativa, la estructura docente, el programa de cada especialidad y la función de seguimiento y evaluación, sino que se configure al servicio de la facilitación de un proceso y de las relaciones didáctico-asistenciales que resultarán altamente significativos para el futuro especialista.

## 3. La formación de especialistas en Salud Mental en España

### 3.1. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA

Las primeras noticias que se tienen en España sobre la creación de la especialidad de Psiquiatría datan de 1926. Una Real Orden (R.O.) de diciembre de ese año establecía la necesidad de creación de una *Escuela de Psiquiatría* como respuesta a un informe emitido por una Comisión de expertos que estudió el *grave problema relativo a la asistencia de los alienados en España*. Este informe posiblemente tuvo bastante que ver con la creación en diciembre de 1924 de la entonces llamada Asociación Española de Neuropsiquiatras y la organización al año siguiente de la Liga Española de Higiene Mental (1925).

En dicha R.O. no sólo se reflejaba importantes inquietudes sobre la situación de los enfermos mentales sino que relacionaba e implicaba directamente la formación de los psiquiatras con la transformación de la asistencia psiquiátrica. Con esta R.O. se crea de nuevo una comisión formada, esta vez en su mayoría, por miembros relevantes de la psiquiatría de la época como el Dr. G. R. Lafora, Dr. C. Juarros o el Dr. Fernández Sanz.

A pesar de que a la Dictadura del General Primo de Rivera (1923-1930), período político en que se promulga la R.O., le quedaban todavía varios años de vida, no se llegaron a desarrollar los contenidos de ésta. No fue hasta el período republicano 1931-1936 cuando se crean las primeras Cátedras de Psiquiatría en Madrid (1933) y Barcelona (1934). En realidad no eran Cátedras por oposición como se acostumbra a hacer en España sino que se pensó en contratar a personas prestigiosas para iniciar y llevar a cabo la enseñanza de la Psiquiatría. La Cátedra de Madrid estaba destinada al Dr. Sanchís Banus, pero su muerte prematura la deja vacante. El estallido de la Guerra Civil (1936-1939) impide que sea cubierta hasta los años cuarenta. La Cátedra de Barcelona sí fue cubierta por el Dr. E. Mira i López que se convirtió de este modo en el primer Catedrático de Psiquiatría de nuestro país.

Con la Ley de Especialidades del 20 de julio de 1955, 16 años después del final de la Guerra Civil, se hace la primera formalización en España de la formación médica. En ella aparece también por primera vez una relación de las 31 especialidades médicas que hay en España, entre ellas la Psiquiatría como especialidad diferenciada de la Neurología, y se establecen las normas y requisitos para la obtención del título de especialista. Tratada esta ley de que: *la importante prepa-*

*ración para el ejercicio profesional no quede en lo sucesivo al exclusivo arbitrio de quien sin otra comprobación, asegure haberla efectuado, tal y como dice en su preámbulo.*

Prácticamente toda la formación de los futuros especialistas estaba en manos del llamado, por entonces, Ministerio de Educación Nacional, que sería lo equivalente al actual Ministerio de Educación y Ciencia, el cual a través de Consejos, Rectorados, Facultades de Medicina, etc., debería crear: un programa único de formación, las normas de acreditación de las Unidades Docentes, así como una Comisión asesora. Aspectos que no llegaron nunca a realizarse.

Se establece en 2 ó 3 años el tiempo de formación dependiendo del lugar donde se lleve a cabo dicha formación (cátedras u hospitales psiquiátricos). De esta forma, hasta el año 1978 el título de especialista en España se obtenía simplemente con la acreditación a través de las Facultades de Medicina de que se había trabajado un mínimo de dos o tres años en algún centro psiquiátrico fuera el que fuera y se hiciera lo que se hiciera.

Es importante destacar en estos largos años del franquismo las luchas de muchos médicos en formación para dignificar su situación y crear un sistema docente homogéneo. De estas inquietudes nació en los años sesenta lo que se llamó el «Seminario de Hospitales» formado por los siguientes hospitales: H. G. de Asturias. En Madrid: Clínica de la Concepción, C. S. La Paz, Clínica Puerta de Hierro, H. de la Cruz Roja, C. S. Francisco Franco. En Valencia: C. S. La Fe. En Sevilla: C. S. Virgen del Rocío. En Barcelona: C. S. Francisco Franco y Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo, etc.

Este Seminario tenía como primer objetivo la creación de un plan conjunto de enseñanza para postgraduados así como la creación de unos requerimientos mínimos, para poder acceder a la docencia cada hospital. Esta iniciativa del Seminario no tenía un reconocimiento oficial y con ella se pretendía presionar a la administración para que reconociera a los hospitales que cumplían estos requisitos mínimos y también intentar diferenciarse de los hospitales no docentes. Algunos hospitales psiquiátricos acogieron la idea de organizar la formación de Psiquiatría estableciendo programas de formación con actividades formativas rotatorias por los diferentes dispositivos asistenciales psiquiátricos.

En 1969 estalla lo que podría ser la primera huelga de los psiquiatras en formación, que hasta entonces cobraban una exigua beca (4.000 ptas.). Exigían en este conflicto, tanto el aumento de la cuantía de ésta, como la mejora de las condiciones de docencia y la inclusión en la Seguridad Social. Pero las reivindicaciones que se plantearon unos años más tarde tuvieron mucho más eco entre los MIR: definición de las funciones del MIR (¿asistencial o docente?), contrato laboral, Seguridad Social y la unificación de un programa docente. Llegaron a vincularse a estas peticiones y por lo tanto unirse a la huelga, 25 hospitales y 2.000 médicos.

Las exigencias continuaron con la solicitud de participación en los tribunales de selección para los nuevos MIR o la representación en la Comisiones de docencia. En el verano de 1975 nuevamente los médicos residentes se ponen en huelga, esta vez para homologar sus condiciones laborales a las de cualquier trabajador y exigir algo que anteriormente no se había conseguido: la Seguridad Social y un contrato laboral. Fueron despedidos prácticamente todos los MIR de España y un mes después readmitidos consiguiendo ya de una forma definitiva la situación actual de contrato laboral en formación.

No es hasta 1978, como decíamos, con el Real Decreto (R.D.) de 15 de julio, por el cual se inicia lo que se ha dado en llamar Sistema de formación para Médicos Internos y Residentes (MIR). (Con este R. Decreto se crean hasta 51 Especialidades). En él se establece que los futuros especialistas solamente se podrán formar en Centros debidamente acreditados sean Escuelas Profesionales, Departamentos de las facultades de Medicina u otros centros agrupados. Este concepto de acreditación, aunque ya esbozado en la legislación anterior, es la primera vez que se lleva realmente a efecto. De esta forma, para la formación de psiquiatras, se acreditan muchos hospitales psiquiátricos que habían iniciado un proceso de reforma de la asistencia que prestaban y que cumplían unas mínimas normas de acreditación establecidas. La llegada de los MIR supondrá, para los profesionales que trabajan en estos hospitales, un elemento dinamizador tremendamente importante dentro de sus actividades.

Con este R.D. el futuro especialista deja de ser un alumno, como se le consideraba en la Ley de 1955, para pasar a ser un profesional médico remunerado en período de formación y con contrato laboral de tal forma que al acabar su formación, en caso de no encontrar empleo, se puede acoger al subsidio de paro como cualquier otro trabajador, algo impensable hasta ese momento. Otro aspecto importante de este R.D. es la elaboración, por primera vez de un Programa de Formación en el cual se establece en 4 años el tiempo de duración de la formación para ser Psiquiatra, duración que se mantiene hasta la fecha. Se crea también la Comisión Nacional de la Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

La primera convocatoria que se realiza para todo el Estado es en 1979, mediante un examen único en la forma de test de propuesta múltiple de respuesta, modelo que también se mantendrá a lo largo de todas las convocatorias y de todos los años. Los primeros MIR de Psiquiatría, 38 en total, se incorporan a las unidades acreditadas en los primeros meses de 1980.

La situación actual está reglamentada por Real Decreto 127/1984 del 11 de enero. En el ya se desarrollan plenamente y se llevan a efecto los aspectos reseñados en toda la legislación anterior, sobre el R.D. de 1978 adaptándolo a las necesidades de la época. En este R.D. se:

- Clasifican las especialidades médicas en grupos, según requieran o no formación hospitalaria. La Psiquiatría se sitúa entre las Especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria<sup>1</sup>.
- Establecen las bases que podrán permitir la homogeneización de los programas de formación en cada una de las especialidades.
- Establece una Comisión Interministerial del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación para la determinación del número de plazas que anualmente deberán convocarse para la formación de médicos especialistas.
- Establece la existencia de una Comisión de Evaluación por cada centro que anualmente evaluará a cada MIR previo informe de los responsables de las Unidades por donde haya rotado.
- Se modifica la composición de la Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNE), dando entrada a dos representantes de los MIR en formación. La composición íntegra es la siguiente:
  - Tres vocales designados por el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC).
  - Tres vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
  - Dos vocales en representación de las Sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas.
  - Dos vocales en representación de los Médicos Residentes.
  - Un representante del Consejo General de Colegios Médicos.

Entre otras, las funciones más importantes de la CNE son:

1. Elaboración del Programa de Formación de la Especialidad.
2. Elaboración de las normas para la acreditación de las Unidades Docentes que van a participar en la formación de los futuros especialistas.
3. Proponer la acreditación de nuevas Unidades docentes.
4. Informar sobre el número de plazas anuales convocadas.

Se mantiene el Consejo Nacional de Especialidades Médicas como órgano consultivo conjunto del MSC y MEC. Dicho Consejo está compuesto por todos los presidentes de las CNE así como dos vocales designados por el MEC y otros dos designados por el MSC. Entre otras, tiene como principales funciones informar sobre los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes y ratificar los Programas elaborados por las distintas CNE, tratando de evitar problemas de solapamiento de competencias entre especialidades afines.

La Orden de junio de 1995, modifica las Comisiones de Docencia del R.D.

<sup>1</sup> Lo cual entra en contradicción con el Programa de formación elaborado al año siguiente por la Comisión Nacional de la Especialidad el cual solamente contemplaba como actividades hospitalarias un máximo de 1 año de los 4 años de que consta la especialidad.

127/84 así como la figura de los Tutores de programa de formación. Estos aspectos se analizan en otra parte de este documento. Se modifica también el sistema de evaluación en el cual, aunque se mantiene una evaluación anual de cada MIR, se incorpora también una evaluación de la estructura docente por parte del especialista en formación. Asimismo se crea el Libro del Especialista en Formación donde se reflejaran las actividades asistenciales docentes y de investigación llevadas a cabo por el MIR.

Los títulos de especialista son expedidos por el MEC al cual le corresponde también la acreditación de las Unidades Docentes y la aprobación de los Programas de formación. Al MSC corresponde determinar los criterios asistenciales que han de informar las normas de acreditación de las Unidades Docentes así como ejecutar las convocatorias para la admisión en dichas unidades docentes.

Es competencia conjunta de los dos Ministerios a través de la Comisión interministerial establecer los requisitos de acreditación que con carácter general deberán cumplir los Centros y unidades docentes para desarrollar los programas de formación establecidos así como determinar el número de especialistas que deberán formarse cada año.

Con el RD 127/84 se consagra el Sistema MIR, como la forma casi exclusiva de obtener el título de Especialista en España<sup>2</sup>.

### *Los programas de formación*

Aunque en la Ley de 1955 ya aparecía indicado que: *el contenido mínimo de la enseñanza de cada especialidad se fijara en un programa nacional único, acordado previo dictamen del Consejo Nacional de Educación en el que se determinen el período de escolaridad necesario, lecciones teóricas y las prácticas precisas*, la primera formalización de un programa de formación para especialistas, no aparece hasta la promulgación del Real Decreto de 1978 con el que se constituyen las Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNE). Este primer Programa de formación MIR de Psiquiatría, incluía unas normas mínimas de acreditación de las unidades docentes, así como la definición de contenidos de la especialidad y una definición de la propia especialidad que ha trascendido a los dos programas siguientes con algunas variaciones: *La Psiquiatría es la especialidad básica de la Medicina en la que los fenómenos psíquicos son importantes en la etiología y sintomatología o destacan como factores a tener en cuenta en la profilaxis, evolución y tratamiento o rehabilitación de los pacientes.*

<sup>2</sup> No obstante en su Artículo 18 aún se conserva una vía distinta del examen MIR para los Ayudantes, Doctores y Profesores titulares de las Facultades de Medicina.

En dicho programa ya se establece un tiempo de formación de cuatro años, y una única área de *competencia específica* en Psiquiatría Infantil (lo que en el programa actual se denomina: *Área de capacitación específica*)<sup>3</sup>. Este programa se centró más en definir las horas lectivas que debían recibir los MIR que en establecer objetivos clínico-asistenciales concretos que cumplir. En cualquier caso, ya se reseñó en él un sistema de rotaciones por distintos dispositivos asistenciales.

Tal y como dijimos más anteriormente, a partir del RD de 1984 se modifican las composiciones de las CNE y se le encarga elaborar un nuevo programa docente. Este programa, que ve la luz en 1986, va a desarrollar las rotaciones extrahospitalarias y modificar la propia definición de la especialidad, considerando, junto a los fenómenos psíquicos la importancia de los fenómenos de conducta<sup>4</sup>. Incluye también una definición de los contenidos propios de la especialidad que, sin modificar significativamente la óptica del programa anterior, mantiene una actitud pragmática en los aspectos doctrinales e intenta homologar sus instrumentos de exploración, diagnóstico, prevención y tratamiento «con cualquier otra rama de la Medicina». Pondrá mayor énfasis en las actividades asistenciales a realizar creando cuatro Áreas de capacitación: psiquiatría infanto-juvenil, psiquiatría de la vejez, aspectos psiquiátricos y psico-sociales del alcoholismo y las drogodependencias y administración psiquiátrica y de la salud mental<sup>5</sup>.

En 1994 el Consejo Gral. de Especialidades Médicas aprobó el último programa y vigente actualmente, elaborado por la Comisión Nacional a lo largo de 1993. En este nuevo Programa, ya en la introducción, aparece una nueva definición de la especialidad que, recogiendo aspectos de las dos anteriores, incide en su carácter troncal y en su singular interrelación e implicación con el resto de las especialidades. Toma en consideración aspectos de la Psiquiatría en tanto que «ciencia de la subjetividad» lo que da «un valor de primer orden a la experiencia clínica». Es posiblemente la primera vez que una CNE de Psiquiatría, contempla en su declaración de principios, con carácter prioritario, la experiencia clínica como principal instrumento para conseguir una buena formación.

Se enriquece dicha introducción con otros aspectos como las relaciones entre:  
– Psiquiatría y las Ciencias Médicas: *La Psiquiatría ocupa un lugar de*

<sup>3</sup> Al no existir en España súper-especialidades, reconocidas oficialmente, dentro de la Psiquiatría, se estableció que dentro de la Formación MIR, aquellos que lo quisieran, dedicándole más tiempo de su formación pero siempre dentro de los cuatro años, podrían adquirir una mayor capacitación profesional en algunas áreas. Esta debería llevarse a cabo en Unidades Docentes acreditadas para desarrollar dicha capacitación.

