

LA REVOLUCIÓN DIDÁCTICA EN PSIQUIATRÍA: RETOS Y POSIBILIDADES EN AMÉRICA LATINA*

Renato D. Alarcón **

INTRODUCCIÓN

Como muchos otros aspectos de la realidad contemporánea en el continente latinoamericano, la educación psiquiátrica afronta circunstancias críticas. No se trata únicamente de la escasez de profesionales o especialistas ni de su desigual distribución en zonas metropolitanas vs. áreas rurales o apartadas; no me refiero tampoco a plantas físicas deficientes o a la falta de recursos didácticos o equipo tecnológico adecuado. La crisis obedece a factores mucho más profundos y complejos en contextos mucho más amplios y elaborados. Tiene que ver con la realidad de presiones demográficas, sociales, políticas y económicas, las necesidades (y las expectativas) concretas de más de 500 millones de personas, más de las tres cuartas partes de las cuales están sumidas en hórridos enclaves de pobreza, ignorancia, alienación, violencia e incomunicación. Y la situación se hace más dramática aun porque ocurre en un momento histórico en el que, en el llamado mundo “desarrollado” tiene lugar una auténtica revolución didáctica en aspectos humanos, curriculares y técnicos (Rubin y Zorumski, 2003).

Puede decirse que estas afirmaciones, tal vez demasiado duras, enfocan aspectos globales de planificación y acciones de gobierno, de doctrina socio-política o de infraestructura económica que van mucho más allá del rango meramente educativo, pedagógico o didáctico. Y ello es tal vez cierto. Pero, por otro lado, ni la educación es más una torre de marfil ni los académicos podemos continuar refugiándonos en plácidos

claustros, aulas asépticas o laboratorios sofisticados. Nuestros esfuerzos están determinados, querámoslo o no, por un concepto y una praxis que en América Latina adquieren visos más categóricos y necesarios: la salud pública, de la cual la salud mental es componente cada vez más aceptado y más relevante (Anderson y Greenberg, 2001; Allen-Meares, 2002). Y la salud pública de la que estoy hablando no es tampoco la retórica decimonónica y redundante de estadísticas frías, acomodaticias y endeble o de modelos trasnochados de planificación superburocratizada. La salud pública a la que un adiestramiento psiquiátrico progresista se orienta, reconoce los aportes de la investigación moderna, fomenta y utiliza con decoro y realismo la investigación básica y clínica y no acepta que sus resultados sean revestidos con mediocridades homogenizantes (Lefley, 1988).

En suma, la educación psiquiátrica en la América Latina de hoy y más aún la del futuro, debe poseer una visión de salud pública con base en centros académicos de alta calidad, guiados por principios didácticos y metodologías de avanzada. Como tal, ha de explorar formas de atraer los mejores elementos de una población universitaria y de escuelas de medicina que es, paradójicamente, abundante para un mercado de trabajo reducido y enclenque, pero tremendamente insuficiente para las demandas reales de los millones a los que van a servir. Debe, por lo mismo, plantearse objetivos claros y reforzar vocaciones alturadas y firmes.

Desde mi modesta perspectiva, ningún escenario en Latinoamérica es más propicio para el examen de este

* Conferencia dictada con motivo del 25o. Aniversario del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, septiembre 26, 2003.

** Profesor de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine; Director Médico, Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

tema y para el planteamiento de retos y posibilidades –que son también esperanzas– de concreción feliz en el campo de la educación psiquiátrica, que el Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente. En sus lozanos 25 años, el Instituto se ha erigido en líder viable de potencial y promesas y en vehículo concreto de esperanzas realizables. El legítimo júbilo de estas celebraciones académicas debe ser a la vez un reiterado anuncio de mayores y mejores esfuerzos, una insistente búsqueda de la excelencia en nombre de las esperanzas de todo un pueblo. Esto significa que el INP se debe entonces no sólo a México sino a la América Morena de la que México es historia y razón de ser, esencia y razón de trascender.

Pasaré enseguida a explorar tres aspectos de ese ente dilemático que es la educación psiquiátrica en nuestro continente. En los diversos escenarios orientados a este quehacer –llámense ellos programas de residencia, actividades de post-grado o subespecialización, currícula de ciencias de la conducta o de salud mental– las preguntas fundamentales son: ¿Qué se debe enseñar?, ¿Quién debe enseñar? y ¿Cómo se debe enseñar? Podría por cierto referirme también a quién debe aprender y cómo debe aprender el estudiante, pero la dicotomía maestro-alumno está ya implícita en aquellas preguntas. Quede claro que el psiquiatra del futuro –un futuro que ya está con nosotros– tendrá funciones y deberá tener habilidades muy diferentes al de hace sólo algunas décadas (Alarcón, 1991). Por otro lado, sería fácil repetir lo que comités y grupos de trabajo docente a lo largo del mundo, nos han venido diciendo en relación a conocimiento, actitudes y destrezas. Prefiero, sin embargo, usar una secuencia pragmática entrañada en aquellas preguntas que trataré entonces de responder adecuada y comprensivamente.

¿QUÉ SE DEBE ENSEÑAR?

El explosivo avance del conocimiento psiquiátrico, en particular en las últimas décadas, plantea desafíos poco menos que descomunales en todas las áreas. Aun cuando el listado que presento enseguida puede ser incompleto, incluye creo yo, los componentes esenciales de aquellos avances:

Ciencias básicas. Su nombre contemporáneo, ciertamente más atractivo, es *neurociencias*. Incluyen fundamentalmente genética, psicofarmacología, bioquímica (especialmente vinculada a neuroendocrinología y neuroinmunología), patofisiología y la vasta gama de estudios etológicos (modelos animales) y su contexto teórico, formativo y experimental (Kramer y McKinney, 1979; Sweeney, 1999). El elemento nuclear de este gru-

po de disciplinas es la conceptualización del cerebro como órgano dinámico y maleable, sensible a estímulos ambientales, interacciones conductuales y contexto social (Liggin y Kay, 1999). En las neurociencias, el psiquiatra del futuro deberá conocer los hallazgos básicos, su marco de referencia conceptual y su relevancia clínica o aplicativa (Hyman, 2002; Khoury, 1997).

