

**PROPUESTA INTERDISCIPLINARIA DEL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO**

EDILBERTO BONILLA BUITRAGO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES - UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTADES DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. DOCENCIA
ARMENIA
2010

**PROPUESTA INTERDISCIPLINARIA DEL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO**

EDILBERTO BONILLA BUITRAGO

Trabajo de Grado
Requisito personal para optar el título de Magíster

Asesores:
Martha Cecilia Gutiérrez G.
Germán Guarín Jurado

UNIVERSIDAD DE MANIZALES - UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTADES DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN. DOCENCIA
ARMENIA
2010

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Armenia, febrero de 2010

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a los asesores, que con su dedicación y recomendaciones formativas, hicieron posible que se cristalizara este trabajo.

A los Asesores de Área y a los Docentes de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, por la participación y aportes proporcionados.

A mis compañeros de postgrado, que hicieron más fructíferas y a veces amenas las jornadas académicas.

Finalmente a mi esposa e hijos, que fueron uno de los mayores estímulos para culminar el presente trabajo.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. REFERENTE CONTEXTUAL Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	15
1.1 ANTECEDENTES Y CONTEXTO	15
1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.2.1 Formulación del problema	23
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 General	23
1.3.2 Específicos	23
1.4 JUSTIFICACIÓN	23
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	26
2.1 UNIVERSIDAD DEL SIGLO XXI	26
2.2 PERTINENCIA EN EL CONOCIMIENTO	27
2.3 ASPECTOS CURRICULARES	30
2.3.1 Concepto de currículo	30
2.3.2 Flexibilidad curricular	33
2.4 BASES CURRICULARES PARA EL PREGRADO EN MEDICINA	35
2.5 MODELO BIOPSICOSOCIAL EN MEDICINA	37

2.6 LA INTERDISCIPLINARIEDAD	39
2.6.1 La interdisciplinariedad en medicina	42
2.6.2 Interdisciplinariedad y psiquiatría clínica	43
2.7 APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA	46
3. METODOLOGÍA	51
3.1 CRITERIO INVESTIGATIVO	51
3.2 CRITERIO METODOLÓGICO	53
3.2.1 Unidad de análisis	53
3.2.2 Unidad de trabajo	54
3.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
3.3.1 Método	54
4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	57
4.1 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	57
4.1.1 Los trastornos mentales orgánicos	57
4.1.2 Trastornos mentales relacionados con el paciente médico	58
4.1.3 Factores psicológicos que afectan el estado físico (trastornos psicosomáticos - trastornos psicofisiológicos)	58
4.1.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	58
4.2 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS	60

4.2.1 Demencias	61
4.2.2 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas	63
4.2.3 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática	65
4.3 TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON EL PACIENTE MÉDICO	72
4.4 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN EL ESTADO FÍSICO	76
4.4.1 Trastornos somatomorfos	76
4.4.2 Trastornos de la conducta alimentaria	80
4.4.3 Trastornos no orgánicos del sueño	82
4.4.4 Disfunciones sexuales de origen no orgánico	85
4.4.5 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, no clasificados en otro lugar	88
4.5 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	88
5. PROPUESTA PEDAGÓGICA	91
5.1 JUSTIFICACIÓN	91
5.2 OBJETIVO	92
5.3 CONTEXTO EN EL CUAL SE DESARROLLARÁ LA EXPERIENCIA	92
5.4 PROCESO PEDAGÓGICO	92
5.5 METODOLOGÍA	93
5.6 ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS	93

5.7 ACTIVIDADES PROPUESTAS	95
5.8 EVALUACIÓN	96
5.9 RECURSOS	97
5.10 CONTENIDOS	97
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
6.1 CONCLUSIONES	102
6.2 RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS	109

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Pensamiento sistémico, modelo biopsicosocial e interdisciplinariedad en la solución de problemas de salud.	43
Figura 2. Solución de Problemas de Salud a Través de la Interdisciplinariedad y el Aprendizaje Basado en Problemas con la participación de Psiquiatría Clínica y otras disciplinas médicas teniendo en cuenta las categorías encontradas en la codificación.	59

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. Propuesta Interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío.	109
ANEXO B. Modelo de invitaciones.	110
ANEXO C. Modelos de asistencia.	112
ANEXO D. Lecturas recomendadas.	116

RESUMEN

La presente investigación se enmarca como una propuesta curricular para el Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, que permita la solución de problemas médicos interdisciplinariamente con la aplicación del modelo biopsicosocial; para lo cual se conformaron grupos focales con docentes de las áreas básicas clínicas, vinculados laboralmente al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y cuyo escenario docente-asistencial fuera la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia, además la información recolectada de la revisión de planes de estudio de programas de medicina de distintas universidades internacionales, nacionales, regionales y locales.

Al realizarse la codificación (abierta y axial) de la información se encontraron cuatro categorías y sus respectivas sub-categorías; las categorías halladas fueron: Trastornos Mentales Orgánicos, Trastornos Relacionados con el Paciente Médico, Factores Psicológicos que Afectan el Estado Físico (Trastornos Psicósomáticos - Trastornos Psicofisiológicos) y Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas. Estas categorías y sub-categorías constituirán los temas-problema que se desarrollarán con los estudiantes mediante la metodología del aprendizaje basado en problemas.

El estudio permitió determinar la necesidad de implementar estrategias que permitan, a través de prácticas pedagógicas, promover en los estudiantes de medicina la aplicación del modelo biopsicosocial y la interdisciplinariedad en la solución de problemas de salud.

ABSTRACT

The current research has been conceived as a curricular proposal destined to the field of clinical psychiatry encompassed within the medicine course at University of Quindio. Such proposal is aimed to elucidate medical problems in an interdisciplinary manner by means of a biopsychological approach and by settling focal groups with lecturers from the basic medical areas linked to the program in question. The educational-working setting where such project is to be developed would be the State-Owned Departmental University Hospital San Juan de Dios in Armenia. Additionally, the information gathered from surveys on syllabi offered by both international and national institutions is to complement the theoretical fundamentals of the program.

When codifying the data, four categories and their respective subcategories were found: Organic-Mental Disorders, Medical-Patient-Related Disorders, Psychological Factors which Impair Physical Skills (Psychosomatic and Psychophysiological Disorders) and Mental Disorders and of the Behavior to the Consumption of Substances Psicoactivas. These categories and sub-categories will constitute the topic-problem that you/they will be developed with the students by means of the methodology of the learning based on problems.

The study allowed to determine the necessity to implement strategies that allow through practical pedagogic, to promote in the medicine students, the application of the biopsychosocial model and the interdisciplinarity in the solution of problems of health.

INTRODUCCIÓN

Se puede afirmar que el rasgo que mejor define a la cultura médica moderna es la tecnología. Su portentoso desarrollo ha permitido develar la estructura y función macro y microbiológica de cada órgano del cuerpo, lo que transforma a la tecnología en el eje de las especialidades médicas.

La fragmentación del diagnóstico y del tratamiento es un artefacto en gran medida instrumental. La tecnología ha dado origen a la especialización y a la supraespecialización; ha dado origen a los que miran el cuerpo o al órgano enfermo solamente, y cada vez aparecen tecnologías más sofisticadas.

Esta fragmentación del hombre y del conocimiento que gira alrededor de la salud y la enfermedad, y de esta última el diagnóstico y la tecnología como medios auxiliares, los tratamientos de última generación fundamentados en los avances de la ciencia y la rehabilitación con sus modernas expresiones técnicas, han promovido la hiperespecialización, muchas veces a un costo muy alto como es dejando de lado o no dándole la importancia suficiente a los aspectos emocionales, sociales y culturales de los individuos, es decir, un modelo médico centrado en la enfermedad y no en la persona.

Tendencias actuales propugnan por una medicina holística, basada en la persona, bajo el modelo biopsicosocial y cultural, que permite ver al hombre con todas sus vicisitudes y logros, haciendo énfasis en los procesos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y fomento de estilos de vida saludables.

Para lograr una medicina centrada en la persona es primordial realizar cambios importantes en la formación del personal de salud, dejando de lado modelos tradicionales que no permiten ver a la persona de una manera integral.

En la formación del futuro médico, como propósitos en las escuelas de medicina se deben fijar: la adquisición de habilidades y destrezas técnicas, comunicativas, de gestión, autoformativas y de trabajo en equipo entre otras. Teniéndose a esta última como factor clave y determinante en el ejercicio médico basado en la resolución interdisciplinaria de problemas.

La solución de problemas de salud de acuerdo a las tendencias actuales, debe hacerse interdisciplinariamente puesto que muchos de éstos tienen etiología multifactorial, lo que implica que es menester la participación de varias disciplinas para una intervención integral y así evitar la fragmentación de la persona; es decir, bajo los parámetros de trabajo en equipo y un modelo biopsicosocial.

En el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, a pesar que desde su creación se ha planteado la necesidad de una formación médica por sistemas, no ha

sido posible lograrse esta modalidad de educación; sólo hasta en los últimos años en la práctica se está dando un cambio importante mediante una revisión curricular buscando la aplicación del modelo biopsicosocial en las prácticas docente-asistenciales y así de esta manera los estudiantes reconozcan el valor de este modelo de atención médica.

El presente trabajo se desarrolló bajo la teoría hermenéutica, con la participación de los docentes de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía) vinculados laboralmente al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y cuyo escenario docente-asistencial fuera la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia; quienes mediante grupos focales determinaron los núcleos problémicos en la atención en salud que requieren acciones interdisciplinarias con la participación de psiquiatría para su solución, lo mismo que la revisión de planes de estudio de programas de medicina de universidades locales, regionales, nacionales e internacionales, lográndose con la información obtenida y su análisis construir una propuesta curricular del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío que permita la solución de problemas médicos con la aplicación del modelo biopsicosocial e interdisciplinariamente.

Se pretende con el presente proyecto que los egresados del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, respondan a las necesidades en salud de las personas y la comunidad brindando una atención integral, además la adquisición de habilidades de trabajo en equipo.

1. REFERENTE CONTEXTUAL Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1 ANTECEDENTES Y CONTEXTO

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío fue creada mediante Acuerdo del Consejo Superior en septiembre de 1977, simultáneamente fue creado el Programa de Medicina; en mayo de 1979 el ICFES concede licencia para que el programa inicie lo cual se hace en febrero de 1980¹.

El Programa de Medicina desde su creación se fundamentó en un currículo por sistemas, el cual para el momento en que inicia sus actividades era novedoso y sobretodo se anticipaba a las tendencias actuales. Pero lo real es que al momento de darle aplicabilidad al citado currículo, no ha sido posible integrarlo sistémicamente como fue diseñado.

El modelo médico que hasta hace poco sirvió como base fundamental para la formación de sus egresados fue el biomédico, con algunas aproximaciones a los elementos sociales del fenómeno de la salud-enfermedad.

Este modelo se basa en la atención de la enfermedad, conllevando múltiples dificultades a los profesionales formados con este parámetro, ya que tienen dificultad en aceptar aspectos como el consentimiento informado, los aspectos psicológicos de los pacientes entre otros. En el nuevo Proyecto Educativo de la Facultad de Ciencias de la Salud (2003-2005)² se plantea la necesidad de implementar el modelo biopsicosocial en la formación médica, el cual todavía no se ha logrado aplicar cotidianamente en la práctica.

Hoy en día la intervención médica requiere asumir un trabajo en distintas escalas simultáneamente y aunque éste se focalice eventualmente en algunas de ellas, exige el concurso de las otras para prevenir y curar situaciones de enfermedad, promover salud y crear condiciones de calidad de vida, mejorar el pronóstico, obtener resultados. En este sentido, la atención siempre es un asunto colectivo que exige aportes diferenciales en cada momento y situación particular. No es sólo un asunto técnico, y por lo tanto solamente médico; se trata de problemas que exceden la capacidad de cualquier actor que pretenda actuar de manera aislada.

Para resolver los problemas relacionados con la salud, la enfermedad y su impacto en la personas, se requiere de la participación de diversos agentes y actores con una participación multidisciplinaria e interdisciplinaria.

¹PROYECTO EDUCATIVO 2003-2005. Facultad de Ciencias de la Salud. Armenia: Universidad del Quindío, 2002. p. 9.

²Ibid., p. 13-21.

1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La preocupación central de la medicina desde sus orígenes ha sido la enfermedad, pero la conceptualización de la salud a finales del siglo XX y en el actual siglo como un derecho y la interpretación de la misma como una cualidad inherente al ser humano, que conduce su análisis filosófico al ámbito de la ontología, han reubicado el objeto de estudio de la medicina en el proceso salud-enfermedad.

Dicho objeto de estudio, puede entenderse concreta y operacionalmente como el proceso inestable de un fenómeno individual y/o colectivo definido culturalmente, influenciado por factores históricos, con componentes biológicos, psicológicos, sociales, ideológicos y culturales, por lo que el abordaje del proceso salud-enfermedad requiere de la participación interdisciplinaria, donde el médico general juegue un papel esencial por lo que debe ser formado bajo un esquema científico que le permita establecer límites a su actuación, pero también hacer del conocimiento científico la herramienta fundamental de su práctica profesional.

Históricamente, después de Descartes, el modelo conocido como mecanicista, ha considerado al cuerpo humano como una máquina, la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina, y a la tarea del médico como la actividad reparadora de esta máquina. La biología y la medicina han desarrollado íntimos vínculos científicos. Los avances científicos han permitido comprender cada día más el proceso de salud-enfermedad sobre todo en el aspecto biológico, sin embargo, ha persistido el enfoque reduccionista y mecanicista.

La formación médica está marcada por un paradigma que, después de cien años no ha podido ser sustituido, no obstante las críticas que suscita desde diversos sectores de la comunidad médica internacional y nacional.

La moderna tecnología médica y farmacéutica, ha originado un aumento exagerado en el costo de los servicios, comercializando la salud, incrementando el monopolio del conocimiento, generando desequilibrios ocupacionales, en ocasiones deshumanizando la medicina, induciendo marcadas distorsiones en el modelo educativo médico actual, sumido en profunda crisis y asociada al adormecimiento y aislamiento de la sociedad por parte de la mayoría de la universidades latinoamericanas y muchas de otras latitudes³.

El Informe Flexner de 1910 marca un hito histórico en la educación médica mundial. La proliferación de facultades de medicina de mala calidad desde finales del siglo XIX, condujo a la Fundación Carnegie a solicitar un estudio de la situación a Abraham Flexner, cuyas conclusiones marcaron el rumbo de la educación médica hasta ahora. Sin embargo, como suele suceder, con el paso de los años las deformaciones del

³QUIROGA MORENO, Luis y PAZ BALLIVIÁN, Sergio. El proceso pedagógico de la extensión universitaria (interacción social) en un currículum médico prospectivo. En: CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR. "LA UNIVERSIDAD EN EL NUEVO MILENIO". (31: 2002: La Habana, Cuba), 2002; p. 1- 2.

modelo se le han ido atribuyendo a su gestor inicial, y en general hoy hablar del Modelo Flexner se puede asimilar, de manera ligera, con la departamentalización de las facultades de medicina y la separación rígida de las ciencias básicas y las clínicas, dentro de una concepción reduccionista de las propuestas de Flexner. No es éste el lugar para entrar en detalles sobre las propuestas de este matemático, cuyas propuestas en gran medida han orientado la educación médica durante cien años. Basta decir que sus propuestas superan lo que con el paso de los años se convirtió en la concepción tradicional de la formación de los médicos en el mundo⁴.

Si se toma como punto de referencia al paradigma de Flexner, la historia de la educación médica ha pasado por tres períodos⁵:

- η Primer período: preflexeriano (antes de 1910) - Modelo educativo basado en el aprendizaje natural⁶.
- η Segundo período: de Flexner (1910-1970) - Proceso educativo centralizado en el modelo biomédico, en el conocimiento científico, en la aproximación a la realidad por medio de las disciplinas, con gran predominio de especialistas como profesores; enseñanza concentrada en aulas, en laboratorios y hospitales de tercer nivel con escasa preparación de los graduados para desempeñarse en otros servicios y con una sola meta por parte de los mismos: la inserción en el mercado a través del postgrado⁷.
- η Tercer período: de 1970 a la actualidad - Modelo educativo influenciado por los postulados de Alma Ata y los principios de Atención Primaria en Salud y en el que algunas Escuelas, tímidamente se orientan a la comunidad⁸.

La educación médica actual en la mayoría de las escuelas y facultades del mundo, está orientada a curar individuos, enclaustrada dentro de los muros universitarios y hospitales de alta complejidad, cuya práctica pedagógica se fundamenta en la actuación pasiva de los alumnos, la automatización en la transmisión de los conocimientos, sin ningún tipo de estímulo que fomente hábitos de reflexión crítica, proposición e investigación, tan necesarios en los tiempos actuales y formando médicos con grandes limitaciones en el manejo de la problemática de salud de la población; con estudiantes carentes de motivaciones para aprender y lo que es peor comprobando la dura realidad, de que el mismo proceso que los convirtió en

⁴ASOCIACIÓN COLOMBIANA de Facultades de Medicina ASCOFAME. Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior - ECAES en Medicina. Marco de Fundamentación y Especificaciones de Prueba. Bogotá, D.C., s.n., 2004. p. 16.

⁵QUIROGA MORENO y PAZ BALLIVIÁN, Op. cit. p. 2

⁶Ibid., p. 2

⁷Ibid., p. 2

⁸Ibid., p. 2

doctores, los hizo incapaces de manejar la inmensa mayoría de problemas que iban a enfrentar⁹.

Al realizarse una búsqueda por Internet¹⁰ sobre las distintas tendencias internacionales, nacionales y regionales relacionadas con la formación de médicos, se encuentra que en España la educación médica está regulada por el Estado; existe un programa proyectado por el Ministerio de Salud para todas las universidades y por supuesto para las distintas facultades de medicina; el título otorgado es de Licenciado en Medicina.

El programa de medicina en la Universidad de Barcelona (España) está constituido por dos ciclos así¹¹:

- η Primer ciclo: bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad; desarrollo, morfología, estructura y función de los aparatos y sistemas corporales en estado de salud; epidemiología general y demografía sanitaria; introducción a la medicina y metodología científica; introducción a la patología: causas, mecanismo, manifestaciones generales y expresión morfo-patológica de la enfermedad; morfología, estructura y funciones del organismo humano normal¹².
- η Segundo ciclo: medicina legal y toxicología. Deontología y legislación médica; medicina preventiva y salud pública y comunitaria; medicina y cirugía de aparatos y sistemas; diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades; obstetricia y ginecología; pediatría; psiquiatría¹³.

Desde 1983 a 1999 se desarrolló un modelo de enseñanza de la psiquiatría para los alumnos de quinto curso de licenciatura que se caracterizó por concentrar la asignatura en un módulo de seis semanas de duración; durante este período, en el que se incluyó la evaluación, se excluye la docencia de cualquier otra disciplina¹⁴.

Se estableció una integración entre clases teóricas y prácticas, con un modelo centrado en casos clínicos; se revisó el rol del profesorado, dando entrada a profesores invitados, expertos en temas puntuales y se ha establecido un sistema de

⁹Ibid, p. 2

¹⁰UNIVERSIA UNIVERSIDADES. Navega por Universia; 2006 <http://www.chemedia.com/cgi/smartframe/v2/smartframe.cgi?http://universidades.universia.es/>

¹¹UNIVERSIDAD DE Barcelona. Facultad de Medicina. Plan de Estudio. Barcelona, España: 2006. p. 1-5. *Web:* <http://www.ub.es/medicina/> *Email:* webmaster@medicina.ub.es

¹²Ibid., p. 1-5

¹³Ibid., p. 1-5

¹⁴Ibid., p. 1-5

evaluación secuencial por objetivos que pretende superar los inconvenientes de los exámenes convencionales¹⁵.

A partir de entonces (1999), el nuevo plan de estudios situó la asignatura de Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica en sexto curso, reduciéndole el número de créditos y fijando en dos, en lugar de tres, los grupos de alumnos por año. Todo ello, junto con la reestructuración hospitalaria que convirtió el Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica en Instituto y la renovación del equipo docente de la Unidad de Psiquiatría del departamento universitario¹⁶.

No se encontró en la revisión realizada al programa de medicina de esta Universidad la existencia de actividades interdisciplinarias; se hace énfasis en la aplicación del modelo biopsicosocial. Con respecto a las prácticas pedagógicas, se fundamentan en casos clínicos reales y algunas actividades teóricas.

En la Universidad de Extremadura (España), el plan de estudio está diseñado por asignaturas, figurando las asignaturas de Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad en el segundo año, Psicofisiología y Patología General Psicosomática en el tercer año y Psiquiatría en el quinto año; como asignatura optativa figura Drogodependencia¹⁷.

El plan de estudio en este programa de medicina se encuentra departamentalizado y por asignaturas distribuidas en los cinco años de formación, excluyendo el internado rotatorio y el año rural. Las ciencias del comportamiento están conformadas por tres asignaturas, además por una asignatura optativa (Drogodependencia).

De manera muy similar se presentan los programas de las distintas universidades españolas; llama la atención la departamentalización y la forma como la enseñanza está dada por asignaturas.

En los Estados Unidos, en muchas de las universidades (Universidad de New York, Universidad de Columbia, Universidad de Colorado, Universidad de Utah, entre otras)¹⁸ el programa de medicina en el pregrado está constituido por dos ciclos importantes, generalmente llamados preclínica o básica y clínica.

En la Universidad Case Western Reserve de los Estados Unidos¹⁹ el programa de medicina está constituido por ocho bloques: el primer bloque denominado

¹⁵Ibid., p. 1-5

¹⁶Ibid., p. 1-5

¹⁷UNIVERSIDAD DE Extremadura. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Extremadura, España, 2006. p. 1-3. <http://medicina.unex.es/>

¹⁸UNIVERSIA INTERNACIONAL. Estudios en Estados Unidos. Universidades de Estados Unidos; 2006. p. 1-25 <http://internacional.universia.net/eeuu/unis/index.htm>

¹⁹UNIVERSIDAD CASE Western Reserve. School of Medicine. Cleveland. Unites States; 2006. p. 1-4. <http://casemed.case.edu/curricularaffairs/newcurriculum/FMHB1.htm>

Introducción a la Medicina; el segundo bloque de Anatomía Humana y sus respectivos sistemas con énfasis en el Adulto Mayor; el tercer bloque conformado por todos los procesos relacionados con la Alimentación y Metabolismo; el cuarto bloque por todos lo relacionado a la Homeóstasis Humana; el quinto bloque Defensas y Respuestas del Huésped; el sexto bloque corresponde a Cognición, Sensación y Movimiento; el sétimo bloque conformado por integración de los bloques anteriores; el último bloque por la práctica clínica.

Este tipo de plan de estudios permite establecer ejes integradores que son la vía para lograrse la interdisciplinariedad y la aplicación del modelo biopsicosocial. Se puede observar en el plan de estudio de la Universidad Case Western Reserve la forma como inter-relacionan los aspectos biológicos, psicológicos y ambientales, además la manera como casi al culminar la carrera existe un bloque que permite una integración de todos los contenidos teórico-prácticos vistos hasta el momento.

El plan de estudios de medicina de la Universidad de New York en los Estados Unidos²⁰ está conformado por dos grandes bloques, uno básico y otro clínico. El bloque básico que se cursa en dos años está constituido por una serie de asignaturas, llamando la atención que en el primer año se tienen en cuenta aspectos sociológicos de la medicina; en el segundo año aparece llamando la atención aspectos relacionados con la relación médico-paciente y sociedad. Hay una asignatura longitudinal e interdisciplinaria denominada “Las Habilidades y Ciencia de Ejercer la Medicina”, donde se adquieren habilidades técnicas, comunicativas, de gestión y trabajo en equipo, girando alrededor de aspectos teórico-prácticos. En el bloque de clínica, aparece Psiquiatría entre otras asignaturas, no encontrándose en la revisión realizada información a profundidad sobre esta asignatura en particular. Entre las asignaturas electivas aparece la Microbiología del Bioterrorismo.

Existen aspectos para resaltar en el plan de estudios de medicina de la Universidad de New York como son: desde inicio de la carrera de medicina se tienen en cuenta aspectos sociológicos y psicológicos relacionados con el quehacer médico, existe una asignatura longitudinal la cual se desarrolla interdisciplinariamente. Está presente el modelo dado por asignaturas en el plan de estudios.

De igual forma en los programas de medicina de otras universidades de los Estados Unidos (Universidad de Columbia, Universidad Utah, Universidad de Alabama y otras)²¹, la enseñanza está dada por bloques con ejes integradores que permiten al estudiante visualizar lo general y lo particular de los aspectos biológicos y medio-ambientales relacionados con los conceptos de salud y enfermedad. Los aspectos psicológicos se analizan y tienen en cuenta dentro de los ejes integradores.

²⁰NEW YORK University. School of Medicine. East Midtown section of New York City. USA; 2006. p. 1-9. <http://www.med.nyu.edu/medicaldegree/curriculum/>

²¹UNIVERSIA INTERNACIONAL, Op. cit.

A nivel nacional, en la Universidad Nacional de Colombia de Bogotá²² el plan de estudio está constituido por un componente nuclear (comprende entre el 85 y el 90% de la carrera) y un componente flexible; el componente nuclear comprende dos áreas estructurales (área ciencias básicas y área ciencias clínicas) y tres áreas transcurriculares (desarrollarán temas que, haciendo énfasis en la salud, integran y dan continuidad a las dos áreas estructurales anteriores). El componente flexible está integrado por asignaturas electivas (el estudiante debe cursar tres) y líneas de profundización donde cada departamento se encarga de diseñarlas y ejecutarlas.

En este plan de estudios (medicina de la Universidad Nacional de Colombia), aparece en las áreas básicas una asignatura denominada Ciencias Sociales y Salud (cuatro asignaturas) que corresponde a aspectos relacionados con el individuo, la sociedad y el medio ambiente; la psiquiatría se encuentra en las áreas clínicas con sus respectivos núcleos de profundización. No se mencionan acciones interdisciplinarias con la participación de psiquiatría.

En la mayoría de los programas de medicina de las universidades latinoamericanas y en Colombia²³ en particular, éstos están estructurados con fundamento a departamentos y asignaturas, es decir, todavía persiste el modelo flexneriano. Los aspectos psicológicos y sociales se tienen en cuenta en forma de asignaturas como Psicología, Psiquiatría, Ética y Comunicación. Estos programas están conformados claramente por dos ciclos (básico y clínico), donde la interdisciplinariedad en muy contadas ocasiones se aplica lo mismo que el modelo biopsicosocial. En muchas de ellas existen componentes básicos y componentes flexibles y de profundización, donde el estudiante elige líneas específicas de profundización.

A nivel regional (Eje Cafetero), la Universidad Tecnológica de Pereira²⁴ ofrece un programa de medicina conformado por asignaturas y ejes integradores como Hombre, Ambiente y Sociedad, Factores de Riesgo, Medicina del Adulto, Materno-Infantil. Estos ejes integradores permiten la interdisciplinariedad y la aplicabilidad del modelo biopsicosocial.

En la Universidad de Manizales²⁵, el programa de medicina sigue el derrotero planteado por Flexner, hay una departamentalización con asignaturas a través de la

²²UNIVERSIDAD NACIONAL de Colombia de Bogotá. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Bogotá D.C.; 2006. p. 1-9. www.medicina.unal.edu.co

²³UNIVERSIA. CL Universidades; 2006. <http://www.universia.cl/contenidos/universidades/Universidades.htm> <http://www1.universia.net/CatalogaXXI/default.asp?IDC=10032&IDP=CL&IDI=1>

²⁴UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA de Pereira. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Pereira Risaralda; 2005. p. 1-5. wwwmngr@utp.edu.co

²⁵UNIVERSIDAD DE Manizales. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. 2006. p. 1-4 http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/plan_basicas.htm

carrera que enmarcan los dos ciclos descritos con anterioridad: el básico y el clínico. Se ofrecen unos pequeños espacios relacionados con las ciencias sociales como son Historia de la Medicina, Ética Social, Ecología y Desarrollo Humano. Los aspectos psicológicos están en asignaturas semestralizadas como Psicología y Psiquiatría.

