Autores:

Autores: Freddy Gonzalo Carrion Suarez
Obra: Fundamentos de psicopatología
Unidad: Diagnóstico
Páginas: 352 - 360
DOI del capítulo: https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/23

Referencia APA 7

Carrion Suarez, F. G. (2026). Desafíos en la formación psiquiátrica: currículo, discriminación y bienestar del residente. En P. Jiménez Prado & M. I. Arévalo Vázquez (Eds.), Fundamentos de psicopatología (pp. 352 - 360). EDUCA-PLUS Editorial Académica. https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/23



DESAFÍOS EN LA FORMACIÓN PSIQUIÁTRICA: CURRÍCULO, DISCRIMINACIÓN Y BIENESTAR DEL RESIDENTE

La formación en Psiquiatría, tanto en los espacios de pregrado y postgrado enfrenta desafíos estructurales que abarcan desde la heterogeneidad curricular nacional e internacional, la persistente discriminación hacia la "locura", hasta la presencia de problemas en el bienestar mental de los estudiantes de pregrado, internos y residentes, pasando por la integración de competencias digitales, neurocientíficas y psicoterapéuticas.

Para entender la problemática debemos considerar varios elementos culturales, académicos y realidades de la salud mental en el Ecuador.

23.1. La "locura" como enfermedad rechazada

Desde el origen de la humanidad, las personas han tenido que convivir con personas con conductas extravagantes, personas que no se adaptaban a las normas sociales, personas con limitaciones en sus capacidades mentales, personas que se mostraban agitadas o agresivas. La sociedad antigua etiquetó a estas personas como "locos" o "alienados" o poseedores de algún tipo de castigo divino o posesión diabólica. Al no existir una concepción aún de "psique" o de sus enfermedades, la solución que la sociedad dio a estas personas era la marginalidad o el encierro. El "loco" no era considerado ser digno de ser humano razón por la cual carecía de derechos básicos incluida la salud.

Michel Foucault mencionaba la existencia de 3 instituciones que mantenían el orden y el poder: la escuela como ente educador, la cárcel como ente corrector y el "manicomio" como el ente separador (o eliminador, dependiendo el punto de vista).

Tras el renacimiento de la civilización occidental y los avances en medicina y el surgimiento de las especialidades, se acuña el término "psique" o "mente" como objeto de estudio y por ende el nacimiento de la especialidad psiquiátrica para estudiar la patología mental.

Aquí es donde nace una especialidad tan marginal como su objeto de estudio. La civilización actual ha absorbido muchas de las "tradiciones" clásicas y medievales; habiéndose heredado la aversión a la "locura" y el médico psiquiatra se convierte en un "médico de los locos". La consecuencia es la muy conocida discriminación a los pacientes y rechazo al objeto de estudio, es decir la psiquiatría.

Tras la reforma en la educación en medicina iniciada por Abraham Flexner en 1910 en los Estados Unidos (informe Flexner); en donde nace el currículo médico moderno (que posteriormente se estandarizó a nivel mundial); existía aún la visión de la salud como la del "hombre máquina"; es decir la de aparatos y sistemas separados y la salud como "ausencia de enfermedad". En la segunda mitad del siglo XX nace el paradigma bio-psico-social; en donde se entiende que la salud es el resultado del equilibrio del bienestar orgánico, la salud mental y la inclusión social; posteriormente este modelo fue progresivamente permeando en el currículo de las escuelas de medicina; pero la Salud Mental y la Psiquiatría no pudieron encontrar un espacio privilegiado en esta estructura.

El mantenimiento de la estructura de "paciente dividido en aparatos y sistemas" y perpetuado por la estructura de atención en salud por "especialidades" dejó de lado la salud mental como elemento del bienestar integral, la prevención de las enfermedades orgánicas y psiquiátricas; y lamentablemente también se mantuvo el estigma social y por ende formativo respecto a la Psiquiatría (especialidad que lucha por reemplazar al "loco" por "paciente mental").

