

Monografía

Humanismo y enseñanza de la psiquiatría

Alberto Moctezuma Martínez Flores,¹ Mario Souza y Machorro²¹Médico residente de 1er Año de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM.²Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis. Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica. Jefe de Enseñanza y de Adicciones. Clínica San Rafael.

*...Es necesario que el hombre se encuentre a sí mismo
y se convenza de que nada pueda salvarlo de sí mismo, sino él.
«El existencialismo es un humanismo».*

JP Sartre

Introducción

La medicina del S. XIX, dentro de un marco filosófico-metodológico positivista, ha permeado a la psiquiatría en forma paulatina y constante. En la actualidad, algunas corrientes de la especialidad con mayor eco en el ámbito institucional se decantan por el mero saber biológico: encontrar en el cerebro humano las causas de la enfermedad mental. La priorización de los aspectos biológicos conduce al detrimento de los aspectos humanistas, toda vez que se ejerce en distintos programas de atención a la enfermedad mental y su enseñanza, consolidando con la influencia de su praxis, una tendencia hegemónica.¹ La intervención del pensamiento mágico/religioso en la concepción social de los trastornos mentales (TM), contribuyó a su estigmatización, circunscribiéndolos a un sistema excluyente de premisas dicotómicas. La breve revisión histórica, presentada a continuación, señala los elementos de contexto y base del argumento de su discusión. La percepción social de los TM, profundamente influida por la concepción de la «locura», dominó la escena del mundo occidental de los siglos V al XIX.² En la actualidad, tras varios siglos de ignominia, prevalece aún el estigma social, generador, por una parte, de sentimientos ambivalentes respecto a los TM y sus portadores, y por otra, hacia médicos e instituciones del ramo. Ambos factores influyen directamente en la función social del psiquiatra, así como en la consolidación de la psiquiatría como disciplina científica y humanista. La repercusión que ello provoca sobre su enseñanza se acompaña además de una búsqueda constante de aceptación del propio gremio psiquiátrico respecto del gremio médico y científico en general, así como del deseo de disminuir el estigma metodológico del que es víctima como disciplina.³

Descripción

Tras la caída del Imperio Romano de Occidente en el año 476, las ideas grecolatinas, que anteponían un origen natural a los TM, sufrieron un retroceso que dio paso al resurgimiento de la concepción mágico-animista, demonológica.⁴ Tal proceso, auspiciado por la institución religiosa, se adjudicó la función asistencial entre distintas órdenes eclesiásticas. En el siglo XIII, tras el debilitamiento de la institución religiosa, surge el Concilio IV de Letrán, convocado por el Papa Inocencio III, quien dicta el reglamento que forma la Inquisición Pontificia. Más tarde, en 1229, en el Concilio de Toulouse, se crea el Tribunal de la Inquisición, encargado de combatir la herejía por todos los medios.⁵ En este periodo, los enfermos con TM fueron considerados herejes; a partir de la concepción demonológica, ser enfermo mental equivalía a ser sujeto de juicio y castigo. En el Renacimiento, los dominicos Sprenger y Kraemer publican en 1487 su «*Malleus Maleficorum*», considerado como un manual de «inspiración divina», por la doctrina inquisitoria, al equiparar locura, herejía y brujería.⁶ Entre los S. XVI y XVII, se generaliza la práctica de reclusión o confinamiento en leprosarios o en hospitales religiosos, por considerarlos «entes peligrosos a los que había que aislar»,⁷ aplicando acciones coercitivas como: eméticos, purgas, uso de látigos, palos, sangrías y cadenas. La situación para los enfermos psiquiátricos llegó a tornarse sorprendentemente inhumana y aberrante, como en la Inglaterra del S. XVIII, donde se exhibieron como fenómenos de circo. Los enfermos psiquiátricos que no corrieron con la «suerte» de ser recluidos, fueron constantemente segregados, expulsados de las ciudades o entregados a marineros para que los apartasen de los centros urbanos y en ocasiones arrojados al mar.² El miedo y la culpa permanentes en que vivían los hombres de aquella época, fungían como elementos de control utilizados por la Iglesia y el Estado. El miedo de convivir con un agente de Satanás, un poseído o hechizado, implicó la necesidad de evitar la pena o condena social y religiosa al considerarse sucio, impuro o «endemoniado».⁸ La cosmogonía aristotélica se encontraba en franca decadencia, así como la estructura social religiosa; la fe se trasladó de Dios al Hombre,

