



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

109



EDUCACIÓN EN MEDICINA Y PSIQUIATRÍA DOCENCIA, ENSEÑANZA Y TRANSMISIÓN

*Allegue / Borensztein / Brain / Carroll / Delego / Diez / Eder
Falicoff / Fonseca / Mazzoglio y Nabar / Pavlovsky / Revora / Roni
Schwartzman / Spano / Stagnaro / Sullivan / Talkowski*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIV – N° 109 Mayo – Junio 2013 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIV Nro. 109 MAYO - JUNIO 2013

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64
 E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

Artista: Cynthia Cohen

*Título: "Serie Atados"
Óleo sobre tela
150 x 150 cm
info@cynthiacohen.com.ar*

Año 2011

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **El consentimiento informado en psicoterapia: revisión conceptual y complejidad en la práctica clínica**
Lorena De Rosa pág. 165
- **Vigencia del enfoque existencialista en psiquiatría**
Hugo Dramisino pág. 169

DOSSIER

Educación en Medicina y Psiquiatría: docencia, enseñanza y transmisión pág. 174

- **El portfolio en la formación docente en ciencias de la salud: una herramienta de aprendizaje y evaluación**
Carolina Roni, María Laura Eder, Gisela Schwartzman pág. 179

• **Acreditaciones demoradas. Proyecto de intervención en una cátedra de Clínica Psiquiátrica: PiACLIP**
Ester Ofelia Allegue, R. Hugo Carroll pág. 184

- **El psiquiatra en formación. Reflexiones acerca del comienzo, el tránsito por la formación básica, los puntos sólidos y débiles del sistema formativo**
Federico Pavlovsky, Julieta Falicoff, Carina Spano, Alejandro Brain, Carolina Diez, Martín Mazzoglio y Nabar, Carolina Talkowski, Jessica Borensztein, Matías Fonseca, Oriana Sullivan, Paula Mirabel Revora pág. 194

• **La formación actual de especialistas en psiquiatría: un desafío epistemológico**
Juan Carlos Stagnaro pág. 206

- **La formación docente en ciencias de la salud: de recetar a formar**
Gisela Schwartzman, Carolina Roni, María Laura Eder pág. 215

• **El cine como dispositivo de enseñanza de lo complejo en Salud Mental**
Adriana Delego, R. Hugo Carroll pág. 221

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Gregorio Bermann y la formación psiquiátrica**
Juan Carlos Stagnaro pág. 226

• **La enseñanza de la psiquiatría y la formación de los psiquiatras**
Gregorio Bermann pág. 228

CONFRONTACIONES

- **Psiquiatría y neuroética**
Manuel Suárez Richards pág. 233

EDITORIAL



*n el mes de abril se hizo público un hecho de características tan inusitadas como trágicas en la Colonia Alborada del Hospital "Domingo Ceballos" de la localidad de Bell Ville, situada a unos 200 kilómetros de la capital de la provincia de Córdoba. La situación de la mencionada Colonia fue denunciada, mediática y judicialmente, por la legisladora Liliana Montero junto al abogado Carlos Nayí, quienes hicieron un recorrido por las instalaciones y registraron imágenes que dieron cuenta del abandono en que vivían los internos del establecimiento. Las fotografías que tomaron, y que publicó el diario local **La Voz del Interior**, muestran salas de contención del hospital con celdas de muros semiderruidos, donde los internos orinan y defecan en el piso y se ve a pacientes desnudos y mujeres rapadas, que ilustran el abandono y las condiciones ignominiosas de reclusión de las personas internadas en el lugar.*

El abogado patrocinante explicó que la primera denuncia se interpuso en octubre de 2012, cuando la situación no era todavía tan grave, pero, desde entonces, "lejos de tomar las medidas necesarias, se asumió una actitud de indiferencia" por parte de las autoridades del área. Montero y Nayí consideran que los funcionarios directamente vinculados con la supervisión del estado de la Colonia arriesgan la comisión del delito de abandono de persona y violación a los deberes de funcionario público. No era tampoco la primera llamada de atención. A mediados del año pasado, el juez Nereo Maggi remitió al Tribunal Superior de Justicia una contundente nota en la que definía así las condiciones de la Colonia: "El deterioro, la desidia, la higiene y el abandono generalizado de todo el lugar, además de erigirse en sobrecogedoras imágenes, permiten reflexionar sobre cuáles son las políticas sanitarias del Estado". No obstante la condena nacional que mereció la situación -la Asociación de Psiquiatras Cordobeses (APSICO) y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se pronunciaron inmediatamente exigiendo una acción urgente para proteger a los pacientes y sancionar a los responsables- los funcionarios involucrados continúan en sus funciones.

La Colonia Alborada albergaba a 267 internos, 104 de los cuales han pasado por la justicia; 35 tienen causas penales por delitos graves, como homicidios o abuso sexual. La institución careció en forma crónica de suficiente personal, adecuadamente entrenado: por ejemplo, contaba solamente con una enfermera cada 26 pacientes, y en algunos servicios muchos más.

Luego de las denuncias que tuvieron repercusión pública y nacional, el Gobierno de Córdoba resolvió trasladar a unos 80 pacientes de la institución: cuarenta fueron derivados al Hospital de Cruz del Eje, 10 a una clínica de la ciudad de Córdoba y otros 30 a la Colonia "Santa María".

El fenómeno que denunciamos pone en evidencia que el nudo de la problemática de la atención psiquiátrica en nuestro país, tanto a nivel local como nacional, pasa por la transformación, en algunos casos, y la creación, en otros, de los hospitales psiquiátricos especializados, los servicios de salud mental en los policlínicos, los dispositivos intermedios (hospitales de día, casas de convivencia y a medio camino, etc.) y comunitarios, y la provisión de personal idóneo, debidamente formado y remunerado, que se requieren en el área; y esto depende, ineludiblemente, de la atribución de presupuestos suficientes y de decisiones políticas inmediatas. De otra manera, las leyes promulgadas para el sector, y los derechos humanos que pretenden defender, quedarán como letra muerta, solo expresión de buenos deseos y satisfacción de los burócratas que las pergeñaron y que las exhibirán como logros de sus eternas luchas de escritorio, si no se acompañan de las medidas concretas que las hagan realidad ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2013

Vertex 107 / Enero - Febrero
ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS
EN SALUD MENTAL
INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA
DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA
METROPOLITANA

Vertex 108 / Marzo - Abril
IDENTIDADES

Vertex 109 / Mayo - Junio
EDUCACIÓN EN MEDICINA
Y PSIQUIATRÍA: DOCENCIA,
ENSEÑANZA Y TRANSMISIÓN



El consentimiento informado en psicoterapia: revisión conceptual y complejidad en la práctica clínica

Lorena De Rosa

*Licenciada en Psicología.
Concurrente en Psicología Clínica, Hospital Neuropsiquiátrico "José T. Borda".
Beca Doctoral UBACyT 2012-2015 otorgada por la Universidad de Buenos Aires.
E-mail: lorederosa@yahoo.com*

En nuestros días, que la relación entre un agente de salud y un paciente esté mediada por un consentimiento informado es una experiencia habitual. Sin embargo, este contrato reviste una complejidad histórica, ética y técnica que intentaremos desarrollar brevemente a continuación.

