



LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

José Manuel Chouza Pérez*; Juan Francisco Díez Manrique**

*Universidad del País Vasco

** Universidad de Cantabria

JCHOUZA@telefonica.net

Psicoterapia, Residentes y tutores, Formación

RESUMEN:

Se estudian las actitudes ante la psicoterapia de muestras de residentes y directores de programas de especialización en psiquiatría en España.

Por una parte, se aplicó un cuestionario a 193 directores y tutores de las unidades docentes acreditadas mediante la técnica de autorrellenado. Por otra, se aplicó el mismo cuestionario con técnica de autorrellenado a una muestra de residentes.

Finalmente se realizaron entrevistas telefónicas a los médicos residentes de guardia en las 101 unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Psiquiatría.

Se obtuvieron 41 encuestas de los tutores y directores, 70 de los residentes y 98 residentes de guardia respondieron a la entrevista telefónica.

Se compararon los datos obtenidos con las respuestas de los 252 psiquiatras españoles encuestados este mismo año y también con los resultados obtenidos de las encuestas anteriores.

La orientación teórica, aunque predominantemente mixta (62, 9%), es más biológica (25,7%) en los residentes y menos psicológica (4,3%) que la de los psiquiatras.

La mayoría (60%) realizaron durante su residencia pocas actividades psicoterapéuticas.

Por otra parte, sólo una minoría de residentes (pero más que los psiquiatras) critican las bases científicas de la psicoterapia, aunque éstos se muestran más críticos con el psicoanálisis.

Sólo una minoría (aunque más en residentes) critican las bases de la psicoterapia.

La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría Española ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes que incluye un completo plan para asegurar las competencias de los psiquiatras en psicoterapia.

Si esas instrucciones se cumplen es seguro que cambiará radicalmente el perfil y la identidad de los futuros psiquiatras españoles.

1.- INTRODUCCION

Los nuevos especialistas, durante los años de formación de postgrado en psiquiatría, están recibiendo una educación sólida en neurobiología, unos buenos conocimientos sobre los procedimientos fiables para la evaluación de la psicopatología descriptiva, la interpretación de complejos procesos diagnósticos y el manejo de sustancias psicofarmacológicas eficaces. Esto no impide el que, en los países occidentales, la gran mayoría de los psiquiatras intente adoptar una actitud teórica ecléctica incluyendo otros modelos en su práctica , Como se discute en otro artículo de esta mesa redonda. Pero no siempre lo consiguen. De hecho su formación en psicoterapia es deficiente.

La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría española ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes que incluye un completo plan para asegurar las competencias de los psiquiatras en psicoterapia. La Comisión ha encargado a un grupo de expertos que desarrolle un programa detallado para cumplir esas exigencias que deberá estar preparado para finales de este año. Si esas instrucciones se cumplen es seguro que cambiará radicalmente el perfil y la identidad de los futuros psiquiatras españoles.

Los criterios para la elaboración de un programa de formación en psicoterapia tienen que tener en cuenta además de la opinión de los formadores, la de los residentes. Sin embargo, un programa de semejante no podrá dejar de contar con otros parámetros, como la descripción de qué es lo que realiza como actividad psicoterápica un psiquiatra en su práctica clínica para adaptar su contenido de los programas a la realización de objetivos inherentes a las actividades descritas (1) y a las necesidades de la Sociedad.

Este último aspecto ha sido tratado en otro artículo de este Symposium y aquí nos limitaremos a explorar las opiniones y actividades de los residentes y en menor medida la de sus formadores directos

2.- METODOLOGIA

Se ha aplicado un cuestionario a los directores y tutores de las unidades acreditadas para la docencia en psiquiatría con técnica de autorrellenado, con sobre de respuesta a franquear en destino utilizando el mismo cuestionario que el aplicado a la muestra de psiquiatras.

Las características técnicas son las de un muestreo estratificado con fijación proporcional a las cuotas, utilizando metodología cuantitativa con 41 encuestas recibidas sobre las 193 enviadas.

Con los residentes se ha utilizado la misma técnica de autorrellenado con sobre de respuesta a franquear en destino utilizando un cuestionario específico facilitado por los tutores.

La técnica es de muestreo estratificado con fijación proporcional a las cuotas, utilizando metodología cuantitativa con 70 encuestas recibidas en el apartado postal.

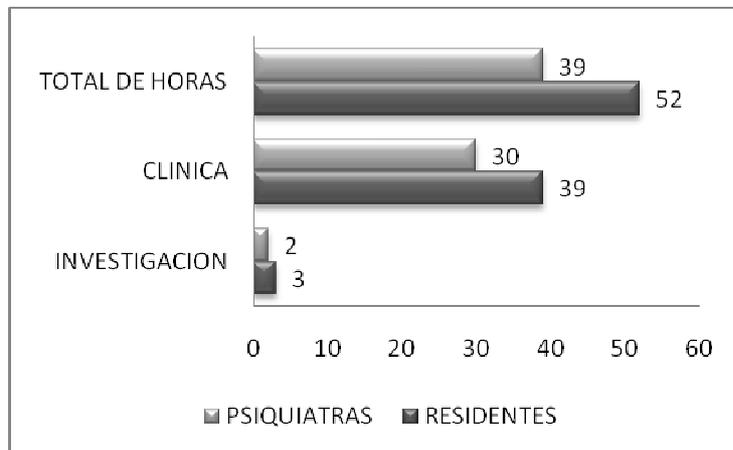
El trabajo de campo se realizó entre los días 18 de Mayo a 19 de Junio de 2.009.

Por otra parte, se realizaron entrevistas telefónicas a Médicos residentes de guardia de las 101 unidades docentes acreditadas en España, obteniendo 93 respuestas (92%).