El programa de medicina de la Universidad del Quindío²⁶, en el proceso de Acreditación fue reformado en el año 2005, de tal manera que a pesar de su diseño original por sistemas, se buscaron ejes integradores que permitan la interdisciplinariedad y la aplicación del modelo biopsicosocial, conformándose bloques como Nutrición y Metabolismo, Respiración-Circulación y Relación Hospedero-Agente Infeccioso, Salud del Adulto y Adulto Mayor; Salud del Niño y Adolescente, Salud de la Mujer. Se plantean ejes integradores específicos los cuales se desarrollan a través de seminarios. Hay esbozo de unas ciencias del comportamiento a lo largo de la carrera, lo mismo que se afianza Ética en esta modalidad. A pesar de esta muy buena reforma en el plan de estudios, lo cierto que es que existen muy pocos espacios para una interdisciplinariedad y el modelo biopsicosocial sigue pobre en su aplicabilidad.

En ningún programa revisado se encontró que existiesen las Ciencias del Comportamiento a lo largo de la carrera de medicina, sólo aparecen, como ya se anotó, asignaturas ubicadas en algunos semestres. El peso mayor se encuentra en la asignatura de clínica psiquiátrica que corresponde a un semestre generalmente compartido con otra asignatura, lo que no permite incluso una dedicación exclusiva.

No se visualizó con claridad, en ninguno de los planes de estudio de programas de medicina de universidades revisados, propuestas donde se observara núcleos problemáticos clínicos específicos que se resolvieran interdisciplinariamente; es posible que estas propuestas existan y sean desarrolladas al interior del hospital general, en los distintos servicios que sirven de escenario docente-asistencial a las distintas facultades/programas de medicina. En algunas instituciones de salud, tanto nacionales como internacionales, existen equipos interdisciplinarios constituidos para la resolución de problemas específicos en salud, como equipos de dolor, equipos para paciente terminal, equipos para VIH/SIDA, equipos para ambigüedades sexuales.

En los programas de medicina revisados no se encontró aparte que hablara con precisión sobre los métodos pedagógicos y evaluativos. En algunos de ellos en forma somera se planteaba sobre sitios de práctica, evaluación cualitativa y cuantitativa.

²⁶FACULTAD DE Ciencias de la salud. Programa de Medicina. Universidad del Quindío. Armenia Quindío; 2006. p. 1-2. <http://www.uniquindio.edu.co/uniquindio/facultades/medicina/medicina/index.html>

1.2.1 Formulación del problema.Cuál es la propuesta interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, que permita la solución de problemas médicos bajo el modelo biopsicosocial?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General. Diseñar una propuesta interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío que permita la solución de problemas médicos interdisciplinariamente con la aplicación del modelo biopsicosocial.

1.3.2 Específicos.

- η Realizar un diagnóstico sobre los diversos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales para determinar los núcleos problémicos en la atención médica, que se presentan en las áreas clínicas básicas (Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía) que requieren acciones interdisciplinarias con la participación de Psiquiatría Clínica.
- η Planear una propuesta pedagógica para la solución de problemas clínicos interdisciplinariamente en las áreas de Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía con la participación de la Psiquiatría Clínica.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las últimas décadas del siglo XX y el advenimiento del siglo XXI se han caracterizado por un nuevo orden mundial, donde la economía, la política, la cultura y la comunicación han encontrado un nuevo campo de expansión, propiciando el aceleramiento del conocimiento científico y la introducción de nuevas tecnologías.

Se han ido sucediendo dramáticos acontecimientos económicos, políticos y sociales acompañados de un gran progreso científico-tecnológico, dando lugar a la llamada globalización que se desarrolla en un ambiente de franca hegemonía de un grupo de países y la presencia de un multipolarismo económico, con tendencia a la integración de bloques regionales y con el neoliberalismo como política económica dominante; además a la aparición de nuevos problemas de salud, producto de la pobreza creciente de grandes sectores de la población, la destrucción del medio ambiente, la migración masiva del campo a los tugurios urbano-marginales, la violencia, la inseguridad en las calles y el estrés generado por las nuevas exigencias contemporáneas.

Estos cambios en el campo económico-financiero, político, tecnológico y científico acaecido en estas últimas décadas han producido un gran impacto en la población,

principalmente en los aspectos sociales y sanitarios; este último incidiendo directamente en la medicina, el perfil del nuevo médico y en la necesidad de nuevos modelos para la prestación de servicios médicos.

Aparece la necesidad de modernizar las escuelas de medicina para que estén acordes con las nuevas tendencias epidemiológicas y así, éstas se ven en la obligación de revisar y actualizar sus currículos para que de esta manera, cumplan su función social que la sociedad les ha impuesto.

Las actuales orientaciones de la educación médica han sido definidas por organismos internacionales como la Federación Mundial de Educación Médica, la Organización Mundial de la Salud, la Federación Panamericana de Facultades de Medicina y la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina entre otros, llegándose a un consenso generalizado, considerándose el aspecto crucial la evaluación de la pertinencia de las escuelas y facultades de medicina, que es el cumplimiento de la misión social y sanitaria que les compete, la cual no es otra que la de contribuir efectivamente al mejoramiento de la eficiencia y la equidad en la atención de la salud de la población, en el contexto de cada país. Ello significa, el compromiso de las facultades de medicina de plantear nuevos modelos de ejercicio profesional de la medicina basados en la atención primaria, la equidad y la promoción de la salud.

En Colombia por múltiples causas, el perfil epidemiológico muestra lo que se ha denominado un perfil de convergencia epidemiológica, no de transición como ocurre en otros países en vías de desarrollo. En el país confluyen las enfermedades de la pobreza: infecciosas y carenciales, con las de los países más ricos: como el cáncer, las enfermedades crónicas y degenerativas, y adicionalmente el drama del trauma y la violencia.

Ante este panorama tanto social como de salud de la población colombiana, sin contar una masa poblacional todavía excluida por los servicios sanitarios debido al incipiente desarrollo de los servicios de salud; el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene un desarrollo incipiente, irregular e inestable, conllevando a déficit en el cubrimiento en salud de la población como a dificultades en el cumplimiento de preceptos tales como la universalidad, equidad y la integralidad.

Este panorama constituye el contexto en el cual debe desempeñarse el médico en Colombia, agravado por condiciones originadas por una violencia en la cual los grupos armados atacan a la misión médica y la han convertido en objetivo militar, y un Sistema General de Seguridad Social en Salud que los ha colocado en la situación de servir a intereses particulares.

Para intentar dar respuesta a las demandas y necesidades sanitarias de la población general colombiana, los servicios de atención de la salud, que expresan las

demandas de salud de la población, imponen a las instituciones formadoras el cumplimiento de su misión esencial que es la de contribuir efectivamente al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud, mediante el mejoramiento de la calidad de la educación médica que se imparte, tanto desde el punto de vista de su eficiencia y eficacia como de su pertinencia.

Esta realidad plantea un gran desafío de transformación, la construcción de un nuevo modelo educativo; que represente un renovado contrato social de responsabilidad compartida e indivisible entre las instituciones de prestación de servicios, las instituciones formadoras de recursos humanos y los actores sociales; participando en la planificación, organización y ejecución de políticas de salud y formación de recursos humanos, construyendo un nuevo paradigma, para un nuevo perfil profesional, con sólidos principios éticos y respeto a los valores culturales de su sociedad, capaz de aplicar el conocimiento en la resolución de los problemas de su comunidad, con habilidades para hacer buen uso de los adelantos de la ciencia médica e integrar equipos de investigación, con habilidades para articular la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la salud de las personas, orientado al autoaprendizaje y la educación continuada y permanente, capaz de adaptarse permanentemente a los cambios científicos y de trabajar en equipo y en grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios e intersectoriales.

Es perentorio iniciar un proceso de transformación y fortalecimiento de la educación y formación médica para lograrse un mejoramiento de la situación de la salud del país. Para tal fin, es menester hacer énfasis en los procesos de renovación curricular con un componente pedagógico que permita la formación de recursos de salud con calidad y pertinencia.

Los modelos pedagógicos tradicionales en las escuelas y facultades de medicina deben ser renovados por aquellos que permiten formar un médico con una serie de características acordes con las necesidades de salud de las personas y la comunidad. Existen modelos pedagógicos como el aprendizaje centrado en el estudiante, aprendizaje centrado en el paciente, educación basada en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas, que han demostrado sus beneficios en los procesos formadores de personal de salud y en especial de médicos.

El presente trabajo se ha fundamentado en el interés de diseñar una propuesta que permita abordar algunos núcleos problemáticos en salud interdisciplinariamente, bajo el modelo biopsicosocial con la participación de la psiquiatría clínica; problemas que fueron determinados a través de grupos focales conformados por los docentes de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía) vinculados al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y en revisión de diversos planes de estudio de distintas universidades regionales, nacionales e internacionales.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 UNIVERSIDAD DEL SIGLO XXI

En los albores del nuevo siglo, se observa una demanda de educación superior sin precedentes, acompañada de una gran diversificación de la misma, y una mayor toma de conciencia de la importancia fundamental que este tipo de educación reviste para el desarrollo sociocultural y económico y para la construcción del futuro, de cara al cual las nuevas generaciones deberán estar preparadas con nuevas competencias y nuevos conocimientos e ideales²⁷.

Cuando se habla de educación como elemento formador y no exclusivamente como aportante de información, vale la pena tener en cuenta el papel que juega en la persona como generadora (la educación) de cambio ante sí mismo y la sociedad, como también generadora de conciencia crítica.

Se debe promover una educación para el cambio, lo cual se logra formando ciudadanos críticos, capaces de plantear alternativas de solución a los diversos conflictos que enfrenta la sociedad actual.

La educación debe rebasar el marco tradicional institucional, abarcando la comunidad en su conjunto, dando lugar a prácticas pedagógicas e institucionales de interés para todos los ámbitos de adquisición de conocimientos: familia, institución educativa, empresa, medios de comunicación masiva y sociedad. Por lo cual es necesario tomar conciencia de la necesidad de la implementación de mecanismos que permitan asegurar la calidad del sistema educativo, para garantizar a la sociedad niveles de formación adecuados a sus requerimientos y en consonancia con las características del cambio.

Se requiere entonces, la existencia de un sistema de educación nacional crítico, que permita la planeación nacional de la formación de profesionales teniendo en cuenta la pertinencia y acorde con las necesidades, tendencias y potencialidades del aparato productivo del país, como las necesidades individuales, comunitarias y las expectativas personales de los futuros profesionales. Esta situación obliga a las instituciones de educación a asumir el problema de la pertinencia social con el rigor necesario dado su encargo social.

El concepto de pertinencia social universitaria, acuñado en el proceso de reflexión sobre Educación Superior de la UNESCO, se ha gestado como respuesta a la exigencia de la sociedad, exigencia motivada por los grandes cambios de tipo social, económico, cultural, político y tecnológico de las últimas décadas. Entendiéndose,

²⁷ARELLANO CARTAGENA, William. Educación superior y pertinencia social. Ponencia presentada en el Debate Urbano sobre Plan Estratégico de Cartagena Siglo XXI. Marzo 27 de 2003; Cartagena, Colombia. p. 1-3.

entonces, pertinencia social, como la capacidad creativa que tienen las instituciones educativas para responder proactivamente a las necesidades del medio²⁸.

Así las instituciones de educación superior en sus misiones, objetivos, propósitos o perfil del egresado, hacen referencia al profesional que pretenden formar, comprometiéndose en brindarle una formación integral, con habilidades investigativas y elementos necesarios y suficientes para proyectarse a la comunidad; además diseñan programas de proyección social y comunitaria. Lo anterior debe fundamentarse en los conceptos de pertinencia social.

La pertinencia de un programa hace referencia a la concepción del modelo del profesional que justifica su existencia desde su problema profesional que debe resolver en su entorno²⁹.

La pertinencia de la formación debe estar enmarcada dentro de un amplio concepto que corresponde a la calidad de la educación y sus componentes fundamentales (relevancia, eficacia, efectividad, congruencia y eficiencia)³⁰. Ante lo cual el Estado colombiano en la Ley 30 de 1992 en el Artículo 31 establece que: “El Estado, de conformidad con la Constitución Política de Colombia y con la presente Ley, garantiza la autonomía universitaria y vela por la calidad del servicio educativo a través del ejercicio de la suprema inspección y vigilancia de la educación superior”³¹.

La pertinencia se entrecruza con el concepto de calidad porque las respuestas que las instituciones de educación deben dar a las exigencias de la sociedad, no sólo deben ser cuantitativamente importantes sino que fundamentalmente deben tener la calidad deseada y más aún, necesaria en un mundo como el de hoy regido por la competitividad. La pertinencia también hace referencia a la capacidad de la educación superior de dar respuestas oportunas y significativas a cada problema a cuya solución sea convocada.

2.2 PERTINENCIA EN EL CONOCIMIENTO

En el libro “Los siete saberes necesarios a la educación del futuro”, Edgar Morin habla, en el capítulo segundo, sobre “los principios de un conocimiento pertinente”, que trata de responder a un problema capital pero desconocido: un conocimiento

²⁸Ibid., p. 4

²⁹Ibid., p. 4-6

³⁰GARDUÑO ESTRADA, León R. Hacia un modelo de evaluación de la calidad de instituciones de educación superior. En: Revista Iberoamericana de Educación. No. 21. Universidad Siglo XXI. (Sep. - Dic. 1999). p. 3 - 9.

³¹CONGRESO DE Colombia. Ley 30 de 1992. Fundamentos de la Educación Superior. En: Diario Oficial No. 40.700. (dic. 1992). Bogotá, D.C. p. 2. http://www.secretariasenado.gov.co/leyes/L0030_92.HTM

capaz de abordar los problemas globales para inscribir ahí mismo los problemas locales. Es preciso desarrollar la inteligencia humana para ubicar la información en un contexto y un conjunto. Para lo cual es indispensable aprender todos los métodos que permiten captar las relaciones mutuas entre las partes y el todo, concibiendo al mundo como complejo³².

Es preciso que en la explicación de un problema permanente se realice el inter-juego de lo global y lo particular, debido a que lo global no da suficiente explicación de lo particular y viceversa. Si la realidad compleja se divide en sus partes para facilitar su estudio, se puede llegar al reduccionismo y pensar que una realidad compleja no es más que la suma de sus componentes, lo cual no es cierto. Al estudiarse las partes por separado no se logra el entendimiento de la realidad compleja en su totalidad debido a que el sistema complejo es mayor que las partes.

Para considerar que un conocimiento es pertinente, la educación deberá entonces evidenciar: el contexto, lo global, lo multidimensional y lo complejo³³.

η El contexto

Hay varias acepciones de contexto, correspondiendo cada uno de ellas al entorno o situación en el cual se considera un hecho determinado, condicionando de cualquier modo, el significado de un enunciado. Se ha tratado de explicar como lo que circunda algo determinándolo. Son varios los modos y grados del condicionamiento que ejerce un contexto³⁴. Teniendo en cuenta el entorno físico o de situación en el cual se considera un hecho determinado, pueden existir contextos políticos, económicos, sociales, culturales, lingüísticos, educativos, entre otros.

η Lo global

Hace referencia a un todo, a la totalidad; al conjunto que tiene partes diversas ligadas entre sí y que inter-actúan organizadamente, conformando un sistema complejo. La sociedad como un sistema, está conformada por subsistemas (familias) y elementos (los miembros de cada familia), tejiéndose entre estos últimos relaciones recíprocas como parte de los dinamismos familiares y social.

η Lo multidimensional

Las unidades complejas, como el ser humano o la sociedad, son multidimensionales; el ser humano es a la vez biológico, psíquico, social,

³²MORIN, Edgar. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Bogotá; Magisterio, 1991. p. 16-17.

³³Ibid., p. 38

³⁴MARTÍNEZ ECHEVERRI, Leonor y MARTÍNEZ ECHEVERRI, Hugo. Diccionario de filosofía ilustrado. 5 ed. Bogotá D.C.: Panamericana, 1999. p. 100-101.

afectivo, racional. La sociedad comporta dimensiones históricas, políticas, económicas, sociológicas y religiosas entre otras. El conocimiento pertinente debe reconocer esta multidimensionalidad e insertar allí sus informaciones: se podría no solamente aislar una parte del todo sino las partes unas de otras; la dimensión económica, por ejemplo, está en inter-retroacciones permanentes con todas las otras dimensiones humanas; es más, la economía conlleva en sí, de manera holográfica: necesidades, deseos, pasiones humanas, que sobrepasan los meros intereses económicos³⁵.

η Lo complejo

El conocimiento pertinente debe enfrentar la complejidad. Hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo) y que existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. Por esto, la complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad. Los desarrollos propios a nuestra era planetaria nos enfrentan cada vez más y de manera cada vez más ineluctable a los desafíos de la complejidad³⁶.

La educación, al igual que la sociedad es un asunto complejo que implica multiplicidad de factores en relación y que la hacen un asunto dinámico, variado y diverso. En la formación humana intervienen múltiples factores enmarcados en diferentes relaciones sistémicas: cultura, sociedad, familia, institución, comunidad, agentes educativos y estudiantes. La formación humana no puede ser vista desde un solo aspecto ni desde la reunión de un conjunto de aspectos. Debe de ser vista desde la relación de factores articulados desde la dimensión del sujeto, el individuo y lo social³⁷. Por lo que la educación debe propender para conocer lo general partiendo de lo especial y conocer lo especial a partir de lo general.

A medida que el conocimiento se va haciendo cada vez más importante, algo similar va ocurriendo con la educación. Se necesita educar a una mayor proporción de jóvenes a estándares más altos, como requisito básico para el desempeño de trabajos y desarrollo personal. El paradigma educativo con que se orienta la prosecución del desarrollo humano es el de educación pertinente y de calidad.

En consecuencia, el desafío es mejorar sustancialmente la calidad de la educación superior, considerando la cobertura, pertinencia, eficiencia y equidad, como características deseables que permitan conformar un verdadero sistema.

³⁵MORIN, Op. cit., p. 40

³⁶Ibid., p. 40-41

³⁷TOBÓN TOBÓN, Sergio de Jesús y AGUDELO GÓMEZ Hernán A. Pensamiento complejo y formación humana en el sistema educativo colombiano. Medellín: s.n., 2000. p. 13.

Una Universidad que aspira a mejorar su calidad, no puede dejar de lado la valoración de su pertinencia, ya que sólo si es capaz de comprometerse con el medio que la contiene, si se hace sentir como necesaria en el contexto que la circunda y garantiza su presencia en la resolución de los problemas emergentes, podrá recibir los apoyos y los reconocimientos necesarios para su subsistencia como institución garante de la producción de conocimientos de calidad, de espacios de discusión democrática y participativa y de respuestas de significación social tendientes a aportar para una mejor calidad de vida.

2.3 ASPECTOS CURRICULARES

2.3.1 Concepto de currículo. La internacionalización, la globalización de los mercados y el factor competitividad que se está viviendo actualmente impone a las universidades a nuevas propuestas curriculares que estén en consonancia con los procesos de cambio que se están produciendo en los ámbitos cultural, económico, laboral y tecnológico. En un momento en el que los ciclos de innovación son cada vez más breves, las instituciones formativas se ven obligadas a una mayor versatilidad y flexibilidad para adaptarse y responder a las nuevas estructuras que se están desarrollando en el mundo del trabajo y principalmente a las necesidades de la comunidad.

Para dar respuesta a las nuevas demandas que le impone la sociedad a la universidad, ésta debe permanentemente adecuarse con miras a lograr dar respuesta a las exigencias planteadas; debe la universidad renovarse por medio de currículos pertinentes para lograr el aseguramiento de la calidad que debe ser fruto de un esfuerzo compartido entre el Estado y las instituciones de educación superior.

El currículo universitario tiene que asumir una posición dialéctica que le permita partir de la realidad actual y de aquí, emprender ese tránsito, mediante la acción y la reflexión para contribuir a formar seres humanos integrales, que aprendan a pensar acertadamente.

Aunque de institución a institución pueden existir marcadas diferencias en cuanto a la metodología para el diseño curricular, la mayoría de los currículos vigentes en las universidades en la actualidad pueden agruparse, de manera general, en los siguientes modelos: tradicionales, de derivación de objetivos y de tendencias globalizadoras³⁸.

η Modelos tradicionales

El diseño curricular en los modelos tradicionales se caracteriza porque, a partir de un consenso general sobre las características del futuro profesional, en

³⁸OBREGÓN ALZAMORA, Norka Inés. Influencia del currículo y del sistema de soporte en la calidad de la gestión administrativa en la Facultad de Educación de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2002, p. 29-30. Tesis de Grado. Facultad de Educación. Escuela de Post-Grado.

términos de conocimientos, hábitos y habilidades, entre las partes involucradas, el proceso está centrado en la etapa de la determinación de los contenidos. En ocasiones, éstos se analizan ya agrupados en forma de asignaturas, sin considerar la estructura interna de las mismas ni su contribución al logro de los objetivos planteados inicialmente³⁹.

Definidos los contenidos, se procede a su agrupamiento, y se fijan los límites principales que caracterizan al plan de estudios, como porcentajes de horas o créditos que corresponden a los semestres o años académicos, agrupaciones de asignaturas (ciencias, humanidades, idioma extranjero, etc.), número de horas y créditos por asignatura y formas de enseñanza⁴⁰.

η Modelos de derivación de objetivos

Los métodos de derivación de objetivos se basan, en la práctica, en el paso de objetivos generales o terminales, definidos como un conjunto de conductas características de profesionales expertos, a objetivos temáticos particulares o intermedios de los cuales se derivan, a su vez, los objetivos de las actividades docentes concretas (la clase, el laboratorio, etc.) a los que se les denomina objetivos específicos. Estos últimos constituyen la base para la selección de los contenidos, los cuales, después de una agrupación adecuada, dan lugar a las distintas disciplinas y asignaturas⁴¹.

η Tendencias globalizadoras del currículo

La globalización del currículo es una tendencia que surge como respuesta a la excesiva fragmentación del conocimiento, propia de los currículos tradicionales y de derivación de objetivos⁴².

La esencia de esta tendencia la constituye el paso de una visión fragmentada a una globalizada (integrada) de la realidad. Se plantea que el punto de partida de la enseñanza debe constituirlo la realidad compleja y no sus elementos aislados. Esta tendencia se refleja en el diseño curricular, en la organización de los contenidos en torno a problemas complejos, interdisciplinarios y cotidianos en la práctica⁴³.

³⁹Ibid., p. 30

⁴⁰Ibid., p. 31

⁴¹Ibid., p. 35-36

⁴²Ibid., p. 34

⁴³Ibid., p. 42

La globalización como tendencia curricular constituye un conjunto de ideas y enfoques que subrayan el carácter integral, global de la enseñanza, en la acepción amplia del término y de sus componentes. Esta tendencia se expresa, principalmente, como una modalidad de concebir y de organizar los contenidos del currículum⁴⁴.

Los métodos de globalización del currículo han aportado importantes valores a la planificación de la enseñanza, sobresaliendo el planteamiento de un enfoque interdisciplinario de la enseñanza vinculada al reconocimiento complejo de la realidad y al hecho de que por tal motivo el proceso de aprendizaje debe tener también un carácter integrador. En este sentido se evita la fragmentación de los contenidos, característica de la enseñanza tradicional y de los métodos de derivación de objetivos.

Según el criterio de interdisciplinariedad, se puede hablar de tres tipos de currículo, que no son excluyentes entre sí⁴⁵:

- η Currículo lineal: ofrece diferentes asignaturas en forma paralela, sin articulación. Es el mismo currículo enciclopédico⁴⁶ que se caracteriza en repetir el conocimiento acumulado y las formas de enseñanza están sustentadas, básicamente, en las diversas modalidades que aseguran una recepción y un dar cuenta de la información que se dispone.
- η Currículo integral: procura nexos de articulación interdisciplinaria, entre todas las asignaturas que componen el currículo, con base a la investigación⁴⁷.
- η Currículo heurístico: actúa más el aspecto investigativo, a nivel de docente-alumno-comunidad⁴⁸.

El currículo integral y heurístico constituyen la unión de la investigación y la docencia, por la cual, estos tipos de currículos exigen el manejo del método científico aplicado a todas las disciplinas que los componen⁴⁹.

⁴⁴Ibid., p. 43-44

⁴⁵MÁSMELA V., Gloria I. Diseño curricular. Universidad de la Sabana. 3 ed. Colección Textos de Autoestudio. Bogotá: Agora, 1991. p. 118-120.

⁴⁶Ibid., p. 118-120

⁴⁷Ibid., p. 118-120

⁴⁸Ibid., p. 118-120

⁴⁹Ibid., p. 118-120

Como respuesta a los múltiples cuestionamientos sobre la forma común de sumatoria de asignaturas para organizar los currículos, y los consecuentes métodos de enseñanza e investigación, surge en la universidad el tema de la interdisciplinariedad.

2.3.2 Flexibilidad curricular. Desde la década de los años ochenta del siglo XX, la educación superior ha estado sometida a las presiones de las transformaciones sociopolíticas, económicas, científicas y tecnológicas que ha impuesto el nuevo orden mundial. Lo que se ha dado en denominar las cuatro dimensiones del cambio estructural, propias de las sociedades modernas, han implicado el desarrollo de tres tendencias básicas que hoy están al orden del día en la educación superior en el mundo: el desarrollo del conocimiento, los procesos de innovación y la capacidad de aprender. En dichas tendencias, los procesos de innovación juegan un papel central⁵⁰.

Estas tendencias han afectado profundamente la vida de las instituciones de educación superior y les han demandado una mayor flexibilidad en su organización y en sus relaciones internas, una mayor apertura o permeabilidad y proyección al denominado entorno social, y una mayor dinámica en sus cambios e innovaciones⁵¹.

El concepto de flexibilidad curricular es una idea amplia que tiene diferentes significados. Mientras que para unos se relaciona con unas ofertas de contenidos, para otros tiene que ver con la aceptación de una diversidad de competencias, ritmos, estilos, valores culturales, expectativas, intereses y demandas, que pueden favorecer el desarrollo de los estudiantes. También puede significar la capacidad de los usuarios del proceso formativo de poder escoger el contenido, el momento y los escenarios de sus aprendizajes⁵².

La noción de currículo flexible o de flexibilidad curricular se ha ido convirtiendo en una herramienta metodológica para otorgar un nuevo sentido a los diferentes aspectos que plantean las reformas académicas en la educación superior. Desde este punto de vista, la noción de flexibilidad curricular está asociada, como marco general, a reformas de la educación superior en aspectos tales como la reorganización académica, el rediseño de programas académicos y de sus planes de estudio (contenidos y actividades), la transformación de los modelos de formación tradicional, la redefinición del tiempo de formación, una asociación de la formación a las demandas del entorno laboral, etc.⁵³

⁵⁰DÍAZ, Mario. Flexibilidad y educación superior en Colombia. Serie Calidad de la Educación Superior No. 2. ICFES. Bogotá D.C.: Procesos Editoriales, 2002. p. 59.

