

Dr. Ramón Florenzano U. (\*)

## ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA FORMACION MEDICA EN EL PRE Y POSTGRADO

**ABSTRACT:** *The need to modify the Curriculum of Medical studies to prepare human resources for the Primary Care is discussed.*

*Experiences in undergraduate and post-graduate Programs from the East División of the Faculty of Medicine, (Universidad de Chile) are presented.*

*The importance of an active teaching-learning process as well as the importance of including the psycho social aspects of medicine is pointed out.*

**Key Words:** MEDICAL EDUCATION Psycho-social aspects.

### I.- INTRODUCCION.

El objetivo fijado por la Organización Mundial de la Salud de "Salud para Todos en el año 2.000", que conlleva un énfasis en la Atención Primaria, debe ser reflejado también en cambios curriculares dentro de las Carreras de Ciencias de la Salud. Muchos de los currícula de éstas se han mantenido tradicionales con carencia de formación en algunas áreas y con énfasis excesivo en otras.

Este desbalance curricular obedece a un período en que destrezas y conocimientos útiles en el nivel terciario de atención obligaban a preparar a los estudiantes para el dominio y manejo de una medicina altamente tecnificada. Es así como se desatendía la entrega de algunas herramientas básicas de la esfera psicosocial, tales como las técnicas de entrevista y de evaluación de problemas, así como de intervenciones simples de tipo psicológico o social comunitario. Esto hace que muchos de nuestros estudiantes hoy día salgan preparados para una práctica hospitalaria y se sientan con pocas herramientas para el trabajo en Consultorio Ambulatorio, donde las técnicas complejas biomédicas que se les enseñaron no se usan, y donde son necesarias las que acabamos de mencionar que no recibieron en forma adecuada o instrumental.

¿Qué queremos decir con aspectos psicosociales? Tradicionalmente se ha hablado de disciplinas psicológicas (Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Men-

tal) y Médico-Sociales (Sociología, Epidemiología y Salud Pública). Más recientemente se habla de Medicina Conductual, de Ciencias de la Conducta o de enfoques Antropológico o Humanista de la Medicina. Todos los términos anteriores en la práctica se refieren a aquel nivel de las interacciones clínicas y de los programas de salud en los cuales el conocimiento tecnológico no es lo único que prima y donde los elementos personales del profesional de la salud y del paciente pasan a ser determinantes en la calidad y resultados de la acción clínica.

La adherencia a los tratamientos medicamentosos es un buen ejemplo de lo anterior. En estudios con enfermos hipertensos realizados entre 1978 y 1980, demostramos (1) que más allá del diagnóstico y existencia de un medicamento adecuado era la calidad de la interacción profesional-paciente lo que ayudaba en definitiva a mejorar la adherencia ("compliance") al tratamiento antihipertensivo.

Durante, los últimos dos años, tanto en la docencia de pre como de postgrado, hemos estado utilizando un foco en los problemas de salud familiar y en las etapas del ciclo vital (individual y familiar) como el área de consolidación de destrezas psicosociales para estudiantes de medicina como

(\*) Director Oficina de Educación Médica, División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

para médicos generales - familiares en formación. El objetivo de esta presentación es comunicar alguno de los resultados de este trabajo.

Nuestro marco referencial teórico ha sido el enfoque integral propuesto por George Engel (2) quién considera al hombre como una estructura biopsicosocial cuyos niveles están en permanente interacción entre sí; la visión sistémica dentro de la Teoría General de Sistemas enunciada por Von Bertalanffy y su elaboración en salud hecha por Chaves (3); la epistemología y conceptos acerca de sistemas biológicos de Humberto Maturana (4); la visión biográfica del fenómeno de salud - enfermedad propuesto por Freud en el siglo pasado (5) y desarrollada posteriormente, entre otros por Erik Erikson (6), y finalmente los conceptos de epidemiología social de John Cassel (7) y de Sociología Médica de Robert Wilson (8).

