

Encuesta de docencia en psiquiatría de enlace

IGLESIAS ECHEGOYEN, C.*; ZABALA FALCÓ, S.**; CAMPOS RÓDENAS, R.* y LOZANO SUÁREZ, M.**

* Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. ** Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Teaching survey for C-L Psychiatry in Spain

Resumen

Introducción: La Psiquiatría de enlace constituye una parte fundamental de la formación y la actividad asistencial del médico residente de Psiquiatría. A pesar de ello, el programa oficial de la residencia no define objetivos ni actividades propias de esta rotación.

Metodología: Con objeto de conocer la situación actual de la misma en los centros docentes acreditados en nuestro país, y la opinión que sobre ella tienen los médicos residentes, se elaboró una encuesta dirigida a ellos, concretamente a los de tercer y cuarto año, con 41 ítems que valoraban aspectos organizativos de los Servicios de Psiquiatría de Enlace, las características de la rotación, la calidad de la misma según la percibían los residentes y las necesidades subjetivas de formación.

Resultados: Se recibió respuesta de al menos un residente de 40 de los 67 centros docentes acreditados. La información recogida reveló, tal como sospechábamos, una gran heterogeneidad en los diversos aspectos estudiados pero además, una insatisfacción por parte de los residentes en cuanto al grado de supervisión y a la rotación en general.

Conclusiones: habrá que profundizar sobre todos estos aspectos en futuros estudios con objeto de mejorar la calidad de la rotación en Psiquiatría de Enlace y con ello la del propio Servicio, favoreciendo así, además, la formación de futuros especialistas en esta área de la Psiquiatría.

Palabras clave: Encuesta docencia Psiquiatría de Enlace. Docencia Psiquiatría de Enlace. Psiquiatría de Enlace. Formación Psiquiatría de Enlace.

Summary

Background: Consultation-Liaison Psychiatry plays a major role in the training and clinical activity during the General Psychiatry Residency. Nevertheless, our national residency program for Psychiatry does not define either goals or distinct activities for the C-L Psychiatry rotation.

Methods: In order to: a) assess its current situation within the official teaching centers in Spain and b) determine the perceived opinion of the residents; a 41 item survey was mailed to 253 third and fourth year residents in Psychiatry to evaluate organizational issues of the C-L services, main aspects of this rotation, perceived quality, level of satisfaction and training needs.

Results: At least one resident from 40 out of the 67 accredited training centers answered the survey. The information gathered shown, as it was foreseen, that C-L training within the general psychiatry residency is very heterogeneous; furthermore it was documented some dissatisfaction regarding both the level of supervision and the rotation itself.

Conclusions: Future studies are needed to get a closer look at all these aspects in order to improve the quality of both the rotation in C-L psychiatry and the standards of the C-L service itself. This endeavour shall benefit the training in C-L Psychiatry of the future spanish general psychiatrists.

Key words: Teaching survey for Consultation-Liaison Psychiatry. Teaching in Consultation-Liaison Psychiatry. Consultation-Liaison Psychiatry. Training in Consultation-Liaison Psychiatry.

La Psiquiatría de Enlace (PE) es la disciplina de la Psiquiatría que lleva más de setenta años de experiencia en la asistencia, docencia e investigación de personas con enfermedades médico-quirúrgicas, de sus familias y de los profesionales sanitarios integrados en los diferentes Servicios. Posiblemente como fruto del caudal de conocimientos adquiridos durante su existencia, hay un reconocimiento oficial y generalizado en los países occidentales sobre la necesidad de formación específica en este campo para aquellos profesionales que entren en el programa de residencia de Psiquiatría. Como se enfatiza en nuestras re-

comendaciones sobre la docencia en PE (1), el conocimiento directo de la coexistencia de trastornos somáticos y psiquiátricos y de sus complejas relaciones, va a aportar un tipo de formación de crucial importancia también para aquellos que vayan a desarrollar actividades asistenciales en la clínica psiquiátrica general.