⁵¹Ibid., p. 59-60

⁵²Ibid., p. 62

⁵³Ibid., p. 62

La flexibilidad curricular reconoce igualmente las diferencias individuales y acepta que el programa de formación no sólo debe garantizar un mínimo de competencias en el campo profesional específico, sino dar la oportunidad a cada estudiante, considerado individualmente, de encontrar espacios para el desarrollo de sus potencialidades como ser humano integral. Es importante por lo menos distinguir dos formas de flexibilidad curricular, las cuales están interrelacionadas⁵⁴:

- η La primera se refiere a la apertura de los límites y, por consiguiente, de las relaciones entre los diferentes campos, áreas o unidades de conocimientos o contenidos que configuran un currículo⁵⁵.
- η La segunda se refiere al grado de apertura de la oferta de cursos y actividades académicas y de la diversificación de áreas de conocimiento y práctica, y está orientada a satisfacer las demandas e intereses de los usuarios (estudiantes), así como favorecer el acceso a la formación a cada vez más segmentos de la población⁵⁶.

Este tipo de flexibilidad curricular permite la interdisciplinariedad, desapareciendo el concepto de asignatura o materia y plantear otras formas alternativas como los núcleos, problemas, módulos y proyectos, propiciando la integralidad del conocimiento.

Este tipo de currículo flexible o de flexibilidad curricular se orienta primordialmente en medicina a la articulación de las áreas clínicas básicas, profesionales y socio-humanísticas en el currículo, no descuidando aquellas disciplinas transversales propias de todo programa moderno, como las habilidades investigativas, informáticas, de comunicación y socio-interpretativas. En el caso específico del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, concebido por sistemas, permite cimentar la integralidad y la visión sistémica.

En el contexto colombiano y teniendo en cuenta las tendencias sociopolíticas y económicas, es necesario debatir sobre la construcción de un currículo nuclear que tenga su fundamento en el perfil epidemiológico del país (convergencia epidemiológica), fundamentado en principios éticos, sociales y científicos, y unas estrategias que permitan ofrecer en un futuro mediano un médico integral capaz de movilizar el Sistema de Seguridad Social impulsando actividades de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación integral.

⁵⁴Ibid., p. 64

⁵⁵Ibid., p. 64

⁵⁶Ibid., p. 64

2.4 BASES CURRICULARES PARA EL PREGRADO EN MEDICINA

En la búsqueda de la formación de médicos de calidad, se ha planteado la posibilidad de llevar a cabo una propuesta en torno a cuáles son los enfoques, las estructuras organizativas, los contenidos y las metodologías y didácticas que deben orientar esa formación en los campos personal, académico, científico y profesional de tal manera que la misma pueda responder a las necesidades relacionadas con la salud de los colombianos y con una visión de la salud acorde con una creciente interacción en el ámbito mundial. Dicha búsqueda debe tener en cuenta que el proceso debe estar enmarcado dentro de una filosofía que guíe la formación del médico alrededor del compromiso y la pertinencia social, la excelencia científica y el enfoque humanista⁵⁷.

En Colombia, el Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) hizo una serie de definiciones previas que son importantes en cuanto a la definición de los alcances que se le quiere dar a la formación del médico en Colombia durante su formación de pregrado, por lo cual en reunión de octubre de 2002, establece las siguientes orientaciones sobre el particular⁵⁸:

- η Se acepta que el pregrado debe conducir a la formación de un médico general integral con alta capacidad resolutoria y de desempeño en el contexto nacional, con capacidad de adaptación a cambios en el contexto local y nacional, así como a las condiciones de desempeño y formación a nivel internacional⁵⁹.

Este médico general debe estar en capacidad de aplicar el conocimiento en la resolución de los problemas de su comunidad, con habilidades para hacer buen uso de los adelantos de la ciencia médica e integrar equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios e intersectoriales. Como también con sólidos principios éticos y respeto a los valores culturales de su sociedad.

- η Por lo anterior, no puede constituir el pregrado una plataforma de formación especializada temprana, lo cual no significa que no pueda existir un componente flexible que permita orientar y fortalecer vocacionalmente al estudiante hacia su futuro desempeño profesional⁶⁰.

Pudiendo el futuro médico calificar para seguir entrenamiento en post-grado, con capacidad para aprender de experiencias previas y aptitud para adaptarse

⁵⁷ASOCIACIÓN COLOMBIANA de Facultades de Medicina. Asamblea General Misión Colombo-Británica de Educación Médica. Currículo Nuclear para las Facultades de Medicina de Colombia. Bucaramanga, Marzo 23, 24 y 25 de 2003. p. 2.

⁵⁸Ibid., p. 5

⁵⁹Ibid., p. 5

⁶⁰Ibid., p. 5

permanentemente a los cambios científicos, orientado al autoaprendizaje y la educación continuada y permanente.

- η Se considera por lo tanto importante contar con un currículo nuclear, o contenidos temáticos nucleares que le den identidad al médico general que se está formando y faciliten los aspectos relacionados con intercambios nacionales e internacionales. Este núcleo curricular podría ser definido por ASCOFAME en correspondencia con los estándares internacionales⁶¹.

Para que mediante el currículo se desarrollen competencias generales y específicas que le permitan al médico general recibir una formación de calidad y acorde con estándares reconocidos internacionalmente, lo cual le facilite intercambios nacionales e internacionales.

- η Es necesario y deseable que cada facultad de medicina imprima su sello particular en sus egresados a través del componente flexible o complementario de sus planes de estudio, lo cual no es limitado por lo concluido en los tres primeros puntos⁶².

A partir de la definición de competencias se ha avanzado a delimitar los aspectos fundamentales del currículo nuclear de las facultades de medicina. Buscando la definición más integral de un currículo nuclear abordar las competencias, se tendrán en cuenta: el ser, el saber, saber hacer y el comunicar. Es necesario señalar que sin embargo esta taxonomía que aparentemente fragmenta el desarrollo de las competencias integra al final el ser, el saber y el comunicar en el saber hacer, que finalmente se refiere a la acción fundamentada del médico como ser humano y como científico⁶³.

En contraste al currículum de disciplinas segmentadas, como la mayoría de facultades o programas de medicina lo tienen, un currículo nuclear integrado enfatiza las conexiones existentes entre las diversas disciplinas que permiten una visión integral de la salud. La meta consiste entonces, en el arreglo de contenidos alrededor de conceptos o temas que se superponen o entrelazan, no en ayudar al alumno en recordar hechos aislados.

En los últimos años ASCOFAME generó la discusión alrededor de la interdisciplinariedad como un enfoque en la formación del Médico en Colombia. Esta propuesta fue discutida ampliamente con asesores nacionales e internacionales y acordada en el seno del Consejo Directivo. Lo anterior permitió generar un compromiso y un esfuerzo en todas las facultades de medicina para discutir, diseñar e implementar una serie de programas e incluir en los currículos contenidos y áreas

⁶¹Ibid., p. 6

⁶²Ibid., p. 6

⁶³Ibid., p. 20

del conocimiento que fortalecieran la formación del enfoque de la integralidad, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo⁶⁴.

2.5 MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN MEDICINA

El conocimiento científico, la técnica, el sistema social y el sistema ideológico, han determinado las distintas edades de la medicina, que se expresan en los diferentes modelos teóricos que se han propuesto a través de su historia. Teniendo en cuenta el momento histórico, las tendencias mágico-religiosas, filosóficas, sociales y culturales como el adelanto científico, existen diversas tendencias y modelos para explicar los conceptos de salud-enfermedad-salud.

Por siglos, filósofos y científicos han debatido sobre la factibilidad de distinguir en forma válida entre los conceptos de mente y cuerpo. Particularmente, desde Descartes, han subdividido la esencial unidad del hombre en cuerpo y psique. Todo aquello que fuese corpóreo podría ser relegado al científico, pero la psique humana, como atributo divino, no podría ser sometida a tan distante escrutinio como los sistemas circulatorio o esquelético. Conductas o modos de pensar aberrantes eran considerados teológicamente como señales de locura divina, posesión por agentes demoníacos o pérdida del alma⁶⁵.

El modelo organicista derrotó las tendencias mágico-religiosas que explicaban la enfermedad y ha persistido a través del tiempo con algunas variantes, teniendo en cuenta el momento histórico y el desarrollo de la técnica y el progreso del conocimiento, cimentándose con la evolución de la medicina el surgimiento del modelo biomédico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) define la salud como: “un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad⁶⁶.

En sendos artículos de 1977 y de 1980, G. L. Engel justificó en uno y emprendió una vía para su abordaje teórico en otro, en torno a la necesidad de un nuevo modelo de enfermedad que incluyera, además de los aspectos biológicos, los psíquicos y los sociales presentes en todas las enfermedades humanas. Como propuesta de modelo teórico, tomó apoyo en la teoría de sistemas de Bertalanffy y de Weiss⁶⁷. Denominó este modelo biopsicosocial:

⁶⁴Ibid., p. 20

⁶⁵ALVARGONZÁLEZ, David. Transdisciplinariedad: comentarios suscitados por el artículo de Javier Gimeno Perelló, publicado en El Catoblepas. Número 10. Gijón, España: 2003. p. 1. www.nodulo.org

⁶⁶ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza: s.n., 1947. http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm

⁶⁷GASULLA ROSO, Juan Manuel. Crítica y alternativa formal al modelo biopsicosocial de enfermedad

- η Lo biológico, porque la ciencia médica moderna permite dar cuenta de la regularidad de los fenómenos biológicos implicados, cuya repetición es inexorable y que bajo la forma acabada de leyes, se agrupa en un dominio vasto de saber por el que se trata de ceñir el conjunto de fenómenos que conforman nuestra forma de entender la materia viva⁶⁸.
- η Lo psicológico, porque la enfermedad no sólo es un daño tisular, si no que es, sobre todo, aflicción, dolencia. Implica algún tipo de sufrimiento o de cambio en la vida que, a su vez, puede ser causa de enfermedad psíquica o física. La enfermedad se expresa en una forma de dolencia o aflicción⁶⁹.
- η Lo social, porque se piensa y se dice, y toda ella está tomada en el lenguaje, de modo que no hay enfermedad sin lenguaje y el lenguaje es en y por lo social; proviene de lo social y a ello va dirigido. No hay manifestación humana de enfermedad que no implique necesariamente a otro⁷⁰.

Para el modelo biomédico el problema clínico es la enfermedad que aparece determinada por leyes biológicas. Lo que Engel plantea como modelo biopsicosocial se ha desarrollado como un amplio marco conceptual que integra todos los factores que intervienen para que una persona con cierto estado de salud se convierta en paciente.

En los trabajos de Engel⁷¹, el eje del estudio de la medicina pasa de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo que se fundamenta en el enfermo, al paciente y más aún al sujeto que padece, incluyendo a la sociedad como copartícipe (coautor) en la génesis y tratamiento de la enfermedad, considera que el modelo biomédico resulta altamente sofisticado pero es impersonal, por tal motivo incompleto, ya que carece de los atributos del sujeto inmerso en el continuo de la salud y la enfermedad.

El modelo biopsicosocial vigente en muchos currículos en teoría pero no del todo en la práctica cotidiana, carece de total o parcial aceptación y uso entre muchos profesionales del gremio médico. Hoy resulta improcedente, inconcebible e imposible de continuar con el modelo biomédico, por resultar anacrónico e inadecuado para la práctica de la medicina integral basada en el sujeto y no en la enfermedad. Así,

según Engel. Barcelona, España, Febrero 14 de 2005. p. 1. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/19189/>

⁶⁸Ibid., p. 1

⁶⁹Ibid., p. 3

⁷⁰Ibid., p. 4

⁷¹Ibid., p. 4

desde la perspectiva individual inherente a la clínica, se deben establecer diferentes perspectivas metodológicas para el conocimiento e interpretación del hombre enfermo que contribuyan al abordaje sistémico de la persona.

Reconocer los elementos biológicos, psicológicos y sociales para comprender el proceso de salud-enfermedad-intervención como un proceso histórico, social y culturalmente determinado es fundamental para brindar una atención integral en salud. No significa plantear que cada disciplina abandone su propio objeto de estudio; sino que admita las aportaciones de las otras disciplinas para enriquecer el conocimiento de su propio objeto y de igual forma brinde aportaciones para la mejor comprensión de los fenómenos estudiados por ellas.

La cultura constituye el contexto necesario para comprender la enfermedad, ya que ésta se manifiesta y se atiende en una determinada organización familiar, socio-económica e ideológica, o sea, se presenta en una cultura específica.

La ética en la clínica introduce el análisis a partir de las concepciones que sobre el bien y el mal, lo justo e injusto, y la ponderación de los valores tengan el paciente y el resto de los sujetos que se relacionan en el proceso asistencial. Otro aspecto destacable es la posición que asuman estas personas ante los dilemas que se presentan en los procesos diagnósticos y terapéuticos, sobre todo a la luz del desarrollo de la alta tecnología en las ciencias biomédicas y en la administración de la salud moderna.

Se ha demostrado que el modelo biomédico no da suficiente cuenta de todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad, por lo que existe la necesidad de la implementación del modelo biopsicosocial dentro de los currículos de las escuelas de medicina, para así ofrecer una atención en salud que permita entender y dar respuesta suficiente y efectiva a las personas y la comunidad en sus necesidades de salud.

2.6 LA INTERDISCIPLINARIEDAD

La aparición de las ciencias en la época moderna ha sido posible gracias a la aplicación del método analítico en el estudio de la naturaleza. Este uso del método analítico hizo imprescindible la fragmentación de la naturaleza en sus partes constitutivas y llevó a los primeros científicos a una obsesión por las partes, y a un ensimismamiento, que no les dejó lugar para una observación global de esa naturaleza. Las ciencias han sufrido una *desintegración+ desde el siglo XV hasta el XIX, una *desmembración integral+⁷².

⁷²ALVARGONZÁLEZ, Op.cit. p. 1.

La disciplina comprende cada uno de los ámbitos especializados en los cuales se organiza el conocimiento científico de la sociedad. Cada disciplina científica recorta un campo del saber, representa una parcela de la experiencia y del conocimiento humano, de la cual se seleccionan los contenidos considerados de relevancia para el logro de potencias cognitivas e intelectual del alumno. Una disciplina tiende a la autonomía por la delimitación de sus fronteras, la lengua que ella constituye, las técnicas que ella está conducida a elaborar o a utilizar, y eventualmente por las teorías que le son propias.

Las disciplinas delimitan campos temáticos muy generales que reúnen en su interior teorías diversas e incluso a veces antagónicas. La disciplina es una categoría organizadora en ciencia, tecnología, filosofía. Su delimitación es histórica y por lo tanto no inmutable. Fue la necesidad de especialización la que condujo a esta división del saber bajo la forma de disciplinas. De otro modo la realidad sería inabarcable, no se constituiría en objeto de conocimiento. Pero, a pesar de la fecundidad que las disciplinas han demostrado tener, se corre el riesgo de aislar cada disciplina respecto de las otras y respecto de los problemas que juntas deben enfrentar.

Sin embargo surgieron críticas a esta forma de organización, fundamentalmente por la fragmentación y división de los saberes, por la visión parcializada de la realidad que se obtiene a partir del enfoque de las disciplinas y la incapacidad de comprender fenómenos complejos y multidimensionales.

El conocimiento contemporáneo está marcado por una excesiva división y clasificación. Esto es fruto de la disciplinariedad, que tiene un doble sentido: tanto induce a la delimitación de un campo específico como a la jerarquización y al ejercicio del poder. La propuesta interdisciplinaria surgió para proporcionar el tránsito entre los varios compartimentos del saber contemporáneo.

En el ámbito de la ciencia hay interacciones entre disciplinas. El prefijo inter (entre), indica que entre las disciplinas se va a establecer una relación; determinar el tipo de relación conduce a un estudio de los niveles de la interdisciplinariedad.

Al analizar la información existente en los diccionarios de la lengua castellana, se advierte que mientras los prefijos “pluri” y “multi” se refieren a cantidades (varios, muchos), los prefijos “inter” y “trans”, aluden a relaciones recíprocas, actividades de cooperación, interdependencia, intercambio e interpenetración. De esta manera podemos comprender que las referencias a actividades inter y transdisciplinarias sugieren que son dinámicas, interactivas y que tienen por consecuencia una transformación recíproca de las disciplinas relacionadas en un campo/sujeto/objeto/contexto determinado⁷³.

⁷³MOTTA, Raúl. Complejidad, educación y transdisciplinariedad. Buenos Aires, Argentina: s.n., 1999. p. 3.

Piaget propone las siguientes dimensiones de integración disciplinar⁷⁴:

- η Multidisciplinariedad: es el nivel inferior de integración, que ocurre cuando alrededor de un interrogante, caso o situación, se busca información y ayuda en varias disciplinas, sin que dicha interacción contribuya a modificarlas o enriquecerlas. Ésta puede ser la primera fase de la constitución de equipos de trabajo interdisciplinario⁷⁵.
- η Interdisciplinariedad: es el segundo nivel de integración disciplinar, en el cual la cooperación entre disciplinas conlleva interacciones reales, es decir, una verdadera reciprocidad en los intercambios y, por consiguiente, un enriquecimiento mutuo. En consecuencia, llega a lograrse una transformación de los conceptos, las metodologías de investigación y de enseñanza. Implica también, la elaboración de marcos conceptuales más generales en los cuales las diferentes disciplinas en contacto son a la vez modificadas y pasan a depender unas de otras⁷⁶.

Se puede definir interdisciplinariedad como la interacción entre dos o más disciplinas dando como resultado una intercomunicación y un enriquecimiento recíproco.

- η Transdisciplinariedad: Es la etapa superior de integración disciplinar, en donde se llega a la construcción de sistemas teóricos totales (macrodisciplinas o transdisciplinas), sin fronteras sólidas entre las disciplinas, fundamentadas en objetivos comunes y en la unificación epistemológica y cultural⁷⁷.

La transdisciplinariedad por su parte concierne, como lo indica el prefijo "trans", a lo que simultáneamente es entre las disciplinas a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente, uno de cuyos imperativos es la unidad del conocimiento⁷⁸.

Surge la interdisciplinariedad como una de las tendencias del siglo XX para integrar el conocimiento científico. Aparece como una necesidad de superar la fragmentación del enfoque disciplinario e implica la relación o interrelación entre disciplinas.

⁷⁴PIAGET, Jean. La epistemología de las relaciones interdisciplinarias. En: APOSTEL, *et al.* Interdisciplinariedad. Problemas de la Enseñanza y de la Investigación en las Universidades. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, 1979. p. 153-171.

⁷⁵Ibid., p. 153-171

⁷⁶Ibid., p. 153-171

⁷⁷Ibid., p. 153-171

⁷⁸NICOLESCU, Basarab. La transdisciplinariedad-manifiesto. Traducción del Francés por FALLA GARMILLA, Consuelle. La transdisciplinariedad: una nueva visión del mundo- Extracto. México D.F. s.n., 2000. p. 3. <http://nicol.club.fr/ciret/espagnol/visiones.htm>

Gracias a la actividad interdisciplinar existe hoy conciencia de la universalidad de conceptos, resultados y métodos en el estudio de fenómenos colectivos en sistemas muy distintos.

La actividad docente fundamentada en estos tipos de integración disciplinar permite que los conceptos, marcos teóricos, procedimientos y demás elementos con los que tienen que trabajar profesores y estudiantes se organicen en torno a unidades más globales, a estructuras conceptuales y metodológicas compartidas por varias disciplinas.

2.6.1 La interdisciplinariedad en medicina. La medicina estudia al hombre integral, normal o patológico, estudia la anatomía, la fisiología, la biología humana y los componentes psicosociales; una vez conocida la estructura y funcionamiento del hombre físico y sus elementos emocionales y ambientales, estudia las múltiples causas de enfermedad o lesiones, su etiología, patología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis.

De manera tradicional, la medicina practicada por un médico ha sido claramente mecanicista, con la imagen del cuerpo como una máquina compuesta de muchas partes, cada una de las cuales es tratada de manera separada.

La visión mecanicista pone el acento en el papel de muchos médicos en el proceso de curación, puesto que su intervención es activa, y en general se subestima el papel de los factores emocionales y emocionales como sociales que pueden causar la enfermedad, o tener un papel fundamental en su evolución natural o en el tratamiento. Por lo tanto, la medicina mecanicista, ignora en gran parte los aspectos emocionales, sociales y culturales de la salud y la curación.

Nadie duda hoy en día de que las actuaciones en salud sobre el paciente y sobre el ciudadano en general, son responsabilidad de diversas profesiones. También es evidente que para conseguir una actuación eficiente se requiere no sólo el concurso de distintas profesiones, sino también la acción coordinada de las mismas.

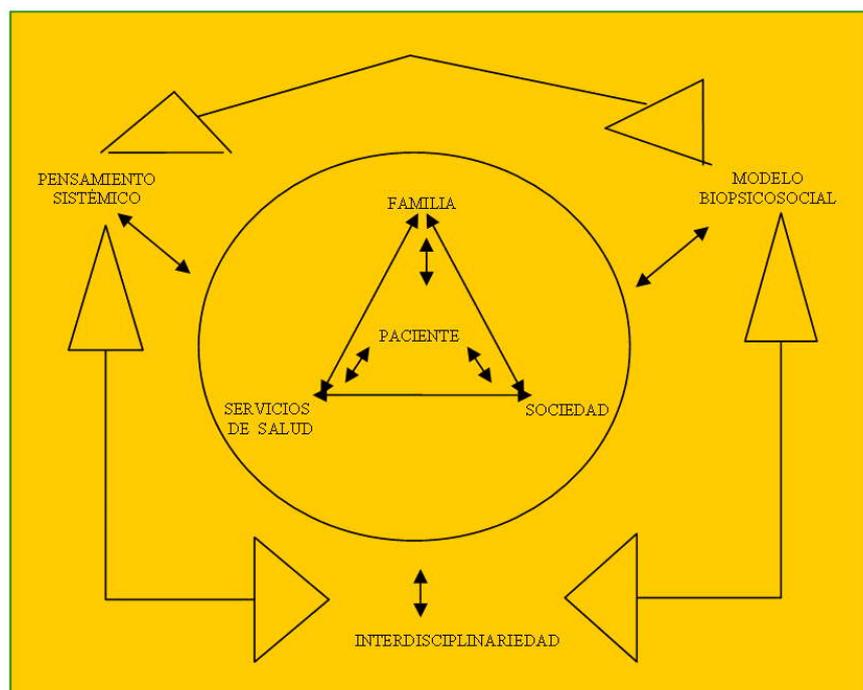
Consecuente con lo anterior, los profesionales de la salud deben trabajar cada vez más en equipo. La solución de los problemas de salud exige ser abordada desde varias disciplinas, de manera que la coordinación y orientación hacia objetivos comunes es absolutamente imprescindible.

En medicina la necesidad de la interdisciplinariedad surge de la naturaleza compleja del ser humano como de su inter-relación con el medio, complejidad que ninguna disciplina en forma aislada puede dar razón de una forma integral. El hombre por su

condición humana tiene muchas necesidades por satisfacer entre ellas las relacionadas con el proceso salud-enfermedad, para lo cual se requiere curar, cuidar, no correr riesgos, situaciones que no se pueden lograr cuando frente a situaciones complejas, se prescinde de una visión sistémica.

En la práctica médica a través del pensamiento sistémico que permite ver totalidades integrado disciplinas, el modelo biopsicosocial y la interdisciplinariedad son herramientas que permiten la solución de problemas de salud, donde debe tenerse en cuenta a la persona (paciente) y cómo ésta se relaciona con su familia, la sociedad y los sistemas de salud, y a su vez se debe evaluar y entender cómo la sociedad y la familia influyen sobre el paciente, como también el inter-juego que existe entre familia y sociedad (Figura 1).

Figura 1. Pensamiento sistémico, modelo biopsicosocial e interdisciplinariedad en la solución de problemas de salud.



Autor: Edilberto Bonilla Buitrago en "Propuesta Interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío". Armenia, 2007.

2.6.2 Interdisciplinariedad y psiquiatría clínica. Parece necesario realizar un esfuerzo de integración de los conocimientos, lo cual requiere de parte del docente

una relativa experiencia en dinámicas interdisciplinarias y una visión integradora del mundo, que se base en un modelo epistemológico muy cercano a la visión sistémica de la realidad, el cual los docentes en general todavía hoy desconocen. A esto se agrega, la falta de herramientas que les permitan situarse frente a la emergencia de la complejidad en las ciencias en particular, y en las sociedades en general.

Se requiere una gestión organizacional inteligente basada en un sistema integrado de formación-aprendizaje de toda la comunidad educativa, que no permita la descontextualización global/local en los docentes y en el personal jerárquico, y que esté acorde a la complejidad de los cambios socioeconómicos y culturales. Cobrando su verdadera dimensión, de una parte, el desafío de la articulación de los saberes, mediante un análisis crítico del surgimiento y el debate en torno a las nociones de multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, en relación con el actual contexto de mutación global; y, de otra, la necesidad de ensayar distintas aproximaciones sobre las condiciones metodológicas que posibilitarían una verdadera práctica interdisciplinaria en educación.

A través del pensamiento sistémico, que se define como una actitud, que se basa en la percepción del mundo real en términos de totalidades para su análisis, comprensión y accionar, a diferencia del método científico, que sólo percibe partes de éste y de manera inconexa, es decir no sistémica, es posible lograr entender con claridad el concepto de medicina holística y darle vía libre a una intervención transdisciplinaria a la atención, medicina individual y comunitaria en la práctica cotidiana⁷⁹.

El pensamiento sistémico es integrador, tanto en el análisis de las situaciones como en las conclusiones que nacen a partir de allí, proponiendo soluciones en las cuales se tienen que considerar diversos elementos y relaciones que conforman la estructura de lo que se define como "sistema", así como también de todo aquello que conforma el entorno del sistema definido. La base filosófica que sustenta esta posición es el holismo.

Así, el enfoque sistémico contemporáneo aplicado al estudio de las organizaciones, plantea una visión multi, inter y transdisciplinaria que ayuda a analizar a las organizaciones de manera integral, permitiendo identificar y comprender con mayor claridad y profundidad los problemas, sus múltiples causas y consecuencias.

El punto de partida para la resolución de los problemas concernientes a la construcción de estudios interdisciplinarios no consiste en tomar como punto de partida las interrelaciones entre las disciplinas, sino que requiere partir del análisis de las interrelaciones entre los fenómenos y los procesos que son objeto de estudio. Así mismo, muchas veces se utilizan "interdisciplina" y "transdisciplina" como sinónimos;

⁷⁹SORIANO PÉREZ, Ángel Mauricio. El proceso evolutivo de la psiquiatría. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" México Distrito Federal. Junio de 2001. p. 2.

si bien es un error, es posible advertir que éste puede surgir del hecho de que el término “transdisciplinariedad” es de origen reciente y está sujeto a un debate que, como tal, produce una cierta ambigüedad en su significación y aplicación. A esto se agrega el problema de que este término sugiere relaciones de transformación que exceden el propio campo científico y, a su vez, ponen en cuestión su organización y autonomía.

Los organismos vivientes requieren una visión integral. Esta visión es difícil de comprender desde la perspectiva de la ciencia clásica, pues requiere una serie de modificaciones básicas de las ideas clásicas. Si se enfoca el ser humano sistémicamente, no se puede fraccionar para comprenderlo. Se debe percibir el funcionamiento integrado de sus partes para entender la totalidad de la estructura y la dinámica del sistema.

La medicina integral es la aplicación del pensamiento sistémico a la salud: aborda al ser humano asociado a su entorno natural, y no como ente aislado. Trata de encontrar las causas reales de la enfermedad en lugar de atacar sólo los síntomas. Estas causas hay que buscarlas en la integración cuerpo-mente-espíritu-ambiente.