3.-RESULTADOS

3.1.- Práctica clínica:

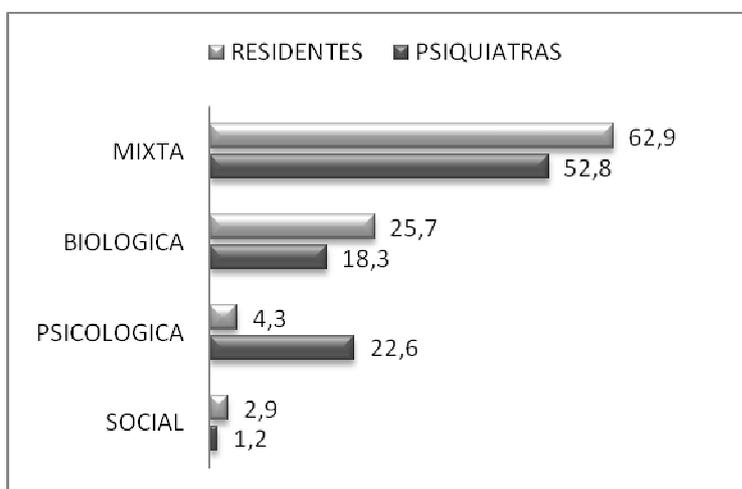
Los residentes dicen trabajar 51 horas semanales mientras que los psiquiatras declaran trabajar 39 horas de media. En el recuento de actividad diaria, hay una diferencia de 9 horas semanales a favor de los residentes lo que puede ser debido a la realización de guardias médicas.



No se han hallado diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o estado civil en ninguno de los dos grupos a este respecto. La actividad de su trabajo semanal es principalmente clínica.

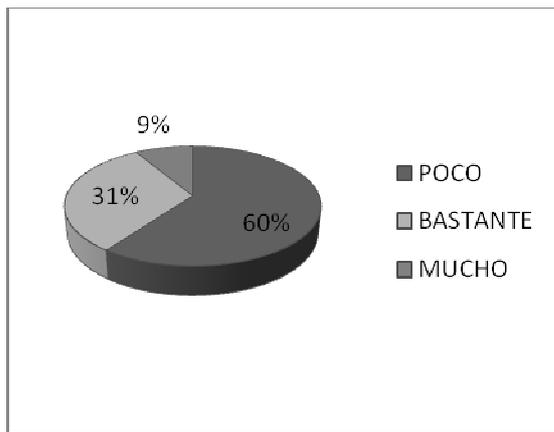
3.2.- Orientación Teórica

La orientación teórica aunque predominantemente mixta (62,9%), es actualmente más biológica (25,7%) en los residentes y menos psicológica (4,3%) que la de los psiquiatras.

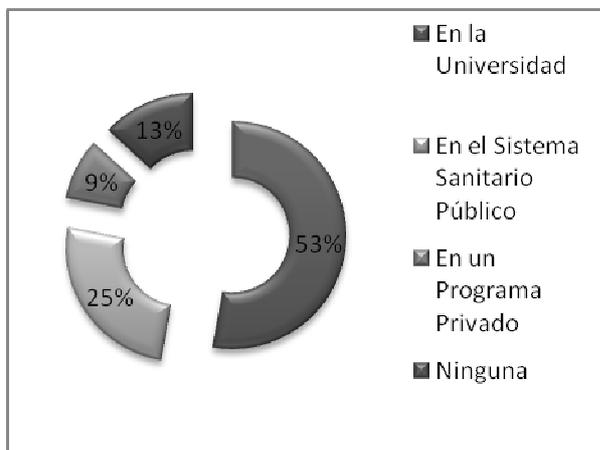


La mayoría de los residentes (60%) realizan durante su formación pocas actividades psicoterápicas.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

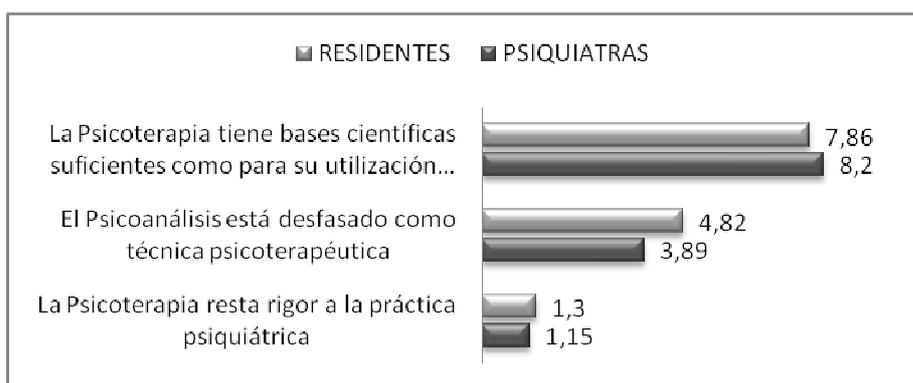


Los pocos residentes que tienen formación en psicoterapia la han obtenido mayoritariamente en programas universitarios.



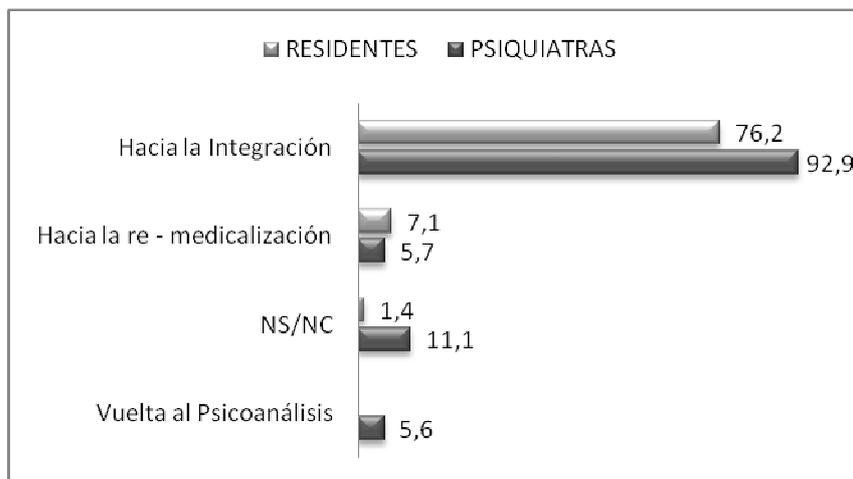
3.3.- Actitudes hacia la Psicoterapia

Sólo una minoría de los residentes (pero más que los psiquiatras) critican las bases científicas de la psicoterapia, aunque se muestran más críticos con el psicoanálisis. Sólo una minoría (pero más en residentes) critican las bases de la psicoterapia.



LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

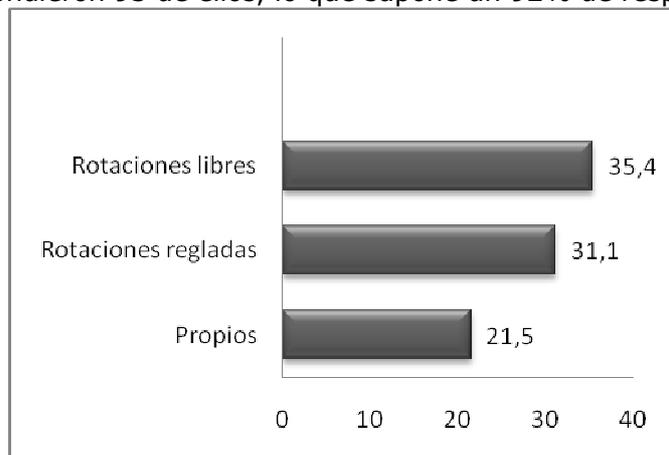
En cuanto a hacia donde debe dirigirse la profesión de psiquiatra, los residentes son prácticamente unánimes en que lo hará hacia la integración de las diferentes técnicas, mientras que los psiquiatras tienen menor tendencia hacia ello.



La re-medicalización de la profesión tiene poco apoyo en ambos colectivos; quizás los psiquiatras muestren mayor tendencia por esa opción.

3.4 Situación actual de la formación en Psicoterapia en España

Preguntamos telefónicamente a los residentes de guardia de los centros que en la última convocatoria ofrecían plazas para residentes de psiquiatría (101 centros) tres preguntas : ¿ Existe en ese centro un programa concreto, con tiempo definido, para la formación de los residentes en psicoterapia ?. ¿ De no ser así, está programada su rotación por otra unidad donde pueda realizar dicha formación ? ¿ Existe hábito de buscar la formación de forma libre y con qué frecuencia ? Respondieron 93 de ellos, lo que supone un 92% de respuestas.



Las respuestas obtenidas de los residentes de guardia, nos llevan a concluir que actualmente en España no existen prácticamente programas concretos de formación en psicoterapia, pocas veces se da la rotación reglada y casi siempre la formación de los residentes se realiza con recursos propios

Como excepciones a esta norma deben ser señalados los programas del Hospital La Paz de Madrid (Beatriz Rodríguez Vega), los del Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Alberto Fernández Liria) y sobre todo el de la Unidad Docente de Granada de José María López Sánchez y que dirige en la actualidad Diego Vico Cano.

En los programas libres caben destacar los Máster en Psicoterapia de los propios centros citados a los que debe añadirse, entre otros, IPSO y el de la Universidad de Deusto (OMIE).

4. DISCUSION

A. Posibilidades de formación actuales :

Las posibilidades actuales de formación de los psiquiatras en las Unidades Docentes Acreditadas son muy insuficientes. En muy pocas (Basurto...) existen programas reglados de enseñanza y supervisión. Son pocas las unidades que establecen contacto formal con otras unidades existentes fuera de su propio entorno y algunas más las que se muestran abiertas a facilitar tiempo libre o algún medio para que los residentes realicen la formación en instituciones externas.

Son bastante numerosos aunque minoritarios los residentes que deciden realizar su formación en centros externos y a sus expensas y lo hacen en general por tiempo reducido y rara vez en programas de larga duración

B. Actitud de los formadores hacia la psicoterapia

Aunque la muestra de directores de programas y de tutores es demasiado reducida, parece poder afirmarse que su actitud hacia la psicoterapia era semejante a la mantenida por los psiquiatras en ejercicio.

En el año 1986 , interesados por conocer la actitud de los directores de las unidades docentes sobre el programa de residencia vigente hasta 1986, realizamos una encuesta (Sacanell y cols., 1986), mediante el envío por correo de un cuestionario semejante al actual.

Se exploraba, en primer lugar, la opinión sobre la duración de la especialidad. Aparecía en este punto un amplio consenso, ya que sólo en tres casos la respuesta indicaba disconformidad con la duración, considerando esas tres contestaciones que el periodo se debería ampliar a cinco años.

En el 20% se proponía introducir la formación en psicoterapia. Respecto a la posibilidad de que los MIR pasaran por un grupo de sensibilización dirigido por un especialista, 15 directores lo consideran interesante o muy interesante (10 en el primer caso y 5 en el segundo), mientras que 9 lo estimaron de poco o ningún interés.

Los datos obtenidos en nuestra encuesta actual no nos permiten establecer este tipo de comparaciones.

C. Actitudes de los residentes hacia la psicoterapia

Los residentes españoles tienen una opinión favorable a la psicoterapia, consideran (aunque en un porcentaje inferior a los especialistas) que debe ser una de las facetas básicas del tratamiento y se inclinan más bien (con frecuencia mayor que los especialistas) por terapias mixtas o eclécticas que por las de orientación exclusivamente psicoanalítica. Aunque no creen que en el futuro la psiquiatría vaya aproximarse al psicoanálisis, no creen que esté exenta de base científica y piensan que una psicoterapia personal les produciría beneficios.

La tendencia que mencionamos sigue la de todos los países occidentales. La Psicoterapia

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

ha perdido importancia en la apreciación de los residentes españoles, como ha ocurrido en los del mundo entero en estos 30 últimos años.

En efecto, diversos trabajos sobre las opiniones de los residentes acerca de los aspectos que consideran importantes en su formación como psiquiatras (2) ponen en evidencia la evolución ocurrida con el paso de los años.

La psicoterapia fue considerada por la gran mayoría de los especialistas hace no más de tres decenios como una parte importante de la residencia. En una encuesta que realizamos en España, los psiquiatras y residentes en psiquiatría consideraban mayoritariamente al llamado modelo médico como trasnochado. Se mostraban, por otra parte, convencidos de la vigencia del psicoanálisis.

