

Comentario del artículo del Dr. H. Casarotti

Autores**Ricardo Bernardi**

Médico Psiquiatra
 Psicoanalista
 Profesor Director del
 Departamento de Psicología
 Médica de la Facultad de
 Medicina de la Universidad
 de la República.

Teresita Ceretti

Médica Psiquiatra
 Profesora Agregada del
 Departamento de Psicología
 Médica de la Facultad de
 Medicina de la Universidad
 de la República.

Queremos agradecer a la Revista de Psiquiatría la oportunidad de comentar el trabajo del Dr. H. Casarotti, tarea que nos resulta muy grata dada la significación que el pensamiento del Dr. Casarotti ha tenido para los autores de estas líneas y, creemos, en forma más amplia para la Psiquiatría nacional.

El tema de la Educación Médica Continua (EMC) en el campo de la Psiquiatría plantea una serie de problemas, que se abren en abanico sobre un conjunto más vasto de cuestiones relacionadas con el desarrollo del conocimiento médico y con el lugar de la Psiquiatría en este desarrollo.

Debemos señalar de entrada la coincidencia con el Dr. Casarotti en una serie de puntos esenciales: el carácter fundamentalmente autoeducativo de la EMC, su relación con la práctica cotidiana del psiquiatra, sus objetivos centrados en el desarrollo permanente de un pensamiento científico que dé cabida tanto a los procedimientos estadísticos como a la comprensión psicopatológica, etc. Focalizaremos nuestros comentarios en algunas consideraciones que nos parecen que complementan y amplían el contenido del artículo comentado, y al mismo tiempo buscan llamar la atención sobre algunos puntos en los que tal vez sea necesario profundizar el diálogo para lograr una mayor clarificación del tema.

Es necesario concordar con el Dr. Casarotti en que la EMC requiere la voluntad de “continuar educándose”, de forma de que quien aprende aporte sus necesidades, intereses y experiencia, colaborando asimismo en su organización. Sin duda, no es posible ninguna formación verdadera, previa ni posterior a la obtención del título de grado que no se apoye en un deseo y una voluntad de aprender activamente. Pero no alcanza con dejar librada la EMC a la iniciativa individual. En el ordenamiento actual, los títulos profesionales tienen validez

indefinida lo cual no se compadece con la evolución de las ciencias de la salud, cuyo avance se estima que vuelve obsoletos en pocos años conocimientos esenciales para la práctica profesional. La actualización es una exigencia ineludible para la adaptación a los rápidos cambios cualitativos y cuantitativos del conocimiento científico y tecnológico, y a los cambios en las condiciones laborales del médico. En consecuencia, y visto desde el ángulo de la población asistida, es necesario que la habilitación certificada por el título se corresponda con la idoneidad real de quien lo posee. Es posible que éste no sea un problema para solucionar en un único acto. Un primer paso puede ser que los médicos que actualicen sus conocimientos en programas de EMC vean premiados sus esfuerzos a través de un mayor reconocimiento del sistema laboral. Pero conviene no perder de vista que el problema conceptual que está en juego implica una discusión acerca de los contenidos, métodos y actores que intervienen en la EMC, de la evaluación de la misma, del alcance de la recertificación y del sistema nacional que articule estos distintos aspectos.

Es posible también concordar en primera instancia con la idea expuesta por el Dr. Casarotti de que los psiquiatras agrupados deben jugar un papel importante en la organización y el control de la EMC de la especialidad. Es necesario, sin embargo, reconocer que esta responsabilidad no puede ser exclusiva de las sociedades científicas, aunque su papel sea fundamental, y que es necesario dar cabida a otras instancias de índole académico y asistencial.

En este punto consideramos útil referir los avances realizados sobre el tema de la EMC por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, con la cual uno de los autores de este comentario (la Dra. T. Ceretti) se encuentra colaborando activamente.

