

# Acerca de la formación de los residentes en Psiquiatría y de su proceso de aprendizaje

R. GOMEZ ESTEBAN\*

A partir de los años 50, año en que se define la especialidad de la Psiquiatría en Francia, se han producido grandes cambios en el quehacer del psiquiatra. Cambios motivados por varios factores, entre otros, el descubrimiento de los psicofármacos, los movimientos antipsiquiátricos, los de sectorización y psiquiatría comunitaria, así como por la introducción de nuevas concepciones teóricas y técnicas, como el psicoanálisis, la psicoterapia de grupo, las terapias sistémicas, las terapias cognitivas, las nuevas terapias biológicas, etc. Hasta esa época los únicos lugares de asistencia eran los hospitales psiquiátricos, y el espacio donde se realizaba la formación de los psiquiatras era la Universidad, única institución acreditada para la adquisición de conocimientos científicos (1).

Estos cambios tan importantes en los modelos de atención psiquiátrica, en las concepciones teóricas y en las intervenciones terapéuticas han incidido tanto en el psiquiatra como en los lugares de asistencia. Hoy en día los Hospitales Psiquiátricos están en proceso de transformación y desaparición, ha habido un desarrollo importante, aunque diferente, de otros dispositivos, entre ellos, los Servicios de Salud Mental Comunitarios, los Servicios de Psiquiatría y Unidades de Agudos en Hospitales Generales, los Hospitales y Centros de Día, etc. Paralelamente a estos cambios también se ha desplazado el lugar de la formación y se realiza en los lugares donde se hace la asistencia, en los dispositivos de Salud Mental del Área y, fundamentalmente, en los Servicios de Salud Mental Comunitarios.

Modelo de formación que se transforma en relación a la historia de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental, del aprendizaje de un oficio al lado de los "maestros" a la preocupación por el desarrollo de programas de formación dentro del Área. En este momento, en el que la mayor demanda se produce en el ámbito comunitario, si la formación se realiza solamente en el contexto hospitalario, se pueden producir dificultades en la incorporación a los equipos comunitarios, ya que los distintos ámbitos exigen instrumentos terapéuticos y estrategias diferentes.

Volviendo a la especialidad, la Psiquiatría es un campo de problemáticas cuya complejidad ya observamos en su propio origen, espacio de convergencia entre diferentes disciplinas científicas, entre ellas, la Biología, Neurología, Psico-

farmacología, Psicopatología, Psicología, Psicoanálisis, Lingüística y Sociología; encuentro entre disciplinas diversas que supone un vasto campo de conocimientos y que ha de incluir otros, procedentes del campo legislativo, de la planificación y gestión, de la evaluación, etc.; extenso marco teórico-práctico al que tiene que enfrentarse el psiquiatra, complejidad que se une a una gran heterogeneidad en los modelos teóricos que tratan de explicar el sufrimiento psíquico y sus alternativas terapéuticas.

Esta complejidad nos acerca a las dificultades para reflexionar sobre la formación de los especialistas en Psiquiatría, reflexión necesaria porque la formación tendrá una influencia determinante en la práctica posterior del psiquiatra. Dificultades que el propio residente va a sufrir desde el inicio y a lo largo de su formación, ya que es frecuente que se produzca una relación de dependencia con sus docentes y que éstos posean formaciones teóricas diferentes y defiendan paradigmas enfrentados y prácticas muy diversas. Desde los que creen prioritaria la medicación, desvalorizando las técnicas psicológicas, o, por el contrario, los que valoran lo psicológico y no lo médico o social, o las técnicas psicosociales. Incluso se puede observar, dentro de una concepción psicológica de la enfermedad, los que dan exclusividad a lo individual en detrimento de lo grupal, o los enfrentamientos entre las diferentes tendencias, por ejemplo, las que se dan dentro de la concepción psicoanalítica (kleinianos, freudianos, lacanianos, etc.). Paradigmas teóricos y polémicas entre diferentes escuelas que, aunque son importantes líneas de investigación de estos procesos tan complejos, muchas veces esconden verdaderas luchas de poder para ser hegemónicas y mantenerse en un lugar de preponderancia frente a las demás.

