

Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar

Javier Rodríguez Suárez,¹ Germán Fajardo Dolci,² Francisco Higuera Ramírez,³ Luis F. Iglesias Fernández⁴

RESUMEN

La práctica médica requiere de una nueva conceptualización con el fin de incorporar los valores humanísticos en su quehacer cotidiano. El estado del arte de la biomedicina sólo puede considerarse como un estándar de oro cuando incluye características como la ética, valores humanísticos, actitudes y conductas morales en el curriculum. Las biociencias y los valores humanísticos deben ser integrados en el diseño curricular, creando un entorno centrado en el que aprende. Las habilidades de comunicación así como las habilidades diagnósticas y terapéuticas deben ser aprendidas de acuerdo con las necesidades de los pacientes y de la comunidad, lo cual es especialmente relevante para la Medicina Familiar. Esta perspectiva se ha integrado en el Modelo Biopsicosocial de la Medicina Familiar. La preparación tradicional ha reforzado de manera común los valores que toman en cuenta los datos objetivos sobre las experiencias subjetivas. La falta de una atención explícita a este aspecto da como resultado que los valores humanísticos sean descuidados o devaluados de manera importante.

Palabras clave: Biopsicosocial, medicina familiar, valores humanísticos.

INTRODUCCIÓN

La Medicina Familiar ha constituido desde sus inicios el fundamento que amalgama las tendencias humanísticas

ABSTRACT

Medical practice requires a new conception in order to routinely incorporate humanistic values, attitudes and moral behaviors in the curriculum. The state of the art in biomedicine could be a gold standard only if factors as ethics, respect, and interest of the patients are to be considered. Biosciences and humanistic values should be integrated in curriculum design, creating an adequate learner centered environment. Communication skills, and diagnostic and treatment skills should be learned accordingly with patients and community needs, being specially relevant in Family Medicine. This perspective has been integrated in the Biopsychosocial Model of Family Medicine. Traditional training programs have commonly reinforced such values as the primacy of objective data over subjective experience. The lack of explicit attention to this aspect of training often results in these values being neglected or subtly devalued.

Key words: Biopsychosocial, family medicine, humanistic values.

de la profesión. Sin embargo, la introducción constante de adelantos tecnológicos, al mismo tiempo que apoya el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, le confiere un carácter dicotómico al distanciar al médico del paciente. Otros factores de naturaleza sociológica constituyen fuerzas que frecuentemente producen el mismo efecto sobre esa relación. Ante esta perspectiva es necesario redefinir la práctica médica, teniendo como eje a la Medicina Familiar, de tal manera que pueda responder al reto de brindar una atención socialmente adecuada. Para ello, resulta indispensable reconocer tres situaciones que influyen en el proceso:

- 1) El curriculum orientado a la formación integral del alumno, constituye uno de los elementos funda-

¹ Director de Enseñanza. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

² Director General. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

³ Director General Hospital General de México.

⁴ Subdirector de Servicios Ambulatorios. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia:

Dr. Javier Rodríguez Suárez.

Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra, México, D. F. 14000. Tel. 56 65 20 65.

E-mail: sabinasjrs@yahoo.com.mx

mentales de modelos educativos con enfoque a la atención médica socialmente adecuada. A pesar de lo anterior se dan dos situaciones que atentan contra este modelo. Por un lado, la enseñanza tradicional de pregrado privilegia la biomedicina sobre los factores humanísticos, y por otra, existe en el postgrado la tendencia a la subespecialización. Esto ha inhibido en buena medida el crecimiento de la Medicina Familiar, aun teniendo en cuenta las grandes necesidades que existen de contar con mayores recursos en ese campo. Por otra parte, la Medicina Familiar requiere de una mejor valoración en el contexto de la práctica médica global. La especialidad constituye un eje fundamental no sólo desde la perspectiva de los contenidos, sino también de las actitudes y habilidades necesarias para contender con las necesidades que tienen los enfermos de contar con una atención incluyente de aspectos psicológicos y sociales, operados cualitativamente a través de la prestación de un servicio que respete al paciente, que tenga en cuenta la dignidad de poblaciones marginadas, así como la participación de la familia en dicho proceso.

- 2) Otro aspecto esencial lo constituye la función que debe ejercer el Médico Familiar como líder de la atención médica integrada socialmente adecuada. Su propia formación lo orienta a tomar esa responsabilidad en un entorno en que la fuerza de la biomedicina ejerce una mayor presión hacia la práctica profesional cada vez más onerosa y menos accesible para los más necesitados. Dicha responsabilidad tiene que ver con el papel del Médico Familiar para retroalimentar a las diferentes ramas de la Medicina sobre aspectos tan trascendentes como son las políticas de salud y los aspectos económicos de la misma, entre otros muchos asuntos importantes.