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, tras los avances en neurociencias y una creciente corriente "antipsiquiátrica" que denunciaba los abusos en hospitales psiquiátricos, las organizaciones médicas internacionales y los gobiernos intentaron empujar la atención de los pacientes psiquiátricos del hospital a la comunidad; naciendo la Psiquiatría Comunitaria como el espacio terapéutico más integral y humano.

Varios convenios internacionales acordaron el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos (o simplemente manicomios) y la apertura de departamentos de psiquiatría en hospitales de especialidad, centros de psiquiatría comunitaria y psicólogos clínicos en el primer nivel de atención (por ejemplo, la Declaración de Caracas de 1990).

En países como Ecuador, con problemas económicos y estructurales de base en los sistemas de salud; dicha apuesta no se la ha podido ejecutar. La falta de espacios de atención, de una crónica carencia de personal especializado en psiquiatría y ausencias de políticas nacionales, no ha permitido al Ecuador a dar el salto a la Psiquiatría Comunitaria. Los intentos han solamente logrado la humanización parcial de los hospitales psiquiátricos existentes, mas no su reemplazo. Recién en el año 2023 se aprobó la "Ley de Salud Mental", de la cual muy poco se puede ejecutar.

En resumen, un sistema social que mantiene el estigma del paciente psiquiátrico, la percepción que la Psiquiatría es una especialidad marginal, la crítica antipsiquiátrica, un modelo de educación que ve al paciente como "pedazos de un todo", un modelo de salud que lucha para separarse de la estructura de "manicomio"; ha logrado que el currículo de pregrado en las escuelas de Medicina no preste atención a la medicina integrativa - preventiva, a la mente como objeto de estudio; y solo se revisen patologías mentales como relleno curricular.

Pero la realidad del Ecuador no es única en su problemática. Mientras que la psiquiatría se incluye como asignatura obligatoria en la mayoría de los países, la exposición clínica varía drásticamente: en algunos contextos los estudiantes reciben menos de 15 días de enseñanza teórica con escasas o nulas rotaciones clínicas.

23.2. La educación en Posgrado… manteniendo la tradición

Si un docente pregunta a los estudiantes de pregrado de cualquier carrera de Medicina en Ecuador, en qué se quieren especializar sus estudiantes, casi nadie escoge Psiquiatría. El estigma de la Psiquiatría y de la "locura" se mantiene en los pasillos de las universidades de una forma

"sutil".

En Ecuador la taza de Psiquiatras por 100 000 habitantes apenas supera el 1/100 000; mientras que en otros países de la región es varias veces mayor. En otras palabras "se necesitan psiquiatras". Los psiquiatras se encuentran concentrados en las ciudades más grandes, mientras que hay provincias enteras sin uno solo. Hospitales regionales carecen incluso de servicios de Psiquiatría por esta causa.

Por más necesidad existente y a pesar de que el campo laboral es amplio y en creciente demanda, son pocas las universidades que ofrecen la especialidad en Psiquiatría. En Ecuador se podría mencionar en Quito a la Universidad Central del Ecuador, la Universidad Tecnológica Equinoccial y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

En Guayaquil existe la especialidad en la Universidad de Guayaquil y en Cuenca en la Universidad de Cuenca. Cabe mencionar que varias de estas son universidades estatales que abren concursos de ingreso de forma muy esporádica. Antes, se reportaba falta de postulantes en la especialidad de Psiquiatría en los concursos de ingreso. En la actualidad se ha observado una alta demanda de postulantes, pero tras las cortinas varios de ellos se postulan para entrar en cualquier especialidad por gran saturación de médicos generales que tiene al momento el país (con comentarios como "yo entraré donde me toque…").