El psiquiatra latinoamericano necesita estar familiarizado no solamente con los avances del genoma humano, la búsqueda de genes de vulnerabilidad, nuevos polimorfismos o información farmacogenómica ya a nuestro alcance, sino también con las enormes posibilidades de llevar a cabo estos estudios en nuestro continente como lo está haciendo el grupo de Medellín (Colombia) (Ospina y cols., 2000) o el de investigadores del INP. Necesita no sólo conocer los hallazgos recientes en neuropéptidos, neurohormonas, neurotransmisores o redes neurales y su impacto en interacciones de drogas, predisposición a efectos secundarios, rutas metabólicas, etc., sino también adentrarse en el fascinante terreno de la etnopsicofarmacología (Ruiz, 2000) para el cual, las poblaciones de nuestro continente ofrecen singular atractivo heurístico (Alarcón, 2003; Lin, 1993).

Neuroimagenología. En el campo técnico, el área de mayor impacto para la psiquiatría es sin duda la de la neuroimagenología. Por primera vez en la historia es posible examinar el cerebro humano con una cercanía sólo ligeramente menor que la que ofrecería el abordaje neuroquirúrgico y con mucho menos riesgos (Sung y cols., 2003; Cech y cols., 2001). Problemas de funcionamiento puntual, regional o hemisférico, alteraciones en función de estímulos clínicos o experimentales definidos, niveles de interacción metabólica y grados de deterioro anatómico o funcional pueden ahora ser visualizados y analizados claramente. La delineación de una patofisiología menos especulativa y más demostrable (en cuadros psicóticos, afectivos y fundamentalmente neurocognitivos) debe ser un recurso al alcance de nuestros psiquiatras en entrenamiento y en práctica. Finalmente, el impacto correctivo de probables distorsiones anatómicas o disfunciones regionales en el cerebro y otras partes del SNC, como resultado de farmacoterapia o psicoterapia, es un campo de rápido avance teórico y práctico.

Ciencias sociales. No cabe duda que la más relevante y rica en información y pertinencia en este campo es la epidemiología, la ciencia básica del conocimiento clínico (Merikangas y Hamburg, 2002; Henderson, 1996; Kendler, 1995). Gracias a los avances en metodología, instrumentación, expansión epistemológica y hallazgos de campo, se tiene hoy una base epidemiológica para

prácticamente todos los trastornos psiquiátricos, ausente hasta hace dos o tres décadas (Robins, 1992). Aun cuando ello no significa que todo está hecho, creo yo que el ejemplar trabajo de varios investigadores en el Instituto Ramón de la Fuente da a la enseñanza de la epidemiología un orgulloso espaldarazo que celebre la prestigiosa contribución latinoamericana en este campo (Caraveo y cols., 1999; Medina Mora y cols., 2003; Leon, 1979; Almeida-Filho y cols., 1997). Se trata de diseminar y absorber información no sólo ya de prevalencia o incidencia sino de curso clínico, factores de riesgo, comorbilidad, umbrales diagnósticos, generación de bancos de datos, desarrollo de nuevos fenotipos, consecuencias funcionales, patrones de búsqueda de ayuda o de utilización de servicios, etc. (Merikangas, 1999). La investigación epidemiológica es escenario de una medicina auténticamente basada en la evidencia; y no hablo únicamente de la epidemiología descriptiva sino de la epidemiología del desarrollo vital (*developmental*), la epidemiología genética, la epidemiología experimental y la epidemiología cultural (Kendler, 1992; Weiss, 2001; Kessler, 1999; Tsuang y cols., 1995). Esta última, basada entre otras cosas en el atractivo didáctico de etnografías permite determinar la distribución de patrones de discomfort, causas percibidas y conductas de riesgo y protección, así como el impacto social de estigma, prejuicios y políticas de salud; la epidemiología cultural tiene, por supuesto, múltiples puntos de contacto con otra ciencia social de gran relevancia para el psiquiatra latinoamericano: la antropología (Weiss, 2001).

Finalmente, la sociología, ecología, psicología social y aun la lingüística deben tener lugares apropiados en el curriculum de entrenamiento del psiquiatra latinoamericano. Nuestra realidad socio-cultural y económica y el sello de salud pública mencionado al comienzo así lo reclaman (Desjarlais y cols., 1995).

Hay dos campos del conocimiento que, sin pertenecer estrictamente a las ciencias sociales, se conectan con ellas y son motivo de intenso debate en cuanto a la pertinencia de su inclusión formal en el adiestramiento del psiquiatra y del médico en general: religión/espiritualidad (Barnard y cols., 1995) y ética (o, más explícitamente para algunos, bioética) (Lolas, 1992; Hafferty y Franks, 1994; Forrow y cols., 1991). Las implicaciones de ambas en la reafirmación de la singularidad de la relación médico-paciente (más evidente en la diada terapeuta-paciente) y del quehacer psiquiátrico en general, son innegables (Broom, 2000).

Adiestramiento clínico. Probablemente el área más concreta e identificatoria del quehacer del psiquiatra, el adiestramiento clínico en sí incluye, desde mi perspectiva, tres componentes: entidades clínicas propias de la

psiquiatría, neuropsiquiatría, y psiquiatría médica o psiquiatría en medicina. El primer componente se explica por sí mismo: abarca las entidades nosológicas tradicionales (incluidas las adicciones, por cierto) pero también las “no tradicionales”, sus variaciones y subtipos, “síndromes ligados a la cultura” (de enorme importancia en nuestro continente) (Lewis-Fernández y cols., 2000), la valiosa contribución latinoamericana a la fenomenología, a la moderna nosología y a diversas modalidades de tratamiento (Delgado, 1993; Alarcón, 1995; Vidal y cols. 1995; Pucheu y cols, 1985.)

La neuropsiquiatría está, sin duda, re-emergiendo como cuerpo de conocimiento y de práctica clínica gracias, entre otros factores, al progreso tecnológico y científico señalado arriba. Basada en la creciente adquisición de datos neurobiológicos, inventarios clínicos y estudios de correlación, la neuropsiquiatría (que en algunos lugares tiene el nombre más elegante de “neurología conductual”) enfoca primariamente aspectos clínicos de trastornos cognitivos en pacientes de diferentes grupos etarios, pero también incursiona en correlatos de cuadros afectivos, conductas impulsivas o síndromes de clasificación dudosa. No cabe duda que confiere también al residente de psiquiatría, un “valor añadido” de respetabilidad científica.

