



# VNIVERSITAT E VALÈNCIA

**Facultad de Medicina y Odontología**

**Departamento de Medicina**

**Línea de investigación: Psiquiatría**

**Programa de doctorado: 3139 Medicina**

***La enseñanza de la psicopatología descriptiva:  
estrategias educativas para la mejora de la formación  
de residentes de psiquiatría***

**Doctorando: Jon Iñaki Etxeandia Pradera**

**Director: Dr. Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe**

**Valencia, noviembre de 2022**

*Aitari, nigan dirauelako*

*Amari, denagatik*

## **Agradecimientos**

Al profesor Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe, por ser cada día referente y fuente de inspiración como clínico, docente, investigador y persona. Gracias por confiar en mí y ser el guía que ha sabido impulsar, dirigir y mejorar este proyecto y este doctorando.

A todos los miembros del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia implicados en la formación y en su mejora, tanto adjuntos como residentes, de ayer y de hoy. A los pacientes y familiares que en estos años han dedicado parte de su tiempo a relatarme sus vivencias y, en definitiva, a enseñarme.

A Daniel Martínez Uribe, por su amistad y colaboración: este proyecto no podría entenderse sin su estímulo intelectual y vital desde que nos conocimos siendo residentes. A Francisco Bellver Pradas, por enriquecerme tan generosamente con su maestría clínica y su afecto en todos estos años. A María José Echánove Lanuza, por la fortuna de haberla tenido como supervisora siendo residente. A Elena Pilar Guillot de Mergelina y Alfonso Pastor Romero, por ser como son.

A la profesora Marková, por acogerme como rotante externo y brindarme una supervisión maravillosa por la que solamente puedo expresarle mi gratitud y admiración.

A los profesores Berrios y Fuchs, por su amabilidad y consideración cuando siendo un nervioso residente les asalté en algún congreso y me dedicaron unos minutos (y algún libro). Al profesor Sanjuan, que organizó una jornada que confirmó mi interés en el tema. Al profesor Nacher por su ayuda para que esta tesis saliera adelante. A los miembros de SEFSE-AREDA, que nos dieron nuevas claves sobre la educación médica y la formación sanitaria especializada.

A todos los expertos participantes en el proceso Delphi, por colaborar con el proyecto y compartir su tan valioso conocimiento y su experticia. Al profesor Landeta, que dio un impulso decisivo para poder encarar y culminar con éxito el proyecto. Al profesor González Such, por su visión y aportaciones desde el ámbito de la educación.

A mis amigos de Gernika-Lumo, por esas ganas de vivir que hacen mejor y más grata la existencia. Ibon eta Eneko, beti gogoan.

A Ana Patricia Lázaro Tomé, por más cosas de las que caben en palabras. Gracias por tanto.

## **Abreviaturas y definiciones**

- ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education.
- AMEE: Association for Medical Education in Europe.
- BEME: Best Evidence Medical Education.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- CI: *confidence interval* o intervalo de confianza.
- CRAAP: Currency, Relevance, Authority, Accuracy, and Purpose.
- DAFO/FODA: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (del inglés SWOT).
- DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System.
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.
- Embase: Excerpta Medica dataBASE.
- ERIC: Education Resources Information Center.
- FBC: formación basada en competencias.
- FEPSM: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Formación didáctica: engloba métodos educativos sin un encuentro entre un paciente real y el residente, o fuera de un contexto asistencial real.
- Formación clínica: abarca métodos educativos en un contexto sanitario real que implican un encuentro clínico entre un paciente real y el residente.
- ICC: *intraclass correlation coefficient* o coeficiente de correlación intraclase.
- MERSQI: Medical Education Research Study Quality Instrument.
- MIR: médico interno residente.
- NOS: Newcastle-Ottawa Scale.
- PBL: *problem-based learning* o aprendizaje basado en problemas.
- PD: psicopatología descriptiva, el lenguaje de la psiquiatría.
- PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.
- RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

- SEFSE: Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada.
- UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes.
- WPA: World Psychiatric Association.

# Índice

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>La formación de residentes de psiquiatría</b>	<b>2</b>
1.1.1	La psiquiatría, su formación y el papel de la residencia	2
1.1.2	Iniciativas internacionales para una formación de posgrado actualizada	3
1.1.3	El caso español: contexto europeo y particularidades	4
<b>1.2</b>	<b>Psicopatología descriptiva</b>	<b>5</b>
1.2.1	Psicopatología descriptiva: historia y epistemología	5
1.2.2	Desarrollo histórico del lenguaje psicopatológico	5
1.2.3	La importancia de la psicopatología descriptiva	8
<b>1.3</b>	<b>La formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva</b>	<b>9</b>
1.3.1	La necesidad de formar a los residentes en el lenguaje de la especialidad	9
1.3.2	La importancia de evaluar la formación y revisar la literatura	10
1.3.3	Involucrando a la profesión en el desarrollo de la formación	10
1.3.4	Desarrollo del proyecto: objetivos, fases y publicaciones	11
<b>2.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Análisis DAFO</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Revisión sistemática</b>	<b>13</b>
2.2.1	Búsqueda de la literatura	13
2.2.2	Instrumentos de valoración	14
2.2.3	Extracción de datos, valoración y análisis	15
<b>2.3</b>	<b>Proceso Delphi</b>	<b>15</b>
2.3.1	Grupo coordinador, grupo piloto de testeo y panel de expertos	16
2.3.2	Fase preliminar	17
2.3.3	Ronda Delphi I	17
2.3.4	Ronda Delphi II	17

<b>3.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Situación española ante el reto de actualizar la formación de residentes de psiquiatría</b>	<b>20</b>
3.1.1	Fortalezas	21
3.1.2	Debilidades	21
3.1.3	Oportunidades	22
3.1.4	Amenazas	23
<b>3.2</b>	<b>Literatura sobre la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva</b>	<b>24</b>
3.2.1	Publicaciones sobre cómo formar a residentes de psiquiatría en PD	24
3.2.2	Intervenciones educativas reportadas y métodos empleados	25
<b>3.3</b>	<b>Cómo mejorar la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva</b>	<b>26</b>
3.3.1	Aspectos generales de la formación en PD	27
3.3.2	Formación didáctica	27
3.3.3	Formación clínica	28
3.3.4	Calidad de la aplicación Delphi	30
<b>4.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>A propósito del análisis DAFO</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>A propósito de la revisión sistemática</b>	<b>33</b>
4.2.1	Una literatura heterogénea en la que reciente no significa mejor	33
4.2.2	Lecturas recomendadas al diseñar la formación en PD	34
4.2.3	Utilidad del test CRAAP para futuras revisiones sistemáticas	35
4.2.4	Temas candentes para el presente y futuro de la formación en PD	35

<b>4.3</b>	<b>A propósito del proceso Delphi</b>	<b>36</b>
4.4.1	Sobre aspectos generales de la formación	36
4.4.2	Sobre la formación didáctica en PD	37
4.4.3	Sobre la formación clínica en PD	38
<b>4.4</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>39</b>
4.4.1	Limitaciones del análisis DAFO realizado	39
4.4.2	Limitaciones de la revisión sistemática realizada	39
4.4.3	Limitaciones del proceso Delphi realizado	40
<b>4.5</b>	<b>Balance final</b>	<b>40</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES FINALES</b>	<b>42</b>
<b>6.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>45</b>

# **1. Introducción**

En esta tesis doctoral convergen dos cuestiones de especial interés para el doctorando: la formación de residentes de psiquiatría y la psicopatología descriptiva. Estos intereses y el proyecto resultante son fruto de una serie de factores: la propia experiencia como residente en el Hospital Clínico Universitario de Valencia; la querencia por la mejora e investigación de la docencia del profesor Aguilar García-Iturrospe, a la postre director de esta tesis; y una estancia formativa con la profesora Marková en la Hull York Medical School, que años después sigue resonando como estímulo y acicate.

A continuación realizaremos una breve presentación introductoria de la formación de residentes de psiquiatría y de la psicopatología descriptiva, habida cuenta de su condición de motores del proyecto.

## **1.1 La formación de residentes de psiquiatría**

### ***1.1.1 La psiquiatría, su formación y el papel de la residencia***

La psiquiatría es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, emocionales y del comportamiento [1]. La formación didáctica y clínica de futuros psiquiatras ha constituido un elemento clave para la especialidad ya desde sus inicios en los albores del siglo XIX con Pinel y Esquirol [2,3], mostrando un temprano interés por la mejora de la educación médica en contextos clínicos [4].

Ya en el siglo XXI, el proceso formativo para convertirse en psiquiatra suele conllevar una educación médica de pregrado (facultad de medicina) y de posgrado (residencia de psiquiatría) [5]. En un mundo caracterizado por la incertidumbre, la sociedad demanda profesionales de la salud flexibles para adaptarse a los nuevos tiempos y desafíos [6]; en el caso de los psiquiatras, se espera que puedan acabar desempeñando funciones clínicas, de gestión, educativas, de investigación, etc. [7]. La residencia de psiquiatría cumple un papel fundamental en el proceso formativo de estos futuros especialistas, ya que les proporciona no solamente herramientas (conocimientos,

habilidades, actitudes, etc.) sino también escenarios de la vida real (con pacientes, familias, compañeros, directivos, recursos, etc.) para ponerlos en práctica.

### ***1.1.2 Iniciativas internacionales para una formación de posgrado actualizada***

La historiografía de la educación médica se ha centrado en buena medida en el desarrollo de la formación de pregrado desde la antigüedad hasta la actualidad [8–10]. La irrupción de las especialidades médicas en el siglo XIX y la consiguiente necesidad de formar a estos nuevos especialistas hizo que la formación de posgrado adquiriera creciente importancia, desarrollándose y estructurándose hasta conformar el moderno sistema de residencia con el impulso de Osler y Halsted [11–14]. Desde entonces la formación de posgrado vía residencia se ha ido extendiendo a distintas especialidades y países por todo el mundo, adaptándose y actualizándose ante nuevas necesidades y contextos [15–18].

La Comisión sobre la Educación de los Profesionales de la Salud para el Siglo XXI concluyó que el futuro (ya presente) de la educación profesional estará (está) caracterizado por la adaptación de competencias a contextos específicos y un aprendizaje transformador; esta visión requiere una serie de reformas educativas e institucionales [19]. La Federación Mundial para la Educación Médica (WFME, por sus siglas en inglés) afirma que “la educación médica de posgrado es la fase de la educación médica en la que los médicos desarrollan competencias bajo supervisión después de completar su cualificación médica básica, generalmente de acuerdo con normas y reglas específicas” [20].

Al plantearse la formación basada en competencias (FBC) como la mejor aproximación a los actuales retos socio-sanitarios [21], varios países líderes en educación médica ya han desarrollado sus propias versiones para una FBC de diversas especialidades médicas como la psiquiatría: CanMEDS en Canadá [22,23], la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) en EE. UU. [24], el Core Psychiatry Training en Reino Unido [25], el programa del colegio de psiquiatras (RANZCP) en Australia y Nueva Zelanda [26], etc.

### ***1.1.3 El caso español: contexto europeo y particularidades***

España forma parte de la Unión Europea (UE) y del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). A raíz del Proceso de Bolonia, la formación universitaria de pregrado en las facultades de medicina de los países adscritos al EEES (actualmente 49) está armonizada por un marco educativo común [27]. Su objetivo es promover la calidad, impacto y atractivo de la educación superior europea mejorando su oferta, eficacia y evaluación, así como homologando las formaciones universitarias de los distintos países europeos para asegurar el reconocimiento de las titulaciones y potenciar la movilidad de estudiantes y docentes [28]. La legislación y reglamentación española se han ido adaptando para converger e integrar a las universidades españolas (y sus facultades de medicina) en dicho EEES, incluido el sistema de créditos europeos (ECTS) [29–31].

En cambio, la formación de posgrado o residencia de las distintas especialidades médicas (incluida la psiquiatría) no está tan armonizada [32]. La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo establece el reconocimiento de las titulaciones profesionales obtenidas en diferentes estados miembros (incluida la psiquiatría) [33,34], pero deja a cada país la responsabilidad de organizar la formación médica de posgrado dentro de su territorio a través de su propio programa nacional para cada especialidad. Así, se han reportado diferencias significativas entre países europeos en cuanto a organización, contenidos y evaluación de la residencia de psiquiatría [35,36]. En este contexto, la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) es una organización profesional que busca promover en la UE un marco común para la residencia en las diferentes especialidades médicas y aboga por la FBC [37].

En España, la titulación de psiquiatra ha cumplido distintos hitos desde su reconocimiento oficial como especialidad médica hasta su integración plena en el sistema de formación de especialistas vía residencia, con sucesivos desarrollos normativos hasta articular el marco actual [38–46]. El programa nacional en vigor para la residencia de psiquiatría data de 2008 y cita el término *competencia* en doce ocasiones [47], pero no es un currículo basado en competencias al

carecer (entre otros) de una evaluación basada en competencias. El caso español también presenta a día de hoy otras dos anomalías en comparación con la mayoría de países europeos: solo tiene una duración de cuatro años y no se ha implementado la psiquiatría infanto-juvenil como especialidad diferenciada [48]; si bien recientemente se ha dispuesto la corrección de ambas cuestiones [49], aún está pendiente su puesta en marcha efectiva.

## **1.2 Psicopatología descriptiva**

### ***1.2.1 Psicopatología descriptiva: definición y bases epistemológicas***

La psicopatología descriptiva (PD, a veces llamada psicopatología o fenomenología) es el lenguaje de la psiquiatría, una colección sistemática de suposiciones, vocabularios y reglas gramaticales y sintácticas que se dedica a la descripción de unas unidades de análisis denominadas síntomas mentales [50].

La Escuela de Epistemología y Psicopatología de Cambridge encabezada por el profesor Berrios considera que los síntomas mentales son acciones con las que una experiencia angustiosa (ya sea de origen biológico o semántico) se configura mediante esquemas personales, sociales y culturales por parte del propio paciente y a través de un proceso hermenéutico por parte del clínico, que lo termina registrando en la historia clínica [51]. Así, los síntomas mentales son objetos híbridos (ni naturales ni abstractos) constituidos por la mixtura de información biológica y cultural [52], de modo que la psiquiatría y su lenguaje (PD) están arraigados tanto en las ciencias naturales como en las sociales [53].