<sup>4</sup> «La Psiquiatría es la especialidad básica de la Medicina en la que los fenómenos psíquicos y de conducta son importantes en la etiología y sintomatología o destacan como factores a tener en cuenta en la profilaxis evolución y tratamiento o rehabilitación de los pacientes».

<sup>5</sup> No se han llegado a desarrollar hasta la actualidad en sus distintos aspectos y en ninguna especialidad las Áreas de capacitación específica previstas en el RD de 1984 (Definición de las normas de acreditación, tipo de certificación, etc.).

*encrucijada entre las ciencias biológicas y humanas integrando hechos y perspectivas científicas de ideologías diversas...*

- Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria: *El quehacer práctico de la Psiquiatría no concluye en su ámbito médico clínico, sino que abarca tanto aspectos relacionados con la prevención de la patología mental, como con la rehabilitación y reinserción del enfermo, lo que se ayuda y complementa con otras disciplinas afines...*

Se añaden nuevos apartados en los que se define:

- El perfil del psiquiatra, en el cual se reseñan no sólo los conocimientos teóricos y prácticos que se deben adquirir sino también la forma de funcionamiento en su relación con otros profesionales de la Salud Mental y de la Sanidad en general.
- El campo de acción de la especialidad psiquiátrica, en el cual se reseñan los ámbitos de actuación: clínica psiquiátrica, medicina psicosomática y psicológica, psiquiatría de enlace e interconsulta, salud mental comunitaria, política y administración sanitaria y psiquiatría y ley.

Se establecen también unos Objetivos tanto generales como específicos del proceso formativo.

En el apartado de Contenidos y desarrollo de la formación se establecen unas consideraciones generales:

- 1.º Toda unidad docente debe establecer un sistema de *tutorías* que abarque como mínimo un tutor general para todos los MIR y un tutor para cada rotación.
- 2.º El tutor deberá asegurar la armoniosa distribución del tiempo en las distintas actividades.
- 3.º La labor asistencial del MIR no deberá interferir en el desarrollo de su formación.
- 4.º Los seminarios y el autoestudio tutorizado son la fórmula ideal para desarrollar el programa teórico.
- 5.º Se recomienda que los MIR participen en experiencias de grupo con el fin de que aprendan a explorar sus relaciones interpersonales.
- 6.º Debe existir un *Libro del Residente* donde se recojan las actividades teóricas, prácticas y experiencias en las que ha desarrollado o participado el MIR.
- 7.º El personal facultativo que participe en actividades de docencia deberá contar con un porcentaje de su actividad expresamente dedicado a las funciones de supervisión reglada del MIR.

Las actividades de formación teórica se establecen en un mínimo de 5 horas semanales. Se realizará como mínimo una sesión clínica semanal. Realizarán un Trabajo de investigación supervisado antes de cumplir su período formativo.

Como vemos la formación se basa en dos tipos de actividades complementarias: las teóricas, con un contenido sin grandes diferencias con los anteriores pro-

gramas y la clínico-asistencial. Estas últimas contienen las actividades asistenciales a realizar, estableciendo que las actuaciones llevadas a cabo por los MIR deben asumirse de una forma progresiva y con la supervisión adecuada. Se considera el Programa de rotaciones esencial para la formación integral del MIR de Psiquiatría y ante la necesidad de que no sea solamente un buen clínico sino que aprenda a tratar a los pacientes en los distintos avatares asistenciales por los que pasa: hospitalización, comunidad, etc. así como debe aprender a utilizar los recursos sanitarios de una forma eficaz y eficiente.

Dichas rotaciones se organizan por cuatrimestres en tres períodos diferenciados:

1. Período de formación general: Obligatorio para cualquier MIR. Se debe realizar en un tiempo mínimo de 8 cuatrimestres. Incluye las siguientes rotaciones y sus tiempos mínimos:
  - 1.1. Trabajo en Centro de Salud Mental para atención psiquiátrica comunitaria, ambulatoria y de soporte a la Atención Primaria (2 cuatrimestres).

*Deberá realizar, entre otras actividades, un mínimo de 40 primeras consultas y el seguimiento y evolución terapéutica de al menos 20 pacientes. Participará también en el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de al menos 10 enfermos mentales crónicos.*
  - 1.2. Hospitalización psiquiátrica (2 cuatrimestres).

*Deberá de haber tratado con responsabilidad directa al menos 30 pacientes en régimen de internado.*
  - 1.3. Rehabilitación psiquiátrica (1 cuatrimestre).
  - 1.4. Clínica infantil y de la adolescencia (1 cuatrimestre).
  - 1.5. Medicina General y neurología clínica básica (1 cuatrimestre).
  - 1.6. Interconsulta y Psiquiatría de Enlace (1 cuatrimestre).

2. Período de formación en Áreas Específicas (Mínimo 2 cuatrimestres).

Esta rotación dependerá de las características de la Unidad Docente y los programas asistenciales acreditados para la formación en áreas específicas, en dicha unidad.

Se realizarán siempre después del período de formación general obligatorio. Este período tiene dos posibilidades: a) Desarrollar un área de formación específica durante todo el tiempo disponible, es decir los 8 meses. b) Realizar una formación básica en algunas de las áreas señaladas repartiendo el tiempo entre al menos dos áreas.

Las áreas de formación específica que se consideran en el programa son:

- 1) Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.
- 2) Psiquiatría del Alcoholismo y otras Drogodependencias.

- 3) Psicoterapias.
- 4) Psiquiatría de la Vejez.

### 3. Período Complementario

De libre elección por el MIR dentro de su cuarto año formativo. A realizar en un tiempo máximo de 1 cuatrimestre. Este período tiene como objetivo completar algún aspecto concreto y específico de la formación ya realizada, mediante estancias tanto en el extranjero como en otro servicio del estado español distinto del elegido por el MIR para su formación. Al final de su estancia deberá presentar informe escrito sobre el trabajo realizado.

### 4. Otros

A lo largo de los cuatro años de la formación, el MIR realizará un mínimo de 2 y un máximo de 6 guardias hospitalarias mensuales remuneradas. Durante el primer año deberá estar supervisado por un psiquiatra con presencia física. En el resto de la formación se podrán establecer otras formas de supervisión.

En julio de 1994 junto a la convocatoria general de plazas para formación aparece una modificación para la Psiquiatría que es necesario reseñar. La evolución del sistema sanitario en cuanto a que la complejidad de las técnicas utilizadas para tratamientos, precisan, muchas veces, de la concurrencia de otros profesionales y dado que en las actividades de Salud Mental la integración de los psicólogos clínicos era un hecho en la realidad cotidiana, la convocatoria, de ese año 1994, contiene, por primera vez en el ámbito nacional, la convocatoria de 56 plazas para la especialidad de Psicología Clínica<sup>6</sup>. Se piensa entonces que las unidades docentes acreditadas para la formación de psiquiatras pasen a llamarse: Unidades Docentes de Psiquiatría y Salud Mental, en las cuales se integrarían los futuros psiquiatras y psicólogos clínicos. Este cambio produjo un importante malestar entre un gran sector de profesionales psiquiatras que se plasmó en una grave crisis entre los miembros de la CNE, al considerar que este cambio proporcionaba a la Psiquiatría un estatus diferente y anómalo dentro del marco de las especialidades médicas. No obstante en la convocatoria de 1995 se mantienen igualmente las Unidades de Psiquiatría y Salud Mental.

### *Las normas de acreditación*

Se refiere a los requisitos mínimos que debe reunir una red de asistencia psiquiátrica para ser acreditada como Unidad docente para la formación MIR. La Ley

<sup>6</sup> Es preciso aclarar que la llamada convocatoria MIR en realidad se llama: «Convocatoria a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Psicólogos Clínicos y Radiofísicos Hospitalarios». En este año de 1994 aparecen por primera vez los Psicólogos Clínicos.

de 1955 también incluía unas normas de acreditación mínimas en las cuales se debían especificar el departamento, el número de colaboradores, etc. Pero debería informar el claustro de la Facultad correspondiente sobre conceder la *venia docendi* al director del centro que se iba acreditar. Nunca que sepamos esta acreditación se llevó a efecto. Actualmente estas normas son elaboradas por las Comisiones Nacionales según un esquema general que proporciona el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Dichas normas, entre otros múltiples aspectos, definen el mínimo de profesionales que debe tener cada unidad docente, (6 Psiquiatras, 2 Psicólogos, 4 Diplomados en Enfermería, 1 Asistente Social, etc.) así como los recursos asistenciales necesarios para que pueda cumplirse el programa de formación establecido.

Estos recursos asistenciales se centran en:

- Servicios de Salud Mental Comunitarios.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Unidad de psiquiatría infanto-juvenil.
- Red de servicios sociosanitarios para la rehabilitación del enfermo mental crónico.
- Guardias hospitalarias
- Servicio de M. Interna o neurología.

También se tiene en cuenta los recursos materiales que posee la red asistencial, por lo que se hace necesario que tenga:

- Archivo de historias clínicas.
- Disponibilidad de biblioteca técnico-científica.
- Utillaje de psicología y material audiovisual.
- Etc.

Otro aspecto que se considera importante para la acreditación es la existencia de normas de organización interna de la Red:

- Normas escritas sobre la organización interna de los servicios.
- Programación anual por objetivos.
- Memoria escrita de actividades anuales.
- Realización de historias clínicas.
- Organización de Guardias hospitalarias.
- Etc.

Las unidades que desean acceder a ser acreditadas para la formación deben cumplimentar un impreso ya tipificado, enviando el expediente con los datos requeridos al Director General de Recursos Humanos del MSC. Quien hace la valoración es la CNE y propone su acreditación a dicha Dirección General.

### 3.2. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### *Introducción (definición)*

En la guía de formación de especialistas publicada por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura se incluye el programa sobre Psicología Clínica aprobado en 1996, aprobado con anterioridad a la creación de la especialidad (R.D. 2490/1998), a propuesta de la CNPEPC. En él se define la Psicología Clínica como una «*especialidad básica de la Psicología que se ocupa de la conducta humana y los fenómenos psicológicos y relacionales en la vertiente salud-enfermedad de los seres humanos*». A continuación se expresa el contenido y campo de acción señalando que «la Psicología Clínica se ocupa del estudio, explicación, promoción, prevención, evaluación, tratamiento psicológico y rehabilitación de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos en su concepción integral y con métodos provenientes de la observación y de la investigación científica». Esta definición cuenta con su propia trayectoria, pues ya aparecía en el «Documento base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR», elaborado por un Comité de Expertos para el Colegio Oficial de Psicólogos en 1987. A su vez, la AEN y el COP elaboran un documento de consenso «Documento Base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR».

Esta concepción, abierta y contextualizadora, venía a recoger el camino andado tras la puesta en marcha del primer programa PIR autonómico en la Comunidad Autónoma de Asturias en 1983, en el marco del inicio de la reforma psiquiátrica, y que contó con el apoyo de la AEN. Programa PIR que fue referente solitario durante cuatro años, hasta que la Comunidad Autónoma de Andalucía, Navarra, Madrid, y Galicia ponen en marcha en la segunda mitad de los 80 programas PIR autonómicos siguiendo el mismo modelo. Cinco Comunidades Autónomas que contaron con el impulso y respaldo de la AEN y del COP en estos desarrollos, como queda reflejado en el «Documento Marco sobre Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR», que todos ellos suscriben.

Y es altamente coincidente con la definición planteada por el Colegio Oficial de Psicólogos en 1996, en su documento «El perfil del psicólogo clínico y de la salud», elaborado por un amplio grupo de trabajo, donde se define la Psicología Clínica y de la Salud como «la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento

relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar». Se trata por lo tanto de la primera definición «oficial» de Psicología Clínica, que cuenta con el respaldo de los Ministerios de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación y Cultura, con un alto consenso dentro de la profesión y el apoyo de importantes sectores de profesionales colindantes.

De dicha definición pueden extraerse los pilares básicos del concepto:

– Área de la Psicología, con un grado de especialización. Se trata de un ámbito exclusivo de psicólogos con una formación complementaria de postgrado específica en el ámbito de la Psicología Clínica (diferenciada de otras como la Psicología de la Educación, Psicología de la Intervención Social, Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, etc.). Al tratarse de licenciados en psicología interesados en la clínica, se trata de personas que han superado a lo largo de la carrera varias asignaturas que abordan los temas de psicopatología, psicodiagnóstico o evaluación psicológica y tratamientos (aunque con diferentes denominaciones). Y al tratarse de una especialización sanitaria, en nuestro país ha de estar bajo el control de los Ministerios de Sanidad y de Educación, y como se especifica en el Real Decreto que regula la especialidad de Psicología Clínica se ha de realizar íntegramente la formación en la especialidad y superar las evaluaciones establecidas.

– Otra de las características apuntadas es su carácter científico, algo inherente a la definición de Psicología.

– Se ocupa de los procesos de salud-enfermedad, o de la salud entendida en un concepto amplio y no exclusivamente a los trastornos mentales, o a los procesos anormales o patológicos sino de igual forma se aplica a los procesos y estados de salud y bienestar, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud (COP, 1998).

– Sus funciones son estudiar, explicar, promover, prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar, modificar y rehabilitar.

– La actividad puede aplicarse en diferentes contextos (servicio de salud comunitario, hospital, ...).

### *Confluencia de factores*

La formación especializada en Psicología Clínica está íntimamente asociada al proceso de desarrollo de la Psicología Clínica en el Sistema Sanitario Español y su proceso de institucionalización como una especialidad sanitaria. Para entender dicho proceso hay que tener en consideración una confluencia de factores que potencian y permiten su existencia:

### a) Académicos y Profesionales

En 1977 la AEN abre sus puertas a otros profesionales de la salud mental, entre ellos significativamente a los psicólogos. En 1978 aparece la primera Facultad de Psicología Española en la Universidad Complutense de Madrid, a la que seguirán en los siguientes años una proliferación de diferentes facultades de psicología a lo largo y ancho del territorio nacional. En 1979 se crea por Ley el Colegio Oficial de Psicólogos, dando realidad al anhelo de muchos psicólogos que hasta ese momento no contaban con un colegio profesional independiente. A partir de esos momentos comienza la aparición continua de licenciados en Psicología que tratan de incorporarse como profesionales a los distintos ámbitos de intervención, contando con planteamientos, conocimientos, técnicas e instrumentos, algunos propios de la Psicología y otros compartidos con otros profesionales. A finales de los setenta y comienzos de los ochenta algunas administraciones locales, municipales y ciertas Comunidades Autónomas abordan nuevas formas de hacer, creando nuevos servicios sanitarios con nuevas ideas, nuevos modos de atención y nuevos profesionales. Produciéndose la primera incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos (Olabarria, 1998).

### b) Reforma sanitaria

En los años ochenta algunas comunidades autónomas comienzan sus reformas psiquiátricas. Establecen como denominadores comunes la construcción de una red de servicios territorializados de salud mental y equipos interdisciplinarios para la atención. Siendo unas pocas las comunidades autónomas pioneras, pero muy significativas: Asturias, Andalucía, Madrid, Navarra, Murcia, Galicia.