Desde un punto de vista práctico nuestro interés proviene de las necesidades del médico que está actuando a nivel de práctica general de la medicina y de los pacientes en el nivel primario por una atención más humana y personalizada, y también de la prevalencia muy elevada de desórdenes emocionales en todos los estudios de estructura de morbilidad en la gran mayoría de los grupos etarios estudiados dentro de poblaciones que acuden a recibir cuidado en el nivel primario de atención (9, 10).

¿Cuáles son los elementos específicos que definen las temáticas psicosociales en la práctica médica diaria?. Podemos resumirlos planteando que son los conocimientos, actitudes y destrezas que ayudan al médico a anticipar, comprender, diagnosticar y/o manejar:

- Los stress o problemas cotidianos y su impacto sobre la enfermedad.
- La conducta (rol) enfermo.
- Las enfermedades emocionales y/o psicosomáticas.
- La función y disfunción familiares.
- El desarrollo psicológico del individuo dentro de la familia.
- Las características del profesional de la salud, sus emociones, y el uso terapéutico de si mismo.

¿Cuáles son algunos de los contenidos de esta área psicosocial?

- La relación médico (profesional) - paciente.
- Técnicas de evaluación y de entrevista.

- Capacidades de enfrentar al stress.
- Técnicas de consejería psicológica individual.
- Capacidad de autoconocimiento y autocontrol.
- Conocimientos sobre sistemas y dinámicas familiares.
- Conocimientos sobre ciclo vital individual y familiar.
- Técnicas de evaluación de familias.
- Intervención en crisis individual y familiar.
- Uso adecuado de psicofármacos.
- Derivación de desórdenes psiquiátricos al especialista.

Finalmente, algunos temas o áreas más específicas de interés son:

- Promoción (educativa) de la salud física y mental.
- Screening prospectivo de factores de riesgos.
- Enfrentamiento de la enfermedad, la invalidez y la muerte.
- Enfrentamiento de los desórdenes de abuso de sustancias: obesidad/alcoholismo/drogadicción/tabaquismo.
- Enfrentamiento de la depresión y de la angustia.
- Enfrentamiento de la sexualidad y sus problemas.
- El impacto psicológico de la enfermedad orgánica.
- Sociología de las profesiones e instituciones médicas.
- Las redes de apoyo social, familiares y comunitarias.
- Factores sociales en la etiología y distribución de las enfermedades, etc.

El amplio temario anterior puede ser enfrentado de múltiples maneras. El modo clásico utilizado por las asignaturas de Psiquiatría, Salud Mental y Salud Pública no pareciera ser el adecuado, por su escaso impacto conductual en los recién egresados.

La percepción de lo anterior nos ha llevado a desarrollar cuatro niveles de intervenciones:

- Curso de integración de temas psicosociales en la Atención Primaria, TEMPRANOS en la Carrera de Medicina.

- Modificaciones a la docencia clínica clásica de Psiquiatría durante los años clínicos.

- Cursos de actualización en Psiquiatría y Salud

Mental básicos entre recién egresados de la Carrera de Medicina.

— Enfoque en la formación en aspectos psicosociales entre Médicos Generales Familiares y otros profesionales que se desempeñan en el nivel primario.

En lo que sigue se describirán brevemente las actividades antes enunciadas:

## **II. CURSO DE PSICOLOGIA Y SOCIOLOGIA MEDICA INTEGRADO: CURSO DE ATENCION PRIMARIA EN EL SEGUNDO AÑO DE MEDICINA.**

En el ciclo básico de la Carrera de Medicina en Chile el porcentaje de horas dedicadas a las ciencias humanas es bajo: 147 (o sea un 10,7 %) del total de 1.443. Esto contrasta con la importancia dada a disciplinas fisiológicas: 615 horas (42,6 %); morfológicas: 815 horas (28,8 %), y físico - matemáticas: 266 horas (18,4 %). Este desbalance puede ser instrumental en cierta posterior actitud científicante y deshumanizada de los estudiantes de medicina y de los mismos médicos.