haciendo que todo gire en torno al ser humano y su razón, invalidando aquello que la razón no admitía. Este nuevo escenario contribuyó decisivamente a disminuir el profundo impacto e influencia del pensamiento mágico/religioso.⁹ La concepción de la «locura» se redefinió epistemológicamente para ser un concepto médico. Pinel desempeña un papel preponderante en la nueva concepción social de la «locura», al eliminar el confinamiento del paciente psiquiátrico y liberarlo de sus cadenas, tanto en sentido metafórico como real, lo cual da paso a la formalización de la responsabilidad del Estado en su atención asistencial. Al arribar al S. XIX, esta nueva manera de ver a la «locura» condujo al reconocimiento de la patología mental como un conjunto de trastornos médicos que requerían de estudio y manejo, surgiendo así su interés taxonómico y nosológico. Sin embargo el estigma, arrastrado durante siglos, no se eliminó del todo, y términos como *alienado* y *alienista*, siguieron usándose para referirse a paciente y psiquiatra respectivamente, los cuales muestran, a no dudar, un ánimo despectivo hacia todo lo psiquiátrico, incluidos médicos e instituciones.¹⁰ Ello se reforzó con la consolidación del enfoque positivista de las ciencias, al anteponer el «método científico» como vía óptima al conocimiento. En la Alemania del S. XIX se estructuró por vez primera la tradición académica de la enseñanza psiquiátrica. Griesinger, pionero de su sistematización, afirmó que los TM al ser de índole cerebral, requerían de las disecciones de los cadáveres de los afectados. En la misma lógica positivista, Kraepelin profundiza en la observación del paciente mental, en una búsqueda afanosa por encontrar las bases nosológicas de la psiquiatría, momento en el cual el hospital psiquiátrico fue la única fuente de conocimiento y enseñanza, y en su interior se priorizó la clínica sobre cualquier otra área del quehacer psiquiátrico.¹⁰ Sin embargo, fuera de los círculos académicos e intelectuales afines, la concepción de la «locura» no logró modifícarse sustancialmente. Si bien la explicación demonológica pasó al olvido, al enfermo psiquiátrico se le siguió considerando como un ser peligroso y requirente de control en lugares alejados de los centros urbanos, en condiciones de exclusión o junto a centros penitenciarios, como en el desaparecido manicomio de la Castañeda o el Batán de Puebla.¹¹ Esta tendencia social, de las políticas que en materia de salud mental mantuvo el Estado decimonónico, y hasta inicios del S. XX, contribuyó a preservar el miedo popular hacia los TM, al tiempo que aislaron de la medicina a pacientes, instituciones y psiquiatras a la vez, quienes apenas comenzaban a estrechar lazos. La consolidación del positivismo como postura filosófico-metodológica, definió el quehacer de la ciencia en el S. XIX, al no considerar «conocimiento» lo que no fuese: *objetivable, repetible, cuantificable* y *comprobable*, reduciéndolo a la información obtenida por experiencias inmediatas, y contribuyendo al estig-

ma contra la psiquiatría como disciplina pseudocientífica o en el mejor de los casos, aceptando sólo aquellas corrientes cuyos logros se limitaran a la descripción de aspectos biológicos como origen de los TM,¹² lo cual soslaya los conceptos intangibles, no objetivos ni cuantificables como los estados de ánimo, las emociones y la conciencia. En los círculos más ortodoxos del positivismo, tales conceptos carecieron de interés para su estudio como áreas del conocimiento científico. En el S. XX se hizo evidente la división de la psiquiatría; por un lado las corrientes que priorizaron la subjetividad, el inconsciente y los aspectos socioculturales, y por otro, aquéllas cuya preocupación se centró en el estudio del sustrato neuronal.¹⁰ Este divisionismo introdujo a la psiquiatría en discusiones y antagonismos aún no concluidos, que derivaron en el reforzamiento del estigma social y académico, de por sí intenso. Áreas de estudio como la neurología, cardiología, ortopedia, ginecología, cirugía, etc., presentaron y mantienen un desarrollo lineal con la ausencia de pugnas epistemológicas.¹³ Estas áreas cuya «materia» de estudio es perfectamente accesible a la experiencia inmediata (*tangible, cuantificable, repetible, comprobable*), reúnen las características del positivismo para considerarse científicas, a diferencia de la psiquiatría.