En 1983 el Ministerio de Sanidad crea la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica que en 1985 publica el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica. Dicho informe marca las líneas y establece un modelo alcanzando alta significación y respaldo:

- Propugnó una red de servicios diversificados de salud mental sobre un territorio definido e integrado en el Sistema Nacional de Salud como servicios especializados de segundo y tercer nivel.
- Propugnó un modelo interdisciplinario y comunitario de las prestaciones.
- En este informe por primera vez se establece la prioridad de la formación clínica especializada para los psicólogos, así como la necesaria incorporación de psicólogos clínicos a los servicios públicos de atención sanitaria.

### c) Cambios en los modelos de atención sanitaria

En 1986 se publica la Ley General de Sanidad que crea el Sistema Nacional de Salud y que establece un camino hacia la integración de recursos y redes sanitarias hasta entonces dispersos, la territorialización de servicios a través de las áreas sanitarias, la reforma y potenciación de la atención primaria y la formación del personal sanitario. La Ley General de Sanidad, además, reconoce la definición integral de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud como un todo bio-psico-social.

#### *Antecedentes Próximos*

Por lo tanto, es la confluencia de múltiples factores la que permite solicitar la incorporación de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria y la creación de una vía de formación de especialista en Psicología Clínica, que conduce a la consecución del título de especialista. Dicha vía, siguiendo el modelo existente en nuestro país, es la formación de interno residente. Ya han pasado más de 20 años desde que se dieron los primeros pasos para la consecución de dichos objetivos, proceso que concluye el 20 de noviembre de 1998. Los principales hitos de dicho proceso comentados brevemente son:

En diciembre de 1977 se oficializa la formación postgraduada para los psicólogos a través de un sistema PIR (BOE 299, del 15 de diciembre de 1977).

A lo largo de los años ochenta, aparecen los programas de formación especializada de psicólogos clínicos (PIR) con una dimensión autonómica, en 1983 lo hace el pionero programa de Asturias, al que siguen en 1986 el de Andalucía, en 1988 el de Navarra, en 1989 el de Madrid y en 1990 el de Galicia. Iniciativas que se enmarcan dentro de los procesos de reforma sanitaria, y más concretamente en las reformas de salud mental llevadas a cabo por dichas comunidades.

En 1987 el Colegio Oficial de Psicólogos elabora el «Documento-Base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR». Documento ampliamente consensuado y que permite aglutinar en su derredor iniciativas y voluntades múltiples.

En 1988 se establece un acuerdo COP-AEN con la elaboración del «Documento Base acerca de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR».

En 1989 seis CC.AA. del Estado (Asturias, Andalucía, Castilla-León, Galicia, Madrid y Navarra) elaboran conjuntamente con la AEN y el COP el «Documento Marco sobre la Formación Postgraduada en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR».

La homologación interna de los programas autonómicos, más la existencia de un modelo y unos objetivos consensuados, unido al buen funcionamiento demostrado por los programas autonómicos y los trabajos conjuntos de distintos profesionales (AEN-COP), sirvió para solicitar desde las instancias oficiales (CCAA) y científico-profesionales (COP, AEN) a los Ministerios de Sanidad y Educación que asumieran la formación PIR.

Estas solicitudes son recogidas, y en 1992 el Ministerio de Sanidad constituye un Grupo de Expertos (B. Olabarría, M. Anxó García, M. Labiana, F. Vallejo, M. Berdullas, A. Avila) para la elaboración del Programa de Formación PIR estatal y el estudio del proceso de acreditación de unidades docentes (Servicios Sanitarios), teniendo como referentes los programas PIR autonómicos y los sucesivos documentos elaborados por el COP y la AEN hasta esa fecha. Siendo estos trabajos la base de la primera convocatoria PIR estatal.

En octubre de 1993 aparece la primera convocatoria PIR de ámbito nacional respaldada por el Ministerio de Sanidad, dicha convocatoria aparece fuera de la convocatoria del resto de especialidades. Pero da comienzo a una serie de convocatorias anuales que a partir del año siguiente (1994) se desarrollan de forma interrum-pida, hasta el momento actual, en la convocatoria conjunta con el resto de especialidades, auspiciadas por los Ministerios de Sanidad y de Educación.

Esta convocatoria estatal supone el cierre de una etapa y el comienzo de otra nueva. El cierre de los PIR autonómicos, en que desde el compromiso de transformaciones sanitarias lideradas en su dirección y gestión por las CC.AA., ya citadas, se incluía un programa que, al tiempo que procuraba una formación especializada no reconocida oficialmente por los Ministerios Implicados, sentaba las bases de su necesidad y del modelo del programa de formación. Asimismo, supone la asunción, por parte de la Administración Central competente en la materia de especializaciones sanitarias, del PIR como modo y modelo para la formación de especialistas en Psicología Clínica (Olabarría, 1998).

En 1995 se crea la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (CNPEPC) semejante al resto de Comisiones Nacionales de Especialidades.

En 1996 los Ministerios implicados aprueban el Programa de la Especialidad de Psicología Clínica propuesto por la CNPEPC y que aparece publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la Guía de Formación de Especialistas de dicho año.

En 1997 y 1998 se elabora el borrador de Real Decreto para la creación de la especialidad, y se llevan a cabo los diferentes pasos para su tramitación oficial, entre los que se encuentra el informe de las Secretarías Generales Técnicas de los ministerios implicados, el visado del Consejo de Universidades, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Formación y Ordenación de las Profesiones Sanitarias, los Colegios de Psicólogos, los Colegios

Profesionales de Médicos y de Farmacéuticos, las Sociedades Científicas relacionadas con la Salud Mental, la Comisión Promotora de la Psicología Clínica, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y el de Especialidades Farmacéuticas, la Comisión Nacional de Psiquiatría (al considerarse como especialidad colindante), y una fase de Audiencia Pública, pasando posteriormente por un dictamen del Consejo de Estado.

Este proceso concluye con la aprobación del Real Decreto el 20 de noviembre por parte del Consejo de Ministros y su publicación en el BOE el 2 diciembre de 1998.

En 1999 se nombra la primera Comisión Nacional de la Especialidad, que en estos momentos estamos a la espera de que se constituya oficialmente, y momento a partir del cual se habrá de proceder a la publicación de la Orden Ministerial que desarrolle el Real Decreto.

Actualmente la AEN sigue adoptando numerosas iniciativas para el desarrollo de la formación PIR. Otras organizaciones surgidas en estos últimos años, como la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), han reforzado este esfuerzo común que, seguramente, seguirá contando con la necesaria atención por parte de todos, potenciando la unidad de la comunidad científico-profesional de la Psicología, que resulta imprescindible.

### *Principios de la formación*

La formación en Psicología Clínica ha contado para su creación y desarrollo con una serie de principios que han delimitado su existencia:

- Es un programa homologado con el modelo mayoritario de formación de especialistas sanitarios en España.
- El aprendizaje se realiza en el marco de los servicios públicos, donde se contrastan las demandas sociales en materia sanitaria.
- Las actuaciones parten de una concepción integral de la salud, esto es una perspectiva bio-psico-social. Así pues, las actuaciones se centran en la dualidad persona-ambiente, e interviniendo en la relación y no sólo en uno de los polos de la relación.
- Pretende la mejora y cuidado de la salud en todos los niveles de intervención buscando el equilibrio bio-psico-social de la persona.
- Fomenta una estrecha relación con otros profesionales de la salud, cooperando en el marco de equipos interdisciplinarios.

### *Programa*

El programa de formación sigue las líneas generales ya planteadas como recomendaciones desde los primeros programas PIR autonómicos y los documentos referentes de la AEN y el COP. Los elementos vertebradores o líneas generales de la formación PIR desde los años ochenta, son los siguientes:

- La denominación de Psicología Clínica.
- La definición de la especialidad (comentaba anteriormente).
- La duración de tres años.
- La existencia de un programa teórico que especifica las principales áreas de contenidos, la metodología y el personal recomendado para su puesta en marcha.
- El programa práctico (eje central del programa), donde se especifica que, debe realizarse en una red sanitaria pública de servicios especializados, y que dichos servicios tienen que estar acreditados a tal fin; la necesidad de la participación de diferentes servicios de un área territorial determinada y que constituyan entre sí una unidad funcional. Se especifica un circuito de rotación, cuando esta noción no existía en ningún programa de formación de especialistas sanitarios; de hecho la primera experiencia española de especialización en circuito de rotación se realiza en los programas PIR autonómicos, recogién dose después para otras especialidades. Elementos centrales del circuito de rotación son:
  - La unidad de salud mental comunitaria que será el eje central de referencia formativa que habrá de contar con programas o unidades de atención ambulatoria y comunitaria a la población infanto-juvenil, adulta y de tercera edad, así como programas de apoyo y coordinación con la atención primaria, los servicios sociales, etc. El tiempo de formación en la unidad de salud mental comunitaria no será inferior a doce meses.
  - Las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales o en su defecto, unidades de agudos en hospitales psiquiátricos, con espacios y equipos diferenciados. Habrá de contar con programas de interconsultas y programas de enlace y coordinación con otros servicios del hospital. El tiempo de formación en estas unidades no deberá ser inferior a cuatro meses.
  - Las unidades de rehabilitación específicamente configuradas como tales. Habrán de contar con programas de rehabilitación y reinserción adecuadamente coordinados con los servicios sociales. El tiempo en estas unidades no deberá ser inferior a seis meses.

El conjunto de estas rotaciones estaban mejor y más extensamente descritas, con objetivos específicos para cada una de ellas, en los programas autonómicos, que fueron suprimidos en el programa nacional en aras de su viabilidad.

– Se pretende una formación con un nivel de responsabilidad progresivamente creciente.

Recogiéndose la figura de un tutor, que debía ser psicólogo, con funciones de asesoramiento y supervisión del programa de la especialidad; que debía ser un trabajador del área sanitaria donde se desarrollaban las rotaciones. Fijémonos así mismo en que esta figura no estaba prevista en ninguna normativa ministerial ni en ningún programa de formación de especialistas sanitarios. Su aparición en los programas PIR permitió comprobar su trascendencia. En 1995 la Orden Ministerial de 22 de junio define (tal vez con excesiva tibieza) por primera vez la necesidad de esta figura en la formación de internos residentes.

En el programa se enumeran los objetivos generales de la formación y los objetivos específicos para cada uno de los años. Los objetivos generales son los de capacitar a los psicólogos clínicos para el desempeño de su profesión, desde una perspectiva de atención integral, que cubre los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, así como las tareas de evaluación, intervención y tratamientos psicológicos. Todas ellas desde una concepción multidimensional del sujeto y de la salud. (Ministerio de Consumo, 1996).

En la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995 se regulan la estructura de Docencia donde se establecen entre otros elementos las comisiones de docencia. (Dicha orden será comentada en otro capítulo de este documento).

En el Real Decreto 2490 de 1998 donde se regula la especialidad de Psicología Clínica se menciona la Comisión Nacional de la Especialidad, su composición (que es similar a las otras especialidades) y sus funciones.

Hasta el momento el camino hecho está cargado de acontecimientos, por lo que se ha precisado la convergencia de muchos intereses y fuerzas. Pero todavía queda mucho camino por recorrer que sigue demandando la continuidad en la unidad, la atención y el esfuerzo para el presente y futuro de la Psicología Clínica y consecuentemente la Salud Mental y la Salud Pública.

### *Acreditaciones*

Los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia contando con el asesoramiento de la Comisión Nacional de la Especialidad establecen qué unidades docentes cumplen los requisitos para conseguir la acreditación como unidad formativa en la especialidad de psicología clínica. Para acceder a ello deben presentar un expediente y cumplimentar una solicitud donde se recogen las características de la Unidad.

En primer lugar se recogen las características generales de la unidad, pasando posteriormente a especificar los distintos dispositivos existentes en la unidad

docente, haciendo especial hincapié en los dispositivos básicos por los que el residente desarrollará sus rotaciones, como son las unidades de hospitalización, las unidades de salud mental comunitaria, y las unidades de atención prolongada, seguimiento y rehabilitación, dando cuenta del personal que lo compone (psicólogos, psiquiatras, ATS/DUE, etc.), la población a la que atiende, el tipo de prestaciones que realiza, el tipo de programas que desarrolla, su capacidad especificando las propias de los distintos dispositivos por los que va a pasar el residente dando cuenta del personal que compone los diferentes servicios, y el nivel de asistencia que presta.

En un segundo momento de la solicitud recoge aspectos docentes y de gestión como el organigrama de la unidad docente, la existencia de comisión de docencia y de comisión asesora, y por otra parte recursos docentes como la capacidad de la biblioteca, la existencia de un fondo bibliográfico (para lo que se especifica un listado de libros y revistas que han de estar presentes), así como material de evaluación y diagnóstico psicológico (presentándose una relación de material que ha de encontrarse presente), la existencia de recursos para la docencia y la investigación (como la existencia de convenios con otras instituciones como departamentos universitarios, proyectos de investigación, o recursos materiales como aulas...).

### 3.3. LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

La Orden Ministerial de 24 de junio de 1998 que desarrolla el Real Decreto 992/1987, sobre obtención del título de enfermero especialista en salud mental, recoge, al menos en parte, una de las grandes aspiraciones de los profesionales enfermeros que trabajan en salud mental. Para llegar a ver la promulgación de esta norma, la enfermería ha tenido que realizar un largo, complicado e incluso sinuoso trayecto. Hay que decir que el proceso histórico de formación de los profesionales de enfermería ha estado sujeto a múltiples vaivenes, sin llegar a tener nunca una clara identidad a pesar de que se ha llegado a disponer de reconocimiento académico universitario, que carece de adecuado reflejo y manifestación en la práctica asistencial.

Las primeras disposiciones legales relativas a la enfermería psiquiátrica aparecen en la Gaceta de Madrid de 20 de mayo de 1932, (OO. MM. de 16 de mayo de 1932 por las que se estructura de forma inicial, la formación, funciones y titulación del enfermero psiquiátrico). En esta norma se regula un programa mínimo que serviría de base para el examen de titulación, que habría de hacer después de dos años de estancia en un hospital en concepto de formación práctica. Estos exámenes se llevaron a cabo hasta el año 1936, siendo interrumpidos por la Guerra Civil.

Lo ocurrido posteriormente es ampliamente conocido por todos: la formación, reconocimiento y nominación de los profesionales que se dedicaban al cuidado de los enfermos mentales, fue diverso y variopinto, dependiendo de los intereses y criterios organizativos que privaron en cada momento en las diversas instituciones que regentaban establecimiento de asistencia psiquiátrica.

El decreto del 4 de diciembre de 1953 unificó los estudios de ayudantes técnicos sanitarios (A.T.S.). En esta norma se estableció que dichas enseñanzas se impartirían en escuelas tuteladas por las facultades de medicina, encomendándose su dirección precisamente a un catedrático de Medicina. De conformidad con lo dispuesto en el citado decreto, desde el año 1957 se fueron creando diversas especialidades de enfermería, pero hasta bastantes años después no se crea la especialidad de enfermería psiquiátrica, lo que tuvo lugar por medio del decreto 3193/1970, de 22 de octubre. El desarrollo de este decreto implica un modelo de formación académica de orientación eminentemente médica, sin apenas implicación asistencial, ya que la formación práctica prevista por la norma era nula o casi nula. Hay que subrayar que la disposición transitoria 3.<sup>a</sup>, relativa al reconocimiento preferente de la especialidad de cara al trabajo en psiquiatría o respecto a la dotación de puestos de trabajo de enfermería psiquiátrica, nunca fue asumida como requisito para trabajar en las instituciones psiquiátricas.