Durante 1983 desarrollamos un curso integrado de psicología y sociología con un enfoque diferente: en atención primaria y en la inserción del individuo en su familia - comunidad. Describiremos resumidamente a continuación algunos aspectos de esta experiencia realizada con 63 alumnos de 2º año de Medicina de la División de Ciencias Médicas Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con un promedio de edad de 19,8 (desviación estándar: 1,35). Un 60 % de estos eran hombres y un 53 % tenía estudios universitarios previos. El grupo de docentes fue una mezcla de profesionales de distintos Departamentos del ciclo clínico (médicos generales, internistas, pediatras, gineco-obstetras, neurólogos y psiquiatras) así como especialistas del área social (sociólogos, psicólogos, educadores, asistentes sociales, etc.)

Las clases teóricas fueron disminuídas a un mínimo, limitándose a informar, motivar y orientar acerca de los conceptos ordenadores más centrales del curso. En general fueron realizados por médicos clínicos con asesoría y apoyo de especialistas en Ciencias de la Conducta y con un amplio uso de materiales audio-visuales especialmente elaborados.

Las actividades prácticas fueron fundamentalmente de tres modalidades:

— Grupos T (de interacción humana) en que grupos de 15 alumnos se reunían por una hora con dos monitores que utilizaban el formato descrito por Ganzaraín en sus Laboratorios de Relaciones Humanas para estudiantes de medicina. El objetivo de estos grupos era contribuir al conocimiento de sí mismo y de las relaciones del sí mismo con los demás.

— Grupo de discusión, de una hora y media, en que se discuten los contenidos tanto de las clases teóricas como de las lecturas o actividades de autoformación de los estudiantes. Se utiliza una pauta de discusión que enfatiza las situaciones clínicas y/o de ética médica. Ambos grupos eran dirigidos por dos monitores: un especialista clínico y otro en ciencias de la conducta.

— Actividades de visitas de terreno: estas consistieron en visitas a familias y comunidades realizadas por los alumnos, que les permitieron integrar conceptos antes conocidos sólo teóricamente.

— Actividades de autoformación: además de la entrega de material bibliográfico ad-hoc, se les pidió a los alumnos la realización de trabajos de investigación en áreas tales como Ecología y Organización Comunitaria.

Los contenidos del curso se centraron alrededor de los temas de individuo, familia y comunidad. Las áreas principales cubiertas por éste fueron: una unidad "Individuo" en el cual se revisaron los siguientes temas: Técnicas de Entrevista; Muerte. Una unidad "Familia" que revisó los temas: Estructura y Dinámica Familiar, Ciclo Vital Familiar y Familia y Salud. Finalmente la Unidad "Comunidad" incluyó los temas: Triada Ecológica, y Ética Médica. Los marcos referenciales centrales integradores a través de todo el curso fueron los de Ciclo Vital Individual y Familiar, así como la inserción del individuo en su estructura familiar y la de éste en la comunidad.

La metodología docente activa y participativa fue posible gracias a un amplio uso de materiales audiovisuales obtenidos a través de un subsidio de la Fundación W.K. Kellogg.

Este curso se evaluó a través del test de conocimientos, realizando evaluaciones diagnósticas sobre los temas, cuyos resultados se compararon con los

de las pruebas acumulativas y terminales. Para evaluar actitudes se confeccionó una pauta ad-hoc. El diagnóstico evaluativo global fue positivo, como lo ilustran las tablas 1 y 2. Creemos que la ubicación curricular precoz de este curso fue útil para producir un efecto positivo rápido como las numerosas entrevistas con pacientes y sujetos normales y sus familias en distintas etapas del ciclo vital. Finalmente, la participación de docentes clínicos de distintas asignaturas fue otro factor en el impacto positivo.