De esta manera, se visualiza la necesidad de conjugar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en un modelo de Medicina Familiar que responda a las necesidades de la población.

EL MODELO BIOPSIOSOCIAL

El modelo que pretende el equilibrio entre las biociencias y los aspectos humanísticos es el biopsicosocial, que se funda en la teoría de sistemas y enfatiza las interrelaciones esenciales entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y de la enferme-

dad. Orienta las relaciones entre las ciencias básicas, desde los sistemas hasta las moléculas y las formas en que los fenómenos biológicos influyen las conductas y, por último, el contexto social en el que el paciente funciona. Quizá lo más importante es que el modelo enfatiza la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre la biología de los sistemas, de las moléculas y sobre el mantenimiento de la salud, el desarrollo y curso de las enfermedades.¹

Uno de los problemas que se han presentado es la forma como puede instrumentarse un modelo educativo y de práctica médica sustentado bajo este enfoque. Este modelo evolucionó a partir de los conceptos de educación y cuidado del paciente que habían formulado años atrás Engel y Romano.^{2,3} Hacia los años 50, estos autores introdujeron estos conceptos en los estudiantes de Rochester, a través de cursos en medicina psicosocial que ellos mismos dirigían y que posteriormente aplicarían en el curriculum.⁴

En 1985, cuando los planeadores del curriculum en Rochester se comprometieron a resaltar en él la presencia de los conceptos biopsicosociales, promovieron la creación de las llamadas "conferencias de casos integrales". La idea era que los estudiantes aprendieran a través de las entrevistas de pacientes que se veían en los consultorios, en un ejercicio sencillo integral, acerca de la biología de sus padecimientos y los asuntos personales y las fuerzas sociales que influyen la presentación, diagnóstico y terapéutica. Los ejercicios fueron diseñados para ir más allá del formato de correlación básica científica-clínica hacia una consideración de la fisiopatología en términos de orientación a sistemas. En esta visión se incluía la consideración de los problemas del paciente, del médico, los económicos, éticos y legales, ya que influyen a los pacientes como personas, su salud y el curso natural de las enfermedades. Actualmente, muchas instituciones aplican tempranamente la entrevista centrada en el paciente para la educación de los estudiantes,^{5,6} así como la exposición a aspectos comunitarios, éticos y legales de la atención médica de manera integrada.⁷⁻⁹

En este modelo, los tópicos que se cubren durante las sesiones se seleccionan en forma paralela a los contenidos que se ofrecen concurrentemente en los cursos de las ciencias básicas. De esta forma, una sesión quirúrgica se imparte cuando se realizan prácticas de disección anatómica. Los temas se relacionan íntimamente con las humanidades médicas, aspectos médico-legales, medicina comunitaria, epidemiología y éti-

ca.¹⁰ Así, en la entrevista centrada en el paciente, se estudian la organización y economía de la atención a la salud, y se integran como factores que afectan de diferente manera la atención médica.

Otros objetivos son:

- Ayudar a los estudiantes a estar conscientes del impacto de una buena relación médico-paciente sobre los resultados terapéuticos.^{11,12} A través de la exposición que hacen los enfermos de sus problemas, los estudiantes pueden entender mejor la forma en que las conductas y actitudes del médico influyen la respuesta de los pacientes a la enfermedad y a su tratamiento y cómo repercuten además en el bienestar del médico.^{13,14}
- Dar a los estudiantes oportunidad adicional para involucrarse con pacientes reales, comenzando en las primeras semanas de estudio en las escuelas de medicina. Los estudiantes aprenden a escuchar los problemas de sus pacientes en sus propios términos, adquiriendo la sensibilidad para hacer preguntas apropiadas, interpretando las respuestas y utilizando los datos de la entrevista como parte del proceso de razonamiento clínico y durante el cual obtienen la motivación suficiente para continuar estudiando y aprovechando al máximo sus experiencias.¹⁵
- Ayudarlos a apreciar, en su justa dimensión, el papel desempeñado por los médicos y otros profesionales en la atención a los pacientes. Para ello, en su proceso educativo se deben conjuntar a médicos especializados en diversos campos, con lo cual los alumnos pueden adquirir una visión holística a través de las sesiones interdisciplinarias. Posteriormente, estas perspectivas le servirán para redefinir su papel como Médico Familiar en la sociedad, asumiendo la labor de liderazgo efectivo del primer nivel de atención y actuando de enlace para asegurar una atención adecuada en el segundo nivel. Hasta 1960 el papel tradicional del médico era asegurar la salud de sus pacientes. La noción en la educación moderna del médico va más allá de lograr el bienestar médico, extendiéndose a los deseos del paciente, hecho que ha sido condicionado por el movimiento bioético moderno en el que el bienestar médico ha sido igualado y, en ocasiones, sobrepasado por la atención a sus deseos e intereses. El punto esencial de ese movimiento es la noción de que el médico tiene un compromiso profundo para asegurar los deseos y los derechos de los pacientes. La autonomía del paciente es visualizada no sólo como valiosa en sí misma sino