Para mantener y conservar la salud hay que tener en cuenta los factores implicados en la salud y la enfermedad: todos aquellos que tienen incidencia en la salud integral de las personas. Estos factores deben ser vistos en su totalidad para apreciar su mutua interrelación en la influencia que ejercen sobre el ser humano.

Filósofos y científicos han debatido sobre la factibilidad de distinguir en forma válida entre los conceptos de mente y cuerpo. Una vez alcanzada una conclusión positiva, cabe intentar entender la naturaleza de cada cual y el cómo se influyen entre ellos. Estas preguntas han sido el centro del interés psiquiátrico por muchos años y son ahora de vital importancia también en otras áreas de la medicina⁸⁰.

La visión integracionista implícita en estas preguntas es sólo un desarrollo reciente en psiquiatría y medicina. Históricamente los idealistas han privilegiado la psique, considerando al cuerpo como un vehículo transitorio, contenedor del alma inmortal, mientras que los materialistas han considerado a los procesos físico-químicos como la base de toda realidad y han postulado a la mente como un epifenómeno de estos procesos⁸¹.

El campo de la psiquiatría abarca desde las células más pequeñas del cuerpo hasta vastos e intrincados sistemas sociales. Los seres humanos están influenciados en sus emociones, pensamientos y conducta por su herencia genética, las condiciones de su

⁸⁰ ANDRADE, Víctor. El pensamiento sistémico y la dinámica de sistemas. Sevilla, España: Universidad de Sevilla, 2001. p. 1.

⁸¹ FISCHMAN GLUCK, Op. cit,

nacimiento y desarrollo, así como por los estresores y apoyos de su entorno. Pese a ser claramente más fácil estudiar la estructura, función y enfermedades de sistemas de órganos que los mecanismos de la personalidad en humanos, la psiquiatría, a través de observaciones sistemáticas, experimentación y pensamiento racional, ha continuado generando conceptos e hipótesis que han ayudado efectivamente en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales⁸².

Para lograr un entendimiento de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen sobre la aparición, precipitación o mantenimiento de los trastornos mentales, el psiquiatra debe tener la habilidad de trabajo en equipo para así interdisciplinariamente resolver los distintos problemas en salud de características etiológicas multifactoriales.

Las ciencias del comportamiento con fundamento en las tendencias actuales, debe diseñar estrategias y acciones conducentes a participar activamente en la solución de problemas interdisciplinariamente, pero sobre todo intentando llegar hasta la conceptualización de interdisciplinariedad con la participación e interacción de otras áreas médicas.

2.7 APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) tuvo su origen en la de Escuela de Medicina de la Universidad de Case Western Reserve en los Estados Unidos y en la Universidad de MsC Máster en Canadá en la década de los 60, con el objetivo de mejorar la calidad de la educación médica⁸³.

El aprendizaje basado en problemas, es un enfoque educativo orientado al aprendizaje en el que los estudiantes en grupos pequeños cooperando unos con otros y bajo la supervisión de un tutor, abordan problemas reales o hipotéticos que son el eje del trabajo, ellos se auto-dirigen y se evalúan; permite desarrollar en el alumno el razonamiento y el juicio crítico, basándose en el constructivismo⁸⁴.

Al difundirse el uso del aprendizaje basado en problemas han ido apareciendo diversas definiciones. Todas utilizan en su contextualización elementos determinantes como ser un proceso que “permite un aprendizaje activo usando un problema como un estímulo o puerta de ingreso al proceso de construcción del conocimiento”⁸⁵.

⁸²Ibid.

⁸³Ibid.

⁸⁴FEBLES RODRÍGUEZ, Juan Pedro; ESTRADA, Vivian y MEDINA PAGOLA, Mercedes. La inteligencia artificial como herramienta para la docencia médica. Santiago de Chile: s.n., 1997. p. 1. <http://www.somece.org.mx/memorias/2000/docs/612.DOC>

⁸⁵LOSADA, Luz Stella. Construcción curricular basada en nuevos paradigmas educativos: aprendizaje

El aprendizaje que se basa en la resolución de problemas, no es nuevo para el ser humano, pues desde los orígenes del mismo, la evolución del hombre se ha realizado debido al aprendizaje de habilidades y la solución de problemas que garantizaran su supervivencia. De esta forma de acercamiento al conocimiento tampoco se han exonerado los alumnos de medicina que tradicionalmente lo han utilizado en su práctica docente y clínica.

El aprendizaje basado en problemas obliga a los estudiantes a aprender los principios fundamentales de un tema en el contexto de la necesidad para resolver un problema. Por esto, el tema de conocimiento es aprendido en formatos diferentes a los tradicionales, ya que el proceso de aprendizaje comienza desde el momento mismo en que se completa el desarrollo del problema impreciso que el profesor seleccionó para abordar el tema⁸⁶.

Para ello se crean grupos de estudiantes conformados por no más de 8 a 10 alumnos, en el que los mismos puedan trabajar de manera cooperativa para resolver problemas comunes.

Los estudiantes son guiados por los docentes entrenados como facilitadores cognitivos, quienes desarrollan en ellos el pensamiento crítico, la solución de problemas y habilidades de colaboración mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen búsqueda de información, realizan experimentos, formulan soluciones y determinan la mejor manera de acoplar las soluciones a los problemas planteados⁸⁷.

El trabajo en equipo es una herramienta esencial del aprendizaje basado en problemas. El grupo identificará y jerarquizará los temas de aprendizaje. Los alumnos trabajarán de manera independiente de cuatro a seis horas por semana investigando sobre los temas necesarios para resolver el problema y luego discutirán lo aprendido de manera independiente con el resto del grupo.

Al aplicar el aprendizaje basado en problemas, las actividades giran en torno a la investigación y discusión de la situación problemática, de este modo, el aprendizaje ocurre como resultado de la experiencia de trabajar en los problemas y la formación se favorece toda vez que es posible reflexionar sobre el modo como se enfrentan los problemas, se proponen las soluciones y sobre las actitudes y aptitudes en torno al enfoque pedagógico que presupone un constante auto-aprendizaje y auto-formación,

basado en problemas - aprendizaje basado en la comunidad. 2 ed. Bolivia: MAP Internacional, 1998. p. 1-3.

⁸⁶Ibid., p. 2-3

⁸⁷FEBLES RODRÍGUEZ, Op. cit., p. 2

además permite la interdisciplinariedad al trabajar en los problemas y sus posibles soluciones.

La educación médica superior, en su constante perfeccionamiento, requiere la introducción de técnicas avanzadas para preparar a un individuo capaz de mantenerse actualizado en su especialidad durante toda la vida.

El aprendizaje basado en problemas utilizado para la educación médica, facilita el aprendizaje independiente y la motivación intrínseca mediante problemas pre-elaborados que representan unidades de auto-aprendizaje. La resolución de problemas clínicos constituye un desafío para el alumno, proporcionan un estímulo útil permitiendo la integración activa de información de ciencias básicas y clínicas, ayuda a desarrollar pensamiento científico sobre los problemas clínicos, asegurando la retención y la transferencia a la práctica clínica. En este modelo el docente como tutor, facilita el proceso hacia los objetivos de aprendizaje, estimulando las preguntas y la participación activa de los estudiantes.

En el aprendizaje basado en problemas, tanto los roles tradicionales de los docentes como de los estudiantes cambian, el docente en el proceso de aprendizaje a través de preguntas promueve y estimula la discusión entre los estudiantes. Los estudiantes se cuestiona entre sí, analizan y discuten la información relacionada con el problema y los principios y conceptos que el conocimiento ilustra. Los estudiantes adquieren la habilidad del trabajo en equipo y participativo como la autogestión y autoevaluación. El docente debe ser un verdadero facilitador en el aprendizaje del estudiante.

Con el enfoque de aprendizaje basado en problemas es factible lograr que el estudiante se responsabilice de su propio proceso de aprendizaje y de formación, desarrolle objetividad para la autoevaluación; desarrolle habilidades para la comunicación, las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo; adquiera el hábito del auto-aprendizaje como un mecanismo que garantice su aprendizaje fuera de la universidad, es decir, el auto-aprendizaje y la auto-formación como acto cotidiano de por vida.

El aprendizaje basado en problemas tiene como características fundamentales las siguientes⁸⁸:

- η Es un método de trabajo activo donde los alumnos participan constantemente en la adquisición de su conocimiento.
- η El método se orienta a la solución de problemas que son seleccionados o diseñados para lograr el aprendizaje de ciertos objetivos de conocimiento.
- η El aprendizaje se centra en el alumno y no en el profesor o sólo en los contenidos.

⁸⁸Ibid., p. 2

- η Es un método que estimula el trabajo colaborativo en diferentes disciplinas, se trabaja en grupos pequeños.
- η Los cursos con este modelo de trabajo se abren a diferentes disciplinas del conocimiento.
- η El maestro se convierte en un facilitador o tutor del aprendizaje.

La importancia de implementar la metodología del aprendizaje basado en problemas en la educación y sobre todo en medicina, se fundamenta en las razones siguientes⁸⁹:

- η Habilidades cognitivas como el pensamiento crítico, análisis, síntesis y evaluación
- η Manejar de forma eficiente diferentes fuentes de información
- η Habilidad para identificar, analizar y solucionar problemas
- η Adquisición del razonamiento clínico
- η Utilización de un enfoque holístico para el manejo de las situaciones
- η Oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera científica
- η Capacidad para el trabajo en equipo
- η Adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes
- η Capacidad para detectar sus propias necesidades de aprendizaje
- η Aprendizaje auto-dirigido (educación continua a lo largo de la vida)

El aprendizaje basado en problemas es un modelo de enseñanza y aprendizaje que transforma las prácticas de la educación médica. En el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, su implementación debe estimularse y proponerse como proceso de cambio en la actual innovación curricular que se está dando al interior del programa, permitiendo lograrse la formación de médicos con pertinencia científica y social con un modelo que se centra en el aprendizaje significativo, social y cooperativo a través de la resolución de problemas interdisciplinariamente.

Mediante el aprendizaje basado en problemas en la formación del personal de salud, se permite la construcción de los nuevos conocimientos y se centra en el proceso más que en los contenidos, muchos de los cuales rápidamente pueden entrar en obsolescencia antes que el nuevo profesional los ponga en uso. El aprendizaje basado en problemas ha mostrado ser una metodología de mucha utilidad en la formación médica debido a que permite el desarrollo de habilidades y destrezas y además por la capacidad de promover el aprendizaje en los estudiantes por sí mismos y por toda la vida.

⁸⁹DIRECCIÓN DE Investigación y Desarrollo Educativo. El aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Monterrey. México: s.n., 2001. p. 5. <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>

3. METODOLOGÍA

3.1 CRITERIO INVESTIGATIVO

El presente trabajo se fundamenta en la conceptualización hermenéutica, teniéndose en cuenta que este término es de origen griego, que significa interpretación o expresión. El vocablo hermenéutica tiene sus raíces en la palabra griega "hermenevein" que significa interpretar textos. Los textos no son sólo los escritos, sino también los hablados, los actuados y aun de otros tipos; van, pues, más allá de la palabra y el enunciado. Una característica peculiar que se requiere para que sean objeto de la hermenéutica es que en ellos no haya un solo sentido, es decir, que contengan polisemia, múltiple significado.

Como punto de partida Gadamer⁹⁰ considera que el conocimiento es fundamental para la existencia humana, la persona sólo desde su propio horizonte de interpretación, que se construye constantemente, puede comprenderse y comprender su contexto. Para el hombre cada conocimiento es una constante interpretación y, ante todo, un conocimiento de sí mismo.

Concretamente, el aporte de Gadamer con respecto a la hermenéutica es su visión como metodología universal y forma lógica superior, que precede y comprende los métodos particulares de la ciencia; para Gadamer el modo de comprender humano es típicamente interpretativo, realizando la comprensión constructiva que traduce de una realidad captada a la propia realidad comprendida. De allí que todo conocimiento es, a su vez, interpretación que implica el reconocimiento de la realidad que se comprende⁹¹.

En el acto de interpretación confluyen el autor y el lector, y el texto es el terreno en el que se dan cita, el énfasis puede hacerse hacia uno o hacia otro, al extraer del texto el significado. Hay quienes quieren dar prioridad al lector, y entonces hay una lectura más bien subjetivista; hay quienes quieren dar prioridad al autor, y entonces hay una lectura más bien objetivista.

Ingleby propone que los grandes desacuerdos que se producen en la psiquiatría y, por lo tanto, en la comprensión de las enfermedades mentales se debe a la oposición de dos criterios fundamentales: el positivista y el interpretativo. Según este autor, los

⁹⁰Ibid., p. 23-24

⁹¹LUGO RENGIFO, Gerardo Luis. Hipnosis: Hans-Georg Gadamer. Monografías. México D. F.: s.n., 2002. p. 2. <http://www.monografias.com/trabajos11/gadamer/gadamer.shtml>

conflictos y no concordancias entre estos dos enfoques, no se debe a que posean un sistema conceptual distinto, sino, porque cada uno representa intereses distintos que responden a factores sociales y psicológicos⁹².

La psiquiatría positivista se basa en la suposición de que no hay rasgos que distingan a los seres humanos del resto de la naturaleza y, por lo tanto, no es necesaria la adopción de un paradigma distinto⁹³. De este modo la psiquiatría positivista utiliza un supuesto método objetivo de observaciones a los pacientes. Esta suposición de objetividad ha sido muy criticada al considerar el hecho de que la observación y diagnóstico de un paciente se basa en el "juicio clínico", el cual no vendría siendo en ningún modo garantía de objetividad, al depender de la pericia clínica del psiquiatra y de diversos prejuicios y reglas implícitas. Así, lo que se considera como normal o anormal, estaría basado en una comprensión subjetiva, arraigada ineludiblemente en una comprensión cultural, que podría ser el resultado de variables como el tratamiento disponible, consideraciones legales, etc.⁹⁴

El enfoque interpretacionista de la psiquiatría sí considera que los seres humanos poseen rasgos distintivos y el principal de ellos sería la capacidad del comportamiento con sentido, o sea, con intención. Además, utiliza la descripción y explicación en forma combinada en lo que se denomina interpretación, método por el cual podemos comprender el comportamiento en su complejidad.

En psiquiatría realizar una interpretación de los signos, síntomas y de la información obtenida por diversos métodos para lograr un diagnóstico y con base a éste plantear un plan terapéutico y rehabilitación, por lo tanto se tiene que si se acepta que el método de la interpretación es esencial para la teorización, se puede entender mejor un rasgo general del pensamiento científico: el hecho de que las teorías no resultan unívocamente determinadas por el dominio de datos a que se aplican.

Por su formación profesional el clínico es portador de un sistema de conocimientos que le sirve de base para reconocer al objeto con sus síntomas y signos, explorar propositivamente para obtener los datos necesarios e interpretarlos. Con base en la detección de lo que es, en dicho paciente, diferente a todos los casos conocidos, valora el significado de las particularidades biológicas, psicológicas y sociales del mismo. Al analizar lo típico en el objeto concluye acerca del estado de salud del evaluado.

⁹²FERNÁNDEZ C., Catalina; GAYÓ H., Rosa y MUÑOZ, Marcela. Resumen y análisis crítico del texto "Comprender las 'enfermedades mentales'" (David Ingleby). Buenos Aires, Argentina: s.n., 1999. p. 1.

⁹³Ibid., p. 1.

⁹⁴Ibid., p. 2

3.2 CRITERIO METODOLÓGICO

En la realización de la investigación se requirió un criterio metodológico de tipo hermenéutico, puesto que permite una comprensión de la concepción de lo normal y lo patológico desde el punto de vista de la psicopatología; la hermenéutica ha sido considerada el núcleo de las ciencias humanas y así debe seguir siendo, sin embargo la interpretación no es únicamente reducible a una técnica sino que es el problema fundamental de las ciencias humanas. Se inició con un proceso de revisión y análisis de las tendencias internacionales, nacionales y regionales sobre el estado actual de la psiquiatría en los distintos planes de estudios de las diferentes universidades, analizando la existencia de núcleos problémicos para resolverse interdisciplinariamente.

Además con los docentes de las áreas clínicas básicas con fundamento a su experiencia asistencial a través de la dinámica de grupos focales, se procuró llegar a un acuerdo para la determinación y comprensión de un objeto de estudio que corresponda a la determinación de los núcleos problémicos clínicos que requieren ser resueltos interdisciplinariamente con la participación de psiquiatría, los cuales se categorizaron.

3.2.1 Unidad de análisis. Según el diseño de la investigación y teniendo en cuenta las características de la población estudiada, se consideraron los programas de medicina de distintas universidades internacionales, nacionales, regionales y locales, como a todos los especialistas de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) vinculados laboralmente como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y que realicen actividades docente-asistenciales en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia Quindío.

La muestra seleccionada fue de carácter intencional pretendiendo una representación no estadística, teniéndose en cuenta los siguientes criterios para su escogencia:

- η Ser médico especialista de las áreas clínicas consideradas básicas.
- η Estar vinculados laboralmente como docentes del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío.
- η Su escenario docente-asistencial corresponde a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia.

Es fundamental para el presente estudio tener en cuenta los docentes de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) puesto que a través de sus acciones docente-asistenciales realizadas en los escenarios docentes donde ellos laboran, será posible realizar intervenciones holísticas para la solución de problemas de salud.

El plan académico del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío se analizó a través de su contexto histórico y normativo, también se hizo lo mismo con el Plan de Desarrollo Institucional.

A través de reuniones con grupos focales constituidos con los docentes de cada una de las áreas básicas clínicas, se determinaron los núcleos problemáticos que requieren solución interdisciplinaria con la participación de psiquiatría, además las estrategias a través de las cuales se logra su intervención y solución.

3.2.2 Unidad de trabajo. Se tomó como unidad de trabajo en el presente estudio, 12 docentes de Medicina Interna, siete docentes de Pediatría, seis docentes de Ginecología y Obstetricia y cinco docentes de Cirugía, todos vinculados laboralmente como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío; además cuatro programas de medicina revisados de universidades internacionales, uno de una universidad nacional (Universidad Nacional de Colombia), dos regionales y uno local.

3.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.3.1 Método. El proyecto se desarrolló de acuerdo al método hermenéutico que conllevó a un camino inductivo:

η Primera etapa:

- ϶ Revisión de los distintos programas de medicina de universidades internacionales, nacionales y regionales para analizar los respectivos planes de estudio. Estas universidades fueron seleccionadas intencionalmente.

Cuadro 1. Resumen: Revisión Planes de Estudio de Programas de Medicina de Universidades Internacionales, Nacionales, Regionales y Locales

Universidad	Plan académico	Aplicación modelo biopsicosocial	Equipos interdisciplinarios	Práctica pedagógica
Universidad de Barcelona (España)	Dos ciclos: asignaturas	Se aplica	Sin datos	Casos Clínicos. Evaluación por objetivos
Universidad de Extremadura (España)	Dos ciclos: asignaturas	Se aplica	Sin datos	Sin datos
Case Western Reserve (USA)	Bloques con ejes integradores	Se aplica	Sin datos	Sin datos

Universidad	Plan académico	Aplicación modelo biopsicosocial	Equipos interdisciplinarios	Práctica pedagógica
Universidad de New York (USA)	Ciclos con ejes integradores	Se aplica	Sin datos	Sin datos
Universidad Nacional de Colombia de Bogotá	Dos bloques: asignaturas	Se aplica	Sin datos	Sin datos
Universidad Tecnológica de Pereira	Asignaturas y ejes integradores	Se aplica	Sin datos	Sin datos
Universidad de Manizales	Dos ciclos: asignaturas	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Universidad del Quindío	Bloques con ejes integradores	Pobre aplicación	No existen	Sin datos

Fuente: Datos obtenidos de la revisión de los diversos planes de estudio de programas de medicina de universidades internacionales, nacionales y regionales.

- ⊃ Evaluar en los distintos planes de estudio de los programas de medicina la caracterización de cada uno de ellos.
- ⊃ Determinar en los planes de estudio analizados la existencia de asignaturas, núcleos problemáticos, ejes integradores y bloques.

η Segunda etapa:

- ⊃ Se seleccionaron intencionalmente los médicos especialistas de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) vinculados como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y que su escenario docente-asistencial fuera la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia. Los criterios de selección están enunciados en aparte anterior.
- ⊃ Se aplicaron los guiones (ver Anexo A) establecidos para los grupos focales que se constituyeron de acuerdo a cada especialidad médica (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia); el diálogo se grabó para el posterior análisis, interpretación y categorización.
- ⊃ En los grupos focales se buscó consensos respecto a los problemas clínicos que requieren solución interdisciplinariamente, bajo el modelo biopsicosocial con la participación e intervención de psiquiatría.

- La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de los instrumentos cualitativos: grupos focales de discusión.
- Se clasificó la información obtenida mediante la aplicación de la codificación abierta, con el fin de determinar las categorías de la investigación; con la codificación abierta y axial se sintetizaron las categorías y subcategorías para el análisis e informe final y construcción de la propuesta.

4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Después de la recolección y organización de la información obtenida en las distintas fuentes utilizadas, como fueron los grupos focales conformados por los médicos especialistas de las áreas básicas del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y los planes de estudio de los programas de medicina de universidades internacionales, nacionales y regionales, se hace un análisis minucioso e interpretación de ésta, incluyendo la codificación abierta y axial, emergiendo las categorías y sub-categorías. Las categorías emergentes fueron cuatro: trastornos mentales orgánicos, trastornos relacionados con el paciente médico, factores psicológicos que afectan el estado físico (trastornos psicósomáticos - trastornos psicofisiológicos) y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

El microanálisis o análisis minucioso incluye la codificación axial y abierta, el cual exige (el microanálisis) examinar e interpretar los datos de manera cuidadosa como la interacción de éstos. En la codificación abierta los datos se descomponen en partes discretas, se examinan en detalle y se comparan buscándose similitudes y diferencias, permitiendo clasificar la información de acuerdo a sus similitudes, constituyéndose agrupaciones o categorías a las cuales se les da un nombre que debe corresponde al que mejor describa el conjunto de conceptos que se descubrieron en los datos⁹⁵.

Las categorías se descomponen en sub-categorías que corresponden a conceptos que le pertenecen a una categoría, que le dan claridad y especificidad. Mediante la codificación axial, se relacionan las categorías a sus sub-categorías, se llama axial porque la codificación sucede alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones; teniéndose como dimensión la escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría y que le da especificaciones a la categoría⁹⁶.

4.1.1 Los trastornos mentales orgánicos. Corresponde a una serie de trastornos mentales que se han agrupado por tener en común una etiología, demostrable de una enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de la disfunción cerebral.

⁹⁵VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis. *Psiquiatría en la atención primaria*. España: Grupo Aula Médica, 1999. p. 183.

⁹⁶Ibid., p. 183

La disfunción puede ser primaria, como en las enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo, o secundario, como en las enfermedades sistémicas y los trastornos que afectan diversos órganos o sistemas, entre ellos el cerebro⁹⁷.

4.1.2 Trastornos mentales relacionados con el paciente médico. Bajo esta denominación se ubicarán las reacciones y desórdenes psicológicos que tienen lugar en los pacientes con enfermedades médicas. Además, se abordan los problemas psicológicos del ingreso hospitalario⁹⁸.

4.1.3 Factores psicológicos que afectan el estado físico (trastornos psicósomáticos - trastornos psicofisiológicos). La medicina psicósomática resalta la unidad de mente y cuerpo y la interacción entre ambos elementos. Existe la convicción que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de todas las enfermedades. Si esta influencia es mayor en el inicio, progresión, agravamiento o exacerbación de una enfermedad, o bien a la predisposición o la reacción a la misma, es un tema que constituye un debate abierto y varía de un trastorno a otro.

4.1.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas. El abuso de sustancias constituye una de las etiologías que intervienen en la génesis de diversos procesos patológicos, cuya frecuencia ha aumentado notablemente en las últimas dos décadas. Dicho incremento tiene su representación en las demandas de atención que, relacionadas de una u otra forma con el abuso de sustancias, han pasado a tener un papel relevante en la atención sanitaria. Incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico)⁹⁹.

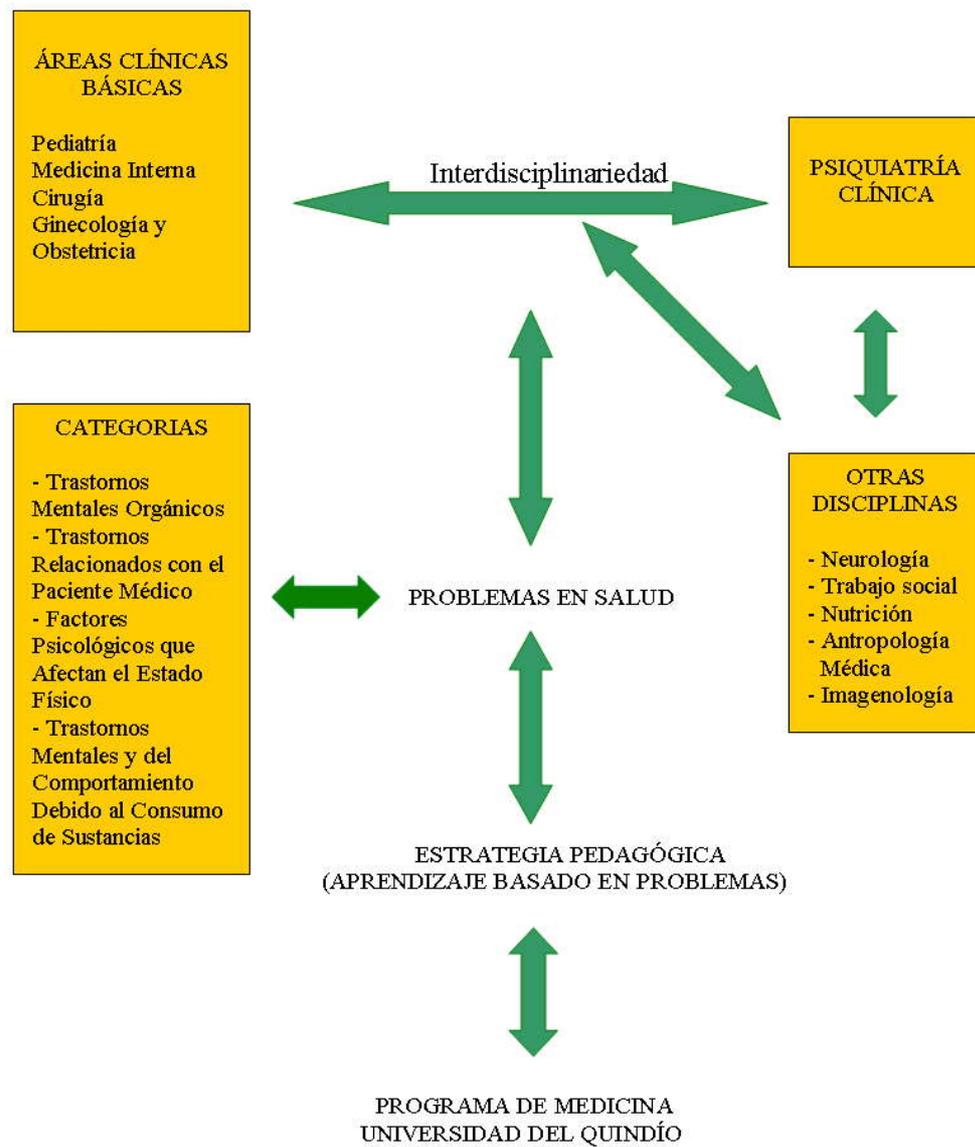
La Figura 2 muestra las distintas categorías encontradas en la codificación abierta realizada a la información obtenida en los distintos Grupos Focales constituidos por los médicos especialistas de las distintas áreas clínicas básicas, que constituyen los problemas en salud (las categorías) que se resolverán interdisciplinariamente utilizando la estrategia pedagógica del aprendizaje basado en problemas, con la participación de psiquiatría clínica y otras disciplinas.