En nuestro país, y de acuerdo con el programa oficial de residencia (2), el entrenamiento en PE se enmarca dentro del programa de rotaciones del período de formación general. Ello supone que es una rotación de obligado cumplimiento y cuya duración mínima se establece

en cuatro meses. Sin embargo, a diferencia de los programas de atención psiquiátrica comunitaria y ambulatoria, hospitalización y rehabilitación psiquiátrica del programa vigente, no se definen objetivos, actividades u otras características propias de dicha rotación.

En la bibliografía especializada en PE existen escasos documentos que ayuden a definir los objetivos docentes tanto en forma de contenidos teóricos como de habilidades a adquirir (3-5). En la revisión de los estudios realizados a nivel nacional sobre el programa de residencia (6, 7), no encontramos referencias concretas que describan la situación de la formación en PE. Se tiene la impresión de que, incluso en los centros acreditados, existe una docencia caracterizada por una calidad heterogénea, en donde se incluyen unos centros de reconocido prestigio internacional (8) y otros en los que apenas hay unos mínimos que permitan el desarrollo de esta formación. En este sentido, la información que se obtenga de la formación puede ser un indicador del grado de desarrollo organizativo de la PE, y servir como piedra angular en el establecimiento de estándares tanto docentes como organizativos.

Por todo ello, y al amparo de la Sección de PE de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP), se diseñó un estudio que describiera la situación actual de la rotación en PE dentro del programa MIR de Psiquiatría en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró una encuesta que, en junio de 1998, se remitió por correo en un único envío a los Médicos Internos Residentes de tercer y cuarto año de Psiquiatría pertenecientes a los Centros docentes acreditados en nuestro país. La encuesta consistió en 41 ítems, con una extensión de dos folios por ambas caras (Anexo). A través de ella se solicitaba la colaboración anónima, anticipando que los resultados iban a ser presentados en una ponencia del Congreso de la SEMP. La encuesta proporcionaba información sobre tres áreas fundamentales:

- I. Organización de los Servicios/Secciones de PE.
- II. Características de la rotación de PE y calidad percibida de la misma.
Para estimar el grado de supervisión se definieron criterios operativos, y el grado de satisfacción del rotatorio y de la residencia se valoró utilizando una escala de cinco puntos (muy bajo= 1; bajo= 2; medio= 3; alto= 4; muy alto= 5).
- III. Necesidades subjetivas de formación.

Se valoró el grado subjetivo de competencia-formación en la rotación de PE a través de una escala analógica de 0 a 10 para 17 ítems, que se agruparon en tres áreas temáticas:

1. Manejo de problemas más frecuentes: riesgo de suicidio, síntomas somáticos funcionales, conducta anómala de enfermar, negativa a adherirse al tratamiento, capacidad para irse de alta voluntaria.

TABLA I Organización de los Servicios de Psiquiatría de Enlace

	N	%
Existencia de Servicio/Unidad específico de Psiquiatría de Enlace	21	52
Composición del equipo:		
Un solo psiquiatra	15	70
Con un único psicólogo	6	29
Con un único ATS/DUE	5	23
Con un MIR de Psiquiatría	16	75
Con un PIR	8	35
Con MIR de otras especialidades	9	42
Programas de enlace	19	40

2. Valoración diagnóstica: depresión, ansiedad, demencias, delirium, abuso/dependencia de alcohol, abuso/dependencia de otras drogas.

3. Habilidades clínicas: realización de historia clínica, exploración neurológica, informe de interconsulta, entrevista a un paciente violento, psicoterapia en crisis, abordaje psicofarmacológico.

Como objetivos más específicos de este estudio se plantearon:

a) Describir la formación en PE que de facto se realiza dentro del programa MIR de Psiquiatría, con la hipótesis de que será heterogénea entre los diferentes centros.

b) Disponer de indicadores acerca de la calidad de la formación que orienten a una mejora en el futuro.

RESULTADOS

De los 67 centros docentes acreditados a los que se envió la encuesta, se recibió respuesta por parte de 40. De ellos, el 62% corresponden a hospitales clínicos y el 38% a hospitales generales. La tasa de respuesta por centros fue del 59,7%, lo que supuso una representación del 87% del país. De las 253 encuestas remitidas hubo respuesta por parte de 65 residentes, existiendo un 25,6% de grado de respuesta individual.