también como necesaria para determinar lo que es de mayor interés para el individuo.

DESARROLLO DEL PROFESIONALISMO

En el concepto del profesionalismo se han incluido varias cualidades como: altruismo, responsabilidad, excelencia, deber, honor, integridad y respeto por los demás. Sin embargo, con frecuencia se desvirtúa asignándole, entre otros significados, el del desarrollo del profesor o de los médicos, planeación de la carrera y educación médica continua. En su más amplia acepción implica el desarrollo en términos de preparación médica, así como un proceso de autorreflexión que involucra hábitos de pensar, sentir y actuar, en el que el contenido juega un papel significativo. Este último debe ser interdisciplinario y proporcionar tanto preguntas como respuestas. Incluye la filosofía e historia de la medicina para explicar cómo hemos llegado a la etapa actual y los factores que han influenciado su evolución. Sin embargo, no se limita a ellas, sino que incluye también a la sociología del conocimiento médico para explicarnos de qué disciplinas y métodos proviene la medicina, cuáles son ignorados y cuáles son las debilidades y fortalezas de estas disciplinas y métodos. Tampoco se dejan de lado los aspectos políticos, económicos y búsquedas sociales que han rodeado a la práctica médica, de tal manera que reconsideremos a quién le servimos y a quién no se le alcanza a proporcionar servicio y por qué. Otros aspectos incorporan la reflexión sobre lo que se siente estar enfermo y las consecuencias sobre la autoestima, dignidad y respeto existentes en todos los pacientes. Bajo este contenido interdisciplinario los estudiantes y residentes pueden aprender a pensar críticamente acerca de ellos mismos y de su profesión, reconocer sus fortalezas y límites de conocimiento científico, darse cuenta y actuar sobre las dimensiones humanísticas de la práctica médica e integrar sus responsabilidades sociales como médicos en el contexto de sus metas personales.

El profesionalismo, más que dejarse a la posibilidad de ser modelado por los propios estudiantes basados en su percepción, o a través de la influencia de otros elementos, debe ser fomentado en los estudiantes brindándoles experiencias significativas a través de contenidos específicos. Así como el razonamiento clínico no puede darse en el vacío, sino que debe realizarse sobre conocimientos particulares, métodos y desarrollo de habilidades, el profesionalismo requiere que los estudiantes aprendan el uso de otras herramientas relevantes para el desarrollo profesional que

pueden ser proporcionadas solamente por métodos, conocimientos específicos y habilidades externas o independientes a los dominios de la biociencia.

Los estudiantes de medicina tienen pocas oportunidades de aprender conocimientos que no sean proporcionados a través de métodos empíricos biocientíficos. Así, la filosofía,^{16,17} sociología e historia de la medicina, a menudo son las únicas áreas en donde la compasión, comunicación y responsabilidades sociales pueden ser enseñadas, aprendidas y practicadas.^{18,19} Para educar en forma amplia a los estudiantes que deben desarrollar el profesionalismo a lo largo de sus carreras, se requiere un curriculum de espectro completo. Éste debe promover la conciencia sociológica, el pensamiento interdisciplinario y la comprensión de las dimensiones económicas y políticas de la atención a la salud orientadas a su comunidad.²⁰ Aquí existe una necesidad ineludible para que en la educación médica se integren programas específicos para cultivar los valores fundamentales del profesionalismo en los futuros médicos, sean éstos impartidos a través de sistemas abiertos o tradicionales.²¹⁻²³