Conviene comenzar por la historia reciente. En julio de 1995, el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó la creación, en el marco de la Escuela de Graduados, de un Comité Honorario de EMC, coordinado hasta 1999 por el Prof. Em. Dr. Dante Petruccelli.*

Este Comité cumpliendo con sus cometidos:

a) elaboró una serie de cinco documentos¹ buscando precisar el marco conceptual y las necesidades a atender a nivel de la EMC, considerando la situación nacional, los criterios internacionales y los acuerdos regionales, y desarrollando también los lineamientos de un proceso de acreditación de instituciones y actividades (de estos documentos se ha resumido la información y los conceptos que estamos manejando);

b) estableció contactos muy amplios con todas las instituciones involucradas: MSP, gremios, Sociedades Científicas, Cátedras de la Facultad de Medicina e instituciones prestadoras de servicios de salud del ámbito público y privado;

c) propició la realización de experiencias piloto (Florida, Salto, Flores, Artigas, CASMU) donde se ensayaron métodos activos de aprendizaje y mecanismos de evaluación;

d) organizó una serie de Talleres de EMC que contaron con el apoyo de OPS y de las instituciones antes nombradas. Del 2º Seminario Taller (octubre/98) surgió un Grupo de Trabajo Permanente integrado por: la OPS, el MSP, la Facultad de Medicina (Escuela de Graduados, DEM, Dpto. de Psicología Médica, Dpto. de Docencia en Comunidad, Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas, etc.), el SMU, la FEMI, ADUR- Medicina, AEM, las Sociedades de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría; núcleos de experiencias piloto de Florida, Salto, Flores y Artigas. Queremos señalar el lugar asignado a la Sociedad de Psiquiatría en este proceso.

El trabajo de estos años culminó con la propuesta de una serie de criterios para la organización de la EMC y en especial de la acreditación de instituciones proveedoras de actividades de EMC. En diciembre de 2000 se ratificó un acuerdo para la creación de un Sistema Nacional de Educación Médica

Continua, del cual fueron firmantes el MSP, la Facultad de Medicina (Escuela de Graduados), el SMU y la FEMI. A posteriori de la toma de conocimiento de esta iniciativa por el CDC de la UDELAR, y contando con su aprobación, se inicia la etapa de acreditación de las instituciones aspirantes a brindar actividades de EMC, estando previsto como paso siguiente la acreditación de las actividades de formación.

En la actual etapa de transición, en la que el Sistema Nacional de EMC aún no está vigente, la Escuela de Graduados se hace cargo de tramitar las acreditaciones, tarea que en el futuro desarrollará una Comisión Nacional Honoraria de EMC de integración multi-institucional.

Consideramos que la discusión del tema debe referirse tanto a los aspectos conceptuales como a este proceso que ya está en marcha.

Desde el punto de vista conceptual, la OMS caracteriza a la EMC como la formación que un médico recibe después de finalizar su instrucción médica básica o después de cualquier estudio adicional para ejercer como médico general o especialista; es una formación dirigida a mejorar la competencia profesional sin el objetivo de conseguir un nuevo título². No existe una definición única de EMC, sino que se han ido proponiendo definiciones operativas en función del desarrollo alcanzado en cada región y sus distintos objetivos. Así el ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education) de EE.UU. agrega que el contenido de la EMC es el conjunto de conocimientos y habilidades generalmente reconocido y aceptado por la profesión, basado en las ciencias médicas básicas, la medicina clínica y la provisión de asistencia sanitaria a la población. Para que ésta sea pertinente, debe responder a las necesidades de salud y ser congruente con los recursos de la comunidad y los planes para mejorarla³.

Según Ricas², es el conjunto de alternativas educativas centradas en el desarrollo de grupos de profesionales, sea a través de cursos y actividades de carácter complementario y sistematizado, o de publicaciones y difusión de temas específicos de un determinado campo del conocimiento.