El currículo en las especialidades de Psiquiatría nacionales ha tenido históricamente un sesgo muy marcado a la Psiquiatría Biología y son muy frecuentes las quejas de "farmacolización" de los tratamientos psiquiátricos. Existe la sentida necesidad de generar una malla curricular que se alinee al nuevo paradigma de salud One Health (una sola salud, una salud que incorpore el paradigma bio-psico-social, con la salud del entorno y del planeta), la incorporación de asignaturas humanísticas y la direccionalidad a la psiquiatría comunitaria; pero que además aborde los desafíos de la salud mental como la migración, la discriminación, la interculturalidad y la comunicación y las nuevas tecnologías.

La pandemia de COVID-19 ha añadido complejidad, requiriendo que los residentes adquieran habilidades de diagnóstico y manejo en línea, lo que plantea desafíos éticos de confidencialidad y privacidad. Los programas actuales de atención en telepsiquiatría aún no son incluidos en las mallas curriculares.

La educación en neurociencia dentro de los programas de residencia en especialidades afines (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Emergencias y Desastres, Medicina de Familia, Geriatría) enfrenta barreras como la insuficiente experiencia docente, currículos inadecuados y el limitado interés del cuerpo docente.

Como nota al pie de página, al momento la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) al momento está trabajando, construyendo el "currículo global", es decir una malla curricular adaptada a la actualidad, como elemento que puedan incorporar las universidades en la formación de nuevos psiquiatras.

Hasta la fecha no existe ningún programa de segunda especialidad o subespecialidad en ninguna disciplina psiquiátrica. La demanda de psiquiatras infanto-juveniles, gerontopsiquiatría y especialistas en adicciones es altísima. En el año 2022 solo habían registrados 16 psiquiatras infantojuveniles en todo el país. Esto se convierte en un problema en la docencia porque hay muchas dificultades para acceder a especialistas-docentes con la experiencia necesaria para formar

a los futuros psiquiatras.

23.3. El residente como paciente

A pesar de que las carreras de medicina son espacios donde se enseña y promueve la salud y los hábitos de vida saludables; irónicamente son las carreras con mayor incidencia de problemas de salud mental, entre los que destacan la ansiedad y la depresión.

En un estudio realizada al interno de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se encontró una incidencia del 35% de ideación suicida. Mientras los estudiantes avanzan en sus estudios, aumenta progresivamente los mencionados síntomas, a los que se suman problemas de sueño. En el internado rotativo (año de prácticas en hospitales), al problema se suman intentos autolíticos.

Los residentes de posgrado, especialmente de especialidades quirúrgicas de alta presión como Terapia Intensiva o Emergencias y Desastres; se encuentran la mayor incidencia de intentos suicidas de alta letalidad, acompañado de abuso de sustancias controladas (opioides inyectables). En entrevistas realizadas comentan graves problemas interpersonales (deudas, problemas de pareja, abuso psicológico, sexual, extorción, familiares discapacitados, etc.), sumada a la presión del régimen académico y un régimen de rotaciones y trabajo en hospitales demasiado exigentes (en ocasiones abusivo) por el excesivo número de pacientes y maltrato institucional y en ocasiones del mismo personal. Lamentablemente ya se cuentan con varios fallecidos en los mencionados programas.

Frente a la actual situación, los programas de bienestar estudiantil y acompañamiento psicológico se ven excedidos o no se adaptan a la realidad de los estudiantes, siendo común la queja que “en la universidad no me ayudan”. La malla curricular no posee espacios de profilaxis, catarsis o alguna medida que permita prevenir la aparición o controlar los problemas mentales de los estudiantes.

23.4. La burocracia universitaria

La presencia de organismos reguladores de la educación superior ayudó a generar estándares mínimos de formación en los programas universitarios. Lastimosamente la priorización de la política y la burocracia, junto a la falta de una visión y liderazgo académico; ha convertido a estas instituciones en cadenas que dictaminan el número de horas semestrales, número de asignaturas, modalidades de titulación, entre otras. Varios docentes sienten que estas instituciones “ya no ponen el piso, sino el techo”. Un programa académico debe adaptarse a las necesidades de la profesión, al paradigma de la universidad y debe proyectarse hacia los nuevos escenarios en salud, razón por la cual debe haber la flexibilidad administrativa correspondiente.