El desarrollo del profesionalismo no es contemplado como una lista de cotejo o de cualidades abstractas. Los educadores médicos no pueden asumir que los estudiantes desarrollan el profesionalismo al mismo paso con el que se desempeñan a través del curriculum, o que el desarrollo profesional se da justo en forma natural como sucede con la madurez física.²⁴ De esta manera tampoco puede asumirse lo mismo con respecto al razonamiento clínico. De hecho, para que se logre el profesionalismo, los estudiantes requieren de una experiencia intelectual amplia, mayor a la que se proporciona mediante el currículo tradicional, que ubica el mayor valor en el conocimiento científico (racionalista), que puede tener poco que ver con el pensamiento crítico acerca de sí mismos, de la profesión médica y de la sociedad, todos los cuales son básicos para el desarrollo profesional.²⁵

Los alumnos deben aprender también a contender con los aspectos institucionales concernientes a la forma como se accede a los servicios de salud, así como con las situaciones éticas y morales frecuentemente ambiguas propias de la medicina. La necesidad de adquirir las destrezas para tratar con los pacientes de diferente edad, sexo y diversidad cultural,²⁶ no puede soslayarse como una de las cualidades con las que debe egresar un médico familiar.

Para lograr que los estudiantes logren ser expertos y flexibles en estos menesteres, el curriculum debe reflejar el conocimiento y las habilidades que provienen de una metodología y contenidos multidisciplinarios que permitan integrar la práctica médica.²⁷ Sin embargo, también deberá hacer conciencia de que estos métodos y contenidos son frecuentemente provisionales, específicos de los diferentes contextos y a menudo eventuales y contradictorios con otros entornos.

Cuando el desarrollo del profesionalismo es concebido de esta manera a través del curriculum, en forma interdisciplinaria y con variedad metodológica, los estudiantes pueden tomarlo como un proceso esencial, continuo y que es visible mediante los conceptos de compasión, comunicación y de una práctica médica socialmente responsable en el contexto de una medicina que satisfaga plenamente.

Más aún, cuando el enfoque se desvía hacia el curriculum formal y el oculto que corre paralelo,²⁸ el desarrollo del profesionalismo adquiere diferentes implicaciones y asunciones acerca de cómo movilizar a los estudiantes de una situación a otra. Esto tiene que ver con lo que ofrece sobre la naturaleza del conocimiento, independientemente de sus metas de licenciatura y qué valores se encuentran implícitos en estos conocimientos. En esta misma línea de pensamiento debe reflexionarse sobre cómo éstos se relacionan con la compasión, comunicación y con la práctica médica socialmente responsable. Si no existe relación, deben especificarse los conocimientos que se asocian con los hábitos apropiados y dónde y cómo estos conocimientos aparecen en el curriculum médico. Para responder a estas preguntas, es necesario observar en panorámica los conocimientos que se proporcionan a los estudiantes que llegan a las escuelas y facultades de medicina. La propuesta para el desarrollo del profesionalismo implica el análisis curricular, haciendo notar las limitaciones de una sola orientación del conocimiento buscando la incorporación de una perspectiva múltiple, con descripción de la forma como puede ser desarrollado y soportado en el aula y en la relación médico paciente.

LAS BASES CIENTÍFICAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y EL HUMANISMO

Cuando los docentes logran una percepción más detallada de cómo los conceptos, terminología y métodos de la biomedicina están marcados con dicotomías, es

más fácil que reconozcan en dónde se suscita la separación entre lo que se entiende como las bases científicas de la medicina y lo que constituye el humanismo en el que debe sustentarse el cuidado a los enfermos.

En la búsqueda de los fundamentos que sustentan el núcleo de todas las profesiones, se encuentra el conocimiento especializado y las asunciones que se realizan del mismo. En la licenciatura, a los estudiantes se les enseña que los contenidos y métodos de la ciencia son esenciales para aprender en medicina; esto es, se les asume como los fundamentos del razonamiento clínico y de la comprensión de las enfermedades. En los primeros años de la carrera es clara y relevante la participación de los expertos en ciencias básicas, ya que en este contexto el conocimiento científico se logra a través de los cuestionamientos razonados que se caracterizan por la objetividad, universalidad y replicabilidad. Aun cuando la individualidad y la subjetividad tienen mucho que ver con la enfermedad, lo que los alumnos aprenden más tarde, es que estas cualidades no tienen lugar en la elaboración del conocimiento científico. Lo anterior por la visión de cómo se enseña en las clases tradicionales y laboratorios y del predominio de las biociencias sobre las humanidades.