⁹⁷Ibid., p. 183

⁹⁸Ibid., p. 317

⁹⁹Ibid., p. 367

Figura 2. Solución de Problemas de Salud a Través de la Interdisciplinariedad y el Aprendizaje Basado en Problemas con la participación de Psiquiatría Clínica y otras disciplinas médicas teniendo en cuenta las categorías encontradas en la codificación.



Autor: Edilberto Bonilla Buitrago en "Propuesta Interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío". Armenia, 2007.

4.2 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el Síndrome Cerebral Orgánico es una condición mental característica resultante de un deterioro difuso del tejido cerebral, debido a cualquier causa: congénita, degenerativa, inflamatoria, tóxica, metabólica, traumática, vascular y neoplásica. Quedarían excluidas las afectaciones focales del cerebro¹⁰⁰.

Todos los Síndromes Cerebrales Orgánicos, independientemente de su causa, se acompañan de: trastorno de la orientación, de la inteligencia, del juicio y de la afectividad. Hoy en día las clasificaciones y las definiciones de uso más extendido, catalogan a estos trastornos como un conjunto de síntomas y signos psíquicos o comportamentales, cuya etiología es demostrable, es decir, el trastorno, la enfermedad cerebral o la sistémica es diagnosticable en sí misma.

Ante la presencia de un trastorno mental, siempre hay que plantearse si el trastorno en cuestión es un deterioro orgánico cerebral, un trastorno funcional o bien ambas cosas.

La forma de presentación puede ser: aguda (minutos- horas); sub-aguda (días) o crónica (semanas o más tiempo).

Clínicamente se pueden subdividir en¹⁰¹:

- η Síndrome cerebral agudo: éstos serían reversibles, de presentación brusca, se acompañan de alteración de la conciencia (delirio, estupor o coma) y curso clínico breve.
- η Síndrome cerebral crónico: caracterizado por un curso lento e insidioso, se describe como un estado similar al de la demencia. Sería irreversible y permanente.

A veces se puede presentar como delirio, estupor y coma. Las manifestaciones psicopatológicas características de estos trastornos las podemos dividir en dos grupos¹⁰²:

¹⁰⁰RICO JAIME, Rosa María *et al.* El paciente orgánico aparentemente psiquiátrico y viceversa. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Málaga. Madrid: Litofintes, 1997. p. 3.

¹⁰¹Ibid., p. 3

¹⁰²Ibid., p. 4

- η Síndromes que cursan con alteración de las funciones cognitivas superiores, como serían: la memoria, la capacidad de aprendizaje, la inteligencia, las alteraciones de la conciencia y las alteraciones de la atención.
- η Síndromes cuyas manifestaciones se darían en¹⁰³:
 - ε Áreas de la percepción (alucinaciones)
 - ε Alteración en el contenido del pensamiento (ideas delirantes)
 - ε Alteraciones del humor (depresión, euforia...)
 - ε Trastornos de la personalidad y del comportamiento

4.2.1 Demencias. Constituyen un apartado de gran importancia, pues en el momento actual suponen el tercer problema de salud en los países desarrollados, después de la patología cardiovascular y del cáncer¹⁰⁴.

Debido al padecimiento de una enfermedad cerebral, se produce el deterioro de múltiples funciones cognitivas como son: la inteligencia global, el lenguaje, la memoria, el aprendizaje, la capacidad para resolver problemas, la orientación, la percepción, la atención, la concentración, el juicio y las habilidades sociales. Generalmente, el déficit cognitivo suele estar precedido o acompañado por un deterioro en el control de las emociones, del comportamiento social y del área motivacional. La conciencia permanece sin deterioro, excepto en casos extremos y avanzados.

En Estados Unidos, aproximadamente el 20% de la población mayor de 65 años sufre de demencia, ya sea en su forma leve o grave. El 50 a 60% es del tipo Alzheimer, que es el tipo más frecuente. En Colombia la demencia más frecuente es la tipo Vascular. Es poco común en la década de los 40-50 años, llamándose en estos casos demencia de aparición precoz, que se caracteriza por ser más grave y de evolución más rápida, con mayor clínica atípica y mayor transmisibilidad familiar. La demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular, constituyen el 75% de todos los casos de demencia¹⁰⁵.

Según la localización de la lesión se pueden clasificar en¹⁰⁶:

- η Localizadas: demencia cortical, demencia sub-cortical, demencia tipo axial.
- η Globales

¹⁰³Ibid., p. 3

¹⁰⁴KAPLAN, Harold I; SADOK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. Sinopsis de psiquiatría. 7 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996. p. 349.

¹⁰⁵Ibid., p. 358

¹⁰⁶Ibid., p. 358

Según la etiología, la CIE 10 las clasifica en¹⁰⁷:

- η Demencia de la enfermedad de Alzheimer:
 - ε De inicio precoz
 - ε De inicio tardío
 - ε Atípica o mixta
 - ε Sin especificación

- η Demencia vascular:
 - ε De inicio agudo
 - ε Demencia multi-infarto
 - ε Demencia vascular sub-cortical
 - ε Demencia vascular mixta cortical y sub-cortical
 - ε Otras demencias vasculares
 - ε Demencia vascular sin especificación

- η Demencias en enfermedades clasificadas en otro lugar:
 - ε Demencia en la enfermedad de Pick
 - ε Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt- Jakob
 - ε Demencia en la enfermedad de Huntington
 - ε Demencia en la enfermedad de Parkinson
 - ε Demencia en las infecciones por HIV
 - ε Demencias en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar

- η Demencia sin especificación

Manifestaciones clínicas

Las primeras manifestaciones clínicas que se perciben en el comienzo de una demencia son muestras de fatiga por parte del paciente, así como una incapacidad para enfrentarse a tareas nuevas y dificultad para mantener una actividad mental determinada. Esto se va agravando conforme avanza la demencia, llegando el paciente a hacerse insuficiente por sí mismo, por lo que necesita de terceras personas para resolver las tareas más elementales de la vida diaria.

La pérdida de la memoria es una de las características más importantes de las demencias, sobre todo en la de tipo Alzheimer, afectándose el registro, almacenamiento y la capacidad para recuperar la información nueva, es decir, recuperar acontecimientos recientes; según progresa el curso de la enfermedad, el trastorno se hace más grave y sólo se retiene la información aprendida hace muchos

¹⁰⁷ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10 ed. (CIE-10). Ginebra, s.n., 1992. p. 16.

años. Como resultado de la alteración de la memoria, se vería afectada la orientación personal, espacial y temporal. Las alteraciones del lenguaje pueden caracterizarse por un discurso vago, estereotipado e impreciso, a veces los pacientes tienen dificultad para nombrar objetos (afasias). También son comunes las apraxias y agnosias. Aparecen Cambios en la personalidad (acentuándose los rasgos de la personalidad previa). Aproximadamente el 20-30% de los pacientes, tienen alucinaciones y del 30-40% presentan ideas delirantes. El 40-50% de los pacientes con demencia sufren de depresión y ansiedad¹⁰⁸.

Síndrome del atardecer

Se caracteriza por un cuadro de somnolencia, confusión, ataxia y caídas accidentales que acontece generalmente en pacientes ancianos tratados con benzodiazepinas y en demenciados al disminuir los estímulos externos como la luz o las claves para la orientación.

Causas de demencia

Las demencias se deben a causas diversas, teniéndose entre éstas¹⁰⁹:

- η Enfermedad de Alzheimer.
- η Trastornos vasculares: infarto múltiple, lacunar, micro-infarto cortical.
- η Drogas y toxinas: como la producida por el alcohol.
- η Masas intra-craneales: tumores, masas subdurales, abscesos cerebrales.
- η Anoxia.
- η Traumas: craneoencefálicos, demencia pugilística.
- η Hidrocefalia con presión normal.
- η Trastornos neurodegenerativos: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Wilson, entre otras.
- η Infecciones: SIDA, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, encefalitis vírica, neurosífilis, meningitis bacteriana crónica, meningitis fúngicas principalmente.
- η Trastornos nutricionales: síndrome de Wernicke-Korsakoff (deficiencia de tiamina), Deficiencia Vitamina B12, deficiencia ácido fólico, pelagra.
- η Trastornos metabólicos: insuficiencia hepática, insuficiencia renal crónica, demencia de diálisis, hipotiroidismo e hipertiroidismo fundamentalmente.
- η Trastornos inflamatorios crónicos: lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis, esclerosis múltiple, enfermedad de Whipler.

4.2.2 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. Se entiende por delirium un tipo de trastorno mental agudo y reversible, que se

¹⁰⁸RICO JAIME, *et al* Op. cit., p. 11

¹⁰⁹KAPLAN, Op. cit., p. 359

caracteriza por leve deterioro de conciencia y confusión, asociado generalmente con alteraciones de la conducta (reacciones impulsivas o violentas), junto con alucinaciones o ilusiones y afectividad inapropiada¹¹⁰.

Suele ser común en pacientes que permanecen ingresados tanto en planta como en la Unidad de Cuidados Intensivos, pacientes con SIDA, entre otros. Son más susceptibles de padecerlo los ancianos y niños así como pacientes con antecedentes de daño cerebral o delirium. Este síndrome confusional suele ser el más frecuente (como trastorno psiquiátrico) en los hospitales generales.

Etiológicamente existen gran cantidad de causas posibles como: hemorragias severas, insuficiencia cardíaca, fiebre, desequilibrio metabólico, infecciones, postoperatorios, hepatopatías y nefropatías, secundario a efectos de medicación, traumatismos craneales, alteraciones endocrinas, encefalopatía hipertensiva, convulsiones, ceguera o sordera, lesiones focales cerebrales, etc.¹¹¹

Como norma general, se debe sospechar que se está ante un delirium secundario a entidad médica general; cuando se nos presente un paciente con alteraciones de la conciencia y déficit atencional, alteraciones cognoscitivas (lagunas amnésicas, lenguaje alterado) o aparición de alteraciones de la percepción que no se deban a la preexistencia de un cuadro de demencia, todo esto desarrollado en un período de horas o días y fluctuante durante el día, y que mediante exámenes físicos, antecedentes y pruebas complementarias, dicha alteración obedece directamente a la existencia de una enfermedad médica.

Causas de delirium

El delirium suele tener una etiología multifactorial, existiendo multitud de problemas médicos que pueden ser causantes o desencadenantes de un cuadro confusional agudo. Hay que tener presente que el delirium aparece siempre de forma secundaria o sintomática a una agresión o noxa que actúa directamente sobre el sistema nervioso central o de forma indirecta a partir de una afección sistémica.

Las causas más frecuentes de delirium son¹¹²:

- η Desequilibrio metabólico: hipoxia, hipercapnia, enfermedad hepática, enfermedad renal, hipoglucemia
- η Infecciones: sepsis, meningitis, encefalitis

¹¹⁰RICO JAIME, *et al*/ Op. cit., p. 11

¹¹¹Ibid., p. 11

¹¹²VÁZQUEZ-BARQUERO, Op. cit., p. 186.

- η Desequilibrio hidroelectrolítico y ácido/básico
- η Traumatismos craneales
- η Convulsiones: status epiléptico, status postictal
- η Deficiencias de vitamina B12, folatos y tiamina
- η Fiebre
- η Estado post-operatorio
- η Procesos cardiovasculares: crisis hipertensivas, arritmias, hipotensión, insuficiencia cardiaca
- η Lesiones intra-craneales: neoplasias, abscesos, aneurismas, quistes, accidentes vasculares cerebrales.
- η Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperfunción suprarrenal.
- η Deprivación sensorial o sobreestimulación

4.2.3 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática. Trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena (excluyendo el alcohol y las sustancias psicótropas). Estos trastornos tienen en común el que sus rasgos clínicos no permiten por sí mismos hacer un diagnóstico de presunción de un trastorno mental orgánico, como demencia o delirium. Por el contrario, sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a aquellas de los trastornos no considerados como “orgánicos” en el sentido específico¹¹³.

Los siguientes trastornos son los que con mayor probabilidad dan lugar a los síndromes incluidos aquí: epilepsia, encefalitis límbica, enfermedad de Huntington, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extra-craneales con repercusión remota sobre el sistema nervioso central (en especial carcinoma del páncreas), enfermedad vascular, lesiones o malformaciones vasculares, lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno, enfermedades endocrinas (en especial hipotiroidismo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing), trastornos metabólicos (hipoglucemia, porfiria, hipoxia), enfermedades tropicales y enfermedades parasitarias (tripanosomiasis), efectos tóxicos de sustancias psicótropas no psicótropas (propranolol, 1-DOPA, metil-DOPA, esferoides, antihipertensivos y antimaláricos)¹¹⁴.

Trastorno psicótico

Trastorno en cuyo cuadro clínico predominan alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes persistentes o recurrentes, conductas bizarras y a veces otros trastornos del pensamiento.

¹¹³ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Op. cit., p. 26

¹¹⁴Ibid., p. 27-28

Hay diversidad de enfermedades médicas que pueden causar síntomas psicóticos. Entre las principales se tiene¹¹⁵:

- η Infecciones del sistema nervioso central. Casi todos los microorganismos patógenos pueden atacar el sistema nervioso central o sus envolturas. Entre ellos participan virus, levaduras, hongos, rickettsias, bacterias, protozoarios y helmintos, según el lugar donde se instalen.
- η Enfermedades neurológicas (lesión del nervio auditivo y sordera, migraña).
- η Enfermedades endocrinas (hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo, hipofunción suprarrenal que implica poca producción de esteroides en la glándula suprarrenal).
- η Enfermedades metabólicas (hipoxia, hipercapnia).
- η Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.
- η Enfermedades hepáticas o renales.
- η Trastornos autoinmunes con afectación del sistema nervioso central.

Trastorno catatónico orgánico

Trastorno caracterizado por una actividad psicomotriz disminuida (estupor) o aumentada (agitación), que se acompaña de síntomas catatónicos. Pueden alternarse ambos polos de trastornos psicomotores. Se desconoce si en estos cuadros orgánicos puede presentarse la gama completa de los trastornos catatónicos descritos en la esquizofrenia. Tampoco ha podido aclararse de una manera concluyente si un estado catatónico orgánico puede presentarse con un estado de conciencia claro o si es siempre una manifestación de un delirium, con una amnesia subsiguiente total o parcial. Esto implica tener precaución a la hora de diagnosticar un estado así y evaluar cuidadosamente las pautas para el diagnóstico de delirium. Suele aceptarse que las encefalitis y las intoxicaciones con monóxido de carbono dan lugar a este síndrome con más frecuencia que otras causas orgánicas¹¹⁶.

Entre la patología médicas asociadas se tiene¹¹⁷:

¹¹⁵Ibid., p. 28

¹¹⁶Ibid., p. 27-28

¹¹⁷Ibid., p. 28

- η Enfermedades neurológicas (neoplasias, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular, encefalitis).
- η Enfermedades metabólicas (hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, diabetes)

Trastornos del humor (afectivos) orgánicos

Trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad. Puede también estar presente cualquier otro de los rasgos característicos de episodio depresivo. El único criterio para la inclusión de este estado en la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria o deducida a partir de una adecuada información anamnéstica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional al conocimiento de la presencia del mismo o a las consecuencias de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante. Son casos prototípicos la depresión postinfecciosa (por ejemplo la que sigue a una gripe, que debe codificarse aquí). Pero la euforia leve, persistente, que no alcanza el rango de hipomanía (que aparece, por ejemplo, en asociación con la terapia esteroidea o con fármacos antidepresivos) no debe codificarse aquí¹¹⁸.

Entre las patologías orgánicas que más se asocian son¹¹⁹:

- η Neurológicas degenerativas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington)
- η Patología vascular cerebral (accidente vascular cerebral)
- η Enfermedades metabólicas (deficiencia de vitamina B12)
- η Enfermedades endocrinas (hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperfunción e hipofunción corticosuprarrenal).
- η Enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico)
- η Infecciones víricas o de otro tipo (hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH])
- η Algunos tipos de cáncer (carcinoma de páncreas).

¹¹⁸Ibid., p. 29

¹¹⁹Ibid., p. 29

Trastorno de ansiedad orgánico

Cuadro caracterizado por los rasgos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada, de trastorno de pánico o por una combinación de ambos, pero que se presenta como consecuencia de un trastorno orgánico capaz de producir una disfunción cerebral (epilepsia del lóbulo temporal, tirotoxicosis o feocromocitoma).

Algunas enfermedades que pueden ser asociadas con la ansiedad son¹²⁰:

- η Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismos).
- η Enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias).
- η Enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación.
- η Enfermedades metabólicas: déficit de vitamina B12, porfirias.
- η Enfermedades neurológicas encefalitis.

Trastorno disociativo orgánico

Trastorno que satisface las pautas de uno de los trastornos disociativos (de conversión), y a la vez las pautas generales de etiología orgánica (como se describe en la introducción a esta sección)¹²¹.

Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

Estado caracterizado por la presencia de incontinencia o labilidad emocionales persistentes, de fatigabilidad y de diversas sensaciones corporales desagradables (mareos, por ejemplo) y dolores atribuibles a un factor orgánico. Suele aceptarse que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en la enfermedad vasculocerebral y en la hipertensión, en asociación con otras causas¹²².

Trastorno cognoscitivo leve

Trastorno que puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) muy diversos. Puede no existir una afectación cerebral puesta de manifiesto por signos

¹²⁰Ibid., p. 29

¹²¹Ibid., p. 30

¹²²Ibid., p. 30

neurológicos, pero si grandes molestias o interferencias con actividades. Los límites de esta categoría están sin establecer definitivamente. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga más de unas pocas semanas. Este trastorno sólo debe de diagnosticarse en ausencia de claros trastornos mentales o comportamentales¹²³.

Trastornos del sueño

Puede ser de los subtipos: insomnio, hipersomnias, parasomnias y mixtos. Entre las patologías más frecuentemente asociadas se tiene¹²⁴:

- η Enfermedades neurológicas de carácter degenerativo (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington).
- η Lesiones cerebrovasculares (aparición de insomnio después de una lesión vascular del tronco cerebral superior).
- η Enfermedades endocrinas (hipotiroidismo o hipertiroidismo, hipoadrenocorticismo o hiperadrenocorticismo).
- η Infecciones víricas o bacterianas.
- η Cuadros de enfermedades pulmonares distintas a los trastornos de sueño relacionados con respiración (bronquitis crónica).
- η Dolor de origen musculoesquelético (artritis reumatoide, fibromialgia).

Trastornos sexuales

- η Subtipos: el término para un trastorno sexual debido a una enfermedad médica se selecciona basado en el trastorno sexual predominante¹²⁵:
 - ε Deseo hipoactivo en la mujer debido a.... (indicar enfermedad médica). Se usa el término si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.
 - ε Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica). Se usa el término si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

¹²³Ibid., p. 30

¹²⁴VÁZQUEZ-BARQUERO, Op. cit., p. 203

¹²⁵KAPLAN, Op. cit., p. 683

- ⊃ Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica). Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.
- ⊃ Dispareunia femenina debido a... (indicar enfermedad médica). Se usa el término si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.
- ⊃ Dispareunia masculina debido a... (indicar enfermedad médica). Se usa este término si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.
- ⊃ Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica). Se usa este término si, en una mujer, predomina otro síntoma o no predomina ninguno.
- ⊃ Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica). Se usa este término si, en el varón, predomina otro síntoma o no predomina ninguno.

La experiencia clínica indica que el trastorno sexual debido a enfermedad médica es muy frecuente. Los hallazgos de la exploración física, de las pruebas de laboratorio, la prevalencia y el inicio de la enfermedad reflejan el papel etiológico de la enfermedad. Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales¹²⁶:

- ⊃ Enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías: inflamación de algunos nervios, lesiones del lóbulo temporal).
- ⊃ Enfermedades endocrinológicas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperadrenocortisolismo e hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia).
- ⊃ Estados hipogonadales: disminución de la actividad funcional de los testículos (endocrina, gametogénica o ambas).
- ⊃ Alteraciones hipofisarias: síndromes de deficiencia endocrina por pérdida parcial o completa de la función adenohipofisaria.
- ⊃ Enfermedades vasculares y genitourinarias (trastornos testiculares, enfermedad peyronie, infecciones uretrales, complicaciones postprostatectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica).

¹²⁶Ibid., p. 684

- ⊃ Infecciones vaginales y de los genitales externos (Monilial o Cándida, tricomonas).
- ⊃ Complicaciones post-quirúrgicas como cicatrices de la episiotomía.
- ⊃ Vagina reducida.
- ⊃ Cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pélvicas, neoplasias.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales

Alteración de la personalidad y del comportamiento que puede ser debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral; puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad daño o disfunción cerebral. En algunos casos las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral¹²⁷.

η Trastorno orgánico de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos. Estas alteraciones afectan de un modo particular a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados en especial o incluso exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como en el llamado síndrome del lóbulo frontal. No obstante, se sabe que este síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro¹²⁸.

Las enfermedades médicas asociadas a este tipo de trastorno son¹²⁹:

- ⊃ Neoplasias del sistema nervioso central
- ⊃ Traumatismo craneal
- ⊃ Enfermedad cerebro-vascular
- ⊃ Enfermedad de Huntington
- ⊃ Epilepsia

¹²⁷ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Op. cit., p. 30.

¹²⁸Ibid., p. 30-31

¹²⁹Ibid., p. 31

- ε Enfermedades infecciosas con implicación del sistema nervioso central (V.I.H)
- ε Enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, hipoadrenocorticalismo hiperadrenocorticalismo)
- ε Enfermedades autoinmunes que afectan al sistema nervioso central (lupus eritematoso sistémico)

η Síndrome postencefalítico

Cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. Los síntomas no son específicos y varían de unos a otros individuos, de acuerdo con el agente infeccioso y, sobre todo, con la edad del enfermo en el momento de la infección. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de personalidad es que es a menudo reversible¹³⁰.

η Síndrome postconmocional

Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de la conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas tales como cefaleas, mareos (en los que suelen faltar los rasgos característicos del vértigo), cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol¹³¹.

Los síntomas pueden acompañarse de un estado de ánimo depresivo o ansioso, dando lugar a una cierta pérdida de la estimación de sí mismo y a un temor a padecer una lesión cerebral permanente. Estos sentimientos refuerzan los síntomas primarios y se pone así en marcha un círculo vicioso. Algunos enfermos se vuelven hipocondríacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, y de ellos algunos pueden adoptar el papel permanente de enfermo¹³².

4.3 TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON EL PACIENTE MÉDICO

El estudio psiquiátrico de la enfermedad médica tiene un doble interés para el médico: de un lado, la respuesta y repercusión psicológica desde el momento de instauración de la enfermedad y su influencia sobre las conductas de afrontamiento de la nueva realidad; de otro, la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en

¹³⁰Ibid., p. 31

¹³¹Ibid., p. 31-32

¹³²Ibid., p. 32

estos pacientes, que el médico está obligado a detectar y tratar por su influencia sobre la evolución de la enfermedad médica.

Las estadísticas procedentes de pacientes con enfermedad física grave muestran que en ellos las posibilidades de tener un trastorno psiquiátrico son el doble que en la población general. Sin embargo, hay que destacar que menos de la mitad de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad física son reconocidos y tratados adecuadamente¹³³.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes encontrados en un paciente con una enfermedad somática son los trastornos adaptativos asociados a trastornos del ánimo y los trastornos depresivos menores, seguidos de los trastornos de ansiedad. Es también frecuente la coexistencia de trastornos mixtos ansioso-depresivos en el mismo paciente¹³⁴.

Además, el paciente que se enfrenta a una enfermedad experimenta una serie de sentimientos, la mayoría de carácter transitorio, muchas veces necesarios para una adecuada adaptación a la nueva situación. Sin embargo, en algunos casos, estos sentimientos se convierten en obstáculos insalvables que impiden el necesario afrontamiento de la enfermedad, generando en el paciente conductas inapropiadas que condicionan riesgos para la salud y disminución de la calidad de vida.

Los cambios psicológicos que se producen cuando una persona enferma, son tan frecuentes e importantes que no se trata tanto de saber si la enfermedad de un paciente es orgánica o funcional, sino más bien de determinar en qué extensión lo es, pues toda enfermedad es una combinación de ambos aspectos en proporciones variables.

Existen diversos aspectos que se deben tener en cuenta trastornos mentales relacionados con el paciente médico, entre éstos se tiene¹³⁵:

- η Reacciones psicológicas a la enfermedad médica: la vivencia estresante que supone la aparición de cualquier enfermedad física, especialmente si es grave o crónica, en una persona previamente sana, tiene que ver con problemas más inmediatos de dolor, inmovilización, pérdida del dominio del propio cuerpo, amenaza de incapacidad o de muerte, pero también con la pérdida del control sobre los acontecimientos que afectan a la vida del paciente: cambios en sus hábitos y costumbres, pérdida de autonomía, pérdida de papeles claves en su vida (papeles ocupacionales, sociales, familiares, sexuales)¹³⁶.

¹³³VÁZQUEZ-BARQUERO, Op. cit., 317

¹³⁴Ibid., p. 318

¹³⁵Ibid., p. 318

¹³⁶Ibid., p. 318

Además, la enfermedad no sólo produce estrés en el que la padece, sino que tiene un alto impacto psicológico en los familiares de los enfermos, pudiendo afectar la dinámica de las relaciones personales intrafamiliares.

La mayor parte de los individuos logran afrontar la situación que supone encontrarse enfermo, con sus propios recursos psicológicos y se adaptan adecuadamente, siendo capaces de desarrollar una vida laboral y familiar con normalidad. Otros, en cambio, fracasan y responden con conductas inapropiadas que llevan generalmente a una peor evolución de la enfermedad médica y de la calidad de vida¹³⁷.

- ⇒ Afrontamiento de la enfermedad: define el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por un individuo para hacer frente a la enfermedad.

Las siguientes son fases claramente definidas por las que transita el enfermo en el proceso de afrontamiento¹³⁸:

- 3 Fase inicial de negación
- 3 Fase de ira
- 3 Fase de racionalización
- 3 Fase de depresión
- 3 Fase de dependencia
- 3 Fase de adaptación y ajuste

La manera en que un individuo pone en juego sus recursos, ante acontecimientos estresantes, puede considerarse como un estilo de afrontamiento personal.

- ⇒ Trastornos psiquiátricos reactivos a la enfermedad médica: la mayoría de individuos responden a la enfermedad de una manera adaptativa, aunque siempre se generan en ellos sentimientos de preocupación, disgusto, ansiedad o desánimo.