Algunos antecedentes históricos

Originalmente el consentimiento informado no proviene de la medicina, se incorporó desde el derecho y

debe ser considerado como una de sus máximas aportaciones, por lo menos en los últimos siglos. Hoy constituye una exigencia ética y un derecho recientemente reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados.

El modelo ético de comportamiento que ha sustentado clásicamente la relación médico-paciente ha sido la del paternalismo. El principio moral que subyace en esta forma de relación es el de la "Beneficencia paternalista". La obligación del médico hipocrático era tratar de restablecer en el enfermo el orden natural perdido,

Resumen

El objetivo de este artículo de revisión bibliográfica es presentar el concepto de *consentimiento informado*.

Se expone brevemente la definición de consentimiento informado, cuáles son los elementos que lo componen y su importancia técnica, especialmente en el ámbito de la psicoterapia aplicada a los trastornos mentales.

Esta revisión pone especial énfasis en la complejidad que el consentimiento informado implica en un vínculo específico como es el de la psicoterapia.

Palabras claves: Consentimiento informado - Psicoterapia.

INFORMED CONSENT IN PSYCHOTHERAPY: CONCEPTUAL AND COMPLEXITY IN CLINICAL PRACTICE

Summary

The objective of this literature review is to introduce the concept of informed consent.

It outlines the definition of informed consent, which are the component parts and technical importance particularly in the field of psychotherapy applied to mental disorders.

This review puts special emphasis on the complexity that the informed consent implies in the specific relationship as psychotherapy.

Key words: Informed Consent - Psychotherapy.

es decir, la salud. El paciente debía colaborar sumisamente en esta tarea.

A lo largo de la modernidad los habitantes de las sociedades occidentales fueron ganando poco a poco el reconocimiento de “ciudadanos”, o sea individuos con derechos reconocidos y con potestad para decidir libremente cómo y por quién querían ser gobernados, como así también qué tipo de sociedad querían construir. De esta forma, se fueron liberando de la concepción paternalista de las relaciones sociopolíticas, donde el gobernante ejercía su autoridad despóticamente sobre sus súbditos, y fueron avanzando hacia concepciones democráticas donde dichas relaciones estaban presididas por la idea del consentimiento libre e informado de los ciudadanos. El principio ético que daba soporte a estas nuevas ideas era el de “autonomía”. (1)

Sin embargo, la humanidad debió esperar hasta el fin de la segunda guerra mundial para que el consentimiento informado apareciera en la investigación. Debido a los desastres que el nazismo provocó, entre otras cosas por experimentar con seres humanos, el 20 de agosto de 1947, tras la celebración de los Juicios de Nuremberg, emergió el Código de Nuremberg. En él se recogen principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos. Es decir, la importancia del Código de Nuremberg radica en que fue el primer protocolo internacional sobre investigación en humanos y el primer esfuerzo decidido en introducir el consentimiento informado en la investigación.

Otros hitos importantes que influyeron en esta concepción autónoma de la salud son: el inicio de la transformación tecnológica de la medicina en los años cincuenta, la explosión de los movimientos de reivindicación de los derechos civiles (de los ciudadanos) en los sesenta y el surgimiento de la bioética en la década de los setenta.

Todos estos fenómenos promovieron que los profesionales de la medicina acepten que el modelo paternalista de relación sanitaria no podía mantenerse más.

Entre las normas internacionales desarrolladas posteriormente, podemos citar la Declaración de Helsinki de 1964, que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y es reconocida como referente fundamental en bioética y en el desarrollo de la teoría del consentimiento informado.

Finalmente, en 2005 la UNESCO aprobó una Declaración internacional sobre bioética y derechos humanos.

Actualmente, todas las grandes declaraciones sobre las obligaciones éticas de los profesionales sanitarios están ancladas en un nuevo modelo de relación sanitaria. Los pilares de este modelo son el principio ético de autonomía y las actitudes deliberativas y de participación materializadas en el consentimiento informado.

Definición de Consentimiento informado

El Colegio de Médicos americanos (2) definió el consentimiento informado como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la natu-

raleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”.

El término “consentimiento informado” surge de la traducción literal de la expresión inglesa “informed consent”: el paciente una vez informado, anoticiado de la práctica a efectuarle, puede elegir el someterse o no a dicha actividad. (3)

Evidentemente, para que un profano en temas de salud dé su consentimiento acerca de algo que pueda afectar la misma, precisa una información previa. El proceso de explicar el procedimiento, con sus ventajas e inconvenientes, para luego poder tomar una decisión, es lo que recibe el nombre de consentimiento informado. Este radica en una relación confiada y pausada entre el profesional y el enfermo, con una explicación adecuada, no exhaustiva del proceso, procedimiento y alternativas, guiada por la verdad, hasta colmar el interés que el paciente solicite.

Características del Consentimiento informado

El consentimiento informado requiere ciertas características: (1)

1. Un proceso continuo, dialogístico (hablado), comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere apoyo escrito, y que tiene que ser registrado de manera adecuada.

2. Voluntariedad, es decir, un proceso libre, no coaccionado ni manipulado.

3. Información suficiente; en general, se acepta que hay que explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus beneficios, riesgos y efectos secundarios posibles, y las alternativas que existen, con sus respectivos beneficios y riesgos.

4. Información comprensible, adaptada a las peculiaridades socio-culturales del paciente.

5. Capacidad por parte del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar su decisión. En cualquier caso, cuando un paciente que llega a la consulta es claramente incapaz, son otros los que tienen que tomar decisiones en su lugar.

6. Finalmente el paciente, tras el proceso de deliberación, toma una decisión, que es de aceptación o rechazo de la medida diagnóstica o terapéutica propuesta por el profesional, y que con frecuencia es el punto de partida de un nuevo proceso de toma de decisiones.

El consentimiento informado trata de respetar la autonomía del paciente, y para que una acción sea autónoma debe cumplir cuatro condiciones:

1. Intencionalidad: capacidad de obrar voluntariamente. Se tiene intención o no se tiene.

2. Conocimiento preciso de la acción: el paciente debe conocer las circunstancias que afectan a sus decisiones.

3. Ausencia de control externo: el paciente no debe sufrir manipulaciones.

4. Control interno: el paciente debe ser suficientemente capaz de comprender la situación.

Es decir, el consentimiento informado implica dos características fundamentales: la voluntariedad y la información.