Discusión

En un marco positivista, las neurociencias se consideran el mejor modelo y guía para el estudio del cerebro y los TM. Su ideal de acción, tanto para la ciencia como para el científico, consiste en priorizar los asuntos de *hecho*, sobre los de *valor*; ésta es su actitud ético-científica de mayor trascendencia.¹⁴ El término «positivismo», se refiere al esquema epistemológico iniciado por A. Comte y su teoría,¹⁵ ubicado en el periodo que siguió a la revolución francesa y a la revolución industrial. En ese entonces, los ideales revolucionarios aún permeaban el imaginario colectivo bajo la consigna de abolir el antiguo régimen con su lema: «Libertad, igualdad y fraternidad». Sin embargo, esta concepción filosófica resultaba amenazante para el mantenimiento en el poder de la burguesía naciente, pues en una sociedad de clases sociales, la igualdad y la fraternidad son inexistentes. Más aún, la libertad se restringió al libre mercado y no al desarrollo de la libertad humana en su más amplio sentido. Por tanto, fue indispensable para la clase burguesa del S. XIX socavar los postulados revolucionarios. Es aquí donde aparece Comte y su teoría originalmente destinada al control social, tal y como lo muestra su emblemática frase «Orden y progreso»,¹⁵ la cual plantea una estructuración social donde la burguesía deviene clase dominante. Esta visión naciente fue esencia de la justificación para el establecimiento económico y político de las clases sociales observables aun en la actualidad. No obstante ello, precisa recono-

cer que el positivismo, como visión filosófica, tuvo gran relevancia en la desestructuración del pensamiento mágico-religioso, impidiendo que la institución eclesiástica retomara el poder sustentado a lo largo de los siglos, lo que representó para la ciencia un impulso en la búsqueda de explicaciones totalmente distintas a las propiciadas por la religión. La teoría positivista incluye tres postulados del estadio del saber: 1) *Teológico o ficticio* (especulativo), 2) *Metafísico o abstracto* y 3) *Científico o positivo*, donde «positivo» remite a lo fáctico: *lo concretamente existente*. En consecuencia, el término «positivo» engloba todo un espectro de ambigüedades, puesto que tanto los hechos «objetivos» como las sensaciones «subjetivas» figuran entre las cosas *concretamente existentes*.¹⁴ Al efecto, cabe señalar de modo esquemático que la especificidad del positivismo, desde un marco epistemológico general, incluye 3 apartados respecto al objeto del saber: 1) *lo objetivo o accesible* (perceptible y evidente); 2) *lo transobjetivo* (fenómenos todavía desconocidos pero inteligibles) y 3) *lo irracional* (lo no-inteligible). Cabe enfatizar que el positivismo sólo admite el primero de los apartados como campo del saber,¹⁴ visión que implica una posición reduccionista que equivale a negar la conciencia o imposibilitar su acceso al campo del conocimiento, al igual que ocurre con la delimitación científica del amor, sensaciones, emociones u otros fenómenos existenciales no valorables cuantitativamente, ni evidentes, metodológicamente hablando, al observador. Ahora, considérese que el positivismo y el reduccionismo han sido los marcos de referencia para la sistematización clínica, la cual, como podrá apreciarse, es una construcción político-social contra la «pseudociencia».