El estudio del cuerpo humano con enfoque mecánico en términos de forma y función, el aprendizaje de generalidades humanas en lugar de idiosincrasias humanas y pensar en paradigmas más que en las historias de los pacientes, son procesos que se convierten en formas rutinarias de pensamiento. En este sentido, de las profesiones relacionadas con la salud, ninguna ha mostrado tanta fidelidad a los cuestionamientos racionales asociados con la ciencia que la medicina. Este modo de pensamiento aplicado en la investigación y razonamiento clínicos, ha permitido que millones de personas tengan mejor salud, recuperaciones más rápidas, mayor longevidad y mayor calidad de vida. Esto puede considerarse como una estructura compleja y profundamente intelectual, en la que se conjunta continuamente el trabajo académico y científico de muchas mentes, y en las que el médico familiar, como agente integrador, juega un papel fundamental.²⁹ El enfoque racionalista, que incluye el pensamiento científico, es una herramienta poderosa; sin embargo, es solamente una pieza en el gran rompecabezas del desarrollo profesional, una herramienta en una diversidad de alternativas metodológicas de los médicos que practican la medicina con éxito.

Por otro lado, los estudiantes se encuentran en un sistema contradictorio, en el que deben desarrollar el sentimiento de compasión, las habilidades de comunicación y las responsabilidades sociales dentro de los límites de un discurso educativo en que los criterios de evaluación se relacionan más con la memorización y la competencia biomédica.³¹ De hecho, las creencias que desarrollan los estudiantes acerca de la naturaleza de la práctica médica (las cuales finalmente se aplican al paciente, con otros profesionales de la salud y en la comunidad) pueden ser inhibidas manteniéndose solamente en los caminos científicos del conocimiento. Por ejemplo, el desarrollo del profesionalismo puede ser obstruido cuando la objetividad, replicabilidad y generabilidad se hacen criterios esenciales para estudiar todos los fenómenos médicos. Estas asunciones influyen las creencias subsecuentes de los estudiantes acerca del valor de los diferentes conocimientos. En esta etapa ven a la ciencia y sus métodos de producción de conocimiento como una llave para abrir todos los secretos del cuerpo humano - cómo trabaja, cómo se mantiene, cómo se altera, cómo se cura y también la clave para establecer sus relaciones con los pacientes y otros profesionales de la salud. Es necesario reconocer que estas observaciones no hacen a un lado la importancia de la ciencia, sino que más bien apelan a la necesidad de lograr un sano equilibrio entre el conocimiento técnico científico y el humanismo. En este sentido, el contenido y los métodos de la ciencia están tan normalizados que los alumnos caen fácilmente en un patrón cómodo pero falso de pensamiento, en donde todo lo que no sea derivado de ese método es considerado especulativo, quizá potencialmente útil pero al fin conocimiento no validado. Por otro lado y paradójicamente, los estudiantes se habitan al lenguaje científico como un medio común para transmitir observaciones y teorías, por lo cual ven el lenguaje de los pacientes como inadecuado o inexacto debido a su obvia subjetividad. Esta división dicotómica se amplía a esferas relacionadas relevantes como son la razón-emoción, cuerpo-mente, perspectiva parcial-holística, etc.

La visión apropiada integradora es aquella que enseña a los estudiantes que los pacientes tienen cuerpo y mente, que están relacionados con la familia y la comunidad con múltiples ligas psicosociales, que son fundamentales en el proceso de atención a la salud en el que están implícitas la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, lo cual queda

englobado en la estructura biopsicosocial que hace que la medicina sea considerada tanto una ciencia como un arte.

Cuando se enseña a los estudiantes, tanto en forma explícita como implícita, que el verdadero y único conocimiento médico proviene del proceso objetivo, cuantitativo, empírico, desconfían naturalmente de los conocimientos que son obtenidos mediante otros métodos. Factores tales como sexo, raza, cultura, educación, clase social, identidad étnica, ambiente político, estado económico, etc., son vistos como secundarios a un conocimiento médico apropiado, con la asunción de que tanto el producto como el proceso de hacer conocimientos médicos apropiados existe independientemente de esos factores. Esto explica porqué los estudiantes pasan de la educación preclínica a la clínica buscando objetividad, un estado en el que no existe cabida para los factores subjetivos. En este discurso el médico establece una brecha entre los conocimientos que posee y los que adquiere mediante el razonamiento clínico, y en la que no se logran olvidar valores esenciales para una adecuada relación médico-paciente. Esta deformación trae como consecuencia que todos los pacientes sean tratados bajo una misma orientación técnica-científica, olvidándose de la existencia de los elementos anotados.

LA PROCLIVIDAD A LA BIOCIENCIA

El curriculum médico refuerza de diferentes maneras las creencias de que el conocimiento científico se encuentra en la cúspide de la jerarquía en medicina, que la subjetividad como parte de la práctica médica es importante pero secundaria a la esencia de la objetividad.

