

FORMACION INTRACOMUNITARIA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 3, 1994/ 55-58

Juan Marconi T.*

1. Necesidad de reformar el currículum de la carrera de medicina en la Universidad de Chile.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha iniciado, en abril de 1993, el debate para la reforma del currículum de la Carrera de Medicina. El planteamiento preliminar del proyecto MED-21 (1) señala que el actual currículum data de 1943, criticándose la difícil integración básico-clínica, su rigidez estructural y la dificultad de incorporar nuevas asignaturas. Quisiéramos agregar: el tardío contacto, en 3^{er} año, del alumno con los pacientes y su nulo contacto con la comunidad a servir; la abrumadora proporción de enseñanza de las ciencias biológicas versus las ciencias sociales; la ausencia de un eje motivador, vocacional y ético, desde 1° a 7° año; la enseñanza centrada en los niveles secundario y terciario de atención, en detrimento del nivel primario.

El documento citado señala la necesidad de ajustarse al avance de conocimientos biomédicos; los cambios demográficos y económico-sociales; el perfil de la mortalidad y morbilidad, los sistemas de atención médica con su problema de costos y equidad; la especialización versus las carencias en la atención primaria y el surgimiento de nuevos sistemas de información que inciden en la educación médica.

Todo esto conduce a la necesidad de reformar la enseñanza de pregrado, después de 50 años de ajustes que no lograron modificar su estructura básica.

2. Relación entre los modelos de programas de Salud Mental y la enseñanza de la Psiquiatría.

La enseñanza de pregrado en Psiquiatría y Salud Mental adolece de los problemas generales de la enseñanza, ya mencionados, agregándose el peso adicional de educar en una institución que, en Chile, completó su ciclo histórico: el Asilo-Hospital Psiquiátrico, que no tiene equivalente en el resto de la medicina.

Existen, en Chile, tres modelos de programas de asistencia y prevención en Salud Mental: Asilo-Hospital Psiquiátrico, Unidad de Salud Mental en Hospital General y el modelo intracomunitario. Su origen histórico se remonta, en nuestro país, a 1852, cuando se crea la Casa de Orates; a 1952, al crearse el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Universidad de Chile, y a 1968, al crearse en el Area Sur de Santiago el modelo intracomunitario. Cada modelo determina una dinámica característica tanto en lo asistencial como en lo docente y en la investigación (2). La docencia, en el modelo Asilo-Hospital Psiquiátrico, está centrada en el nivel terciario de atención y adquiere un matiz custodial al abordar al paciente crónico. Aísla al paciente, junto con el alumno y el docente, del resto de la medicina y del entorno social. La enseñanza, en el modelo Hospital General, se orienta al nivel secundario de atención, otorgada por un equipo profesional multidisciplinario. Se integra con el resto de la medicina, pero sigue aislada del contexto social; adopta un matiz tecnocrático, utilizando el máximo operante de re-

* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Casilla 226, Correo 13, San Miguel, Santiago.

cursos para resolver los casos, cubriendo una mínima proporción de la demanda de atención.

La docencia que proponemos, en el modelo intracomunitario, se apoya en el nivel primario de atención y avanza, desde los Consultorios Periféricos, a integrarse con las familias y otras instituciones de una comunidad, a lo largo de toda la carrera. Plantea utilizar el mínimo operante de reconocimiento y resolución en cada paciente, ampliando así la cobertura e integrando a la comunidad local en la solución de sus problemas de salud.