Para Popper el «conocimiento» es la suma de tres conocimientos: a) el del hombre común, b) el científico y c) el lógico o puramente deductivo –independiente de la experiencia–. En el conocimiento científico la experiencia se suma a la lógica y se entrecruza; la experiencia puede tomar la forma de observación o experimentación. Asimismo, propone que toda información basada en la experiencia, además de ser sometida a un criterio de verdad, debe serlo a otro de falsedad. La aplicación del primer criterio es la verificación; la del segundo es la refutación, donde la refutabilidad no sólo es un mérito de la teoría científica, sino su condición *sine qua non*. Es decir, si una teoría no es refutable, no es una teoría científica.¹⁶ Para Popper las teorías científicas son propuestas sólo como hipótesis provisionales, es decir, conjeturalmente hasta el momento de su refutación, considerando así que el conocimiento es falible y refutable a través de experiencias que puedan demostrar su falsedad,¹⁶ a diferencia del positivismo que busca la creación de leyes universales que expliquen la totalidad de fenómenos concretamente existentes. A partir de la institucionalización de la ciencia, la medicina clínica pierde terreno como discipli-

na científica y he aquí que la historia clínica de protocolo esencial para el abordaje clínico del paciente se convierte en ficha técnica.¹⁷ ¿Cómo impacta todo esto a la Enseñanza de la Psiquiatría? El conductismo es la postura pedagógica positivista, fundamentada a partir de los cambios observables de la conducta del sujeto y cuya repetición establece un patrón de tendencia automática. Tal estandarización soterra la participación individual del educando al priorizar los componentes no personales: los objetivos, contenidos, métodos, recursos didácticos y su respectiva evaluación. Por ello, deviene ejemplar la forma en que se intenta automatizar la catalogación diagnóstica de los TM, al insistir en que una «buena clínica» debe cumplir estricto apego a los criterios contenidos en los manuales clasificatorios, los que si bien disponen del sustento consensual de algunos expertos, su uso en la clínica diaria se torna dogmático. El sistema DSM, una de las clasificaciones usadas por su tendencia taxonómica, se acepta en algunas instituciones sin menos-cabo de la intención colonialista que caracteriza su pretensión hegemónica. La priorización que se otorga a los criterios del «eje 1» en la formulación de diagnósticos considerados certeros, impacta directamente en la conducta terapéutica del profesional, lo que implica la minimización de la importancia de los otros cuatro ejes, particularmente del «eje 4». Sin bien en el DSM-IV TR el apéndice «j» da cuenta de la consideración de aspectos socioculturales en la manifestación de los TM, ésta, en la práctica clínica, resulta insuficiente. Además, la visión positivista que permea el sistema DSM, al separar en ejes el diagnóstico, formula en realidad subdiagnósticos que no redundan en una integración, sino en su atomización, con la consecuente subconsideración de los aspectos socioculturales como elementos diagnósticos y rehabilitatorios. Esto lo descubre como un proceso sobresimplificador que prescinde del conocimiento detallado de los signos y síntomas del paciente, tanto como de su significado, proveniente precisamente de sus características psicosociales. Pero la repercusión del positivismo en la psiquiatría es más profunda que el uso mecánico de un catálogo. Considerese el distanciamiento habido en la relación médico-paciente a causa de la preferencia por la etiquetación clínica; la priorización de los aspectos tecnológicos sobre los propedéuticos como fuente de información; la «cosificación» del paciente, a quien en algunos lugares se ve sólo como objeto de estudio sin considerar su dignidad como persona. El quehacer cotidiano de clínicos, investigadores y docentes mantiene hoy día profunda relación con la visión positivista de la disciplina; visión de enorme utilidad para los sistemas en los que predomina el carácter empresarial que mercantiliza la salud. Es ahí donde el clínico debe cubrir un «estándar de productividad» con mayor número de consultas realizadas en forma «express» supuestamente más eficientes, lo cual disminuye el costo de