Integrados los estudios de ayudantes técnicos sanitarios en la universidad, en el seno de las nuevas escuelas universitarias de enfermería por el Real Decreto 2128/1977, de 23 de junio, no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, y solo por Orden de 9 de octubre de 1980 se autorizó a los diplomados en enfermería a cursar las especialidades existentes: las reconocidas para los antiguos ayudantes técnicos sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica en el marco legal propio de la universidad española. Todo ello, unido a la evolución de los nuevos modelos de atención que fueron surgiendo, así como la incorporación de España en la Comunidad Económica Europea y por tanto, a la exigencia formativas comunitarias (Directiva de la CEE 80/155, del 21 de enero de 1980), creó la necesidad de reordenar el número, contenido y denominación de las especialidades de enfermería. Coincide este momento con la creación del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, como órgano de consulta y asesoramiento de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, y con la publicación del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se reguló la obtención del título de enfermero especialista. El Art. 2.º 1) de esta norma establece en 7 el elenco de las especialidades de enfermería, entre las que se encuentra la enfermería de salud mental.

Las características o novedades más importantes que, en definitiva, definen y singularizan esta normativa son:

- 1) Que los programas de formación de las especialidades de Enfermería, se

ajusten a las líneas maestras establecidas por la Directiva Comunitaria 80/155, y las que posteriormente sean dictadas en el ámbito competencial comunitario (Art. 3.º).

2) Que la formación impartida para obtener las especialidades se lleve a cabo en unidades docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación y que, a este efecto, estarán supervisadas y coordinadas por la Escuela Universitaria de Enfermería que corresponda (Art. 5.º).

3) Que las unidades docentes reúnan unos requisitos mínimos para obtener la acreditación. Algunos de estos requisitos son de comunes a todas las especialidades, siendo otros específicos (Art. 6.º).

Tanto los requisitos mínimos comunes, como los específicos podrán ser adaptados por la administración sanitaria de cada comunidad autónoma a las peculiaridades estructurales y organizativas de los servicios de salud de las CC.AA., previo conocimiento de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad. La acreditación de las unidades Docentes tendrá una validez de 4 años. Antes de finalizar dicho período, la Subdirección General de Formación Sanitaria del Ministerio y Consumo efectuará una auditoría relativa al funcionamiento de la Unidad Docente. La financiación y mantenimiento de las Unidades Docentes correrá a cargo de las entidades titulares de los servicios.

Para la selección y acceso a la formación de enfermero especialista, será necesario superar una prueba de carácter estatal, cuya ejecución habrá de realizarse ateniéndose a principios de mérito y capacidad.

Los aspirantes recibirán una puntuación total, obtenida por la suma de la calificación de dicha prueba y de la asignada a sus méritos académicos y profesionales.

Por cada una de las Especialidades, existirá una Comisión Nacional de la Especialidad, cuya composición y funciones se regula en los Art. 9.º y 10.º del expresado R. Decreto. El mismo R.D. establece también la composición y funciones del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería (Art. 11.º y 12.º). La disposición transitoria 1.ª de la citada norma establece que podrán obtener el título de enfermero especialista tanto los diplomados de enfermería como los ayudantes técnicos sanitarios que hubieren ejercido la profesión con tal carácter especializado durante cuatro años en los últimos diez, siempre que les sea evaluado positivamente un trabajo de investigación que deberán realizar sobre temas o cuestiones propias de la correspondiente especialidad, o superen las pruebas que a tal efecto se convoquen, que deben versar sobre los programas de formación de la especialidad respectiva en la forma y plazo que reglamentariamente se determine, y para ello contarán la posibilidad de agotar dos convocatorias.

Los profesores de escuelas universitarias en posesión del título de diplomado de enfermería, que hayan desempeñado durante 3 años interrumpidos sus funciones docentes, podrán obtener el título de especialista en la especialidad correspon-

diente o afín a su área de conocimiento, mediante la realización de una prueba o la redacción de un trabajo de investigación sobre temas docente-asistenciales relacionados con la especialidad y la previa comprobación de su experiencia profesional.

La misma norma deroga todas las especialidades de A.T.S. existentes, estableciendo su equivalencia con las nuevas titulaciones, así como el reconocimiento de las mismas a todos los A.T.S. que se encuentren en posesión de los diplomas legalmente reconocidos de Especialista en Enfermería y hayan obtenido el título de Diplomado Universitario en Enfermería.

El referido R.D. 992/87, faculta a los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo para elaborar las oportunas disposiciones que lo desarrollen. A tal efecto se constituyó, con carácter provisional, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, previsto en la Disposición Transitoria 4.<sup>a</sup>, al que se otorgó, también con carácter transitorio, las funciones que el R.D. atribuye al Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería (Art. 11, 12 y 13). El nombramiento de los miembros que integran dicho Comité Asesor, se hace conforme dispone la Resolución de 29 de agosto de 1988 de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación.

En los años siguientes se produjo una cierta parálisis del proceso y un manifiesto silencio sobre el desarrollo de las especialidades de enfermería, a pesar de que el comité asesor haya trabajado en el desarrollo de los programas de formación de las especialidades.

En 1992 ve la luz la primera especialidad de enfermería, cuando se aprueba con carácter provisional, el programa de formación, los requisitos mínimos de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de enfermería obstetricio-ginecológica (matronas).

Durante estos años de silencio legal se informaron favorablemente en la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud los proyectos de las órdenes ministeriales por las que posteriormente se establecerían con carácter provisional los programas de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención de los demás títulos de especialistas de enfermería.

Como consecuencia del vacío legal que existió desde la publicación del R.D. 992/87, hasta la Orden de 24 de junio de 1998, por el que se desarrolló la especialidad de enfermería en salud mental, han proliferado programas de formación especializada, que bajo la denominación de «formación de expertos», «master» y similares, etc., intentaron cubrir las demandas de formación especializada al amparo de las organizaciones colegiales de enfermería y también de algunas escuelas universitarias, creando, en ocasiones, ilusorias expectativas de homologación oficial de los diplomas que ofrecían.

La orden de 24 de junio de 1998 establece, por fin, el marco de regulación de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental, desarrollando el R.D. 992/87. En

dicha orden cabe destacar la organización de la unidad docente como estructura docente-asistencial y que se hace recaer la supervisión y coordinación de la formación en una escuela universitaria de enfermería, así como la incorporación de las auditorías como sistema de evaluación objetiva, lo que establece importantes diferencias con el resto de los sistemas de formación sanitaria especializada.

La Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura por la que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental, fue aprobada el 9 de julio de 1998. En esta norma se determina, con carácter provisional, el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental, con expresión de los requisitos que deben reunir los responsables docentes que imparten las distintas materias que lo componen. Dicha norma que debe de regir hasta que, de acuerdo con lo dispuesto en la Disposición Transitoria Cuarta del R.D. 992/1987 del 3 de julio, se constituya el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería.

El título oficial que, de conformidad con esta disposición se otorga, es el de Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental.

La justificación de la especialidad se articula en torno a la necesidad de enmarcar o contextualizar la enfermería especializada de salud mental, dentro de un ámbito de referencia de fundamentación teórico-práctico basado en los modelos conceptuales de la propia materia, así como su apertura hacia otras disciplinas, teniendo en cuenta la multiplicidad de las situaciones de salud; los cambios complejos en el seno de la familia; la orientación de las opciones éticas, etc., en un proceso que da prioridad a los valores y a la diversidad de las demandas sociales que, desde siempre, guían la evolución de los cuidados de enfermería.

El perfil profesional de la enfermería de Salud Mental que se establece en la norma viene definido por las siguientes notas y funciones:

- Prestar cuidado a personas, familias y grupos, con un enfoque integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Asesorar, en calidad de experto, a los demás profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
- Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.
- Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.
- Investigar en el campo de enfermería en S.M. y participar en otros proyectos.
- Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de S.M.
- Participar en la elaboración de objetivos y estrategias en materia de S.M., dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.

- Actuar como consultores de las diferentes administraciones, locales, autonómicas y estatales, así como de organismos internacionales en materia de enfermería de S.M.

Y en este sentido, el propósito general que se pretende con el programa de Formación del Especialista es: *formar enfermeras especialistas que aseguren la prestación de cuidados a individuos, familias y grupos, en los diferentes niveles de atención de salud mental, dotándoles de conocimientos necesarios que les permitan dar atención especializada, así como formar, investigar, gestionar y asumir responsabilidades en los distintos ámbitos de su campo de actuación.*

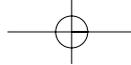
El programa de formación se desarrollará a lo largo de un año, a tiempo completo, mediante el sistema de «residencia» en la unidad docente acreditada, y obligará, simultáneamente, a recibir formación y a prestar un trabajo que permitan a la enfermera aplicar y perfeccionar sus conocimientos y que a la par le proporcione una práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar con ello, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para poder alcanzar los objetivos generales de la especialidad, así como ejercer la profesión de modo eficiente.

La metodología docente dará prioridad al autoaprendizaje tutorizado, utilizando métodos educativos creativos que aseguren la participación activa y el aprendizaje experimental, fomentando la realización de seminarios, talleres de trabajo o discusión de casos clínicos y problemas relacionados con la materia que se planteen por los responsables docentes.

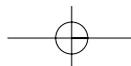
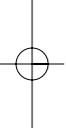
Los responsables docentes deberán pertenecer a la plantilla de las Instituciones Sanitarias integradas en la unidad docente o al profesorado de la escuela universitaria de enfermería que coordine y supervise las enseñanzas conforme a lo dispuesto en el Art. 5 del R.D. regulador de estas enseñanzas.

La Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura y de la Secretaría de Sanidad y Consumo por la que se aprueban los requisitos específicos de acreditación de las unidades docentes para la formación de enfermero especialista en salud mental, fue aprobada el 9 de julio de 1998. En agosto de 1998, se publicó la primera convocatoria de la prueba selectiva para formación de enfermera especialista de salud mental, así como la relación de las unidades docentes acreditadas y la oferta de plazas. En este primer momento, sólo han sido acreditadas cuatro comunidades autónomas (Andalucía: Sevilla; Asturias: Oviedo y Gijón; Madrid y País Vasco: Vitoria), con un total de 29 plazas acreditadas y 21 plazas efectivamente ofertadas, todas ellas en servicios asistenciales públicos.

Como conclusión, y en definitiva, habría que afirmar que el trabajo realizado a lo largo de muchas décadas ha sido arduo, pero ha dado fruto evidente aunque hay que reconocer que este es aun insuficiente, pero lo cierto es que ya está



entreabierto la puerta del futuro que, en todo caso, para que conforme una verdadera alameda de ilusión, debe de consolidar lo existente, evitando que quede como experiencia fugaz y, en paralelo, ampliar su eficacia en términos jurídico-laborales y de la exigencia profesional acorde con la formación que se ha realizado, que nunca más debe de tener carácter ancilar.



## 4. Estructura docente según la normativa actual (O.M. 95)

En este capítulo se pretende dar cuenta de los elementos de la estructura docente que están regulados por los ministerios a través de reales decretos y órdenes, siendo la última y más importante aportación la creada a raíz de la orden ministerial publicada en 1995.

### 4.1. UNIDADES DOCENTES Y ÁREAS SANITARIAS

En las especialidades cuyo programa de formación incluya períodos o actividades a desarrollar en centros o establecimientos sanitarios y asistenciales de carácter no hospitalario (en cuyo caso nos encontramos), las unidades docentes estarán constituidas tanto por el hospital acreditado como por los demás centros y establecimientos extrahospitalarios. El ámbito y los centros incorporados a la unidad docente se establecerán en el correspondiente acuerdo sobre su acreditación.

Por lo tanto en las especialidades con períodos hospitalarios y extrahospitalarios se duplicará la estructura docente. Según la Orden Ministerial, la estructura docente ha de contemplar:

Comisión de Docencia	Comisión Asesora
Jefe de Estudios	Coordinador de la Unidad Docente
Tutor Hospitalario	Tutor Extrahospitalario

La orden en su disposición adicional primera establece que: Los órganos de dirección de los centros sanitarios, adoptarán, oída la comisión de docencia o la comisión asesora, las medidas oportunas para que los facultativos que desempeñen los cargos de Jefe de Estudios, Coordinador de Unidad Docente, Tutor, Vocal de la comisión de docencia o de comisión asesora, o miembro del comité de evaluación, puedan desarrollar eficazmente sus funciones. Siempre que ello sea posible, tales funciones se desarrollarán sin menoscabo de la actividad profesional de los interesados y dentro de la jornada ordinaria de trabajo.

### 4.2. COMISIONES DE DOCENCIA

– Se constituirá una en cada hospital acreditado. Sus funciones son:

- Organizar y gestionar las actividades de formación del centro.
- Controlar el cumplimiento de los objetivos de los programas de formación.
- Programar anualmente las actividades de formación y establecer los planes individuales para cada Especialista.
- Informar a la Gerencia o Dirección sobre la oferta anual de plazas.
- Informar a las autoridades administrativas en caso de infracción de las disposiciones sobre formación.
- Solicitar la realización de auditorías docentes.
- Elaborar y aprobar una memoria anual de las actividades docentes.

– La Comisión de Docencia extenderá sus competencias a todos los servicios asistenciales del hospital que impartan formación especializada para licenciados. Se relacionará con los órganos directivos a través de la Dirección Médica. La Gerencia o Dirección facilitará los medios materiales y humanos necesarios para el desarrollo de la Comisión de Docencia.

– Régimen de funcionamiento:

- Se reunirá al menos una vez al trimestre, la citación ha de contar con orden del día y ha de estar en poder de los miembros de la Comisión con al menos 48 horas de antelación.
- Para constituirse es necesario en 1.<sup>a</sup> convocatoria la presencia del Presidente, del Secretario y al menos la mitad de los miembros. En 2.<sup>a</sup> convocatoria, si está prevista, deberán estar presentes el Presidente, el Secretario y al menos un tercio de los miembros.
- Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple (excepto en los casos que una disposición exija una mayoría cualificada).
- No se podrán tratar temas que no figuren en el orden del día, salvo que estén todos los miembros y se considere el asunto como urgente por mayoría absoluta.
- Se hará acta en la que se especificarán los asistentes, el orden del día, las circunstancias de lugar y tiempo de la reunión, los puntos principales de deliberación y los acuerdos adoptados.
- Las actas se aprobarán en la misma o en la siguiente sesión. Una vez aprobadas, las actas tienen un carácter público.

– Composición

- La Presidencia corresponde al Jefe de Estudios del hospital.

• Vocales (14):

5 en representación de los tutores, elegidos por tres años.

5 en representación de los especialistas en formación, de los que se encuentran al menos en el 21 año de formación, elegido por un año.