### ***1.2.2 Desarrollo histórico del lenguaje psicopatológico***

La psiquiatría (inicialmente alienismo) surgió en Europa en los albores del siglo XIX como un enfoque médico de la locura [54]. Su nacimiento se produjo en un contexto de cambios sociales y legales caracterizados por tres novedades fundamentales: un trato a los lunáticos que incorporase al mantenimiento del orden social el humanitarismo y la ciencia médica (influido por la Ilustración); una concepción antropológica u holística de la medicina que incluyese lo físico y lo moral (ideas y

pasiones, influido por el Romanticismo); y la aparición de nuevas especialidades médicas diferenciadas [2,11]. Aquellos primeros psiquiatras (alienistas) necesitaban registrar lo que les ocurría a sus pacientes, por lo que elaboraron un lenguaje psicopatológico para plasmar en palabras esos fenómenos y construir unidades de análisis. Las cuatro categorías de alienación mental de Pinel (melancolía, manía, demencia e idiocia) se despedazaron en fragmentos, algunos de los cuales se reconstituyeron en síntomas mentales que incluían manifestaciones subjetivas y observadas [55–57]. Este desarrollo de la PD durante el siglo XIX estuvo influido por la semiología médica y teorías psicológicas de la época, como el asociacionismo y la psicología de las facultades [54].

En la Francia posrevolucionaria, Esquirol (clínico, docente, gestor y lobista) contribuyó decisivamente al desarrollo de la especialidad y de su lenguaje [58]. Especialmente influyente sería su conceptualización de la alucinación como síntoma que puede presentarse en distintas enfermedades, definiéndola según el modelo de visión y diferenciándola de la ilusión o error sensorial. Esquirol fue además el maestro de numerosos alienistas formados en sus cursos clínicos, quienes en las siguientes décadas marcarían el desarrollo de la PD y de su enseñanza en hospitales parisinos como la Pitié-Salpêtrière, Charenton o Sainte-Anne [2,59]. Entre los miembros del círculo de Esquirol cabe destacar a Falret, Baillarguer, Georget, Leuret o Moreau de Tours, quienes a su vez serían mentores de Morel, Lasègue o Magnan. La expansión de la psiquiatría de los alienados de los asilos a los nuevos *demi-fous* de las consultas fue generando nuevas necesidades descriptivas a autores como Charcot (a su vez maestro de Cotard, Séglas o Janet), Sérieux y Capgras [2,60,61].

La creciente pujanza germana según avanzaba el siglo XIX tuvo su reflejo en la PD, con la irrupción de importantes psicopatólogos en lengua alemana. Uno de los pioneros fue Griesinger, quien definió los delirios como síntomas mentales y participó en la gestación del hospital de Burghölzli. Le siguieron entre otros el malogrado Wernicke o el tándem formado por Kahlbaum y Hecker [62–64]. Especialmente influyente resultaría Kraepelin, quien en base a sus observaciones longitudinales diferenció nosológicamente la insania maniaco-depresiva de la *dementia praecox*

[65–68]; esta última sería renombrada esquizofrenia por influencia del grupo suizo de Bleuler [69,70]. En cuanto a autores de otras nacionalidades, destacaron el belga Guislain, el italiano Tamburini o los rusos Kandinsky y Korsakoff [54].

La PD estaba prácticamente completada a finales de la *Belle Époque* [71], culminando en los libros del más experimentado y clínico Chaslin (1912) y del más joven y filosófico Jaspers (1913) [54,72–76]. Más allá del debate sobre sus influencias y usos terminológicos [77–86], debemos a Jaspers el énfasis en comprender al paciente través de la fenomenología (describiendo su forma de experimentar consciente y subjetiva) y de la empatía (poniéndonos en su lugar), renunciando tanto a lo extraconsciente como a la búsqueda de explicaciones causales (ni biologicistas ni psicologicistas) [87–89]. Las obras de Jaspers y de su colega Kurt Schneider conformaron lo que se conoció como la escuela de Heidelberg [90–92]. Además de ellos, entre los autores más relevantes en lengua alemana del siglo XX se encontrarían Gruhle, Mayer-Gross, Binswanger, Kleist, Rümke, Kretschmer, Leonhard, Conrad o Tellenbach [93–98], mientras que la contraparte francófona la conformarían De Clérambault, Ey o los exiliados Minkowski y Ajuriaguerra [99–105]. Tras el fin de este periodo clásico de la PD, la World Psychiatric Association (WPA) publicó varias antologías de textos en lengua francesa, alemana, española e italiana de la mano de editores como Garrabé, Henning Sass, López-Ibor Ariño o Maj [106–109].

Con el paso al siglo XXI, la PD cuenta con una serie de autores y grupos contemporáneos. La escuela de Cambridge encabezada por Berrios constituye una referencia ineludible, en la que con su énfasis en aspectos epistemológicos han participado entre otros autores como Marková, Chen, Dening, Barrera o Sierra [110]. Resultan asimismo relevantes la escuela de Copenhague liderada por Parnas y Zahavi, la escuela de Heidelberg encabezada por Fuchs y otros autores con trabajos colaborativos como Broome, Fulford, Kendler, Kirmayer, Louis Sass o Stanghellini [111–119].

En cuanto a España, las ideas del alienismo decimonónico francés llegaron con Mata i Fontanet y Esquerdo a Madrid y con Giné i Partagás a Barcelona. Con el cambio de siglo

adquirieron mayor relevancia los autores en lengua alemana, que influyeron en Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Mira o Llopi; todos ellos sufrirían el ostracismo por motivos ideológicos [120,121]. En las décadas siguientes López Ibor supuso un referente formativo e intelectual para autores como Cabaleiro Goás, Martín Santos o Rojo Sierra [107,122–125]. Ya en el periodo contemporáneo [126], diversos psiquiatras españoles han destacado por su vinculación a la escuela de Cambridge: Luque, Villagrán, Fuentenebro, Olivares y otros [110,127].

### **1.2.3 La importancia de la psicopatología descriptiva**

Se ha argumentado que en la actualidad los síntomas mentales juegan para la psiquiatría un papel epistemológico más importante que los síntomas médicos en la medicina: mientras que en la medicina los síntomas médicos están siendo reemplazados gradualmente por marcadores "biológicos", la psiquiatría sigue dependiendo de los síntomas mentales [57]. Tal y como señalaba Fish hace medio siglo, una descripción cuidadosa de los fenómenos clínicos en psiquiatría es más necesaria que nunca [128].

La PD ha soportado una fuerte presión en las últimas décadas por parte de la psiquiatría dominante, ejemplificada por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) que con su orientación neopositivista-analítica da preferencia a la conducta externa observable. El DSM asume que los síntomas mentales son objetos naturales que pueden registrarse y cuantificarse mediante una entrevista estructurada y *checklists* de criterios operativos, eludiendo las complejidades de la subjetividad y la intersubjetividad en el diálogo paciente-clínico [129–132]. Esta falla en la comprensión de la PD y de la constitución híbrida de los síntomas mentales ha tenido un costo para la psiquiatría a múltiples niveles:

- a) exploración y diagnóstico: generalización de errores procustianos y visión en túnel [133];
- b) tratamiento y pronóstico: toma de decisiones sin una valoración psicopatológica adecuada [134,135];

- c) investigación: una brecha cada vez mayor con la clínica [130–132], sin producir beneficios reales para los pacientes y dificultando el desarrollo de una psiquiatría flexible y conceptualmente sofisticada [129], con nuevos proyectos que incurren en los mismos errores conceptuales [136–141];
- d) deshumanización del paciente y el encuentro clínico [133,134], probablemente el más doloroso y preocupante de todos estos costes para la psiquiatría puesto que como apunta Berrios los pacientes son su única razón de ser [142].

Debido a sus características [143], la PD es la garantía de que la psiquiatría siga arraigada en el paciente y en el encuentro paciente-clínico.

### **1.3 La formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva**

#### ***1.3.1 La necesidad de formar a los residentes en el lenguaje de la especialidad***

En las últimas décadas la PD se encuentra desatendida o abandonada en la enseñanza de la psiquiatría a estudiantes y residentes [144,145]. Se ha eliminado de los programas educativos un magnífico tesoro psicopatológico [132,133], al tiempo que se ha producido un declive sustancial de la formación de psiquiatras sobre cómo realizar una valoración clínica cuidadosa y centrada en la persona, sus problemas y su contexto social [134].

Esta deriva resulta crítica, ya que los configuradores culturales tanto del paciente como del clínico (procedencia/bagaje, educación/formación, experiencia, sesgos personales, etc.) contribuyen a la forma en que se identifica, interpreta y nombra una experiencia angustiosa como uno o más síntomas mentales [129]. No formar a los residentes en los conocimientos, habilidades, actitudes y uso clínico de la PD implica que la psiquiatría hipoteque su propia identidad y futuro [144], por lo que existen motivos para resituar la PD en el corazón de la psiquiatría y de su formación [110,135,146,147].

Se ha planteado que la PD debería ser un requisito educativo básico en los planes de estudios de los profesionales de la salud mental [143], y que la formación en PD debería

implementarse con enfoques innovadores dentro de los planes de estudios de la psiquiatría [144]. Se espera que los psiquiatras bien formados del siglo XXI contribuyan a recalibrar la PD para disponer de un lenguaje psiquiátrico en el mejor interés de los pacientes, ya sea en la práctica clínica o la investigación [148].

### ***1.3.2 La importancia de evaluar la formación y revisar la literatura***

Señalaba Kirkpatrick que evaluar la formación es clave para mejorar dicha formación, optimizar la transferencia del aprendizaje al desempeño y demostrar el valor de la formación [149]. Así, la evaluación e investigación de los esfuerzos educativos es necesaria para contar con una evidencia de buenas prácticas que se puedan difundir y adaptar para mejorar la formación en todo el mundo [19,150].

En este sentido, las revisiones sistemáticas en educación médica son una herramienta importante para aquellos profesionales que buscan la mejor evidencia disponible para mejorar la formación, ya que siguen un proceso explícito, riguroso y transparente de búsqueda, selección, valoración, interpretación y síntesis de resultados de estudios publicados sobre un tema específico. Su importancia ha sido reconocida por instituciones como la Best Evidence Medical Education (BEME) Collaboration y la Association for Medical Education in Europe (AMEE) [151–154].

### ***1.3.3 Involucrando a la profesión en el desarrollo de la formación***

La enseñanza en psiquiatría y su lenguaje debe ser única y adaptada, ya que tanto la educación como la atención de la salud mental son iniciativas sociales y políticas que reflejan el tiempo, el contexto y la situación social. Hoy los expertos en educación reconocen que la propia profesión en ejercicio debe ser el motor para el desarrollo de su currículo, plenamente integrado con las características de la profesión y el desarrollo de los servicios de salud en contextos locales [155].

Por lo tanto, son los profesionales en ejercicio interesados en la PD quienes deben liderar la discusión de los desafíos educativos en curso y el desarrollo de nuevas iniciativas formativas, dado

que son quienes conocen las particularidades del lenguaje psicopatológico y los contextos clínicos en los que se utiliza y enseña.

#### ***1.3.4 Desarrollo del proyecto: objetivos, fases y publicaciones***

El interés por la formación de residentes de psiquiatría y por la psicopatología descriptiva cristalizaron en este proyecto de investigación, cuya elaboración partió de lo más general a lo más específico a través de sucesivas etapas. Esta tesis es el compendio de esas tres fases, que han dado lugar a otros tantos artículos publicados en revistas académicas de reconocido prestigio en el ámbito de la educación y de la psiquiatría:

- I. Presente y futuro de la formación de residentes de psiquiatría. Iniciamos el proyecto con una aproximación a la educación médica y la formación de residentes de psiquiatría, identificando el reto del sistema español de adecuarse a un contexto internacional tendente a la FBC y elaborando un análisis situacional [156].
- II. Literatura sobre la formación de residentes de psiquiatría en PD. Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre cómo formar a residentes de psiquiatría en PD. Valoramos la calidad de las fuentes disponibles en base a sus contenidos y rigor metodológico, con especial énfasis en la evaluación de la formación. A partir de ahí resumimos las publicaciones disponibles en general y las intervenciones educativas reportadas en particular, sintetizando las principales conclusiones e implicaciones [157].
- III. Cómo mejorar la formación de residentes de psiquiatría en PD. En base a las lagunas identificadas en la revisión sistemática, desarrollamos un proceso Delphi con un panel internacional de profesionales expertos para elaborar una guía de cómo mejorar la formación de residentes de psiquiatría en PD, destacándose la importancia de integrar la formación clínica (especialmente la supervisión directa) y didáctica (para asegurar los conocimientos necesarios) [158].

## **2. Metodología**

La metodología empleada se ha ido adecuando a los objetivos y necesidades de la investigación en cada fase de la misma. De este modo, según hemos ido avanzando hemos precisado métodos más sofisticados: análisis DAFO, revisión sistemática y técnica Delphi. Esta progresión ha implicado trabajar con grupos humanos, datos y procedimientos cada vez más complejos. Especial mención merece el proceso Delphi, que ha conllevado organizar un grupo coordinador interdisciplinar, colaborar con un panel internacional de expertos y trabajar con una metodología híbrida (cualitativa y cuantitativa).

## **2.1 Análisis DAFO**

Con objeto de analizar la situación del sistema español de residencia de psiquiatría de cara al desarrollo de su propia FBC, optamos por realizar un análisis DAFO o análisis situacional. Se trata de una técnica de gestión y planificación estratégica que busca identificar factores internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) que puedan ser favorables o desfavorables para la consecución de un proyecto [159,160].

## **2.2 Revisión sistemática**

Dado que existen motivos para garantizar que la PD esté en el corazón de la psiquiatría y su formación, decidimos realizar una revisión sistemática para examinar la literatura sobre cómo formar a los residentes de psiquiatría en PD. Nuestro objetivo secundario era conocer qué intervenciones educativas se han reportado en estas publicaciones para la formación de residentes de psiquiatría en PD, así como los métodos educativos empleados.

Realizamos una revisión sistemática siguiendo las guías PRISMA y tomando en consideración también las recomendaciones de las guías BEME [151–153,161].

### **2.2.1 Búsqueda de la literatura**

Una vez desarrollada la idea, fijamos los criterios de inclusión y exclusión, y posteriormente construimos la sintaxis de búsqueda: “phenomenology/education”, “phenomenology AND (education OR pedagogy OR teaching OR training) AND (residen\* OR intern\* OR trainee)”,

“psychopathology/education”, and “psychopathology AND (education OR pedagogy OR teaching OR training) AND (residen\* OR intern\* OR trainee)”. Basándonos en recomendaciones ya conocidas [162], seleccionamos las siguientes bases de datos: Embase, ERIC, PsychINFO, Pubmed, Scopus y Web of Science.

La suma de los resultados de la búsqueda realizada de mayo a junio de 2019 (7.186) y de estudios provenientes de la literatura gris (13) arrojó un total de 7.199 resultados. Con el gestor de referencias bibliográficas Mendeley se identificaron automáticamente 970 repeticiones (*double hits*) y a continuación procedimos a un cribado manual de trabajos que fuimos descartando sucesivamente por el título (6.013), el *abstract* (134) o el texto completo (53). Tras agrupar adicionalmente 3 resultados por ser partes de un mismo artículo y 2 resultados por ser ediciones casi idénticas del mismo capítulo de libro, nos quedamos con 26 fuentes para la revisión.