Por varios años la educación superior limitaba el cupo en las distintas carreras a estudios de pertinencia y la capacidad del mercado laboral para absorber a los nuevos profesionales; pero como contraparte había un gran número de bachilleres que no podían ingresar a carreras de alta demanda como Medicina. Hace 15 años, y como parte de una nueva política en el país de “inclusión” se solicitó por parte de los organismos reguladores de educación superior el aumentar el número de cupos en las carreras de Medicina con el objetivo de “dar derecho a los jóvenes a cumplir el sueño de ser médico”, pero como contraparte existe en la actualidad un aumento de universidades que ofrecen carreras de medicina y una sobreproducción de médicos generales, los cuales no pueden ser absorbidos en el campo laboral, por lo que los principales caminos de estos nuevos profesionales

es entrar en una especialidad médica o salir del país en busca de nuevas oportunidades.

Frente a un escenario de masificación académica, las universidades tuvieron que sacrificar modalidades de enseñanza personalizadas, para reemplazarlas por técnicas de enseñanza masiva. Un ejemplo es la popularización de los MOOC´s (curso online – abierto – masivo) y el uso creciente de las modalidades virtuales de clases; los cuales ofrecen flexibilidad en horarios y actividades, además de abaratar costos de enseñanza; pero como contraparte existen dudas del rendimiento de los estudiantes tras haber aprobado estos cursos.

En la misma política de optimizar ingresos, varias universidades ofrecen salarios poco atractivos para especialistas de nicho (los cuales son clave en la enseñanza de cuarto nivel o especialidad médica). En la actualidad el "honor de ser docente universitario" de médicos especialistas ha sido reemplazado por la necesidad de entrar en algún espacio hospitalario y empezar a producir ganancias a la brevedad posible.

Al mismo tiempo, varios de los conocidos como "docentes clásicos", aquellos con experiencia y vocación, se encuentran retirándose o son despedidos (para evitar el pago de jubilación por parte de las universidades). La adquisición de nuevos docentes con un perfil y amor por la docencia es en la actualidad un gran desafío en carreras médicas y especialidades.

Otra forma de la pérdida del norte académico es que las exigencias de afinidad entre el programa con el título del docente han limitado la interdisciplinaridad de las mallas curriculares. La participación de valiosos profesionales con títulos distintos a los de la especialidad ha tenido un impacto negativo en asignaturas humanísticas que ayudaban a dar el perfil institucional a las especialidades y ayudaban a entender al paciente como un ser complejo y entender a la patología desde varios puntos de vista.

23.5. Una manera distinta de hacer las cosas: Los desafíos a afrontar en la formación psiquiátrica.

1.1.1. Las cadenas de los modelos actuales

La presencia de organismos reguladores de la educación superior creó estándares mínimos de formación en los programas universitarios para garantizar calidad en universidades e institutos superiores. Lastimosamente la priorización de la política y la burocracia, junto a la falta de una visión y liderazgo académico; ha convertido a estas instituciones en cadenas que dictaminan el número de horas semestrales, número de asignaturas, modalidades de titulación, entre otras. Varios docentes sienten que estas instituciones "ya no ponen el piso, sino el techo". Un programa académico debe adaptarse a las necesidades de la profesión, al paradigma de la universidad y debe proyectarse hacia los nuevos escenarios en salud.