Consentimiento informado en la psicoterapia

El consentimiento informado se origina en el ámbito médico. Inicialmente se aplica en los procedimientos quirúrgicos, luego en las prácticas no quirúrgicas, incluyendo la psiquiatría.

Al extenderse el uso del consentimiento informado a la psicoterapia, aparece una tendencia resistente por parte de algunos profesionales. Los elementos que influyen en esta oposición son: el estilo comunicativo poco claro de algunos terapeutas, la percepción de que la psicoterapia no es físicamente invasiva y la complejidad del proceso terapéutico con múltiples variables, que pueden influir en el resultado del tratamiento de los trastornos mentales. Por lo tanto, resulta difícil demostrar el daño que eventualmente podría provocar la psicoterapia en el individuo. (4)

Sin embargo, toda psicoterapia se lleva a cabo en el marco de una relación interpersonal que precisa de un acuerdo entre los participantes dado el carácter terapéutico de la misma. Esta relación no carece de riesgos. Santander (5) ha señalado: *"En la relación terapéutica existe una carga emocional determinada, los pacientes son más resistentes al discurso teórico y racional y más vulnerables a la sugestión personal..."*. Es decir, la relación es de tipo asimétrica, ya que el terapeuta tiene influencia sobre el paciente.

Por otro lado, en salud mental la información es particularmente importante sobre todo cuando se trata de trastornos mentales. Recordemos que los tratamientos para los trastornos mentales ya sean psicoterapéuticos y/o psicofarmacológicos, deben haber demostrado su eficacia en estudios empíricos controlados. Un tratamiento es eficaz cuando ha probado ser superior a la ausencia de tratamiento en al menos dos estudios rigurosamente controlados realizados por grupos de investigadores diferentes. (6) Como plantean Keegan y Rutzstein (7) los estudios empíricos de eficacia nos permiten estimar la probabilidad que tiene un paciente de responder a una intervención específica además de conocer los riesgos y ventajas de dichos tratamientos. Por estos motivos expuestos, es fundamental el rol del consentimiento informado en la psicoterapia, sobre todo si se aplica al tratamiento de trastornos mentales. Es decir, dado que ningún tratamiento psicoterapéutico garantiza un resultado de eficacia absoluto, el paciente debe conocer esta información y en todo caso decidir si se expone o no a dicho tratamiento.

Santander, agrega que el contrato entre terapeuta y paciente, en un tratamiento psicoterapéutico debe reflejar claramente la orientación teórica del profesional, el diagnóstico posible de la patología, las metas del tratamiento, su alcance, limitaciones, eficacia, beneficios, riesgos y duración aproximada, así como la posibilidad de trata-

mientos alternativos (si existen) y coste. En consecuencia, el paciente decidirá si quiere o no involucrarse. De esta forma, esta decisión nivela la asimetría antes mencionada.

Baehrs y Gutheil (8) señalan diversos beneficios que puede aportar el consentimiento informado a la psicoterapia, de los que resaltamos dos. Por un lado, una información adecuada y una decisión tomada permiten al paciente ser agente más activo en su propio tratamiento. Por otra parte, el consentimiento informado disminuye el riesgo de una "dependencia regresiva maligna", que puede conducir a un tratamiento inefectivo y a resultados destructivos.

Balint (9) ha señalado que una regresión maligna se produce más frecuentemente cuando los terapeutas facilitan que el paciente los perciba como omniscientes y omnipotentes. Por lo tanto, la información sobre el tratamiento disminuye estas posibilidades patogénicas, aporta autonomía al paciente y aumenta su confianza, mitigando el potencial regresivo.

Keegan y Rutzstein señalan que las ventajas terapéuticas del consentimiento informado son:

- Aumentar la adhesión al tratamiento.
- Aumentar la participación y el compromiso del paciente en la terapia.
- La relación entre el terapeuta y el paciente se hace más simétrica.

Así pues, el uso del consentimiento informado genera beneficios porque, para que un tratamiento funcione, necesitamos un paciente que se adhiera y se comprometa a trabajar. Asimismo, cualquier cambio psicológico, requiere un rol activo por parte del paciente. De esta forma, el paciente comienza el tratamiento tomando la decisión de participar o no del mismo. Es decir, adopta un rol activo desde el inicio del proceso, en el contexto de un vínculo que acepta y contribuye simétricamente a la toma activa de decisiones.

La cuestión de la simetría entre terapeuta y paciente es un elemento destacable. Su importancia se rememora en el litigio planteado en EE. UU. en 1990 con el caso Osheroff contra el Chestnut Lodge Hospital. (10)

En 1982, Osheroff, médico de profesión, sin mejoría terapéutica después de varios meses de psicoterapia psicoanalítica por una depresión mayor asociada a un trastorno de personalidad narcisista, fue transferido a otro hospital en el cual le indicaron un tratamiento psicofarmacológico. Algunas semanas después, el paciente tuvo una respuesta terapéutica positiva. Osheroff demandó al Chestnut Lodge Hospital por falta de información sobre las alternativas al tratamiento psicoterapéutico propuesto, y alegó, entre otras cosas, que debería haberse informado de que la medicación psiquiátrica era una alternativa terapéutica, especialmente al no haber habido respuesta a la psicoterapia.

Marco deontológico

En nuestro país el *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina* (1999) (11) plantea las siguientes reglas que los psicólogos deberán observar en relación con:

1. Consentimiento informado

1.1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiendo que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo.

1.2. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

1.3. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentran en

Condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el consentimiento de los responsables legales.

1.4. Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos

procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad.

1.5. En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas

Intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se asegurarán de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.

1.6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpirla si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.

Así también, la Ley 448 de Salud mental de la Ciudad de Buenos Aires (12) como en la Ley Nacional 26657 de Salud mental (13) y la Ley 26742 sobre los Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud (14) se menciona explícitamente el uso del consentimiento informado y la autonomía del paciente en aceptar o no determinado tratamiento.

Conclusiones

En la actualidad, ninguna actividad relacionada con el ámbito de la salud, debería omitir el uso del consentimiento informado. Su utilización es tanto una obligación que el agente de salud tiene, como un derecho para el paciente. De esta manera, se reafirma la autonomía del paciente en su relación con los profesionales y se restringe el enfoque paternalista. En Psicología se debe aplicar la misma regla tanto en el contexto de la clínica como en el de investigación. Asimismo, el uso del consentimiento informado en el ámbito de la psicoterapia aporta beneficios técnicos, especialmente en los tratamientos de los trastornos mentales.