En cuanto a la organización de Servicios/Secciones de PE los principales resultados se recogen en la tabla I. En 21 centros (52%) hay un Servicio/Sección o Unidad establecidos para la PE. El 70% de ellos están constituidos por un único psiquiatra que, en menos de un tercio de las ocasiones, está acompañado por un psicólogo y un ATS/DUE. Además de los MIR de psiquiatría (en el 75% sólo uno y en un 15% dos), por estos Servicios también rotan MIR de otras especialidades (Medicina de Familia y Comunitaria, Neurología, Geriátrica, Medicina Interna, Endocrinología y Neurofisiología), lo que ocurre en el 42% de los centros, y psicólogos internos residentes en un 35%. En un 48% existe algún programa de colaboración más estrecha (Enlace) con algún Servicio, con un promedio de dos programas de este tipo que suelen ser, por orden de frecuencia, con Oncología, Trasplante, En-

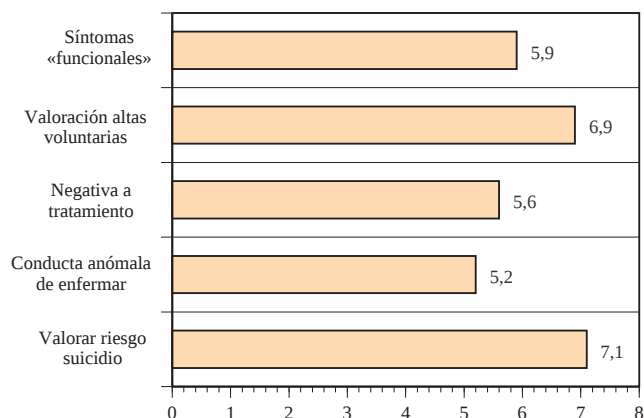
TABLA II La rotación en Psiquiatría de Enlace

	N	%
Existencia de rotación específica de Psiquiatría de Enlace	36	90
Duración (en meses):		
Media	5,8	
Rango	2-12	
< 4	20	31
Año de Residencia		
R-1	7	11
R-2	22	35
R-3	18	31
R-4	13	23
Actividades de formación teórica	16	40
Seminarios	7	43
Revisiones bibliográficas	7	43
Curso del doctorado	5	31
Sesiones clínicas	4	25
Asistencia a Congresos de la SEMP	16	24
Tipo de pacientes asistidos		
Sólo ingresados	34	57
También ambulatorios	26	43
Grado de supervisión		
Muy alto-alto	16	25
Medio	16	25
Bajo-muy bajo	26	46
Grado de satisfacción		
Muy alto-alto	20	37
Medio	12	22
Muy bajo-bajo	22	41

docrino-Nutrición, Cirugía de la obesidad, Atención Primaria e Infecciosas. Cuando no existe un Servicio/Sección de PE, la actividad clínica específica la realiza la mitad de las veces el psiquiatra de la planta de agudos. En el 50% restante lo realiza el psiquiatra de guardia o bien aquellos especialistas encargados de la actividad ambulatoria (Consultas o Unidades de Salud Mental).

En cuanto a las características de la rotación en PE (tabla II) destaca que hay un 10% de residentes que contestan que no han tenido ni van a tener dicha formación. En el 90% restante la duración media de la rotación es de 5,8 meses, existiendo un amplio rango para la misma (de dos a doce meses). En un 36% de los centros (31% de los residentes encuestados) la rotación es inferior a cuatro meses. En relación al año de residencia en que realizan la rotación destaca que, en casi la mitad de los casos (46%), ésta se produce mientras son residentes de primer o segundo año. Sin embargo, cuando se les solicita su valoración acerca del período de la residencia que consideran más adecuado para el rotatorio en PE según su propia experiencia, los resultados son los siguientes: todos lo que lo hicieron de R1 y el 43% de los que lo hicieron de R2 hubieran preferido realizarlo otro año, y todos los que lo hicieron de R3 y el 88% de los R4 prefieren que sea ese año.