La “psiquiatría médica” (nombre que en el momento actual, cuando la famosa “remedicalización” de nuestra disciplina parece consumada, suena ciertamente redundante) involucra las actividades de la tradicional psiquiatría de enlace (*consultation/liaison*), al lado de las derivadas del trabajo (clínico y de investigación) conjunto y muy cercano con otros especialistas, en un esfuerzo por delinear conexiones etiopatogénicas y clínicas con entidades médicas vistas por el cardiólogo, el neumólogo, el endrocrinólogo, el gastroenterólogo, el inmunólogo o el infectólogo (Orner y Stolz, 2002; Gabbard y Kay, 2001; Maizes y cols., 2002). *Last but not least*, este campo de adiestramiento se extiende a las vastas áreas comunes de psiquiatría y atención primaria (Tandeter y Granek-Catarivas, 2001; Benson, 2001; Freudenstein, 1999): el clamor por un trabajo mucho más estrecho con los proveedores de atención primaria se basa, como es bien conocido, en reales patrones de búsqueda de atención profesional por parte de pacientes y sus familiares.

Debe insistirse en la importancia de la continuidad del cuidado clínico, la duración de los tratamientos escogidos, la adherencia a los mismos. El daño que la práctica del “manejo gerenciado” ha infligido a la práctica psiquiátrica deberá ser materia de análisis en este aspecto del entrenamiento (Matorin y Ruiz, 1999). El psiquiatra del futuro deberá conocer el significado de términos como “productividad” o “eficiencia” no sólo como conceptos teóricos sino como elementos de una

práctica sistemática y consistente. Estrechamente vinculados a este conocimiento están los que se agrupan bajo el término de “investigación interpretativa” (*translational research*), es decir el esfuerzo sistemático de aplicabilidad práctica más o menos inmediata de los hallazgos de la investigación básica en el vasto escenario de la actividad clínica (Insel y Charney, 2002; d’Elia, 2001; Klein, 2000; Carroll y cols., 2002).

Psicoterapia. Para muchos educadores, la psicoterapia continúa siendo la actividad que otorga una definida y distintiva identidad profesional al psiquiatra. De hecho, tal parece ser también todavía la razón subyacente a la elección de la especialidad por parte de la mayoría de jóvenes graduados de escuelas de medicina que acceden a programas de residentado, aun cuando este parámetro parece estar disminuyendo en los dos últimos años.

En los Estados Unidos, la significativa declinación del psicoanálisis y la emergencia de varias otras escuelas o técnicas psicoterapéuticas, ha conducido a una reformulación de los tipos de psicoterapia que deben enseñarse en programas de adiestramiento; esta reformulación es a la vez una toma de posición de numerosos sectores de la comunidad docente de la psiquiatría norteamericana para “rescatar” la vigencia de la psicoterapia en los programas y su manejo por psiquiatras y no por el grupo mayoritario de psicólogos (Bagwell, 1999). Las destrezas psicoterapéuticas del psiquiatra graduado en Estados Unidos deberán incluir entonces entrenamiento certificado en psicoterapia dinámica, cognitivo-conductual, de apoyo, breve y “combinada con farmacoterapia” (Mutha y cols., 2002; Ruiz, 2003). Por otro lado, junto con entrenamiento en terapia asistida por computadora (para algunos la “revolución” del siglo XXI) (Jerant, 1999; Finfgeld, 1999), se deberá enseñar la psicoterapia “basada en la evidencia” (Henningson y Rudolf, 2000; Crowley y cols., 2003) de una literatura científica cada vez más convincente que obedece a los siguientes criterios: diagnóstico cuidadoso de las condiciones a tratarse, validación de eficacia mediante ensayos clínicos controlados y especificación manualizada de la técnica y de los requisitos o credenciales de adiestramiento del terapeuta (Vakoch y Strupp, 2000; Petry y Simcic, 2002).

Estimo que en Latinoamérica estas condiciones serían aceptables, pero al mismo tiempo debería añadirse una exposición sistemática del residente a técnicas locales o “folklóricas” (Seguin, 1979) orientadas más a su familiarización con símbolos, significados y contextos en gruesos sectores de pacientes no necesariamente vinculados a su práctica cotidiana. Después de todo, aun en algunos programas norteamericanos existen cursos de las llamadas “terapias complementa-

rias o alternativas”. El componente cultural de la psicoterapia y, en realidad, de todo el conocimiento psiquiátrico ha ganado considerable terreno en las últimas dos décadas (Hall, 2001; Sato, 2001; Loudon y cols., 1999).

¿QUIÉN DEBE ENSEÑAR?

La respuesta a esta pregunta parecería ser simple. Deben enseñar ciertamente psiquiatras, otros profesionales de la salud mental, médicos no psiquiatras con interés en el trabajo conjunto y multidisciplinario; los residentes mismos, en función de su experiencia y avance en el programa participarán en la enseñanza a sus colegas más jóvenes y a estudiantes de medicina que rotan en psiquiatría (Tharyan y cols, 2001; Hafler, 2003; Hebert y cols., 2003). Puede (y debe) invitarse también a otros profesionales cuya actividad se vincula con la salud mental y la psiquiatría (juristas, científicos sociales, miembros del clero, investigadores), así como a políticos, activistas, pacientes recuperados. El curriculum debe incluir entrenamiento y práctica en colaboración multidisciplinaria, crear modelos de tratamiento interdisciplinario. Es obvio, sin embargo, que deberá existir en cada centro de adiestramiento un núcleo de docentes genuinamente interesado en la actividad, experimentado y capaz, con tiempo suficiente para el desarrollo de su labor y, deseablemente, bien remunerado. Y es precisamente aquí donde radica el problema y lo que hace difícil el responder rápidamente a la pregunta y pasar al siguiente tópico.

Parte de la crítica situación de la educación psiquiátrica en el continente es la escasez de docentes y —digámoslo de una vez— de una masa crítica de docentes bien capacitados. Hay excepciones, por cierto, y la institución en la que nos encontramos es una de ellas a lo largo del continente. Pero, lamentablemente, las excepciones no pueden mitigar la seriedad de la situación. Más importante aún, en muchos países, es el hecho de que muchos profesionales, con alta capacidad y calidad docente, no tienen ni el tiempo ni el sosiego necesario para participar en la tarea de manera consistente. Su interés en la enseñanza se disipa —no sin pesar— al conjuro de obligaciones y responsabilidades más elementales. La enseñanza, la preparación y el dictado de clases, las rondas clínicas, la asistencia a las conferencias o a la revisión de revistas, la supervisión en psicoterapia (para no hablar de intereses en investigación) son sólo a veces elocuentes muestras de un auténtico “amor al arte” cuando no jalones dolorosos de una aspiración truncada.