Por lo tanto no hay ninguna justificación moral, legal ni técnica que desaconseje su uso sistemático ■

Referencias bibliográficas

1. Lorda S. y Gutiérrez J. Consentimiento Informado. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 99-106.
2. Ad hoc Committee on Medical Ethics. American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. *Ann Intern Med* 1984; 101: 129-137; 263-274.
3. Castilla García A. Consentimiento informado 2001. En: Castilla A y Espejo MD editores. *Bioética en las ciencias de la salud*. Granada: Asociación Alcalá; p. 103-17.
4. Appelbaum PS. Informed consent to psychotherapy: recent developments. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 445-446
5. Santander F. Ética y praxis psiquiátrica 2000. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
6. Barlow D y Hoffmann S. Effectiveness and dissemination of psychological treatments. En: Clark D y Fairburn C (ed.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford University Press 1997; pp.95-117.
7. Keegan E y Rutzstein G. Justo y necesario: el consentimiento informado en psicoterapia. *Perspectivas bioéticas*, editada por FLACSO, Año 8, Número 15, Primer semestre bis de 2003, pp. 55-60. Ediciones del Signo, Argentina
8. Beahrs JO, Gutheil TG. Informed Consent in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 4-10.
9. Balint, M. *The basic fault*. London: Tavistock, 1968
10. Malcolm JG: Treatment choices and informed consent in psychotherapy: implications of the Osheroff case for the profession. *Journal of Psychiatry Law* 1986; 14:9-107.
11. Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999).
12. Ley 448 de Salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Artículo 3.
13. Ley Nacional 26657 de Salud mental. Artículo 7, puntos J, K y M. Poder Legislativo Nacional. Sanción 25/11/2010; Promulgación 02/12/2010; Boletín oficial: 03/12/2010.
14. Ley Nacional 26742 sobre Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Artículo 1, apartado E. Poder Legislativo Nacional. Sanción: 09/05/2012; Promulgada de Hecho: 24/05/2012; Boletín Oficial 24/05/2012.

Vigencia del enfoque existencialista en psiquiatría

Hugo Dramisino

Médico Especialista Universitario en Psiquiatra (UBA).
Presidente honorario y fundador del Capítulo Salud Mental, Actividad Física y Deporte de APSA.
E-mail: hugodramisino@gmail.com

Introducción

Una premisa esencial de este trabajo de revisión es plantear la imposibilidad del accionar psiquiátrico sin una sólida actitud psicoterapéutica. De no ser así, no solo se derrumba su espíritu clínico, sino que también la psiquiatría quedaría reducida al solo ejercicio de la prescripción de psicofármacos y, eventualmente, así condenada a la posibilidad de extinguirse (cualquier otra disciplina médica podría tomar la posta). Y ante este diagnóstico, el

enfoque existencialista continúa vigente como una fértil posibilidad para revitalizar la “clínica del sujeto”. Una clínica -de lo singular- que, sin renunciar a la condición social del ser humano se centra en la valorización humanista del sujeto. En otras palabras, una clínica cuyo objetivo de trabajo es la persona y no la enfermedad (aunque esa singularidad incluya algún tipo de patología).

Resumen

Este trabajo de revisión plantea la imposibilidad del accionar psiquiátrico sin una sólida actitud psicoterapéutica. Y ante ello se presenta el enfoque existencialista como una interesante alternativa de fortalecimiento de la clínica psiquiátrica. Una clínica que no debería perder de vista el antiguo ideal socrático de aplicar la filosofía para comprender la vida cotidiana y no quedar reducida solo a la prescripción de psicofármacos según la “cartografía” de los manuales de diagnósticos.

Al planteo tradicional del entramado bio-psico-social que intenta dar cuenta de la condición humana, las corrientes psicoterapéuticas existencialistas agregan la instancia de lo espiritual. En este trabajo se postula otro entramado, el *bio-psico-social (des-programado)-mortal*. Sobre esta concepción existencialista se hace hincapié en dos aspectos esenciales de la filosofía y de la clínica psiquiátrica: la libertad y la muerte.

Por último, se propone una clasificación que delimita dos posturas psicoterapéuticas existenciales: una identificada como *psicoterapia dinámica existencial* y otra como *psicoterapia psicoanalítica existencial*.

Palabras claves: Psiquiatría – Psicoterapia – Existencialismo – Entramado bio-psico-social (des-programado)-mortal

VALIDITY OF THE EXISTENTIALIST APPROACH IN PSYCHIATRY

Summary

One essential premise of this revision work is to raise the impossibility of psychiatric action without a solid psychotherapeutic attitude. And before this position is the existentialist approach as an interesting possibility to consolidate the psychiatric clinic; a clinic which should not lose sight of the old Socratic ideal of applying philosophy to understand daily life and not be trapped in the modest role of prescribing drugs according to the “cartography” of diagnostic manuals.

Existentialist psychotherapeutic trends add the spiritual instance to the traditional approach of the bio-psycho-social framework that tries to account for the human condition. In this work, another framework is proposed: *bio-psycho-social (de-programmed)-mortal*. On this existentialist conception, two essential aspects of philosophy and psychiatric clinic are emphasized: freedom and death.

Finally, a type of classification that delimits two existential psychotherapeutic postures is proposed: one which is identified as *existential dynamic psychotherapy*, and another one, as *existential psychoanalytic psychotherapy*.

Key words: Psychiatry – Psychotherapy – Existentialism – Bio-psycho-social (de-programmed)-mortal framework.

Siguiendo a Alejandro Dolina, quien en sus mágicas *Crónicas del ángel gris* describe a los “refutadores de leyendas” como aquellos que “definen al fútbol como un juego en el que veintidós sujetos corren tras una pelota ... El mismo criterio permite afirmar que las novelas de Flaubert son una astuta combinación de papel y tinta” (1). En nuestro quehacer profesional podemos encontrarnos con muchos “refutadores de leyendas”, aquellos que reducen la psiquiatría al cerebro y sus neurotransmisores, y los que circunscriben la psicoterapia al inconsciente y las palabras.

Es obvio que no se puede actuar psiquiátricamente sobre un sujeto como si fuera una entelexia flotando en la nada, cercenado de su entorno sociocultural. De hacerlo así se incurre en una falacia que conduce a circunscribir el accionar psiquiátrico al etiquetamiento diagnóstico más la consecuente prescripción de una droga devoradora del síntoma. Pero tampoco se trata de limitar la diferenciación entre la enfermedad mental del padecimiento psíquico, atribuyéndole a la primera una exclusiva etiología neurobiológica y a la segunda una única determinación sociocultural, siendo este reduccionismo una nueva proclama de los “refutadores de leyendas” –aclaro que en mi consideración de “leyenda” intento resaltar esa condición de “extraordinario” que posee la “clínica del sujeto”.