Como otros indicadores de la rotación en PE, destaca que en un 40% de los centros se dispone de actividades

**FIG. 1.**—Competencia subjetiva alcanzada en manejo de problemas más frecuentes.

de formación teórica. Estas suelen consistir en seminarios, revisiones bibliográficas o cursos de doctorado, y únicamente en una cuarta parte existen sesiones clínicas específicas. Sólo el 40% de los centros tienen más de una de estas actividades. Cuando les solicitamos su valoración acerca de la adecuación de la formación teórica en esta rotación, el 61% informa que, a su juicio, es escasa o muy escasa, siendo la valoración de adecuada o muy adecuada sólo para un 8% de los residentes. Incluso para aquellos residentes que disponen de actividades de formación teórica, ésta es escasa o muy escasa en el 41% de los casos.

En relación con el tipo de pacientes atendidos, el 57% de los residentes han sido expuestos únicamente a la atención de pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas, sin tener acceso a la asistencia de pacientes ambulatorios.

De acuerdo con criterios operativos propios para definir el grado de supervisión, ésta se consideró baja o muy baja por un 46% de los residentes encuestados. De forma paralela, en relación con el grado de satisfacción sentido de la rotación, el 41% de los residentes la valoraron como baja o muy baja. En relación al promedio de los niveles de satisfacción del global de la residencia ésta se situó en un nivel medio de 3,3, discretamente superior a la satisfacción promedio alcanzada por la rotación de PE, que fue de un 2,8. Sólo un 16% de los residentes participantes estaban más satisfechos con la rotación en PE que con el resto de la residencia. En esta misma línea, la elección hipotética de un puesto de trabajo en PE se situaba en tercer lugar, tras la actividad ambulatoria o la de trabajo en una Unidad de Agudos.

En cuanto al grado subjetivo de competencia clínica según el manejo de problemas más frecuentes (Fig. 1), valoración diagnóstica (Fig. 2) y habilidades clínicas (Fig. 3) reseñaremos lo siguiente: la competencia clínica subjetiva promedio es de 6,5, existiendo diferencias según el año de residencia (competencia media de 6,01 para los R3 y de 7,05 para los R4). En el área de valoración diagnóstica, las puntuaciones subjetivas superan a la

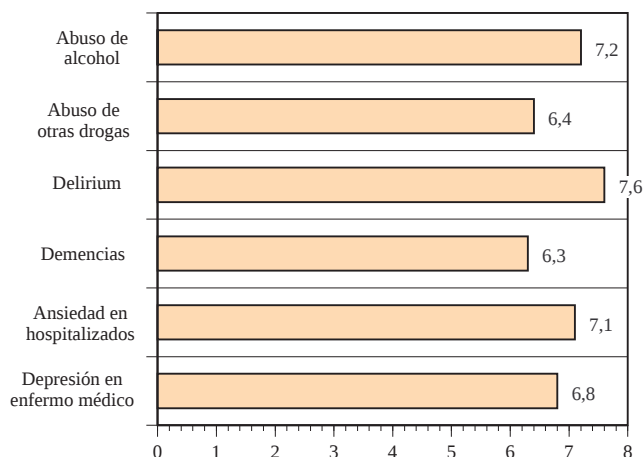


FIG. 2.—Competencia subjetiva alcanzada en valoración diagnóstica.

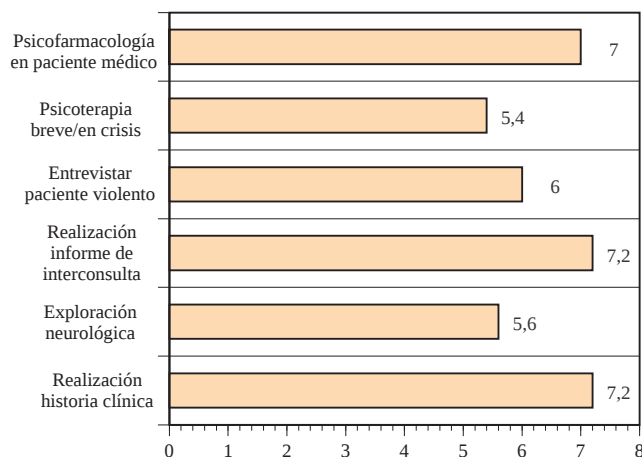


FIG. 3.—Competencia subjetiva alcanzada en habilidades clínicas.