operatividad; bajo esta lógica, la valoración de los aspectos subjetivos se torna innecesaria e indeseable, al reclamar la inversión de más tiempo en cada consulta. Ahora para esclarecer la representación fáctica del fundamento positivista, formulamos la siguiente pregunta: ¿Quién duda de la existencia, configuración anatómica y función del corazón, los pulmones u órganos de la reproducción? Estos son elementos de estudio de las disciplinas cuyo sustento es considerado científico, por tratarse de objetos medibles, objetivos y «concretamente reales», presentes en todos los humanos. Pero el que los elementos de estudio en psiquiatría no siempre sean *tangibles, objetivables, repetibles o cuantificables*, no valida ni sustenta la desacreditación de la especialidad como área científica o materia de enseñanza. Pero tal sustrato perceptible y evidente, no incluye, sin embargo, al lenguaje mismo, a la estructura del discurso ni a su contenido, menos aún a la representación del pensamiento plasmado a través de él. En la visión positivista lo válido para el estudio científico son las estructuras anatómicas, sus características funcionales y los elementos genéticos involucrados en su herencia; los demás aspectos son considerados pseudocientíficos. De ahí que la orientación positivista dogmática de las corrientes biologistas, estructuralistas, funcionalistas, etc., sea en gran medida la responsable de la estéril división cerebro-mente-sociedad, considerando a cada aspecto por separado y negando la científicidad del estudio de la mente y la sociedad, lo que impide alcanzar el deseable escenario multidimensional integral. Históricamente, la psiquiatría continúa construyéndose, y al igual que en las ciencias sociales, se confrontan corrientes filosóficas, metodológicas, históricas, conceptuales, en variantes de interpretación ante los mismos fenómenos. Por tanto, para la psiquiatría es inherente la interpretación crítica e incluso antagónica o controversial, por lo que su enseñanza no puede conceptualizarse con la aplicación dogmática de criterios diagnósticos, terapéuticos o preventivos, circunscritos a categorías inamovibles, so pena de caer en reduccionismos que atentaran contra su esencia dialéctica y humanista. En consecuencia, la enseñanza de esta materia y su aprendizaje han de contemplar el estudio de las diferentes corrientes en su historia, su desarrollo y controversia, para fundamentar el proceder clínico. El abordaje, la evaluación del paciente psiquiátrico y sus consecuencias no debieran reproducir los patrones de las otras áreas de la medicina. En todo caso, la psiquiatría debe conocer, sistematizar y manejar los aspectos no perceptibles ni evidentes, puesto que su práctica trabaja con elementos intangibles como la conciencia, las emociones, estados de ánimo o la personalidad, que no son repetibles, objetivables, ni cuantificables. Por otra parte, cabe destacar que los elementos moleculares, fisiológicos, bioquímicos, etc. que sustentan las teorías que fundamentan las otras áreas de la medicina, se aceptan de manera quasi dogmática. Los

esquemas disponibles son abstracciones de lo que se considera real, formulados gracias a resultados experimentales que así lo confirman. Pero en todo caso, se trata de consideraciones fácticas u operativas que no son hasta ahora de otra forma. Por tanto, se precisa entender si esta conducta dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje y de la clínica, no es en mayor o menor medida dogmática y sin embargo, no por ello se estigmatiza, se considera menos funcional, ni se niega su origen científico. El positivismo se apoya en la estadística descriptiva, que permite agrupar y dar representación matemática a una serie de experiencias inmediatas. Esta representación, así planteada, equipara «la mayoría a la totalidad», mas el razonamiento requerido para ello no incluye la enorme cantidad de variables que pueden intervenir en la apreciación de una experiencia, su causalidad, su efecto o sus interacciones sistémicas. Por el contrario, induce a la atomización de los eventos, convirtiéndolos en unidades aisladas. En el campo de la medicina y la psiquiatría, este uso positivista de la recolección de datos muestra una de sus manifestaciones más burdas en los intentos fallidos de elevar unas técnicas de búsqueda e investigación a categoría científico-natural. De ahí que se acepte el postulado «La verdad de hoy, es la mentira del mañana». El psiquiatra no necesita la aceptación positivista de la disciplina, sobre todo si ésta implica la pérdida de la identidad intelectual de su trabajo, en detrimento de sus aspectos humanistas. No se requiere «tocar» la mente para entender y contribuir a resolver sus enigmas y problemas. La psiquiatría, en su contexto, es la más compleja de las áreas médicas; abarca las esferas biopsicológicas y socioculturales del humano, incluidos los aspectos filosóficos, políticos, etc., que le permiten alcanzar el desarrollo de sus potencialidades. Desearíamos que alguien respondiera con contundencia a la pregunta: ¿cuál es el método o postura filosófica que abarca tanto y tan complejo asunto, de forma absoluta? Por ello la enseñanza de este quehacer clínico no puede reducirse a una sola óptica, ni puede comprometer su esencia: si niega una de sus vertientes, las negará a todas. En México existe un escenario heterogéneo respecto a la enseñanza de la psiquiatría, el cual no se reduce a la definición territorial de las sedes clínicas, ni a la institución asistencial o universitaria que adscribe a sus alumnos. La discusión reconoce que pese a las diferencias y divergencias en infraestructura, políticas institucionales y recursos presupuestales, las sedes formadoras de psiquiatras (excepto de la Clínica San Rafael que lleva el Curso de La Salle), asumen el Programa de la Especialidad elaborado por la Facultad de Medicina, UNAM, reeditado en 2008 e incluido en el Plan Único de Especialidades Médicas, PUEM,¹⁸ cuya fundamentación metodológica es la enseñanza a través de la *solución de problemas*. Este modelo plantea que la capacidad de resolver problemas se adquiere mediante la experiencia propia, enfrentándose a las