¿Qué hacer para mejorar esta situación? La primera tarea es la de identificar profesionales que hagan de la

docencia psiquiátrica una vocación intensa y consistente. Estos elementos deben, enseguida, recibir entrenamiento añadido sea en su país de origen o en otro del continente, con el objeto de pulir sus talentos docentes, aprender técnicas pedagógicas y de desarrollo e implementación curricular, familiarizarse con los avances de la revolución didáctica contemporánea (Hollander y cols, 2002; Burke y cols, 2002; Beresin, 2002) y retornar con asignaciones más o menos precisas. Estas asignaciones implican su integración a un equipo docente en el que se combine apropiadamente intereses temáticos, experiencia que facilite un mentorazgo continuo, vinculación con otros profesionales y balance con obligaciones clínicas o de investigación.

Los líderes de instituciones académicas o docentes en cada país y en la región en su conjunto deben lograr el apoyo de gobiernos y otros entes administrativos no sólo para financiar apropiado reclutamiento de personal sino también para desarrollar programas que aprovechen las ventajas de todas y cada una de ellas y que respondan a las necesidades, realidades y expectativas del medio en el que actúan. Existen áreas como psiquiatría infantil y del adolescente que pasan por serias crisis de personal en varias partes del mundo. El apoyo de organizaciones estatales (a través de ministerios o secretarías pertinentes), fundaciones nacionales o extranjeras, corporaciones (la industria farmacéutica puede, en casos, ser más flexible que lo que se pudiera esperar), organizaciones profesionales y organismos internacionales, es crucial y debe buscarse activamente. El compartir información curricular y metodológica utilizando recursos tecnológicos ha probado ser útil para prácticamente todas las instituciones de enseñanza médica en los Estados Unidos. Convenios internacionales como los que el INPRF y el NIMH de los Estados Unidos han celebrado recientemente pueden ser un modelo utilizable tanto en el campo de la investigación como en el de la enseñanza.

¿CÓMO SE DEBE ENSEÑAR?

Creo firmemente en un enfoque docente que forje en el estudiante una actitud crítica, cuestionadora de “verdades” establecidas; este enfoque es el mejor antídoto contra el dogmatismo ideológico y el estancamiento clínico (Azer, 2001). Otra declaración primaria entraña la integración cada vez mayor de la psiquiatría en la enseñanza básica y clínica del pre-grado. Rubin y Zorumski (2003) de la Washington University de St. Louis, propugnan experiencias conjuntas de residentes de psiquiatría y atención primaria, flexibilidad curricular que permita la rápida integración de nuevos conoci-

mientos diagnósticos y terapéuticos y la alta deseabilidad de adiestramiento específico en técnicas de investigación. Hoge y Flaherty (2001) corroboran esta necesidad y urgen a los centros académicos a asumir el liderazgo de la práctica clínica en nombre de un futuro educacional y financieramente más estable.

Por otro lado, el concepto de “metabolismo de la información” (Kokoszka, 2002) —definido como estimación de límites y alcances del conocimiento a ser impartido, habilidad de asimilación de información útil y de eliminación de la innecesaria, adaptación de esquemas de aprendizaje y utilización de recursos— puede ser de gran utilidad en el “cómo” de la educación psiquiátrica.

Instrumentos

A pesar de la popularidad y la relevancia de una enseñanza basada en problemas clínicos específicos, las llamadas *series didácticas* o tradicionales disertaciones de aula han probado ser más duraderas que lo que generaciones de educadores hubieran pronosticado. Aun antes de mis años de residencia psiquiátrica escuchaba ya predicciones de la pronta desaparición de esta modalidad de enseñanza, tildada de aburrida, improductiva, repetitiva y obsoleta. Es cierto que maestros extraordinarios en muchos países han desmentido estos cargos con lecciones que muchos de nosotros consideramos inolvidables, pero también es posible que algunos avances tecnológicos hayan contribuido a hacer de ellas un ejercicio más útil, relevante y pragmático. Asumiendo entonces que estas clases subsistirán, su rasgo fundamental —al igual que el de cualquier otra actividad educativa en psiquiatría— deberá ser un enfoque clínico certero, creativo, realista y ameno. La enseñanza en el aula —a cargo de profesionales conocedores del tema— tiene pues aún un lugar central entre las modalidades didácticas contemporáneas.

Pero no es la única, por cierto, y de hecho no tiene por qué ser la más extensa o la más utilizada a través de los años de entrenamiento. Los *grupos de estudio o seminarios*, pequeños y dedicados a áreas temáticas especiales (psicosis, trastornos del ánimo, psiquiatría social, etc.) han proliferado en muchos centros de adiestramiento y con muy buenas razones. Bajo la dirección de un docente de reconocida erudición y experiencia, grupos de residentes incorporan este ejercicio a su calendario semanal, hacen de él un forum de animada interacción académica y le dedican por lo menos un semestre, con claro respaldo de su programa.

El proceso de *supervisión individual* ha alcanzado un alto grado de perfeccionamiento en los Estados Unidos. En el contexto de una relación empática se imparte enseñanza técnica pero también conductual, esti-

lística y, en última instancia, interpersonal y humanística. Se examinan no sólo casos clínicos específicos sino la propia experiencia del residente, sus dificultades y barreras personales, sus estilos de hacer frente a los problemas, fenómenos de contratransferencia o “constricción intuitiva”, etc.; el supervisor utiliza maniobras de sostén de la relación en tanto que “alianza”, apoyo emocional directo (sin llegar al nivel psicoterapéutico) y conductas gratificadoras que incluyen validación y “catálisis” (MacDonald, 2002).

Hay otras dos actividades, también consagradas por el tiempo y útiles precisamente por su relevancia clínica. La *revisión de revistas*, generalmente a cargo de los residentes mismos, invitando en cada caso a un docente de su elección, contribuye al desarrollo de la capacidad crítica, juicio clínico e intereses de investigación entre los residentes. De su lado, la presentación semanal de *casos clínicos* a cargo de residentes en diferentes rotaciones permite efectuar revisiones de la literatura, examen detenido de datos de historia clínica y de fuentes accesorias de información, procedimientos diagnósticos específicos, modalidades de tratamiento y el intercambio de opiniones diversas. Los docentes acuden como resultado de invitaciones abiertas; los pacientes objeto de la presentación pueden o no estar presentes pero, en todo caso, la información debe ser verificada y exhaustiva.