media, destacando la competencia subjetiva en el diagnóstico de delirium. En el manejo de problemas más frecuentes valoran mayores dificultades para el abordaje del paciente con conducta anómala de enfermar, negativa a adherirse al tratamiento y aquellos con síntomas funcionales. Por último, en el terreno de habilidades clínicas, la intervención en crisis y la realización de exploración neurológica son las situaciones en donde se valora una mayor necesidad de formación.

DISCUSIÓN

El presente estudio supone el primer intento del que tengamos constancia de conocer el estado actual de la rotación en PE de los MIR de Psiquiatría en nuestro país. La existencia de una baja tasa de respuesta individual en nuestro estudio supone una limitación relativa, que resulta compensada por la amplia cobertura de los centros con acreditación docente incluidos entre los residentes que participaron en el mismo. Todas las comunidades autónomas con docencia MIR en Psiquiatría estuvieron representadas, a excepción de las comunidades balear y canaria. Además, nuestro objetivo era obtener información sobre los programas de residencia en este área de formación, y no exclusivamente sobre cada uno de los residentes. Por estas razones no procedimos a nuevos envíos postales. En la interpretación de las diferentes variables de información se puede anticipar la existencia de un sesgo en cuanto a que los residentes y los centros que han contestado son aquellos con mayor interés y experiencia en Psiquiatría de Enlace.

La información recogida sobre los Servicios revela un escaso grado de desarrollo de la PE en nuestro país. En aproximadamente la mitad de los centros con acreditación docente no existe estructura organizativa alguna. Esta actividad tan compleja como importante se subordina a otras (como la de la unidad de agudos o la ambula-

toria), realizándose, por lo tanto, a tiempo parcial. Cuando existen Servicios destinados a la provisión de asistencia psiquiátrica para los pacientes médico-quirúrgicos, en general están escasamente dotados de personal y no se alcanzan las recomendaciones de un psiquiatra de enlace en hospital general por cada 300 camas (9). Además, tampoco se suelen cumplir las recomendaciones internacionales referentes a la existencia de un equipo multidisciplinar (10). Todo ello contrasta con la presencia de Médicos Internos Residentes de Psiquiatría, y en casi la mitad de los servicios también de diferentes especialidades, cuya contribución asistencial resulta crucial para la supervivencia del propio Servicio. Este panorama también contrasta con la existencia de unos pocos servicios que cuentan con un grado de desarrollo notable, algunos de los cuales participaron en el primer Estudio Europeo de Servicios de PE (11). Al igual que ocurre en nuestro país, los datos de los centros en cada uno de los 11 países participantes en tan meritorio estudio probablemente disten de ser generalizables.

En relación con las actividades de los Centros docentes españoles encuestados, predominan aquellas relacionadas con la Interconsulta. Hay también un alto porcentaje de programas de enlace, aunque dentro de éstos se han incluido programas de la llamada interconsulta reglada. En ellos, a diferencia de los de enlace, la colaboración no implica el contacto regular y cara a cara, sino que es un requisito previo para la realización de un tipo concreto de intervención (ej. trasplante, cirugía de obesidad mórbida). Las diferencias entre interconsulta y enlace son cruciales para entender la disciplina (12) y han sido ampliamente recogidas en la bibliografía (13). El enlace resulta más efectivo, tanto en costes como en satisfacción y formación de los profesionales, pero precisa de servicios con un grado de desarrollo más intensivo que los existentes en nuestro país.