### **2.2.2 Instrumentos de valoración**

Basándonos en recomendaciones ya conocidas [163], decidimos utilizar el test CRAAP, los cuatro niveles de Kirkpatrick y la MERSQI como herramientas de valoración para esta revisión.

El test CRAAP, utilizado por bibliotecarios de todo el mundo y ya empleado como escala numérica en artículos de revistas médicas [164], evalúa cinco dominios para calificar una fuente: actualidad (*currency*), relevancia (*relevance*), autoridad (*authority*), precisión (*accuracy*) y propósito (*purpose*). El modelo de la Texas State University valora cada dominio en 0-10 puntos, dando una puntuación total de 0-50 puntos con diferentes niveles: excelente (45-50), bueno (40-44), regular (35-39), aceptable (30-34) o inaceptable (menos de 30) [165].

Los cuatro niveles de Kirkpatrick constituyen el modelo de evaluación en educación más utilizado en el mundo. Consisten en el Nivel 1 o reacción (satisfacción), Nivel 2 o aprendizaje (conocimiento), Nivel 3 o conducta (desempeño) y Nivel 4 o resultados (impacto) [149].

La escala MERSQI (Medical Education Research Study Quality Instrument) evalúa la calidad metodológica de los artículos de investigación publicados sobre educación médica en base a

6 dominios: diseño del estudio, método de muestreo, tipo de datos, validez del instrumento de evaluación, análisis de datos y resultados. La puntuación total oscila en un rango de 5 a 18 (puntuaciones más altas reflejan estudios más rigurosos) y ha sido reseñado como una herramienta útil y fiable [166].

### **2.2.3 Extracción de datos, valoración y análisis**

Realizamos la extracción de datos y valoración de julio a septiembre de 2019. De cada fuente tomamos sus datos básicos, redactamos un breve resumen y valoramos su idoneidad (con el test de CRAAP) y su grado de evaluación (con los niveles de Kirkpatrick). Aquellas fuentes que incluían una intervención educativa con algún tipo de evaluación de la formación eran de especial interés para nuestra pregunta de investigación, por lo que las analizamos en mayor detalle y valoramos su rigor metodológico con la escala MERSQI basándonos en anteriores revisiones sistemáticas de referencia en educación médica [167].

Las puntuaciones del test CRAAP y (cuando correspondiera) la MERSQI de cada fuente fueron realizadas de forma independiente por dos evaluadores, tomando luego el valor medio para la tabla. Previamente ambos evaluadores habían realizado una preparación en el uso de dichas herramientas para garantizar la confiabilidad. El análisis estadístico fue realizado por otras dos personas distintas, mientras que para el análisis e interpretación de los datos se contó con el grupo de revisores al completo compuesto por cinco psiquiatras y un biólogo.

## **2.3 Proceso Delphi**

Este estudio buscaba brindar una guía para una mejor formación en PD de los residentes de psiquiatría, tanto didáctica como clínica, consultando para ello a un grupo internacional de profesionales en ejercicio que son expertos en PD.

La técnica Delphi constituye un recurso que se ha demostrado valioso y útil en escenarios en los que es deseable recurrir al juicio subjetivo de expertos. Su objetivo es recopilar, agrupar y optimizar la opinión de un panel de expertos para obtener una opinión grupal confiable y

significativa, evitando tanto las limitaciones del juicio individual como los efectos psicológicos no deseados de las discusiones cara a cara (presiones, inhibiciones, etc.). El método Delphi se caracteriza por ser un proceso iterativo en el que se mantiene el anonimato de las respuestas individuales, se aporta un *feedback* controlado (idealmente cuantitativo y cualitativo) y se llega a una respuesta estadística de grupo. En nuestra aplicación seguimos las guías y recomendaciones ya establecidas en la literatura, incluidas aquellas relativas a su uso en el ámbito de la educación médica [168–170]. El estudio constó de este modo de una fase preliminar con preguntas abiertas y dos rondas con un cuestionario Delphi.

### **2.3.1 Grupo coordinador, grupo piloto de testeo y panel de expertos**

Los participantes en este estudio Delphi fueron los siguientes:

- a) Un grupo coordinador de cuatro personas que conocíamos el tema y el método: dos psiquiatras en ejercicio familiarizados con la PD y la formación de residentes de psiquiatría, un catedrático de economía experto en la técnica Delphi y un catedrático de ciencias de la educación experto en investigación educativa.
- b) Un grupo piloto formado por tres personas para testar tanto las preguntas abiertas iniciales como el cuestionario Delphi posterior: dos psiquiatras en ejercicio familiarizados con la PD y la formación de residentes de psiquiatría y una profesora titular de ciencias de la educación experta en formación sanitaria especializada.
- c) Un panel de expertos, debiendo cumplirse al menos uno de los siguientes criterios para ser considerado experto: (co)autoría de uno o más artículos académicos sobre PD publicados en revistas indexadas, (co)autoría de uno o más libros sobre PD, o ser formador de residentes de psiquiatría en PD. Contribuyeron en total 29 expertos internacionales en PD, mayoritariamente clínicos y formadores de residentes; según Web of Science, el impacto de citación de los participantes medido a través del índice de Hirsch (índice h) era de una media de 22,90 y una mediana de 15 (Q1-Q3: 9-31).

### **2.3.2 Fase preliminar**

Desde el grupo coordinador elaboramos 18 preguntas abiertas sobre la formación de residentes de psiquiatría en PD, que testamos con el grupo piloto. Posteriormente contactamos con 81 expertos internacionales para que respondieran a 6 preguntas seleccionadas según su perfil. Con todas las respuestas recibidas (de 3 testadores y 27 expertos) realizamos un análisis cualitativo [171,172], empleando el programa ATLAS.ti 9 y una codificación híbrida [173–175]. El objetivo del análisis cualitativo era elaborar un cuestionario Delphi a partir de las respuestas recabadas en la fase preliminar, adaptando los códigos surgidos como ítems de respuesta.

El cuestionario Delphi resultante quedó compuesto por 14 preguntas (6 sobre formación general/didáctica y 8 sobre formación clínica), con sus respectivos ítems de respuesta que tendrían que valorarse con una escala de 0 a 10 puntos; cada pregunta ofrecía también la posibilidad de aportar comentarios cualitativos adicionales. Testamos el cuestionario Delphi con el grupo piloto para optimizar la versión definitiva que se enviaría al panel de expertos.

### **2.3.3 Ronda Delphi I**

Enviamos el cuestionario Delphi en blanco a 66 expertos internacionales en PD (todos los iniciales salvo aquellos que habían declinado participar), de los que respondieron 25. Analizamos los datos recopilados en cada pregunta, tanto cuantitativos (puntuaciones, reordenando los ítems de respuesta de cada pregunta según su mediana y media) como cualitativos (comentarios, buscando aquellas aportaciones enriquecedoras o divergentes de cara a la segunda ronda).

### **2.3.4 Ronda Delphi II**

A los 25 expertos internacionales en PD que habían participado en la primera ronda les enviamos una nueva versión del cuestionario Delphi, enriquecida con *feedback* cualitativo (comentarios anonimizados) y cuantitativo (medianas y cuartiles grupales) y personalizada para cada experto recordándole sus puntuaciones previas. A la luz de esta nueva información, los animamos a reflexionar y contestar el cuestionario por segunda y última vez, manteniendo o

modificando sus puntuaciones previas. También incluimos una encuesta de satisfacción con cuatro preguntas y una escala de Likert par.

En esta ronda final respondieron 21 expertos. Realizamos un tratamiento Delphi riguroso de los datos, de modo que la ausencia de respuesta no se interpretó como mantenimiento de la respuesta de la primera ronda [176]. Finalmente, enviamos a todos los expertos participantes el informe final del estudio Delphi.

### **3. Resultados**

### **3.1 Situación española ante el reto de actualizar la formación de residentes de psiquiatría**

Esta parte inicial del proyecto ha sido publicada como el artículo *The Challenge of Introducing Competency-Based Psychiatry Training in Spain* en la revista internacional *Academic Psychiatry* [156]. Se trata de una publicación afiliada a la Sección de Educación de la WPA y auspiciada por las siguientes instituciones: American Association of Chairs of Departments of Psychiatry, American Association of Directors of Psychiatric Residency Training, Association for Academic Psychiatry y Association of Directors of Medical Student Education in Psychiatry [177]. Según el indicador SCImago Journal Rank, en el año de la publicación del artículo (2020) la revista *Academic Psychiatry* alcanzó el primer cuartil (Q1) en el ámbito de la educación y el segundo cuartil (Q2) en el ámbito de la psiquiatría [178].

#### **3.1.1. Fortalezas**

El sistema MIR (de *Médico Interno Residente*) ha demostrado ser exitoso para mejorar la calidad de la formación de residentes en las distintas especialidades médicas del Sistema Nacional de Salud (incluida la psiquiatría) [43], garantizando la transparencia y la equidad en el acceso a la elección de plazas formativas a partir del desempeño de los aspirantes en un examen anual [179].

La formación de psiquiatras se rige por el programa de la especialidad diseñado por la Comisión Nacional de Psiquiatría y publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE), que establece un marco regulador común y garantiza unos estándares de obligado cumplimiento en todas las unidades docentes acreditadas [47]. Al carecer de un vínculo formal con el sistema universitario y disponer para su funcionamiento de una autonomía considerable, las unidades docentes resultan más dinámicas y adaptables que los burocratizados centros académicos tradicionales; esta flexibilidad podría resultar ventajosa ante el desafío de implantar un sistema de FBC.

Las unidades docentes multiprofesionales de salud mental integran a residentes de diversas especialidades (psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental), con sus respectivos programas y tutores [42,180]. Este modelo interdisciplinar ofrece una serie de ventajas para la

implementación de la FBC: (1) resalta la importancia de las competencias relacionadas con la comunicación y el trabajo en equipo; (2) brinda opciones adicionales para profundizar en algunas competencias científico-técnicas (psicoterapia, investigación, etc.); y (3) abre nuevas posibilidades para métodos de evaluación multidisciplinares basados en competencias (como la evaluación 360°).

Por último, cabe señalar que la psiquiatría española participa en los foros internacionales que están liderando la transformación hacia una FBC, contando con dos representantes en la Sección de Psiquiatría de la UEMS.

### **3.1.2 Debilidades**

La residencia de psiquiatría en España depende en gran medida de los psiquiatras tutores, que son los responsables de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo el proceso formativo [43]. Sin embargo, en relación con los tutores no están establecidos a nivel nacional ni los requisitos, ni la formación para su actividad docente, ni el tiempo de supervisión ni posibles incentivos. El desarrollo o no de estas cuestiones depende de cada gobierno autonómico, existiendo grandes diferencias de una comunidad a otra [181].

Al realizarse la formación de residentes fuera del sistema universitario se plantea un problema de falta de incentivos académicos, de modo que aquellos psiquiatras interesados en desempeñar un rol docente podrían sentir que formar a residentes de psiquiatría les resulta menos interesante/rentable que tratar con estudiantes de medicina.

Otro problema adicional es un programa nacional desfasado que se remonta a 2008 [182], lo cual contribuye a que los nuevos especialistas y tutores no estén familiarizados con la FBC de cara a su futura aplicación. La formación requiere que quienes ostentan cargos directivos en los servicios la consideren una prioridad y asuman un rol de liderazgo en su transformación, lo cual contrasta con el ya documentado desinterés de los psiquiatras españoles por las cuestiones docentes [183].

### 3.1.3 Oportunidades

La FBC constituye un modelo contextualizable a la realidad y necesidades de cada país y especialidad. Dado que los conocimientos científico-técnicos de la psiquiatría son diversos y a menudo dispersos (neurociencias, psicoterapia, etc.), la FBC ofrece un marco formativo integrador centrado en el proceso de aprendizaje del residente y basado en la profesionalidad y la ética, en sintonía con que la razón de ser de la psiquiatría es el bienestar del paciente [142].

Dando respuesta a la exigencia de que las organizaciones rindan cuentas de sus actividades, la FBC constituye un lenguaje que hace explícito, evaluable y comprobable el proceso educativo [184,185]. Así, la FBC podría servir para rendir cuentas a los cuatro agentes implicados en la residencia de psiquiatría en España:

- a) los pacientes y sus familias, quienes se beneficiarían del énfasis en la profesionalidad y la seguridad del paciente;
- b) los residentes, quienes se beneficiarían de una mejor supervisión y *feedback* tal y como demandan [186];
- c) los tutores, quienes dispondrían de datos para el reconocimiento de su actividad docente;
- d) el sistema sanitario, que podría ofrecer resultados a cambio de la financiación que obtiene de los contribuyentes.

Se han documentado ya experiencias pioneras de FBC en España que podrían resultar útiles. El Hospital Universitario Cruces cuenta con un modelo de FBC para todas sus especialidades (incluida la psiquiatría) [187,188], mientras que la unidad docente multiprofesional de salud mental de Murcia ha desarrollado un plan de FBC con indicadores evaluables para cada período formativo [189]. Dentro del sistema de residencia español pero fuera de la psiquiatría destacan otros dos referentes en FBC: el pionero programa nacional de oncología médica [190], y la guía para tutores del Hospital Universitario Fundación Alcorcón [191].

Tanto la Comisión Nacional de Psiquiatría como las unidades docentes de salud mental podrían beneficiarse de la colaboración con sociedades científicas del ámbito de la educación médica, como la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE-AREDA). Dicha sociedad se ha implicado en la divulgación de la FBC en las distintas especialidades médicas a través de iniciativas como la formación de tutores y la difusión de literatura internacional relevante sobre educación médica [192].

La formación en psiquiatría constituye un área de investigación en sí misma, incluida la relacionada con la FBC. El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) integra a los grupos de investigación más destacados de España en salud mental y facilita el establecimiento de lazos de colaboración entre ellos [193]. Dado que estos grupos suelen estar vinculados a hospitales que cuentan con unidades docentes de salud mental, esta red ofrece la oportunidad de realizar investigaciones multicéntricas sobre dicha formación.

### *Amenazas*

La ausencia de un marco normativo general en España que dé soporte a la FBC en el conjunto de las especialidades médicas puede resultar un obstáculo para nuevas iniciativas en el ámbito de la psiquiatría. Existe asimismo el riesgo de copiar los sistemas de FBC para residentes de psiquiatría desarrollados en otros países sin una adecuada contextualización, algo a evitar ya que la adaptación de las competencias a contextos específicos es fundamental en la FBC.