**III. DOCENCIA DE ASPECTOS PSICOSOCIALES EN EL CICLO CLINICO DEL PREGRADO.**

El Ciclo Clínico constituye el período en que se entregan el grueso de los conocimientos, actitudes y destrezas que utilizará el futuro médico. En un análisis del plan de estudios de la Carrera de Medicina realizado por Goic y Martínez en 1976 (11) se encontró que del total de 2.581 horas de este ciclo en la entonces Facultad de Medicina Santiago Oriente, un total de 342 eran entregadas a Psiquiatría (8,7 0/o) y a Medicina Social (4,6 0/o). En el Internado rotatorio (de 3.956 horas), que es la experiencia que consolida el conjunto de conocimientos anteriores, no hay tiempo asignado para Psiquiatría ni para un internado de Salud Pública o Medicina Comunitaria, a no ser que algún alumno lo solicite en forma optativa por un período máximo de 6 semanas (de un total de 91). Los autores de dicho trabajo concluyen que "el tiempo dedicado al aprendizaje de las ciencias humanas debiera, probablemente, ser mayor que el actual, dada la importancia de estas disciplinas para la comprensión de la conducta humana y la influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad. No parece haber duda que para el ejercicio profesional de un médico general, el conocimiento de estas disciplinas adquiere particular relieve".

A pesar de la existencia del número recién citado de horas curriculares (tabla 3) el impacto terminal de la enseñanza de aspectos psicológicos y sociales de la medicina es escaso. En distintas encuestas se ha encontrado que los médicos en ejercicio general de la profesión señalan como de escasa utilidad los conocimientos adquiridos en el pre-grado sobre Psiquiatría y Salud Pública. Esto no sólo es una realidad en nuestro país sino que también en otros. Así

**TABLA 1**  
**CURSO DE INTRODUCCION A LA ATENCION PRIMARIA**

**EVALUACION DE CONOCIMIENTOS**

Escala de Notas	Pre - Test		Post - Test		0/o de variación del Nº de alumnos en cada tramo
	Nº	0/o	Nº	0/o	
- 4.0	30	50	---	---	- 100 0/o
4.0 - 5.0	22	36	4	6	- 69 0/o
5.1 - 6.0	7	12	20	32	- 48 0/o
6.1 - 7.0	1	2	38	62	- 95 0/o
TOTAL	60	100	62	100	

**TABLA 2**  
**CURSO DE INTRODUCCION A LA ATENCION PRIMARIA**  
**DISTRIBUCION COMPARATIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA APLICACION DE PAUTA DE EVALUACION DE ACTITUDES**

Escala de Puntajes	0/o 1era. Aplicación	0/o 2da. Aplicación	0/o de Variación
56 - 52	19 0/o	55 0/o	- 31
51 - 47	12 0/o	20 0/o	- 8
46 - 42	23 0/o	19 0/o	- 4
41 - 37	22 0/o	6 0/o	- 16
36 - 32	14 0/o	---	
31 - 27	5 0/o	---	
26 - 22	5 0/o		

por ejemplo, Disequer y Micchielutte (12) han encontrado que el nivel de empatía en la relación interpersonal declinaba a lo largo de los años de prácticas clínicas. La docencia clínica tradicional de Psiquiatría no corrige el fenómeno anterior y al parecer puede aún incrementarlo al mostrarle a los estudiantes casos extremos de anormalidad mental, con los cuales es difícil relacionarse empáticamente.

Durante 1983 realizamos un curso diferente, al

TABLA 3

**DISTRIBUCION DE HORAS DE CIENCIAS  
HUMANAS EN EL CURRÍCULUM  
DE MEDICINA (\*)**

Ciclo	Total Horas	Ciencias Humanas	Porcentaje
Básico	1.443	147	10,3
Pre - Clínico	1.368	---	---
Clínico	2.581	342	13,3
Internado	3.856	(254)	(6,6)

(\*) Tomado de Goic y Martínez, 1976.

introducir en el curso de psiquiatría clínica tradicional una unidad sobre CICLO VITAL, FAMILIA Y SALUD MENTAL. Este curso utilizó también una metodología activa como la anterior, con amplia participación de los estudiantes. Estos ilustraron distintas actividades de intervención y/o prevención de salud mental a lo largo del ciclo vital individual.