* Luego de escritas estas líneas tomamos conocimiento de la entrevista al Dr. D. Petruccelli publicada en el Boletín de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (Junio 2001).

Sea cual fuere la definición adoptada hay tres componentes esenciales a considerar para catalogar una actividad formativa de EMC: 1) Relación con la actividad profesional del médico (está dirigida a mejorar la práctica profesional. 2) Extensión temporal (no debe impedir continuar con la asistencia). 3) Grado de compatibilidad con la práctica profesional³.

En nuestro medio se ha seguido el camino de distinguir la EMC de la Educación Médica Permanente (EMP). Esta última es el aprendizaje que se cumple en los lugares de trabajo, sobre la base de las necesidades cotidianas y donde es posible fomentar con más firmeza la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo. Según Rovere⁴ es "... educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo de los servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población". Podríamos decir que las actividades de EMC son las que conocemos en forma de cursos, jornadas, talleres, etc. La EMP es aún incipiente y su implementación, que ha comenzado a ser ensayada en varias instituciones, es más compleja.

La EMC y la EMP, como actividades postcurriculares, deben tener programas pertinentes a las necesidades del país, y en lo metodológico deben ser adecuadas a las características del aprendizaje del adulto (centrado en la práctica médica, técnicas de participación activa), estimular el autoaprendizaje ("aprender a aprender") e incluir la evaluación de todas las actividades que se realicen. Creemos que todos estos son puntos de contacto con el planteo del Dr. Casarotti. La EMC debe a su vez retroalimentar la formación de pre y postgrado cuestionando y enriqueciendo en forma permanente el tipo de enseñanza y sus contenidos.

Las ideas básicas que resumen la propuesta del Comité Honorario de EMC (Documentos 2 y 3 - 1996-97) son:

–El aprendizaje debe ser altamente autónomo, estimulando las iniciativas individuales, enmarcadas en un sistema nacional de normas que permitan evaluarlas y controlar su calidad.

–Debe entenderse como un proceso educativo, es decir formativo y no solamente informativo, enmarcado en las pautas de aprendizaje del adulto.

–El objetivo último es mejorar la calidad de la asistencia, por lo cual habrá que evaluar permanentemente los resultados.

–El aprendizaje en los lugares de trabajo (EMP) debe ser la base de la educación médica; una EMP fortalecida y evaluada hará que la EMC sea más eficiente, aportando material y experiencia para el mejor desarrollo de sus actividades habituales (jornadas, talleres, cursos, etc.).

–Debe estar centrada en el médico, y el sistema debe actuar como un gran facilitador garantizando la universalidad y la accesibilidad al aprendizaje.

–La EMC y la EMP del médico deben articularse adecuadamente con la de los demás recursos humanos para la salud.

–La responsabilidad del desarrollo adecuado de estas actividades es multiinstitucional, por lo cual se entiende fundamental impulsar la creación de un sistema nacional de EMC y EMP, con forma de una organización interinstitucional que permita articular los esfuerzos a nivel técnico y económico. Los costos deberán ser compartidos por todos los involucrados.

Estos lineamientos son los que la Facultad de Medicina, a través de la Escuela de Graduados, busca impulsar al poner en marcha un sistema de acreditación de instituciones y actividades de EMC y EMP. Este es el paso inicial, acompañado, en forma paralela, por la búsqueda de contactos que permitan configurar el Sistema Nacional de EMC y EMP con los demás protagonistas: el MSP, las sociedades científicas, los gremios, las organizaciones asistenciales, y, en su momento, los usuarios.

Los principios generales de la propuesta de acreditación son:

- a) La acreditación es un proceso basado en mecanismos de evaluación.
- b) La adhesión al mecanismo de acreditación será voluntaria.
- c) La acreditación será periódica.

Como primer paso las instituciones deberán crear estructuras responsables permanentes para la EMC. Luego establecer programas

de actividades a mediano y largo plazo que fomenten la interdisciplinariedad y estimulen la investigación.