Los llamados *grand rounds* o conferencias a cargo de profesores visitantes (docentes en otros centros académicos, investigadores de institutos especializados, profesionales distinguidos en la práctica privada o en el sector público, líderes de organizaciones comunitarias involucradas en el campo de la salud mental, etc.) otorgan no sólo una base más amplia a la enseñanza sino que le confieren la diversidad de perspectivas que hacen de nuestra disciplina un área de apasionados debates. Otros métodos docentes incluyen ahora el uso de *películas* con temas psiquiátricos diversos que, de un lado, permiten el examen de situaciones clínicas o diagnósticas más o menos definidas o más o menos debatibles y, de otro, reflejan la visión que la sociedad y uno de sus más poderosos medios de comunicación masiva tienen de la psiquiatría, de las enfermedades mentales y de las personas que las sufren (Wedding y Niemiec, 2003). *Psicodrama* o sus variantes, sea a cargo de grupos teatrales o de los propios estudiantes, se utiliza aún en situaciones selectas con el fin específico de experimentar la vivencia del paciente. Finalmente, el uso de *actores*, también llamados “pacientes estandarizados”, viene ganando terreno en algunos círculos docentes por sus ventajas logísticas, ayuda en precisiones diagnósticas y en la evaluación del educando; se dice que esta modalidad predominará en el futuro, en particular en los llamados exámenes de certificación de la especialidad.

Mencioné antes la influencia de la moderna tecnología en diversos aspectos de la educación psiquiátrica actual. Tanto a nivel del aula como del laboratorio, en clases con grupos pequeños o en grandes auditoriums, estos recursos se han popularizado en proporciones que algunos ya llaman excesivas. Algunos de los ejemplos incluyen:

- Uso de segmentos video-grabados de entrevistas a pacientes psiquiátricos para ilustrar rasgos diagnósticos específicos o detalles de la historia clínica en discusión.
- Uso similar de segmentos de películas, con el mismo propósito; en otros casos, esto se utiliza para ilustrar todo un tópico (por ej., estrés de aculturación, efectos de tortura, categorías diagnósticas diversas, etc.) y no necesariamente casos individuales.
- En el momento, el uso de las diapositivas clásicas se considera obsoleto pues las llamadas presentaciones en *power point* con efectos audio-visuales especiales se utilizan ya masivamente.
- Para la evaluación de niveles de aprendizaje, la administración de pruebas orales de elección múltiple, con el uso de dispositivos manuales para la detección inmediata de puntajes individuales o de grupo y su presentación en pantalla (los llamados *option finders*).
- Imágenes seriadas y multidimensionales de estudios neuroimagenológicos para la localización más o menos precisa de lesiones antes apenas sospechadas por el clínico.
- El uso del Internet como recurso de información con “sitios en la red” patrocinados por prácticamente toda clase de instituciones es inatajable, aun cuando su impacto neto aun no ha sido dilucidado. Esto se aplica también al acceso de los llamados “localizadores” o “computadoras de bolsillo” con información literalmente al alcance de la mano (Seeman y Soyka, 1999).
- Uso de curricula electrónicos con funcionalidad editorial, aprendizaje guiado que se adapta a los estilos individuales de los estudiantes, acceso a series de cuestionarios y a recursos bibliográficos ingentes parece ser el enfoque del futuro, dependiendo de la disponibilidad de mayores recursos financieros y técnicos (Salas y cols., 2003).
- Técnicas de telemedicina y telepsiquiatría.

¿Hay aún lugar para los libros de texto en la educación psiquiátrica? Como editor de uno de ellos en América Latina, mi respuesta es un rotundo sí. Sin embargo, soy consciente de la “competencia” de los recursos tecnológicos y de allí mi convicción de que los libros de texto deben incluir conocimiento claro y contundente, relevancia clínica definida, lenguaje que combine apropiadamente la “jerga” técnica con estilo de alta comunicabilidad, y revisiones y actualizaciones

periódicas. Si de lecturas se trata, no debe dejarse de lado la selección de verdaderos clásicos de la clínica psiquiátrica de todos los tiempos, junto a piezas escogidas de la literatura universal que reflejen patología psiquiátrica individual o colectiva, en estilo muchas veces mejor que una descripción académica o academicista de la misma.

No debe olvidarse, finalmente, la necesidad implícita de investigar la efectividad de todas estas modalidades de adiestramiento y enseñanza. Sólo así los educadores latinoamericanos podrán examinar su trabajo, compartir sus experiencias y aprender haciendo (Misiaszek y Potter, 1984). Hay ya iniciativas de este tipo en el mundo hispano-hablante proveyendo una visión longitudinal de ideas e innovaciones didácticas (López Sánchez, 2003).

Los escenarios en que tiene lugar la enseñanza psiquiátrica han ganado en variedad y realismo, aun cuando —en Latinoamérica, en particular— ello no quiere decir ganancia en calidad. Conocemos las rotaciones tradicionales: unidades de hospitalización, consultorios externos, salas no-psiquiátricas para la implementación de la psiquiatría de enlace, servicios de niños y adolescentes. Para ello y mucho más en el entrenamiento del psiquiatra, es importante utilizar la clínica universitaria, el servicio de psiquiatría en el hospital general, el hospital psiquiátrico, las unidades médico-quirúrgicas o pediátricas, el centro comunitario de salud y/o de salud mental, los consultorios psiquiátricos privados o los servicios ambulatorios (Douglas y cols., 1994). Es muy útil también visitar escenarios no clínicos tales como escuelas, prisiones, orfanatos, albergues, las cortes y audiencias judiciales, morgues o servicios de emergencia. Pero, si no se cuenta con objetivos didácticos bien delineados —incluyendo una educación extendida a trabajadores de estos diferentes escenarios, así como educación del público— y si no se tiene personal idóneo para la enseñanza (por breve y circunscrita que ella sea), estas visitas o “rotaciones” no serían sino versiones abarataadas de turismo pseudoacadémico.

INSTITUCIONES REGULADORAS

Si bien es deseable que las instituciones académicas ejerzan su propia regulación o “control de calidad”, la experiencia a nivel internacional ha establecido la necesidad de que haya organismos supra-institucionales con suficiente autonomía para, entre otras cosas, determinar el “tipo de psiquiatra” que el país necesita, número de vacantes a nivel nacional, asignación de postulantes, el lugar o centro de entrenamiento escogido en orden de preferencia personal y disponibilidad institucional (el sistema de *matching*), sugerir contenidos curriculares,

supervisar el funcionamiento global de los programas de acuerdo a normas acordadas en conjunción con éstos y —sobre todo— evaluar la calidad del “producto final” del proceso educativo: el nuevo especialista, la certificación de cuya solvencia y proficiencia debe estar en las manos de este tipo de organizaciones (Eaton y cols., 1976; Hutchinson y cols., 2002).

Sistemas nacionales

En España, de acuerdo a Ayuso-Gutiérrez (2003), se forman psiquiatras académicos, hospitalarios y clínico-asistenciales; aun así, el psiquiatra es un especialista integrado en el sistema nacional de salud, con formación polivalente e interdisciplinaria, adiestrado en coordinación multiprofesional y filosofía sanitaria, todo ello supervisado por el llamado sistema MIR (Médico Interno Residente), la única vía existente en la actualidad para acceder a la formación médica especializada.