No se pueden obviar las importantes diferencias socioeconómicas interautonómicas: la renta per cápita es hasta un 90% superior de unas comunidades a otras [194], mientras que el gasto sanitario per cápita de los gobiernos autonómicos es hasta un 50% superior de unas a otras [195]. Estas diferencias, junto con los diversos grados de privatización implementados por algunas comunidades autónomas a sus respectivos sistemas sanitarios, contribuyen a las desigualdades de recursos tanto en la asistencia clínica como en la formación [196]. Además, el afán de los partidos políticos por aumentar su dominio sobre sus respectivos bastiones regionales hace que el sistema

MIR corra riesgo de desnaturalizarse, transformando el actual marco compartido en una serie de sistemas segregados e inconexos [196].

Para concluir, cabe recordar que la producción científica sobre temas docentes suele hallarse en un circuito de revistas diferente a las publicaciones que acostumbran a leer los psiquiatras [197]. Así, las investigaciones relevantes y debates actuales acerca de estas cuestiones suelen pasar desapercibidos para la mayoría de especialistas, a pesar de que su práctica diaria tenga más que ver con la formación de residentes de psiquiatría que con técnicas de escasa aplicabilidad clínica.

### **3.2 Literatura sobre la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva**

Esta segunda parte del proyecto ha sido publicada como el artículo *Training Psychiatry Residents in Descriptive Psychopathology: A Systematic Review* en la revista *Psychopathology* [157]. Se trata de la publicación oficial de la Sección de Clasificación, Evaluación Diagnóstica y Nomenclatura de la WPA [198]. Según el indicador SCImago Journal Rank, en el año de la publicación del artículo (2021) la revista *Psychopathology* alcanzó el primer cuartil (Q1) en el ámbito de la psiquiatría y el primer cuartil (Q1) en el ámbito de la psicología clínica [199].

#### **3.2.1 Publicaciones sobre cómo formar residentes de psiquiatría en PD**

Las 26 fuentes se resumen en la tabla correspondiente del artículo. Ordenadas por décadas, 3 se habían publicado en la década de 1970 (11,5%) [200–204], 3 en la década de 1980 (11,5%) [205–207], 4 en la década de 1990 (15,4%) [208–211], 8 en la década de 2000 (30,8%) [212–219], y 8 en la década de 2010 (30,8%) [220–228]. En cuanto al país de origen, EE. UU. lideraba con 19 fuentes (73,1 %), seguida de Europa continental con 3 (11,5 %), Reino Unido con 2 (7,7 %) y Canadá y Chile con una cada uno (3,8 % en ambos casos).

En cuanto a la idoneidad de las fuentes respecto a la pregunta de investigación en base al test CRAAP, 3 fuentes fueron consideradas excelentes (11,5 %), 10 buenas (38,5 %), 9 regulares (34,6 %), 3 aceptables (11,5 %) y 1 inaceptable (3,8 %). La puntuación total media fue de 38,885 (0,983),

con una confiabilidad entre evaluadores de 0,90 (intervalo de confianza [CI] del 95 %: 0,80–0,96) según el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

En cuanto a la evaluación de la formación en base a los niveles de Kirkpatrick, en las 14 fuentes (53,8 %) que reportaban al menos uno de los cuatro niveles el Nivel 1 era el más alto en la mitad de ellas y estaba presente en 13 fuentes; en menor medida se reportaban el Nivel 2 (3 fuentes), el Nivel 3 (4 fuentes) y el Nivel 4 (1 fuente). De las 12 fuentes (46,2 %) sin evaluación de la formación, 9 eran diseños o propuestas y las restantes eran dos revisiones bibliográficas y una revisión sistemática.

### ***3.2.2 Intervenciones educativas reportadas y métodos empleados***

Nos quedamos con un total de 12 intervenciones educativas: 8 de EE.UU. y el resto de Canadá, Chile, Europa continental y Reino Unido. En cuanto a la calidad metodológica en base a la escala MERSQI, la puntuación total media para el conjunto de ellas fue de 10,592 (2,371), con una confiabilidad entre evaluadores de 0,98 (intervalo de confianza [CI] del 95 %: 0,80–0,96) según el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

Al margen de sendas encuestas en Europa y EE. UU., las otras 10 intervenciones eran implementaciones de cursos o currículos para residentes de psiquiatría solos (7) o con otros participantes (3). Dos cursos no detallaban el año de residencia de los residentes de psiquiatría participantes; cuando se especificaba, los R2 participaban en 7 cursos, los R3 en 4 cursos, los R1 en 3 cursos y los R4 y R5 en un curso que en realidad era el mismo.

En lo relativo a métodos educativos didácticos (no clínicos), los seminarios constituyeron el formato más reportado al estar presentes en 8 intervenciones: 5 consistían en conferencias tradicionales (lecciones magistrales) por parte de miembros del personal [207,215–217,220], mientras que en los otros 3 se les pedía a los residentes de psiquiatría que buscaran información acerca de un tema y luego lo expusieran al grupo (generalmente con un coloquio posterior) [211,217,228]. Otros métodos educativos no clínicos reportados fueron la discusión de casos fuera

del entorno clínico (4) [215,217,228], talleres anuales (2) [215,218], *role-playing* semanal (1) [218], vídeos genéricos (1) [217], entrega de un libro de texto didáctico elaborado expresamente (1) [218], y recomendación de lecturas (1) [218].

En cuanto a métodos educativos clínicos, se reportaron entrevistas clínicas con pacientes reales en 4 intervenciones: todas ellas implicaban que el residente de psiquiatría realizase una entrevista en vivo con un paciente real en presencia de un supervisor, quien luego le daba *feedback* inmediato [203,204,207,218]. En 3 de esas intervenciones se realizaba también una grabación en vídeo de la entrevista paciente-residente que el supervisor visionaba para proporcionar *feedback* diferido, pudiendo incluirse vídeos clínicos de adjuntos como referencia [207,217,218]. Otros métodos de formación clínica reportados fueron la figura del tutor/mentor (3) [204,207,218], observar el trabajo clínico de un psiquiatra senior/adjunto (2) [207,216], y revisar la historia clínica elaborada por el residente (1) [204].

### **3.3 Cómo mejorar la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva**

Esta tercera parte del proyecto ha sido publicada como el artículo *How to Improve Training in Descriptive Psychopathology for Psychiatry Residents: A Delphi Study* en la revista *Psychopathology* [158]. Se trata de la publicación oficial de la Sección de Clasificación, Evaluación Diagnóstica y Nomenclatura de la WPA [198]. Según el indicador SCImago Journal Rank, en el último año del que se disponen datos (2021) la revista *Psychopathology* está encuadrada en el primer cuartil (Q1) en el ámbito de la psiquiatría y el primer cuartil (Q1) en el ámbito de la psicología clínica [199].

Pueden consultarse en detalle los resultados en dicho artículo y en sus apéndices suplementarios, donde se detallan la mediana, la media, los cuartiles y la desviación estándar de cada ítem de respuesta de cada una de las 14 preguntas.

### **3.3.1 Aspectos generales de la formación en PD**

En lo relativo a los problemas generales de la actual formación de residentes de psiquiatría (Pregunta 1), el panel de expertos consideró que el problema más importante es la falta de supervisión directa y *feedback* en entrevistas clínicas reales. Otros problemas relevantes son las prácticas inapropiadas (falta de continuidad de cuidados, cultura de copiar-pegar, etc.), la sobresimplificación diagnóstica (DSM y similares) y las deficiencias de los planes de estudio con respecto al conocimiento de la PD.

En lo relativo a posibles medidas generales para mejorar la formación didáctica o clínica en PD (Preguntas 6-7), se destacaron las siguientes como especialmente importantes (mediana: 9):

- ✓ adaptar la formación en PD a lo largo de la residencia, con niveles introductorios y avanzados;
- ✓ hacer obligatoria la formación en PD en los planes de estudios de psiquiatría;
- ✓ evaluar el conocimiento y el uso clínico de la PD por parte de los residentes;
- ✓ formar a los formadores/supervisores tanto en contenido (PD) como en forma (cómo formar/supervisar a los residentes).

### **3.3.2 Formación didáctica**

En cuanto a las iniciativas didácticas para mejorar la formación en PD (Pregunta 6), se destacaron especialmente las discusiones de casos con énfasis en los aspectos dialógicos y de PD. También se recomendaron videos de entrevistas clínicas y lecturas con discusiones supervisadas posteriores, así como clases teóricas basadas en el conocimiento de la PD.

En cuanto a los contenidos propuestos para la formación didáctica (Pregunta 2), la epistemología de la PD (síntomas mentales como objetos híbridos, teoría de la formación de síntomas mentales, etc.) se consideró el tema más importante. Le seguirían en importancia los autores y textos contemporáneos y clásicos, así como los antecedentes históricos y el desarrollo de

la PD. Se valoraron las ciencias sociales que podría valer la pena incluir en la formación (Pregunta 3), siendo las mejor valoradas historia, psicología general y fenomenología-hermenéutica.

Entre los autores a recomendar (pregunta 4), los resultados fueron los siguientes:

- autores clásicos: Jaspers (mediana: 9), seguido por Kraepelin, Bleuler y Kurt Schneider (mediana: 8), y luego por Ey, Kretschmer, Conrad y De Clérambault.
- autores contemporáneos: Berrios (mediana: 9), seguido por Marková, Fuchs, Stanghellini y Kirmayer (mediana: 7), y luego por Louis Sass, Parnas y Sierra.

En cuanto a los libros recomendados (Pregunta 5), los resultados fueron los siguientes:

- libros generales: *Sims. Síntomas mentales* de Sims y Oyebode (mediana: 8) [229,230], seguido por *Fish's Clinical Psychopathology* de Fish y Hamilton [128]; también se recomendaron sendos libros de Jansson y Nordgaard y de Scharfetter [231,232].
- libros avanzados: *Historia de los síntomas de los trastornos mentales* de Berrios (mediana: 8.5) [54,233], seguido por *Una historia de la psiquiatría clínica* de Berrios y Porter [234,235], *Psicopatología general* de Jaspers [75,236], *Psicopatología clínica* de Kurt Schneider [91,237], y otros trabajos de Ey y Minkowski [101,104,238].
- libros específicos: *La esquizofrenia incipiente* de Conrad (mediana: 8) [96,239], seguido por monografías sobre el delirio sensitivo de referencia [97,240], el insight [241,242], y la despersonalización [243].
- otros libros disponibles únicamente en lengua española: los generales de Luque y Villagrán [127], Eguíluz y Segarra [244], y Vallejo Ruiloba [245]; uno avanzado de epistemología de Berrios [142]; y sendas monografías sobre los delirios de Ey y de Berrios y Fuentenebro [100,246].

### **3.3.3 Formación clínica**

En lo relativo a la mejora de la formación clínica en PD (Pregunta 7), la medida más valorada es la supervisión directa (mediana 10) definida por tres elementos secuenciales:

observación directa, discusión y *feedback* inmediato. En cuanto a los supervisores, de entre sus características deseables (Pregunta 8) se destaca su experiencia clínica, seguida por su interés en la PD y su formación, su conocimiento de la materia y una serie de cualidades personales (motivador, comprometido, empático y adaptable). Se proponen también medidas para mejorar la pericia de unos supervisores clínicos que deberían ser reconocidos por el valor de su labor (Pregunta 9), y se destacó la importancia de 8 aspectos de la PD que podrían orientar al supervisor a lo largo de la supervisión directa (Pregunta 10):

- 1) Examen del estado mental: realiza un examen exhaustivo del estado mental, considerando toda la experiencia del paciente y prestando atención a la forma y contenido de los síntomas.
- 2) Diálogo: participa en un diálogo facilitador y realiza una entrevista fenomenológica (semiestructurada); usa habilidades de entrevista y muestra flexibilidad/adaptabilidad.
- 3) Empatía y comprensión: trata de comprender los estados subjetivos del otro.
- 4) Actitud/disposición: muestra actitudes adecuadas hacia el paciente y el encuentro: apariencia, curiosidad, naturalidad, paciencia, respeto, calidez, etc.
- 5) Puente conocimiento-práctica: utiliza su conocimiento en PD/síntomas mentales para acceder a la experiencia del paciente, no como un conjunto de fenómenos patológicos fijos.
- 6) Formación de síntomas mentales: considera factores tanto biológicos como psicosocioculturales que pueden haber dado forma a la construcción conjunta de síntomas mentales, prestando atención al significado y su relación con el contexto y la situación.
- 7) Implicaciones para la toma de decisiones: considera la PD y sus implicaciones (p. ej., fenocopias conductuales) para el diagnóstico diferencial, decisiones de tratamiento, etc.
- 8) Informe escrito del encuentro clínico: recopila e integra información relevante para dar una descripción detallada y significativa del estado mental, evitando el énfasis excesivo en términos técnicos o interpretativos.

En aras de favorecer la discusión con el residente, el panel de expertos consideró la pertinencia y utilidad de una serie de preguntas que podría realizar el supervisor respecto a la consideración de los configuradores psicosocioculturales (Pregunta 11) y el enfoque empático del residente hacia el paciente (Pregunta 12). Los expertos también valoraron aspectos que el supervisor podría tener en cuenta a la hora de valorar el informe escrito del residente sobre una entrevista clínica (Pregunta 13) y la idoneidad de incorporar más allá del supervisor otras fuentes de *feedback* para el residente (Pregunta 14), siendo las mejor valoradas el paciente y sus allegados (si es seguro y factible para ellos) y a continuación otros profesionales en función de su rol y presencialidad.

#### **3.3.4 Calidad de la aplicación Delphi**

La calidad de la aplicación de la técnica Delphi se puede evaluar con respecto a una serie de esferas de control [176]:

- a) Grado de dispersión/consenso: las variaciones entre la ronda I y la ronda II de la desviación estándar (-0,47) y del rango intercuartílico (-0,58) indican que el nivel de dispersión disminuyó y por tanto el consenso aumentó durante el proceso Delphi, en sintonía con lo que se considera deseable en la literatura.
- b) Estabilidad de las respuestas: la estabilidad cualitativa grupal promedio (66%), la estabilidad cuantitativa grupal (89%) y la estabilidad individual absoluta (el 90% de los expertos modificó alguna de sus respuestas de una ronda a otra) indican que el proceso Delphi ayudó a los expertos a reflexionar y cambiar de opinión, en sintonía con lo que se considera deseable en la literatura.
- c) Participación: 29 expertos contribuyeron en alguna etapa del proceso, la mayoría en todas y cada una de las fases (62%). El 84% de los expertos que participaron en la ronda I lo hicieron también en la ronda II (21/25) y la cumplimentación media subió del 90% al 94%. Todas las preguntas recibieron comentarios cualitativos enriquecedores por parte de los expertos, con una mediana de 3,5 comentarios por pregunta en ambas rondas.

d) Satisfacción: 18/21 expertos participantes en la ronda final rellenaron la encuesta de satisfacción. El 94% consideró que el método Delphi había sido efectivo para obtener y mejorar las opiniones de los expertos y el 83% consideró que el *feedback* había sido útil para mejorar la confianza en sus respuestas. El 100% consideró el cuestionario comprensible y bien presentado, y todos estaban satisfechos de haber participado.