1 designado por la comunidad Autónoma.

El coordinador de la unidad docente de medicina familiar y comunitaria.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL

1 facultativo especialista designado por la comisión clínica de investigación, docencia y formación continuada, u órgano equivalente, por un período de tres años.

1 representante del personal administrativo del hospital por la Junta de personal, por un período de tres años.

– El secretario con voz pero sin voto, será designado por la gerencia o dirección entre el personal administrativo. Tiene como funciones atender administrativamente a la comisión y mantener los archivos de la misma, donde se custodiarán los expedientes de los especialistas en formación.

– El vicepresidente que sustituirá al presidente será designado por la mayoría absoluta de los miembros.

#### 4.3. JEFATURA DE ESTUDIOS

– El jefe de estudios será nombrado por la gerencia o dirección del hospital. A propuesta de la dirección médica y oída la comisión de docencia (y la comisión mixta en el caso de hospitales universitarios).

– Ha de ser facultativo especialista del centro/s y con acreditada experiencia clínica, docente e investigadora.

– Funciones:

Presidir la comisión de docencia (o comisión asesora).

Dirimir con su voto los empates en la comisión de docencia.

Gestionar los recursos materiales y humanos que la dirección del centro destine al apoyo administrativo de la comisión de docencia.

Dirigir y coordinar las actividades de los tutores.

Supervisar la aplicación práctica de los programas.

Gestionar los recursos materiales y personales adscritos a la actividad docente.

#### 4.4. COMISIONES ASESORAS

– Se creará una comisión asesora en las especialidades con períodos de formación extrahospitalarios (para los períodos extrahospitalarios).

– Asumirá en relación con los períodos extrahospitalarios de formación las funciones que tiene la comisión de docencia para la formación hospitalaria.

– Los gerentes o directores del área de atención especializada determinarán la composición en función del número de centros que compongan la unidad docente y del número de especialistas en formación.

– Se incorporarán representantes de:

Los tutores hospitalarios y extrahospitalarios.

Los facultativos especialistas responsables de la formación.

La comunidad autónoma.

Los especialistas en formación

– El coordinador de la unidad docente presidirá la comisión asesora y cumplirá en la formación extrahospitalaria, las funciones que tiene el jefe de estudios respecto a la formación hospitalaria.

#### 4.5. COORDINADOR DE LA UNIDAD DOCENTE

– Será nombrado por la gerencia o dirección del área. A propuesta de la dirección médica y oída la comisión de docencia (y la comisión mixta en el caso de hospitales universitarios).

– Ha de ser facultativo especialista, en la correspondiente especialidad, de los centros y con acreditada experiencia clínica, docente e investigadora.

– Funciones (para la formación extrahospitalaria):

Presidir la comisión asesora.

Dirimir con su voto los empates en la comisión asesora.

Gestionar los recursos materiales y humanos que la dirección del área destine al apoyo administrativo de la comisión asesora.

Dirigir y coordinar las actividades de los tutores.

Supervisar la aplicación práctica de los programas.

Gestionar los recursos materiales y personales adscritos a la actividad docente.

(Extra en relación al Jefe de Estudios). Formar parte de la Comisión de Docencia del hospital.

#### 4.6. COMITÉS DE EVALUACIÓN

– Se formará un comité de evaluación para cada especialidad.

– Funciones:

Evaluar anualmente a los especialistas en formación.

– Composición:

Jefe de estudios que presidirá el comité (dirimirá con su voto los empates).

Un facultativo del centro con el título de especialista correspondiente.

El tutor del especialista en formación evaluado.

El vocal de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.

El secretario será el secretario de la comisión de docencia o de la comisión asesora según proceda.

Si se trata de evaluar períodos de formación extrahospitalaria se incorporará el tutor durante dicho período.

#### 4.7. INSTRUMENTOS DOCENTES SEGÚN LA NORMATIVA ACTUAL

Dentro de la estructura docente hay dos elementos básicos que pueden ser considerados como los ejes centrales de la formación, ya que son los elementos que dan continuidad a las diferentes acciones formativas.

##### *Tutoría*

- En cada centro acreditado, y para cada especialidad, se designará el número de tutores que determine la comisión de docencia.
- La designación lo realizará la gerencia o dirección del hospital a propuesta del jefe de la unidad asistencial que corresponda.
- Se designará entre facultativos de la institución que tengan el título de especialista que proceda.
- Para tutores extrahospitalarios, el nombramiento se efectuará por la gerencia del área de atención primaria a propuesta del coordinador del centro de salud.
- El tutor será nombrado por un período igual al de la duración de la formación. Pudiendo renovarse tras dicho período.
- Funciones:
  - Proponer a la comisión de docencia o a la comisión asesora los planes individuales de formación para cada uno de sus tutorizados.
  - Supervisar de forma directa y continuada el cumplimiento del programa.
  - Controlar la actividad asistencial de sus tutorizados.
  - Fomentar la participación en actividades docentes e investigadoras.
  - Evaluar de forma continuada a los especialistas en formación.
  - Elaborar una memoria anual de las actividades docentes. Memoria que será visada por el jefe de la unidad y se remitirá a la comisión de docencia o asesora.

##### *Libro del residente*

Los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Sanidad y Consumo establecerán conjuntamente los modelos oficiales del libro del residente.

El libro del residente se define como un instrumento que debe reflejar:

- La participación del residente en actividades asistenciales, docentes y de investigación.
- Datos de interés curricular del residente.

Cada una de las actividades desarrolladas debe ser visada por el responsable directo de la misma que, al mismo tiempo, debe incorporar las observaciones que

considere oportunas en relación con las aptitudes y conducta profesional del especialista en formación.

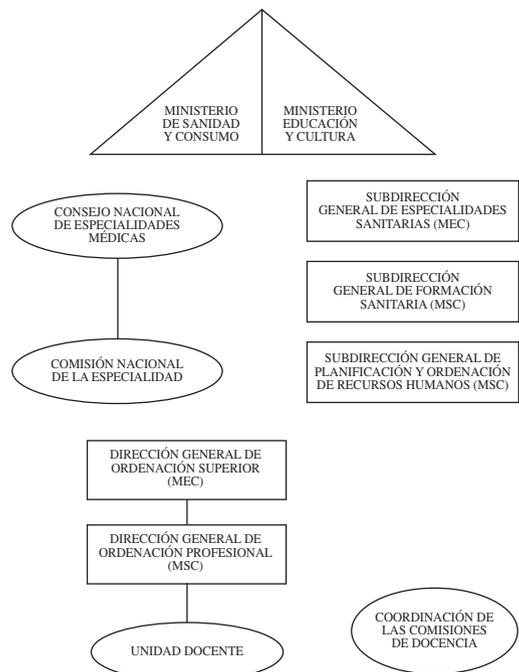
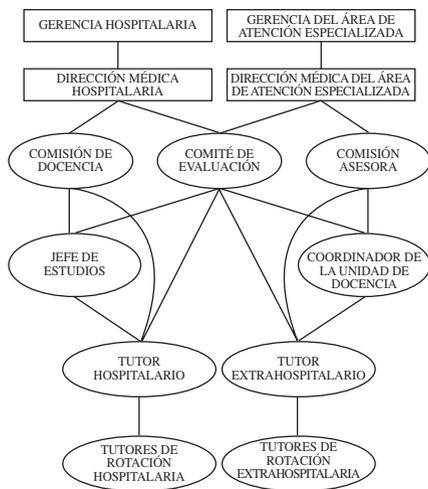
En el libro se refleja por lo tanto la formación continua, pero también ha de figurar la evaluación anual que será visada por el jefe de estudios, y la evaluación final del período de residencia si es positiva que será visada por el presidente de la comisión nacional de la especialidad.

Tras la evaluación final el libro del residente ha de ser remitido por la comisión de docencia a la Dirección General de Ordenación profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo que los trasladará a las comisiones nacionales para ser visados, posteriormente serán devueltos a los interesados.

El presente gráfico trata de ser una adaptación descriptiva del esquema planteado por la Orden Ministerial publicada en 1995, completado con otros elementos de la red que no son reflejados en dicha Orden tanto a un nivel inferior (Tutores de rotación), como en un nivel superior (estructuras de nivel nacional).

En la estructura docente hay elementos a escala nacional y otro que se ha de encontrar en cada unidad. También que distinguir los elementos propiamente (docentes en elipse) y los elementos ejecutivos del sistema (En rectángulos).

*Estructura Docente en cada Unidad Docente*



## 5. Las tutorías: valoración y propuestas

Hablar de tutoría es referirse a un modelo de formación que genera una relación de especiales características para con el futuro especialista. Una relación que ha de facilitar el progreso del proceso intencional del aprendizaje desde los servicios acreditados a tal fin. De un aprendizaje que va más allá de la incorporación de una teoría con prácticas regladas y que supone el desarrollo de un programa de formación de la especialidad desde una «inmersión» en la función y el ejercicio profesional *tutorizado*, es decir, guiado, en las unidades docentes acreditadas.

### 5.1. CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

Hacer una valoración práctica sobre la situación actual de las tutorías puede ser arriesgado ya que cada unidad docente acreditada tiene sus peculiaridades y el desarrollo y el funcionamiento de la figura del tutor puede ser distintos entre una y otra. Por otra parte, la normativa en torno a la configuración de la estructura docente de los servicios acreditados, expuesta con anterioridad, es en lo que se refiere a las tutorías, ambigua en muchos aspectos e insuficiente en otros. Pero hay otros problemas, aún más básicos, que sorprendentemente parecen surgir de no conocer (¿o no querer conocer?) la reglamentación actual y aplicarla. Por este motivo nos parece imprescindible exigir de entrada el cumplimiento, seguimiento y verificación de la aplicación de la normativa vigente en las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en salud mental, tanto por la responsabilidad que se deriva de estos incumplimientos, como porque resulta estéril hacer propuestas sobre una regulación que sistemáticamente se incumple.

Dentro de la formación en las especialidades de salud mental en España nos encontramos con la existencia de unidades docentes «comunitarias» asistencialmente mientras continúan persistiendo las «hospitalocéntricas» en muchos lugares, lo que en ocasiones se traduce en graves incumplimientos de las rotaciones previstas en el programa de la especialidad, particularmente en el de Psiquiatría.

En este sentido, la Comisión Asesora tipificada en la Orden del 22 de junio de 1995 para completar la estructura docente de las especialidades hospitalarias-extrahospitalarias, es un instrumento imprescindible para desarrollar adecuadamente cada uno de los programas de formación de las especialidades de salud mental, junto a la comisión de docencia. Ello busca y favorece que se contemplen ambos aspectos de la formación: hospitalarios y comunitarios. Pero resulta sor-

pendiente observar su escaso desarrollo (incluso su nula existencia) en la mayor parte de las unidades docentes acreditadas para la formación de las especialidades de salud mental. Tanto la especialidad de psiquiatría como la de psicología clínica o la de salud mental en enfermería ven perjudicado gravemente el desarrollo del aprendizaje por el incumplimiento de la normativa en relación a esta Comisión Asesora o su deficiente funcionamiento.

Otro de los principales conflictos se produce por la deficiente integración de las funciones asistenciales y las funciones docentes del tutor. Su nombramiento, sabemos que lo hace la gerencia a propuesta del Jefe asistencial. Esto supone que, aunque teóricamente el tutor, en su cometido como tal, depende de la estructura docente, su autonomía del Jefe asistencial está limitada y no compensada por la estructura docente, que, como hemos visto, o no existe o es muy frágil, lo que puede dificultar el adecuado ejercicio de sus funciones asistenciales y docentes en detrimento casi siempre de las últimas. Por otro lado, como no está normativizado, ni siquiera sugerido, el tiempo de dedicación del tutor a sus tareas como tal, significa que el mismo depende de factores personales (motivación individual, concepción de la función de tutoría, relación con el tutorizado...), institucionales (presión asistencial, «encaje» de la relación de aprendizaje de los residentes en el servicio, relación del tutor con el jefe del servicio...) y otros más o menos aleatorios.

En estrecha relación con todo esto, la función de tutor aparece carente de incentivos y estímulos. No está regulada en este sentido ningún tipo de compensación, sea del tipo que sea (económica, liberación de tiempo, curricular...), lo que favorece que la tutoría se convierta en un acto de buena voluntad en lugar de una función específica y valorada como tal por el servicio que ha sido acreditado como unidad docente.

Mención aparte merece la figura del tutor extrahospitalario que aparece en la Orden del 22-6-1995 para garantizar mejor la formación de los residentes en medicina familiar y comunitaria que realizan gran parte de su formación fuera del hospital, en los centros de atención primaria. Esta figura la nombra la gerencia del área de atención primaria. En el caso de especialidades como psiquiatría, psicología clínica o enfermería en salud mental que también realizan rotaciones fuera del hospital, consideramos que no es necesario nombrar dos tutores sino sólo un tutor del Programa o tutor general, único, por cuestiones de operatividad, y que sea éste el que supervise el desarrollo de la formación del residente por la red tutorial (a la que más adelante nos referiremos) en todos los dispositivos. Nos parece que para favorecer el desarrollo del Programa en cuanto a la cumplimentación de la totalidad de las rotaciones, elemento indispensable de la formación de los residentes, sería recomendable que el tutor perteneciera preferentemente a un dispositivo extrahospitalario de la Unidad Docente Acreditada.

## 5.2. LA TUTORÍA Y LA RED TUTORIAL

El profesional que inicia la formación postgraduada posee un título que acredita una formación teórica básica, pero su formación específica es escasa y su experiencia clínica, elemental o incluso nula. Con este punto de partida, ha de someterse a una formación compleja, que rompe con el modelo académico en el que se ha sustentado previamente.

En esta situación, la figura del tutor surge como punto esencial de referencia para disipar la confusión y para canalizar una formación basada en un aprendizaje activo desde los servicios sanitarios y en la elaboración de la experiencia que se va adquiriendo. Por ello, hay que evitar tanto la situación existente en muchas unidades docentes en que la tutoría sólo figura nominalmente, sin ejercerse como tal, como la situación bipolar aislada tutor-residente, en la que el tutor sólo verifica el aprendizaje y donde se pierde el enriquecimiento de la participación conjunta con supervisores y tutores de rotación.

### *La tutoría*

Conviene concebir la tutoría una red docente, de la que forma parte el tutor general o de programa que garantiza una unidad en dicha formación, enfocándola como proceso y evitando la dispersión y del que es elemento esencial. Red constituida además por los distintos tutores de rotación o de dispositivo y los supervisores (Fig. 1). Esta estructura en red está jerarquizada y el tutor general o del programa asume la máxima responsabilidad funcional (no administrativa). El tutor general habrá de ejercer el papel de referente y garante de la formación del residente lo que le obliga a mantener una relación fluida con todos los dispositivos de la unidad docente acreditada.

Es importante delimitar los campos de acción de los diversos intervinientes que vendrán dados por sus funciones y especialmente la figura del tutor de programa o general. Esta red tutorial ha de ser diseñada y coordinada por el tutor general y deberá ser presentada al residente al inicio de su formación favoreciendo en ambos una visión global y comprensiva.