dificultades, capitalizando los errores y proponiendo soluciones que conduzcan a la solución de la problemática planteada. El *pensamiento reflexivo y crítico* se plantea como la herramienta esencial para la adquisición de la habilidad de resolver problemas. Asimismo, considera que el aprendizaje basado en la solución de problemas debe contender con «problemas reales», de manera que los residentes tengan la «necesidad real» de resolverlos, lo cual motivaría la búsqueda y análisis de elementos bibliohemerográficos, que deriven en experiencias nuevas, mediante las cuales, paulatinamente, éste adquirirá las habilidades y rasgos de personalidad característicos de la «madurez creativa». Ello plantea una mayor responsabilidad por parte de la sede clínica en el proceso de enseñanza, pues es en ésta donde han de cristalizar los aspectos mencionados, bajo la consideración de que los contenidos específicos de los programas, serán sólo el vehículo mediante el cual el alumno se ejercente en la solución de problemas de la atención médica. De acuerdo con esta concepción metodológica, la forma en cómo se relaciona el alumno con el conocimiento del problema de salud a resolver es determinante para el desarrollo de su habilidad para solucionarlo, por ello depende de la relación sistemática entre la información que consulta y los problemas que afronta. Surge entonces la necesidad de un enfoque multidisciplinario que permita analizar el problema desde distintas ópticas, tomando en cuenta distintos enfoques metodológicos y diferentes caminos para su abordaje. La solución del problema, así obtenida, plantea una concreción más integral, con mayor posibilidad de resultar exitosa. En tal proceso, el profesor se convierte en *facilitador* del aprendizaje, es decir, fomentará el análisis, búsqueda, discusión, crítica, generación de hipótesis y alternativas de solución de los problemas. En la última década del S. XX destacados organismos internacionales (*General Medical Council 1993, World Federation for Medical Education 1994, Association of American Medical Colleges 1998*) propusieron una modificación a la forma de enseñar medicina. Las premisas respecto de los estudiantes eran: a) lograr una mayor capacidad de autoaprendizaje; b) adquirir la capacidad de resolver problemas y c) desarrollar la capacidad para trabajar en equipo.¹⁹ El Aprendizaje Basado en Problemas, ABP, permitió desarrollar durante 1971 en la Universidad de McMaster, un currículo para el aprendizaje de las Ciencias de la Salud. El ABP surge como una forma de eclecticismo pedagógico, que incluye distintas teorías del aprendizaje como el Cognoscitivismo, destinado a comprender qué sucede en la mente del que aprende, respecto de los procesos complejos como el pensamiento, el lenguaje, conceptualización y procesamiento de la información, con la finalidad de lograr un aprendizaje significativo; es decir, *la capacidad de comprender e interpretar la realidad para poder transformarla*. Otra teoría que forma parte del ABP es el