Este tipo de sentimientos son en realidad reacciones transitorias frente al estrés. Teniéndose entonces un grupo de trastornos que pueden estar presentes en los individuos al enfermar, así¹³⁹:

¹³⁷Ibid., p. 318

¹³⁸Ibid., p. 318-319

¹³⁹Ibid., p. 322

- 3 Trastorno adaptativo
 - 3 Trastorno de ansiedad
 - 3 Trastorno afectivo
 - 3 Reacciones psicóticas
 - 3 Cuadros psico-orgánicos
 - 3 Reacciones de regresión
 - 3 Otros tipos de reacciones desadaptativas, como relacionados con el consumo de alcohol y drogas, disfunciones sexuales, alteraciones de la imagen corporal, trastornos de la alimentación.
- ⊃ Repercusiones sobre la familia: el sistema familiar se ve sometido a un estrés considerable cuando uno de sus miembros se ve afectado de una enfermedad grave o crónica. Se establece en la familia un estado de vigilancia emocional que se puede traducir en diferentes sentimientos como angustia, sentimientos de culpa o sensación de pérdida.
- η Reacciones psicológicas ante problemas concretos: se tendrá en cuenta los estados patológicos o situaciones clínicas que por su gravedad, repercusiones, condiciones socioculturales, etc., suelen producir más frecuentemente repercusiones psiquiátricas, síntomas psicológicos-conductuales, o reacciones desadaptativas. Teniéndose¹⁴⁰:
- ⊃ Reacciones psicológicas a la enfermedad crónica
 - ⊃ Reacción psicológica al dolor
 - ⊃ Reacción psicológica al cáncer
 - ⊃ Reacciones psicológicas a las enfermedades invalidantes
- η Atención al componente psicológico de la enfermedad médica: el objetivo del apoyo psicológico al paciente médico es mantener su autoestima y por lo tanto una buena imagen de sí mismo a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad, de forma que no presente reacciones psicológicas o conductuales inapropiadas, que le impidan tener ánimo para recuperarse o adaptarse adecuadamente a su nueva situación¹⁴¹.
- η Reacciones psicológicas al ingreso hospitalario: el hospital, por sus características estructurales, organizativas y funcionales constituye, en sí mismo, un potente agente estresante para aquellos pacientes ingresados, desencadenando, por dicha razón, una serie de desórdenes en la esfera psico-

¹⁴⁰Ibid., p. 324-328

¹⁴¹Ibid., p. 328-331

afectiva o cognitiva que resulta de gran importancia en el balance final del proceso de atención hospitalaria¹⁴².

4.4 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN EL ESTADO FÍSICO

En principio ha de señalarse que en la actualidad suele hablarse de “factores psicológicos que afectan al estado físico”, para referirse a cualquier trastorno físico en el que los factores psicológicos son considerados importantes, es decir, cuando existen factores psicológicos que contribuyen a la iniciación o a la exacerbación de una enfermedad física. Es lo que antes se denominaban alteraciones psicósomáticas o psicofisiológicas. Sin embargo, en general podemos utilizar indistintamente las diferentes términos ya que a nivel de cultura popular significan lo mismo aunque técnicamente existan diferentes críticas a cada uno de ellos pero entrando en un nivel mucho más científico¹⁴³.

También resulta muy importante señalar que actualmente la problemática de la enfermedad física es bastante diferente a la de hace unos años; antes era impensable y poco menos que sacrílego hablar de que ciertas enfermedades, como por ejemplo cáncer, diabetes, miopía, enfermedades coronarias, asma, alergias, entre otras; pudieran estar influenciadas por factores psicológicos. Sin embargo, estudios recientes demuestran que tales factores pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de este tipo de enfermedades. Cuestiones tales como estrategias de afrontamiento, estresores ambientales, características de personalidad, creencias y factores culturales, etc., pueden jugar un papel muy importante tanto en el origen como en el curso de la enfermedad.

El término “psicosomático” no se usa en la CIE-10 debido a que este término puede implicar que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen como trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, disfunción sexual de origen no orgánico y factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar¹⁴⁴.

4.4.1 Trastornos somatomorfos. El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente

¹⁴²Ibid., p. 332-335

¹⁴³ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Op. cit., p. 86.

¹⁴⁴Ibid., p. 86

estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico¹⁴⁵.

Este grupo de trastornos comprende¹⁴⁶:

η Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas¹⁴⁷.

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes¹⁴⁸.

η Trastorno hipocondríaco

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele

¹⁴⁵Ibid., p. 86-87

¹⁴⁶Ibid., p. 87

¹⁴⁷Ibid., p. 87

¹⁴⁸Ibid., p. 88

variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquél que él mismo destaca¹⁴⁹.

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización).

ε Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, el sistema cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular (“neurosis cardíaca”), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal (“neurosis gástrica” y “diarrea nerviosa”). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa de principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos)¹⁵⁰.

El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema¹⁵¹.

¹⁴⁹Ibid., p. 88

¹⁵⁰Ibid., p. 89

¹⁵¹Ibid., p. 95

Hay trastornos específicos en este grupo, que indican el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas¹⁵²:

- 3 Corazón y el sistema cardiovascular: incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa.
- 3 Tracto gastrointestinal alto: incluye: neurosis gástrica, aerofagia psicógena, hipo psicógeno, dispepsia psicógena, piloroespasmo psicógeno.
- 3 Tracto gastrointestinal bajo: incluye: flatulencia psicógena, meteorismo psicógenos, colon irritable psicógeno, diarreas psicógenas.
- 3 Sistema respiratorio: incluye: hiperventilación psicógena, tos psicógena.
- 3 Sistema urogenital: incluye: disuria psicógena, polaquiuria psicógena, vejiga nerviosa.

η Trastorno de dolor somatomorfo persistente

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así. Incluye: psicalgia, dorsolumbalgia psicógena, cefalea psicógena dolor somatomorfo psicógeno¹⁵³.

η Otros trastornos somatomorfos

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización y del trastorno somatomorfo indiferenciado. No existe lesión tisular¹⁵⁴.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento

¹⁵²Ibid., p. 96-98

¹⁵³Ibid., p. 98

¹⁵⁴Ibid., p. 98

significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de cosas raras sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento).

Se incluyen aquí también trastornos tales como¹⁵⁵:

- ε “Globo histérico” (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- ε Tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de la Tourette).
- ε Prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno).
- ε Dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia y frigidez).
- ε Rechinar de dientes.

4.4.2 Trastornos de la conducta alimentaria. En este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

η Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños pre-púberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido¹⁵⁶:

- ε Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos y

¹⁵⁵Ibid., p. 99

¹⁵⁶Ibid., p. 100-101

- ε Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que inter-actúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos¹⁵⁷.

η Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso¹⁵⁸.

η Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Se debe codificar de acuerdo con en este apartado la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente

¹⁵⁷Ibid., p. 101

¹⁵⁸Ibid., p. 102

estresantes pueden dar lugar a una “obesidad reactiva”, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso¹⁵⁹.

η Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión), en la hipocondría, en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes. Incluye: vómitos psicógenos hiperemesis gravídica psicógena¹⁶⁰.

4.4.3 Trastornos no orgánicos del sueño. Se trata de un grupo de trastornos que incluye¹⁶¹:

η Disomnias: trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales, por ejemplo el insomnio y el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia y

η Parasomnias: trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

Se incluye únicamente aquellos trastornos del sueño en los que las causas emocionales son un factor primario, teniéndose¹⁶²:

η Insomnio no orgánico

El insomnio es un estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactoria, que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia con lo que se considera habitualmente como cantidad normal de sueño no debería ser el elemento principal para un diagnóstico de insomnio dado que algunos individuos (con escasas necesidades de sueño) duermen una cantidad mínima de tiempo y no se consideran a sí mismos como insomnes. Por otro lado hay enfermos que sufren intensamente a causa de la mala calidad de

¹⁵⁹Ibid., p. 102-103

¹⁶⁰Ibid., p. 103-104

¹⁶¹Ibid., p. 104

¹⁶²Ibid., p. 104

su sueño, mientras que la cantidad del mismo es valorada subjetiva u objetivamente como dentro de límites normales¹⁶³.

Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital. Tiende a prevalecer más entre las mujeres, los enfermos de edad avanzada y aquellas personas con trastornos psicológicos o que se encuentran en mala situación socioeconómica. Cuando se sufre repetidamente de insomnio se desencadena un miedo creciente a padecerlo y una preocupación sobre sus consecuencias. Esto crea un círculo vicioso que tiende a perpetuar el problema del enfermo.

η Hipersomnio no orgánico

El hipersomnio se define como un estado bien de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos (no justificables por una cantidad inadecuada de sueño nocturno) o bien de un período de transición prolongado desde el sueño hasta la vigilia plena tras el despertar. En ausencia de factores orgánicos que expliquen la somnolencia, este trastorno suele acompañar a otros trastornos mentales. A menudo suele ser un síntoma de un trastorno del humor (afectivo) generalmente depresivo. Otras veces, no obstante, no se pueden reunir pautas suficientes para efectuar un diagnóstico de otro trastorno mental a pesar de que se tiene la evidencia de que existe un cierto grado de psicopatología¹⁶⁴.

η Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

El trastorno del ciclo del sueño-vigilia se define por una falta de sincronización entre el ritmo de sueño-vigilia individual y el deseable en el entorno en el que se desenvuelve el enfermo, lo que ocasiona una queja de insomnio nocturno o de sueño durante el día. Este trastorno puede ser psicógeno o de origen presumiblemente orgánico, según el peso relativo de uno u otro tipo de factores condicionantes. Los individuos con ciclos desorganizados y variables de sueño-vigilia presentan con frecuencia un grado considerable de psicopatología, por lo general relacionada con diversos trastornos psiquiátricos tales como trastornos de la personalidad y trastornos del humor (afectivos). En enfermos que tienen que cambiar de turno de trabajo o viajar con frecuencia con cambios de horario, la alteración de los ritmos circadianos tiene un carácter básicamente biológico, aunque también puede existir un fuerte componente emocional añadido, ya que dichos individuos suelen tener que soportar un estrés considerable. Por último en algunos individuos se produce un adelantamiento en la fase de sueño-vigilia deseada, lo que puede ser debido tanto a un mal funcionamiento intrínseco del oscilador circadiano (reloj biológico) del enfermo, como a un procesamiento

¹⁶³Ibid., p. 104

¹⁶⁴Ibid., p. 105

anormal de las claves temporales que sincronizan los relojes biológicos (este último caso puede estar de hecho relacionado con alteraciones cognitivas o emocionales)¹⁶⁵.

η Sonambulismo

El sonambulismo es un estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia. Durante un episodio de sonambulismo, el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno y deambula, presentando un bajo nivel de conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos. En general el sonámbulo abandona el dormitorio y puede llegar a salir de su casa y por lo tanto, durante estos episodios, se expone a un considerable riesgo de lesionarse. Sin embargo, por lo general suelen volver tranquilamente a su casa por sí mismos, o bien dirigidos suavemente por otras personas. Cuando se despiertan, ya sea tras el episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente, no suelen recordar estos hechos¹⁶⁶.

η Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos consisten en episodios nocturnos de pánico y terror intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El individuo se levanta o se incorpora dando un grito de pánico, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno. Con frecuencia se precipita hacia la puerta como tratando de escapar a pesar de que rara vez llega salir de la habitación. Los esfuerzos de los demás para modificar esta situación pueden de hecho producir un temor más intenso, puesto que el individuo no sólo es incapaz de responder a ellos, sino que además puede estar desorientado durante algunos minutos. Al despertarse no suele recordar el episodio. Debido a estas características clínicas los afectados tienen un gran riesgo de lesionarse durante ellos¹⁶⁷.

Los terrores nocturnos y sonambulismo están estrechamente relacionados entre sí. Ambos trastornos comparten las mismas características clínicas y fisiopatológicas y los factores genéticos, de desarrollo, orgánicos y psicológicos juegan un papel importante en ambos. Debido a sus muchas semejanzas, ambos trastornos han sido recientemente considerados como parte del mismo espectro nosológico.

η Pesadillas

¹⁶⁵Ibid., p. 105

¹⁶⁶Ibid., p. 105

¹⁶⁷Ibid., p. 105

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que las padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia es muy vívida y suele incluir temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. Con mucha frecuencia en la pesadilla suele repetirse un mismo tema o temas similares. Durante un episodio típico de pesadillas se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertarse el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y de orientación aceptables. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar gran cantidad de detalles sobre la experiencia del sueño, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente¹⁶⁸.

4.4.4 Disfunciones sexuales de origen no orgánico.

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés a una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual efectiva (por ejemplo erección) o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo.

Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales, estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos implicados. Aunque en algunos casos es posible identificar inequívocamente una etiología psicógena u orgánica, lo más frecuente, en especial en problemas como la ausencia de erección o la dispareunia, es que resulte difícil estar seguro de la importancia de unos u otros. En tales casos resulta adecuado clasificar el trastorno como de etiología mixta o incierta¹⁶⁹.

Algunos tipos de disfunción se presentan tanto en varones como en mujeres, por ejemplo la falta de deseo sexual. No obstante las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia quejas sobre la calidad subjetiva de la experiencia sexual (por ejemplo, el que no sea placentera o interesante), en lugar de fracasos en una respuesta específica. La queja de disfunción orgásmica no es rara, pero es necesario tener en cuenta que cuando un aspecto de la respuesta sexual femenina se ve afectado, es muy posible que haya otros que estén también deteriorados. Por ejemplo si una mujer es incapaz de sentir orgasmos, es frecuente que tampoco disfrute con otros aspectos del juego amoroso y pierda también gran parte de su apetito sexual. Los varones, por el contrario, cuando se quejan de un fracaso en una respuesta específica, tal como la obtención de erección o eyaculación, suelen referir que a pesar de estos fracasos, su apetito sexual persiste. Por lo tanto antes de hacer

¹⁶⁸Ibid., p. 105

¹⁶⁹Ibid., p. 104

un diagnóstico es necesario explorar detenidamente cada trastorno, sin detenerse únicamente en el síntoma que motiva la consulta. Este trastorno incluye¹⁷⁰:

η Ausencia o pérdida del deseo sexual

Para hacer este diagnóstico es necesario que la pérdida del deseo sexual sea el problema principal y no sea secundario a otras dificultades sexuales como el fracaso en la erección o la dispareunia. La ausencia de deseo sexual no excluye el placer o la excitación, pero hace menos probable que el individuo emprenda alguna actividad sexual en este sentido. Incluye: frigidez trastorno hipoactivo del deseo sexual¹⁷¹.

η Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

Comprende este trastorno¹⁷²:

- ε Rechazo sexual: la perspectiva de interacción sexual con una pareja se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual.
- ε Ausencia de placer sexual: se presentan respuestas sexuales normales y tiene lugar el orgasmo, pero existe una ausencia del placer correspondiente. Esta queja es mucho más frecuente entre mujeres que entre los varones. Incluye: anhedonia (sexual).

η Fracaso de la respuesta genital

En los varones el problema fundamental es disfunción para la erección, por ejemplo, una dificultad en alcanzar o mantener una erección adecuada una penetración satisfactoria. Si la erección se presenta con normalidad en determinadas situaciones (durante la masturbación o el sueño, o con una pareja diferente), es probable que la causa sea psicógena. Si no es así, el diagnóstico correcto de este trastorno puede depender de una exploración específica (por ejemplo medida de la intumescencia nocturna del pene) o de la respuesta al tratamiento psicológico¹⁷³.

En las mujeres el problema fundamental es la sequedad vaginal o fracaso en la lubricación, que pueden ser de origen psicógeno, patológico (por ejemplo

¹⁷⁰Ibid., p. 104

¹⁷¹Ibid., p. 104-105

¹⁷²Ibid., p. 105

¹⁷³Ibid., p. 105

infeccioso) o por una deficiencia de estrógenos (por ejemplo tras la menopausia). Es poco frecuente que las mujeres se quejen primariamente de sequedad vaginal, excepto como síntoma de una deficiencia post-menopáusica de estrógenos. Incluye: impotencia psicógena, trastornos de la erección, trastorno del estímulo sexual en la mujer¹⁷⁴.

η Disfunción orgásmica

Cuando se presenta este trastorno, el orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente. El trastorno puede aparecer en situaciones concretas (por ejemplo, únicamente en determinadas circunstancias, en cuyo caso la etiología es probablemente psicógena) o permanente, caso en el cual no se pueden excluir con facilidad factores somáticos o constitucionales, excepto si hay una respuesta satisfactoria a un tratamiento psicológico. La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres que en varones. Incluye: anorgasmia psicógena inhibición orgásmica¹⁷⁵.

η Eyaculación precoz

Este trastorno consiste en la incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual. En algunos casos graves, la eyaculación puede presentarse antes de la penetración o en ausencia de erección. La eyaculación precoz se debe raras veces a causas orgánicas, aunque puede presentarse como reacción psicológica a una disfunción orgánica, por ejemplo, un fracaso de la erección o a la presencia de dolor. La eyaculación también se considera precoz si la erección requiere una estimulación prolongada, de tal manera que el intervalo de tiempo desde que se alcanza la erección suficiente y la eyaculación se acorta. En tales casos el problema primario es un retraso en la erección¹⁷⁶.

η Vaginismo no orgánico

Se trata de un espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina, lo que causa una oclusión de la abertura vaginal. En tal caso la entrada del pene es imposible o muy dolorosa. El vaginismo puede ser una reacción secundaria a alguna causa local de dolor, en cuyo caso no debe recurrirse a esta categoría¹⁷⁷.

¹⁷⁴Ibid., p. 105

¹⁷⁵Ibid., p. 105

¹⁷⁶Ibid., p. 105

¹⁷⁷Ibid., p. 105

η Dispareunia no orgánica

La dispareunia (dolor durante la penetración) se presenta tanto en mujeres como en varones. A menudo puede ser atribuida a una patología local, en cuyo caso debe ser codificada de acuerdo con el trastorno correspondiente. En algunos casos no hay ninguna causa orgánica y puede ser importante la presencia de factores psicógenos. Esta categoría sólo deberá utilizarse si no hay ninguna otra disfunción sexual (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal). Incluye: dispareunia psicógena¹⁷⁸.

η Impulso sexual excesivo

Tanto los varones como las mujeres pueden quejarse ocasionalmente de un impulso sexual excesivo como un problema en sí mismo, generalmente durante el final de la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta, cuando el impulso sexual excesivo es secundario a un trastorno del humor (afectivo) o cuando aparece en los estadios iniciales de la demencia. Incluye: ninfomanía satiriasis¹⁷⁹.

4.4.5 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, no clasificados en otro lugar. Se clasifican aquí sólo los trastornos mentales que se presentan en el puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) que no satisfacen las pautas de trastornos clasificados en otra parte de los trastornos psiquiátricos de la CIE-10, porque la información disponible es insuficiente, o porque la presencia de características clínicas especiales adicionales hace inadecuada su clasificación en otra parte¹⁸⁰.

4.5 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El uso, abuso y dependencia al tabaco; el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen, además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.

Las adicciones representan un importante problema de salud pública en el mundo. Su efecto sobre la salud es cada vez más evidente por el número de casos de

¹⁷⁸Ibid., p. 105

¹⁷⁹Ibid., p. 105

¹⁸⁰Ibid., p. 105-106

suicidio, depresión, violencia doméstica, lesiones y accidentes que originan. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol y las drogas en los servicios de salud están subregistrados¹⁸¹.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), existen nueve tipos de sustancias psicoactivas generadoras de trastornos mentales y del comportamiento, estas sustancias son¹⁸²:

- η Alcohol
- η Opioides
- η Cannabinoides
- η Sedantes e hipnóticos
- η Cocaína
- η Cafeína
- η Alucinógenos
- η Tabaco
- η Disolventes volátiles

Desórdenes por uso de sustancias¹⁸³:

- η Abuso
- η Dependencia

Desórdenes inducidos por sustancias¹⁸⁴:

- η Intoxicación
- η Síndrome de abstinencia o supresión
- η Delirio
- η Demencia persistente
- η Amnesia persistente
- η Trastorno psicótico
- η Trastorno afectivo
- η Trastorno de ansiedad
- η Disfunción sexual
- η Trastornos del sueño

¹⁸¹ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Médica Panamericana, 2004. p. 50-51.

¹⁸²ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, Op. cit., p. 36.

¹⁸³Ibid., p. 36-37

¹⁸⁴Ibid., p. 38-41

El consumo de alcohol y de drogas psicoactivas amerita una revisión a fondo de los programas de detección y tratamiento oportunos, en vista de las altas prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas psicoactivas, especialmente entre la población joven. No obstante, la población adulta y los adultos mayores también se ven afectados y las repercusiones en la salud individual y familiar han sido poco evaluadas.

5. PROPUESTA PEDAGÓGICA

5.1 JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta aparece de la necesidad en el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, que exista una estrategia pedagógica que permita la solución de problemas de salud interdisciplinariamente con la aplicación del modelo biopsicosocial, para que así de esta manera los estudiantes adquieran las habilidades suficientes que necesitarán en su vida profesional.

En el Área de Psiquiatría Clínica del programa de Medicina de la Universidad del Quindío, se busca innovar los procesos pedagógicos a partir de los cuales se logre la aplicación de la metodología del aprendizaje basado en problemas en la formación de los futuros médicos. Tal motivación surge del deseo de los profesores del Área de Psiquiatría Clínica en implementar estrategias pedagógicas en sus prácticas docentes, que estén acordes con las tendencias contemporáneas en la formación del personal de salud y que permitan la solución de verdaderos problemas en salud.

El Aprendizaje Basado en Problemas es un enfoque pedagógico multi-metodológico y multi-didáctico, que permite y promueve la interdisciplinariedad y está encaminado a facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje y de formación del estudiante.

La utilización del aprendizaje basado en problemas ha llevado a algunas universidades a realizar una transformación de todo el currículum a partir de este planteamiento. Los docentes del área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, consideran que desde el aprendizaje basado en problemas se debe proponer la resolución de problemas en salud facilitando la interdisciplinariedad. La utilización de esta metodología no supone considerarla como única opción metodológica, sino como una posibilidad que puede ser completada o complementada con otras formas de trabajo.

Como se sabe, el objetivo de esta metodología no es solamente que se concluya con una respuesta o solución a la problemática planteada, sino que interesa, especialmente, la formación del estudiante en una serie de conocimientos vinculados al problema o situación a analizar.

Los estudiantes que conforman cada subgrupo (entre ocho y diez), deben trabajar como lo haría un equipo de profesionales; por lo cual se deben interrelacionar, poner en común los procesos de aprendizaje realizados, compartir ideas, contrastar tanto las ideas como los conocimientos, tomar decisiones en forma conjunta, posibilitando de esta manera la búsqueda cooperativa del significado y la construcción del conocimiento.

En el aprendizaje basado en problemas el estudiante debe comprender que su formación debe ser pertinente y no sólo durante los años universitarios, sino para toda la vida. La formación pertinente debe capacitarlo para resolver problemas reales a los cuales se va a ver enfrentado durante su vida profesional.

Esta formación pertinente requiere que el estudiante, desde la iniciación de su carrera, tiene que manejar problemas médicos para resolverlos y por lo tanto debe aprehender a tomar decisiones basadas en la evidencia científica.

5.2 OBJETIVO

Implementar en el Área de Psiquiatría del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío en el proceso enseñanza-aprendizaje, el aprendizaje basado en problemas en la resolución de problemas clínicos.

5.3 CONTEXTO EN EL CUAL SE DESARROLLARÁ LA EXPERIENCIA

Todas las actividades relacionadas con este proyecto pedagógico se realizarán en los siguientes escenarios:

- η Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia.
- η Edificio Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío: aulas de clase, sala Internet.
- η Biblioteca de la Universidad del Quindío.

Tendrá una intensidad horaria presencial (trabajo directo) que se acordará al interior de cada servicio (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia), además los estudiantes dedicarán tiempo diario a trabajo indirecto (trabajo indirecto supervisado), acorde con los créditos establecidos.

5.4 PROCESO PEDAGÓGICO

El proceso pedagógico se fundamentará en la metodología del aprendizaje basado en problemas, donde el aprendizaje está centrado en los estudiantes y el docente fundamentalmente es un tutor o facilitador.

Los estudiantes serán guiados por los docentes que se constituirán en facilitadores cognitivos, quienes permitirán el desarrollo del pensamiento crítico, además promoverán la capacidad de solución de problemas y la adquisición de habilidades de colaboración y trabajo en equipo. Motivarán a los estudiantes a disfrutar el aprendizaje, estimulando la creatividad y responsabilidad en la solución de problemas en el mundo real, en el campo de la medicina.

Mediante el aprendizaje basado en problemas se desarrollarán actividades de aprendizaje interdisciplinarias, en equipo, de largo plazo y centradas en el estudiante.

Bajo este enfoque, la creación de un problema se convierte en un componente clave, debe constituirse (el problema) en un vehículo para el desarrollo de habilidades de resolución de problemas clínicos; es realmente lo que determina el logro de los objetivos de aprendizaje. Los problemas seleccionados tendrán las siguientes características:

- η Relevantes: estar enfocado a sucesos de la vida real que conciernen a la vida local, nacional o internacional, o bien, vivencias de los estudiantes en sus prácticas clínicas.
- η Pertinentes: inducir a los estudiantes al descubrimiento de la información deseada. El problema ha de estar construido en torno a un concepto (s) o idea (s) clave que, precisamente, los estudiantes han de incorporar a su aprendizaje a partir de la solución que generen. Los problemas a resolver corresponden a las categorías y sub-categorías resultantes de la codificación de la información.
- η Complejos: permitir la diversidad de conceptos y opiniones, poniendo así de manifiesto que no existen soluciones “únicas”. Así como de requerir de soluciones desde una perspectiva interdisciplinaria.

5.5 METODOLOGÍA

La metodología se fundamenta en un modelo de tipo constructivista que utiliza el aprendizaje significativo, teniendo en cuenta la epidemiológica de la región y del país y las tendencias internacionales.

Para desarrollar la propuesta, la metodología que se utilizará será el aprendizaje basado en problemas, como una estrategia educativa que permitirá desarrollar en los alumnos el razonamiento y el juicio crítico, lográndose la construcción del conocimiento. Se hará énfasis en los elementos relacionados con los conceptos de interdiscipliniedad y el modelo biopsicosocial en el desarrollo de los problemas a solucionar.

5.6 ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS

Lo primero que el profesor deberá tener en cuenta al enfrentar el diseño de sus clases siguiendo la metodología aprendizaje basado en problemas, son los objetivos de aprendizaje que se pretenden alcanzar con la resolución del problema retador y complejo con el que se desafiará a los alumnos.

No existe un modelo único para el diseño del aprendizaje basado en problemas, pero la mayoría de los autores coinciden en que hay que seguir una serie de pasos básicos que pueden sufrir algunas variaciones dependiendo de: el número de alumnos, el tiempo disponible, los objetivos que se quiere alcanzar, la bibliografía disponible, los recursos con que cada profesor y entidad educativa cuenta, etc.¹⁸⁵

Existen diversas propuestas sobre las estrategias a seguir en la aplicación del modelo del aprendizaje basado en problemas, con diferencias menores entre unas y otras. La ruta sugerida que deben seguir los estudiantes durante el desarrollo del proceso aprendizaje basado en problemas se puede sintetizar en¹⁸⁶:

Paso 1
Leer y Analizar el escenario del problema

Se busca con esto que el alumno verifique su comprensión del escenario mediante la discusión del mismo dentro de su equipo de trabajo.

Paso 2
Realizar una lluvia de ideas

Los alumnos usualmente tienen teorías o hipótesis sobre las causas del problema; o ideas de cómo resolverlo. Estas deben de enlistarse y serán aceptadas o rechazadas, según se avance en la investigación.

Paso 3
Hacer una lista de aquello que se conoce

Se debe hacer una lista de todo aquello que el equipo conoce acerca del problema o situación.

Paso 4
Hacer una lista de aquello que se desconoce

Se debe hacer una lista con todo aquello que el equipo cree se debe de saber para resolver el problema. Existen muy diversos tipos de preguntas que pueden ser adecuadas; algunas pueden relacionarse con conceptos o principios que deben estudiarse para resolver la situación.