## **4. Discusión**

## **4.1 A propósito del análisis DAFO**

Este análisis situacional nos ofreció la posibilidad de hacer una reflexión pormenorizada sobre el sistema español de residencia de psiquiatría que facilite a su vez nuevos debates y aportaciones de otros profesionales. Pocos meses después de la publicación de nuestro artículo la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM) publicó la *Guía de acción tutorial y de evaluación del MIR en psiquiatría* [247]; consideramos que dicho libro constata la pertinencia y validez del análisis situacional realizado.

En el momento de realizar el depósito de esta tesis el Ministerio de Sanidad acaba de publicar un borrador de los nuevos programas de las especialidades de Psiquiatría y de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, que plantea articular dicha formación en base a una FBC [248]. El documento abre ahora el debate sobre la idoneidad y viabilidad del diseño escogido, que incluye competencias transversales (13 dominios), competencias comunes (4 dominios) y competencias específicas (6 dominios para adultos y 7 dominios para infanto-juvenil), así como un sistema de evaluación en el que deberán emplearse una serie de instrumentos novedosos para la inmensa mayoría de tutores y formadores.

## **4.2 A propósito de la revisión sistemática**

### **4.2.1 Una literatura heterogénea en la que reciente no significa mejor**

La heterogeneidad de las fuentes fue notable, con una idoneidad media regular según el test CRAAP. Esto podría deberse en parte a los siguientes factores:

- variabilidad del papel de la PD y de su formación en cada estudio, pudiendo ser el foco principal o bien jugar un papel más secundario o tangencial;
- diferencias conceptuales (a menudo implícitas) sobre qué es un síntoma mental;
- variabilidad de los ámbitos formativos (psiquiatría comunitaria, hospitalaria, infanto-juvenil, enlace e interconsulta, adicciones, investigación, etc.).

Aunque las publicaciones más recientes fueron mayoría (más del 60 % posteriores al 2000), no son necesariamente mejores que las antiguas ni a nivel de contenidos (las tres más antiguas obtuvieron una puntuación CRAAP alta) ni a nivel metodológico (la más antigua de todas obtuvo el puntaje MERSQI más alto y era el único ensayo educativo controlado). Además, no hay evidencia publicada sobre cómo están funcionando los marcos de FBC (CanMEDS, ACGME, etc.) a la hora de formar a los residentes de psiquiatría en PD, y tampoco se ha reflexionado sobre cómo podrían conjugarse la PD y la FBC.

Especial consideración merece la falta de evaluación de la formación en PD: solo la mitad de las fuentes incluidas en la revisión sistemática la realizaban, y de ellas la mitad solamente alcanzaba el Nivel 1 de Kirkpatrick. Ese sobreénfasis evaluador en los Niveles 1-2 se realiza a expensas de los Niveles 3-4 [149], precisamente los vinculados a contextos clínicos con pacientes reales (la esencia misma de la PD). Existe además escasa orientación disponible para los supervisores clínicos, y en cuanto a la enseñanza teórica hay contenidos de los que no hay experiencias reportadas como la epistemología o los autores contemporáneos.

#### **4.2.2 Lecturas recomendadas al diseñar la formación en PD**

Aunque las encuestas realizadas en Europa y EE. UU. pueden ser útiles como punto de partida [219,221], consideramos que por su idoneidad temática y calidad metodológica el núcleo de esta revisión se encuentra en seis intervenciones educativas [203,204,207,217,218,228]. Todas ellas incluían algún tipo de evaluación, aunque por sus características diferenciadas podrían interesar a distintos perfiles de lector en función de sus necesidades.

Para aquellos interesados en iniciar o mejorar un plan de formación didáctica en PD, recomendaríamos las intervenciones en contextos no clínicos (Nivel 2 de Kirkpatrick) de Santos *et al.* y Valdivieso *et al.* En el primero, residentes de psiquiatría y docentes coincidían en que más allá del aprendizaje basado en problemas (*problem-based learning*, PBL) se necesitaban clases teóricas para cubrir algunos temas con mayor profundidad [217]. El segundo consistía en una serie de

seminarios con una interesante sinergia entre el contenido (autores clásicos) y la forma (principios de aula invertida) [228].

Para aquellos interesados en mejorar la formación clínica en PD o investigar al respecto, recomendaríamos las intervenciones educativas en escenarios clínicos de la vida real (Nivel 3 de Kirkpatrick) de Shea, Stein y Wilmuth [203,204,207,218]. Tres métodos emergen como cruciales a partir de estos trabajos, en consonancia con las demandas de los residentes respecto la formación en PD y las actuales tendencias en educación médica [221,249]:

- a) supervisión con observación directa (con el supervisor presente y pacientes reales), ya que una supervisión indirecta puede influir negativamente tanto en la seguridad del paciente como en el proceso de aprendizaje del residente, pudiendo considerarse también revisar el informe clínico escrito por el residente;
- b) *feedback*, que debe darse al residente inmediatamente después de la entrevista y que podría ampliarse posteriormente por escrito;
- c) autorreflexión del residente, que puede complementarse con un mentor.

#### ***4.2.3 Utilidad del test CRAAP para futuras revisiones sistemáticas***

Consideramos que la incorporación del test CRAAP como instrumento de valoración adicional resulta una aportación útil e interesante de cara a futuras revisiones sistemáticas en educación médica. Dado que instrumentos como la escala MERSQI o su más limitada alternativa la Newcastle-Ottawa Scale (NOS) se limitan a valorar la calidad metodológica de las fuentes, el test CRAAP resulta un complemento excelente ya que permite valorar la calidad del contenido de dichas fuentes. En nuestro caso podemos añadir que se trata de un instrumento sencillo y viable de utilizar, obteniendo además una alta confiabilidad entre evaluadores [250].

#### ***4.2.4 Temas candentes para el presente y futuro de la formación en PD***

Como señalaron Jaspers y Parnas [75,130,131], la formación en PD debería abarcar tanto un marco de conocimiento como la capacidad clínica para utilizarlo correctamente con una variedad de

pacientes y dentro de sistemas sanitarios cada vez más complejos. En este sentido, nuestra revisión sistemática de la literatura sobre cómo formar a residentes de psiquiatría en PD sirvió para identificar una serie de deficiencias y desafíos que requieren mayor reflexión y desarrollo [157].

Para un uso clínico adecuado de la PD, los residentes requieren un marco de conocimiento y comprensión apropiado. A pesar de haberse documentado algunas iniciativas didácticas para la enseñanza teórica, se han identificado contenidos relegados o desatendidos como la epistemología y las aportaciones de autores clásicos y contemporáneos.

La actual falta de formación y evaluación clínicas en PD es motivo de gran preocupación, ya que la PD cobra vida en el diálogo paciente-psiquiatra [157]. La práctica clínica dentro de contextos de trabajo reales con pacientes reales es fundamental, especialmente porque la PD no tiene sentido sin pacientes reales y la simulación tiene limitaciones intrínsecas en aspectos esenciales (p. ej., empatía) en el diálogo paciente-psiquiatra que conduce a la formación de síntomas [213]. Los residentes de psiquiatría también han manifestado que en cuanto a la formación en PD quieren más supervisión y práctica clínica con los pacientes [221]. Desafortunadamente, la supervisión en PD parece haber sido descuidada en comparación con la supervisión en otras áreas de la práctica psiquiátrica, como la psicoterapia y la psicofarmacología [251].

Estas lagunas detectadas en la literatura sobre cómo formar a los residentes de psiquiatría en PD y el convencimiento acerca de la necesidad de involucrar a los profesionales en el desarrollo de dicha formación motivaron la realización del consiguiente proceso Delphi.

### **4.3 A propósito del proceso Delphi**

#### **4.3.1 *Sobre aspectos generales de la formación***

Consideramos que la residencia de psiquiatría debe poner en valor la importancia de la PD en la práctica clínica, alentando a los residentes a progresar en su conocimiento y pericia a lo largo de su desarrollo profesional posterior como psiquiatras. Para ello se antoja preciso integrar durante

la residencia una formación clínica (especialmente la supervisión directa) y didáctica (para asegurar los conocimientos necesarios).

Aunque la PD es generalmente ignorada en los actuales marcos educativos [23,252–258], los esfuerzos para dignificar y mejorar la formación en PD son esenciales con independencia de cambios normativos pendientes que podrían ser deseables o limitantes. Los resultados finales de este Delphi constituyen una serie de recomendaciones, no listas cerradas ni dogmáticas; cada formador deberá considerarlos y adaptarlos según su contexto, necesidades, posibilidades, etc. En cuanto a la formación de dichos formadores/supervisores, hasta ahora no se han reportado iniciativas híbridas que aúnen contenido (PD) y forma (cómo formar/supervisar a residentes) [157], limitándose la literatura a cómo formar a psiquiatras para formar/supervisar a residentes en general [224,251,259].

#### **4.3.2 *Sobre la formación didáctica en PD***

La formación didáctica debería garantizar que los residentes aprendan los fundamentos de la PD y comprendan su relevancia e implicaciones, con unos objetivos razonables y factibles. Existe literatura sobre cómo evaluar el conocimiento en psiquiatría [260], pero no sobre cómo evaluar en concreto el conocimiento en PD.

Nuestro trabajo sintoniza con la propuesta de Jaspers de recomendar una selección de autores clásicos y contemporáneos, así como libros básicos, avanzados y específicos [75]. Se podría decir que todos los autores y libros incluidos valen la pena, pero no todos los autores y textos que valen la pena están incluidos; la literatura ofrece suficiente calidad y variedad para que cada programa formativo local pueda desarrollar sus propias recomendaciones, teniendo en cuenta sus características y necesidades contextuales. En cuanto a la largamente debatida enseñanza de las ciencias sociales [75,157,214,261,262], el panel de expertos las consideró interesantes pero no esenciales.

### 4.3.3 *Sobre la formación clínica en PD*

La actual formación clínica en psiquiatría se apoya en evaluaciones basadas en el lugar de trabajo (WBA) [263–265], de modo que áreas como la psicofarmacología han desarrollado herramientas WBA tipo *checklists* con las que califican una larga lista de conductas observables [266–268]. Creemos que este enfoque entra en conflicto con las características de la PD y sus necesidades formativas.

Hay un amplio consenso entre los expertos en PD y los residentes de psiquiatría sobre la necesidad capital de promover la supervisión directa (observación directa, discusión y *feedback*) [221]. Debemos mejorar la cantidad y calidad de esa supervisión directa con pacientes reales [269], y hacerlo de una manera que sea apropiada para la PD [157]. Dado que el verdadero instrumento de evaluación es el supervisor y no una determinada herramienta de evaluación [270], la forma de mejorar la formación clínica en PD es ayudar a los psiquiatras que supervisan a los residentes en su práctica diaria, brindándoles orientación para que puedan realizar una supervisión valiosa. En ese sentido, este trabajo es pionero por una serie de motivos:

- a) es el resultado de un consenso internacional que surge de la propia profesión y busca promover la reflexión e intercambio de residente y supervisor;
- b) plantea una guía de 8 aspectos de la PD que pueden orientar al supervisor, lo suficientemente focalizada y significativa con respecto a la PD pero lo suficientemente amplia para contextualizarla teniendo en cuenta al paciente, el residente, el entorno, etc.;
- c) plantea preguntas facilitadoras para discutir temas relevantes con el residente, brindando ejemplos prácticos que pueden ser adaptados por cada supervisor;
- d) plantea aspectos a considerar al revisar el registro escrito del residente, en aras de que sea clínicamente competente y éticamente sostenible como promovía Chaslin [74];

- e) no limita al supervisor, cuya experiencia es clave para enriquecer todo el proceso y que deberá tener en cuenta las condiciones reales (raramente ideales) en las que trabaja el residente.
- f) abre la puerta a enriquecer el *feedback* al residente con puntos de vista adicionales según su relevancia, incluidos pacientes o allegados [271]; cómo articularlo de una manera que sea segura y enriquecedora para todas las partes requiere más investigación.

#### **4.4 Limitaciones**

##### **4.4.1 Limitaciones del análisis DAFO realizado**

Las limitaciones de la técnica han sido ya debatidas en la literatura [272,273]. El principal de todas ellas es su dependencia del juicio de los autores que lo hayan elaborado, destacándose la conveniencia de que sea realizado por un grupo de autores que tengan conocimiento del tema. En nuestro caso el análisis DAFO lo realizamos cinco psiquiatras implicados en la formación de residentes en dos comunidades autónomas y una variedad de dispositivos, así como con distintos grados de experiencia como formadores y por ende de proximidad con el periodo de residente.

##### **4.4.2 Limitaciones de la revisión sistemática realizada**

La BEME Collaboration recomienda un grupo internacional de al menos seis revisores, lo cual fue parcialmente el caso aquí al disponer de un sexteto local de revisores que sí cumplían las recomendaciones BEME en cuanto a conocimiento del tema y habilidades necesarias [274]. Solamente se incluyeron fuentes que estuvieran en inglés o español para que todos los revisores pudieran leer y valorar las fuentes de forma independiente; reconocemos el riesgo de sesgo de idioma, ya que al menos un artículo con su resumen en inglés pero su texto en francés habría pasado a la fase de lectura completa en el proceso de selección [275].

La extracción de datos y su valoración fue realizada por dos revisores, un número reducido. Procuramos que ambos tuvieran una adecuada preparación previa en el uso de los instrumentos (test CRAAP y escala MERSQI), que fue refrendada al lograr una alta confiabilidad entre evaluadores en

ambos casos. En cuanto a la elección del test CRAAP para valorar la idoneidad de las fuentes, nuestro uso es consistente con las recomendaciones BEME para escoger e implementar una escala de valoración crítica en revisiones sistemáticas [153].

#### **4.4.3 Limitaciones del proceso Delphi realizado**

Podría decirse que un estudio Delphi es tan bueno como su panel de expertos y tan malo como las limitaciones de la técnica y las deficiencias en su aplicación [168].

Las limitaciones epistemológicas-metodológicas de la técnica Delphi son intrínsecas al método, como su dependencia en el juicio subjetivo de un grupo de expertos o el uso de un cuestionario con una variedad de ítems de respuesta un tanto restringida; intentamos minimizar esto último involucrando a los expertos en la construcción de los ítems de respuesta y alentándolos a proporcionar comentarios cualitativos en las rondas posteriores.