El Comité Honorario de EMC de la Facultad de Medicina destaca que es aún prematuro hablar de recalificación y recertificación, y considera que sólo deberá llegarse a ellas a través de un proceso de evaluación y acreditación muy seriamente estructurado y cumplido, proceso sin duda trabajoso y complejo. Considera que estos actos deberán mantenerse vertebrados por los organismos oficiales docentes (Facultad de Medicina) y asistenciales (MSP) que han controlado hasta hoy el otorgamiento de títulos y certificados, asistidos ahora por los demás protagonistas (sociedades científicas, gremios, organizaciones asistenciales). El sistema deberá funcionar con total garantía de imparcialidad e idoneidad.

Este proceso tendiente a la creación de un Sistema Nacional de EMC es aun más necesario si enfocamos el problema en relación con la integración en el Mercosur. Nuestra Facultad de Medicina integra, junto con las Facultades de Ingeniería y Agronomía, la terna de instituciones universitarias que han iniciado el proceso de acreditación en que se ha comprometido la UDELAR a nivel regional. Por otra parte, son varias las sociedades científicas que ya están involucradas en un activo intercambio con sus pares regionales en torno al tema de la EMC y la recertificación.

Como hemos dicho más arriba, hemos considerado necesario exponer detenidamente los avances realizados por la Escuela de Graduados porque permiten contextualizar la discusión. Creemos que los acuerdos sustanciales son suficientemente amplios, como lo prueba el trabajo del Dr. Casarotti. Es el momento de pasar ahora a considerar las propuestas concretas a las que nos hemos referido más arriba. Por nuestra parte estamos básicamente de acuerdo con ellas pero, seguramente en el curso de esta discusión habrá ocasión de volver a reflexionar sobre los problemas conceptuales.

Nos gustaría a continuación comentar algunos problemas específicos relacionados con la Psiquiatría y la Salud Mental.

El Dr. Casarotti señala –nos parece que con razón– que existe una serie de problemas relacionados con la EMC que son propios de la Psiquiatría. Antes de entrar a considerar algunos de estos problemas querríamos hacer alguna reflexión de carácter general. Toda disciplina se enfrenta a un cierto dilema entre enfatizar su especificidad, con lo cual corre el riesgo de encerrarse, o atender al campo interdisciplinario, con lo cual el riesgo es de diluirse. Este mismo problema puede verse en el caso del psicoanálisis, exigido a atender los avances de las humanidades como de las ciencias duras. No es diferente la situación de la Psiquiatría, la cual en nuestro país supo nutrirse con el aporte de corrientes humanísticas como la fenomenológico-existencial y ahora no puede descuidar el avance de las neurociencias. Especificidad e interdisciplina son, pues, dimensiones que no deben oponerse. El problema se complica cuando entran en juego las competencias profesionales, en cuyo caso los intereses académicos y los laborales no siempre coinciden. Pero creemos que una cuidadosa distinción de los niveles del problema puede ayudar a clarificarlo.

Examinemos el ejemplo de la Psicología Médica, mencionado por el Dr. Casarotti. La Psicología Médica busca desarrollar y transmitir conocimientos de naturaleza psicosocial que enriquecen la práctica y la investigación médica. En ese sentido, como dice Fahrer⁵, contiene aspectos de disciplina básica y de disciplina clínica. Se nutre de múltiples aportes: la psiquiatría de enlace, la psicología de la salud, la medicina psicosocial, las distintas corrientes psicosomáticas, psicoanálisis, la psicología de enlace, la psicología hospitalaria, la medicina comportamental, la psiconeuroinmunología, los estudios sobre el estrés, etc. Muchas de estas denominaciones designan en realidad campos similares que en gran medida se superponen entre sí. El nombre de Psicología Médica, utilizado en los países latinos y en el Río de la Plata, designa en primer lugar un espacio académico en el que confluyen en mayor o menor grado las distintas disciplinas mencionadas, buscando promover en el médico una mayor destreza en el manejo de los recursos psicosociales.