3. Enseñanza actual de pregrado en Psiquiatría y Salud Mental. Revisaremos, inicialmente, el informe general sobre la enseñanza actual, del Comité de Enlace de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (3), y luego analizaremos los contenidos y metodología docente de dos asignaturas, Psicología Médica de 2º año y Psiquiatría de 5º año. El Comité de Enlace, que agrupa a docentes de todos los Departamentos de Psiquiatría, propone declarar la Psiquiatría como la quinta especialidad básica y señala que debería ser una disciplina axial a lo largo de toda la carrera. Destaca la necesidad de aumentar el horario actual de Psiquiatría y la reimplantación del internado de Psiquiatría, una estadía en bloque de un mes, con énfasis en atención primaria y psicoterapia. El Comité propone uniformar, en los Campus de la Facultad, la enseñanza de asignaturas básicas y preclínicas, a saber, Introducción a los Estudios de Medicina en 1º año, Psicología General y Sociología en 2º año y Semiología Psiquiátrica en 3º año.

Revisemos ahora, con más detalle, dos ejemplos de asignaturas representativas de los niveles básico y clínico. El programa de Psicología Médica, 1º semestre del 2º año (4), se propone integrar los enfoques biológico, psicológicos y sociocultural y aplicarlos a la relación médico-paciente. Los contenidos principales son: comunicación interpersonal, dinámica de grupo, emociones, inteligencia, personalidad y ciclo vital humano. La metodología docente incluye clases expositivas, talleres vivenciales y trabajos prácticos: entrevistas, seminarios y ejercicios con el computador.

El programa de Psiquiatría de 5º año (5) se propone preparar un médico general capaz de hacerse cargo de la atención primaria en Psiquiatría. Los contenidos principales son: Psiquiatría del Hospital General, Psiquiatría de nivel terciario, Psiquiatría de Urgencia, Trastornos Emocionales, Alcoholismo y Drogadicción, Terapéutica y Salud Mental. La metodología docente incluye clases magistrales, demostraciones clínicas, talleres, mesas redondas y

seminarios. Los objetivos de ambos cursos, enfoque biopsicosocial de la relación médico-paciente y capacitación para la atención primaria, son apropiados y valiosos. Pero, al examinar la metodología docente, constatamos que, en 2º año, aparte de entrevistas aisladas, el alumno no tiene a su cargo pacientes que realmente le permitan adquirir las destrezas para su manejo efectivo. Asimismo, en Psiquiatría, la capacitación para la atención primaria no se cumple de hecho, por la no concurrencia de docentes y alumnos a los Consultorios Periféricos, donde se produce este nivel de atención.

Lo comentado se aplica en general a los cursos actualmente impartidos a nivel básico y clínico en Psiquiatría, en los cuales falla, fundamentalmente, la metodología docente.

4. Proposición de una metodología intracomunitaria de la enseñanza en los niveles básico, preclínico y clínico. Durante los debates internos, originados, en 1968, por la Reforma Universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, planteamos el método de seguimiento de familias en una comunidad local como una alternativa para dinamizar, motivar y comprometer al alumno, desde 1º a 7º año, con el rol del médico, en un sistema de autoformación progresiva y supervisada. En los años siguientes, hasta 1973, se ensayó, con éxito, este sistema en la población Santa Elena, paradero 35 de Gran Avenida, dentro de la asignatura de Socioantropología, en el nivel básico.

A partir de esa experiencia, proponemos ahora, concretamente, agregar a las asignaturas ya existentes, básicas, preclínicas y clínicas, otra asignatura anual, continua, desde 1º a 7º año, Trabajo de Terreno, impartida por los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental, con media jornada semanal. La actividad axial sería el seguimiento de familias normales en una comunidad, vecinas a un Consultorio Periférico, que serviría como base de operaciones. Cada familia sería seguida, por 7 años, por dos alumnos, observando y participando en los procesos de salud y enfermedad, a nivel local, o en los servicios de atención secundaria y terciaria, si procede.

Los alumnos, en grupos de 20, serían asesorados por un tutor docente, médico, que los guiará en su desempeño. Además, el personal de atención primaria debería ser incorporado a la docencia y colaborar en las supervisiones.