Constructivismo, dirigido a construir interpretaciones personales del mundo, sustentadas en experiencias e interacciones individuales. Es decir, el aprendizaje –producto de la interacción del sujeto con su medio–, funciona como herramienta de adaptación, lo cual involucra la construcción del conocimiento que propicia la reflexión sobre la información nueva, el proceso de su obtención y su análisis, a efecto de que el alumno *aprenda a aprender*.¹⁹ Ahora bien, considerando las características generales y específicas del PUEM, puede afirmarse que: a) no acepta una sola postura filosófico/metodológica; b) diverge del positivismo y del conductismo; c) considera el contexto y la individualidad de paciente y psiquiatra y d) promueve la construcción del conocimiento por parte de los alumnos.¹⁸ Pero ¿todas esas características son llevadas a la práctica en las distintas sedes? Dado que los Comités Académicos son las instancias encargadas de éstas y otras actividades,¹⁸ es conveniente conocer sus valoraciones preliminares de cada sede, así como sus recomendaciones, mismas que deberían ser públicas, para que todos, incluyendo los residentes, las conozcan, las discutan y contribuyan a su cumplimiento. Además, es pertinente evaluar las condiciones infraestructurales de aquellas sedes que carecen de centro de información documental o donde no se disponga de un catálogo para los usuarios, no haya actualizaciones bibliográficas o no cuenten con inventario. Asimismo, es conveniente conocer la opinión de los residentes respecto de su formación como psiquiatras y el tiempo que dedican sus tutores a la evaluación de las habilidades clínicas adquiridas. Otro aspecto de gran relevancia es la estructuración operativa de cada sede; conocer el grado de homogeneidad operativa en la enseñanza de temas psicodinámicos, psicoterapia, etc., incluidos en el PUEM. El conocimiento de las evaluaciones realizadas en las distintas sedes respecto a los tutores, al igual que los parámetros de evaluación de sus residentes, resulta trascendental. A ello se añúa la importancia de conocer el disenso de los alumnos, respecto a sus sedes y del programa mismo, aspecto no contemplado en el PUEM. Las evaluaciones y calidad de los egresados que les preceden, la opinión de los pacientes respecto a la atención brindada y de las instituciones que ofrecieron sus servicios, todo ello resultaría de gran utilidad para la aplicación de los lineamientos del Programa. Por otro lado, las recomendaciones de la Asociación Mundial de Psiquiatría, AMP, que conforman el «Entrenamiento central curricular en psiquiatría (ECCP)»,²⁰ se destinan a *compartir pericia y experiencias educativas, tomando en cuenta las realidades existentes en las diferentes regiones del mundo*. El ECCP consta de dos grandes ejes: currículo-didáctico, CD, y las rotaciones clínico-didácticas, RCD. El CD consiste en una serie de recomendaciones temáticas generales, propuestas para ser abordadas en los diferentes años de formación, agrupadas en siete ejes principa-

les (ciencias básicas, evaluación diagnóstica, etiopatogenia, terapéutica, pronóstico, prevención y promoción de la salud mental), así como del número, extensión y año en que debería llevarse cada tema. La RCD consiste en recomendaciones puntuales respecto de las características que deberían tener las sedes clínicas, los aspectos que se debería incluir en las mismas para promover la adquisición de habilidades, competencias y el tiempo que debería durar cada rotación.²⁰ Otras versiones educativas muestran diferencias con respecto al PUEM como el caso de los Programas de Argentina o Canadá, que incluyen numerosos temas humanistas en áreas de antropología médica y socio-medicina y tiempos amplios destinados al abordaje de temas psicodinámicos; por ejemplo, en Francia, se ofrece una de las mejores opciones de enseñanza de psicoterapia y psicoanálisis. En México, los programas incluyen cada vez más, áreas de índole neuropsiquiátrica, neurofisiológica, neurobioquímica, neurofarmacológica, neurogenética, neuropatológica y neuroepidemiológica, fundamentales para una formación actualizada; sin embargo, en forma inversamente proporcional reducen el estudio de los aspectos humanistas, psicodinámicos y sociales, amén de que no cuentan con la infraestructura que garantice el futuro laboral de los graduados. Por ejemplo, en el Centro de Investigación en Neurociencias de la Universidad de Cambridge, cuenta con 12 equipos de RM, cinco quirófanos para cirugía de epilepsia y 7 laboratorios altamente equipados para la investigación de las neurociencias. Pero lo que resulta alarmante es el poco tiempo dedicado por los tutores de ciertas sedes a la supervisión de las habilidades clínicas de los alumnos, respecto al tiempo empleado en la revisión de protocolos de investigación. Se ha puesto énfasis en la estandarización de los instrumentos de medición de la calidad de los egresados de las distintas sedes, que al ser exámenes teóricos, no logran evaluar la complejidad de actividades y funciones que realiza un psiquiatra en formación, ni tampoco evalúan las capacidades que un psiquiatra tiene para la resolución de problemas clínicos, o el conocimiento actitudinal/emocional, indispensable en el área. Esta lamentable situación es a la par predecible; se proyecta tanto en la incongruencia como en la importancia otorgada al abordaje de las necesidades nacionales de atención de la patología mental social. Las tendencias educativas que rigen la aproximación clínica a tales problemas, parecen estar influidas y más acordes a los criterios de otros países, tal como nos lo muestran los resultados de estudios farmacológicos realizados en el extranjero, que pretenden aplicar igual posología y tiempo de prescripción en la población mexicana. A pesar de los importantes logros y avances tecnológicos y científicos ocurridos en las neurociencias, el psiquiatra no debe olvidar que no sólo trata con cerebros, tomografías, ni explicaciones proteómicas. No es un EEG quien nos dice «que se siente mal» o una imagen de