Es necesario recordar que el individuo biológico no existe como un elemento de laboratorio, sino que se encuentra ubicado en una matriz social impregnada de dimensiones subjetivas, específicas del contexto y ligadas culturalmente. Algo que llama la atención es el hecho de que el curriculum fracasa frecuentemente en proporcionar las bases para una práctica médica impartida con compasión, comunicativa y socialmente responsable, a la vez que se continúa evaluando a los alumnos el desarrollo de esas cualidades. Esto no quiere decir que el curriculum médico haya fallado en responder a la importancia de las dimensiones subjetivas de la medicina. La mayor parte de los diseños curriculares incluyen todas o algunas de las siguientes

características: ciencias conductuales y sociales, bioética y humanidades médicas, aprendizaje basado en problemas, competencias culturales y uso de casos; la mayor parte de las veces con la orientación actual del proceso centrado en el alumno.³⁰⁻³³ Todavía con pocas excepciones, éstas permanecen ligadas a abordajes lógico-rationales del conocimiento que valoran la objetividad, la predicción y el control sobre los aspectos anteriores.

Más aún, el curriculum médico existente, alineado casi exclusivamente con la ciencia, da como resultado el desarrollo de médicos que conocen los problemas de salud pero enfocados principalmente a los resultados de laboratorio y gabinete, más que a lo que siente el paciente y a su necesidad de compasión y comprensión de su sufrimiento.

El enfoque que se está generando actualmente, en el que predomina el aspecto tecnológico, implica el aislamiento cada vez mayor del paciente en estructuras hospitalarias que obvian frecuentemente el contacto familiar tan necesario para su recuperación. El lenguaje especializado de los médicos y propio de la biomedicina, aísla todavía más al paciente cuando éste escucha hablar de su padecimiento en lugar de él como paciente, al tiempo que no entiende las expresiones utilizadas por el médico. De esta forma se crea una barrera entre lo que el paciente necesita que se le entienda y lo que al médico le interesa saber, que es la información dura, utilizable con fines científicos pero que se alejan de las necesidades integrales de los enfermos.

La presencia inalterable del concepto de la biociencia como marco de la práctica cotidiana no es malo, sino que con frecuencia no deja los espacios necesarios para que el alumno y luego el médico, aprendan a establecer la verdadera interactividad de comunicación con el paciente.^{34,35} Esto significa que el médico deberá escuchar y procesar apropiadamente toda la información que le brinda el enfermo en una historia clínica y, de manera integrada, le dará el peso específico adecuado a los diferentes datos, buscando desde esa perspectiva el equilibrio entre la orientación biomédica y los aspectos humanísticos y sociales de la atención. Una situación que refuerza el aspecto biomédico aislado, lo constituyen las tendencias curriculares de aprendizaje por competencias que no incluyen de manera explícita los aspectos humanísticos y sociales en el curriculum. Esa orientación predispone a la solución mecánica de los problemas, bajo cartabones establecidos en los que se le puede dar mayor

importancia a la frecuencia de las prácticas como medio para obtener destrezas, que a los aspectos integradores mencionados.

Un hecho de suma trascendencia es que dentro del modelo de práctica biomédica, la investigación, que debe considerarse en su justa dimensión, carece frecuentemente de interés por abordajes humanísticos o por enfoques psicológicos y sociales. Esto trae como consecuencia que se exacerbe la proclividad por la obtención de datos duros utilizables después de la validación correspondiente. Lo anterior conlleva una apreciación inadecuada de la enorme utilidad que puede tener la investigación social y de los aspectos emocionales del paciente como depresión y ansiedad que le origina la enfermedad y cuyos resultados serían de gran utilidad para la práctica cotidiana.

PROPUESTA DE UN CURRÍCULUM INTEGRADO

En un currículum integrado, el estudiante aprenderá no sólo biociencias sino también los fundamentos de una práctica humanística de la medicina. La propuesta es un diseño que facilite la adquisición de una base más amplia, integrada y flexible, de conocimientos que le sirvan de herramientas para proporcionar mejor atención a sus pacientes.

Para el desarrollo de un modelo que integre adecuadamente los componentes biológicos, psicológicos y sociales, es necesario contar con mecanismos curriculares que permitan su inclusión. Con ello el alumno podrá identificar la relevancia que tienen y tendrán esos aspectos durante el transcurso de su licenciatura y posteriormente en el postgrado y práctica profesional. Las admisiones a los dos anteriores, basadas exclusivamente en los componentes biomédicos, reforzarán la orientación que ya de por sí se tiene en la mayor parte de las escuelas y facultades de medicina. La amplitud de los mecanismos de evaluación en los que se incluyan otros aspectos, además de los científicos, permitirá mostrar su importancia.