La psiquiatría tampoco debería perder de vista el antiguo ideal socrático de aplicar la filosofía para comprender la vida cotidiana. Tengamos en cuenta que la filosofía no resulta solamente un cuerpo de teorías abstractas, sino que también es la búsqueda del arte diario de vivir, sin olvidar que la ausencia de conflictos es una imposibilidad humana. En tal sentido, los psiquiatras debemos estar preparados para acompañar (nos) a (con) nuestros pacientes a bucear en ciertos temas recurrentes en las consultas y que –afortunadamente- han escapado de las “cartografías” de los manuales de diagnósticos: la soledad, la libertad, el amor, el compromiso, la ética, la senescencia, la finitud... Estos dilemas o enigmas no son ni enfermedades, ni trastornos, ni síntomas. A un psiquiatra nada de lo humano le puede resultar extraño, debe ser un “devorador de cultura” (expresión metafórica que, además de aproximarnos al concepto de “antropofagia cultural” nos propone la “deglución” y “asimilación” de todo tipo de cultura, especialmente el arte, el deporte y la antropología).

Sigmund Freud, en *Psicoanálisis profano*, expresa: “Si hubiera de fundarse una facultad psicoanalítica habría que estudiar en ella mucha parte de lo que se enseña en Medicina (...) pero también Historia de la Civilización, Mitología, Psicología de la religiones y Literatura. Sin una buena orientación en estos campos no puede llegar a una buena comprensión de mucha parte de su material” (2). Esta frase de Freud permite un doble señalamiento, uno expresa con elocuencia la necesidad de una vasta formación humanística del psicoterapeuta, pero también, en sus últimas palabras, se comprende como él estaba impregnado por su loable anhelo investigativo, estaba “nadando contra la corriente”. Pero hoy esas palabras podrían trocar: “no puede llegar a una honda comprensión de ese otro en situación de analizado”.

En la obra de Freud hay un momento cumbre sobre la visión que él mismo tiene sobre la técnica psicoanalítica; acontece en el Congreso Internacional de Budapest (1918), cuando da a conocer *Los caminos de la psicoterapia psicoanalítica*, en el que manifiesta: “El descubrimiento de que las distintas formas patológicas que tratamos no pueden ser curadas todas con la misma técnica nos ha impuesto otra especie totalmente distinta de actividad” (3).

El enfoque existencialista

Uno de los paradigmas posibles para la formación psicoterapéutica del médico psiquiatra es el enfoque existencialista. Este paradigma se fue reformulando a partir de los aportes del grupo de Palo Alto y, sobre todo, de la irrupción del estructuralismo (estructuración lingüística de los fenómenos) y del impacto que produce Jacques Lacan con su particular relectura de la obra de Freud (destaco especialmente los tres registros: imaginario, simbólico, real); luego hay que sumar las hipótesis de Gilles Deleuze y Félix Guattari, quienes han puesto en duda la necesidad de los sistemas y las estructuras y, obviamente, los avances en neurociencias y psicofarmacología.

Históricamente la psiquiatría y la psicoterapia existencial asignan una importancia fundamental a la intuición y a la empatía del terapeuta para aprehender (y aprender) al otro en situación de “paciente” como hecho existencial. Constituyéndose así la díada terapeuta-paciente como un proceso dinámico no exento muchas veces de cierto dramatismo, pero siendo una de las formas privilegiadas del “co-ser” (4).

Una premisa esencial de un terapeuta con impronta existencial es que en todo ser humano existe siempre un plus irracional, no susceptible de explicación ni comprensión por métodos científicos, ni tampoco reconocer ningún determinismo puro. (4).

Es común advertir entre muchos colegas que el enfoque existencialista tiene “mala prensa” toda vez que se lo asocia a ciertas orientaciones “espirituales” o se lo vincula tan solo a expresiones como: “proyecto existencial”, “humanismo”, “autenticidad”, “libertad y responsabilidad”, por lo que suele ser descartado por la confusión que produce en unos, mientras a otros los puede inclinar al riesgoso arte de la improvisación, situación que aproxima al abismo de la iatrogenia.

Irvin Yalom sostiene que la psicoterapia existencial es como una persona sin hogar (por lo que no suele ser bien recibida en los ámbitos académicos), pero sin embargo “tiene una genealogía, unos cuantos primos dispersos y amigos de la familia” (5). También se hace difícil definir el existencialismo; de hecho, dentro del mismo campo se encuentran diferencias muy grandes. El existencialismo produce dos movimientos: uno es el de la escuela filosófica y otro es el de la orientación existencial. El primero surge cuando Martín Heidegger exhuma a Soren Kierkegaard y establece su dasein (ser-ahí). La orientación filosófica, en la que se destaca Jean-Paul Sartre, está más próxima a la expresión literaria, tales los casos de Albert Camus y Miguel de Unamuno.

Según Sartre “en el existencialismo y en la psiquiatría existencial, sorber, tragar, digerir y asimilar la angustia hasta las heces, para salir aunque sea de la peor manera, de la tentación de la cotidianidad in-auténtica, de lo burgués y adocenado, de los que aún son capaces de creerse importantes” (4).

Rollo May plantea tres aspectos esenciales de una psicoterapia existencialista. El primero es la visión fenomenológica del paciente que se explica como una tendencia a reducir la creencia por la cual entendemos las cosas solo por sus causas; en cambio, lo que debemos descubrir y describir es aquello que la cosa “es” como fenómeno, tal como se nos presenta. El segundo aspecto May lo sintetiza en el discurso que Ludwig Binswanger (psicoanálisis intelectual o positivismo terapéutico) pronunció con motivo del octogésimo cumpleaños de su amigo Freud. Sostenía que el maestro vienés había avanzado más que nadie desde Aristóteles en la comprensión del hombre como parte de la naturaleza; pero se refería al hombre al natural, el mundo natural de los impulsos e instintos. También hizo mención a que Freud solo trató en un nivel de epifenómeno al hombre como miembro de una sociedad, en las relaciones interpersonales y que tampoco se refirió adecuadamente al Yo en relación consigo mismo. Así es que el arte, la creatividad y otras actividades humanas en las que el hombre trasciende el simple ambiente natural del mundo, no están muy bien ahondadas en el psicoanálisis freudiano. Freud, que en esa ocasión no pudo estar presente por hallarse enfermo, le respondió –con afecto- que si bien había fracasado en su intento por convencerlo, “probablemente solo con el transcurso de los siglos se vean zanjadas nuestras diferencias”. Por último, el tercer aspecto del enfoque existencial es su interrogación “ontológica”, “*debemos preguntarnos por la naturaleza del hombre como tal*” (6).