Complejidad por las disociaciones múltiples entre lo biológico, lo psicológico y lo social, disociaciones que incluso pueden estar representadas por los diferentes profesionales que conforman el equipo: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. Como emergente, en algunos equipos se observan las acusaciones de los psicólogos a los psiquiatras sobre el uso de un discurso psiquiátrico médico y la de los psiquiatras hacia los psicólogos de psicologizar excesivamente los conflictos, negando otro tipo de problemáticas. Disociaciones que aparecen sobre todo en los momentos de crisis de los equipos y que, si se intensifican y estereotipan, no permitirán la integración de estos aspectos que aparecen tan disociados en los pacientes con psicopatología grave.

Equipo, uno de los ejes centrales dentro de nuestro trabajo

(\*) Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Parla.

jo, en el que es preciso compartir las tareas y responsabilidades de la asistencia con otros profesionales, participación en un grupo de cuya organización, distribución de tareas y funciones va a depender la calidad de la atención a los pacientes, interrelaciones donde surgen sentimientos de competencia, rivalidad, envidia, celos, amor/odio, etc., sentimientos que dependen de lo personal y de la dinámica institucional, relaciones afectivas que facilitarán o dificultarán la elaboración de un proyecto común.

## PROGRAMA DE FORMACION

En el proceso de formación de los residentes en Psiquiatría en las Instituciones Públicas, hay que tener en cuenta, al menos, dos elementos: que en dicho proceso adquirirá su identidad profesional y que, en la profesión, el psiquiatra ha de asumir una gran diversidad de tareas y funciones. Entre ellas:

- Descartar la posibilidad de una enfermedad orgánica.
- Conocer el desarrollo normal del individuo, para diferenciar lo que es efecto del desarrollo o es índice de un problema psicopatológico.
- Conocer la psicopatología y los criterios diagnósticos para poder hacer un diagnóstico diferencial.
- Hacer evaluaciones en las que es central el análisis de la demanda del paciente, detectar las problemáticas más urgentes, así como plantear un diagnóstico de presunción y la indicación terapéutica más adecuada.
- Valorar el riesgo de suicidio, homicidio y la necesidad de hospitalización.
- Manejar los psicofármacos, conocer las pruebas de laboratorio y hacer exploraciones neurológicas.
- Hacer intervenciones en crisis y en situaciones de urgencia.
- Utilizar técnicas psicoterapéuticas, individuales, de pareja, familiares y grupales, con las especificidades y dificultades de cada una.
- Poseer conocimientos referentes a la rehabilitación y reinserción social.
- Tener conocimientos grupales que favorezcan la comprensión de la dinámica del equipo y de la institución y faciliten las tareas de coordinación con los diferentes dispositivos de la red, unidades de agudos, rehabilitación, centro de día, atención primaria, servicios sociales, etc.
- Psiquiatría de enlace.
- Programas específicos de atención a la infancia, a la vejez, a la drogadicción y atención a domicilio.
- Intervenciones sociocomunitarias, que incluye la detección de problemática social y derivación a los Servicios Sociales, con especial cuidado en no psiquiatrizar problemas de origen social.
- Peritajes psiquiátricos y conocimiento de la legislación psiquiátrica.
- Conocimiento de la trascendencia de la relación médico-paciente.