En los Estados Unidos y algunos países europeos, el esquema regulador se da en la existencia de organizaciones que operan como consejos de acreditación de programas de post-grado, comités de revisión curricular periódica y *Boards* o grupos técnicos privados encargados de otorgar credenciales de especialidades y sub-especialidades luego de rigurosos exámenes escritos y orales que en casos deben darse cada diez años, a manera de recertificación. El educando debe mantener documentación adecuada de su trabajo con un mínimo de logros en lo que se llaman “competencias nucleares” (conocimiento médico, cuidados clínicos, aprendizaje práctico, destrezas interpersonales y de comunicación, profesionalismo y práctica sistémica). En psiquiatría se especifican también los casos de psicoterapia a cargo del residente, tipos de psicoterapia, combinación psicoterapia-farmacoterapia, horarios de guardia en emergencia, presentación y discusión de casos, horas de supervisión individual, etc. Finalmente, en un buen número de países, esta tarea está a cargo de otras instituciones tales como los llamados Colegios Médicos, academias profesionales o aun las mismas universidades que otorgan el diploma médico o la certificación del residentado.

Otras áreas

Las agencias reguladoras se ocupan también con la variedad de plantas físicas en las sedes de entrenamiento, calendarios didácticos, tipos y números de poblaciones de pacientes, proporción instructor-estudiantes, formas de evaluación de rendimiento, etc. Los criterios de rendimiento deberán ser cuidadosamente delineados y codificados, es decir, no basarse solamente en número de horas o días dedicados a clases sino, por ejemplo, a la evaluación de la calidad de trabajo desarrollado en un contexto multidisciplinario o multi-

cultural. De hecho, esto casi obliga a que algunos programas de adiestramiento unan recursos cuando están localizados en la misma ciudad o zona geográfica y trabajen conjuntamente en la evaluación recíproca de sus dicentes.

COMENTARIOS FINALES

Es deseable que los líderes de la educación psiquiátrica en América Latina reflexionen sobre las realidades del continente en este campo y su nivel de sincronización, con lo que está sucediendo en otros terrenos de la docencia médica. El qué, el quién y el cómo de la enseñanza psiquiátrica de post-gradado necesitan de un examen desapasionado y sistemático porque, en cierto modo, la solución debe ser mancomunada, colaborativa, internacional y solidaria en el significado genuino de estos términos. La realidad latinoamericana —se ha dicho muchas veces— es singular y diferente y todo esfuerzo de homogenización, si se hace, debe responder básica y frontalmente a los elementos comunes de esa realidad (clínica, social, humana, cultural o económica).

El examen de la naturaleza de las vocaciones psiquiátricas en América Latina esta aún por hacerse. No debe olvidarse que la educación psiquiátrica influye positivamente en las actitudes de estudiantes de medicina hacia la enfermedad y el enfermo mental, pero no aumenta el número de vocaciones psiquiátricas *per se*. La motivación para ser psiquiatra corre el peligro de ser el factor menos importante en el proceso o de sesgarse en aras de las “modas” dominantes del conocimiento médico y psiquiátrico. Factores extra-vocacionales tales como el financiero pueden inducir a jóvenes con vocación a buscar otras especialidades. Nuestro continente no parece ser ajeno a la tendencia de que más mujeres escojan psiquiatría que sus contrapartes varones. Es importante asimismo, concertar esfuerzos para el entrenamiento apropiado de psiquiatras polivalentes, es decir aquéllos que a la manera del médico de atención primaria sean capaces de servir eficientemente al mayor número, de ser parte de un equipo multidisciplinario cuando se le necesite, de perfeccionar su conocimiento especializado, de ser docente y clínico con igual competencia y con la misma calidad.

He señalado repetidamente la necesidad de colaboración internacional. Insisto en ella y creo firmemente que debe hacerse de cara a nosotros mismos, es decir examinando la situación “desde dentro” de nuestro continente, de encontrarnos en la realidad veraz de lo que somos y lo que necesitamos para afrontar soluciones reales y realistas sin el peligro de ahondar depen-

dencias y sujeciones (o sumisiones) que sólo acentuarían nuestra ambivalencia hacia los centros hegemónicos. La creación de organismos auténticamente latinoamericanos que se encarguen de las tareas descritas arriba con modelos propios, con experiencias germinadas con base en lo hecho hasta hoy, con liderazgo aceptado y compartido, rotatorio e intensamente interactivo, con el uso de la tecnología en dimensiones apropiadas y decentes, estimo yo que ha de ser un paso decisivo. Y no exagero al afirmar mi convicción de que la psiquiatría mexicana, tal como lo han documentado López y cols. (2003) ha de continuar contribuyendo significativamente en este esfuerzo continental.

En último análisis, América Latina puede ser también escenario vital para el debate de altura y el planteamiento de direcciones futuras de la psiquiatría como disciplina epistemológica y como quehacer clínico. Las polaridades doctrinarias en el campo de la psiquiatría contemporánea no van a desaparecer ni aun en función del marcado predominio de una escuela u otra, de una manera u otra de practicarla, de enseñarla o de hacer investigación. Pero el debate continuo y consistente puede ayudar a aclarar el camino y a hacer que la educación psiquiátrica latinoamericana responda a los retos actuales en la escena contemporánea con abordajes de liderazgo auténtico y armónico. Nuestro continente puede consolidar entonces, si así lo hiciera, la esencia humanística de una disciplina cardinalmente humana, el balance conceptual entre neurobiología, psicodinamia, sociedad y cultura, la base científica de un cuerpo de conocimiento que necesita a la ciencia para no ser cacofonía retórica, la solidez clínica que reclaman millones de pacientes con necesidad de ayuda y la dignidad académica que supieron darle desde siempre maestros de inmenso talento.