Se pretende construir a partir de aquí una relación más compleja y multifactorial, multidireccional al contar la red tutorial con diversos elementos discriminados (el tutor general o de programa, los tutores de rotación y los distintos supervisores) y funcionalmente jerarquizados.

Mención específica merece la definición de los objetivos docentes: desde el principio y durante el proceso de formación es imprescindible que se expliciten y ajusten los objetivos que el programa de formación establece para cada especiali-

dad. Consideramos que resulta adecuado abrir un proceso en el que el tutor general y el residente diriman objetivos docentes específicos acordes con intereses de este último y las posibilidades de los dispositivos asistenciales acreditados donde se realiza la formación. Todos estos objetivos deben ser explícitos y suficientemente compartidos por toda la red tutorial y al menos conocidos por la unidad docente acreditada, tanto en su estructura asistencial como en su estructura docente.

### 5.3. PROPUESTAS PARA LA UBICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LA TUTORÍA EN LA ESTRUCTURA DOCENTE

Para que el tutor pueda desarrollar sus funciones con calidad es imprescindible que tenga una entidad propia en el servicio, dependiente de la estructura docente, la comisión de docencia y asesora. Por tanto, resulta imprescindible el desarrollo y aplicación de la Orden Ministerial reguladora de la estructura docente, que así lo contempla. Además es importante primar esta figura con soporte administrativo y de organización interna garantizando el tiempo suficiente para llevar a cabo sus funciones de tutoría, por lo que proponemos que se libere del tiempo asistencial, dedicando un mínimo de un 10% y un máximo de un 25% (dependiendo del número de residentes que tenga a su cargo) al diseño y seguimiento de sus actividades.

Entre las contraprestaciones, incentivos o estímulos que podría recibir el tutor por la función que ejerce y que al tiempo constituirían elementos de identificación de esta figura en el servicio acreditado para la formación de especialistas, tal vez la más idónea sería aquélla que contemplase esta actividad como un valor añadido a través de:

- Reconocimiento explícito por pertenecer a una institución donde participa en la formación de especialistas, que es un indicador de calidad para la misma.
- Aplicación de complementos de productividad variable.
- Reconocimiento curricular en los baremos de acceso a plazas públicas.
- Primar la participación del tutor en actividades de formación continuada (cursos, reuniones con otros tutores, congresos...).

El tutor ha de gozar de suficiente capacidad para incidir en la vida institucional, (de tal modo que pueda desarrollar iniciativas y hacer propuestas que afecten a la estructura y al funcionamiento de los equipos desde su perspectiva como docente) y en lo que a recursos materiales docentes se refiere, como propiciar la suscripción a determinadas revistas científicas, adquisición de libros y recursos informáticos.

Por último, proponemos aplicar los instrumentos que permitan la evaluación del cumplimiento de la normativa en general y el desarrollo de las funciones de las tutorías en las unidades docentes en particular. Si definitivamente se desarrolla la figura del tutor en el sentido que proponemos, es imprescindible contar con meca-

nismos reales que den cuenta del buen desarrollo del programa docente guiado por el tutor y que, en el caso de un funcionamiento indebido, sea verdaderamente viable la realización de auditorías. Estas funciones corresponden a las comisiones de docencia y asesora que, por tanto, tienen un gran protagonismo en este aspecto.

#### 5.4. PROPUESTAS PARA UN ACERCAMIENTO A LA DEFINICIÓN DE LAS FUNCIONES DEL TUTOR

– Como punto de *referencia* del residente y de *continuidad* de todo el proceso de formación, identificará junto al residente los objetivos de aprendizaje de forma personalizada, dentro del programa global de la especialidad y de las posibilidades del servicio, y velará porque estos objetivos se realicen secuencialmente y con autonomía progresiva, proporcionando las oportunidades adecuadas para ello.

– Actuará de *coordinador y enlace* con la totalidad de servicios implicados en la unidad docente acreditada, negociando con los dispositivos de rotación la ejecución de los objetivos planteados. Para ello deberá conocer previamente a la llegada del residente los componentes y el funcionamiento de los integrantes de la red tutorial: tutores de rotación y posibles supervisores (ver Fig. 1). Con ellos establecerá una relación funcionalmente jerarquizada al tiempo que fluida, periódica y continuada a lo largo del tiempo de desarrollo del programa de formación.

– Facilitará la incorporación y articulación del residente en los diferentes dispositivos por los que rotará, comprobando que se cumpla la responsabilidad docente del equipo receptor personalizada en el tutor de rotación, quien ha de asegurar el cumplimiento de los objetivos estipulados para esa rotación y proporcionar los instrumentos necesarios para su consecución.

Además, el tutor de rotación tiene que evaluar el proceso de formación durante el mismo y transmitir los resultados al tutor general de residentes. De esta forma, su actividad se articula con la del tutor general y es complementaria a ésta.

El tutor de rotación, coordinadamente, con dependencia funcional del tutor general y de acuerdo a los objetivos establecidos con el residente en la red tutorial, facilitará el acceso del residente a la actividad asistencial de forma ordenada y supervisada. La supervisión clínica no tiene necesariamente y en todos los casos que realizarla el propio tutor de rotación. Por tanto la función de supervisión clínica tiene identidad propia, puede o no coincidir en las personas de los tutores, pero ha de ser dependiente directamente del resto de los integrantes de la red tutorial (ver Fig. 1).

– Para que estas relaciones en red se realicen en la práctica hay que dotarlas de un adecuado marco temporo-espacial, estableciendo unas periodicidades de coordinación mínimas e indispensables entre los diferentes elementos de la red. Así, consideramos que puede resultar orientadora la siguiente propuesta:

Supervisor clínico/residente (2 horas/semana).

Tutor de programa/tutor de rotación (una vez al mes).

Tutor de rotación/supervisor (una vez al mes).

Todos los integrantes de la red, al menos en la recepción y despedida de los residentes anualmente, así como en las diferentes evaluaciones del residente.

Para el desarrollo de estas actividades y como hemos propuesto anteriormente, el tutor de programa podrá destinar al menos entre un 10% a un 25% de su tiempo asistencial a sus funciones docentes directamente con el residente y demás miembros de la red tutorial.

– El tutor general participará activamente en los *procesos de evaluación* del programa, residente e institución (unidad docente). Esta función habrá de desempeñarla en su triple vertiente:

1) Evaluará al residente a través de una relación continuada y fluida.

2) Evaluará a través de los tutores de rotación el cumplimiento del programa de los diferentes dispositivos de rotación. Para ello un instrumento imprescindible puede ser un «Libro del Residente» cuya propuesta de diseño y modificación se presentará más adelante. Las hojas de evaluación para los implicados en el proceso docente: residente - tutores de rotación - tutor. Todo ello posibilitaría un intercambio fructífero y adaptado a las diferentes necesidades que vayan surgiendo en la red docente y tutorial.

3) Por último, su inclusión en las diferentes comisiones (C. de Docencia y C. Asesora, y aquellas otras que puedan existir y jugar un papel en la Unidad Docente Acreditada como C. de Tutores, C. Regionales y Servicio de Formación de la Consejería de Salud) le permitirá participar activamente en la planificación, homogeneización y propuestas docentes, así como en la evaluación global de la calidad y grado de ejecución del programa y los dispositivos de rotación y en la propuesta y reflexión de vías de mejora, de canalización y/o de resolución de las deficiencias y dificultades planteadas.

– Por último, el tutor *asesorará* sobre el futuro profesional del residente, una vez se aproxime el final del proceso formativo tutorizado.

## 5.5. CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES Y APTITUDES PERSONALES DEL TUTOR

Las especialidades de salud mental (psiquiatría, psicología clínica, enfermería en salud mental) se encuentran inmersas en una encrucijada en el campo del saber, compartiendo tanto características científicas como componentes relacionales y de la subjetividad. La formación y el aprendizaje de estas especialidades no debe olvidarlo. Ni tampoco el tutor, que debe fundamentar su labor a través de una

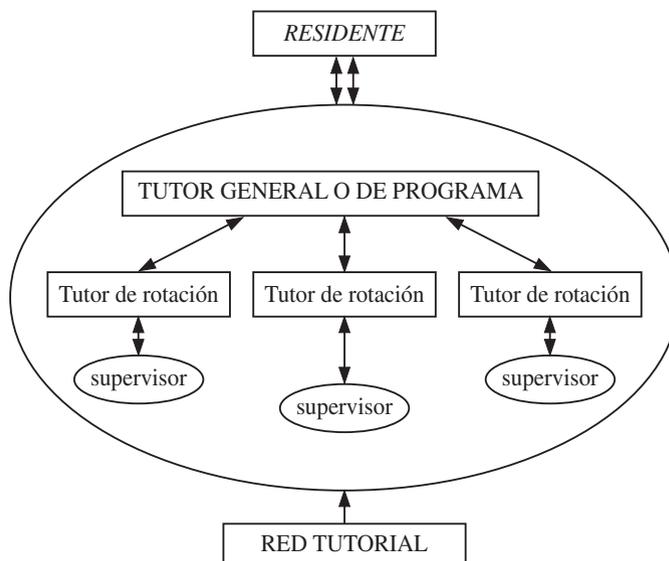
## FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL

relación interpersonal adecuada, en el abordaje desde diferentes perspectivas y desde un punto de vista multidimensional de la complejidad de los fenómenos psíquicos, conductuales y de relación de los seres humanos en un contexto asistencial acreditado para este ejercicio docente específicamente.

La persona que va a guiar este proceso de formación en el que se incluyen por un lado, conocimientos teóricos, habilidades clínicas e intervenciones técnicas, y por otro, sensibilidad empática y actitudes apropiadas para interactuar con los pacientes e integrarse en un equipo multiprofesional dentro de la red asistencial, tiene ante sí una compleja tarea.

Por tanto, sería deseable que el tutor presentara entre sus características profesionales: suficiente experiencia asistencial, situación laboral estable, psicoterapeuta en activo, motivación docente y de investigación, capacidad organizativa e implicación en la red de servicios de salud mental territorializados y comunitarios. Y entre sus aptitudes (y actitudes) personales: conocimientos e interés por la participación en procesos grupales; persona receptiva, flexible y empática, capaz de dirigir a los residentes en un proceso de aprendizaje vivencial que tenga en cuenta la implicación personal, inevitable en uno u otro aspecto. Al tiempo debe estimular el desarrollo de un pensamiento crítico y la toma de iniciativas, hacia la autonomía clínica y responsabilidad progresiva del residente.

Figura 1



## 5.6. A MODO DE CONCLUSIÓN

La tutoría se configura como uno de los instrumentos centrales del modelo de formación de internos residentes vigente para la formación de especialistas sanitarios en nuestro país. Un modelo que ha demostrado su bondad por las altas cotas de calidad que obtienen los especialistas que en él se forman, como es reconocido en el ámbito internacional.

Si el modelo de residencia contempla para todas las especialidades sanitarias la figura de la tutoría, las especialidades de salud mental, por las especiales características tanto de su saber y su hacer como de su formación y aprendizaje, han de recabar esfuerzos para un desarrollo real y adecuado de estas funciones, que requieren un respaldo y reconocimiento administrativo y un anclaje suficiente en la estructura docente.

La tutoría es un instrumento principal para una formación de calidad en las especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental.

Trabajar, tanto para obligar su adecuado cumplimiento, como para mejorarlo, no es baladí. Y ello obliga a una seria reflexión y debate en la comunidad científico-profesional.

## 6. El Libro del Especialista en Formación en Salud Mental y el proceso formativo

El concepto de Libro del Especialista en Formación se introdujo oficialmente por primera vez en nuestro país con la publicación de la Orden del 22 de junio de 1995 (BOE 30-6-95, artículos 8 a 11). Según esta Orden, el Libro es un documento oficial, de obligado uso a lo largo de la residencia, que recoge anotaciones mensuales por los responsables directos de las actividades formativas, sobre «la participación de cada especialista en formación en actividades asistenciales, docentes y de investigación, y cualesquiera otros datos de interés curricular» ... así como «las observaciones que en relación con las aptitudes y conducta profesional del especialista en formación, resulten procedentes». En otro apartado se dice que «Las rotaciones externas no previstas en la acreditación otorgada al centro o unidad, solo podrán ser tomadas en consideración si ... figuran debidamente visadas en el libro». De manera que, según la orden, el libro constituye un reflejo documental fidedigno de toda la actividad formativa desarrollada por el residente.

Siguiendo con el texto oficial, «La evaluación anual del especialista en formación será efectuada por los comités de evaluación ... teniendo en consideración las anotaciones que figuren en las fichas de evaluación continuada y en el libro del especialista en Formación, así como los informes que, en su caso, aporten los Jefes de las unidades asistenciales. La calificación otorgada se reflejará ... en el libro». Y en lo que se refiere a la evaluación final del período de residencia, la orden dice que «si la evaluación final es de suficiente, destacado o excelente se anotará en el Libro, visada por el Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad». De aquí podemos concluir que el libro juega un papel básico para la evaluación del residente. Finalmente, en una de las disposiciones adicionales de la Orden, se dice que «los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo establecerán conjuntamente los modelos oficiales del Libro del Especialista en Formación».

Dos años después los Ministerios elaboraron y pusieron en circulación tres modelos de libro, uno para medicina familiar y comunitaria, otro para las especialidades quirúrgicas, y otro para las médicas, incluyendo la psiquiatría.

La experiencia en la residencia de psiquiatría siguiendo el modelo general de las especialidades médicas fue bastante negativa, como era de esperar. Por una parte el libro hizo su aparición repentina, sin conocimiento de quién lo había elaborado ni con qué finalidad, resultando con ello que los residentes lo percibieron como algo ajeno. Por otra parte, al tratar de abarcar todas las especialidades médicas, el modelo no respondía a las necesidades específicas de ninguna de ellas,

siendo particularmente inapropiado para la formación psiquiátrica. El libro así concebido acabó no cumplimentándose, o cumplimentándose «de oficio», es decir, sin reflejar adecuadamente la implicación real del residente en las actividades formativas.

Tras la experiencia negativa obtenida de esta primera edición del libro, el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió desarrollar varios modelos que se adaptasen a las diversas especialidades, y en concreto uno específico para salud mental, que incluiría las dos especialidades de salud mental, psiquiatría y la psicología clínica. Para desarrollar este modelo el Ministerio solicitó la colaboración de la Comisión Nacional de Psiquiatría y de la Comisión Nacional de Psicología Clínica, por entonces todavía Comisión Gestora. Se eligieron dos representantes de cada Comisión, Manuel Gómez Beneyto y Alberto Fernández Liria, por la CN de psiquiatría, y Begoña Olabarría y Margarita Laviana, por la de psicología clínica. El grupo constituido por estos cuatro representantes comenzó a trabajar en la elaboración del libro con el apoyo logístico y financiero del Ministerio de Sanidad en abril de 1999, concluyendo su trabajo al final del verano.

