



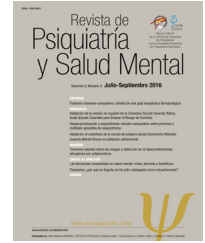
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

El COVID-19 y la educación de profesionales sanitarios en salud mental: desafíos en la enseñanza práctica



COVID-19 and the education of health professionals in mental health: challenges in practical teaching

Sr. Director:

La pandemia causada por el virus CoV-2 del SARS ha generado una emergencia global y ha transformado nuestro sistema de atención sanitaria en poco tiempo¹. Una de las medidas adoptadas para la contención del virus ha sido la restricción de acceso a los centros sanitarios, lo que supuso la anulación, parcial o total, de las prácticas presenciales del alumnado de ciencias de la salud. Paralelamente, ha eclosionado el potencial de la telemedicina, que en estos pocos meses resulta ya cotidiana en la asistencia sanitaria general y también en la salud mental².

Aunque las prácticas presenciales tienen componentes irremplazables para el alumnado de ciencias de la salud, la crisis actual nos ha hecho plantearnos en nuestro entorno tanto la adaptación de los métodos docentes como los sistemas de gestión de las prácticas.

En los diferentes dispositivos de salud mental asociados a nuestro Departamento de Psiquiatría recibimos estudiantes de ciencias de la salud de grado y posgrado de distintas disciplinas (Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional). La organización de prácticas presenciales está basada en rotaciones de grupos de entre 5 y 10 alumnos, con una duración fija en horas, y un orden preestablecido a principio de curso. El alumnado es tutorizado por un profesional clínico, tiene unos objetivos docentes concretos y es evaluado al final del período de prácticas.

En este momento, el modelo de prácticas presenciales que veníamos utilizando colisiona con las recomendaciones que desde salud pública hacen sobre la circulación de personas en centros sanitarios. Por esto, proponemos una transformación digital de las prácticas clínicas basada en su gestión descentralizada y la posibilidad de realizarlas con medios basados en telemedicina.

En este cambio de paradigma, el profesorado ofrece *oportunidades docentes* a lo largo del curso, no limitadas a un período prefijado o damero. Las oportunidades docentes se alinean con los objetivos docentes de las prácticas

y se les asignan los créditos correspondientes a las horas requeridas.

Para la gestión de este modelo utilizamos un gestor de oportunidades docentes (<https://www.operemos.es>), que permite (fig. 1):

- Publicitar la oportunidad docente especificando su modalidad: presencial, simulación (*role-playing*), audiovisual (videos con material clínico) o telemedicina. La oferta de oportunidad docente tendrá una duración en horas —con su equivalencia en créditos ECTS (*European Credit Transfer System*)— y calendarización, pudiendo ocupar varios días.
- El alumnado se apunta libremente hasta completar el aforo y alcanzar el máximo de horas/créditos correspondientes a la asignatura.
- Las actividades del alumnado no quedan restringidas a un horario ni a un grupo de prácticas, sino que a lo largo del año va configurando su portafolio de prácticas con las oportunidades docentes ofertadas.
- Al término de la actividad el profesor y el alumno se evalúan recíprocamente con una escala de valoración que oscila entre 1 y 5.
- El sistema acredita tanto al docente como al discente la participación y la evaluación recibida y hasta el punto de que facilita información en tiempo real de las actividades realizadas.

Las prácticas con el uso de telemedicina que se proponen incluyen (fig. 1):

- Transmisión de las sesiones clínicas y reuniones del equipo terapéutico en *streaming*.
- Transmisión de la actividad clínica presencial del docente en *streaming*, utilizamos tanto salas con cámaras y micrófonos o equipos portátiles de emisión (*smartglasses*).
- Rol de observador (oculto o no) en actividades de telemedicina (videoconsultas, grupos virtuales).
- Entrevistas y exploración de pacientes por videoconsulta.