Las actividades anteriores deberían reforzarse durante el internado rotatorio, que como dijimos, es la etapa crucial en la consolidación de la identidad del médico. Hemos estado intentando convencer a las autoridades docentes para que programen un internado comunitario, en el cual se pudieran transformar los conocimientos entregados en actitudes y hábitos conductuales más compatibles con una práctica médica personalizada.

**IV. DOCENCIA DE ASPECTOS PSICOSOCIALES EN EL POSTGRADO: CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA BÁSICA.**

Desde 1978 el Ministerio de Salud y desde 1983 la Escuela de Post-Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ha estado realizando cursos de actualización en Psiquiatría Básica para Médicos Generales. Estos cursos obedecen de alguna manera a la necesidad de complementar una formación de pre-grado que es sentida como incompleta. En estos cursos por una parte, se ha reforzado el manejo práctico de contenidos de importancia para el médico general. Los contenidos incluyeron los temas de Políticas de Salud Mental y Planificación

de Programas de Salud Mental. Por otra parte, se han desarrollado talleres de relación interpersonal, así como grupos de discusión en los cuales se revisa el enfrentamiento tanto de situaciones clínicas como organizacionales que deberán los médicos enfrentar en sus lugares de destinación. En esta oportunidad no abundaremos sobre esta actividad, dado que será pronto objeto de una publicación.

**V. FORMACION EN ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS MEDICOS GENERALES DE FAMILIA.**

Dentro de nuestra Facultad se está desarrollando desde 1982, un programa de formación de Médicos Generales de Familia, como un esfuerzo conjunto de esta Facultad, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Fundación W.K. Kellogg. Progresivamente nos hemos convencido de la necesidad de un fuerte componente de ciencias psicológicas y de la conducta en ese programa. Un porcentaje importante de las consultas de los médicos de familia son por cuadros emocionales o con un componente social que el médico general debe saber enfrentar. Si la formación de éste en estas áreas es inadecuada, se repetirá lo descrito por Cassatta en los Estados Unidos, donde a pesar de que el 33 % de los diagnósticos hechos por los médicos de familia eran psicológicos, sólo un porcentaje bajo de estos eran enfrentados por el médico de familia mismo, quién recurría frecuentemente a la derivación (13).

Algunas de las actividades realizadas en nuestro programa son:

1. Revisión del "Ciclo Vital Individual y las Crisis" que se enfrentan a lo largo de él, en el formato de un seminario semestral dirigido por psiquiatra, sociólogo y psicólogo. La revisión de conceptos de psicología evolutiva con profesionales que ya están en práctica clínica, se ha demostrado como de gran utilidad práctica. La aproximación a hechos tales como problemas conyugales, problemas del hijo adolescente, beber excesivo, como crisis normativas o accidentales del ciclo vital, ha resultado más práctica para los médicos generales que las nomenclaturas psico-patológicas clásicas.

2. Revisión sobre "Familia", su estructura, desarrollo y el ciclo vital familiar, en el mismo formato

de un seminario bibliográfico. Estos conceptos aparecen como armas útiles no sólo para evaluar la familia sino que como un cuerpo de conocimiento independiente y aporte propio del médico de familia. Las técnicas para evaluar riesgo familiar (Apgar Familiar de Smilkstein (14), el "Círculo Familiar" de Thrower (15) y otras), fueron incorporados en la Ficha Familiar (16) que se utilizó en nuestros centros de práctica.