La tarde semanal de 3 horas se repartiría entre visitas al hogar familiar, reuniones de supervisión, seguimiento eventual de pacientes de la familia en atención secundaria y terciaria, y actividades

formativas en la comunidad local. Los alumnos verían, en supervisiones grupales, la patología más prevalente, tanto en psiquiatría como en el resto de la medicina, e irían acumulando, a medida que progresen en la carrera, cada vez más capacidad de reconocimiento y resolución, hasta llegar a actuar como médicos formados, en 7º año. La prevención primaria, secundaria y terciaria de las enfermedades, así como el fomento y protección de la salud, estarían permanentemente siendo considerados y aplicados en cada familia adscrita al programa.

5. La integración vertical del currículum de pregrado. Actualmente, la integración básico-clínica del currículum de medicina es difícil y penosa para el estudiante. Los dos primeros años de la carrera, con su énfasis casi exclusivo en las ciencias puras, eclipsan y suspenden la vocación de servicio del alumno, con frecuencia en forma irreparable. La enorme diferencia de dedicación horaria y énfasis entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales apunta a la futura deshumanización de la medicina y al déficit ético en su ejercicio. Con muy poco menos de ciencia y una tarde de conciencia, a lo largo de la carrera, podríamos lograr un avance sustancial, y a bajo costo, en la formación del futuro médico. La integración vertical del currículum, que actualmente el alumno debe efectuar a ciegas, cobraría relevancia si éste necesita aplicar, desde 1º año, nociones de anatomía, fisiología, antropología, psicología, etc., para atender a los miembros de la familia a su cargo. Al mismo tiempo adquirirá, en las supervisiones, nociones mínimas operantes de semiología, patología, obstetricia, salud pública, etc., necesarias para su interacción con la familia en estudio. El estudio de la química, en primer año, cobraría un nuevo sentido si, al mismo tiempo, el alumno observa y apoya el uso de medicamentos en los enfermos de la familia índice. La integración de la psiquiatría clínica con la Introducción a la Medicina, la Psicología Médica, la Semiología y Psicopatología, comenzaría, desde el 1º año, en forma práctica, mediante el seguimiento de paciente. La integración vertical del currículum se convierte así, de hecho, en la más intensa y permanente fuerza, que cohesionada y dinamiza toda la enseñanza de pregrado. Desde el comienzo de la carrera el alumno aprenderá el mínimo operante de reconocimiento y resolución de las patologías más prevalentes y las pondrá en práctica con la familia asignada. Al final de la carrera dominará el máximo operante, aplicable tanto a las patologías de alta como de escasa prevalencia.

6. La integración horizontal de la docencia intracomunitaria. La integración horizontal del currículum para llegar a ser médico puede ordenarse en cuatro niveles, o etapas, que el alumno recorre desde 1º a 7º año. La línea base estaría marcada por la educación secundaria previa, donde el alumno ha adquirido los conocimientos de salud propios de cualquier miembro informado de su comunidad.

La primera etapa formativa en la carrera, equivalente a un rol de monitor en salud, se lograría al término de 1º año, con sus asignaturas científicas, Introducción a la Medicina y un año de trabajo de terreno.

La segunda etapa de formación, equivalente al rol de técnico en salud, la alcanzaría el alumno al término del 3º año de estudios, sumando las asignaturas biológicas de 2º año con Psicología Médica y Sociología, y las asignaturas preclínicas de 3º año, más 2 años adicionales de trabajo de terreno.

La tercera etapa de maduración, equivalente al rol de un profesional de colaboración médica, la alcanzaría el alumno al final del 5º año, y, por último, completa su formación y asume plenamente el rol médico al término del 7º año.