El “entramado existencial”

Habitualmente se plantea el entramado bio-psico-social dando cuenta de lo humano; las corrientes psicoterapéuticas existencialistas suelen agregar la instancia de lo espiritual, constituyéndose así lo bio-psico-social-espiritual. Lo espiritual puede conducir a ciertos equívocos, incluso a posicionamientos religiosos (o pseudo-religiosos) que obturan la necesaria disposición neutral de un psiquiatra. Por eso postulo otro entramado que da cuenta de la condición humana desde una perspectiva existencial, es el *bio-psico-social (des-programado)-mortal*. (7)

Lo biológico y lo psíquico excede el desarrollo del presente trabajo, por lo que nos introduciremos a aclarar el alcance de lo *social (des-programado)* y de lo *mortal*.

Lo social (des-programado)

Sobre lo social a secas aplico lo mismo que he expresado sobre lo biológico y lo psíquico, solo destacaré una mención hacia su relación con lo inconsciente, no solo en el sentido individual freudiano, sino también rescatando los conceptos de “inconsciente familiar” de Léopold Szondi e “inconsciente colectivo” de Carl Jung. (4)

En cuanto a lo (des-programado) entre paréntesis, es una alusión al concepto de libertad, que, como decía Heidegger, “es el fundamento del fundamento”. Un animal está programado, por lo tanto en él no existe posibilidad alguna de elección de un acto (des-programado), ni de decidir ni darse cuenta de esa decisión.

Si bien es evidente que el hombre está sometido a condicionamientos, ya sean biológicos o psicosociales –no está libre de condicionamientos-, es libre para algo: para adoptar su propia postura frente a todos sus condicionamientos y crear soluciones. (8) Esto lo diferencia de los animales; para ello apelo a la elocuencia de Fernando Savater: “En su medio natural, cada animal parece saber perfectamente lo que es bueno y lo que es malo para él, sin discusiones ni dudas”. (9) El ser humano aun como animal gregario no responde únicamente a una programación instintiva de su conducta social. Es el único animal capaz de optar y de tener actos excepcionales. La ética solidaria, la búsqueda científica y la expresividad artística resultan manifestaciones contundentes de la condición social (des-programada).

En lo concerniente al registro entre paréntesis es por entender que requiere un “status de suspensión” ya que la miserable iniquidad humana produce también que haya sujetos al borde de la “programación”, vulnerados de libertad. Mi –libre- elección (des-programada) de escribir estas palabras está muy lejos de la situación de un sujeto desnutrido, sediento, arrojado al desierto del desamparo. Quizá sea esta otra forma de reformular las palabras de Sartre: “el hombre está condenado a ser libre”. Por otra parte, el paréntesis también alude a ciertas conductas en las que parece desdibujarse esa condición de (des-programación), en las que pareciera influir cierto estereotipo programado (acefalia de opción) como por ejemplo el fundamentalismo (en el sentido de exigencia de sometimiento a una doctrina) y la aversión pertinaz al entendimiento.

Lo mortal

Es muy difícil hallar mejor alusión que aquella que Jorge Luis Borges supo plasmar en uno de sus más célebres cuentos, “El inmortal”: “Ser inmortal es baladí: menos el hombre, todas las criaturas lo son, pues ignoran la muerte...”. (10)

Sobre la muerte, Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* nos dice que “en el inconsciente no existe nada que pueda dar un contenido a nuestro concepto de la destrucción de la vida” (11). Pero desde los albores psicoanalíticos podemos encontrar críticas hacia esta postura; destaco a Melanie Klein quien decía que “hay en el inconsciente un miedo a la aniquilación de la vida (...) la ansiedad tiene su origen en el miedo a la muerte” (12). Mauricio Abadi afirmaba que “el miedo a la muerte es, sin lugar a dudas, la angustia fundamental del hombre” (12). Aunque debe reconocerse que la angustia de muerte no suele presentarse de manera elocuente; sí muchas veces aparece en los cuestionamientos sobre la “voracidad de Cronos”, tal como nos propuso Séneca: “No es que tengamos poco tiempo, sino que perdemos mucho

(...) no recibimos una vida corta, sino que nosotros la acertamos" (13)

Ante la angustia de muerte es necesario pasar al plano existencial del trascender. Binswanger ha sido un pionero en advertirnos sobre ello: "mi crítica positiva a Heidegger me ha llevado a entenderla; el ser-en-el-mundo como ser de la existencia para mí-mismo ("cuidado, preocupación", en Heidegger), ha sido yuxtapuesto con el ser-más-allá-del-mundo como el ser de la existencia para nosotros ("amor", en Binswanger)". (4)

Otto Rank postuló una dinámica básica que ilumina la relación entre la defensa al miedo a vivir y la defensa al miedo a morir. El primero es el temor de plantarse de cara a la vida como un ser aislado, es el miedo a la individualización y –según Rank- tiene su origen en el "nacimiento" (el trauma y la separación originales). Como miedo a la muerte se refería al temor por la extinción, a la pérdida de la individualidad, a ser disuelto otra vez en el todo. Y así es llevado de "acá para allá", durante toda la vida, entre los dos polos del temor. (5)

Clasificación de las psicoterapias existenciales

Se pueden establecer dos posturas psicoterapéuticas existenciales: una que podemos identificar como *psicoterapia dinámica existencial* y otra como *psicoterapia psicoanalítica existencial*. Ambas coinciden en que la interpretación no es una herramienta única de cambio y operan con una estrategia multidimensional.

La *psicoterapia dinámica existencial* clásicamente, como lo sintetiza Yalom, pone en el centro del tratamiento a "cuatro preocupaciones máximas de la vida humana, máximas por su profundidad, carácter permanente y relevancia clínica". Esas cuatro preocupaciones son: la muerte, la libertad, la soledad y el sin sentido. (5)

Debe entenderse como una psicoterapia dinámica, en su doble acepción: "movimiento" y "energía", por un lado, y, por otro, en su aproximación natural al psicoanálisis en el sentido de conflictividad. Pero quizás en este mismo punto de acercamiento también toma distancia del psicoanálisis al plantear que esta conflictividad no solo se circunscribe a lo inconsciente, sino que se da también en niveles de conciencia. Como expresa Yalom: "un conflicto que fluye de la confrontación del individuo con los datos de la existencia". (5) En este grupo ubico a la Logoterapia de Víctor Frankl, a la que podemos caracterizar por la siguiente tríada: inconsciente espiritual, la espiritualidad y religiosidad inconscientes y la voluntad como potencia espiritual. (8)

Pero también hay una *psicoterapia psicoanalítica existencial* que, sin dejar de trabajar los cuatro puntos cardinales de toda terapia existencial, no adhiere a lo espiritual de manera explícita. Desde lo teórico se diferencia por no renunciar a la trascendencia de la conflictividad inconsciente (particularmente lo edípico), y, desde lo

técnico, el terapeuta es menos activo que los dinámicos, pero distante del rol pasivo de la técnica psicoanalítica tradicional y, en ocasiones, alcanza un matiz pedagógico. La interpretación transferencial, aunque no se trabaja de forma continua y sistematizada como en el psicoanálisis convencional, sí se busca que sea eficaz haciendo evidente su conexión con la problemática nuclear actual del paciente y cuyo foco no es la relación transferencial misma, sino las relaciones interpersonales del paciente en su vida pasada y actual. (14)