Somos conscientes de los dilemas que pueden surgir con este cambio de paradigma, por un lado por la resistencia a cambiar, partiendo de un escenario en el que tanto alumnos como docentes se encuentran cómodos; y en especial en lo relativo a la privacidad y respeto a la intimidad de los pacientes. Por ello, entendemos que este tipo de prácticas deben ajustarse a los principios profesionales digitales de Ellaway³ para los profesores, estudiantes y profesionales de la salud, destacando la necesidad de que los alumnos firmen un compromiso previo al acceso a las prácticas, en el

Gestor de oportunidades docentes



Telemedicina

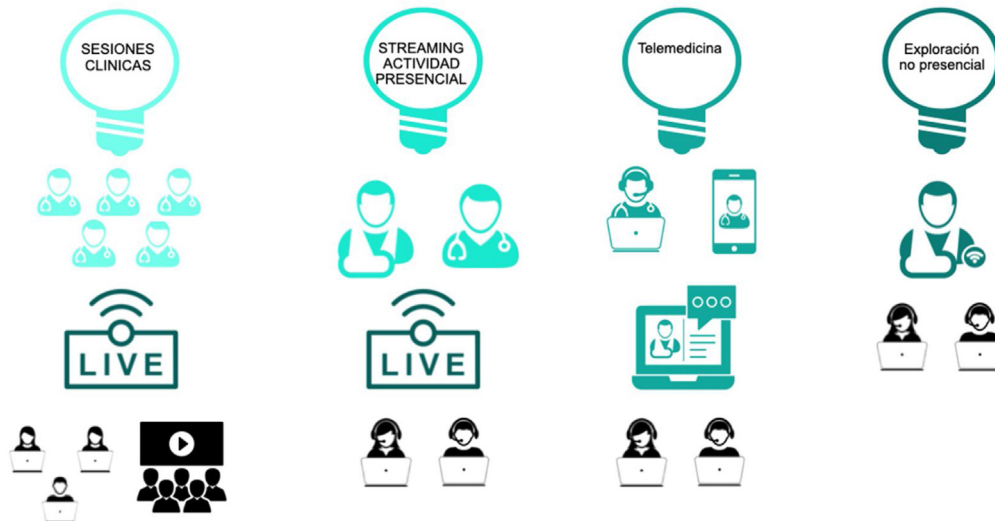


Figura 1 Modelo de prácticas basadas en telemedicina.

que conste que está prohibida la grabación y difusión de las actividades presenciadas, en su totalidad o en parte.

En conclusión y ante las restricciones sufridas por la pandemia por la COVID-19 en las prácticas presenciales en las ciencias de la salud, proponemos un modelo de prácticas y de gestión de las mismas flexible y que aporta un valor añadido. Planteamos, con esta propuesta, un modelo de inmersión para el alumnado en la práctica asistencial de la telemedicina, que fomenta la autogestión tutelada y facilita una evaluación continuada de docentes y alumnos.

La educación que, siguiendo a Bauman⁴, denominamos líquida, elimina muros y facilita la teleformación. Comparándolo con una oferta exclusivamente presencial, la educación líquida mejora la accesibilidad y aumenta la calidad de la oferta docente. Pueden señalarse los siguientes puntos clave:

- El currículum se flexibiliza y se adapta a las necesidades de los diferentes escenarios y actividades en los que puede desarrollarse la clínica en salud mental.
- El profesorado optimiza sus oportunidades y posibilidades formativas, a la vez que obtiene un mejor seguimiento y reconocimiento de su actividad docente.

- Los organismos gestores de la universidad tienen la posibilidad de llevar a cabo un seguimiento más próximo y de mayor calidad de la actividad docente.

Todas estas propuestas, que son realidades en nuestro quehacer docente, no compiten con la enseñanza práctica que se lleva utilizando más de 50 años en nuestro centro sino que la complementan. Creemos que estamos ante una oportunidad de innovar y complementar lo existente para que el alumnado y profesorado disponga de nuevas herramientas para mejorar su formación y hacer frente a desafíos futuros.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Héctor Guadalajara ha diseñado la web www.operemos.es. El resto de autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Reconocimientos

Ninguno.