REFERENCIAS

1. ALARCON RD: El adiestramiento de psiquiatras en América Latina. *Acta Psiquiat Psicol Am Latina*, 37:1787-188, 1991.
2. ALARCON RD: Honorio Delgado y el DSM-IV: Coincidencias y discrepancias. *Rev Neuro-Psiquiatría*, 57:219-235, 1995.
3. ALARCON RD: La nueva revolución biológica en psiquiatría: Un punto de vista latinoamericano. En: *Los Mosaicos de la Esperanza. Reflexiones en Torno a la Psiquiatría Latinoamericana*, Alarcón RD (ed). Asociación Psiquiátrica de América Latina, pp. 237-258, Caracas, 2003.
4. ALLEN-MEARES P: Poverty and mental illness: Educating health professionals to meet new needs. En: *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation. Hager M (ed.). Josiah Macy Jr. Foundation, pp. 230-245, NuevaYork, 2002.
5. ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E y cols. : Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Brit J Psychiatry*, 171:524-529, 1997.
6. ANDERSON GF, GREENBERG GD, WYNN BO:

- Graduate medical education: the policy debate. *Annual Review Public Health*, 22:35-47, 2001.
7. AYUSO-GUTIERREZ JL: La formación del psiquiatra en España: El sistema MIR. Manuscrito inédito, 10 pp. Madrid, 2003.
 8. AZER SA: Problem-based learning. Challenges, barriers and outcome issues. *Saudi Medical J*, 22:389-397, 2001.
 9. BAGWELL HR: Integrative processing: a biological foundation for psychotherapy. *Psychiatry*, 62:273-286, 1999.
 10. BARNARD D, DAYRINGER R, CASSEL CK: Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. *Academic Medicine*, 70: 806-813, 1995.
 11. BENSON JA Jr: On educating and being a physician in the hospitalist era. *American J Medicine*, 111:45S-47S, 2001.
 12. BERESIN EV: The administration of residency training programs. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 11:67-89, 2002.
 13. BROOM BC: Medicine and story: a novel clinical panorama arising from a unitary mind/body approach to physical illness. *Advances Mind-Body Medicine*, 16:161-177, 2000.
 14. BURKE MJ, BONAMINIO G, WALLING A: Implementing a systematic course/clerkship peer review process. *Academic Medicine*, 77:930-931, 2002.
 15. CARAVEO AJ, COLEMENARES BE, SALDIVAR HG: Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México. Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental (número especial)*, 22, 1999.
 16. CARROLL KM, FARENTINOS C, BALL SA, CRITS-CHRISTOPH P, LIBBY B, MORGENSTERN J, OBERT JL, POLCIN D, WOODY GE: MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *J Substance Abuse Treatment*, 23:73-80, 2002.
 17. CECH TR, EGAN LW, DOYLE C y cols.: The biomedical research bottleneck. *Science*, 293:573, 2001.
 18. CROWLEY SD, OWENS TA, SCHARDT CM, WARDELL SI, PETERSON J, GARRISON S, KEITZ SA: A web-based compendium of clinical questions and medical evidence to educate internal medicine residents. *Academic Medicine*, 78:270-274, 2003.
 19. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B y cols.: *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press, Nueva York, 1995.
 20. D'ELIA G: Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship?. *Nordic J Psychiatry*, 55:329-336, 2001.
 21. DELGADO H: *Curso de Psiquiatría. Sexta edición*. PL Villanueva, Lima, 1993.
 22. DOUGLAS EJ, FAULKNER LR, TALBOTT JA, ROBINOWITZ CB, EATON JS Jr, RANKIN RM: A ten-year update of administrative relationships between state hospitals and academic psychiatry departments. *Hospital Community Psychiatry*, 45:1113-1116, 1994.
 23. EATON JS Jr, HAAS MR, ABRAHAM AS, REUS VI, GOLDBERG R: The development of criteria for evaluation psychiatric education programs. *Archives General Psychiatry*, 33:439-442, 1976.
 24. FAHRER R, MONTENEGRO R, AYUSO-GUTIERREZ JL: La educación psiquiátrica en América Latina. En: *Psiquiatría*. Alarcón RD, Mazzotti G, Nicolini H (eds.). El Manual Moderno, México, 2003 (en prensa).
 25. FINFGELD DL: Computer-assisted therapy: harbinger of the 21st century? *Archives Psychiatric Nursing*, 13:303-310, 1999.
 26. FORROW L, ARNOLD RM, FRADER J: Teaching clinical ethics in the residency years: preparing competent professionals. *J Medicine Philosophy*, 16:93-112, 1991.
 27. FREUDENSTEIN U, HOWE A: Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *British J General Practice*, 149:995-1001, 1999.
 28. GABBARD GO, KAY J: The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American J Psychiatry*, 158:1956-1963, 2001.
 29. HAFNER JP: Residents as teachers: a process for training and development. *J Nutrition*, 133:544S-546S, 2003.
 30. HAFFERTY FW, FRANKS R: The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69:861-871, 1994.
 31. HALL GD: Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues. *J Consulting Clinical Psychology*, 69:502-510, 2001.
 32. HATZ C, LORENZ N, TANNER M y cols.: Teaching and training. En: *Swiss Tropical Institute Biennial Report*. Sección 9, pp. 74-76, Basel, 2003.
 33. HEBERT RS, LEVINE RB, SMITH CG, WRIGHT SM: A systematic review of resident research curricula. *Academic Medicine*, 78:61-68, 2003.
 34. HENDERSON AS: The present state of psychiatric epidemiology. *Austr NZ J Psychiatry*, 30:9-19, 1996.
 35. HENNINGSEN P, RUDOLF G: The use of evidence-based medicine in psychotherapeutic medicine. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50:366-375, 2000.
 36. HOGE MA, FLAHERTY JA: Reengineering clinical psychiatry in academic medical centers: Processes and models of change. *Psychiatric Services*, 52:63-67, 2001.
 37. HOLLANDER H, LOESER H, IRBY D: An anticipatory quality improvement process for curricular reform. *Academic Medicine*, 77:930, 2002.
 38. HUTCHINSON L, AITKEN P, HAYES T: Are medical postgraduate certification processes valid? A systematic review of the published evidence. *Medical Education*, 36:73-91, 2002.
 39. HYMAN SE: Integrating neuroscience, behavioral science and genetics in modern psychiatry. En: *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation, pp.115-126. Hager M (ed.). Josiah Macy Jr. Foundation, Nueva York, 2002.
 40. INSEL T, CHARNEY D: Strategies and priorities of psychiatric research. *JAMA*, 289:591-594, 2002.
 41. JERANT AF: Training residents in medical informatics. *Family Medicine*, 31:465-72, 1999.
 42. KENDLER KS: Genetic epidemiology in psychiatry: Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry*, 52:895-899, 1995.
 43. KESSLER R: The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): Initial work and future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99:2-9, 1999.
 44. KHOURY M: Relationship between medical genetics and public health. Changing the paradigm of disease prevention and the definition of a genetic disease. *Am J Med Genetics*, 71:289-291, 1997.
 45. KLEIN DF: Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *American J Psychiatry*, 157:1204-11, 2000.
 46. KOKOSZKA A: Perspectives in the development of the concept of digesting mental information in psychotherapy. *Psychiatria Polska*, 36:885-894, 2002.
 47. KRAMER DA, MCKINNEY WT Jr: The overlapping territories of psychiatry and ethology. *J Nervous Mental Disease*, 167:3-22, 1979.
 48. LEFLEY HP: Linked changes in mental health service delivery and psychiatric education. *Psychiatric Quarterly*, 59(2):121-39, 1988.
 49. LEON CA: El estudio piloto internacional de esquizofrenia. Implicaciones para América Latina. En: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, Mariátegui J, Adis-Castro J, (eds.). ACTA, Buenos Aires, pp. 58-69, 1979.