Las deficiencias en la aplicación del proceso Delphi dependen de cada estudio y equipo de trabajo: hicimos una exposición detallada de todo el proceso y aplicamos una serie de controles, con el fin de asegurar un uso riguroso de la técnica. La participación de los expertos contactados pudo estar condicionada por requisitos idiomáticos (inglés o español) y de exigencia (dada la complejidad y exhaustividad de nuestro cuestionario Delphi).

#### **4.5 Balance final**

Aunque ya había trabajos que destacaban la importancia de la formación en PD [131,144,146], nuestro proyecto ha supuesto una contribución novedosa tanto en su planteamiento como en su ejecución: aborda de manera integral cómo mejorar la formación en PD (tanto didáctica como clínica) y combina para ello una revisión sistemática de la literatura disponible y un proceso Delphi con un panel internacional de expertos. Los resultados obtenidos y el análisis de los mismos pueden ser de utilidad para todos los profesionales interesados en la formación de residentes de psiquiatría y en la enseñanza de la PD.

En aras de que la investigación en educación realizada tenga también su transferencia a la docencia real, venimos adaptando e incorporando gradualmente estas recomendaciones a la formación de residentes que se realiza en la unidad docente multiprofesional de salud mental del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Esta tesis también abre nuevas oportunidades de investigación, algunas ya desgranadas en páginas anteriores y otras por explorar, como podría ser la mejora de la formación de pregrado en PD para estudiantes de medicina.

En conclusión, esperamos que este trabajo pueda servir de estímulo para nuevas aportaciones y enfoques y, en definitiva, para una mejora de la formación de residentes de psiquiatría y de la enseñanza de la PD.

## **5. Conclusiones finales**

- 1) La implantación en España de una formación de residentes de psiquiatría basada en competencias representa tanto un reto como una oportunidad, debiendo adaptarse adecuadamente a las características de la especialidad y del contexto.
- 2) El actual sistema MIR ofrece una serie de activos a futuro, pero es preciso revisar y mejorar cuestiones como el reconocimiento y la formación de los tutores y formadores.
- 3) La literatura disponible sobre cómo formar a residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva se caracteriza por su heterogeneidad y escasa evaluación de la formación.
- 4) La literatura recoge seis intervenciones educativas que pueden ser útiles para aquellos interesados en mejorar la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva: 2 didácticas (de Santos y Valdivieso) y 4 clínicas (de Shea, Stein y Wilmuth).
- 5) Según un proceso Delphi realizado con un panel internacional de expertos, la formación de residentes de psiquiatría en psicopatología descriptiva debería integrar una formación clínica (especialmente la supervisión directa) y didáctica (para asegurar los conocimientos necesarios, especialmente de epistemología y de autores contemporáneos y clásicos).
- 6) Para la mejora general de la formación en psicopatología descriptiva los expertos proponen adaptarla a distintos niveles a lo largo de la residencia, incluirla en los planes de estudios, evaluar su conocimiento y su uso clínico, y formar a los formadores/supervisores en contenido (psicopatología descriptiva) y forma (cómo formar/supervisar).
- 7) Los autores más recomendados por el panel de expertos son Jaspers entre los clásicos y Berrios entre los contemporáneos, siendo asimismo sus respectivas obras maestras (*Psicopatología general e Historia de los síntomas de los trastornos mentales*) los libros avanzados mejor valorados.
- 8) Los libros básicos más recomendados por el panel de expertos son los de Sims-Oyebode y Fish-Hamilton, y a nivel español los de Luque-Villagrán, Eguíluz-Segarra y Vallejo Ruiloba.

- 9) La medida más valorada en el proceso Delphi para mejorar la formación clínica es la supervisión directa, definida por tres elementos secuenciales: observación directa, discusión y *feedback* inmediato.
- 10) Se han identificado 8 aspectos de la PD altamente valorados por el panel de expertos que podrían orientar al supervisor a lo largo de la supervisión directa: el examen del estado mental, el diálogo, la empatía y comprensión, la actitud/disposición, el puente conocimiento-práctica, la formación de síntomas mentales, las implicaciones para la toma de decisiones y el informe escrito del encuentro clínico.

## **6. Referencias bibliográficas**

- 1 American Psychiatric Association. What Is Psychiatry? [Internet]. [cited 2019 Aug 11]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
- 2 Goldstein JE. *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. 2nd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
- 3 Weiner DB. *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica; 2002.
- 4 Pinel P. An Essay Submitted in Competition for a Prize Offered by the Society of Medicine: Determine the Best Method to Teach Practical Medicine in a Hospital. In: Weiner DB, editor. *The Clinical Training of Doctors. An Essay of 1793*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1980; pp 63–98.
- 5 Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, Burgers C, Ten Cate O. Stages and transitions in medical education around the world: Clarifying structures and terminology. *Med Teach*. 2013;35(4):301–7.
- 6 Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2013;33(118):385–405.
- 7 Hudziak JJ. Crisis in American Psychiatric Education: An Argument for the Inclusion of Research Training for All Psychiatric Residents. In: Zorumski CF, Rubin EH, editors. *Psychopathology in the Genome and Neuroscience Era*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005; pp 203–28, Chapter xiii, 239 Pages.
- 8 Puschmann T. *A History of Medical Education From the Most Remote to the Most Recent Times*. London: H. K. Lewis; 1891.
- 9 O’Malley C. *The History of Medical Education*. Los Angeles: University of California Press; 1970.
- 10 Chen LC, Reich MR, Ryan J. *Medical Education in East Asia: Past and Future*. Bloomington: Indiana University Press; 2017.
- 11 Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson; 1978.
- 12 Ludmerer KM. *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*. New York: Basic Books, Inc.; 1985.
- 13 Bonner TN. *Becoming a Physician: Medical Education in Great Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*. New York: Oxford University Press; 1995.
- 14 Risse GB. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press; 1999.
- 15 Ludmerer KM. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York: Oxford University Press; 1999.

- 16 Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey Bass; 2010.
- 17 Etxeandia Pradera JI, Martínez Uribe D, González Piqueras JC, Bellver Pradas F, Sanjuan J, Aguilar García-Iturrospe E-J. *Educación médica y formación sanitaria especializada: desarrollo histórico*. 2018
- 18 Crammer JL. *Training and education in British psychiatry 1770-1970. 50 Years of British Psychiatry Vol. II: The Aftermath*. London: The Athlone Press; 1996; pp 209–42.
- 19 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
- 20 WFME. *WFME Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education. The 2015 Revision*. Copenhagen; 2015.
- 21 Frank JR, Snell L, Englander R, Holmboe ES, on behalf of the ICBME Collaborators. Implementing competency-based medical education: Moving forward. *Med Teach*. 2017 Jun;39(6):568–73.
- 22 Frank J, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Available from: [www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf](http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf)
- 23 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS Objectives of Training in the Specialty of Psychiatry* [Internet]. 2015 Available from: [https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry\\_otr\\_e.pdf](https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_otr_e.pdf)
- 24 ACGME. *ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Psychiatry*. 2019;1–66.
- 25 Royal College of Psychiatrists. *Core Curriculum for Specialist Core Training in Psychiatry*. 2017;(February):82, 86.
- 26 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. *RANZCP Psychiatry Training Pathway* [Internet]. 2012
- 27 European Higher Education Area and Bologna Process [Internet] Available from: <http://ehea.info/index.php>
- 28 Haug GE. *Grados y másteres en España y el espacio europeo de educación superior (EEES)*. 2015.
- 29 Gobierno de España. *Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades*. *Boletín Of del Estado*. 2001;1–58.
- 30 Gobierno de España. *Ley orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades*. *Boletín Of del Estado*. 2007;89(de 13 de abril de 2007):16241–60.

- 31 Ministerio de Universidades. Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. Boletín Of del Estado. 2021;(233):119537–78.
- 32 Gutiérrez-Fraile M, Franco D. La formación del médico psiquiatra en España: de los estudios de pregrado a la formación especializada. Rev Neuropsiquiatr. 2014;76(3):137.
- 33 Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Mark [Internet]. Off J Eur Union. 2013 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>
- 34 Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimie [Internet]. 2017;138:104040–60.
- 35 Brittlebank A, Hermans M, Bhugra D, Pinto M, Rojnic M, Andrea K, et al. Training in psychiatry throughout Europe. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016;266(2):155–64.
- 36 Baessler F, Riese F, Pinto Da Costa M, De Picker L, Kazakova O, Kanellopoulos A, et al. Becoming a psychiatrist in Europe: The title is recognized across the European Union, but what are the differences in training, salary and working hours? World Psychiatry. 2015;14(3):372–3.
- 37 UEMS. Union Européenne des Médecins Spécialistes - European Union of Medical Specialists [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.uems.eu/>
- 38 Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. Spain; 1955.
- 39 Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Spain; 1978. DOI: 10.2307/j.ctv9zchd1.4
- 40 Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. Spain; 1984. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>
- 41 Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Spain; 2006.
- 42 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>
- 43 Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. Educ Médica. 2018 Jul;19(4):229–34.

- 44 Espino Granado JA. La formación del psiquiatra en España. In: Espino Granado JA, editor. Libro del Año de Psiquiatría. Madrid: SANED Sanidad Ediciones; 1992; pp 179–210.
- 45 Espino Granado JA. La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción. In: Aparicio Basauri V, editor. Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid: ELA Editorial Libro del Año; 1997; pp 107–43.
- 46 Espino Granado JA, Olabarría B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
- 47 Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría [Internet]. 2008;37916–21.
- 48 Jacobs BW, Barrett E, Klasen H, Robertson P, Vašková L, Šnircová E, et al. Child and Adolescent Psychiatry Training in Europe. Underst Uniqueness Divers Child Adolesc Ment Heal. 2018;325–50.
- 49 BOE. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. 2021
- 50 Berrios GE. The History of Descriptive Psychopathology. In: Mezzich JE, Jorge MR, Salloum IM, editors. Psychiatric epidemiology: Assessment concepts and methods. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994; pp 47–68.
- 51 Berrios GE. History and epistemology of psychopathology. In: Kendler KS, Parnas J, editors. Philosophical Issues in Psychiatry III. The Nature and Sources of Historical Change. Oxford: Oxford University Press; 2015; pp 30–50.
- 52 Berrios GE. Psychiatry and its objects. Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed. 2011 Oct;4(4):179–82.
- 53 Marková IS, Berrios GE. Epistemology of psychiatry. Psychopathology. 2012;45(4):220–7.
- 54 Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica; 2008.
- 55 Pinel P. A Treatise on Insanity, in Which Are Contained the Principles of a New and More Practical Nosology of Maniacal Disorders Than Has Yet Been Offered to the Public. Sheffield; 1806.
- 56 Berrios GE, Marková IS. Symptoms — Historical Perspective and Effect on Diagnosis. In: Blumenfeld M, Strain JJ, editors. Psychosomatic Medicine. Lippincott Williams & Wilkins; 2006; pp 27–38.
- 57 Marková IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. Psychopathology. 2009;42(6):343–9.
- 58 Esquirol JÉD, Hunt EK. Mental Maladies. A Treatise on Insanity. Philadelphia, PA; 1845.

- 59 Moreau (de Tours) J-J, Villagrán JM. Del hachís y de la alienación mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2019.
- 60 Séglas J. Paranoia. Systematized Delusions and Mental Degenerations. An Historical and Critical Review. *J Nerv Ment Dis.* 1888
- 61 Séglas J, Chaslin P, Guiraud P, Meyerson I, Quercy P, Lacan J, et al. Lenguaje y Psicopatología. Buenos Aires: Polemos; 2012.
- 62 Wernicke C. Outline of Psychiatry in Clinical Lectures. London: Forgotten Books; 2018.
- 63 Goldar JC, Starkstein SE, Hodgkiss A. Karl Ludwig Kahlbaum's concept of catatonia. *Hist Psychiatry.* 1995 Jun;6(22):201–7.
- 64 Barrera A, Curwell-Parry O, Raphael M-C. Hebephrenia is dead, long live hebephrenia, or why Hecker and Chaslin were on to something. *BJPsych Adv.* 2019 Nov;25(6):373–6.
- 65 Kraepelin E, Johnstone T. Lectures On Clinical Psychiatry. New York City: William Wood & Co.; 1904.
- 66 Kraepelin E, Diefendorf AR. Clinical Psychiatry. A Text Book for Students and Physicians. Abstracted and Adapted From the Seventh German Edition of Kraepelin's "Lehrbuch der Psychiatrie." New York City: Macmillan; 1915.
- 67 Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia. Chicago: Chicago Medical Book Company; 1919.
- 68 Kraepelin E. Manic-depressive Insanity and Paranoia. Chicago Medical Book Company; 1920.
- 69 Bleuler E. The Theory of Schizophrenic Negativism. *J Nerv Ment Dis.* 1912 Jan;39(1):50–7.
- 70 Bleuler E. Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
- 71 Berrios GE. Jaspers and the first edition of Allgemeine Psychopathologie. *Br J Psychiatry.* 2013 Jun;202(6):433–433.
- 72 Berrios GE, Fuentenebro F. Philippe Chaslin and descriptive psychopathology. Is "psychiatry" a well made language? *Hist Psychiatry.* 1995 Sep;6(23):395–7.
- 73 Berrios GE. The Language of Psychiatry and Its History. In: Hamanaka T, Berrios GE, editors. Two Millennia of Psychiatry in West and East: Selected Papers from the International Symposium "History of Psychiatry on the Threshold to the 21st Century" 20-21, March 1999, Nagoya, Japan. Tokyo: Gakujū Shoin; 2003; pp 81–91.
- 74 Chaslin P. Elementos de Semiología y Clínica Mentales [Éléments de Sémiologie et Clinique Mentales]. 1st ed. Buenos Aires: Polemos; 2010.
- 75 Jaspers K. Psicopatología General [Allgemeine Psychopathologie]. 5th ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- 76 Jaspers K. Autobiografía filosófica. Madrid: Editorial Ygriega; 2021.