3. Talleres de "Relaciones Humanas". En estos se pretendió entrenar a los médicos generales en mejorar relaciones interpersonales, tanto entre ellos como con el resto del equipo de salud. Se realizó uno en 1982 en el Consultorio La Reina y otros dos en 1983 en el Consultorio Hernán Alessandri y en la división Oriente de la Facultad de Medicina. La técnica de los dos primeros fue la del Dr. R. Ganzaín, autor mencionado. El último fue dirigido por el Dr. William G. Hollister de la Universidad de Carolina del Norte (17). En este taller no se enfatizan tanto las relaciones interpersonales de los mismos médicos, como las destrezas de relación con pacientes con rasgos difíciles de personalidad, rasgos que pueden interferir con el seguimiento de las prescripciones terapéuticas del médico.

4. Técnicas de "Intervención Terapéutica" realizadas por el médico general. Estas son de índole variada. El médico general debe no sólo diagnosticar sino que solucionar muchos de los problemas psicosociales que le traen sus pacientes. Entre estas técnicas podemos citar:

— Intervención en crisis normativa, como por ejemplo la guía anticipatoria frente al embarazo de una primípara, o la ayuda para elaborar el duelo normal de un viudo.

— Intervención en crisis accidentales o situacionales. Esto implica conocer destrezas de intervención simple en situaciones tales como la enfermedad grave de un hijo o la muerte de un familiar cercano.

— Intervención familiar en crisis. El médico general debe estar capacitado también no sólo para diagnosticar el grado de función o disfunción familiares, sea a través de técnicas clínicas de evaluación familiar, o a través de datos diagnósticos más formalizados (tales como el uso del APGAR de Smilkstein, el Círculo Familiar de Thrower, o la Tarea Familiar de Minuchin (18). La práctica en

los propios genogramas o árboles familiares son también importantes al respecto.

5. Destrezas en técnicas de "Entrevista y de Comunicación" con el paciente y/o su familia. La práctica en estas técnicas constituye una herramienta muy central en el armamentario del médico general. Además de que a través de ellos se abaratan costos y se mejora la eficacia y la eficiencia del acto médico, es éste un usado real de volver a una medicina más humana y personalizada.

6. Destrezas en consejo psicológico y en pisolterapias simples. Tal como lo anterior, el médico general que aprende a usar éstas a través de supervisión y asesoría apropiadas aumenta en forma importante su eficiencia. Además de técnicas tradicionales, tales como los grupos Balint (en que un psiquiatra o psicólogo se reúne periódica y sistemáticamente con médicos no especialistas discutiendo situaciones clínicas que estos enfrentan), actualmente los medios audiovisuales permiten analizar en detalle las entrevistas y sesiones de consejería y/o terapia realizadas por el médico de familia.

Lo anterior constituye un listado incompleto de algunos de los conocimientos y destrezas que debe llegar a dominar el médico de familia a lo largo de su formación.

## VI. DISCUSION Y RECOMENDACIONES

Este trabajo ha revisado diferentes puntos de vista con respecto a la docencia de los elementos psicológicos y sociales que requeriría el futuro médico en su práctica. Su tesis general es que el modo tradicional de enseñar elementos de psicología y sociología médicas, haya psicopatología y clínica psiquiátrica, así como epidemiología y salud pública, no provoca un impacto real entre los estudiantes, y que este déficit es percibido por los médicos recién egresados.

Creemos que un aprendizaje activo por parte de los estudiantes, con énfasis en el continuo individuo-familia-comunidad y en la interacción dinámica que implican los conceptos de ciclo vital individual y familiar, representa una aproximación potencialmente más efectiva. La docencia integrada de docen-

tes clínicos con especialistas en ciencias psico-sociales representa otro elemento que potencialmente permitirá aumentar la utilidad del uso de conceptos de la esfera psicosocial.

Pensamos que la formación en aspectos psicosociales y que el foco en atención primaria debe iniciarse precozmente en la docencia de pregrado, antes de que se inicie el proceso de consolidación de actitudes más mecanicistas y tecnológicamente orientadas. La vocación de muchos de nuestros estudiantes en el momento de ingreso es una vocación humanista y de servicio personal. Pensamos que es importante incentivar y mantener esa actitud durante los estudios médicos.