El nuevo modelo que se propone difiere sustancialmente del anterior en cuanto a su espíritu, aunque se ajusta a las exigencias de la orden ministerial. La idea básica es que el libro no sea exclusivamente un documento en el que se registren las actividades ya realizadas por el residente con fines de evaluación, sino que además sea un instrumento vivo de programación y guía de su formación a lo largo de la residencia. Que el libro sea un instrumento para mejorar la calidad de la formación de los residentes que vaya más allá del mero registro y evaluación de las actividades docentes, aspirando a propiciar un concepto de la formación en salud mental basado en la relación sistemática y participativa entre supervisor y supervisado. Otra novedad que se introduce en esta nueva versión es que el Libro sirva para evaluar a los residentes, y también a los programas y a las unidades docentes.

El libro no alcanzará su objetivo si su cumplimentación se impone como un acto administrativo más para la obtención del título de especialista, para lo cual parece necesario motivar a todo el personal implicado en la formación, docentes y discentes, con el fin de que lo asuman. La presentación del borrador en las jornadas de la AEN es parte de este proceso.

### *Proceso de la elaboración del libro*

En la situación actual de unificación de las Unidades Docentes Acreditadas (UDA) para MIR y PIR, UDA'S de Psiquiatría y Salud Mental, el Libro debe ser común a todos los especialistas en formación en psiquiatría y en psicología clínica.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL

Hay razones que apoyan esta decisión, como también las hay para mantener libros separados. Nosotros hemos optado por la fusión sobre la base de dos argumentos:

- La formación de ambos especialistas tiene mucho en común, tanto en lo que se refiere a objetivos docentes como a estrategias, contenidos y escenarios.

- Si entendemos que la Salud Mental requiere un enfoque multidisciplinario e integrado, un libro común favorecerá la asunción de esta perspectiva.

Considerando que la experiencia con el libro previo ha sido negativa, y que en la práctica apenas si ha tenido incidencia en la mejora del proceso formativo, es necesario elaborar un nuevo libro tomando las máximas precauciones para que una nueva edición sea bien recibida y sobre todo para que la idea de que sea un instrumento de mejora de la formación penetre tanto en los médicos y psicólogos en formación como en los profesionales que los van a formar. Para ello conviene que vaya precedida de un proceso durante el cual:

- Se recabe la opinión de las instituciones interesadas en la formación de los residentes, tales como la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, la Comisión Nacional de Psicología Clínica, las sociedades científicas y profesionales, los centros con acreditación docente y las asociaciones de MIR y de PIR. Para ello se difundirá un borrador entre las instituciones solicitándoles que organicen foros de debate entre sus miembros, coincidiendo con sus encuentros institucionales.

- Se difunda la filosofía y los objetivos del libro y un extracto del mismo, en los medios profesionales.

- Se pilote el borrador en cinco unidades docentes acreditadas con el fin de obtener información fiable sobre su funcionamiento y corregir posibles deficiencias.

Así pues una nueva edición del libro debería ser considerada un documento de trabajo, a modificar de acuerdo con la experiencia derivada en los tres pasos anteriores.

Por otro lado, la edición definitiva del libro se confeccionará en un formato manejable y adecuado esté en correspondencia con la importancia del libro como instrumento fundamental para la formación y educación del residente. Deberá tener un tamaño aproximado de A4, con tapas duras y papel de calidad, para que soporte sin deterioro su uso frecuente y su conservación a lo largo de los años.

En algunas encuestas se ha detectado un gran incumplimiento de los programas de formación, siendo una de las causas más frecuentes el desconocimiento de dicho programa, por ello recomendamos que los responsables docentes de las UDA'S, con el fin de facilitar la integración de los Residentes, así como mejorar la información sobre la especialidad que han escogido, se les debería entregar, el día de su incorporación la siguiente documentación:

a) *Para los PIR*

1. El Libro del Residente, común a residentes de psiquiatría y residentes de psicología.
2. El programa nacional de formación en la especialidad de psicología clínica.

b) *Para los MIR*

1. El Libro del Residente, común a residentes de psiquiatría y residentes de psicología.
2. El programa nacional de formación en la especialidad de psiquiatría.
3. Las recomendaciones del Consejo de Psiquiatría de la Unión de Médicos Especialistas Europeos sobre la formación de los psiquiatras en Europa.

*Concepto y objetivos del Libro del Residente*

El Libro del Residente (libro) es el libro oficial, de uso obligado, para el registro de la actividad asistencial, docente e investigadora que realiza el especialista en formación durante toda su residencia, así como otros datos de interés curricular. Se trata, pues, de un documento personal, propiedad del residente, que ha sido concebido para ayudarlo a planificar y dirigir su formación de la manera más ajustada a sus necesidades y preferencias, en el marco del programa nacional de la especialidad. El titular del Libro deberá estar obligado a compartirlo con su supervisor y a mostrarlo a todas aquellas personas que estén institucionalmente implicadas en su formación, como son el tutor y los miembros de la Comisión de Docencia de su Centro y de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Dado que su propósito principal es servir de soporte documental para guiar el proceso de aprendizaje, particularmente en cuanto al diseño y cumplimentación de los objetivos docentes acordados entre el Residente y su Tutor a lo largo del período de residencia, debe servir también para verificar la cumplimentación del programa de formación por parte del residente y por parte del Centro de Formación.

En el libro se debe registrar todas las actividades teóricas y prácticas plasmadas en el programa nacional de la especialidad como obligatorias, así como aquellas que se deriven de un acuerdo entre el residente y el supervisor. Dichos registros, que deben ser explícitos y cuantificados, deberán ser refrendados por las firmas del residente y del supervisor. Asimismo el registro deberá especificar el nivel de responsabilidad con que ha sido realizada la actividad: se debe referir si ha tenido una participación pasiva en la actividad, o una participación activa con

supervisión. Las anotaciones en el libro se realizarán al menos mensualmente por los responsables directos de cada actividad. El residente y el supervisor compartirán la responsabilidad de mantener el libro actualizado.

Este registro de las actividades formativas, que serán las que figuren como obligatorias del programa nacional, tiene una finalidad doble: por una parte, constatar documentalmente su realización para que la Comisión de Docencia pueda verificar el cumplimiento del programa. Y por otra, podrá servir de testimonio sobre la cumplimentación del programa nacional por parte del centro.

No obstante hay que tener en cuenta que el libro no es exclusivamente un instrumento de evaluación y por lo tanto no debe ser utilizado solamente en este sentido. Tampoco debe contener comentarios valorativos sobre la formación profesional o humana del residente. No obstante, el libro debe recoger la calificación anual, visada por el Jefe de estudios, y la calificación final del período de residencia, visada por el presidente de la comisión nacional de la especialidad.

El libro no aspira solamente a verificar la cumplimentación del programa, sino también, y sobre todo, a mejorar la calidad de la formación, estimulando el establecimiento de una relación sistemática y comprometida entre el residente y su supervisor, que favorezca el proceso educativo.

### *El proceso educativo*

En este contexto, se entiende por proceso educativo la estrategia que tiene por objeto que el residente pueda guiar parte de su formación por medio de objetivos individualizados y acordados al comienzo de cada rotación entre él y su tutor. Es decir, que la formación del residente pasa en primer lugar por cumplir estrictamente con la parte obligada del programa, pero además por el establecimiento, registro y cumplimentación de objetivos concretos e individualizados de aprendizaje.

Estos objetivos deberán ser compatibles con los objetivos generales de la formación expresados en el programa nacional, aunque pueden no estar explícitamente mencionados en él. Por ejemplo el residente puede estar interesado en ampliar sus conocimientos sobre aspectos históricos de la especialidad, o sobre técnicas de neuroimagen o sobre psicodiagnóstico con el test de Rorschach.

Los objetivos individualizados deberán ser acordados entre el residente y su tutor al comienzo de cada rotación, sobre la base de su coherencia con el resto de la formación y también sobre la base de su viabilidad de acuerdo con los recursos disponibles localmente. Una vez concretados estos objetivos deberán reflejarse por escrito en el libro y su consecución será objeto de evaluación continuada durante las sesiones de supervisión educativa, y por escrito al final de cada rotatorio.

Para que las actividades desarrolladas en el cumplimiento de estos objetivos sean tenidas en cuenta en la evaluación anual, deberán haber sido explícita y previamente autorizadas por el jefe de estudios. En el caso de la rotación por otras unidades, deberá contarse con la autorización de la dirección general de ordenación profesional, a propuesta del jefe de estudios.

### *La supervisión*

La supervisión es el instrumento fundamental del proceso educativo. No se puede concebir la formación del residente sin un sistema de supervisión reglada. Hay que diferenciar tres tipos de supervisión; supervisión clínica, supervisión de psicoterapia y la supervisión educativa.

A) La supervisión clínica es el conjunto de actividades orientadas a ayudar al residente a resolver los problemas relativos al diagnóstico y manejo de los pacientes que tiene a su cargo, respetando el ritmo que cada residente necesite para ir asumiendo progresivamente tareas de mayor responsabilidad. Aunque la responsabilidad de la supervisión clínica recaerá en el supervisor del momento, es deseable que otros especialistas participen también, incluso de otras especialidades cuando sea pertinente. La supervisión clínica es un ejercicio frecuente, que puede desarrollarse en sesiones regularizadas, pero que a menudo responderá diariamente a las necesidades inmediatas cambiantes de la actividad asistencial del residente.

B) La supervisión de psicoterapia es una variante especializada de la clínica. Se desarrolla en sesiones regulares, centradas en el tratamiento de pacientes concretos a cargo del residente, que tienen por objeto ayudar a que el paciente reciba una psicoterapia de calidad y que el residente aprenda a practicar una modalidad específica de psicoterapia. El supervisor deberá tener experiencia acreditada en el ejercicio de la psicoterapia que supervise. En el caso de que convenga que el residente sea objeto de intervención psicoterapéutica, por motivos de aprendizaje o de necesidad personal, ésta deberá correr a cargo de otro supervisor. Las sesiones de supervisión de psicoterapia podrán realizarse individualmente o en grupo.

C) La supervisión educativa es diferente de la supervisión clínica y de la psicoterapéutica, por lo que se llevará a cabo en momentos diferentes. Mientras que las supervisiones clínica y de psicoterapia están orientadas a ayudar al residente a resolver los problemas clínicos de diagnóstico y de manejo de sus pacientes, la supervisión educativa tiene por objeto formarle profesionalmente. Aunque al final ambas convergen en mejorar su formación, la primera pone el acento en el paciente y la segunda en el residente y en la estrategia de formación. La supervisión educativa se lleva a cabo en sesiones individuales de una hora de duración y

**FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL**

con una frecuencia semanal o quincenal. La elaboración, seguimiento y evaluación de los objetivos específicos de la formación constituyen el foco central de la sesión de supervisión. La formación de actitudes, más que la adquisición de conocimientos y destrezas, su finalidad principal.

*El contenido del libro*

El Libro está estructurado en diez apartados:

1. PRESENTACIÓN
2. INSTRUCCIONES DE USO
3. DATOS DE FILIACIÓN
4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
5. FORMACIÓN TEÓRICA
6. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS
7. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE LA UDA
8. CURRÍCULUM
9. GLOSARIO
10. EVALUACIONES ANUALES

En el primer apartado se presenta la filosofía del proceso educativo tal como la hemos expuesto (1), seguido de las instrucciones de uso para los tutores, supervisores y residentes (2), y los datos de filiación (3).

En los apartados 4, 5 y 6 se registran las actividades formativas del residente. Todos ellos mantienen un esquema común, que consiste en la presentación de los objetivos docentes tal como están previstos en los programas nacionales de las respectivas especialidades, a continuación las actividades y tareas que el residente ha de realizar para alcanzar dichos objetivos y finalmente un recuadro en el que se constata la cumplimentación de cada una de las actividades, indicando el nivel de responsabilidad. El nivel 1 corresponde a una actividad pasiva en el que el residente simplemente observa, con ninguna o con escasa participación, y el nivel 2 indica una participación activa con supervisión.

En el mismo apartado, a continuación, siguiendo exactamente la misma estructura, hay una sección dedicada a los objetivos y actividades acordadas entre el residente y el tutor. Se pretende de esta forma ajustar al máximo la formación del residente a sus necesidades y preferencias vocacionales, dentro naturalmente del marco del programa nacional y teniendo en cuenta la disponibilidad local de recursos. Los objetivos y las actividades son acordadas y registradas al comienzo del rotatorio, y su cumplimentación verificada al final.

Para ilustrar el concepto de objetivos acordados a continuación se presentan algunos a modo de ejemplos:

Destrezas de comunicación individual y de grupo.  
Valoración del «riesgo» y su manejo Peritación del estado mental.  
Exploraciones neuropsicológicas.  
Neuroimagen y diagnóstico.  
Instrumentos de medida para la investigación.  
Métodos estadísticos.  
Lectura y valoración de artículos científicos.  
Manejo de psicosis resistentes a los tratamientos.  
Técnicas de terapia sexual.  
Técnicas de apoyo a familiares y cuidadores no reglados.

Al final de cada rotatorio se muestra un recuadro en el que se ha de constatar la realización de los diferentes tipos de supervisión: educativa, de manejo clínico, de psicoterapia, de investigación, etc., indicando la frecuencia de sesiones y el nombre del supervisor.

En el apartado 6 se registran las actividades de formación teórica, detallando los temas, el tiempo de dedicación a cada uno y la entidad organizadora del curso; también se incluyen en este apartado las sesiones clínicas y los trabajos de investigación. El 7 abarca actividades complementarias, tales como presentaciones a congresos, participación en asociaciones científicas y otros méritos.

Con el fin de contrastar las actividades formativas con los recursos disponibles en la Unidad Docente incluyendo la red del área, en el apartado 8 se solicita una descripción de los servicios y los programas asistenciales propios.

El libro no es un Currículo Vitae, pero juega un papel básico en su desarrollo, motivo por el cual se ha reservado un último apartado específico para incluirlo. El formato seguido para la confección del currículo sigue el modelo elaborado por la agencia estatal de valoración de la actividad investigadora.

Finalmente se incluye un glosario de los términos técnicos y administrativos poco usuales que se utilizan a lo largo del texto.

### *Comentarios finales*

El interés por desarrollar el Libro del Especialista en Formación se ha avivado recientemente en todos los países de nuestro entorno europeo. La Unión de Médicos Especialistas Europeos está elaborando unas recomendaciones que se dirigirán en breve a las administraciones de los distintos países y que tienen por objeto lograr una cierta uniformidad de objetivos y de formato. El modelo de libro que hemos presentado se adapta a estas recomendaciones.

Por otra parte la idea del Libro del Especialista en Formación, tal como la hemos planteado, casa con la necesidad cada vez más sentida en diversos ámbitos

docentes y asistenciales, de precisar y concretar los procesos con el fin de poder aplicar estrategias de evaluación que a la larga permitan mejorar la calidad de los resultados.

Por todo ello el libro tiene probabilidades de salir adelante con éxito, al menos en lo que se refiere a los aspectos que conciernen a la evaluación de los residentes y de las unidades docentes. Más problemático es que el libro pueda ejercer alguna influencia en la forma como se concibe la formación del residente. Todavía pesa en nuestro país una concepción «autoritaria» de la enseñanza, en la que el maestro es quien dirige de forma unilateral el proceso de aprendizaje y el alumno, para aprender, no tiene más que adaptarse a sus directrices. Por supuesto que el libro del especialista en formación no puede provocar por sí solo un cambio en esta cultura de la educación, pero sí tal vez contribuir a ello.