¿Debe generalizarse este modelo interdisciplinario, inicialmente académico, a las

instituciones asistenciales? Esto parece razonable en aquellas instituciones que por las características y el alcance de sus programas asistenciales se benefician de un trabajo coordinado de distintas profesiones vinculadas a la salud mental. Es posible que para ciertas tareas específicas alcance un psiquiatra de enlace trabajando aisladamente, para otras un psicólogo especializado en psicología de la salud o un médico con formación psicosocial, o un psicoanalista, etc. Incluso la forma de relacionarse la psiquiatría de enlace con los servicios médicos puede realizarse de acuerdo con distintos modelos, como lo señaló el estudio de Pincus, Strain y otros⁶ en distintos centros de Estados Unidos.

Parece importante no perder de vista que el trabajo en equipo no borra las diferentes pertinencias e incumbencias profesionales, sino que las reafirma. No se trata de que el médico haga lo que es privativo del psicólogo o de otros técnicos o viceversa, sino de que puedan enriquecerse mutuamente en las áreas que les son comunes. La formación profesional se enriquece y diversifica por el diálogo interdisciplinario. Sabemos que es inevitable que todos los grupos profesionales sufran presiones que los impulsan a adoptar una defensa de intereses corporativos, del mismo modo que también existen en su interior fuerzas que buscan promover comportamientos más abiertos y guiados por criterios científicos. Por todo ello, un sistema como el que propugna la Escuela de Graduados ofrece una garantía adecuada para salvaguardar el espacio científico abierto a la interdisciplina que requiere la EMC, a la vez que respeta la especificidad de cada profesión

Resta decir algunas palabras sobre el contenido de la EMC, y señalar al respecto algunos problemas propios del campo psiquiátrico. La importancia del aprendizaje activo y responsable lleva a poner el énfasis en el cómo aprender: tanto o más que actualizar la información es necesario transmitir la metodología para actualizar la información. En el correr de la última década están ocurriendo transformaciones profundas en el campo médico en su conjunto, incluyendo la Psiquiatría, que deben ser tenidas en cuenta por la EMC. El movimiento hacia una Medicina Basada en la Evidencia (Evidence-based Medicine) refleja

estos cambios (es necesario tener en cuenta que el término “evidence” en inglés está más cerca de la idea de prueba o fundamento empírico que en español “evidencia”). En su libro clásico⁷, Sackett y col. formulan las cuestiones claves de este enfoque: 1) cómo formular preguntas clínicas que puedan ser contestadas científicamente; 2) cómo buscar la mejor evidencia para contestarlas; 3) cómo evaluar críticamente esa evidencia; 4) cómo aplicar esa evidencia en el cuidado del paciente individual. Detengámonos en el punto 2. Tradicionalmente, si queríamos actualizar la información brindada en los textos, buscábamos, por ejemplo, un artículo reciente en una revista especializada o recurriamos a la experiencia de un colega experto en el tema. Hoy en día, el desarrollo de la epidemiología clínica y de proyectos como la Colaboración Cochrane hacen que estos procedimientos, si bien mantienen su valor, resulten insuficientes para obtener la mejor evidencia sobre el estado actual de la cuestión. La existencia de revisiones sistemáticas basadas en procedimientos estadísticos de resumen, como ser las técnicas de meta-análisis, accesibles por Internet o por medio de los CD-ROM de la biblioteca Cochrane, permite acceder a una información menos sesgada y más confiable, pero a su vez requiere un conocimiento al menos básico de los fundamentos de los procedimientos en los que se basan.