En este amplísimo panorama podríamos incluir otros conocimientos, también fundamentales, como metodología de la investigación, epidemiología, técnicas de gestión, historia

de la psiquiatría, etc., (2). Aspectos y áreas de capacitación que también se pueden encontrar, aunque tratados de modo diferente, en el Programa de Formación elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad. Esta Comisión es responsable de la acreditación de los Centros docentes de la Especialidad y de los programas de formación de los especialistas en Psiquiatría (3), siendo dos de sus integrantes representantes de Sociedades Científicas, una de ellas, desde hace unos años, la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Hace unos meses, y de modo incomprensible, el Tribunal Supremo ha fallado en contra de su presencia en la misma, a pesar de ser la Asociación Científica de mayor importancia por tradición y número de miembros, ya que está integrada por la mayor parte de los psiquiatras del Estado Español, muchos de ellos con puestos de máxima responsabilidad tanto en los Servicios Asistenciales Públicos como en los de Planificación y Gestión. Sentencia judicial a favor de que los dos miembros representantes de Asociaciones Científicas fueran ambos de la Sociedad Española de Psiquiatría, a pesar de que el papel de la AEN, por su representatividad y objetivos de defensa de un modelo de asistencia psiquiátrica comunitaria y de salud mental, es fundamental en la estructuración de la formación de los residentes de Psiquiatría en nuestro país.

En relación al programa de formación, es preciso la actuación de un equipo institucional que, por una parte, priorice los contenidos y los modelos teóricos necesarios para la práctica clínica y, por otra, conozca las limitaciones de su red asistencial, red que está planteada como la posibilidad de abarcar la diversidad de tareas y funciones implicadas en el aprendizaje del residente, pero en la que pueden existir carencias, por lo que es responsabilidad del equipo facilitar las rotaciones pertinentes de los MIR fuera del Área cuando sea imprescindible.

## PROCESO DE APRENDIZAJE

El proceso de aprendizaje que se genera en la práctica asistencial y el trabajo de investigación se estructuran en base a tres elementos centrales: la relación médico-paciente, el trabajo en equipo y la institución.

Solamente quería referirme a uno de los elementos, e insistir en que es un aspecto muy relevante: las ansiedades que experimenta el profesional frente al objeto/sujeto de nuestro estudio y trabajo, *la relación con el paciente*, uno de los aspectos más importantes tanto durante la formación como posteriormente en el quehacer de nuestra profesión. Relación fundamental, que es uno de los motivos de ansiedad del residente y que incluso está en el origen de los abandonos durante los primeros años de la residencia, situación que es importante conocer ya que, además, determina, en ocasiones, de una manera significativa tanto el diagnóstico como la intervención terapéutica.

Ansiedades por el cuestionamiento que produce el paciente que no se conoce, el que está deprimido, o el que se presenta muy demandante, o con problemas con los que se puede identificar el residente, ansiedades ante pacientes que

se muestran impotentes, ante pacientes agresivos o suicidas que enfrentan al residente con la violencia, la agresividad, la muerte; o aquellos que seducen o presentan problemas sexuales y le interrogan sobre su propia sexualidad. Por todo ello es necesario que el residente paulatinamente aprenda y vivencie que en su relación con el paciente psicótico o neurótico, tiene que enfrentarse con hechos tan importantes para el ser humano como son el desconocimiento, el aislamiento, la incomunicación, el sufrimiento, la ansiedad, la tristeza, la sexualidad, la agresividad, la violencia, el amor, el odio, la muerte, etc.

Sentimientos y situaciones difíciles generadoras de ansiedades que podrá elaborar y, a su vez, ayudar a enfrentar al paciente en la medida en que pueda tener en cuenta en su trabajo no solo los conocimientos teórico-prácticos científicos necesarios para el ejercicio de su profesión, y pueda —a través de los espacios precisos de formación, observación de pacientes, de psicoterapias, análisis personal, supervisión, sesiones clínicas, discusión de casos, trabajo en equipo, etc.— conocer acerca de su deseo de ser psiquiatra, su forma de relación con los demás, sus propias dificultades y como éstas pueden influir en su relación con el paciente y los compañeros del equipo.