SPECT quien refiere «que ha perdido el interés por la vida»; las bandas oligoclonales pueden remitir a considerar un proceso desmielinizante, pero no nos dicen cómo el paciente vive su enfermedad, ni quién es aquella persona que padece esclerosis múltiple. El énfasis educativo en el psiquiatra es para que asuma el espíritu hipocrático de la frase «No hay enfermedades, sino enfermos». Tratamos y convivimos con personas; el trato, por tanto, debe ser humanitario, a un lado de los avances científicos o tecnológicos que contextualicen y favorezcan al mismo.

En consecuencia, cabe preguntarse: ¿Los profesores de la especialidad conocen la fundamentación epistemológica actual de la psiquiatría? ¿Cuál debe ser la orientación que se asigne al quehacer psiquiátrico en la clínica, investigación y docencia? ¿Disponemos de una praxis psiquiátrica multidisciplinaria o será necesario cambiar la estructura metodológica de su enseñanza acorde al beneficio social? El tiempo lo dirá.

Referencias

1. Barcia D. Psiquiatría y Humanismo. España: Publicaciones UCAM, 2003.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE, 1967.
3. Andreoli V. La tercera vía de la psiquiatría. México: FCE, 1996.
4. Postel-Quetel J. Historia de la Psiquiatría. México: FCE, 1987.
5. Llorca B. Historia de la Iglesia católica. Tomo II, 4a ed. Madrid: BAC, 1965.
6. Peters E. Inquisition. Estados Unidos de América: University of California Press, 1989.
7. Porter R. Breve historia de la locura. México: FCE. 2003.
8. Crombie A. Historia de la ciencia: De San Agustín a Galileo. Madrid: Alianza Universidad, 1987.
9. Hazard P. Historia del pensamiento europeo en el siglo XVIII. Madrid: Alianza Editorial, 1985.
10. Figueroa G. Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: «Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie». Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 134-146.
11. Avendaño J. Breve historia sobre la psiquiatría en México. Rev Fac Med UNAM 1996; 39(2): 75.
12. Bowler I. Panorama general de la ciencia moderna. Madrid: Editorial Crítica, 2007.
13. Pérez-Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México: FCE-SEP-CONACYT, 2001.
14. Kolakowski L. La filosofía positiva. Madrid : Ediciones Cátedra, 1966.
15. Comte A. Discurso sobre el espíritu positivo. Madrid: Alianza Editorial, 1984.
16. Popper K. Lógica de la investigación científica. Madrid: FCE, 1967.
17. Monteverde E. La medicina: ciencia, técnica o ciencia aplicada. México: Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina UNAM, 2005.
18. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Plan Único de Especialidades Médicas, PUEM. 4^a Ed. México: UNAM 2008.
19. Martínez-González A. Aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de la medicina y las ciencias de la salud. México: Editores de Textos Mexicanos, 2007.
20. Asociación Mundial de Psiquiatría, Programa Institucional de Entrenamiento Curricular para Psiquiatría, Yokohama, Japón: AMP, 2002.