Bibliografía

1. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020;5:e251–2.
2. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13:105–10.
3. Ellaway R, Tworek J. The Net generation illusion: Challenging conformance to social expectations. En: Ferris SP, editor. *Teaching, learning and the Net generation: Concepts and tools for reaching digital learners*. 1.^a ed. IGI Global; 2012. p. 324–39.
4. Bauman Z. *Education in Liquid Modernity*. *Rev Educ Pedagog Cult Stud*. 2005;27:303–17.

Santiago Ovejero^{a,b}, María Luisa Barrigón^{a,c}, Héctor Guadalajara^d, Eloísa Pérez-Santos^b y Enrique Baca-García^{a,e,f,g,h,i,j,*}

^a *Department of Psychiatry, Jimenez Diaz Foundation Hospital, Madrid, España*

- ^b *School of Psychology, University Complutense of Madrid, Madrid, España*
^c *Department of Psychiatry, Madrid Autonomous University, Madrid, España*
^d *Department of General and Digestive Surgery, Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Madrid, España*
^e *Department of Psychiatry, Rey Juan Carlos University Hospital, Móstoles, España*
^f *Department of Psychiatry, General Hospital of Villalba, Madrid, España*
^g *Department of Psychiatry, Infanta Elena University Hospital, Valdemoro, España*
^h *Department of Psychiatry, Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, Francia*
ⁱ *Universidad Católica del Maule, Talca, Chile*
^j *Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España*

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: EBaca@quironsalud.es
 (E. Baca-García).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.001>
 1888-9891/ © 2021 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychiatrists as internists: Some considerations following a COVID-19 redeployment experience



Psiquiatras como internistas: algunas reflexiones tras una experiencia de reconversión en COVID-19

Dear Editor,

We have read with enthusiasm the recently published article about the changes that we can expect in psychiatry after the pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2.¹ In particular, we believe that the authors are fully correct when, in first place, they highlight the medical nature of psychiatry. Since the first outbreak in China, several authors have warned about the mental health problems that the pandemic might cause. Also, they have pointed out the need for psychiatric care networks to adapt to this new reality.² However, few have mentioned the fact that, in the most critical moments of the pandemic, many psychiatrists had to put aside their common clinical practice to act as general practitioners and directly treat patients with COVID-19. Fortunately or unfortunately, this was the fate of the authors of this article when, one day in mid-March, we were told that a few hours later we should join as doctors a COVID-19 hospitalization facility in our general hospital in Madrid, Spain.

It is important to briefly put in context the place of psychiatry in modern medicine. To be honest, psychiatrists are not especially popular among other medical special-

lists. Psychiatry is one of the most reviled specialties within medicine.³ Although this is probably largely based on prejudice, sometimes we ourselves contribute to this bad reputation. For example, when we overlook the physical comorbidities of our patients, disregarding the risk that this may imply.⁴ Or when we insist on ruling out “organic” causes of mental disorders, apparently ignoring their obvious biological bases.⁵ Thus, in recent years psychiatry has gone through an identity crisis, and its scientific nature has even been questioned.⁶

The authors of this article fit pretty well with these stereotypes about psychiatrists. Currently working in community mental health, our last professional contact with general or internal medicine was many years ago, as first-year psychiatry residents. We had not touched a stethoscope (figuratively and almost literally) for a long time. All these shortcomings made the experience of the first days stressful and overwhelming. Whereas our fellow infectionists faced the novelty of an unknown disease and its dramatic consequences, for us everything was new. The critical situation of the hospital, on the verge of collapse, and the general climate of catastrophe possibly also influenced us. However, after a few days, we recovered from the initial shock. Stress began to shape us and our routines, in parallel to the society that, hit by COVID-19, initiated its own adaptive effort.⁷ Then we remembered that psychiatrists are also doctors, and we understood that the distinction between “medical” and “psychiatric” patients is useless. When we were able to return to our regular practice at the end of April, the redeployed psychiatrists shared the feeling of having achieved considerable clinical autonomy and that the experience, brief but very intense, had contributed to our professional development. Undoub-