Este aprendizaje, que se iniciará en la residencia a través de una responsabilización progresiva en las diversas tareas del quehacer psiquiátrico, se irá profundizando a lo largo de nuestro trabajo en una formación continuada en la medida en que seamos capaces de mantener nuestra ilusión por el trabajo y por ayudar a los pacientes, ilusión que muchas veces es difícil conservar por las dificultades inherentes al trabajo, por la dinámica del equipo y por los determinantes de la propia institución y administración.

Cuando nos referimos a la formación de los futuros psiquiatras es preciso tener en cuenta la complejidad del campo de trabajo en sí, la enfermedad mental. Enfermedad, producto emergente de factores biológicos, psicológicos y sociales, con diferentes formas de expresión y de gravedad en función de la preponderancia e intensidad de cada uno de ellos; las formas más graves surgirían en momentos más precoces del desarrollo del sujeto, impidiendo y perturbando el proceso de simbolización y elaboración del sujeto. Enfermedades diversas en función de la historia y biografía del sujeto, en las que, además de los factores biológicos implícitos en el proceso y en la intervención terapéutica, son nucleares los factores familiares tanto en su génesis como en su comprensión y tratamiento.

En este sentido, *la historia clínica* ha de ser uno de los principales instrumentos del residente, en la que éste a partir del motivo de consulta podrá hacer un análisis de la demanda del paciente, elemento fundamental, junto a las fantasías acerca de la enfermedad y del tratamiento para poder plantear un proyecto de intervención terapéutica. Recoger la historia de la enfermedad, edad de inicio de la misma, factores desencadenantes, tiempo de evolución, principal sintomatología, internamientos y situaciones de crisis. Asimismo la historia biográfica del sujeto y de la familia, antecedentes psiquiátricos, psicopatológicos y médicos, formas de relación con los familiares más significativos. Síntomas que nos remiten a una psicopatología, a un diagnóstico, pero que tam-

bién nos muestran el discurso del paciente, a través del cual observar el sentido de su sufrimiento, de su malestar y las dificultades para su elaboración.

Trabajo complejo para el residente el de diagnosticar, ya que a las dificultades propias del caso se unen las múltiples clasificaciones que existen al uso, cada una de ellas centrando su interés en aspectos tan diversos como los síntomas, la conducta, el discurso del paciente, etc. Por otra parte, hay que tener cuidado con la exigencia institucional de diagnosticar y curar, ya que ello nos puede llevar a hacer diagnósticos apresurados y reducir los síntomas que no se comprenden a un diagnóstico y no a una presencia singular de un sujeto. Es decir, el diagnóstico no se puede establecer solamente en función de los síntomas, sino que es preciso investigar también otros aspectos para poder hacer un diagnóstico diferencial, conocer los mecanismos de defensa, las fantasías del sujeto, la relación con la madre, la estructuración edípica, etc. Es decir, el diagnóstico ha de funcionar como hipótesis que permita operar y no convertirse en certeza que conduzca, en ocasiones, al nihilismo terapéutico y ensombrecza, de este modo, tanto el pronóstico como las posibilidades de tratamiento.

En esta línea, insisto en que para el residente el problema no es solo la adquisición de una buena formación en psicopatología y psicofarmacología, ya que proviene de la medicina y está acostumbrado al discurso y a los conocimientos médicos, sino que el problema surge sobre todo cuando tiene que captar otros aspectos también implícitos en la enfermedad mental, tener que pasar del campo de la observación, de la mirada, al campo de la "escucha", campo que precisa una instrumentación distinta, al principio desconocida y por tanto comprensiblemente rechazada, campo con dificultades específicas propias, ya que tiene que centrarse no solo en los síntomas y en lo manifiesto del discurso del paciente, sino tratar de "leer" lo que el paciente quiere decir y está más allá de los síntomas que refiere.