Al mismo tiempo es necesario tener en cuenta las particularidades de nuestro campo, en especial con relación al punto 3), o sea, la evaluación crítica de la evidencia. Quisiéramos destacar la importancia del concepto de validez externa. El Dr. Casarotti señalaba que los estudios de eficacia basados en ensayos clínicos controlados no reflejan las situaciones de comorbilidad presentes en la práctica cotidiana. Podemos agregar que no sólo los pacientes de los ensayos clínicos randomizados, sino también los psiquiatras y los tratamientos globales (aunque el fármaco sea el mismo) pueden no corresponder a lo que ocurre luego en la práctica diaria. Por esa razón, es preciso tener en cuenta que los ensayos clínicos controlados, si bien son fundamentales cuando se busca determinar la eficacia de un tratamiento (es decir, medir sus efectos en condiciones ideales) no aseguran sin embargo

la validez externa o generalizabilidad de los datos y requieren ser complementados con estudios de efectividad, esto es, de los efectos en las condiciones reales o ecológicas. Este problema es mucho más significativo cuando pasamos del caso de los fármacos a la evaluación de los recursos psicosociales que forman una parte imprescindible del arsenal terapéutico del que dispone el psiquiatra.

En el caso de las psicoterapias se suman nuevas complejidades metodológicas. La asignación al azar de los pacientes a distintos tratamientos psicoterapéuticos cuya eficacia se busca comparar, resulta problemática en tanto la motivación juega un papel importante en el desarrollo del proceso terapéutico. Quien busca puntualmente resolver un síntoma o trastorno no estará motivado para un tratamiento que le lleve a explorar con la mayor amplitud posible sus conflictos actuales y pasados, y viceversa. Del mismo modo es necesario distinguir entre psicoterapias que apuntan a modificar trastornos de aquellas que se centran en problemas o conflictos, así como entre las que buscan guiar las intervenciones siguiendo manuales, de las que propugnan la flexibilidad y creatividad del terapeuta. Estos problemas se pusieron de manifiesto a partir de la controversia a la que dio origen el intento de la Asociación Psicológica Americana de establecer una lista de tratamientos sustentados empíricamente (“empirically supported treatments”). Los puntos de consenso actuales más firmes giran en torno a la necesidad de un mayor perfeccionamiento metodológico de los estudios de eficacia, efectividad y eficiencia^{8,9,10}. Esta necesidad de formación para la reflexión metodológica crítica debe también ser tenida en cuenta para la EMC.

Merece destacarse también el contexto de estas investigaciones, problema señalado por el Dr. Casarotti al hablar del peso de la industria farmacéutica. También los distintos grupos profesionales que trabajan con técnicas psicoterapéuticas o psicosociales están interesados en demostrar la efectividad de sus procedimientos, pero la desproporción de recursos económicos es demasiado grande. ¿A cuántos psiquiatras les llegó el estudio de De Rubeis y col.¹¹, que muestra la equivalencia de ciertas formas de psicoterapia y de la farmacoterapia en depresiones severas

ambulatorias, ampliando la evidencia a favor del valor de la psicoterapia en las depresiones, que en el caso de las depresiones leves o moderadas ya estaba reconocida en el estudio clásico del NIMH? Además de la dificultad para la difusión de sus resultados, muchos recursos psicosociales útiles en salud mental pueden estar subinvestigados, todo lo cual obliga a tener muy presente que la ausencia de evidencia de efectos no equivale a la evidencia de la ausencia de efectos¹². La capacidad de evaluación crítica de la evidencia disponible a través de revisiones sistemáticas o de los criterios propuestos por los protocolos o guías para la práctica, debe, por tanto, constituir un componente imprescindible de la EMC. Nos permitimos expresar que consideraríamos útil que la Revista retomara algunos de estos problemas, imposibles de desarrollar aquí, en próximos números.