En cambio, al igual que en otros países occidentales, España incluida, en los Estados Unidos, la psicoterapia está recibiendo actualmente menos interés entre los residentes y sus formadores pensando que la psiquiatría pierde rigor al incorporar la psicoterapia y las dimensiones psicosociales en el trabajo clínico, Con ello, en opinión de algunos (3-5), una generación de psiquiatras norteamericanos se ha encontrado con una formación deficiente en psicoterapia.

D. Cambios en los programas de residencia

Los programas de formación varían en dependencia con factores como el nivel de desarrollo y condicionantes sociopolíticos.

D.1- La psicoterapia en los programas internacionales :

Se ha observado estos últimos años una falta de interés en la formación en psicoterapia , especialmente en la de orientación psicodinámica, en los programas de residencia (3). Las causas que se han aducido para explicar esta disminución son varias: falta de tiempo para la reflexión psicodinámica cuidadosa, competencia con la explosión de los conocimientos en psicofarmacología, avances en la genética, políticas de gestión económica de la salud, etc. En un esfuerzo por obtener informaciones internacionales sobre los programas de formación de los residentes se han realizado algunos trabajos para obtener y diseminar la información acerca del entrenamiento de los psiquiatras en el mundo, lo que puede ayudar a que los distintos programas aprendan los unos de los otros.

Un estudio conjunto entre la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) ha obtenido información de 143 sociedades médicas nacionales que ha sido publicada en un Atlas ([www.who.int/mental_health/evidence/Atlas_training_final:pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Atlas_training_final.pdf)). Los resultados de estos sondeos mostraron un déficit general y una gran variabilidad de la formación a lo largo del mundo. En especial en lo que concierne a la formación en Psicoterapia. A la vista de esa información, la AMP (WPA) ha desarrollado un *curriculum* para recomendarlo de cara a la formación de los residentes en Psiquiatría en todo el mundo (www.wpanet.org/institutional/programs2.html).

Zisook y cols. (4) han descrito con cierto detalle la formación en psicoterapia requerida por diversos programas de residentes, algunos de los cuales serán descritos en las siguientes páginas.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

El ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*), preocupado por la mencionada desatención hacia la psicoterapia, introdujo en el 2001 un programa de formación enunciando las competencias que el futuro psiquiatra debería tener en ese campo. En el programa de formación en los EE.UU los residentes son acreditados por el *American Board of Psychiatry and Neurology*. El *curriculum* exige la formación en seis competencias principales (habilidades clínicas, habilidades interpersonales y de comunicación, conocimiento médico, aprendizaje basado en la práctica, profesionalismo y práctica basada en los sistemas y en cinco "competencias en psicoterapia" (cognitiva, combinada, dinámica, breve y de apoyo). Parece que, en la próxima revisión las cinco competencias en psicoterapias se incorporan a las demás "habilidades clínicas" y que se resumirán de cinco a tres o a menos.

En Canadá, la formación de los psiquiatras requiere cinco años durante los que se espera que se aprendan tanto tratamientos biológicos como psicoterapias individual, grupal y familiar. Se ofrece supervisión de psicoterapias una hora por semana como mínimo durante dos años. El entrenamiento en psicoterapia suele ser, de hecho, más extenso, debido especialmente a que, en el sistema de salud de Canadá, los tratamientos psicoterápicos se remuneran en su totalidad. En ese país, las Universidades de Toronto y McMaster expandieron ya en los años 90 los componentes de psicoterapia de sus programas(7).

En el Reino Unido, en el programa para residentes en Psiquiatría (dirigido por el *Royal College of Psychiatrists*) comprende tres años de especialidad básica y seis rotaciones clínicas de seis meses cada una con la exigencia de aprobar posteriormente las dos partes de un examen que, si es superado, confiere al candidato el diploma de especialidad en Psiquiatría. Cada cinco años se exige una reacreditación, Además, se puede recibir también formación en sub-especialidades que incluyen la psicoterapia.

Para adquirir experiencia psicoterápica hay cinco requisitos básicos: desarrollo de habilidades de entrevista; formación psicoterapéutica en un psiquiátrico; realización de un mínimo de tres casos breves (de doce a dieciséis sesiones), cada uno con un modelo psicoterapéutico diferente; un caso a largo plazo individual (doce a dieciocho meses), usando cualquier modelo apropiado; y alguna experiencia de psicoterapia de grupo o pareja, familia y terapia sistémica.

Las guías del *Royal College of Psychiatrists* establecen un mínimo de cinco requisitos de experiencia de psicoterapia : a) desarrollo de habilidades de entrevista, b) experiencia en la formulación psicoterapéutica de trastornos psiquiátricos, c) conducir un mínimo de 3 tratamientos cortos (de doce a dieciséis sesiones), cada uno con un modelo psicoterapéutico diferente, d) conducir un tratamiento individual largo (de doce a dieciocho meses) utilizando cualquier modelo, e) tener alguna experiencia en psicoterapia de grupo o pareja, familiar o sistémica (8).

En Alemania, una ley exige que todas las facultades de Medicina enseñen la psicoterapia y la medicina psicosomática, y esto ha llevado a la creación de varias cátedras nuevas y programas de formación independientes. En 2002 se establecieron nuevas regulaciones para la formación de médicos en el campo de la medicina psicosomática y de psicoterapia. En 2006 un estudio(9) exploró

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

la opinión de los profesores. Las nuevas reglas fueron evaluadas positivamente, aunque las valoraciones fueron menos positivas para los aspectos de "práctica clínica" y los objetivos de "aprendizaje afectivo" que, según parece, no habían sido logradas adecuadamente. Los nuevos formatos propuestos para los cursos se habían empleado bastante poco. Los problemas principales fueron la falta de recursos, la poca coordinación con otras áreas especializadas, y la dificultad de la evaluación.