Conclusiones

No se puede pensar la psiquiatría sin una actitud psicoterapéutica y sin una clínica que dé cuenta de un sujeto dialécticamente constituido entre lo subjetivo y lo social. Y en este sentido el enfoque existencial se presenta como una interesante perspectiva para el accionar del psiquiatra. Desde ya no es la presentación "del" paradigma, sino de "un" paradigma. Más allá de esta propuesta, lo importante es desconfiar de cualquier postura que en el campo de la psiquiatría y la psicoterapia se nos presente como "el paradigma", ya que nadie tiene la exclusividad hegemónica capaz de dar cuenta de todas las conductas humanas. Lo humano está atravesado por tanta heterogeneidad y complejidad que jamás podrán expresarse respuestas simples y homogéneas. Pero aun considerando esta insalvable dificultad, se ha intentado dar cuenta de esa heterogeneidad y complejidad a través de la propuesta de un entramado bio-psico-social (des-programado)-mortal con el que también se ha pretendido otorgar significativa importancia a dilemas que abundan en nuestra tarea y que, muchas veces, no suelen ser considerados: la libertad, la responsabilidad, la autotranscendencia (término acuñado por Víctor Frankl) y la muerte (no solo la propia).

Se ha clasificado las psicoterapias de orientación existencialista en dos grandes grupos: 1) psicoterapia dinámica existencial –adopta una postura crítica hacia la técnica y la teoría psicoanalítica, particularmente por su poca atención a los conflictos conscientes del ser humano-, y 2) psicoterapia psicoanalítica existencial –se diferencia del psicoanálisis más que nada en la técnica conservando los enunciados básicos de la teoría psicoanalítica-. Ambas coinciden en otorgar un lugar preponderante a la diada libertad-responsabilidad, a la incertidumbre existencial y a la angustia de muerte como fuentes de conflictos psíquicos y síntomas (ansiedad, abatimiento, tedio, obsesión, procrastinación, trastornos del sueño).

Para concluir, elijo palabras del ingenioso Dolina: "Quizá los terapeutas y sus pacientes no hacen más que jugar (...) un juego apasionante en que las fichas son sus sueños, ilusiones, fantasías, recuerdos, angustias, amores, desencuentros y frustraciones" ■ (1)

Referencias bibliográficas

1. Dolina A. Crónicas del ángel gris. Booket, Buenos Aires, 2003.
2. Freud S. Los textos fundamentales del Psicoanálisis. Alianza Editorial, Madrid, 1988.
3. Fiorini H. Estructuras y abordajes en psicoterapias. Mairena, Buenos Aires, 1984.
4. Castillo C. Ideas para una Psiquiatría Existencial. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1966.
5. Yalom I. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Editorial Paidós, Barcelona, 2010.
6. May R. El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia. Gedisa Editorial, Barcelona, 2000.
7. Dramisino H. Aportes del existencialismo ante el desamparo social y la enfermedad mental. Disertación, XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata, 2012.
8. Ovejas P. Psicoanálisis y Logoterapia: En el tratamiento de las neurosis de transferencia. San Pablo, Buenos Aires, 2011.
9. Savater F. Ética para Amador. Editorial Ariel, Barcelona, 1991.
10. Borges, JL. Obras Completas. Emecé Editores, Barcelona, 1996.
11. Freud S. Obras Completas, Volumen XX. Amorrortu Editores, 2010.
12. Abadi M, Garma Á, Garma E, et al. La fascinación de la muerte. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1973.
13. Séneca. De la brevedad de la vida. Aguilar, Buenos Aires, 1977.
14. Fiorini H. Teoría y técnica de psicoterapia. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1984.



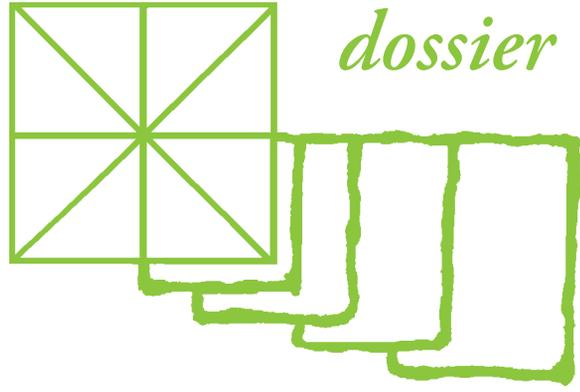
**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar



EDUCACIÓN EN MEDICINA Y PSIQUIATRÍA: DOCENCIA, ENSEÑANZA Y TRANSMISIÓN

Coordinación

Santiago Levin
Daniel Matusevich

Ya se ha dicho, pero es necesario repetirlo aquí: nuestra especialidad atraviesa épocas de crisis. En particular, un período de crisis de paradigma científico. Esto quiere decir que la psiquiatría, especialidad médica nacida con la modernidad allá en los inicios de la Revolución Francesa, no puede en la actualidad explicar con precisión sus propios límites, su territorio de jurisdicción, sus fundamentos filosóficos y su marco científico. Esta crisis, descrita y analizada por Georges Lanteri-Laura hace unos quince años, marca los límites de problema planteado. En pocas líneas: luego de tres paradigmas iniciales (alienación mental, enfermedades mentales, grandes estructuras psicopatológicas), desde la década de 1980 la psiquiatría ha encallado en un período de crisis paradigmática del que no logra salir, y que por el contrario parece profundizarse. Esto último tomando en cuenta la nueva polémica desatada hace pocos días en el congreso anual de la American Psychiatric Association entre los diseñadores del DSM V y la agencia norteamericana de Salud Mental (NIMH). El análisis de los alcances de esta controversia requiere de más tiempo y profundidad, pero una cosa está clara: si la especialidad venía mostrando claros signos de crisis, estos acontecimientos no hacen más que acrecentarla. Es importante tener presente el concepto general de crisis de paradigma científico, porque es esa crisis la que constituye el telón de fondo de nuestra especialidad en estos tiempos. Una crisis que no se explica por la falta de ideas, por un agotamiento intelectual, sino por la lucha política entre

posturas diversas, en ocasiones antagónicas, con fuertes intereses (políticos y económicos) puestos en juego.

Y si está en crisis la psiquiatría esto quiere decir que están en crisis su marco teórico, sus fundamentos, su nosografía, de modo que no resulta fácil definir qué es un psiquiatra hoy por hoy ni cuál es su campo específico de trabajo o como algunos dicen ahora sus incumbencias. En épocas de estabilidad de paradigma científico no resulta difícil arribar a una definición de este tipo. Se diseñan currículas, se escriben tratados, se arriba a consensos.