El residente en este sentido tiene que atender al paciente no solo como un cuerpo biológico, como hace la medicina, sino tratar de verlo como aquello que lo define, "un ser psíquico y social". Pasar de un lugar de observador neutral de los fenómenos que manifiesta el paciente, a una escucha en la que podrá relacionar esos síntomas con las circunstancias actuales y la vida del sujeto. Este paso de la "mirada" a la "escucha" a su vez produce otros efectos tanto en el médico como en el paciente.

Pasaje del lugar del saber, del poder, de la omnipotencia al lugar de la ignorancia donde el que "sabe" es el paciente. Cambio que no se puede hacer sin ansiedades y resistencias, por el cuestionamiento y la pérdida que supone para el profesional, pero también cambios en el paciente en el sentido de que las depositaciones del saber devueltas por el médico tendrán que ser asumidas por él mismo, distintos lugares que posibilitarán la elaboración de esa relación de dependencia, de transferencia que le permitirá enfrentarse con su propia problemática.

El residente, en la observación de los pacientes y del quehacer de sus compañeros de más experiencia y los responsables de su formación, irá aprendiendo ese diferente lugar para el médico, que de ser un observador neutro que diag-

nostica y pone tratamiento que es aceptado pasivamente por el paciente, trata de analizar la demanda de éste y sus posibilidades o imposibilidades de intervención. Puesta en juego del deseo de ambos y donde el discurso del paciente, no solo el síntoma, permitirá la intervención del profesional. Si insisto en la relación entre el psiquiatra y el paciente, es porque dicha relación permite al paciente reeditar las relaciones más significativas que ha tenido a lo largo de su vida, condición de posibilidad para elaborar la relación consigo mismo y con los otros, aspecto fundamental para su evolución y pronóstico.

Elementos tan importantes para la práctica clínica, como el conocimiento de la psicopatología y la psicofarmacología pueden profundizarse teóricamente y transmitirse en la asistencia concreta a través de la observación de las entrevistas de los residentes con más experiencia, de los compañeros, del tutor o del profesional encargado de su formación. La trascendencia de la relación con el paciente se puede elaborar en los tratamientos supervisados y vivenciar en su propio análisis, otro de los instrumentos de gran utilidad en la formación del residente (4), espacio donde puede internalizar sus propias dificultades, mecanismos de defensa, y todo aquello que le permitirá ampliar la comprensión de sus pacientes.

Remarco estas cuestiones porque después el residente será bastante probable que trabaje en Servicios de Salud Mental Comunitarios y que atienda a un grupo de pacientes crónicos con los que, en algunos casos, envejecerá simultáneamente, por ello el vínculo con sus pacientes, y sobre todo cuando es una relación prolongada en el tiempo, será una de sus principales herramientas y también fuente de dificultades.

## ACTIVIDADES DE SUPERVISION Y TUTORIAS

El aprendizaje del modo de hacer una historia clínica, del análisis de la demanda, de los factores implicados en el proceso de enfermedad, de las hipótesis diagnósticas, de los tratamientos farmacológicos más pertinentes, del tipo de vínculo que establece el paciente y los sentimientos que se generan en el profesional como respuesta a ese paciente, son cuestiones que se pueden ir aprendiendo a lo largo del proceso de formación, no solo observando el residente el trabajo clínico del enseñante sino responsabilizándose del tratamiento a través de la supervisión de los casos con el supervisor o el tutor.

Supervisiones que se pueden realizar de una manera individual o grupal, espacios donde se pueda reflexionar sobre el paciente, estudiar las posibilidades de tratamiento y tratar de analizar los fenómenos transferenciales puestos en juego en esa relación. No hay que entender este proceso de aprendizaje de un modo unidireccional, en el que solo aprende el residente, sino que a través de estos espacios ambos se enriquecen y el que ya es "especialista" puede reflexionar sobre su propia práctica, sus limitaciones, profundizar en sus instrumentos terapéuticos y plantear las indicaciones terapéuticas más adecuadas. Lugar también difícil para el enseñante, ya que tiene que cuestionarse sobre su saber e interrogarse acerca de la transmisión del mismo.