Aunado a la integración y coherencia que debe existir entre lo que se enseña en las ciencias básicas y clínicas se debe permitir al alumno ampliar el uso de sus habilidades como la imaginación sociológica, ayudándole al desarrollo de una perspectiva interdisciplinaria que incluya aspectos políticos y económicos en materia de salud, situación que puede ser lograda a través de metodologías como el aprendizaje basado en

solución de problemas. El abordaje crítico del conocimiento es algo que generalmente pasa desapercibido o resulta difícil de manejar, lo cual es debido a los problemas de interpretación o de concepto de lo que es el enfoque crítico de las situaciones.

La conciencia social del médico no debe ser solamente una imagen conceptual abstracta, sino una visión clara de la realidad en la cual se desenvuelve y que requiere de habilidades intelectuales específicas. Los estudiantes deben ser capaces de desentrañar los sistemas sociales, a la vez que difunden su estructura y funcionalidad en forma de práctica médica socialmente aceptable, así como de la influencia que deben ejercer en las instituciones educativas y asistenciales en las cuales laboran. A través de continuos cuestionamientos de las estructuras y sus funciones, el estudiante se podrá dar cuenta de dónde provienen los lineamientos educativos, y si éstos son adecuadamente dirigidos para una educación médica apropiada y posteriormente para una práctica médica socialmente aceptable.

Otra habilidad que debe desarrollar el médico desde el punto de vista sociológico es su permanencia armónica dentro del contexto social en el que se desenvuelve. La capacidad para tipificar su entorno, aceptando las diferencias sociales, culturales, étnicas y participando en cambios deseables para la comunidad, le dará ese sentido a su existencia en dicho entorno. Las habilidades psicológicas representan una gran ventaja para el estudiante, ya que le permitirán conocerse a sí mismos, entender mejor a los demás y aceptar más fácilmente que puede aprender de todos. Todo lo anterior influye en la forma como los estudiantes perciben las necesidades de las personas indigentes y juzgan el papel que juegan dentro de su entorno social. De la misma forma trasciende sobre la manera en que el médico puede llegar a cambiar sus miras sociológicas, apartándose de los grupos más necesitados que son pobres, que no tienen seguridad social, por otros que tienen un status diferente.

El abordaje sociológico que permite contender con las diferentes paradojas de riqueza-pobreza, cultura-ignorancia, requiere de una habilidad altamente desarrollada en la que no se soslaye la realidad, pero al mismo tiempo le permita al médico desarrollar su vida también de manera sana. El Médico Familiar, por su formación integral, se presenta como el líder natural en el desarrollo de estas habilidades, por un lado por la necesidad de atender integralmente a los diferentes

grupos de población, con los cuales tiene contacto y, por otro lado, por su influencia en el proceso de la educación médica.^{36,37}

Otro aspecto importante es el desarrollo de la habilidad para tener una mente flexible, con una dinámica que le permita trascender a lo establecido en salud, en la que ve más allá de lo existente, proponiendo medidas innovadoras para dar mejor atención. El Médico Familiar se encuentra en posición privilegiada para introducir cambios sustanciales a través de su sensibilidad y conocimientos integrados que otros especialistas han perdido cuando buscan subespecialidades que los orientan más hacia los aspectos técnicos científicos y, en muchas ocasiones mecánicos, que los separan de lo que es la práctica humanizada de la medicina.

El curriculum debe proporcionar los caminos y contenidos que permitan enlazar las biociencias con las ciencias sociales, ciencias clínicas y humanidades, medicina comunitaria y salud pública, economía y políticas de salud. Cuando se permite a los alumnos incursionar en forma continua en contenidos, métodos y habilidades en el ámbito de las diferentes disciplinas no contempladas en las ciencias básicas y clínicas, se les facilita el encuentro con conocimientos estimulantes y prácticas apropiadas del cuidado de la salud. De esta forma pueden comprender integralmente lo que sucede desde el punto de vista fenomenológico humano, situación que no se habría dado en el contexto de un sistema tradicional con predominio de las ciencias biomédicas.

CONCLUSIONES

La práctica de la Medicina Familiar contemporánea requiere de una redefinición en lo que corresponde a los aspectos humanísticos que debe integrar cotidianamente. Las tendencias de los planes de educación médica tradicionales, en los que se privilegia la formación biocientífica, no deja muchos espacios curriculares para la enseñanza de las habilidades que debe adquirir el alumno para tratar con los problemas psicológicos y sociales, así como para el desarrollo profesional que más adelante constituirá la base para su mejor desempeño. La Medicina Familiar, como eje de la práctica médica global, constituye un sustrato importante sobre el cual se puede trabajar en dichos aspectos para, desde ahí, trascender socialmente.