- 77 Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1992 Sep;3(11):303–27.
- 78 Walker C. Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, I The philosophical origins of the concept of form and content. *Hist Psychiatry*. 1993 Jun;4(14):209–38.
- 79 Walker C. Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, II: The concept of form and content in Jaspers' psychopathology. *Hist Psychiatry*. 1993 Sep;4(15):321–48.
- 80 Walker C. Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, III. The concept of form in Georg Simmel's social theory: a comparison with Jaspers. *Hist Psychiatry*. 1994 Mar;5(17):037–70.
- 81 Walker C. Karl Jaspers and Edmund Husserl—I: The Perceived Convergence. *Philos Psychiatry Psychol*. 1994;1(2):117–34.
- 82 Walker C. Karl Jaspers and Edmund Husserl—II: The Divergence. *Philos Psychiatry Psychol*. 1994;1(4):245–65.
- 83 Walker C. Karl Jaspers and Edmund Husserl—III: Jaspers as a Kantian Phenomenologist. *Philos Psychiatry Psychol*. 1995;2(1):65–82.
- 84 Walker C. Karl Jaspers and Edmund Husserl IV: Phenomenology as Empathic Understanding. *Philos Psychiatry, Psychol Psychol*. 1995;2(3):247–66.
- 85 Wiggins OP, Schwartz MA. Edmund Husserl's Influence on Karl Jaspers's Phenomenology. *Philos Psychiatry, & Psychol*. 1997;4(1):15–36.
- 86 Stanghellini G, Fuchs T. *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- 87 Jaspers K. The Phenomenological Approach in psychopathology. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1313–23.
- 88 Bormuth M. *Life Conduct in Modern Times: Karl Jaspers and Psychoanalysis*. Dordrecht: Springer; 2006.
- 89 Fuchs T, Breyer T, Mundt C. *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology*. Heidelberg: Springer; 2014.
- 90 Janzarik W, Viviani R, Berrios GE. Jaspers, Kurt Schneider and the Heidelberg school of psychiatry. *Hist Psychiatry*. 1998 Jun;9(34):241–52.
- 91 Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
- 92 Schneider K. *Las personalidades psicopáticas*. 8th ed. Madrid: Ediciones Morata; 1980.
- 93 Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Psiquiatría Clínica*. Paidós; 1974.
- 94 Binswanger L, Needleman J. *Being-In-The-World: Selected Papers of Ludwig Binswanger*. Condor; 1975.

- 95 Kleist K, Martínez DR. Sobre psicosis cicloides, paranoides y epileptoides y el problema de las psicosis degenerativas. Buenos Aires: Salerno; 2013.
- 96 Conrad K. Die beginnende Schizophrenie [Incipient Schizophrenia]. Stuttgart: Thieme; 1958.
- 97 Kretschmer E. Der Sensitive Beziehungswahn [The Sensitive Delusion of Reference]. 4th ed. Berlin: Springer Berlin Heidelberg; 1966.
- 98 Tellenbach H. Melancolía: Visión histórica del problema: Endogenidad, tipología, patogenia y clínica. Madrid: Ediciones Morata; 1976.
- 99 De Clerambault GG, Hriso P. Mental Automatism: A Conceptual Journey Into Psychosis. Hermes Whispers Press; 2002.
- 100 Ey H. Estudios sobre los delirios. Madrid: Editorial Triacastela; 1998.
- 101 Ey H. Estudios Psiquiátricos. Buenos Aires: Polemos; 2008.
- 102 Ey H. Tratado de las Alucinaciones. Buenos Aires: Polemos; 2010.
- 103 Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Barcelona: Paidós; 1980.
- 104 Minkowski E. Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies. Evanston, Illinois: Northwestern University Press; 2019.
- 105 Aguirre Oar JM, Guimón Ugartechea J. Vida y Obra de Julián de Ajuriaguerra. Madrid; 1992.
- 106 Cousin F-R, Garrabé J, Morozov D, editors. Anthology of French Language Psychiatric Texts. World Psychiatric Association; 1999.
- 107 López-Ibor JJ, Carbonell C, Garrabé J, editors. Anthology of Spanish Psychiatric Texts. World Psychiatric Association; 2001.
- 108 Maj M, Ferro FM, editors. Anthology of Italian Psychiatric Texts. World Psychiatric Association; 2002.
- 109 Sass H, editor. Anthology of German Psychiatric Texts. World Psychiatric Association; 2007.
- 110 Marková IS, Chen E. Rethinking Psychopathology. Cham: Springer; 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-43439-7
- 111 Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*. 2005;38(5):236–58.
- 112 Fulford K, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 113 Kendler KS, Parnas J. Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2008.

- 114 Kendler KS, Parnas J. *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- 115 Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringaris A. *The Maudsley Reader in Phenomenological Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
- 116 Kendler KS, Parnas J. *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- 117 Kendler KS, Parnas J. *Philosophical Issues in Psychiatry IV: Psychiatric Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
- 118 Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*. 2017;50(1):10–54.
- 119 Stanghellini G, Broome M, Raballo A, Fernandez AV, Fusar-Poli P, Rosfort R. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2019. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001
- 120 Llopis B. *Introducción dialéctica a la psicopatología*. Madrid: Ediciones Morata; 1970.
- 121 Llopis B. *La psicosis única. Escritos escogidos*. Madrid: Editorial Triacastela; 2003.
- 122 Cabaleiro Goás M. *Obras Completas*. Lugo: Asociación Gallega de Psiquiatría; 1997.
- 123 Martín Santos L. *Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental*. Madrid: Paz Montalvo; 1955.
- 124 Ruiz-Ogara C, López-Ibor Aliño JJ, Barcia D, Sartorius N, Pichot P, Rojo Sierra M. [Presentación del tratado *Psiquiatría*]: 02-02-1982. 1982
- 125 Fuentenebro F, Berrios GE, Romero AI, Huertas R. *Dr. Luis Martín Santos. Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio*. Madrid: Necodisne Ediciones; 1999.
- 126 Díez Patricio A, Luque Luque R. *Psicopatología de los síntomas psicóticos*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.
- 127 Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
- 128 Hamilton M. *Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. 2nd ed. Bristol: Wright; 1985.
- 129 Berrios GE, Marková IS. *Toward a New Epistemology of Psychiatry*. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015; pp 41–64.
- 130 Parnas J, Gallagher S. *Phenomenology and the interpretation of psychopathological experience*. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015; pp 65–80.

- 131 Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* 2013 Mar;39(2):270–7.
- 132 Parnas J. Foreword. In: Jansson L, Nordgaard J, editors. *The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis.* , 1st ed. Copenhagen: Springer; 2016; pp v–vii.
- 133 Stanghellini G. Psychopathology: re-humanizing psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Jun;127(6):436–7.
- 134 Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull.* 2006 Dec;33(1):108–12.
- 135 Rossi A. Psychopathology: education, evidence and translation. The 23rd Congress of the Italian Society of Psychopathology. *J Psychopathol.* 2019 Mar;25(1):1–2.
- 136 Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *Am J Psychiatry.* 2010 Jul;167(7):748–51.
- 137 de Leon J. One Hundred Years of Limited Impact of Jaspers’ General Psychopathology on US Psychiatry. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(2):79–87.
- 138 de Leon J. DSM-5 and the Research Domain Criteria: 100 Years After Jaspers’ General Psychopathology. *Am J Psychiatry.* 2014 May;171(5):492–4.
- 139 Kirmayer LJ, Crafa D. What kind of science for psychiatry? *Front Hum Neurosci.* 2014;8(435):1–12.
- 140 Lilienfeld SO, Treadway MT. Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology.* *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:435–463.
- 141 Fuchs T. *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind.* Oxford: Oxford University Press; 2018.
- 142 Berrios GE. *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría.* Buenos Aires: Polemos; 2011.
- 143 Stanghellini G, Broome MR. Psychopathology as the basic science of psychiatry. *Br J Psychiatry.* 2014 Sep;205(3):169–70.
- 144 Volpe U, Sass H. Why, what and how should early career psychiatrists learn about phenomenological psychopathology? In: Fiorillo A, Calliess IT, Sass H, editors. *How to Succeed in Psychiatry: A Guide to Training and Practice.* , 1st ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2012; pp 82–97.
- 145 Taylor MA, Vaidya NA. *Descriptive Psychopathology.* Cambridge: Cambridge University Press; 2009. DOI: 10.1017/CBO9780511552106
- 146 Stanghellini G, Fiorillo A. Five reasons for teaching psychopathology. *World Psychiatry.* 2015 Feb;14(1):107–8.

- 147 de Leon J. Is psychiatry scientific? A letter to a 21st century psychiatry resident. *Psychiatry Investig.* 2013;10(3):205–17.
- 148 de Leon J. Is it time to awaken Sleeping Beauty? European psychiatry has been sleeping since 1980. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(4):186–94.
- 149 Kirkpatrick JD, Kirkpatrick WK. *Kirkpatrick’s Four Levels of Training Evaluation.* Alexandria, VA: ATD Press; 2016.
- 150 M. Harden, Janet Grant, Graham Buck R. BEME Guide No. 1: Best Evidence Medical Education. *Med Teach.* 1999 Jan;21(6):553–62.
- 151 Haig A, Dozier M. BEME Guide No 3: Systematic searching for evidence in medical education--Part 1: Sources of information. *Med Teach.* 2003 Jan;25(4):352–63.
- 152 Haig A, Dozier M. BEME Guide No. 3: Systematic searching for evidence in medical education--Part 2: Constructing searches. *Med Teach.* 2003 Jan;25(5):463–84.
- 153 Hammick M, Dornan T, Steinert Y. Conducting a best evidence systematic review. Part 1: From idea to data coding. BEME Guide No. 13. *Med Teach.* 2010 Jan;32(1):3–15.
- 154 Sharma R, Gordon M, Dharamsi S, Gibbs T. Systematic reviews in medical education: A practical approach: AMEE Guide 94. *Med Teach.* 2015 Feb;37(2):108–24.
- 155 Grant J, Abdelrahmen MYH, Zachariah A. Curriculum design in context. *Oxford Textbook of Medical Education.* Oxford University Press; 2013; pp 13–24.
- 156 Etxeandia-Pradera J-I, Martinez-Urbe D, Bellver-Pradas F, Gonzalez-Piqueras J-C, Aguilar E-J. The Challenge of Introducing Competency-Based Psychiatry Training in Spain. *Acad Psychiatry.* 2020 Dec;44(6):770–4.
- 157 Etxeandia-Pradera J-I, Martinez-Urbe D, Bellver-Pradas F, Gonzalez-Piqueras J-C, Nacher J, Aguilar E-J. Training Psychiatry Residents in Descriptive Psychopathology: A Systematic Review. *Psychopathology.* 2021;54(1):1–17.
- 158 Etxeandia-Pradera J-I, Landeta J, Gonzalez-Such J, Aguilar E-J. How to Improve Training in Descriptive Psychopathology for Psychiatry Residents: A Delphi Study. *Psychopathology.* 2022 Jul;1–14.
- 159 Weihrich H. The TOWS matrix—A tool for situational analysis. *Long Range Plann.* 1982 Apr;15(2):54–66.
- 160 Madsen D. SWOT Analysis: A Management Fashion Perspective. *Int J Bus Res.* 2016 Mar;16(1):39–56.
- 161 Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 2009 Jul;339:b2700.

- 162 Bramer WM, Rethlefsen ML, Kleijnen J, Franco OH. Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: a prospective exploratory study. *Syst Rev*. 2017 Dec;6(1):245.
- 163 Sullivan GM. Deconstructing Quality in Education Research. *J Grad Med Educ*. 2011 Jun;3(2):121–4.
- 164 Garcia M, Daugherty C, Khallouq B Ben, Maugans T. Critical assessment of pediatric neurosurgery patient/parent educational information obtained via the Internet. *J Neurosurg Pediatr*. 2018;21(5):535–41.
- 165 Texas State University Libraries. LibGuides: Finding and Evaluating Web Sources: The CRAAP Test [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 4]. Available from: <https://guides.library.txstate.edu/c.php?g=184587&p=4604817>
- 166 Cook DA, Reed DA. Appraising the Quality of Medical Education Research Methods. *Acad Med*. 2015;90(8):1067–76.
- 167 Kothari D, Gourevitch MN, Lee JD, Grossman E, Truncali A, Ark TK, et al. Undergraduate medical education in substance abuse: a review of the quality of the literature. *Acad Med*. 2011 Jan;86(1):98–112.
- 168 Landeta J. El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro. Barcelona: Ariel; 2002.
- 169 Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technol Forecast Soc Change*. 2006 Jun;73(5):467–82.
- 170 Waggoner J, Carline JD, Durning SJ. Is There a Consensus on Consensus Methodology? Descriptions and Recommendations for Future Consensus Research. *Acad Med*. 2016 May;91(5):663–8.
- 171 McDonald N, Schoenebeck S, Forte A. Reliability and Inter-rater Reliability in Qualitative Research. *Proc ACM Human-Computer Interact*. 2019 Nov;3(CSCW):1–23.
- 172 Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research*. 1st ed. Sage Publications; 2013.
- 173 Wijngaarden V. The application of ATLAS.ti in different qualitative data analysis strategies [Internet] Available from: <https://atlasti.com/research-hub/the-application-of-atlas-ti-in-different-qualitative-data-analysis-strategies>
- 174 Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *Int J Qual Methods*. 2006 Mar;5(1):80–92.
- 175 Xu W, Zammit K. Applying Thematic Analysis to Education: A Hybrid Approach to Interpreting Data in Practitioner Research. *Int J Qual Methods*. 2020 Jan;19:160940692091881.
- 176 Landeta J, Matey J, Ruíz V, Galter J. Results of a Delphi survey in drawing up the input–output tables for Catalonia. *Technol Forecast Soc Change*. 2008 Jan;75(1):32–56.