En la supervisión la relación con el supervisor también va a determinar el aprendizaje, relaciones complejas por la situación de dependencia del residente y los probables intereses diferentes de ambos; en este sentido, el staff tiene que preguntarse por las necesidades del residente y sus posibilidades de intervención; relaciones que además están atravesadas por la dinámica del equipo y de la institución. Relaciones en las que el residente ha de encontrar su propio camino, conocer sus necesidades, motivaciones y no verse obligado a adscribirse a las líneas teóricas de sus enseñantes.

Si estas actividades no se organizan con encuadre explicitado, calidad suficiente y de manera continuada, es habitual que el residente experimente malestar si no encuentra a algún miembro del staff con buena voluntad o interesado en apoyarle u orientarle, situación que también marcará el proceso de formación. En este sentido y en los diferentes dispositivos donde se realice, sería importante reconocer los tiempos acreditados para la docencia, reconocimiento institucional tanto para el supervisor como para el MIR, reconocimiento de la figura del supervisor, que se podría encargar de garantizar la formación en aspectos parciales del quehacer del psiquiatra, ya fueran los tratamientos biológicos, las psicoterapias, las intervenciones sociales, etc., designación en función de su formación previa.

Por otra parte, es imprescindible la figura del tutor, o más de uno si hay varios MIR, cuya función podría ser responsabilizarse de la formación global del residente, de coordinar su formación teórico-práctica y contener las ansiedades implícitas en el proceso de formación. Tutor que se preocupe también del lugar y función del residente dentro del equipo evitándole identificaciones prematuras con alguna teoría como modo y medio de encontrar una pseudoidentidad de terapeuta dentro del equipo (situación muchas veces propiciada por la propia institución).

Proceso de aprendizaje a través del cual los responsables de su formación le ayudarán a integrar las múltiples tareas teórico-prácticas, conocer los diversos modelos y paradigmas para que pueda estructurar un esquema referencial teórico y práctico que le permita operar. Proceso de aprendizaje en relación complementaria con el de enseñanza, si tenemos en cuenta que "enseñar es básicamente dejar aprender".

Por otro lado, una actividad que sería importante, y que ya recomienda el Programa de Formación de la Comisión Nacional de Especialidades, es la participación de los residentes en experiencias de grupos verbales que les permitan explorar la dinámica de sus relaciones interpersonales, grupos que ya demandaban Sadock y Kaplan hace 20 años. Estos grupos de los que tengo experiencia con psicólogos y asistentes sociales, son de gran utilidad cuando se coordinan con la técnica operativa de grupo (5).

En ellos, la tarea sería trabajar sobre las ansiedades que se generan en el aprendizaje del residente; grupos donde se puede integrar los aspectos teóricos y prácticos, los elementos afectivos con los intelectuales, vivenciar la importancia de la expresión de las emociones y sus dificultades, la influencia de la dinámica grupal sobre el individuo, los diferentes roles dentro de los grupos, los mecanismos de defensa, es decir, el funcionamiento de lo grupal e individual, elemen-

tos que le permitirán una mayor comprensión del proceso intrapsíquico, interpersonal y del proceso de enfermar en general.

El trabajo de supervisión de los residentes o del staff (6) es un espacio privilegiado donde se puede articular los problemas teóricos y técnicos de la práctica clínica, es necesario tener en cuenta algunas limitaciones cuando el trabajo de la supervisión lo hace alguien que esté dentro de la institución, ya que, la distancia es menor al estar ambos atravesados por la dinámica institucional; pero, si proviene de la práctica privada, también hay que tener en cuenta que los problemas en ese ámbito son muy diferentes de los surgidos en la práctica pública, por ello sería importante encontrar a alguien que tuviera larga experiencia en lo público y en el trabajo institucional.