En la mayor parte de los centros se cumple el programa docente actual en cuanto a la existencia de rotación

en PE; sin embargo, en más de un tercio de ellos la duración de la rotación en PE es inferior al cuatrimestre preceptivo en nuestro país. El rango de duración de la rotación encontrado es muy variable, aunque en la bibliografía internacional se recogen recomendaciones sobre una duración mínima de cuatro a seis meses (3-4). En cuanto al año de residencia en que se realiza la rotación, en aproximadamente la mitad de las ocasiones surgen divergencias en relación a las recomendaciones internacionales acerca de que la rotación se realice de R4 o, en su defecto, de R3 (4). Estas guías coinciden con la opinión expresada por los residentes en este estudio, quienes expresan mayoritariamente su desacuerdo por realizar actividades en el Servicio de PE siendo R1 o R2. Este puede ser uno de los principales indicadores a incorporar por la Comisión de nuestra especialidad en aras a mejorar el aprovechamiento docente y asistencial de los MIR en los Servicios de PE.

En consonancia con el infradesarrollo estructural de estos Servicios, en la mayoría de los centros destaca la escasa oferta docente en forma de actividades teóricas, y la necesidad de mejora de la misma cuando está presente. Este hecho se refleja en la valoración que realizan los residentes de la rotación, en donde sólo una minoría califica de adecuada o muy adecuada la formación teórica que reciben. También de forma paralela a los aspectos organizativos, se revelan carencias formativas en la asistencia ambulatoria de los pacientes médico-quirúrgicos que son remitidos a estos Servicios. El desarrollo de esta oferta de asistencia ambulatoria ha sido clásicamente señalado como insuficiente (14), y permanece como una de las promesas a incluir en las carteras asistenciales de los Servicios de Psiquiatría de Enlace modernos. Este hecho cobra especial relevancia en tanto en cuanto la tendencia actual y futura es la reducción tanto de los ingresos como de las estancias medias.

La valoración subjetiva de una escasa supervisión en aproximadamente la mitad de los residentes encuestados, definida con criterios propios de trabajo, nos señala otra área a mejorar en esta rotación y que, dada su importancia docente y también asistencial, debe quedar explícita en las futuras revisiones del programa docente. Ello quizás pueda condicionar la acreditación docente de los Servicios, quienes a su vez podrían aprovechar este argumento para mejorar las propias condiciones, tanto de la estructura como del propio proceso, del Servicio de PE. En porcentajes similares a la valoración de mejora de la supervisión, se sitúa un alto grado de insatisfacción sentida de forma global. En futuros estudios será preciso profundizar en los diferentes elementos integrantes de la satisfacción, como paso previo a cualquier medida tendiente a mejorar la calidad de la rotación, y por ende de los Servicios. Ello resultará de capital importancia para el desarrollo futuro de la PE, ya que posibilitará la elección voluntaria de futuros puestos de trabajo en este área.

A pesar de las deficiencias organizativas de los Servicios de PE y de la complejidad inherente a la actividad asistencial en este campo, es destacable el grado subjetivo de competencia clínica expresado, cuyo promedio es

lógicamente mayor cuando la rotación se ha realizado de R4. Quizás es, en este apartado, cuando el mencionado efecto Hawthorn puede sesgar los resultados a favor de aquellos que al tener más interés/experiencia en PE se sienten también más competentes. Lógicamente, la competencia subjetiva precisaría de otros indicadores externos que la validaran. Los residentes se valoran en general más competentes en el diagnóstico que en el terreno de habilidades clínicas o en el abordaje de problemas más frecuentes. Este hecho puede ser indicativo del énfasis que se realiza sobre el diagnóstico, a pesar de las enormes dificultades que dicha valoración conlleva en este área (15). Estos resultados pueden sugerir áreas en donde haya mayores necesidades sentidas de formación, pero también otros enfoques más prácticos en la docencia de PE (16) e incluso una gradación y diversificación en la formación, tal y como se recoge en nuestras recomendaciones.