Por último, queremos subrayar el carácter de artesanado que posee la psiquiatría, mencionado por el Dr. Casarotti. Retomando el punto anterior, podríamos decir: de un artesanado sustentado científicamente. La función de los maestros de la profesión fue la de unir estos aspectos, sin olvidar que en primer lugar siempre está la relación humana de ayuda que es la que sustenta el rol profesional. Por eso, distintos autores han mencionado que una Medicina Basada en la Evidencia debe ser complementada por una Medicina Basada en la Relación¹³ que ponga en primer lugar una práctica en la que tiene cabida tanto la subjetividad del paciente como la del médico. En un sentido más amplio se ha hablado de una Medicina Basada en Valores¹⁴. Sabemos del riesgo del desgaste o burnout de los trabajadores de la salud y sabemos también del papel protector que juega el poder mantener vivos y operantes los ideales y valores que dieron origen a la vocación. También en este sentido la EMC tiene un papel a cumplir.

Como resumen final de nuestro comentario, podemos decir que coincidimos con los criterios generales propuestos por el Dr. Casarotti. Creemos que el acuerdo sobre este punto es suficientemente general como para pasar a discutir la etapa de implementación y los pasos ya dados en esa dirección. En el caso de la EMC en psiquiatría parece importante prestar atención a algunos problemas especiales.

Hemos destacado dos de ellos. En primer lugar, la necesidad de lograr una adecuada articulación entre la especificidad del campo psiquiátrico y la necesaria interdisciplinariedad de los problemas que aborda la salud mental. En segundo lugar, la necesidad de poner especial énfasis en una formación metodológica suficiente como para saber procurar y evaluar críticamente la mejor evidencia disponible sobre las preguntas que se formula la psiquiatría, desde la perspectiva del particular espesor humano que posee la especialidad.

Referencias bibliográficas

- 1 **Comité Honorario de Educación Médica Continua y Permanente.** Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Resumen Unificado de los Documentos 1 a 5 (1995-1998) sobre EMC y EMP. *Documento de circulación interna de la Escuela de Graduados*, Julio de 1999.
- 2 **Ricas, J.** *A Deficiência e a Necessidade: um Estudo sobre a Formação Continuada dos Pediatras.* Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, Brasil, 1994.
- 3 **Pardell, H.** Qué es y para qué sirve la Formación Médica Continuada. En: *Formación Médica Continuada, un Debate.* Ediciones Mayo S. A., 2001.
- 4 **Rovere M.** Gestión Estratégica de la Educación en Salud. En: *Educación Permanente de Personal de Salud.* J. Haddad, M. A. Clasen y M. C. Davini, editores. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100; OPS; Washington, DC, 1994.
- 5 **Fahrer R, Magaz A.** *Temas de Psicología Médica.* CTM Servicios Bibliográficos. Buenos Aires. 1986.
- 6 **Pincus HA, Strain, J.J., Houpt, J. Gise, L.H.** Models of mental health training in primary care. *JAMA* 249:3065. 1983.
- 7 **Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB.** *Evidence-based Medicine. How to Practice & Teach E.B.M.* Churchill Livingstone, New York, 1997.
- 8 **Elliott R,** Editor's Introduction: A Guide to the Empirically Supported Treatments Controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2),115-125,1998.
- 9 **Lampropoulos GK.** A reexamination of the empirically supported treatments Critiques. *Psychotherapy Research*, 10(4), 474-487. 2000.
- 10 **Roth A, Fonagy P.** *What Works for Whom. A critical review of Psychotherapy Research.* The Guilford Press. N. York - London. 1996.
- 11 **De Rubeis RJ, Gilfand LA, Tang TZ, Simonds AD.** Medication versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *Am. J. of Psychiatry*, 156:1007, 1999.
- 12 **Fonagy P.** An open door review of outcome studies in psychoanalysis. *International Psychoanalytical Association electronic publication.* www.ipa.org.uk
- 13 **Epstein RM.** Mindful Practice. *JAMA*, 282,9:833. 1999.
- 14 **Díaz-Rossello JL.** Evidence based and value based Pediatrics, *The Lancet Millennium Supplement*, Nov. 18,1999.