REFERENCIAS

1. Ader R, Cohen N, Felton D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995;345:99.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
3. Romano J. Education for Professional Responsibility. *A report of the proceedings of the inter-professions conference on education for professional responsibility held at buck hill falls*. PA, 1948:12-14.
4. Cohen J. Rochester's Undergraduate Medical Education Program in Biopsychosocial Medicine. *Proceedings of a conference sponsored by the Fetzer Institute and the Pew Health Professions Commission*. Chicago, ILL 1994: 12-13, 103.
5. Smith RC, Lyles JS, Mettler J et al. The effectiveness of an intensive teaching experience for residents in interviewing. A randomized controlled study. *Ann Intern Med* 1998;128:118-26.
6. Tresolini CP, and the Pew-Fetzer Task Force. *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission, 1994.
7. Makour G, Curry RH. Medical school courses in professional skills and perspectives. Special collection of papers. *Acad Med* 1998;9:53.
8. Schmidt H. Integrating the teaching of basic sciences, clinical sciences, and biopsychosocial issues. *Acad Med* 1998;73(9 Suppl):S24-S31.
9. Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med* 2002;16(4):331-38.
10. Jakobovits I. *Some modern response on medico-moral problems*. Assia Jew Med Ethics. 1988;1(1):5-16.
11. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997;278:502-9.
12. Edmeads J. Communication issues in migraine diagnosis. *Can J Neurol Sci* 2002;29 Suppl 2:S8-10.
13. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci* 2002;29(Suppl 2):S23-9.
14. Suchman AL, Ramamurthy G. Physician well-being. In: Feldman MD, Christensen JF (eds). *Behavioral medicine in primary care*. Stamford, CT: Appleton and Lange, 1997.
15. Daugherty SR, Baldwin DC, Rowley BD. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. *JAMA* 1998;279:1194.
16. Mao C. Teaching residents humanistic skills in a colposcopy clinic. *Acad Med* 2002;77(7):742.
17. Burbules N. Education, discourse, and the construction of identity. Publicación de Internet: http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/94_docs/BURBULES.HTM
18. Berger P. *Invitation to Sociology*. New York: Anchor Books, 1965.
19. Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med* 1994;9:517.
20. Burack JH, Irby DM, Carline JD, Larson EB, Root RK. Teaching compassion: attendings' responses to problematic behavior. *J Gen Intern Med* 1996;11:113.
21. Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med* 1994;120:609.
22. Relman A. Education to defend professional values in the new corporate age. *Acad Med* 1998;73:1229-33.
23. Melville C, Wall D, Anderson J. Paediatric training for family doctors: principals and practice. *Med Educ* 2002;36(5):449-55.
24. Williams GC, Deci EL. Internalization of biopsychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. *J Person Soc Psychol* 1996;70:767-79.

25. Coles R. *Walker Percy: An American Search*. Boston, MA: Little, Brown, 1978.
26. Albanese M. Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Medical Education* 2000;34:729-38.
27. Snow CP. *The two cultures: and a second look*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1959.
28. Berkson L. Problem-based learning: have the expectations been met? *Acad Med* 1993;68(Suppl-88).
29. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69: 861-71.
30. Vernon DT. Attitudes and opinions of faculty tutors about problem-based learning. *Acad Med* 1995;70:216-23.
31. Jaleel MA, Kerr J, Klock L, Dolan J, Beckman H. A learner centered approach to morning report at community hospital based residency programs in family and internal medicine. *J Gen Intern Med* 1998;13(Suppl):71.
32. Burack RC, Butler R, Frankel R et al. The challenging case conference: an integrated approach to resident education and support. *J Gen Intern Med* 1991;6:355-59.
33. Williamson PR. Support groups: an important aspect of physician education. *J Gen Intern Med* 1991;6:179.
34. Des Marchais JE. A student-centred, problem-based curriculum: 5 years' experience. *CMAJ* 1993;148:1567-72.
35. Rosenbaum ME, Kreiter C. Teaching delivery of bad news using experiential sessions with standardized patients. *Teach Learn Med* 2002;14(3):144-49.
36. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
37. Schapira MM, Kalet A, Schwartz MD, Gerrity MS. Mentorship in general internal medicine: investment in our future. *J Gen Intern Med* 1992;7:248-51.
38. Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.