En mayo de 2003 el consejo médico alemán facultó a cualquier médico a completar una formación avanzada en lo que se ha llamado "psicoterapia relacionada con la especialidad"(10). Los críticos vieron esta iniciativa como un riesgo de diluir la psicoterapia médica, pero la mayoría aplaudieron la posibilidad que ofrecía de utilizarla en psicósomática. La Universidad de Freiburg ha desarrollado en el departamento de medicina psicósomática y psicoterapia, un currículo que ofrece cursos en bloques durante un periodo de dos años.

D.2 Los programas españoles:

Los programas españoles se basan principalmente en los norteamericanos y en el británico. En España, a partir de 1984, en el primer programa MIR de Psiquiatría, se enumeraron como áreas de capacitación específica la psiquiatría infantojuvenil, la de la vejez, los aspectos psiquiátricos del alcoholismo y las drogodependencias y la administración psiquiátrica y de la salud mental. Aunque varios de los miembros de la Comisión propusieron la creación de un área de acreditación específica en Psicoterapia, prevaleció la idea de no recomendarlo porque se pensó que en realidad todos los psiquiatras deberían tener una formación psicoterápica y que el crear un área específica era limitar su importancia.

En cuanto al contenido y desarrollo del programa de formación, se marcaba una duración global del programa de 4 años, con una etapa de formación genérica de 2 años y una etapa de formación más específica en áreas de capacitación de 1 año.

El residente contaría, a lo largo de su formación, con un mínimo de 200 horas de supervisión de su trabajo práctico, la mitad para las técnicas terapéuticas biológicas y la otra mitad para las técnicas psicosociales. Se aconsejaba facilitar a los residentes la participación en experiencias de grupos verbales que les permitiera explorar la dinámica de sus relaciones inter-personales.

En conjunto, la experiencia de la formación de posgraduados en España por el sistema MIR ha resultado muy satisfactoria en lo que se refiere a la formación de psiquiatras. Sin embargo no se llegaron a desarrollar las áreas previstas de capacitación específica ni contenidos que favorecieran a la psicoterapia

En España, el programa de formación de Residentes aprobado por la primera Comisión Nacional de Especialidades, pese a sus deseos, no logró introducir exigencias sobre psicoterapia más allá de una mención a la conveniencia de que los residentes participaran en "experiencias grupales". Las asociaciones que participan en la FEAP (Federación Española de

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

Asociaciones de Psicoterapeutas) deben ajustarse a unas Normas de Acreditación de programas de formación de psicoterapeutas aprobadas por la Junta Directiva de la EAP ("European Association of Psychotherapists") el 16 de enero de 1998, con modificaciones aprobadas en enero de 2005, pero abarcan a todas las profesiones de la salud mental y no tienen un valor oficial. La actual Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría ha elaborado un nuevo programa de formación de residentes, aprobado por Orden Ministerial SCO 2616 del 1 de septiembre de 2008, que incluye un exigente esquema de plan para asegurar las competencias de los psiquiatras. Una sub-comisión de expertos lo está ahora desarrollando y tiene que someter una propuesta a finales del año 2009. Se realizará a lo largo de todo el llamado periodo de formación "nuclear" de los residentes R-1, R-2 y R-3 de forma longitudinal en el Servicio al que pertenece el M.I.R. Durante el periodo de "formación específica" (R-4) se podrá realizar un nivel de mayor intensidad formativa en psicoterapia, para los residentes que lo elijan, en centros acreditados para ello. El trayecto A El trayecto B

Exigencias formativas

	Teoría	Supervisión
Formación nuclear		
• Nivel 1	20 Horas	3 Casos
• Nivel 2	60 Horas	4 Casos
• Nivel 3	100 Horas	4 Casos
Formación específica		
• Nivel 4	200 Horas	5 Casos

D.3 La formación en los diversos modelos

En los EE.UU, el *Psychiatry Residency Review Committee of the Accreditation*

Council for Graduate Medical Education en sus nuevas exigencias(11) dice que el residente tiene que mostrar competencia en al menos cinco tipos de psicoterapias específicas: psicoterapia psicodinámica, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo, psicoterapia combinada con medicación y psicoterapia breve. Por su parte, en esa línea, la *American Association of Directors of Residency Training* (AADPRT) nombró un Comité sobre Competencias (*Task Force on Competency*) para ayudar a los directores a formular y gestionar sus programas y ha establecido cinco sub-grupos que han dictado ejemplos de competencias para cada modelo de psicoterapia: breve, cognitivo conductual, psicodinámica, de apoyo y combinada (psicoterapiapsicofarmacología) (6) y requisitos para alcanzarlos.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

Pese a la existencia de esos requisitos, la insistencia de muchos psiquiatras formadores en imbuir en los residentes el seguimiento estricto de las normas de la Medicina basada en las pruebas (*Evidence Based Medicine*) ha retrasado su cumplimiento. Por ello, la *American Psychiatric Association* (APA) estableció un "Comité de Psicoterapia para los Psiquiatras" presidido por Plakum que, para obtener una información más detallada de la situación, está desarrollando dos sondeos: uno para psiquiatras prácticos y otro para residentes. Propone este autor que se ofrezca un modelo de formación en psicoterapia que evite la competencia entre escuelas con lo que él llama un "formato en Y". En ese modelo se comienza enseñando las habilidades comunes del psicoterapeuta, independientes de la aproximación teórica, que incluyen la alianza terapéutica, la comprensión de los límites y la prescripción de medicaciones como parte de la terapia. El modelo compara después las diferencias entre las diferentes escuelas de psicoterapia.

Diversos expertos discutieron el papel futuro de la psicoterapia dinámica en la reunión de al APA en 2004. Los que se mostraban favorables subrayaban la importancia de la psicoterapia psicodinámica como básica en la identidad del psiquiatra, mientras que los que estaban en contra apoyaban sólo transmitir las habilidades psicoterapéuticas "basadas en las pruebas" y subrayaban los problemas de la escasez de tiempo de los psiquiatras y los residentes, los cambios en la práctica clínica, y la necesidad de demostrar las competencias en los campos exigibles.