En una época en donde se han puesto de moda los "indicadores" para intentar medir la "calidad" de la educación superior, tanto los organismos reguladores, como las propias universidades priorizan elementos como proporción de docentes a tiempo completo, número de docentes con doctorado, índice de libros de la biblioteca, número de artículos publicados en revistas indexadas, índice de entrevistas con mentores, etc; pero lamentablemente han dejado de lado la satisfacción de los estudiantes y docentes de ser parte de una "familia universitaria"; que la investigación nace de la curiosidad y no de un requerimiento administrativo; que la formación en medicina o psiquiatría no es un producto, sino un estilo de vida, que un estudiante no debe estudiar por una calificación, sino por el pacer de adquirir conocimiento; que la diferencias de pensamiento político, religioso

y diferencias de origen, sociales o étnicas enriquecen la discusión en la academia, y no es una amenaza implícita… en fin…

Debido a que muchos docentes aprendieron de manera "normalista – conductista" en las carreras de medicina en décadas pasadas, replican el modelo obsoleto con los estudiantes. Por esto es de vital importancia que los médicos se formen como docentes universitarios, con técnicas activas adaptadas a los nuevos escenarios de virtualidad e inteligencia artificial (la cual debe ser vista como herramienta y no como enemigo). La calificación debe ser vista como un elemento que permite mejorar aprendizajes, mas no como un elemento de castigo. Un docente de la especialidad en Psiquiatría (que afortunadamente no es médico…) dijo una vez que "…un buen profesor debe tener la capacidad de seducir a los estudiantes con la ciencia, para que aprendan con alegría…"

23.5.1. Modelo Humanístico del currículo como el nuevo eje vertebral

La formación en especialidades médicas es percibida desde un punto de vista principalmente técnico en áreas y subasignaturas que debe dominar para ejercer; en este caso la Psiquiatría. Este modelo prioriza la percepción biologista de los problemas psiquiátricos y por ende una mayor tendencia a resolver los problemas con psicofármacos.

Un modelo humanista permite entender al paciente y a la enfermedad mental desde distintas aristas. Esta visión permite integrar el trabajo con demás actores de la salud mental, en beneficio del paciente y de la sociedad. Para ello es importante la inclusión en las mallas de educación en psiquiatría, de asignaturas como de One Health, Antropología médica en Psiquiatría, Narrativa psiquiátrica, Epistemología en Psiquiatría, entre otras.

Transversal a todos los contenidos debe primar la concepción de la salud mental como un derecho humano inalienable, la lucha contra la discriminación y el estigma social en psiquiatría y por, sobre todo, el desarrollo de un modelo crítico de pensamiento que evite la "repetición de conductas" que observamos en la actualidad.

23.5.2. Salud mental preventiva

Uno de los históricos sesgos de la formación en salud es el enfoque en el manejo de los trastornos, a costa de un descuido de la prevención de las enfermedades. La medicina preventiva y que promueva estilos de vida saludable es de importancia mayúscula en Psiquiatría. En la mayoría de las mallas curriculares no se evidencias contenidos respecto a la prevención en salud mental de manera explícita.

23.5.3. Formación en psicoterapia

En la actualidad se percibe una dicotomía entre el trabajo del psiquiatra y del psicólogo clínico; quienes en muchos casos trabajan por separado en la sintomatología de los pacientes. El conocer el trabajo de ambas disciplinas permite ofrecer un manejo integral en los pacientes. Para ello es importante que en las mallas curriculares se refuercen contenidos relacionados a las principales corrientes psicoterapéuticas y permitan que los psiquiatras aprendan técnicas básicas de abordaje en psicoterapia, no con el objetivo de apoderarse del trabajo del psicólogo clínico, sino con el objetivo de dar manejo primario y ofrecer una transición cómoda del paciente del psiquiatra al psicólogo. Es importante dejar de lado celos profesionales y ver al compañero terapeuta como un aliado y no como una amenaza.

23.5.4. Neurociencia y telepsiquiatría

La neurociencia y las nuevas tecnologías de atención, comunicación y la inteligencia artificial han tenido una importante aceleración en los últimos años. La pandemia de Covid 19 obligó a adoptar modalidades a distancia y virtuales de atención; pero lamentablemente tanto el código legal de los distintos países, como la formación en estos cambiantes temas, obliga a que los docentes estén bajo permanente capacitación. Para lograrlo, las universidades deben generar espacios de actualización permanente, que permita prepara a los docentes y permitirles replicar estos conocimientos con los estudiantes de las especialidades psiquiátricas.