Lo anterior no es un obstáculo para volver a insistir en el desarrollo de actitudes y destrezas que orientan hacia una práctica más personal de la medicina. Esta es una de las principales satisfacciones que reciben los médicos que ejercen en el nivel primario de atención. El foco en la medicina familiar agrega además un sello de identidad propia al quehacer de muchos médicos generales que anteriormente pudieran haber encontrado en la práctica de la medicina ambulatoria una actividad asistencial rutinaria y sin perspectivas intrínsecas interesantes.

Las intervenciones anteriores se insertan dentro de las recomendaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana (18) acerca de la Enseñanza de la Psiquiatría y Salud Mental. Un comité de expertos de ésta ha insistido tanto en la docencia de esta disciplina integrada dentro de los hospitales generales y los centros comunitarios, como en la necesidad de tomar en cuenta las percepciones de la propia comunidad acerca de sus problemas para buscar soluciones conjuntamente con ella.

## RESUMEN

Este trabajo plantea la necesidad de modificar el curriculum de la Carrera de Medicina para readecuar la formación del recurso humano para que se desempeñe en el nivel primario de atención. Para ilustrar esta modificación se describen las innovaciones realizadas al respecto en la División de Ciencias Médicas Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Entre estas innovaciones en el pregrado se describen un curso de introduc-

ción a la Atención Primaria en el II año de Medicina (tanto en sus contenidos como en su evaluación), curso de Intervenciones de Salud Mental en el V año de Medicina, así como otros elementos de docencia de aspectos psicosociales en los ciclos clínico y en el internado. A continuación se describen dos tipos de programas de Post-grado: un curso de Capacitación en Psiquiatría Básica para médicos generales e integrales, que se ha impartido en los años 1981 y 1984 a todos aquellos médicos contratados por el Ministerio de Salud para desempeñarse en regiones del país que no sean de la Región Metropolitana; además se describe en detalle el plan de formación en el área Psicosocial de los Becados de Medicina General/Familiar que se han entrenado entre los años 1981 y 1984.

Finalmente se discuten la importancia del aprendizaje activo de habilidades y destrezas de ésta índole (en contraposición a una enseñanza teórica o academicista); la utilidad de la integración de docentes clínicos y especialistas en ciencias sociales y de la conducta, y de la importancia de mantener la vocación humanista y de servicio de los estudiantes de medicina desde su ingreso a la carrera.

## RESUME

Ce travail signale le besoin de modification du curriculum des études de médecine, à fin de rendre plus adéquate la formation des étudiants pour servir les soins primaires de santé. A ce propos, les innovations introduites dans la Division de Sciences Médicales de Santiago-Est, de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili, sont décrites.

Parmi les innovations introduites dans les études de pré-grade, on décrit un Cours d'Introduction aux Soins Primaires de Santé en 2<sup>e</sup> année de médecine, un Cours sur les Interventions en Santé Mentale, en 5<sup>e</sup> année, ainsi que d'autres éléments de l'enseignement d'aspects psycho-sociaux dans les cycles clinique et d'internat. On présente ensuite deux types de programme de post-grade: un, sur un Cours de Capacitation en Psychiatrie de Base adressé à des médecins généralistes, imparti en 1981 et 1984 à tous les médecins employés par le Ministère de la Santé pour travailler dans les Régions du pays, excepté la Région Métropolitaine; et un autre, comme un Plan de Formation visant l'aire psycho-

sociales, pour boursiers de médecine générale et de Famille, développé en 1981 et en 1984 également.

En dernier lieu, une discussion est faite sur l'importance de l'apprentissage actif, contrairement à l'enseignement théorique ou académique, ainsi que sur l'utilité de l'incorporation d'enseignants cliniciens et de spécialistes en Sciences Sociales et de la Conduite, et sur l'importance d'entretenir la vocation humaniste et de service des étudiants de médecine, dès le début de la carrière.