En Canadá, en 2001, un "Comité de Revisión de competencias" ordenó que los programas de formación de residentes mostraran competencias en cinco formas de psicoterapia incluyendo la psicodinámica. Una encuesta (7) sobre la formación en psicoterapia de los programas canadienses, discutió los resultados de los programas basados en las pruebas manualizados, de tiempo limitado cognitivo conductuales e interpersonales, dando más importancia que antes a la evaluación de las competencias y a la integración de la tecnología. Encontró que, en realidad, estas últimas aproximaciones eran poco frecuentes comparadas con las dinámicas.

La Universidad McMaster ofrece formación dinámica, multipersonal y limitada en el tiempo (focal-emocional, cognitivo-conductual e interpersonal) en un programa que ha demostrado su eficacia(15). Factores más subjetivos como la empatía se tratan en primer lugar en el *curriculum*. Más avanzado el programa hay supervisiones de sesiones grabadas en video para que las supervisiones no se basen sólo en lo que nos cuentan los residentes y para obtener fiabilidad entre jueces. En Toronto, aunque el *curriculum* ha cambiado en los últimos años desde lo psicodinámico hacia las psicoterapias breves manualizadas (basadas en las pruebas). continúa desarrollándose las terapias dinámicas cortas y largas, y las de grupo, pareja o familia. Adicionalmente se enseñan aproximaciones integrativas.

En Gran Bretaña, el *Royal College* reconoce los siguientes cuatro modelos de psicoterapia: terapias basadas en la transferencia, terapias cognitivas, terapias "integrativas" y terapias grupales o familiares. La finalidad principal de una encuesta que se realizó en 2003 (8) era ver si se cumplían esas exigencias en Escocia y los resultados resultaron modestos.

En varios de esos países se señala que el creciente reduccionismo biológico, con el aumento

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

de la atención prestada a las neurociencias y la psicofarmacología, los modelos de psicoterapia breves y cognitivo-conductuales están siendo preferidos por los formadores y los residentes en detrimento de los dinámicos, lo que hace temer por el futuro de estos últimos. Un autor (12) propone para reavivar la psicoterapia profunda que haya en la residencia una subespecialidad en psiquiatría psicodinámica o psicoanálisis para que los psiquiatras que se formen en ella puedan hacer avanzar el tratamiento, la teoría y la investigación en esas áreas en el futuro. Otros autores opinan (13) que, pese a las importantes dificultades existentes para la enseñanza de la psicoterapia dinámica, si los formadores tienen claros sus objetivos, pueden, al menos, introducir a los estudiantes en las técnicas especiales de entrevista necesarias para obtener una información dinámica sensible. Con la expansión de las neurociencias en los entresijos de la memoria implícita y explícita, los formadores en psicoterapia pueden sentirse autorizados a una enseñanza integrativa de los diversos modelos de psicoterapia que incluya el dinámico.

Aunque algunos expertos piensan que mantener a la psicoterapia psicodinámica en un lugar importante de la formación no es bueno para la especialidad de Psiquiatría, otros (14) afirman que ninguna modalidad enseña más específicamente acerca de las vicisitudes del tratamiento individualizado que la psicoterapia psicodinámica. Por ello, el mandato del *Psychiatry's Residency Review Committee* de los EE.UU señala que los residentes necesitan al menos un conocimiento sólido de conceptos tales como transferencia, contratransferencia, defensa y resistencia. Recuerda que la psicoterapia psicodinámica no es difícil de enseñar en cuanto a las competencias requeridas, pero que es necesario que las unidades docentes den medios y faciliten experiencias amplias con pacientes reales. Ciertos expertos opinan que parece más eficaz insistir en que los residentes demuestren experiencia en profundidad en una o dos modalidades de tratamiento más que una competencia formal en las cinco modalidades de psicoterapia ahora requeridas, que son excesivas.

En varios de esos países, superando la tendencia a formas en modelos muy específicos, se propone el desarrollo de psicoterapias "integradoras" (16). Varios autores recomiendan (17, 18) distinguir entre las nociones de integración y eclecticismo. El objetivo de la primera es la síntesis conceptual de diferentes sistemas o modelos teóricos. La segunda, por contraste, es principalmente ateórica y está fundada en la aplicación empírica y pragmática de métodos y prácticas inspirados por diferentes modelos teóricos. Estos y otros (19, 20) autores creen que el eclecticismo se extiende en nuestro campo, por muchas razones. Así, Beitman (18) propone que existen varios factores que abogan por la idea de eclecticismo y de integración conceptual de los modelos teóricos: la proliferación de múltiples terapias; la insuficiencia de cada una de las teorías tomada de forma aislada; la ausencia de una eficacia superior de una terapia respecto a otras; la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias; la importancia concedida a las características de los pacientes y a la relación terapeuta paciente; y las circunstancias sociopolíticas. Estas últimas (reducción de recursos materiales, la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios, el aumento de la competitividad, etc.) aumentarán probablemente su presión sobre el sistema de Salud mental en el futuro.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

Por su parte, Coderch (21) señala cómo, en consonancia con las concepciones filosóficas post-modernas, es cada vez mayor el número de psicoterapeutas que adoptan una visión «pluralista» tanto en sus teorías como en sus prácticas diarias.

En cualquier caso, actualmente se tiende a una aproximación ecléctica o plural en las (22) psicoterapias en un movimiento hacia la integración conceptual de los modelos teóricos. Los resultados de una encuesta que realizamos en Suiza (23) confirmaban, en efecto, que los profesionales practicaban un cierto número de enfoques clínicos teóricos (psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico) en distintos encuadres (individual, familiar, de pareja o de grupo) (24). En otra investigación sólo sobre psiquiatras vimos que sustentaban enfoques clínicos variados pero con una tendencia claramente ecléctica (25). El 92% de los psiquiatras llevaban a cabo tratamientos mixtos; el 81% practica psicoterapias de inspiración analítica; el 80% entrevistas de pareja o de familia; el 47% terapias sistémicas; el 35% terapias cognitivas; y el 76% intervenciones ante terceros.

A nuestro modo de ver, sin embargo, la psicoterapia dinámica permite un enfoque genérico adecuado, un modelo conceptual coherente para todos los demás tratamientos (farmacológicos, cognitivo-comportamentales, sistémicos, etc.) que se prescriben porque los conceptos de inconsciente, de transferencia, de mecanismo de defensa, etc., son centrales para cualquier terapia, bien sea en la Psiquiatría hospitalaria o en las consultas ambulatorias.