- 177 Submission guidelines [Internet]. Acad Psychiatry. 2022 Available from: <https://www.springer.com/journal/40596/submission-guidelines>
- 178 Academic Psychiatry [Internet]. SCImago J Rank. 2020 Available from: <https://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=17539&tip=sid&clean=0>
- 179 Harris JE, Lopez-Valcarcel BG, Barber P, Ortún V. Allocation of Residency Training Positions in Spain: Contextual Effects on Specialty Preferences. *Health Econ*. 2017 Mar;26(3):371–86.
- 180 Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Puerto Garriga A, Morán-Sánchez I, Ruiz Martínez AM. Las Unidades Docentes Multiprofesionales: una oportunidad de mejora en la formación sanitaria especializada. *Gestión y Evaluación Costes Sanit*. 2010;11(4):33–45.
- 181 Domínguez M. La figura del tutor MIR solo está desarrollada en 7 comunidades autónomas. *Redacción Médica*. 2018 [cited 2022 Sep 25]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-figura-del-tutor-mir-solo-esta-desarrollada-en-7-comunidades-autonomas-1325>
- 182 Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bobes-Bascaran M-T, Parellada M, Bascaran M-T, Saiz PA, et al. The state of psychiatry in Spain. *Int Rev Psychiatry*. 2012 Aug;24(4):347–55.
- 183 Etxeandia-Pradera J-I, Martínez-Urbe D, González-Piqueras JC, Bellver-Pradas F, Sanjuan J, Aguilar-García-Iturrospe EJ. Los psiquiatras españoles y su interés en la docencia una revisión de los congresos nacionales de la última década. A Coruña: SEFSE; 2018.
- 184 Van der Vleuten CPM. Competency-based education is beneficial for professional development. *Perspect Med Educ*. 2015;4(6):323–5.
- 185 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Training and Assessment Update RANZCP Fellowship Program End-year 2021. 2021
- 186 Gómez-Beneyto M, Montilla-García JF, De Castro-Manglano P, Gay-Pamos E, González-Torres MA, Gutiérrez-Fraile M, et al. La opinión de los residentes de psiquiatría sobre la formación que reciben. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(3):174–9.
- 187 Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica. Análisis del proceso de formación sanitaria especializada basado en la adquisición de competencias y de su evaluación. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 11]. ;1–152.
- 188 Hospital Universitario Cruces. Formación Especializada Hospital Universitario Cruces [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://osieec.osakidetza.eus/formacion-especializada-cruces/>
- 189 Unidad de Docencia, Investigación y Formación de Salud Mental. Red de Salud Mental de la Región de Murcia [Internet]. [cited 2020 Jan 1]. Available from: [www.murciasalud.es/unidaddocentesaludmental](http://www.murciasalud.es/unidaddocentesaludmental)

- 190 Orden SSI/577/2013, de 5 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y los criterios de evaluación de los especialistas en formación [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 11]. ;27751–84.
- 191 González Anglada MI. Guía del Tutor de Residentes [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fundacionalcorcon/file/3559/download?token=DZJLFKk7>
- 192 SEFSE-AREDA [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://sefse-areda.com/>
- 193 Salagre E, Arango C, Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, et al. CIBERSAM: Ten years of collaborative translational research in mental disorders. *Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed)*. 2019 Jan;12(1):1–8.
- 194 Instituto Nacional de Estadística. Producto interior bruto por habitante. Año 2018 [Internet]. [cited 2019 Oct 30]. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581)
- 195 Rodríguez Blas M del C. Estadística del Gasto Sanitario Público 2017: Principales resultados [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 11]. ;1–15.
- 196 Gonzalez-Torres MA. A look at the future of Psychiatry from the life and work of Professor José Guimón. *Gac Med Bilbao*. 2018;115(1):37–41.
- 197 Jones T, Hanney S, Buxton M, Burns T. What British psychiatrists read. *Br J Psychiatry*. 2004 Sep;185(3):251–7.
- 198 Affiliations [Internet]. *Psychopathology*. 2022 Available from: <https://www.karger.com/Journal/Affiliations/224276>
- 199 *Psychopathology* [Internet]. SCImago J Rank. 2021
- 200 Houpt JL, Weinstein HM, Russell ML. The Application of Competency-Based Education to Consultation-Liaison Psychiatry: I. Data Gathering and Case Formulation. *Int J Psychiatry Med*. 1977 Dec;7(4):295–307.
- 201 Houpt JL, Weinstein HM, Russell ML. The Application of Competency-Based Education to Consultation-Liaison Psychiatry: II. Intervention Knowledge and Skills. *Int J Psychiatry Med*. 1977 Dec;7(4):309–20.
- 202 Russell ML, Weinstein HM, Houpt JL. The Application of Competency-Based Education to Consultation-Liaison Psychiatry: III. Implications. *Int J Psychiatry Med*. 1977 Dec;7(4):321–8.
- 203 Stein SP. Supervision of the Initial Interview. *Arch Gen Psychiatry*. 1975 Feb;32(2):265.
- 204 Willmuth LR, McKegney FP. A Basic Clinical Skills Tutorial for First-Year Psychiatric Residents. *Acad Psychiatry*. 1977;1(2):151–6.
- 205 Janzen CL, Philips I, Malloy M. Child psychiatry education in early child development: description of a training program. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1981;11(3):158–66.

- 206 Marin RS, Foster JR, Ford C V, Reifler B V, Reisberg B, Robinowitz CB, et al. A curriculum for education in geriatric psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1988 Jul;145(7):836–43.
- 207 Shea SC, Mezzich JE, Bohon S, Zeiders A. A Comprehensive and Individualized Psychiatric Interviewing Training Program. *Acad Psychiatry*. 1989 Jun;13(2):61–72.
- 208 Halikas JA. Model Curriculum for Alcohol and Drug Abuse Training and Experience During the Adult Psychiatry Residency. *Am J Addict*. 1992 Jan;1(3):222–9.
- 209 Hodes M. A core curriculum for child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Dec;7(4):250–4.
- 210 Thompson JW. A Curriculum for Learning About American Indians and Alaska Natives in Psychiatry Residency Training. *Acad Psychiatry*. 1996 Mar;20(1):5–14.
- 211 Yates WR, Gerdes TT. Problem-based learning in consultation psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 May;18(3):139–44.
- 212 Blass DM. A Pragmatic Approach to Teaching Psychiatry Residents the Assessment and Treatment of Religious Patients. *Acad Psychiatry*. 2007 Feb;31(1):25–31.
- 213 Brenner AM. Uses and Limitations of Simulated Patients in Psychiatric Education. *Acad Psychiatry*. 2009 Mar;33(2):112–9.
- 214 Bromley E, Braslow JT. Teaching Critical Thinking in Psychiatric Training: A Role for the Social Sciences. *Am J Psychiatry*. 2008 Nov;165(11):1396–401.
- 215 Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J, Jarvis GE. Training clinicians in cultural psychiatry: a Canadian perspective. *Acad Psychiatry*. 2008 Jul;32(4):313–9.
- 216 Nikapota A. Transcultural training in child and adolescent psychiatry. In: Garralda ME, Raynaud J-P, editors. *Culture and conflict in child and adolescent mental health BT - Culture and conflict in child and adolescent mental health*. Jason Aronson, Lanham, MD; 2008; pp 205–22, Chapter xviii, 274 Pages.
- 217 Santos CW, Harper A, Saunders AE, Randle SL. Developing a psychopathology curriculum during child and adolescent psychiatry residency training: general principles and a problem-based approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2007 Jan;16(1):95–110, ix.
- 218 Shea SC, Green R, Barney C, Cole S, Lapetina G, Baker B. Designing Clinical Interviewing Training Courses for Psychiatric Residents: A Practical Primer for Interviewing Mentors. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Jun;30(2):283–314.
- 219 Taylor MA, Vaidya NA. Psychopathology in Neuropsychiatry: DSM and Beyond. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005 May;17(2):246–9.
- 220 Etkin A, Cuthbert B. Beyond the DSM: development of a transdiagnostic psychiatric neuroscience course. *Acad Psychiatry*. 2014 Apr;38(2):145–50.

- 221 Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, Ambrosini A, Stanghellini G. Education in Psychopathology in Europe: Results from a Survey in 32 Countries. *Acad Psychiatry*. 2016 Apr;40(2):242–8.
- 222 Fluyau D. Integrating DSM/ICD, Research Domain Criteria, and Descriptive Psychopathology in Teaching and Practice of Psychiatry. *Front Psychiatry*. 2018 Oct;9(OCT):484.
- 223 Hung E, Azzam A. Supervision of trainees in the psychiatric emergency service. In: Riba MB, Ravindranath D, editors. *Clinical manual of emergency psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA; 2010; pp 315–47, Chapter xxvii, 406 Pages.
- 224 James M, Hung E. Supervision of trainees in the psychiatric emergency service. In: Riba MB, Ravindranath D, Winder GS, editors. *Clinical manual of emergency psychiatry*. , 2nd ed. American Psychiatric Association, Arlington, VA; 2016; pp 295–326.
- 225 Luciano M, Del Vecchio V, Sampogna G, De Rosa C, Ambrosini A, Fiorillo A, et al. Training in psychopathology in Europe: Results from a survey. *Eur Psychiatry*. 2015;30:676.
- 226 Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, De Rosa C, Fiorillo A. Training in psychopathology in Europe: Are we doing well? A survey among early career psychiatrists. *J Psychopathol*. 2014 Dec;20(4):377–80.
- 227 Tobia A, Draschil T, Sportelli D, Katsamanis M, Rosenberg S, Williams JM. The horror!: a creative framework for teaching psychopathology via metaphorical analyses of horror films. *Acad Psychiatry*. 2013 Mar;37(2):131–6.
- 228 Valdivieso SA, Brockering W, Mejias M, Villarroel L, Maldonado G, Sirhan M. Evaluación de un Modelo de Enseñanza de la Psicopatología para Residentes de Psiquiatría. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2016 Feb;40(1):19–27.
- 229 Oyeboode F. *Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*. 5th ed. Saunders; 2014.
- 230 Oyeboode F. *Sims. Síntomas mentales*. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
- 231 Jansson L, Nordgaard J. *The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-33249-9
- 232 Scharfetter C. *General Psychopathology: An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
- 233 Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. DOI: 10.1017/CBO9780511526725
- 234 Berrios GE, Porter R. *A History of Clinical Psychiatry*. London: The Athlone Press; 1995.
- 235 Berrios GE, Porter R. *Una historia de la psiquiatría clínica*. Madrid: Editorial Triacastela; 2012.

- 236 Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.
- 237 Schneider K. Klinische Psychopathologie [Clinical Psychopathology]. 8th ed. Stuttgart: Thieme; 1967.
- 238 Ey H. Études psychiatriques [Psychiatric Studies]. Perpignan: Cercle de Recherche et d'édition Henri Ey (CREHEY); 2006.
- 239 Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
- 240 Kretschmer E. El delirio sensitivo de referencia. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 2000.
- 241 Marková IS. Insight in Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 242 Amador X, David AS. Insight and Psychosis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 243 Sierra M. Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- 244 Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. Una visión actualizada. 3rd ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- 245 Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
- 246 Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. Delirio: Historia, Clínica, Metateoría. Madrid: Trotta; 1996.
- 247 Bobes García J, García-Portilla González MP. Guía de acción tutorial y de evaluación del MIR en psiquiatría. 1st ed. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2020.
- 248 Sanidad M de. Orden \_\_\_\_\_ por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las . 2022
- 249 Lockyer J, Carraccio C, Chan M-K, Hart D, Smee S, Touchie C, et al. Core principles of assessment in competency-based medical education. Med Teach. 2017 Jun;39(6):609–16.
- 250 Etxeandía Pradera JI, Martínez Uribe D, Carrasco Picazo JP, Bellver Pradas F, González Piqueras JC, Rodríguez Portillo S, et al. Instrumentos para evaluar la calidad metodológica de la investigación en educación médica. FECIES. 2022.
- 251 De Golia SG, Corcoran KM. Supervision in Psychiatric Practice: Practical Approaches Across Venues and Providers. Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
- 252 Walton H. Education and Training in Psychiatry. London: King Edward's Hospital Fund, Oxford University Press; 1986.
- 253 Kay J. Handbook of Psychiatry Residency Training. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1991.

- 254 Rieder RO, Mellman LA. What and How to Teach in the Residency Program. In: Kay J, Silberman EK, Pessar LF, editors. *Handbook of Psychiatric Education*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005; pp 143–63.
- 255 Gask L, Coskun B, Baron D. *Teaching Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
- 256 Fiorillo A, Volpe U, Bhugra D. Role and responsibilities of psychiatrists. In: Fiorillo A, Volpe U, Bhugra D, editors. *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise*. Oxford: Oxford University Press; 2016; pp 1–10.
- 257 Dias MC, Riese F, Tasman A. Curriculum development for psychiatric training. In: Fiorillo A, Volpe U, Bhugra D, editors. *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise*. , 1st ed. Oxford; 2016; pp 149–63.
- 258 ACGME, ABPN. The Psychiatry Milestone Project. *J Grad Med Educ*. 2014;6(1s1):284–304.
- 259 Baron D, Coskun B. Psychiatrist Educators. In: Gask L, Coskun B, Baron D, editors. *Teaching Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011; pp 247–59.
- 260 Lunn B, Corral MR, Mihai A. Assessment in Psychiatric Education. In: Gask L, Coskun B, Baron D, editors. *Teaching Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011; pp 213–30.
- 261 Bleuler M, Kerbikov OV, Krapf EE, Lambo TA, Lebovici S, Lin T-Y, et al. *Teaching of Psychiatry and Mental Health*. Geneva: World Health Organization; 1961.
- 262 Ajuriaguerra J, Baan P, Baasher T, Ewalt J, Lin T, Snezhnevsky A, et al. *Training of Psychiatrists. Twelfth Report of the Expert Committee on Mental Health*. Geneva: World Health Organization; 1963.
- 263 Malik A, Bhugra D, Brittlebank A. *Workplace-Based Assessments in Psychiatry*. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2011.
- 264 Bhugra D, Malik A. *Workplace-Based Assessments in Psychiatric Training*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- 265 Yager J. Major Issues in Psychiatric Education. In: Kay J, Silberman EK, Pessar LF, editors. *Handbook of Psychiatric Education*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005; pp 333–60.
- 266 Young JQ, Lieu S, O’Sullivan P, Tong L. Development and Initial Testing of a Structured Clinical Observation Tool to Assess Pharmacotherapy Competence. *Acad Psychiatry*. 2011 Jan;35(1):27–34.
- 267 Young JQ, Rasul R, O’Sullivan PS. Evidence for the Validity of the Psychopharmacotherapy-Structured Clinical Observation Tool: Results of a Factor and Time Series Analysis. *Acad Psychiatry*. 2018;42(6):759–64.
- 268 Young JQ, Irby DM, Kusz M, O’Sullivan PS. Performance Assessment of Pharmacotherapy: Results from a Content Validity Survey of the Psychopharmacotherapy-Structured Clinical Observation (P-SCO) Tool. *Acad Psychiatry*. 2018;42(6):765–72.

- 269 Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, Kirk LM, Norcini JJ, Simons KB, et al. Implementation of competency-based medical education: Are we addressing the concerns and challenges? *Med Educ.* 2015;49(11):1086–102.
- 270 Holmboe ES, Durning SJ, Hawkins RE. *Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018.
- 271 Haigh R, Lovell K. Patients as Teachers: Involving Service Users. In: Gask L, Coskun B, Baron D, editors. *Teaching Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011; pp 177–89.
- 272 Pickton DW, Wright S. David W. Pickton and Sheila Wright. *Strateg Chang.* 1998;7(April):101–9.
- 273 Chermack TJ, Kasshanna BK. The use and misuse of swot analysis and implications for hrd professionals. *Hum Resour Dev Int.* 2007;10(4):383–99.
- 274 BEME. Steps in the Review Process: Forming a review group [Internet]. [cited 2019 Nov 29]. Available from: <https://www.bemecollaboration.org/Step+2+Review+Group/>
- 275 Mombour W. L'enseignement de la psychopathologie à l'aide du Système AMDP au cours de la formation postgraduée - [Teaching psychopathology using the AMDP system in postgraduate education]. *Acta Psychiatr Belg.* 1987;87(2):159–64.