23.5.5. Psiquiatría comunitaria y de poblaciones marginadas

El objetivo actual de las políticas en salud mental prioriza la inclusión de los pacientes psiquiátricos a través de programas de psiquiatría comunitaria. El gran desafío de los gobiernos es la generación de estos espacios, por lo que es fundamental que los nuevos psiquiatras tengan la capacidad de entender y adaptar el diagnóstico y manejo integral al escenario de la Comunidad.

Para ayudar a romper la mirada hospital-céntrica, las mallas curriculares deben incluir asignaturas de psiquiatría comunitaria e incorporar rotaciones prácticas en programas-proyectos que realmente tengan impacto. Este sistema de prácticas es más fructífero con residentes de los últimos semestres, ya que mucha de los problemas de salud comunitarios posee una alta complejidad y existe la necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios para lograrlo.

23.5.6. Psiquiatría global

La movilización humana por los conflictos armados, las crisis políticas, económicas y climáticas, entre otras, obligan a incluir en la formación de los nuevos psiquiatras contenidos de interculturalidad, etnopsiquiatría, manejo de pacientes en condiciones de emergencias e inclusión social del paciente psiquiátrico. Las especialidades de Psiquiatría deben incluir el manejo de estos grupos humanos y ayudar a la transición a las nuevas realidades sociales. El psiquiatra puede convertirse en el agente de cambio de las personas más vulnerables.

23.5.7. Desarrollo Docente, Investigación y Contexto Global

Todos los docentes de las especialidades médicas deben convertirse en eruditos en sus campos de acción. Para ello la universidad debe facilitar el acceso a cursos de capacitación, rotaciones de actualización en el extrajeron y ser capacitado en investigación cuantitativa y cualitativa, para ayudar no solamente en la dirección de investigaciones de sus estudiantes, sino para proponer investigaciones enfocadas en los problemas sociales de salud mental y en su posible intervención.

Las universidades deben dejar de lado el producto de “tesis” como el final de la investigación y reemplazarlo por “artículo”. De esta manera suspenderemos la famosa “literatura científica gris” y la producción científica ayudará no solamente a aumentar las puntuaciones de los índices de las universidades, sino que permitirán generar un circulo virtuoso de investigación y desarrollo.

23.5.8. Supervisión, Salud Mental y Burnout en Residentes

Es conocido por todos del exceso de carga laboral de los residentes en distintos hospitales, en particular de las unidades públicas y de la seguridad social. La altísima demanda física y mental ha generado la presencia de trastornos ansiosos-depresivos, Burnout, y en especialidades quirúrgicas

el abuso de sustancias controladas, siendo común el uso recreativo de fentanilo. Las universidades aún no han logrado concretar estrategias de intervención y el residente con estos problemas entra en un limbo entre la universidad, el hospital y sus propios recursos, para recibir asistencia.

Una de las múltiples propuestas es la de reducir el actual número de horas/carga laboral de 250 horas mensuales en la residencia, generar rotaciones no hospitalarias en centros de primer o segundo nivel (donde no se realizarían guardias), la generación de espacios de catarsis dentro de las universidades (con horario fijo para los residentes) y la inclusión de asignaturas que promuevan la higiene mental.

Además, las universidades deberán trabajar con los hospitales en protocolos de intervención claros e inclusivos en caso de haber residentes con problemas de salud mental. Los programas de especialidad no pueden volverse laxos con los residentes-pacientes, pero si pueden dar el tiempo y facilidades para que puedan recuperarse y posteriormente continuar con sus estudios… siempre en las mejores condiciones de salud física y mental.