D.4 Supervisión y Evaluación

La práctica de la supervisión en psicoterapia para los residentes ha variado desde hace veinte años. Aunque ya por entonces, en los programas de psicoterapia para los residentes norteamericanos, por ejemplo, la importancia dada a los tratamientos biológicos sobrepasaba a la otorgada a las psicoterapias (28), las supervisiones (individuales o en grupo) eran realizadas por profesores a tiempo completo y se privilegiaba el modelo dinámico aunque con aumentaba el interés por las terapias breves psicodinámicas. La utilización de supervisión por video o audio era limitada.

Actualmente muchos supervisores (26) están preocupados por el peligro de que se pierdan las habilidades psicoterapéuticas aportadas en el pasado por la supervisión psicodinámica se le dedica menos tiempo e interés.

Se está generalizando, en cambio, la exigencia de formación y evaluación en las psicoterapias “basada en las pruebas” como parte integral de la identidad de los psiquiatras, introduciendo en los programas de postgrado controles de los residentes y los profesores. Sin embargo, Kestenbaum y cols (27) en una encuesta mostraron que sólo un porcentaje modesto de las psicoterapias están “basadas en las pruebas”, utilizan un manual y han demostrado su eficacia en al menos dos estudios controlados (*Randomized Control Trials*) con muestras de suficiente poder estadístico. De hecho, dicen, aunque hablar de “psicoterapia basada en las pruebas” (*Evidence based psychotherapy*) esté de moda, pocos clínicos siguen sus criterios y no ocupa un lugar importante en la mayoría de los

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

programas de formación de residentes en psiquiatría.

Por otra parte, los directores de las unidades de formación de residentes deben ahora encontrar tiempo para evaluar a los residentes, además de enseñarles y supervisarles. La evaluación del grado de competencia que adquieren los residentes en psicoterapia se realiza, en general, realizadas mediante los informes de los supervisores. En una investigación (28) se vio que estos informes pueden una muy alta "fiabilidad entre jueces".

En estos últimos años se han realizado intentos de encontrar métodos más objetivos de evaluación (4). En el *McMaster Psychotherapy Program* se utilizan varios instrumentos de evaluación de las competencias con buenos resultados y alta satisfacción entre los implicados (15).

El método más empleado en los EE.UU es un examen de papel y lápiz que prueba la competencia de los residentes de psiquiatría en psicoterapia psicodinámica. El test (*Psychodynamic Psychotherapy Competency*) fue realizado en Columbia University (28) , ha sido utilizado en 60 programas en más de 1000 residentes y se ha mostrado fiable y válido. Es un test basado en viñetas de casos de la práctica clínica con descripciones de sesiones individuales y preguntas múltiples. La prueba dura 2 horas y media y fue aplicada a 36 expertos en psicoanálisis y a 206 residentes de 2º y de 4º de Psiquiatría en 10 programas en EE.UU. Los directores de los programas daban datos de número de horas de formación y supervisión psicodinámica y de la psicoterapia realizada por los residentes y evaluaban también sus habilidades en el cuarto año sobre la base de informes acumulados de los supervisores. En los resultados encontraron que había diferencias significativas en los tests de los residentes entre los años segundo y cuarto: los residentes más avanzados tenían mejores puntuaciones. Las puntuaciones medias entre los residentes de cuarto años en diferentes programas eran significativamente diferentes, pero los datos en el segundo año no variaban. Las puntuaciones más altas correlacionaban positivamente con el número de horas de psicoterapia realizado por los residentes y el número de horas de supervisión. Entre los residentes de cuarto año las puntuaciones de los tests correlacionaban positivamente con las evaluaciones de los directores de los programas.

Son muchos los expertos que alaban este procedimiento, como David Goldberg, Presidente de la Asociación Americana de Directores de Programas de Residentes de Psiquiatría. Sin embargo también hay acuerdo en que es discutible que podamos predecir muy bien el comportamiento adecuado de un residente en un área como la psicoterapia tan profundamente dependiente de habilidades individuales como la empatía y la intuición, que son difíciles de medir en un test de papel y lápiz. Esto necesita una apreciación más global. En cualquier caso, el test está ganando aceptación creciente en los programas de residencia.

Sin embargo, los métodos de evaluación no son lo único importante. Muchas de las encuestas aquí comentadas señalan la escasez de supervisores bien formados y la falta de encuadres adecuados. Por ello son interesantes las experiencias como la de la Universidad de Laval que ha creado una "Guía de encuadre clínico" para la supervisión y la evaluación o la de las Universidades de Toronto y McGill que tienen grupos de supervisores de post-graduados que se reúnen

periódicamente para mejorar sus competencias.

E. NECESIDAD DE UNA FORMACION ECLECTICA

La orientación teórica de los psiquiatras depende en gran parte del tipo de formación que reciben durante el internado y del tipo de práctica que llevan a cabo. En España, encontramos (29) una relación entre el lugar en el que trabajan los psiquiatras y el modelo teórico al que adhieren. El modelo médico estaba principalmente defendido por psiquiatras que trabajaban en Hospitales y por aquellos que trabajaban en centros para alcohólicos y para toxicómanos. Por otro lado, aquellos que ejercían en centros comunitarios de Salud Mental se inclinaban hacia el modelo psicodinámico.