En resumen, la calidad de la docencia en PE dentro de la formación de los MIR de Psiquiatría es heterogénea, y precisa de una mejora en ciertos aspectos clave. El primero se refiere a una mayor implantación de los Servicios de PE en los centros docentes acreditados. También es necesario velar por el cumplimiento del programa de formación vigente con respecto a la rotación en PE, cuyos objetivos, métodos y actividades deben desarrollarse explícitamente. El año de residencia para la realización de la rotación, el grado de supervisión, satisfacción y necesidades subjetivas de formación son algunos de los indicadores aquí reflejados. La información obtenida puede facilitar la puesta en marcha de programas de mejora de calidad docente basados en sencillas recomendaciones que permitan una consecución de logros más eficiente. Dichos programas pueden dar como resultado una mejora de la calidad asistencial de la PE y facilitar, sin duda, un avance en la formación de los futuros especialistas en Psiquiatría de nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano M, Campos R, Zabala S, Iglesias C: Guía Docente en Psiquiatría de Enlace. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28 (aceptado).
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Psiquiatría. Separata de la Guía de Formación de Especialistas. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura; 1996. p. 527-38.
3. House A, Creed F. Training in Liaison Psychiatry. Recommendations from the Liaison Psychiatry Group Executive Committee. *Psychiatr Bull* 1993;17:95-6.
4. Gitlin D, Schindler BA, Stern TA, Epstein SA, Lamdan RM, McCarty TA, et al. Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatric Training in Psy-

- chiatry Residency Programs. *Psychosomatics* 1996; 37:3-11.
5. Ford C, Fawzy FI, Frankel BL, Noyes R. Fellowship training in consultation-Liaison Psychiatry: Education goals and standards. *Psychosomatics* 1994;35: 118-24.
 6. Guimón J, ed. *Psiquiatras: de brujos a burócratas*. Barcelona: Salvat; 1990.
 7. Pérez-Prieto JE, Cuquerella MA, Conesa L, Lacruz M, Hernández M, Vila ML, et al. Evaluación de la formación de psiquiatría en España: resultados de una encuesta. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26: 233-40.
 8. Lobo A, Crespo MD, García-Camba E, Huyse FJ, Herzog T, Malt U, et al. El estudio multicéntrico, transcultural europeo sobre servicios de psicología y psiquiatría «de enlace» (ECLW). *Arch Neurobiol* 1997;2(Supl):7-22.
 9. Benjamin S, House A, Jenkins P, eds. *Liaison Psychiatry: defining needs and planning services*. London: Gaskell; 1994.
 10. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists: *The Psychological Care of Medical Patients: Recognition of Need and Service Provision*. Londres: RCP/RCPsych; 1995.
 11. García-Camba E, Crespo MD, Lobo A, Montoya J, González-Cajal J, García-Rodríguez P, et al. Resultados del estudio del European Liaison Workgroup en España, sobre la efectividad de los servicios de psicología y psiquiatría de enlace. Datos preliminares. *Arch Neurobiol* 1997;2(Supl):23-33.
 12. Campos R, Pérez-Echeverría MJ, Martínez A. Psiquiatría de Interconsulta y Enlace: ¿tanto monta, monta tanto? *Psicosomática Hoy* 1999;9:5.
 13. Strain JJ. *Liaison Psychiatry*. En: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington: The American Psychiatric Press; 1996. p. 38-51.
 14. Gonzales JJ. Outpatient C-L Psychiatry: an unfulfilled promise? *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:360-2.
 15. Strain JJ. Diagnostic considerations in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:287-300.
 16. Yates WR, Gerdes TT. Problem-based learning in Consultation Psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18:139-44.

Correspondencia:
Ricardo Campos Ródenas
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

ANEXO

ENCUESTA SOBRE FORMACIÓN EN PSICOSOMÁTICA/PSIQUIATRÍA DE ENLACE

- Año en que comenzaste la residencia: ☐ 1995 ☐ 1996 ☐ 1997.
- Centro de trabajo: _____
Ciudad: _____
- ¿Has tenido o vas a tener rotación por Psicología/Psiquiatría de enlace (PS/PE)?
No ☐
Sí: ☐ Nombre y tipo de centro:
☐ Hospital General _____
☐ Hospital Universitario _____
☐ Ambulatorio _____
- ¿Cuánto tiempo, en meses, dura tu rotatorio específico de PS/PE? _____
- ¿En qué año de la residencia realizas dicho rotatorio? ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4
¿Crees que es el año indicado para hacerlo?
Sí ☐
No ☐ En este caso, ¿cuál crees que debería ser? ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4

- ¿Existe en tu hospital un Servicio de PS/PE específico?