### SUMMARY

This study states the need to modify the curriculum of medical studies in order to adequately prepare human resources for the Primary level of care.

Changes introduced by the East Division of the Faculty of Medicine (Universidad de Chile) are described.

Among these changes a "Course of Introduction to Primary Care" (2nd. year medical students), a "Course of Interventions in Mental Health" (5th. year medical students) and other elements of psychosocial aspects in the clinical years and in the internship are described.

To follow, two types of Postgraduate Programs, both delivered in 1981 and 1984 are described: a "Program of Training in Basic Psychiatry" for general practitioners, and a "Program of Training in Psychosocial aspects" for residents in General/Family Medicine.

The importance of an active teaching-learning process instead of a theoretical and passive teaching is emphasized, as well as the usefulness of integration among specialists in clinical and social-behavioral sciences.

The importance of maintaining the humanist vocational attitude of service from the beginning of medical studies is discussed.

### BIBLIOGRAFIA.

- 1) Florenzano, R.; Roessler, E.; Schragar, V.; Soto, I. Cantú, a. na. "Permanencia en Tratamiento antihipertensivo: Comparación de Dos Sistemas de seguimiento". Boletín Of. Sanitaria Panamericana, 91 (5): 428-439, 1981.
- 2) Engel, G. "The Biopsychosocial approach in Psychosomatic Disorder". J. Psychiatry 137:535-544, 1980.
- 3) Chaves, Mario. Salud y Sistemas. Ediciones de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 1981.
- 4) Maturana, Humberto. Sobre Máquinas y Seres Vivos. Ed. Universitaria, Santiago, 1970.
- 5) Freud, Sigmund. Obras Completas. Hogart Press, London, 1964.
- 6) Erikson, Erik, Childhood & Society, W.W. Norton, Nueva York, 1963.
- 7) Cassel, John. "Psychiatric Epidemiology". American Handbook of Psychiatry, Vol. III, Basic Books, New York, 1974.
- 8) Willson, Robert. The Sociology of Health. An Introduction. Random House, New York, 1970.
- 9) Werkman, S.L. The Role of Psychiatry in Medical Education. Harvard University Press, Cambridge, 1966.
- 10) Goic, A.; Florenzano, R. y Paredes, E. "Características de la Morbilidad en un Consultorio Externo de Adultos: Importancia Relativa de las Enfermedades Funcionales". Rev. Méd. Chile 99:782-790, 1972.
- 11) Goic, A.; Martínez, F. "Análisis del Plan de Estudios de la Carrera de Medicina". Rev. Méd. Chile 104:112-119, 1976.
- 12) Disequer, R.A. y Micchielutte, R. "An Analysis of Empathy in Medical Students before and following Clinical Experience", J. Med. Education, 56 (12) 1004-1010, 1981.
- 13) Casatta, D.M. y Kirkmann-Liff, B.L. "Mental Health activities of Family Psycicians". J. of Fam. Practice, 12 (4):683-692, 1981.
- 14) Rosen, G.M.; Geyman, J.P. y Layton, R.H. Behavioral Science in Family Practice. Appleton Century-Crofts, New York, 1980.
- 15) Smilkstein & Thrower. Family Medicine. Principles and Applications. Baltimore, Williams & Wilkins, Co., 1978.
- 16) Tieffenberg, J.A.; Ringeling, I y cols. "Un instrumento para resumir el Estado de Salud de la Familia: Experiencia en el Consultorio La Reina". Documento CEAP. Mimeografiado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1982.
- 17) Hollister, W.G. "Teaching Relationship Building Skills". Amer. Public Health, 1973.
- 18) "Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la Oficina Sanitaria Panamericana para la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental". Educación Médica y Salud, 15 (2) 185-193, 1981.