## DOCENCIA EN LA ZONA SUR DE LA CAM

En la zona Sur de la Comunidad Autónoma de Madrid, que integra las Areas VIII, IX y X, y que atiende a una población de 1.000.000 de habitantes, los residentes hacen su formación rotando por los diversos dispositivos asistenciales y están adscritos a los Servicios de Salud Mental Comunitarios, dispositivo central en su formación y donde el residente va a desarrollar su labor asistencial durante, al menos, la mitad del periodo de su residencia.

Para cumplir la normativa relativa a la formación de los MIR y seguir las recomendaciones de la Ley General de Sanidad y las de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (7), se estructuraron las Comisiones de Docencia, la primera en el año 1983. La de la Zona Sur está integrada por los diversos responsables de docencia de todos los Servicios de la Zona, Comisión que trata de ordenar las actividades docentes de los MIR y actualmente de los PIR, con grandes carencias en la formación continuada de los psiquiatras de los Servicios y, sobre todo, en lo referente a la formación de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales, limitaciones que, solo en parte, se pueden justificar por un escaso presupuesto económico.

Por la trascendencia de los objetivos de las Comisiones de Docencia es preciso que tengan un funcionamiento democrático, que haya una participación real de los profesionales de los servicios comunitarios y que estén dotadas de un adecuado presupuesto económico que posibilite una estructuración seria de la Docencia en las Areas, docencia que facilitará el pasaje a unos profesionales del Hospital al Area (psiquiatras y enfermeras), y, a otros, su incorporación más reciente a los equipos (psicólogos y asistentes sociales). De otro modo seguiremos observando el emergente de estas carencias: la alta demanda de los profesionales sobre formación a las instituciones privadas, hecho que también marcará la asistencia en los Servicios Públicos.

Por otra parte, en la docencia interviene la Comisión de Tutores, que está formada por los tutores de todos los Servicios de la Zona, figura que actualmente recae en la misma persona que hace la función de Jefe de los Servicios, hecho que, en algunos casos, puede dificultar el proceso de formación ya que es el mismo profesional que dirige la institución.

Ambas Comisiones tratan de evaluar, detectar las carencias, establecer los criterios y las programaciones de actividades a realizar durante todo el año. Desde hace un año y para facilitar la realización de las tareas asistenciales se ha concentrado en un día a la semana, los miércoles, las actividades de la docencia, los residentes durante toda la mañana participan en seminarios, grupos, cursos, conferencias, sesiones clínicas, bibliográficas, de investigación, etc.

Una de las actividades de los miércoles, a primera hora de la mañana, es el grupo de indicaciones terapéuticas iniciado por Jose Jaime Melendo y al que yo me incorporé posteriormente, en el que semanalmente los residentes traen las entrevistas de los pacientes que están atendiendo en sus respectivos centros de trabajo, primeras evaluaciones, entrevistas de seguimiento, o cualquier material que suscitaba su interés. En el grupo, los residentes discutían todo aquello que les sugería el caso, la psicopatología, la personalidad del paciente y su demanda, los factores desencadenantes, los posibles diagnósticos y las diversas estrategias e indicaciones terapéuticas.

Espacios de supervisión donde se podía profundizar en los aspectos transferenciales, contratransferenciales individuales e institucionales, y en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas no solamente en función de la demanda del paciente sino de los recursos de la propia institución y del profesional (8). Tratamiento psicofarmacológico combinado con psicoterapia de apoyo, o psicoterapia, individual, familiar o grupal, combinada o no con psicofármacos, medidas de apoyo social, inclusión en programas de rehabilitación, etc.

Los espacios de supervisión y discusión de casos es conveniente que estén organizados con un encuadre claro y explicitado en todos sus elementos, tarea, participación, roles, tiempo y lugar. Encuadre que se refiere a las constantes que permiten el desarrollo del proceso de formación y que posteriormente será uno de los instrumentos centrales de su trabajo.