23.5.9. Nacimiento de las subespecialidades en Ecuador

Existe una enorme falencia de subespecialistas en el país. En el caso de Psiquiatría, es muy sentida la necesidad de psiquiatras infanto-juveniles, gerontopsiquiatras y especialistas en toxicodependencias. Las universidades deben dialogar con los pocos centros/hospitales que atienden a esta población para generar espacios académicos y de prácticas para el nacimiento de las segundas especialidades en Psiquiatría.

Uno de los problemas legales actuales es que la carga horaria de las asignaturas prácticas es igual en las especialidades y segundas especialidades /es decir 250 horas mensuales). Un residente de una segunda especialidad ya ha dominado varios de los contenidos académicos y en muchos de los espacios de práctica no se requiere que los residentes realicen guardias. Para lidiar con el problema, las universidades y los hospitales deben completar las 250 horas mencionadas con actividades que no requieran realizar guardias (por ejemplo, análisis de bases de datos de los hospitales, preparación de talleres y seminarios para colegas, actividades de vinculación, etc).

23.6. Conclusión

El formar psiquiatras diferentes requiere asumir el desafío de luchar contra las estructuras que presionan por el estatus-quo académico. Esta necesidad se vuelve urgente cuando contemplamos que nuestros países vecinos tienen literalmente décadas de adelantos en políticas, terapéutica y herramientas diagnósticas; surgiendo la pregunta de “por que ellos sí y nosotros no”.

Las alianzas internacionales permitirán tener campos de visión y formación distintos, para hacer las cosas distintas dentro de casa.

Como aparece en los textos de Narcóticos Anónimos: “…la locura es hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes…”. Deja pensando que los pacientes adictos en recuperación tienen las ideas más claras que muchos de los encargados de la educación superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bass, J. K., Haroz, E. E., & Sartorius, N. (2019). Global mental health issues: Culture and psychopathology. In W. W. Eaton & M. D. Fallin (Eds.), "Public mental health" (2nd ed., pp. 53–70). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190916602.003.0004

Crawford, A., Sunderji, N., López, J., & Soklaridis, S. (2016). Defining competencies for the practice of telepsychiatry through an assessment of resident learning needs. "BMC Medical Education, 16"(28). `https://doi.org/10.1186/s12909-016-0529-0

Galeano Buitrago, F. C. (2025). "Perspectivas de psiquiatras y residentes sobre la formación en psicoterapia durante la residencia de Psiquiatría en Bogotá, Colombia: una aproximación desde la teoría fundamentada". Universidad Nacional de Colombia.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52"(3), 249–258. `https://doi.org/10.1176/appi.focus.25023004

Hernández Sampieri, R. (2018). "Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta". McGraw-Hill Interamericana.

Kågström, A., Guerrero, Z., Aliev, A. A., Tomášková, H., Rüsch, N., Ouali, U., Thornicroft, G., Sartorius, N., & Winkler, P. (2025). Mental health stigma and its consequences: A systematic scoping review of pathways to discrimination and adverse outcomes. "eClinicalMedicine, 89", 103588. `https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103588

Salgado, R. M. (2024). Psychotherapy training in psychiatry residencies: A review of trainees' perspectives. "The European Journal of Psychiatry, 38"(4), 100263. `https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100263

Sepúlveda Vergara, M. I. (2025). "Estrategias educativas que promueven ambientes de aprendizaje favorables para el bienestar psicológico de residentes de psiquiatría: revisión sistemática (2019-2024)". Universidad de Concepción.

Weerasekera, P., Manring, J., & Lynn, D. J. (2010). Psychotherapy training for residents: Reconciling requirements with evidence-based, competency-focused practice. "Academic Psychiatry, 34"(1), 5–12. https://doi.org/10.1176/appi.ap.34.1.5

World Health Organization. (1990). "Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina". OPS.

Flexner, A. (1910). "Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching". Carnegie Foundation.

Thornicroft, G., & Mehta, N. (2016). "Reducing mental health disparities: A global perspective". Oxford University Press.