Sí ☐ ¿Qué plantilla lo compone?

☐ Psiquiatras (número).

☐ MIR Psiquiatría.

☐ ATS.

☐ Psicólogo.

☐ PIR.

☐ Trabajador social.

☐ Otros _____

No ☐ ¿Quién hace este trabajo?

☐ Psiquiatra de guardia

☐ Psiquiatra de consultas externas

☐ Psiquiatra de planta

☐ Otros _____

En caso de que exista, ¿rotan por dicho servicio residentes de otras especialidades?

No ☐

Sí ☐ ¿De cuáles?

☐ Medicina de Familia

☐ Medicina Interna

☐ Neurología

☐ Geriátrica

☐ Otras _____

¿Recibes algún tipo de formación teórica en relación a PS/PE?

No ☐

Sí ☐ Especifica

☐ Sesión clínica

☐ Seminarios

☐ Revisiones bibliográficas

☐ Curso de doctorado

☐ Otros _____

Esta formación te parece:

☐ Muy escasa ☐ Escasa ☐ Aceptable ☐ Adecuada ☐ Muy adecuada

- ¿Qué tipo de pacientes atiendes en la rotación?

☐ Sólo hospitalizados.

☐ También ambulatorios.

- ¿Qué grado de supervisión tienes?

☐ *Muy bajo* (no existe apenas supervisión).

☐ *Bajo* (únicamente cambias impresiones en relación a los pacientes complicados/conflictivos, pero el residente toma la mayoría de las decisiones).

☐ *Medio* (el médico de plantilla no ve habitualmente a los pacientes, pero los supervisa si el residente lo solicita).

☐ *Alto* (recibes una supervisión estrecha de, aproximadamente, el 50% de los pacientes que atiendes).

☐ *Muy alto* (recibes una supervisión estrecha del 75% o más de los pacientes que atiendes).

- Grado de satisfacción global del rotatorio:

☐ Muy bajo.

☐ Bajo.

☐ Medio.

☐ Alto.

☐ Muy alto.

- Grado de satisfacción global de la residencia de psiquiatría.
 - ☐ Muy bajo.
 - ☐ Bajo.
 - ☐ Medio.
 - ☐ Alto.
 - ☐ Muy alto.
- ¿Has asistido a algún congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática?
 - ☐ No.
 - ☐ Sí. ¿Has participado activamente? (poster, comunicación):
 - ☐ Sí.
 - ☐ No.
- ¿Existe en tu servicio algún programa de enlace específico con otros servicios?
 - ☐ No.
 - ☐ Sí. Especifica _____
- ¿Cómo valoras tu grado subjetivo de competencia-formación profesional en los siguientes aspectos de la labor clínica en el ámbito de la PS/PE? (marca con una cruz entre 0 y 10).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
– Realización de la historia clínica											
– Realización exploración neurológica											
– Realización informe de interconsulta											
– Depresión en enfermo médico											
– Valorar riesgo de suicidio en paciente ingresado											
– Ansiedad en paciente hospitalizado											
– Demencias											
– Delirium-síndromes confusionales											
– Abuso de alcohol											
– Abuso de otras drogas											
– Síntomas somáticos «funcionales»											
– Entrevista a paciente violento											
– Conducta anómala de enfermar											
– No cumplimentación del tratamiento o negativa a recibirlo											
– Psicoterapia breve/en crisis											
– Psicofarmacología en paciente enfermo médico											
– Valorar capacidad para irse de alta voluntaria											

- Si pudieses escoger, ¿qué puesto de trabajo elegirías al terminar la residencia? Numéralos entre 1 (lo más apetecible) y 6 (lo menos deseable):
 - ___ Psiquiatría infanto-juvenil.
 - ___ Planta de agudos.
 - ___ Consultas de psiquiatría de adultos.
 - ___ Psicosomática/Psiquiatría de enlace.
 - ___ Drogodependencias.
 - ___ Otras: _____
- Sugerencias, comentarios: _____