## 7. Informes y documentos legislativos

- Angosto Saura, T. (1996). «La Especialidad de Psiquiatría en España». Trabajo presentado en el Seminario sobre Tutores en Cádiz, enero.
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM-AEN) (1995). «Situación actual del MIR de Psiquiatría en los Servicios de Salud Mental de las áreas sanitarias de Madrid».
- Colegio Oficial de Psicólogos (1989) «Documento base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR». Papeles del Psicólogo. N.º 38, pp. 59-62.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). «El Perfil del Psicólogo Clínico y de la Salud». Papeles del Psicólogo. N.º 69, pp. 4-23.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Asociación Española de Neuropsiquiatría (1989). «Documento base acerca de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través de un Sistema PIR». Papeles del Psicólogo. N.º 43, pp. 63-64.
- Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (1997). «Requisitos para la acreditación de Unidades Docentes. Especialidad de Psicología Clínica».
- Comisión Regional de Seguimiento del Programa PIR (1991). «Desarrollo del Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica». CAM.
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (1990). «Proyecto de Objetivos de Formación para las Rotaciones PIR por Centros y Servicios de la Red de Salud Mental. Programa de formación postgraduada de Psicólogos para la Atención en Salud Mental».
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (1991). Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica. «Libro del Psicólogo Residente».
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas (1979, 1986, 1994 y 1996). Guía de Formación de Especialidades. Psiquiatría. Madrid.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas (1996). Guía de Formación de Especialistas. Psicología Clínica. Madrid.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas (s.f.). Libro de Evaluación del Especialista en Formación. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.
- Dirección General de Ordenación Profesional (1992). «Comisiones Locales de Docencia». Resúmenes de las Jornadas en Valencia, 10 y 11 de diciembre.
- Dirección General de Planificación, Formación e Investigación (1993). Documento Referente de la Comisión de trabajo Tutorías en los programas de formación MIR-PIR: «El tutor en programas de formación especializada».
- EFPT (1998). «Statement of EFPT on the Logbook EFPT Bulletin». Ghent.
- European Board of Psychiatry of the UEMS Section of Psychiatry (1995). «Charter on Training of Medical Specialists in the EU. Requirements for the Speciality of Psychiatry».
- European Board of Psychiatry of the UEMS Section of Psychiatry (1999). «Recommendations for the development of Psychiatric Trainees' Logbook». 2.º Draft.

- Ministeres des Affaires Sociales de la Santé Publique et de l'Environnement. Commission d'Agrement des Medecins Specialistes en Psychiatrie (1998). Carnet de Stage. Bruxelles.
- Ministerio de Educación y Cultura (1970). Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de «Psiquiatría», en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- Ministerio de Educación y Cultura (1987). Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.
- Ministerio de Educación y Cultura (1988). Orden de 24 de junio por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista. (BOE 30 de junio).
- Ministerio de Educación y Cultura (1995). «Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas». BOE n.º 155. 15886.
- Ministerio de Educación y Cultura. (1998). «Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica». Boletín Oficial del Estado. N.º 288 de 2 de diciembre.
- Ministerio de Educación y Cultura. Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo por la que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
- Ministerio de Educación y Cultura. Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura y de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, por la que se aprueban los requisitos específicos de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Enfermeros especialistas en Salud mental.
- Ministerio de la Presidencia (1995). Orden 22 de Junio. Boletín Oficial del Estado n.º 155.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. (1987). «Proyecto de Orden por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista».
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia. Comisión Nacional de la especialidad de MF y C. (1993). «Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C)».
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). Guía de Formación de Especialistas. Madrid. Ed. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). Comisión Nacional. «Libro del especialista en formación de MF y C». Unitat Docent de MF Y C. de Mallorca. 1997.
- Royal College of Psychiatrists (1997). «The College Tutor: Their responsibilities and a job description». London.
- Tutores PIR de la CAM (1997). «Informe sobre la situación de los Programas PIR en la Comunidad de Madrid».

## 8. Anexo

El pasado 17 de noviembre de 1999 se celebró el I Encuentro Nacional de Tutores de Formación Especializada: MIR de Psiquiatría y PIR, en el marco de las XVI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en Palma de Mallorca.

La jornada de trabajo tenía el objetivo de analizar, desde la práctica cotidiana, las confluencias y diferencias en el desarrollo real de los programas de especialización, dificultades y problemas, y la elaboración de conclusiones y propuesta de soluciones.

El encuentro reunió a unos 75 tutores MIR y PIR de todo el Estado que debatieron ampliamente sobre los programas teóricos, los circuitos de rotación, las comisiones de docencia y las comisiones asesoras, las tareas y figura del tutor y el sistema de evaluación. Al finalizar la jornada se pasó una pequeña encuesta para completar la información aportada en los debates.

Las principales conclusiones a las que se llegaron fueron:

### *Los programas de formación en Psiquiatría y Psicología Clínica y circuitos de rotación*

En este ámbito hay aspectos comunes a ambas Especialidades y específicos de cada una de ellas.

1. Se constata la existencia de importantes lagunas en diversas áreas de la formación teórica, tanto de MIR como de PIR, y la necesidad de articularlas en la formación:

1.1. Psicoterapias. Independientemente del proyecto de creación de un área de capacitación específica, sería necesario definir un bloque teórico de técnicas psicoterapéuticas en la formación general.

1.2. Otras áreas también deficitarias son, rehabilitación, salud mental de niños y adolescentes, conductas adictivas, psicogeriatría y metodología de la investigación.

1.3. Una laguna específica del Programa MIR es la Psiquiatría Forense y en el Programa PIR la Neuropsicología Clínica y la Psicología Forense.

2. Se considera necesario mantener en los programas teóricos los bloques comunes entre MIR y PIR, potenciando al mismo tiempo su especificidad, teniendo como referencia los programas de formación de cada Especialidad.

3. Para el correcto cumplimiento de los programas de formación, tiene que existir un equilibrio entre las actividades clínico-asistenciales y la docencia, evitando que los residentes sean utilizados como mano de obra. Un nivel de asistencia adecuado facilita la formación de los residentes. Es prioritario articular el programa teórico con la práctica clínico-asistencial, que se desarrolla en cada dispositivo específico; así como las particularidades del área sanitaria.

4. Existen importantes diferencias, tanto en los programas docentes como en la práctica asistencial, entre los hospitales monográficos y los hospitales generales y entre éstos y los servicios comunitarios. Esto supone una falta de homogeneidad en la formación de los residentes.

4.1. En ocasiones los MIR tienen una formación excesivamente hospitalaria perdiendo de vista la dimensión sociocomunitaria.

4.2. Los PIR por el contrario tienen dificultades para desarrollar sus rotaciones en el ámbito hospitalario, careciendo de la necesaria formación en las Unidades de Hospitalización y los programas de interconsulta.

5. Es necesario vigilar el cumplimiento de los objetivos de los programas de especialización, exigiendo la realización de auditorias en las Unidades Docentes acreditadas. En ocasiones se constata la ausencia de dispositivos y/o programas específicos en unidades acreditadas, lo que obliga a rotaciones externas, en el mejor de los casos.

6. Se señala la necesidad de establecer medidas que garanticen la buena formación del residente como son: el diseño de indicadores asistenciales (por ejemplo el tiempo de dedicación a cada paciente), la organización progresiva de las responsabilidades asistenciales, en función de las rotaciones por los dispositivos y programas y los años de residencia, el diseño de supervisiones regladas, la garantía de la disponibilidad y autonomía de los tutores, y la utilización adecuada del libro del residente.

7. Se señalan las dificultades para desarrollar un programa teórico homogéneo, dada la presencia simultánea de residentes de dos Especialidades y de distintos años. Una forma de solventar estos problemas sería la centralización de la formación teórica a nivel de las Comunidades Autónomas.

8. Se señala como un déficit importante la ausencia de investigaciones clínicas en salud mental y la inexistencia de ayudas.

9. En consonancia con lo que se está debatiendo en la Unión Europea, se plantea la necesidad de prolongar la duración de ambas Especialidades en un año, ya que se consideran insuficientes los 4 actuales en Psiquiatría y los 3 en Psicología Clínica.

*La estructura docente, comisiones de docencia, comisiones asesoras y tutorías*

1. Se señala como problema generalizado el poco desarrollo de la estructura docente. Las Comisiones de Docencia tienen un funcionamiento burocratizado e irregular y las Comisiones Asesoras apenas se han desarrollado. Estas dificultades se derivan fundamentalmente de las características de ambas Especialidades, todavía consideradas como hospitalarias, pero que desarrollan gran parte de sus actividades fuera del ámbito hospitalario.

2. Es necesario el cumplimiento de la normativa legal existente (Orden Ministerial de 1995), aunque se ve conveniente trabajar en la línea de crear una Comisión de Docencia de área, específica de salud mental. Hay Comunidades donde ya se ha puesto en marcha esta iniciativa (Canarias, Cataluña, Navarra, Asturias).

3. La existencia del tutor extra e intrahospitalario induce a confusión y no responde a las necesidades y objetivos de la formación. En su lugar se propone un tutor general, responsable de la formación general y tutores de rotación, responsables de los dispositivos específicos. Estos tutores deben ser de la misma Especialidad que el residente (psiquiatras o psicólogos).

3. El tutor debe tener un perfil específico todavía no suficientemente definido, conocimientos amplios de la especialidad, determinadas actitudes para el trabajo en equipo y suficiente autonomía. Es necesario diferenciar la figura del tutor de la del supervisor. El tutor ordena y sistematiza el conjunto de tareas de la formación, el supervisor se encarga de un área específica, en la cual debe estar acreditado, siendo indiferente en este sentido que sea psiquiatra o psicólogo. Se señala la importancia del binomio supervisor-tutor para engarzar lo teórico y lo práctico.

4. Se señala como un problema importante la desmotivación de los profesionales para asumir tareas de tutorización y supervisión, dada la falta de reconocimiento y acreditación para las tareas docentes y la sobrecarga asistencial. Es necesario conceder tiempo e incentivos (curriculares, económicos, etc.) al tutor.

5. Se constata la falta de homogeneidad y claridad en los nombramientos de los tutores, a este respecto se debería respetar la normativa vigente.

*El sistema de evaluación y el libro del residente*

1. La evaluación es un instrumento al servicio de la formación, que proporciona al residente información continuada sobre su posición, en relación con el conjunto de conocimientos y habilidades que ha de adquirir. Por lo tanto constituye un aspecto central del proceso de aprendizaje.

2. Se considera que el examen final, como sistema de evaluación, es ineficaz para evaluar la capacitación adquirida, y se considera que la evaluación continuada que propone la Orden Ministerial de 1995 es más adecuada.

3. Sin embargo el sistema de evaluación actual, que introduce una escala calificadora (suficiente, destacado y excelente), es arbitrario y por lo tanto injusto e ineficaz.

4. En su lugar se propone una evaluación cualitativa que persiga describir el perfil profesional individualizado, logrado por el residente al concluir su formación.

5. La evaluación continuada solamente será posible cuando la figura del tutor tenga un reconocimiento oficial y sus funciones sean definidas y respetadas.

6. El libro del residente ocupa un lugar central en el proceso de formación y especialmente en la evaluación continuada, pero su función debe incluir la evaluación pormenorizada del entrenamiento asistencial y la adquisición de conocimientos del residente.

A tenor de las anteriores conclusiones, la Asociación Española de Neuropsiquiatría hace las siguientes *recomendaciones*:

1) En lo que respecta a los contenidos de la formación especializada, se debería completar con aquellos aspectos que la experiencia ha mostrado que son deficitarios, a saber: rehabilitación, conductas adictivas, psicogeriatría, metodología de investigación, psicología y psiquiatría del niño, psicología y psiquiatría forense, y neuropsicología. Por otro lado, se debería potenciar la actividad de las Comisiones de Docencia o, incluso, crearse comisiones específicas para salud mental, y potenciar y prestigiar, asimismo, la figura del tutor de formación, dotando de contenidos esta función.

2) En lo que atañe a la evaluación de los conocimientos adquiridos durante la especialización, la AEN considera necesario garantizar la calidad de los mismos mediante la adopción de sistemas de evaluación continuada que se atengan a criterios homogéneos y fiables; en este aspecto el libro del residente ocupa un lugar principal. Aunque el actual libro común a todas las Especialidades es ineficaz para recoger las actividades específicas de nuestros Especialistas en formación, por lo que sería necesario elaborar uno nuevo.

3) Por último, es preciso potenciar la investigación en el campo de la salud mental mediante la ampliación del número y cuantía de las becas de investigación existentes, la creación de becas específicas para personal en formación, etc.

# Bibliografía

- AA.VV. (1997), *La Psicología Clínica en los servicios públicos*, Cuaderno Técnico n.º 2, Madrid, AEN.
- BELLOCH, A.; OLABARRÍA, B. (1993), «El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico», *Clínica y Salud*, 4, pp. 143-153.
- COTTRELL, D. (1997), «The Process of educational supervision», en: *Organising Tutor's induction. Pack for the personal training file*, Londres, Royal College of Psychiatrists.
- ESPINO GRANADO, J. A.; Angosto Saura, T. (1997), «La formación del residente en España», en: *Manual del Residente de Psiquiatría*, Tomo II, Madrid, Smithkline Beecham.
- ESPINO GRANADO, J. A. (1998), «La especialidad de psiquiatría en España: El sistema MIR», en: ESPINO GRANADO, J. A.; GARCÍA, J., LARA, L., *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos.
- GARCÍA ÁLVAREZ, M. A. (1998). «La Reforma Psiquiátrica: Un acontecimiento constructor de la Psicología Clínica española», *Papeles del Psicólogo*, n.º 69, pp. 52-54.
- GÓMEZ BENEYTO, M.; ANGOSTO SAURA, T. (1997), «Psychiatric Training in Spain», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, suppl. 1, vol. 247, número 6.
- HUGHES, P. (1997), «The role of the speciality tutor in the training of junior doctors in Psychiatry», *Psychiatric Bulletin*, 21, pp. 435-437.
- OLABARRÍA, B. (1998), «Para una Historia del PIR o la Psicología Clínica como especialidad sanitaria: El proceso de institucionalización», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 3, n.º 1, Madrid.
- OLABARRÍA, B.; ESCUDERO, C.; GARCÍA, M. A. (1993), «La evaluación de los Programas PIR, un paso estratégico hacia la institucionalización de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria», en: APARICIO, V. (comp.), *La evaluación de servicios y calidad asistencial*, Madrid, AEN.
- OLABARRÍA, B. (1998), «La formación especializada en Psicología Clínica: El PIR», en: GARCÍA, J.; ESPINO, J. A.; LARA, L., *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos.
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE (1996). *Weiterbildungsbuch*. Viena.
- PÉREZ PRIETO, J. E. y cols. (1998), «Evaluación de la formación de psiquiatría en España. Resultados de una Encuesta», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26 (233-240).
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (1997), *Personal Training File*, Londres.
- SANJUAN, J. y cols. (1987), «La formación postgraduada de la psiquiatría en España-La opinión de los residentes», *Psiquis*, 8, pp. 11-23.