Espacios que han de ser reconocidos y estimulados por la Comisión de Docencia y la de Tutores del Area, ya que a lo largo de estas experiencias el residente adquirirá su identidad profesional y podrá aprender a reconocer los síntomas, hacer exploraciones psicopatológicas, escuchar al paciente y analizar su demanda, la trascendencia del encuadre en la relación con sus pacientes, la distancia más adecuada en el vínculo con éstos, aprender los obstáculos y las resistencias que pueden surgir a lo largo de los tratamientos, elaborar las preguntas, señalamientos e interpretaciones más adecuadas, es decir, aprender las herramientas de su profesión.

Aprendizaje donde es central articular la teoría con la práctica, el pensamiento con el afecto, aspectos que siempre se presentan tan disociados en el aprendizaje. Elementos tan necesarios de anudar cuando trabajamos con pacientes que presentan múltiples aspectos de su vida tan disociados.

En los Servicios de Salud Mental de Parla donde actualmente trabajo, a pesar de las dificultades inherentes a todo proyecto institucional, existen algunos espacios de docencia que creo sería conveniente cuidar y estimular. Las sesiones clínicas, una vez a la semana, donde cada uno de los profesionales del equipo presenta un paciente o una situación que es de interés por su complejidad, espacios de refle-

xión y discusión, lugares importantes para la formación del residente.

También tenemos un grupo semanal formado por los psiquiatras del equipo y los residentes, en ese espacio trabajamos aspectos más específicos como la descripción fenomenológica, la exploración psicopatológica, los criterios diagnósticos, casos problemáticos de diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico, elaboración de protocolos para pacientes psicóticos, derivaciones, espacio donde son los residentes quienes presentan los casos a discutir.

También quincenalmente tenemos otro espacio grupal donde un profesional que no pertenece a la institución coordina una experiencia de discusión de los pacientes tratados por el propio staff, un lugar de aprendizaje, de formación continuada y de reflexión de la práctica. Espacios de aprendizaje que se empiezan a realizar en algunos Servicios de Salud Mental y que si se generalizan podrán tener como efecto una mejor formación de los profesionales de los Servicios y por tanto de los futuros psiquiatras de nuestro país.

Antes de terminar, quería señalar dos riesgos a considerar en la organización de las actividades de formación en los Servicios Públicos: que se nieguen las diferencias y no se discriminen los espacios en función de la profesión y los diferentes roles institucionales, o que sean tan específicas que no permitan ponerse en común los diferentes esquemas referenciales, hecho que empobrecería la discusión y el debate dentro del equipo.

El reconocimiento de estas actividades docentes, como ya señalaba, ha de ser claramente explicitado, con la acreditación del tiempo destinado a docencia tanto para el staff como para el residente, ya que si no dedicamos este esfuerzo a la docencia seguiremos dedicando el cien por cien del quehacer a las tareas asistenciales y como todos sabemos no puede haber una asistencia reflexionada y planificada sin docencia (9), y si nos preocupa la formación de los MIR es por el deseo e interés de una mejora de la calidad de la asistencia psiquiátrica y de Salud Mental en nuestro país.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Angosto Saura T. Reflexiones y noticias sobre formación. Jornadas sobre la reforma psiquiátrica, AEN Junio 1988.
2. Guimon J. Psiquiatras: de brujos a burócratas. Ed Salvat Barcelona 1990.
3. Aparicio Basauri V. Formación del médico especialista en Psiquiatría. Revista AEN n.º 20. Madrid 1987.
4. Poster y Quetel. El oficio de psiquiatra y la enseñanza de la Psiquiatría. Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
5. Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La Concepción Operativa de Grupo. Editado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 1990.
6. Saidon O. Supervisión y Formación en Instituciones Públicas. Boletín n.º5. Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal. Madrid 1984.
7. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid 1985.
8. Morton Reiser MD. Are psychiatric Educators "losing the mind"? American Journal Psychiatry 1988; 145: 2.
9. Leal F. La formación de los médicos residentes en Psiquiatría. Revista AEN n.º5. Madrid 1982.