50. LEWIS-FERNANDEZ R, TUN H, REYES F y cols.: Los "síndromes dependientes de la cultura": Un dilema nosológico recurrente en la psiquiatría cultural. *Monograf Psiquiatría*, 12:24-28, 2000.
51. LIGGAN DY, KAY J: Some neurobiological aspects of psychotherapy. A review. *J Psychotherapy Practice Research*, 8(2):103-14, 1999.
52. LIN KM, POLAND RE, NAKASAKI G (eds.): *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity*. American Psychiatric Press, Washington, 1993.
53. LOLAS F (ed.): *Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas latinoamericanas*. Editorial Universitaria, Santiago, 1992.
54. LOPEZ-SANCHEZ JM: Dieciseis años de un sistema de evaluación continuada (1986-2002). Conferencia inaugural del Ateneo de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina de Granada, 21 de octubre, 2002. Granada, 2003.
55. LOPEZ J, VARGAS B, HEINZE G: Profile of the resident at the Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26:64-68, 2003.
56. LOUDON RF, ANDERSON PM, GILL PS, GREENFIELD SM: Educating medical students for work in culturally diverse societies. *JAMA*, 282:875-880, 1999.
57. MACDONALD J: Clinical supervision: a review of underlying concepts and developments. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 36:92-98, 2002.
58. MAIZES V, SCHNEIDER C, BELL I, WEIL A: Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Academic Medicine*, 77:851-60, 2002.
59. MATORIN AA, RUIZ P: Training family practice residents in psychiatry: an ambulatory care training model. *International J Psychiatry Medicine*, 29:327-36, 1999.
60. MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA MUÑOZ C y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26:1-16, 2003.
61. MERIKANGAS KR: The next decade of psychiatric epidemiology (editorial). *Int J Methods Psych Research*, 8:1-5, 1999.
62. MERIKANGAS KR, HAMBURG B: Relevance of epidemiology for intervention in mental disorders. En: *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet new Needs*. Proceedings of a Conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation, Hager M (ed.). pp. 64-92. Josiah Macy Foundation, Nueva York, 2002.
63. MISIASZEK J, POTTER RL: Transition from residency training to academia. *Psychiatric Quarterly*, 56:209-214, 1984.
64. MUTHA S, ALLEN C, WELCH M: *Toward Culturally Competent Care: A Toolbox for Teaching Communication Strategies*. UCSF Center for Health Professions, San Francisco, 2002.
65. ORNER RJ, STOLZ P: Making sense of repetition phenomena by integrating psychotraumatology and psychodynamic psychotherapy. *J Traumatic Stress*, 15(6):465-71, 2002.
66. OSPINA-DUQUE J, DUQUE C, CARVAJAL-CARMONA L y cols.: An association study of bipolar mood disorders with the 5HTTLPR serotonin transporter polymorphism in a human population isolate from Colombia. *Neuroscience Letters*, 292:199-202, 2000.
67. PETRY NM, SIMCIC F Jr: Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *J Substance Abuse Treatment*, 23:81-86, 2002.
68. PLUSCHKE G, TANNE, M, WEISS MG: Cultural epidemiology. En: *Swiss Tropical Institute Biennial Report 2001-2002*. Sección 8, pp. 62-69, Basel, 2003.
69. PUCHEU C, TORRES J, DE LA FUENTE JR: Marcos de referencia para la investigación socio-médica psiquiátrica. *Salud Mental*, 8:8-15, 1985.
70. ROBINS L: The future of psychiatric epidemiology. *Int J Methods Psych Research*, 2:1-2, 1992.
71. RUIZ P (ed.): *Ethnicity and Psychopharmacology*. APPI Press, Washington, 2000.
72. RUIZ P: Recent advances in graduate psychiatric training. *World Psychiatry*, 2:57-60, 2003.
73. RUBIN EH, ZORUMSKI CF: Psychiatric education in an era of rapidly occurring scientific advances. *Academic Medicine*, 78:351-354, 2003.
74. SATO T: Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross-cultural formulation. *Genetic, Social General Psychology Monographs*, 127:89-127, 2001.
75. SALAS AA, ANDERSON MB, LACOURSE L, ALLEN R, CANDLER CS, CAMERON T, LAFFERTY D: CURRMITT: a tool for managing medical school curricula. *Academic Medicine*, 78(3):275-9, 2003.
76. SEEMAN O, SOYKA M: Psychiatry and psychotherapy on the internet. Current overview. *Nervenarzt*, 70:76-80, 1999.
77. SEGUIN CA: *Psiquiatría Folklorica*. Ermar, Lima, 1979.
78. SUNG NS, CROWLEY WF, GENEL M y cols.: Central challenges facing the national clinical research enterprise. *JAMA*, 289:1278-1287.
79. SWEENEY G: The challenge for basic science education in problem-based medical curricula. *Clinical Investigative Medicine - Medecine Clinique et Experimentale*, 22:15-22, 1999.
80. TANDETER H, GRANÉK-CATARIVAS M: Choosing primary care? Influences of medical school curricula on career pathways. *Israel Medical Association J Imag*, 3:969-972, 2001.
81. THARYAN P, JOHN T, THARYAN A, BRAGANZA D: Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical J India*, 14:355-359, 2001.
82. TSUANG MT, TOHEN M, ZAHNER GEP (eds.): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. Wiley-Liss, Nueva York, 1995.
83. VAKOCHDA, STRUPP HH: The evolution of psychotherapy training: reflections on manual-based learning and future alternatives. *J Clinical Psychology*, 56:309-318, 2000.
84. VIDAL G, ALARCON RD, LOLAS F (eds.): *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
85. WEDDING D, NIEMEC RM: The clinical use of films in psychotherapy. *J Clinical Psychology*, 59:207-215, 2003.
86. WEISS MG: Cultural Epidemiology: An introduction and overview. *Anthropology Medicine*, 8:5-30, 2001.