¹⁸⁵MORALES BUENO, Patricia y LANDA FITZGERALD, Victoria. Aprendizaje basado en problemas. Revisión: Problem-Based Learning. Theoria. Vol. 13. Lima, Perú: s.n., 2004. p. 153.

¹⁸⁶Ibid., p, 153-154

Paso 5

Hacer una lista de aquello que necesita hacerse para resolver el problema

Planear las estrategias de investigación. Es aconsejable que en grupo los alumnos elaboren una lista de las acciones que deben realizarse.

Paso 6

Definir el problema

La definición del problema consiste en un par de declaraciones que expliquen claramente lo que el equipo desea resolver, producir, responder, probar o demostrar.

Paso 7

Obtener información

El equipo localizará, acopiará, organizará, analizará e interpretará la información de diversas fuentes.

Paso 8

Presentar resultados

El equipo presentará un reporte o hará una presentación en la cual se muestren las recomendaciones, predicciones, inferencias o aquello que sea conveniente en relación a la solución del problema.

5.7 ACTIVIDADES PROPUESTAS

Por consenso en los Grupos Focales realizados con los Asesores de Área y Docentes de los diversos servicios se determinó que inicialmente se realizarían las siguientes actividades, las cuales se evaluarían periódicamente para realizar los ajustes pertinentes:

- η Revistas Médicas Docente-Asistenciales: los docentes del proyecto asistirán y participarán como un miembro más del equipo interdisciplinario de cada servicio que está constituido por los Médicos Especialistas del servicio (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia), Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Enfermera Profesional. En éstas revistas médicas también hacen presencia los Médicos Internos y los Estudiantes de medicina que están realizando la rotación por el servicio respectivo. De éstas revistas médicas docente-asistenciales se derivan casos especiales que se resolverán mediante la metodología del aprendizaje basado en problemas.

- η Interconsultas: realizar las interconsultas a psiquiatría solicitadas por los docentes del servicios con la asistencia y participación de los estudiantes y médicos internos que se encuentren rotando en el servicio interconsultante.
- η Seminarios: se desarrollarán algunas sub-categorías mediante esta modalidad y se realizarán con los docentes del proyecto y la participación de todos los estudiantes y médicos internos que estén matriculados y rotando por los respectivos servicios (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia).
- η Casos Clínicos: algunos de estos problemas en salud (sub-categorías) se desarrollarán con la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas e interdisciplinariamente bajo el modelo biopsicosocial.

Se constituirán grupos de máximo ocho estudiantes de cada uno de los servicios donde se encuentren rotando (medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía); cada uno de estos grupos tendrá un líder, elegido por los estudiantes.

5.8 EVALUACIÓN

El llegar a la solución del problema, genera en el camino un sinnúmero de actividades que pueden ser evaluadas, entre ellas: el trabajo de cada estudiante, la presentación del equipo, el reporte escrito del grupo, los conocimientos adquiridos, etc.

En la aplicación del modelo Aprendizaje Basado en Problemas el profesor, al mismo tiempo que proporciona el problema, debe indicar cuáles serán los criterios de evaluación. Es importante considerar, en el momento de planificar la evaluación, tanto el aporte individual como el trabajo en equipo. Las siguientes son acciones susceptibles de ser evaluadas:

- η Aporte individual: es el trabajo en forma de reporte, ensayo, etc., que un alumno genera como producto de sus actividades para la solución del problema y como parte de un equipo.
- η Aporte en equipo: es semejante al trabajo o aporte individual, pero ahora como resultado del trabajo conjunto del equipo.
- η Evaluación del compañero (co-evaluación): es la evaluación que hace un alumno a sus compañeros, con base a una tabla de características y nivel de desempeño.
- η Auto-evaluación: es la evaluación que hace el alumno sobre sí mismo con base en una reflexión de lo que ha aprendido y su contraste con los objetivos del problema o curso.

El criterio de evaluación fundamental corresponderá al formativo, de tal manera que la evaluación sumativa pierda peso dentro del contexto evaluativo. Se tendrá en cuenta la evaluación formativa, que se caracteriza por no tener calificación, sino una apreciación de la calidad del trabajo académico realizado, pues es la que permite determinar en cada segmento o tramo del curso los resultados obtenidos, para realizar los ajustes y adecuaciones necesarias para llegar al éxito. La evaluación formativa permite aprender para la vida.

5.9 RECURSOS

Para desarrollar el Proyecto son necesarios los siguientes recursos:

- η Físicos: aulas de clase en los distintos servicios, salas de reuniones, escritorios universitarios.
- η Logísticos: televisor, VHS, video-beam, proyector de acetatos, test psicológicos y neuropsicológicos.
- η Humanos: cuatro docentes de medio tiempo para cada uno de los servicios objeto del proyecto en las áreas clínicas (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia). Además un docente con formación en Antropología Médica.

5.10 CONTENIDOS

Los contenidos que se desarrollarán en la ejecución de la presente propuesta pedagógica, corresponde a los encontrados en el diagnóstico realizado después de la recolección y análisis de la información aportada por los distintos grupos de discusión, conformados por los docentes de las áreas básicas clínicas (Pediatría, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Cirugía) y los aportes del análisis de los distintos planes académicos de programas de medicina de universidades internacionales, nacionales y regionales.

La estrategia empleada en el procesamiento de la información obtenida en los grupos focales fue la metodología contemplada en la Teoría Fundada, con la cual se obtuvo una visión sustantiva y fundada desde los datos obtenidos de la experiencia.

La Teoría Fundada es una metodología de campo-estudios que sistemáticamente aplican los pasos procesales para desarrollar una exploración sobre un fenómeno particular. La idea básica de la aproximación teoría fundada es leer (y releer) una base de datos textual (tal como una recopilación de las notas del campo) y "descubrir" o etiquetar las variables (denominar las categorías, los conceptos y las características) y sus correlaciones.

A partir de los textos de los grupos focales desgrabados, se procedió a la codificación con el objetivo de acceder al universo de la información aportada por los participantes en cada grupo.

Se trabajó con un manual de códigos con el que se codificó cada uno de los participantes de los distintos grupos focales, identificando categorías y propiedades a partir de los incidentes particulares después de una lectura analítica de los datos. Durante este proceso se desarrolló una codificación abierta que permitió descomponer los datos en partes discretas, haciéndose una evaluación minuciosa; se realizaron comparaciones en busca de similitudes y diferencias.

El resultado de la fase de codificación abierta fue la generación de conceptos de mayor grado de abstracción denominados categorías y subcategorías. Como resultado de la codificación abierta se identificaron varias categorías y subcategorías iniciales y sus propiedades.

Posteriormente se realiza una codificación axial, la cual permitió vincular sistemáticamente las categorías a sus subcategorías, enlazando las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones.

La citada información fue codificada (codificación abierta y axial), obteniéndose cuatro categorías y sus respectivas subcategorías, las cuales servirán de guía (categorías y subcategorías) para los seminarios y casos clínicos que se desarrollarán en cada uno los servicios con la participación de los estudiantes matriculados en cada asignatura (Pediatria, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Cirugía) y con los médicos internos, además la participación de los docentes de cada área clínica.

Entonces se tiene que después de la recolección de la información y realizar las codificaciones abierta y axial, resultaron cuatro categorías con sus respectivas subcategorías y son las siguientes:

η Los trastornos mentales orgánicos:

- ⤵ Demencias
- ⤵ Delirium
- ⤵ Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad médica (trastorno psicótico, trastorno catatónico orgánico, trastorno afectivo orgánico, trastorno de ansiedad orgánico, trastorno disociativo orgánico, trastorno de labilidad emocional orgánico, trastorno cognoscitivo orgánico leve, trastornos del sueño, trastorno sexuales, trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades médicas lesiones o disfunciones cerebrales)

- η Trastornos mentales relacionados con el paciente médico:
 - ε Reacciones psicológicas a la enfermedad médica
 - ε Trastornos psiquiátricos reactivos a la enfermedad médica (trastornos adaptativos, trastorno de ansiedad, trastorno afectivo, reacciones psicóticas, reacciones de regresión, repercusiones sobre la familia)
 - ε Reacciones psicológicas ante problemas concretos (enfermedad crónica, dolor, cáncer, enfermedades invalidantes)
 - ε Reacciones psicológicas al ingreso hospitalario.

- η Factores psicológicos que afectan el estado físico (trastornos psicósomáticos-trastornos psicofisiológicos):
 - ε Trastornos somatomorfos
 - ε Trastornos de la conducta alimenticia
 - ε Trastorno no orgánico del sueño
 - ε Disfunciones sexuales de origen no orgánico
 - ε Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, no clasificados en otro lugar

- η Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas:
 - ε Desordenes por uso de sustancias (abuso, dependencia)
 - ε Desordenes inducidos por sustancias (intoxicación, síndrome de abstinencia o supresión, delirio, demencia persistente, amnesia persistente, trastorno psicótico, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, disfunción sexual, trastornos del sueño)

Hay varios temas-problema muy puntuales que fueron encontrados en el análisis e interpretación de la información aportada en los distintos grupos focales y su respectiva codificación, los cuales (los temas-problema) se desarrollarán con los estudiantes mediante la metodología del aprendizaje basado en problemas, siguiendo el derrotero propuesto; estos temas-problema son:

- η Paciente terminal: cuidados en la situación de agonía. Características de la situación de agonía. Signos y síntomas del paciente. Signos que expresan los familiares. El proceso de duelo después de la pérdida. Duelo y familia. Aspectos terapéuticos para una evolución saludable del duelo. Tipos de pérdidas. Etapas del proceso para el que sobrevive. Cómo traspasar el duelo y la pérdida.

- η Eutanasia: definiciones. Dilemas éticos (autonomía Vs. Paternalismo). Tipos: rechazo al tratamiento (eutanasia voluntaria pasiva), voluntaria, involuntaria

(incompetentes), activa (propriadmente dicha), pasiva, indirecta, suicidio asistido (vinculada a la eutanasia voluntaria activa), incluyente (todas), excluyente (solo la activa), cuidados paliativos (vinculada a la eutanasia indirecta). Aspectos ético-legales.

- η Suicidio: definiciones. Historia. Epidemiología. Factores asociados: sexo, métodos, edad, raza, religión, estado civil, profesión, clima, salud física, salud mental, trastornos psiquiátricos, conducta suicida previa. Aspectos socio-antropológicos. Etiología: factores sociológicos (Teoría de Durkheim). Factores psicológicos: Teoría de Freud, Teoría de Menninger, teorías recientes. Factores Biológicos: genéticos, neuroquímicos. Autolesiones. Predicción. Evaluación paciente suicida. Tratamiento. Intervención a familias pacientes suicidas.
- η Suicidio en niños y adolescentes: aspectos generales. Epidemiología. Etiología: factores genéticos, otros factores biológicos, factores psicológicos, factores sociales. Diagnósticos y síntomas clínicos. Tratamiento.
- η Cuidado al “cuidador”: Aspectos generales. Definiciones. Quiénes son: Perfil del cuidador. Bienestar del cuidador: apoyo emocional y reconocimiento, apoyo de las instituciones, información sobre la enfermedad del paciente, capacidad de resolver problemas y superar complicaciones. Síndrome del cuidador. Principales trastornos: físicos, psicológicos, socio-familiares. Evaluación e intervención. Prevención.
- η Violencia intrafamiliar: introducción. Conceptos. Violencia infantil, violencia hacia la mujer, violencia hacia el hombre, violencia hacia el anciano. Tipos de maltrato: maltrato físico, negligencia física, maltrato psicológico, negligencia emocional, abuso sexual, maltrato institucional. Causas y consecuencias. Papel de los trabajadores de la salud en su detección y manejo.
- η Duelo en los niños: aspectos generales. Fases: fase de protesta, fase de desesperanza, fase de ruptura del vínculo. Diagnóstico y manifestaciones clínicas. Curso y pronóstico. Tratamientos.
- η Educación sexual y reproductiva: aspectos generales. Embarazos no planeados. Enfermedades de transmisión sexual. Derechos sexuales y reproductivos. Cuidado, mantenimiento, promoción y responsabilidad de la salud sexual y reproductiva. Perspectiva de género. Relaciones equitativas entre los géneros, replanteando los roles sexuales tradicionales.
- η Embarazo de adolescentes: aspectos generales. Definición. Epidemiología. Causas y consecuencias. Factores de riesgo y protectores. Impacto psicosocial. Evaluación e intervención. Prevención.

- η El aborto y su impacto psicológico: aspectos generales. Definiciones. Epidemiología. Impacto psicológico aborto involuntario. Impacto psicológico aborto voluntario. Evaluación e intervención. Prevención.
- η Malas noticias e impacto emocional: aspectos generales. Preocupación por dar malas noticias. Qué son malas noticias. Dar o no dar malas noticias. Motivos para informar. Papel de la familia. Cómo dar malas noticias. Habilidades y estrategias. Informas sobre situaciones inesperadas.

Hasta el día de hoy desconozco que en el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío se haya aplicado la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas en el proceso de formación de médicos, por lo cual se presenta esta propuesta; teniéndose en cuenta los beneficios demostrados que tiene esta metodología en la formación de personal para la salud, permitiendo implementar experiencias de aprendizaje más activas, haciendo énfasis en la formación y adquisición de habilidades para el aprendizaje independiente, reduciendo los tiempos de conferencias magistrales y disminuyendo la memorización, aprendiendo sobre casos problema de la vida real. De tal manera que el estudiante aprenderá dentro de un contexto, construirá conocimientos a partir de conocimientos previos y trabajará en equipo aplicando el modelo biopsicosocial.

En síntesis, la propuesta pedagógica se fundamenta en la aplicación de la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas, que permite la solución de problemas en salud interdisciplinariamente aplicando el modelo biopsicosocial. Con los estudiantes de medicina que se encuentren matriculados y cursando Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía, se constituirán sub-grupos y cada uno con su respectivo líder, desarrollarán cada uno de los temas-problema relacionados con el semestre que estén cursando (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía). La evaluación se realizará partiendo de los lineamientos presentados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenida la información que de ello se generó, conjuntamente con los respectivos análisis, se obtuvieron unos resultados que le permite al investigador presentar el siguiente conjunto de conclusiones:

- η Actualmente el Aprendizaje Basado en Problemas representa uno de los métodos docentes más adecuados para los nuevos modelos de educación superior basados en el aprendizaje. Se presenta el problema a los estudiantes, éstos identifican sus necesidades de aprendizaje, luego investigan y recopilan la información necesaria para finalmente regresar al problema y darle la solución. Los problemas que se presentan son problemas reales, complejos, retadores y seleccionados o diseñados por el profesor para el logro de los objetivos de aprendizaje.
- η El Aprendizaje Basado en Problemas es recomendado como metodología que ha mostrado resultados positivos en la formación del personal médico, el cual permite un aprendizaje dentro de un contexto, la construcción del conocimiento propio a través de un proceso de incorporación del entendimiento y elaboración del conocimiento, aprendizaje en colaboración que define y exige la fijación de metas grupales.
- η Los equipos claramente interdisciplinarios tratan de comprender y solucionar problemas actuales que requieren del concurso de varios campos del conocimiento. Los planteamientos interdisciplinarios surgen y se desarrollan apoyándose en las disciplinas.
- η La formación integral de los estudiantes de medicina (el saber, el saber hacer y el saber ser) necesita de la interdisciplinariedad. Cada día más el hombre que vivirá en el siglo XXI, requerirá aprender a ser crítico, reflexivo, dialéctico, a tener un pensamiento explorador, y ello sólo es posible lograrlo traspasando las fronteras de las disciplinas.
- η En psiquiatría clínica se requieren acciones integrales para lograr intervenir los distintos factores etiológicos relacionados con los diferentes trastornos mentales.
- η En el procesamiento y análisis de la información obtenida en los grupos focales se encontró la importancia de determinar ante la presencia de un trastorno

mental, si el trastorno en cuestión es un deterioro orgánico cerebral, un trastorno funcional o bien ambas cosas.

- η En la codificación (abierta y axial) realizada a la información obtenida en los grupos focales, las categorías y subcategorías encontradas corresponden a patologías psiquiátricas que tienen como etiología factores orgánicos o manifestaciones orgánicas de trastornos psiquiátricos. Las categorías fueron cuatro y son las siguientes: Trastornos Mentales Orgánicos, Trastornos Mentales Relacionados con el Paciente Médico, Factores Psicológicos que Afectan el Estado Físico (Trastornos Psicósomáticos-Trastornos Psicofisiológicos), Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- η En el análisis de los distintos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales, se encontró que en varias universidades se sigue aplicando el método flexneriano en la educación médica, caracterizado principalmente por la presencia en los planes de estudio de medicina de dos ciclos de estudio: uno básico y otro clínico; el primero conformado por cuatro semestres y el segundo por seis semestres. Los contenidos se encuentran enmarcados dentro de asignaturas individualizadas; no se evidenció la existencia de equipos interdisciplinarios.

6.2 RECOMENDACIONES

En el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío con respecto a aspectos metodológicos en el proceso enseñanza-aprendizaje:

- η Se debe garantizar que los docentes además de los conocimientos científicos sobre su especialidad, tengan o adquieran habilidades pedagógicas.
- η Lograr la aplicación por los docentes en sus prácticas pedagógicas del modelo del aprendizaje basado en problemas y otras técnicas que han mostrado ser útiles en la formación del personal de salud.
- η Crear espacios académicos que permitan el trabajo en equipo, intercambio de experiencias y conocimientos, el desarrollo del pensamiento crítico y la autoformación profesional y para la vida.
- η Estimular y promover la formación de equipos interdisciplinarios para la solución integral de problemas en salud de los individuos y la comunidad.
- η Tomar el modelo biopsicosocial como aquel en el cual se base la formación de los futuros médicos para dar paso a la interdisciplinariedad en la atención en salud.

- η Fomentar en los estudiantes el reconocimiento de los aspectos psicosociales en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad.
- η Realizar revisiones periódicas del currículo de medicina para lograrse su actualización de adecuado a las tendencias nacionales internacionales como su pertinencia.
- η Ofrecer programas de educación permanente en salud mental para la actualización de los egresados de Medicina de la Universidad del Quindío y otras universidades.
- η Destinar por parte de las directivas del Programa de Medicina y de la Universidad, los recursos necesarios para el desarrollo de la presente propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

ALVARGONZÁLEZ, David. Transdisciplinariedad: comentarios suscitados por el artículo de Javier Gimeno Perelló, publicado en El Catoblepas. Número 10. Gijón, España: 2003. www.nodulo.org

ANDRADE, Víctor. El pensamiento sistémico y la dinámica de sistemas. Sevilla, España: Universidad de Sevilla, 2001.

ARELLANO CARTAGENA, William. Educación superior y pertinencia social. Ponencia presentada en el Debate Urbano sobre Plan Estratégico de Cartagena Siglo XXI. Marzo 27 de 2003; Cartagena, Colombia.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA de Facultades de Medicina. Asamblea General Misión Colombo-Británica de Educación Médica. Currículo Nuclear para las Facultades de Medicina de Colombia. Bucaramanga, Marzo 23, 24 y 25 de 2003.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA de Facultades de Medicina ASCOFAME. Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior - ECAES en Medicina. Marco de Fundamentación y Especificaciones de Prueba. Bogotá, D.C., s.n., 2004.

CONGRESO DE Colombia. Ley 30 de 1992. Fundamentos de la Educación Superior. En: Diario Oficial No. 40.700. (dic. 1992). Bogotá, D.C. http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0030_92.HTM

DÍAZ, Mario. Flexibilidad y educación superior en Colombia. Serie Calidad de la Educación Superior No. 2. ICFES. Bogotá D.C.: Procesos Editoriales, 2002.

DIRECCIÓN DE Investigación y Desarrollo Educativo. El aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Monterrey. México: s.n., 2001. <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>

En: CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR. "LA UNIVERSIDAD EN EL NUEVO MILENIO". (31: 2002: La Habana, Cuba), 2002.

FACULTAD DE Ciencias de la salud. Programa de Medicina. Universidad del Quindío. Armenia Quindío; 2006. <http://www.uniquindio.edu.co/uniquindio/facultades/medicina/medicina/index.html>

FEBLES RODRÍGUEZ, Juan Pedro; ESTRADA, Vivian y MEDINA PAGOLA, Mercedes. La inteligencia artificial como herramienta para la docencia médica.

Santiago de Chile: s.n., 1997. <http://www.somece.org.mx/memorias/2000/docs/612.DOC>

FERNÁNDEZ C., Catalina; GAYÓ H., Rosa y MUÑOZ, Marcela. Resumen y análisis crítico del texto "Comprender las 'enfermedades mentales'" (David Ingleby). Buenos Aires, Argentina: s.n., 1999.

FISCHMAN GLUCK, Patricio. Modelo biopsicosocial-evolutivo en psiquiatría. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 1994.

GARDUÑO ESTRADA, León R. Hacia un modelo de evaluación de la calidad de instituciones de educación superior. En: Revista Iberoamericana de Educación. No. 21. Universidad Siglo XXI. (Sep. - Dic. 1999).

GASULLA ROSO, Juan Manuel. Crítica y alternativa formal al modelo biopsicosocial de enfermedad según Engel. Barcelona, España, Febrero 14 de 2005. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/19189/>

KAPLAN, Harold I; SADOK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. Sinopsis de psiquiatría. 7 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996.

LOSADA, Luz Stella. Construcción curricular basada en nuevos paradigmas educativos: aprendizaje basado en problemas - aprendizaje basado en la comunidad. 2 ed. Bolivia: MAP Internacional, 1998.

LUGO RENGIFO, Gerardo Luis. Hipnosis: Hans-Georg Gadamer. Monografías. México D. F.: s.n., 2002. <http://www.monografias.com/trabajos11/gadamer/gadamer.shtml>

MARTÍNEZ ECHEVERRI, Leonor y MARTÍNEZ ECHEVERRI, Hugo. Diccionario de filosofía ilustrado. 5 ed. Bogotá D.C.: Panamericana, 1999.

MÁSMELA V., Gloria I. Diseño curricular. Universidad de la Sabana. 3 ed. Colección Textos de Autoestudio. Bogotá: Agora, 1991.

MORALES BUENO, Patricia y LANDA FITZGERALD, Victoria. Aprendizaje basado en problemas. Revisión: Problem-Based Learning. Theoria. Vol. 13. Lima, Perú: s.n., 2004.

MORIN, Edgar. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Bogotá; Magisterio, 1991.

MOTTA, Raúl. Complejidad, educación y transdisciplinariedad. Buenos Aires, Argentina: s.n., 1999.

NEW YORK University. School of Medicine. East Midtown section of New York City. USA; 2006. <http://www.med.nyu.edu/medicaldegree/curriculum/>

NICOLESCU, Basarab. La transdisciplinariedad-manifiesto. Traducción del Francés por FALLA GARMILLA, Consuelle. La transdisciplinariedad: una nueva visión del mundo- Extracto. México D.F. s.n., 2000. <http://nicol.club.fr/ciret/espagnol/visiones.htm>

OBREGÓN ALZAMORA, Norka Inés. Influencia del currículo y del sistema de soporte en la calidad de la gestión administrativa en la Facultad de Educación de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2002, Tesis de Grado. Facultad de Educación. Escuela de Post-Grado.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza: s.n., 1947. http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm

----- . Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Cap. 2. Ginebra, Suiza: s.n., 2002.

----- . Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Médica Panamericana, 2004.

----- . Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10 ed. (CIE-10). Ginebra, : s.n., 1992.

PIAGET, Jean. La epistemología de las relaciones interdisciplinarias. En: L. APOSTEL, G. BERGERR, A. BRIGGS y G. MICHAUD. Interdisciplinariedad. Problemas de la Enseñanza y de la Investigación en las Universidades. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, 1979.

PROYECTO EDUCATIVO 2003-2005. Facultad de Ciencias de la Salud. Armenia: Universidad del Quindío, 2002.

QUIROGA MORENO, Luis y PAZ BALLIVIÁN, Sergio. El proceso pedagógico de la extensión universitaria (interacción social) en un currículum médico prospectivo.

RICO JAIME, Rosa María et al. El paciente orgánico aparentemente psiquiátrico y viceversa. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Málaga. Madrid: Litofintes, 1997.

SORIANO PÉREZ, Ángel Mauricio. El proceso evolutivo de la psiquiatría. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" México Distrito Federal. Junio de 2001.

TOBÓN TOBÓN, Sergio de Jesús y AGUDELO GÓMEZ Hernán A. Pensamiento complejo y formación humana en el sistema educativo colombiano. Medellín: s.n., 2000.

UNIVERSIA UNIVERSIDADES. Navega por Universia; 2006 <http://www.chemedia.com/cgi/smartframe/v2/smartframe.cgi?http://universidades.universia.es/>

UNIVERSIA INTERNACIONAL. Estudios en Estados Unidos. Universidades de Estados Unidos; 2006. <http://internacional.universia.net/eeuu/unis/index.htm>

UNIVERSIA. CL Universidades; 2006. <http://www.universia.cl/contenidos/universidades/Universidades.htm> <http://www1.universia.net/CatalogaXXI/default.asp?IDC=10032&IDP=CL&IDI=1>

UNIVERSIDAD CASE Western Reserve. School of Medicine. Cleveland. Unites States; 2006. <http://casemed.case.edu/curricularaffairs/newcurriculum/FMHB1.htm>

UNIVERSIDAD DE Barcelona. Facultad de Medicina. Plan de Estudio. Barcelona, España; 2006. Web: <http://www.ub.es/medicina/> Email: webmaster@medicina.ub.es

UNIVERSIDAD DE Extremadura. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Extremadura, España, 2006. <http://medicina.unex.es/>

UNIVERSIDAD DE Manizales. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. 2006. http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/plan_basicas.htm

UNIVERSIDAD NACIONAL de Colombia de Bogotá. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Bogotá D.C.; 2006. www.medicina.unal.edu.co

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA de Pereira. Facultad de Medicina. Plan de Estudios. Pereira Risaralda; 2005. wwwmngr@utp.edu.co

VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis. Psiquiatría en la atención primaria. España: Grupo Aula Médica, 1999.

ANEXO A. Propuesta Interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío.

REUNIÓN - GRUPO FOCAL

GUIÓN

Guía temas-preguntas:

1. Apertura.
2. Percepción de los principales problemas de salud en las personas y en la comunidad.
3. Principales problemas de salud en la práctica cotidiana institucional y personal.
4. Problemas de salud que requieran intervención interdisciplinaria con la participación de psiquiatría clínica.
5. Estrategias y acciones para logara la resolución de problemas de salud interdisciplinariamente con la participación de psiquiatría clínica.
6. Estrategias metodológicas en las prácticas educativas que permitan la solución de problemas de salud interdisciplinariamente y bajo el modelo biopsicosocial.
7. Cierre.

ANEXO B. Modelo de invitaciones.

Se envió invitación a cada uno de los Asesores de las distintas Áreas Básicas Clínicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía) del programa de Medicina de la Universidad del Quindío, para constituir Grupos Focales con el fin de debatir sobre los núcleos problemáticos propios de cada Área. Se presenta el modelo enviado al Asesor del Área de Cirugía.

Armenia, Octubre 22 de 2004

Doctor

ASESOR ÁREA CIRUGÍA

Programa de Medicina Universidad del Quindío
Armenia

ASUNTO: Propuesta Interdisciplinaria de Psiquiatría Clínica

En la formación del futuro médico, como propósitos en las escuelas de medicina se deben fijar la adquisición de competencias técnicas, comunicativas, de gestión, auto-formativas y de trabajo en equipo entre otras. Teniéndose esta última como factor clave y determinante en el ejercicio médico basado en la resolución de problemas interdisciplinariamente.