La integración horizontal de las asignaturas, con esta metodología docente, es creciente a lo largo de la carrera. Durante los 2 primeros años el trabajo de terreno mantiene y estimula la vocación de servicio del estudiante, apoyado por Introducción a la Medicina, en 1º año, y por Psicología Médica y Sociología, en 2º. En 3º año los ramos preclínicos constituyen un apoyo aún mayor para la actividad de terreno. En 4º y 5º la formación en clínicas, salud pública y psiquiatría permite una integración superior con trabajo de terreno. En 6º y 7º años maduran y se aplican los conocimientos y destrezas adquiridas en todos los años anteriores y la integración horizontal con trabajo de terreno se hace óptima y fluida. A este nivel, los alumnos más destacados podrían apoyar al supervisor médico de los alumnos de 1º a 3º años en las actividades de terreno, transmitiendo su valiosa experiencia personal, brindando así un modelo más cercano a los alumnos. Esta variedad de ayudantes alumnos en la asignatura trabajo de terreno enriquecería la participación, no sólo en investigación, sino en la entrega de un enfoque integrado, humanístico, clínico y de salud pública a sus propios compañeros.

7. La relación médico-paciente y médico-comunidad como ejes de la formación. La relación médico-paciente constituye, sin duda, un eje fundamental de la formación médica y del ejercicio clínico posterior. Sin embargo, con el currículum actual,

el contacto regular con pacientes de inicia, tímida-mente, recién en 3º año de la carrera, progresa en 4º y 5º años, y se hace pleno sólo en el internado, en 6º y 7º años.

La ventaja del método de seguimiento de familias consiste en una relación permanente, médico-paciente, desde 1º a 7º años, hecha por el alumno en el ambiente natural de desarrollo de una familia. El tutor médico será un modelo permanente para el alumno en este tema crucial de su formación.

Una nueva dimensión del compromiso del alumno es la que se establecería con las familias y otras instituciones de la comunidad local. La prevalencia creciente de enfermedades crónicas requiere entrenar monitores y técnicos en la comunidad que apoyen un sistema de autocuidado permanente de los enfermos. El rol del médico como educador en salud de su comunidad sería internalizado por el alumno en forma creciente a lo largo de la carrera. Esta relación educativa mutua entre el alumno y su comunidad sería tan importante para el éxito de los programas masivos de salud como la relación médico-paciente lo es para el ejercicio clínico individual.

El currículum actual, a excepción de un Internado Rural de pocas semanas, no ofrece capacitación eficaz para la relación médico-comunidad.

8. La vocación, la autoformación y el compromiso ético permanente a lo largo de la carrera. La vocación médica se plantea, en plena adolescencia, como una elección de entrega de servicio al individuo enfermo; al sano, para mantenerlo así, y a una comunidad de referencia. El método de seguimiento de familias respeta, estimula y consolida esta vocación, durante toda la carrera.

La vocación de servicio, a su vez, constituye un eje motivador, que dinamiza un sistema de autoformación del alumno a lo largo del pregrado. El compromiso ético y afectivo del alumno con la familia a su cargo, y la comunidad local, son el cimiento de todo el proceso educativo.

Los componentes básicos del seguimiento de familias en una comunidad, como sistema docente, son la vocación, la motivación, la autoformación y el compromiso afectivo y ético.

El alumno debe responder al sistema tradicional de enseñanza, en las asignaturas teóricas, con sus evaluaciones y pruebas periódicas, y también debe responder permanentemente a los requerimientos de reconocimiento y resolución de problemas de salud de la familia y comunidad a su cargo. Este eje conductor del trabajo de terreno le da sentido, coherencia y justificación ética a las asignaturas de la carrera.

REFERENCIAS

1. Proyecto MED-21: fase preliminar. Mimeografiado. Decanato, Fac. de Med. U. de Chile. 1993.
2. Marconi, J. La Psiquiatría y la Salud Pública: un modelo en Salud Mental. En Psiquiatría, Gomberoff, M., Jiménez, J.P. Editores Medcom. 1982.
3. Florenzano, R. Informe del Comité de Enlace de Psiquiatría. Mimeografiado. Facultad de Medicina U. de Chile. 1993.
4. Jara S. Programa de Psicología Médica. Mimeografiado. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. 1993.
5. Pérez, J.M. Programa de Psiquiatría. Mimeografiado, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. 1992.