Parecen existir varias razones por las cuales algunos psiquiatras se adhieren de forma excesiva a uno u otro de los diferentes modelos teóricos. Por ejemplo, unas determinadas inclinaciones de la personalidad (la falta de tolerancia a la ambigüedad, el autoritarismo, etc...) condicionan la forma de acercarse al paciente, a las personas en general y a la vida misma. Pero, respecto a esto, conviene subrayar que la personalidad de los médicos que quieren ser psiquiatras ha cambiado notablemente a lo largo de estos últimos años. Cuando el futuro psiquiatra comienza su residencia, tiene establecida buena parte de su identidad, en la que su definición profesional como médico desempeña un papel no despreciable. Ha sido ampliamente comentado, sin embargo, que la prolongación del rol de dependencia hacia sus formadores mantiene al residente en un modo de adolescencia tardía. El residente en psiquiatría debe, en esa que Erikson (5) llama "moratoria psicosocial", poner en cuestión su identidad como médico para adaptarla a la nueva identidad del psiquiatra. En ese proceso juegan un papel fundamental el tipo de tareas que desarrolla durante la residencia, las informaciones cognitivas que recibe y el modelado de su personalidad a través del contacto con los maestros, mediante procesos, más o menos inconscientes, de identificación. En efecto la orientación terapéutica y la ideología en general del psiquiatra se modelan parcialmente a lo largo de su residencia y se van haciendo más parecidas a las de sus profesores. Así, se ha demostrado que las actitudes de los residentes y de sus formadores respecto a los distintos modelos ideológicos psiquiátricos se van aproximando con el paso del tiempo durante la residencia.

El perfil profesional de los actuales psiquiatras(6) atrae a médicos con orientaciones cercanas a la "psico-neuro-endocrinología", lo que ha alterado considerablemente el perfil de los futuros especialistas. Los jóvenes médicos prefieren otras especialidades más atractivas, más eficaces y que requieren un compromiso personal menor. No parece, como algunos lo temen, que la profesión esté entrando en un proceso de desaparición, pero es cierto que hay una tendencia a limitar su campo de acción a la "neurobiología comportamental", confiando a otros especialistas que no son médicos los aspectos más psicológicos del sufrimiento mental. Sería por lo tanto necesario intentar evitar el riesgo de un enfoque excesivamente biologicista con nuestros psiquiatras en formación. Pero cuáles son los medios de los que disponemos y que nos permitirían poder influir en la ideología de un psiquiatra en formación ?

5. BIBLIOGRAFIA

1. Azcunaga D, Sacanell E, Guimon G. Perfil sociolaboral y actividades clínicas de los psiquiatras españoles: implicaciones para la formación de los residentes en psiquiatría. *Psiquis*. 1986;242(86):21-32.
2. Sacanell E, Guimon J. Opiniones de los directores de las unidades docentes de psiquiatría sobre los programas de formación de residentes. *Psiquis*. 1986;7:13-20
3. Mellman L. How endangered is dynamic psychiatry in residency training? *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2006;34(1):127-33.
4. Zisook S, Balon R, Björkstén KS, Everall I, Dunn L, et al. Psychiatry Residency Training Around the World. *Academic Psychiatry*. 2007; 31(4):309-25.
5. Plakun E. Finding psychodynamic psychiatry's lost generation. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):135-50.
6. Mohl P, Tasman A, Chan C, Sledge W, Summergrad P, Notman M. Psychotherapy training for the psychiatrist of the future Task force de la The Association for Academic Psychiatry and the American Association of Directors of Psychiatry Residency Training.
7. Ravitz P, Silver I. Advances in psychotherapy education. *Can J Psychiatry* 2004;49(4):230-7.
8. Bateman A, Holmes J. Psychotherapy training for psychiatrists: hope, resistance and reality. *Psychiatric Bulletin*,. 2001;25(124 -125).
9. Schrauth M, Nikendei C, Martens U, Henningsen P, Herpertz S, de Zwaan M, et al. Medical education in the field of psychosomatic medicine and psychotherapy at the German universities in 2006 *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2006;56.(11):438-44.
10. Fritzsche K, Dornberg M, Fritzsche K, Geigges W, Niklaus B, Noelle D, et al. Curriculum for additional advanced specialist training in psychotherapy--concept and initial experience in practice *Z Psychosom Med Psychother* 2008;54(2):192-201.
11. Mellman L, Beresin E. Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad Psychiatry*. 2003 27(3):149-53.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

12. Glucksman M. Psychoanalytic and psychodynamic education in the 21st century. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):215-22.
13. Goin M. Teaching psychodynamic psychotherapy in the 21st century. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):117-26.
14. Tasman A. Lost in the DSM-IV checklist: Empahty, meaning, and the doctorpatient relat... *Academic Psychiatry*; . 2002;26(1):38.
15. Weerasekera P, Antony M, Bellissimo A, Bieling P, Shurina-Egan J, Spencer A, et al. Competency assessment in the McMaster Psychotherapy Program *Acad Psychiatry* 2003;27(3):166-73.
16. Gabbard G, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist. *Am J Psychiatry*. 2001;158 (12):1956-63.
17. Lazarus AA. Multimodal therapy. In: R.J. C, editor. *Current psychotherapies*. 3 ed. Itasca Ill: FE Peacock; 1984.
18. Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *American Journal Of Psychiatry*. 1989;146(2):138-
19. Post RM, editor. *Research Advances in Psychiatry: an Update for a Clinician*. APA; 1990; New-York: Mobiltape - Valencia - CA -35.
20. Heim E. Integration oder Polarisierung der Psychiatrie. *Nervenarzt*. 1992;63:143-8.
21. Coderch J. La relación paciente-terapeuta.El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 2001.
22. Ehrensperger S, Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimon J. La pratique de la psychothérapie de groupe en Suisse. 2001.
23. Guimon J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*. 1997.
24. Beeler I, Lorenz S, Szucs T. Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. . *Soz Praventivmed*. 2003;48.(2):88-96.

LAS ACTITUDES ANTE LA PSICOTERAPIA DE LOS RESIDENTES Y LOS DIRECTORES DE PROGRAMAS

25. Guimón J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*. 1998;149(1):29-39.
26. Weissman M, Verdeli H, Gameraoff M, Bledsoe S, Betts K, Mufson L, et al. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):925-34.
27. Kestenbaum C. Reminiscences of a training director and the future of training programs. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006;34(1):29-41.
28. Mullen L, Rieder R, Glick R, Lubner B, Rosen P. Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competencies. *Am J Psychiatry*. 2004 161(9):1658-64.
- 29- Guimon J, Azcunaga D, Sacanell E. Orientacion teorica de los psiquiatras espanoles. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*. 1987;XV(2):173-83.