La solución de problemas de salud, de acuerdo a las tendencias actuales, deben resolverse interdisciplinariamente puesto que muchos de éstos tienen etiología multifactorial, lo que implica que es menester la participación de varias disciplinas para una intervención integral y así evitar la fragmentación de la persona.

Por lo anterior, se pretende diseñar una propuesta que permita abordar algunos núcleos problemáticos en salud interdisciplinariamente, bajo el modelo biopsicosocial con la participación de la psiquiatría clínica; problemas que serán determinados a través de reuniones con los docentes de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía) vinculados al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío; por lo tanto muy respetuosamente solicito a Usted se me conceda un espacio de aproximadamente una hora para reunirme con los docentes del Área de Cirugía para establecer los problemas en salud propios de esta Área, que se resolverían con la participación de psiquiatría.

La información recolectada se empleará como insumo importante de mi tesis de grado de la Maestría Educación. Docencia que estoy realizando en la Universidad de Manizales, en convenio con la Universidad del Quindío.

Agradeciendo la atención y en espera de pronta respuesta.

Atentamente,

EDILBERTO BONILLA BUITRAGO

Estudiante Maestría

Docente Área Psiquiatría

ANEXO D. Lecturas recomendadas.

CORREA U., José Santiago. Cuadernos pedagógicos: elementos para animar la discusión en el proceso de transformación curricular de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. 1998.

DIAZ, Mario. Flexibilidad y educación superior en Colombia. Serie Calidad de la Educación Superior No. 2. ICFES, 2002. Primera parte del capítulo 3.

FUERBRINGER B., Mädy. Conceptos básicos: valeología. Salud. Enfermedad. Educación. Medicina. Psiquiatría. Metodología. Diagnósis. Diagnóstica. Diagnóstico. Puebla, Pue. 1987. <http://www.multiversidadvaleologica.org/temp/Psiquiatria%20Clinica/Diagnosis.htm>

GALEANO L., José Ramiro. Cuadernos pedagógicos : formación en procesos curriculares. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. 1998.

MARINEZ, Elba y VARGAS, Martha. La investigación sobre la educación superior en Colombia: estado del arte. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Bogotá D.C. 2002,

MORIN, Edgar. Las ideas. Madrid: Cátedra, 1991.

----- . Sobre la Interdisciplinariedad, En: Revista Complejidad, Año 1, N1 0. 1995.

NAISHTAT, Francisco. Autonomía Académica y pertinencia social de la universidad pública: una mirada desde la filosofía política, Proyecto Instituto de Investigaciones Germani de la UBA, Argentina,

PRIMER CONGRESO Mundial de Transdisciplinariedad. Convento de Arábida, Portugal, 2 a 7 de noviembre de 1994. <http://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>

RODRÍGUEZ SUÁREZ, J. Aprendizaje Basado en Problemas. Educación Médica. México D.F. Médica Panamericana, 2003.

STENHOUSE, Lawrence. Investigación y desarrollo del currículum. 4 ed, Madrid: Morata, 1998.

TORRES, Jurjo. El currículum oculto: el currículum y la educación de los ciudadanos y ciudades en una sociedad democrática. 5 ed, Madrid: Morata, 1996,

RESUMEN ANALÍTICO DE EDUCACIÓN

Titulo:	PROPUESTA INTERDISCIPLINARIA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
Autor:	EDILBERTO BONILLA BUITRAGO
Publicación	Febrero de 2010
Entidad	Universidad de Manizales
Ciudad	Manizales
Fecha	Febrero
Año	2010
Páginas	117
Anexos	4
Palabras claves	Interdisciplinariedad, Biopsicosocial, Hermenéutica, Currículo, Núcleos Problémicos, Aprendizaje Basado en Problemas.
Descripción	<p>Con la investigación se busca determinar los núcleos problemáticos más frecuentes que existen en la práctica médico que requieran para su solución la existencia de equipos interdisciplinarios y que permitan la aplicación del modelo biopsicosocial, usando la metodología del aprendizaje basado en problemas, lo anterior mediante la hermenéutica, posibilitando espacios de análisis, discusión y desarrollo de habilidades en los estudiantes para la solución de problemas reales en salud.</p> <p>En el proceso se plantearon los siguientes objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un diagnóstico sobre los diversos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales para determinar los núcleos problemáticos en la atención médica, que se presentan en las áreas clínicas básicas (Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía) que requieren acciones interdisciplinarias con la participación de Psiquiatria Clínica. 2. Planear una propuesta pedagógica para la solución de problemas clínicos interdisciplinariamente en las áreas de Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía con la

	participación de la Psiquiatría Clínica.
--	--

Fuentes:	<p>Los apoyos bibliográficos y de Internet más relevantes para esta investigación fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior - ECAES en Medicina. Marco de Fundamentación y Especificaciones de Prueba. Bogotá, D.C., Junio de 2004. • Universia. CI Universidades. <p>http://www.universia.cl/contenidos/universidades/Universidades.htm http://www1.universia.net/CatalogaXXI/default.asp?IDC=10032&IDP=CI&IDI=1</p> <ul style="list-style-type: none"> • MORÍN, Edgar. “El pensamiento complejo contra el pensamiento único”, entrevista realizada por Nelson Vallejo Gómez en Sociología y Política, Nueva Época, año IV, No. 8, México, 1996. • DIAZ, Mario: “Flexibilidad y Educación Superior en Colombia”. Serie Calidad de la Educación Superior No. 2. ICFES, 2002. Primera parte del capítulo 3; • Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Currículo Nuclear para las Facultades de Medicina de Colombia. http://www.ascofame.org.co/proyectos/cnuclear.php colombia • NICOLESCU, Basarab. <u>La Transdisciplinariedad-Manifiesto</u>. Traducción del Francés por Consuelle Falla Garmilla (La transdisciplinariedad Una Nueva Visión del Mundo- Extracto. http://nicol.club.fr/ciret/espagnol/visiones.htm • RODRÍGUEZ SUÁREZ, J. Aprendizaje Basado en Problemas. Educación Médica. Editorial Médica Panamericana S.A. México D.F. 2003. • STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. Bases de la Investigación Cualitativa: Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada. Primera Edición en Español. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín; 2002. • KAPLAN, Harold I; SADOCK; Benjamín J; GREBB, Jack A. Sinopsis de Psiquiatría. Séptima Edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Buenos Aires, Argentina; 1996. • VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis. Editor. Psiquiatría en la
----------	---

	<p>Atención Primaria. Grupo Aula Médica, S.A. España, 1999.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Edición (CIE-10). Ginebra, 1992. • RICO JAIME, Rosa María; GONZÁLEZ ESCALANTE, Francisca; PENA ANDREU, José Miguel; RUÍZ RUÍZ, Manuel. El Paciente Orgánico Aparentemente Psiquiátrico y Viceversa. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Málaga. Editorial Litofintes S.A. Madrid, 1997.
--	--

<p>Contenidos</p>	<p>El trabajo se presentó con el desarrollo de seis capítulos centrales que compilan todo el proceso de la investigación.</p> <p>En el capítulo primero se describe el referente contextual y presentación del proyecto, comprendiendo los antecedentes y el contexto, planteándose una breve reseña histórica sobre la evolución de los planes de estudio de medicina y como actualmente son las tendencias de estos a nivel regional, nacional e internacional, además comprende el planteamiento del problema y su formulación; además se presenta la justificación y los objetivos que se pretenden lograr.</p> <p>El segundo capítulo corresponde al marco de referencia, donde se presenta la pertinencia del conocimiento, los aspectos relacionados con el currículo como la flexibilidad curricular, la interdisciplinariedad, el modelo biopsicosocial y el aprendizaje basado en problemas.</p> <p>En el tercer capítulo se describe el desarrollo metodológico que conllevó a la consecución de la información a través del criterio investigativo hermenéutico, donde se presenta el criterio investigativo y metodológico como la recolección de la información.</p> <p>El cuarto capítulo presenta el análisis de las categorías y subcategorías generadas de los resultados de la investigación cualitativa. Después de la recolección de la información, realizar las codificaciones abierta y axial resultaron cuatro categorías con sus respectivas subcategorías y son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Trastornos Mentales Orgánicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Demencias ○ Delirium ○ Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad médica • Trastornos Mentales Relacionados con el Paciente Médico:
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reacciones psicológicas a la enfermedad médica ○ Trastornos psiquiátricos reactivos a la enfermedad médica ○ Reacciones psicológicas ante problemas concretos ○ Reacciones psicológicas al ingreso hospitalario. • Factores Psicológicos que Afectan el Estado Físico (Trastornos Psicósomáticos-Trastornos Psicofisiológicos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos somatomorfos ○ Trastornos de la conducta alimenticia ○ Trastorno no orgánico del sueño ○ Disfunciones sexuales de origen no orgánico ○ Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, no clasificados en otro lugar • Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desórdenes por uso de sustancias (abuso, dependencia) ○ Desórdenes inducidos por sustancias <p>El capítulo quinto comprende a la propuesta pedagógica con su respectiva justificación, contenidos, objetivo, contexto en el cual se desarrollará, el proceso pedagógico y su metodología como estrategias, actividades propuestas, evaluación y los recursos necesarios.</p> <p>En el capítulo sexto se plantean las conclusiones y recomendaciones generadas del análisis e interpretación de los datos.</p>
Metodología:	<p>La unidad de análisis se conformó según el diseño de la investigación y teniendo en cuenta las características de la población estudiada, se consideraron los programas de medicina de distintas universidades internacionales, nacionales, regionales y locales, como a todos los especialistas de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) vinculados laboralmente como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y que realicen actividades docente-asistenciales en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia Quindío.</p> <p>La muestra seleccionada fue de carácter intencional pretendiendo una representación no estadística, teniéndose en cuenta los siguientes criterios para su escogencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser médico especialista de las áreas clínicas consideradas

	<p>básicas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Estar vinculados laboralmente como docentes del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío. 3. Su escenario docente-asistencial corresponde a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia. <p>Es fundamental para el presente estudio tener en cuenta los docentes de las áreas clínica básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) puesto que a través de sus acciones docente-asistenciales realizadas en los escenarios docentes donde ellos laboran, será posible realizar intervenciones holísticas para la solución de problemas de salud.</p> <p>El plan académico del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío se analizó a través de su contexto histórico y normativo, también se hizo lo mismo con el Plan de Desarrollo Institucional.</p> <p>A través de reuniones con grupos focales constituidos con los docentes de cada una de las áreas básicas clínicas, se determinaron los núcleos problemáticos que requieren solución interdisciplinaria con la participación de psiquiatría, además las estrategias a través de las cuales se logra su intervención y solución.</p> <p>El proyecto se desarrolló de acuerdo al método hermenéutico que conllevó a un camino inductivo:</p> <p>Primera etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los distintos programas de medicina de universidades internacionales, nacionales y regionales para analizar los respectivos planes de estudio. Estas universidades fueron seleccionadas intencionalmente. • Evaluar en los distintos planes de estudio de los programas de medicina la caracterización de cada uno de ellos. • Determinar en los planes de estudio analizados la existencia de asignaturas, núcleos problemáticos, ejes integradores, bloques. <p>Segunda etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se seleccionaron intencionalmente los médicos especialistas de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) vinculados como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y que su escenario docente-asistencia fuera la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios
--	---

	<p>de Armenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplicaron los guiones (ver anexo) establecidos para los grupos focales que se constituyeron de acuerdo a cada especialidad médica (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia); el diálogo se gravó para el posterior análisis, interpretación y categorización. • En los grupos focales se buscó consenso respecto a los núcleos problémicos clínicos que requieren solución interdisciplinariamente bajo el modelo biopsicosocial con la participación de psiquiatría. • La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de los instrumentos cualitativos: observación sistémica y grupos focales de discusión. • Se clasificaron los datos de acuerdo a la previa codificación abierta, con el fin de determinar las categorías de la investigación; con la codificación abierta y axial se sintetizaron las categorías y subcategorías para el análisis e informe final y construcción de la propuesta.
<p>Conclusiones:</p>	<p>Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenida la información que de ello se generó, conjuntamente con los respectivos análisis, se obtuvieron unos resultados que le permite al investigador presentar el siguiente conjunto de conclusiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualmente el Aprendizaje Basado en Problemas representa uno de los métodos docentes más adecuados para los nuevos modelos de educación superior basados en el aprendizaje. Se presenta el problema a los estudiantes, éstos identifican sus necesidades de aprendizaje, luego investigan y recopilan la información necesaria para finalmente regresar al problema y darle la solución. Los problemas que se presentan son problemas reales, complejos, retadores y seleccionados o diseñados por el profesor para el logro de los objetivos de aprendizaje. 2. El Aprendizaje Basado en Problemas es recomendado como metodología que ha mostrado resultados positivos en la formación del personal médico, el cual permite un aprendizaje dentro de un contexto, la construcción del conocimiento propio a través de un proceso de incorporación del entendimiento y elaboración del conocimiento, aprendizaje en colaboración que define y exige la fijación de metas grupales. 3. Los equipos claramente interdisciplinarios tratan de comprender y solucionar problemas actuales que requieren del concurso de

	<p>varios campos del conocimiento. Los planteamientos interdisciplinarios surgen y se desarrollan apoyándose en las disciplinas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. La formación integral de los estudiantes de medicina (el saber, el saber hacer y el saber ser) necesita de la interdisciplinariedad. Cada día más el hombre que vivirá en el siglo XXI, requerirá aprender a ser crítico, reflexivo, dialéctico, a tener un pensamiento explorador, y ello sólo es posible lograrlo traspasando las fronteras de las disciplinas. 5. En psiquiatría clínica se requieren acciones integrales para lograr intervenir los distintos factores etiológicos relacionados con los diferentes trastornos mentales. 6. En el procesamiento y análisis de la información obtenida en los grupos focales se encontró la importancia de determinar ante la presencia de un trastorno mental, si el trastorno en cuestión es un deterioro orgánico cerebral, un trastorno funcional o bien ambas cosas. 7. En la codificación (abierta y axial) realizada a la información obtenida en los grupos focales, las categorías y subcategorías encontradas corresponden a patologías psiquiátricas que tienen como etiología factores orgánicos o manifestaciones orgánicas de trastornos psiquiátricos. Las categorías fueron cuatro y son las siguientes: Trastornos Mentales Orgánicos, Trastornos Mentales Relacionados con el Paciente Médico, Factores Psicológicos que Afectan el Estado Físico (Trastornos Psicósomáticos-Trastornos Psicofisiológicos), Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas. 8. En el análisis de los distintos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales, se encontró que en varias universidades se sigue aplicando el método flexneriano en la educación médica, caracterizado principalmente por la presencia en los planes de estudio de medicina de dos ciclos de estudio: uno básico y otro clínico; el primero conformado por cuatro semestres y el segundo por seis semestres. Los contenidos se encuentran enmarcados dentro de asignaturas individualizadas; no se evidenció la existencia de equipos interdisciplinarios.
Recomendaciones	<p>En el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío con respecto a aspectos metodológicos en el proceso enseñanza-aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe garantizar que los docentes además de los

	<p>conocimientos científicos sobre su especialidad, tengan o adquieran habilidades pedagógicas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lograr la aplicación por los docentes en sus prácticas pedagógicas del modelo del aprendizaje basado en problemas y otras técnicas que han mostrado ser útiles en la formación del personal de salud. 3. Crear espacios académicos que permitan el trabajo en equipo, intercambio de experiencias y conocimientos, el desarrollo del pensamiento crítico y la autoformación profesional y para la vida. 4. Estimular y promover la formación de equipos interdisciplinarios para la solución integral de problemas en salud de los individuos y la comunidad. 5. Tomar el modelo biopsicosocial como aquel en el cual se base la formación de los futuros médicos para dar paso a la interdisciplinariedad en la atención en salud. 6. Fomentar en los estudiantes el reconocimiento de los aspectos psicosociales en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. 7. Realizar revisiones periódicas del currículo de medicina para lograrse su actualización de adecuado a las tendencias nacionales internacionales como su pertinencia. 8. Ofrecer programas de educación permanente en salud mental para la actualización de los egresados de Medicina de la Universidad del Quindío y otras universidades. 9. Destinar por parte de las directivas del Programa de Medicina y de la Universidad, los recursos necesarios para el desarrollo de la presente propuesta.
--	---

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN DOCENCIA**

INFORMACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Título	PROPUESTA INTERDISCIPLINARIA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
Investigador Principal	Edilberto Bonilla Buitrago
Identificación Institucional	Universidad de Manizales
Coordinadores Cargo Teléfono Correo electrónico	Edilberto Bonilla Buitrago Psiquiatra 7497963 ebonillab8@yahoo.com
Ubicación temática	Investigación Cualitativa
Referencia	Currículo
Fecha de inicio	Junio de 2003
Fase final	Febrero de 2010

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación permite comprender la importancia de la interdisciplinariedad en la formación médica y en la práctica cotidiana, como el conocimiento del modelo biopsicosocial para lograr un mejor entendimiento de la multicausalidad de muchos trastornos médicos y psiquiátricos, donde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales son elementos predisponentes, precipitantes y/o mantenedores; pretendiendo que en el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío se sensibilicen los docentes en el reconocimientos de la necesidad de estos elementos (interdisciplinariedad, modelo biopsicosocial) en la formación del personal de salud como en su aplicación para ofrecer una atención en salud integral a las personas y la comunidad; lo mismo que en sus prácticas pedagógicas permitan que los estudiantes indaguen, investiguen, intercambien información y adquieran habilidades para resolver problemas en salud a través del aprendizaje basado en problemas.

Problema o situación que originó la experiencia:

La observación y análisis sobre la evaluación del quehacer médico llamó la atención sobre la necesidad de realizar una innovación curricular en el Área de Psiquiatría del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, puesto que por parte de algunos docentes existe

alguna resistencia a la implementación del trabajo en equipo mediante la interdisciplinariedad y reconocer la importancia del modelo biopsicosocial y sus beneficios con respecto al modelo biomédico existente y que requiere su cambio pues no da suficiente razón de la multicausalidad de los factores etiológicos del proceso salud-enfermedad. Distintos estudios nacionales e internacionales han mostrado la necesidad de impartir una educación médica con énfasis en la interdisciplinariedad en la solución de problemas de salud, teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial, con prácticas pedagógicas fundamentadas en la metodología del aprendizaje basado en problemas.

En los proceso de garantizar la calidad de la educación como en el de acreditación dados en el Programa de Medicina, es perentorio realizar algunos cambios al interior del Programa y sobre todo en el Área de Psiquiatría que con el paso de los días en forma contraria a lo esperado se ha ido debilitando por varias razones, esto conllevando a dársele poca importancia a los aspectos psicosociales y humanísticos en la formación del futuro médico.

Formulación del problema. Cuál es la propuesta interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío, que permita la solución de problemas médicos bajo el modelo biopsicosocial?

OBJETIVOS

General. Diseñar una propuesta interdisciplinaria del Área de Psiquiatría Clínica del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío que permita la solución de problemas médicos interdisciplinariamente con la aplicación del modelo biopsicosocial.

Específicos.

1. Realizar un diagnóstico sobre los diversos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales para determinar los núcleos problemáticos en la atención médica, que se presentan en las áreas clínicas básicas (Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugia) que requieren acciones interdisciplinarias con la participación de Psiquiatría Clínica.
2. Planear una propuesta pedagógica para la solución de problemas clínicos interdisciplinariamente en las áreas de Pediatria, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugia con la participación de la Psiquiatría Clínica.

ASPECTO METODOLÓGICO: En la realización de la investigación se requirió un criterio metodológico de tipo hermenéutico, puesto que permite una comprensión de la concepción de lo normal y lo patológico desde el punto de vista de la psicopatología; la hermenéutica ha sido considerada el núcleo de las ciencias humanas y así debe seguir siendo, sin embargo la interpretación no es únicamente reducible a una técnica sino que es el problema fundamental de las ciencias humanas.

Se inició con un proceso de revisión y análisis de las tendencias internacionales, nacionales y regionales sobre el estado actual de la psiquiatría en los distintos planes de estudios de las

diferentes universidades, analizando la existencia de núcleos problémicos para resolverse interdisciplinariamente.

Además con los docentes de las áreas clínicas básicas del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío con fundamento a su experiencia asistencial, a través de la dinámica de grupos focales, se procuró llegar a un acuerdo para la determinación y comprensión de un objeto de estudio que corresponda a la determinación de los núcleos problémicos clínicos que requieren ser resueltos interdisciplinariamente con la participación de psiquiatría, los cuales se categorizaron.

Según el diseño de la investigación y teniendo en cuenta las características de la población estudiada, se consideraron los programas de medicina de distintas universidades internacionales, nacionales, regionales y locales, como a todos los especialistas de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) vinculados laboralmente como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío y que realicen actividades docente-asistenciales en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia Quindío.

La muestra seleccionada fue de carácter intencional pretendiendo una representación no estadística, teniéndose en cuenta los siguientes criterios para su escogencia:

1. Ser médico especialista de las áreas clínicas consideradas básicas.
2. Estar vinculados laboralmente como docentes del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío.
3. Su escenario docente-asistencial corresponde a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios de Armenia.

Es fundamental para el presente estudio tener en cuenta los docentes de las áreas clínicas básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía) puesto que a través de sus acciones docente-asistenciales realizadas en los escenarios docentes donde ellos laboran, será posible realizar intervenciones holísticas para la solución de problemas de salud.

El plan académico del Programa de Medicina de la Universidad del Quindío se analizó a través de su contexto histórico y normativo, también se hizo lo mismo con el Plan de Desarrollo Institucional.

A través de reuniones con grupos focales constituidos con los docentes de cada una de las áreas básicas clínicas, se determinaron los núcleos problémicos que requieren solución interdisciplinaria con la participación de psiquiatría, además las estrategias a través de las cuales se logra su intervención y solución.

Se tomó como unidad de trabajo en el presente estudio, doce docentes de Medicina Interna, siete docentes de Pediatría, seis docentes de Ginecología y Obstetricia y cinco docentes de Cirugía, todos vinculados laboralmente como docentes al Programa de Medicina de la Universidad del Quindío; además cuatro programas de medicina revisados de universidades

internacionales, uno de una universidad nacional (Universidad Nacional de Colombia), dos regionales y uno local.

CONCLUSIONES

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenida la información que de ello se generó, conjuntamente con los respectivos análisis, se obtuvieron unos resultados que le permite al investigador presentar el siguiente conjunto de conclusiones:

1. Actualmente el Aprendizaje Basado en Problemas representa uno de los métodos docentes más adecuados para los nuevos modelos de educación superior basados en el aprendizaje. Se presenta el problema a los estudiantes, éstos identifican sus necesidades de aprendizaje, luego investigan y recopilan la información necesaria para finalmente regresar al problema y darle la solución. Los problemas que se presentan son problemas reales, complejos, retadores y seleccionados o diseñados por el profesor para el logro de los objetivos de aprendizaje.
2. El Aprendizaje Basado en Problemas es recomendado como metodología que ha mostrado resultados positivos en la formación del personal médico, el cual permite un aprendizaje dentro de un contexto, la construcción del conocimiento propio a través de un proceso de incorporación del entendimiento y elaboración del conocimiento, aprendizaje en colaboración que define y exige la fijación de metas grupales.
3. Los equipos claramente interdisciplinarios tratan de comprender y solucionar problemas actuales que requieren del concurso de varios campos del conocimiento. Los planteamientos interdisciplinarios surgen y se desarrollan apoyándose en las disciplinas.
4. La formación integral de los estudiantes de medicina (el saber, el saber hacer y el saber ser) necesita de la interdisciplinariedad. Cada día más el hombre que vivirá en el siglo XXI, requerirá aprender a ser crítico, reflexivo, dialéctico, a tener un pensamiento explorador, y ello sólo es posible lograrlo traspasando las fronteras de las disciplinas.
5. En psiquiatría clínica se requieren acciones integrales para lograr intervenir los distintos factores etiológicos relacionados con los diferentes trastornos mentales.
6. En el procesamiento y análisis de la información obtenida en los grupos focales se encontró la importancia de determinar ante la presencia de un trastorno mental, si el trastorno en cuestión es un deterioro orgánico cerebral, un trastorno funcional o bien ambas cosas.
7. En la codificación (abierto y axial) realizada a la información obtenida en los grupos focales, las categorías y subcategorías encontradas corresponden a patologías psiquiátricas que tienen como etiología factores orgánicos o manifestaciones orgánicas de trastornos psiquiátricos. Las categorías fueron cuatro y son las siguientes: Trastornos Mentales Orgánicos, Trastornos Mentales Relacionados con el Paciente Médico, Factores Psicológicos que Afectan el Estado Físico (Trastornos Psicósomáticos-Trastornos Psicofisiológicos), Trastornos Mentales y del

Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

8. En el análisis de los distintos planes de estudio de programas de medicina de universidades regionales, nacionales e internacionales, se encontró que en varias universidades se sigue aplicando el método flexneriano en la educación médica, caracterizado principalmente por la presencia en los planes de estudio de medicina de dos ciclos de estudio: uno básico y otro clínico; el primero conformado por cuatro semestres y el segundo por seis semestres. Los contenidos se encuentran enmarcados dentro de asignaturas individualizadas; no se evidenció la existencia de equipos interdisciplinarios.

RECOMENDACIONES

En el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío con respecto a aspectos metodológicos en el proceso enseñanza-aprendizaje:

1. Se debe garantizar que los docentes además de los conocimientos científicos sobre su especialidad, tengan o adquieran habilidades pedagógicas.
2. Lograr la aplicación por los docentes en sus prácticas pedagógicas del modelo del aprendizaje basado en problemas y otras técnicas que han mostrado ser útiles en la formación del personal de salud.
3. Crear espacios académicos que permitan el trabajo en equipo, intercambio de experiencias y conocimientos, el desarrollo del pensamiento crítico y la autoformación profesional y para la vida.
4. Estimular y promover la formación de equipos interdisciplinarios para la solución integral de problemas en salud de los individuos y la comunidad.
5. Tomar el modelo biopsicosocial como aquel en el cual se base la formación de los futuros médicos para dar paso a la interdisciplinariedad en la atención en salud.
6. Fomentar en los estudiantes el reconocimiento de los aspectos psicosociales en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad.
7. Realizar revisiones periódicas del currículo de medicina para lograrse su actualización de adecuado a las tendencias nacionales internacionales como su pertinencia.
8. Ofrecer programas de educación permanente en salud mental para la actualización de los egresados de Medicina de la Universidad del Quindío y otras universidades.
9. Destinar por parte de las directivas del Programa de Medicina y de la Universidad, los recursos necesarios para el desarrollo de la presente propuesta.

PALABRAS CLAVES: Interdisciplinariedad, Biopsicosocial, Hermenéutica, Currículo, Núcleos Problemáticos, Aprendizaje Basado en Problemas.

Principales Resultados Académicos Derivados del Proyecto:

Mediante el presente proyecto se logró determinar la necesidad que exista en el Programa de Medicina de la Universidad del Quindío equipos interdisciplinarios que permitan la solución de problemas de salud de una manera integral, bajo el modelo biopsicosocial.

Afianzar en las prácticas pedagógicas y alternativas metodológicas que permitan la interdisciplinariedad, como lo es el aprendizaje basado en problemas.

Los docentes de las Áreas Clínicas Básicas en los grupos focales en que participaron, manifestaron como necesidad sentida la presencia de psiquiatría en el equipo de trabajo, lo mismo que darle más peso a los aspectos humanísticos, además promover la importancia de los componentes psicosociales en la formación médica como en la práctica profesional.