Hoy por hoy podemos encontrar versiones muy diversas de lo que debería ser un psiquiatra en el siglo XXI, según qué postura se adopte frente a la mencionada crisis.

¿Cómo definir los contenidos mínimos que debería tener la formación de un psiquiatra, si la propia definición de psiquiatra nos resulta problemática? He aquí uno de los problemas de fondo que debe resolver quien se proponga reflexionar sobre educación y psiquiatría en los inicios del tercer milenio.

Dejemos por un instante a la psiquiatría, y vayamos a la medicina en general: no se puede decir que la medicina en su conjunto atraviese un período de crisis de paradigma científico, pero sí que el panorama de la medicina actual se caracteriza por una fuerte tensión entre dos modelos probablemente irreconciliables, en palabras de Juan Carlos Stagnaro, de un lado, la biomedicina, del otro, la medicina antropológica.

Es cierto que la biomedicina, nacida en pleno siglo XIX, arrojó resultados sorprendentes sobre todo en la primera mitad del siglo XX con la explosión de la investigación básica y tecnológica (farmacología moderna, biotecnología instrumental, biología molecular, etc.). La etapa post industrial del sistema capitalista que tiende a la ganancia monetaria rápida, al individualismo, a la mercantilización de la salud, al retroceso del Estado, le pone marco en la segunda mitad del siglo pasado a esta fuerte corriente médica dando por resultado una medicina reducida al aspecto técnico, despojada de su rol humano, de sus aspectos humanísticos, alejada de la posibilidad de comprensión del fenómeno humano como un conjunto.

Éste es el vacío que viene a llenar la corriente de la medicina antropológica, que se presenta como una propuesta fértil frente al empobrecimiento de la tarea médica que genera, como resultado histórico final, el modelo biomédico.

¿Es el médico un mero aplicador de técnicas? ¿Qué rol deberían ocupar materias como psicología médica, psiquiatría, historia de la medicina, ética y medicina, en la formación del médico del siglo XXI? ¿Qué herramientas intelectuales se le ofrecen al médico en formación para alcanzar la capacidad de hacer un análisis de su propia profesión, un análisis histórico y epistemológico que le permita ubicarse críticamente en tiempo y lugar para poder llegar a ser protagonista de su época y no un mero pasajero en tránsito?

El modelo biomédico, aún vigente y de formidable peso en Occidente, pone el acento en la enfermedad antes que en la salud. En el diagnóstico y tratamiento más que en la prevención. Esto queda reflejado en la currícula de la mayoría de las carreras de medicina, dando como resultado profesionales de la salud preparados para recibir enfermos en las guardias, pero incapaces de educar para la salud a su propia comunidad; brillantes memoristas que recuerdan la fisiopatología de enfermedades raras, pero que olvidan (o desconocen) que la enfermedad de Chagas, por poner un ejemplo, no es sólo el resultado de la acción patógena de un parásito vehiculizado por un insecto vector, sino ante todo la consecuencia de la inequidad social. Dicho de otra forma, profesionales de la salud cargados de conocimiento inerte pero completamente desprovistos de habilidades clínicas y sociales.

Tenemos, entonces, un modelo médico biorreduccionista, predominante pero en crisis, y tenemos otro, antropológico, holístico, humanista, minoritario pero en crecimiento. Entre ambos, una

línea de tensión que exige una resolución histórica.

Esta resolución histórica pasa, necesariamente, por el terreno de la enseñanza y la formación. Es decir que toda discusión sobre cómo debería ser la formación de un médico o la de un psiquiatra, se topará, en su derrotero, con estas preguntas y estas tensiones.

En el año 2007, Juan Carlos Stagnaro sostenía en la introducción de un dossier atinente a la educación en psiquiatría y en salud mental que la educación médica navegaba en aguas procelosas, ya que no existe un consenso universal capaz de unificar criterios de lo que se debe incluir en la formación, debido a que la variedad de criterios para definir el perfil del médico a la salida de las facultades es muy grande. Es necesario recurrir al concepto de las epistemologías regionales para comprender de manera cabal que los conocimientos requeridos no serán los mismos para los profesionales dependiendo el lugar donde ejerzan su profesión. La formación hoy está ampliamente atravesada por las condiciones laborales, la privatización de los servicios de salud, la crisis del estado benefactor, la ingerencia en la formación de post-grado de la industria farmacéutica, las migraciones de profesionales, la gran cuestión de la bioética, el envejecimiento poblacional, etc., etc.

Hasta aquí el marco general, histórico y epistemológico, en el que se inscribe el problema de la formación en medicina y en psiquiatría. Nuestra intención no es agotar los aspectos de este enfoque sino hacer una presentación preliminar que de contexto a los trabajos que siguen. Y los trabajos que siguen, por su parte, no agotan tampoco la temática propuesta en el título (empresa desde todo punto de vista imposible). Se trata, más bien, de abordajes de aspectos importantes pero parciales dentro del campo descripto, elegidos por su potencia teórica y por su capacidad de generar una reflexión alternativa.

Retomando un artículo escrito por él mismo, Federico Pavlovsky y un nutrido grupo de colaboradores, todos residentes en psiquiatría, analizan de manera pormenorizada las luces y las sombras del sistema formativo que deben atravesar los jóvenes médicos que eligen la especialidad. Tomando como punto de partida a Zilboorg y su "Síndrome del comienzo del entrenamiento psiquiátrico" analizan diversos puntos claves, entre ellos la cuestión suicida y los trabajos realizados entre nosotros por Elsa Wolfberg, que aportan la intransferible singularidad de nuestra población de médicos. Un aspecto significa-

tivo que presenta este trabajo es detenerse en la cuestión de la identidad del residente y cómo la misma está intrínsecamente relacionada con el proceso de formación.

Este tema se relaciona con un trabajo presentado por uno de nosotros en la introducción al dossier de Antropología, aparecido en esta misma revista, en donde analizábamos los cambios que se han ido produciendo en la identidad psiquiátrica en los últimos veinticinco años a partir de un abandono progresivo de las ciencias sociales y cuál puede ser el efecto de este hecho en la formación de las nuevas generaciones. Sin dudas podemos pensar diferentes y variados tipos de respuestas a esta pregunta. Kleinman propone que dado que las ciencias sociales no son ciencias, no al menos en la forma que las ciencias biológicas lo son, se produce un sesgo a la hora de considerar sus aportes por parte del colectivo psiquiátrico, atrapado en consideraciones e intervenciones de neto corte estadístico, positivista y con un importante componente de gerenciamiento.

Juan Carlos Stagnaro analiza la sorpresa y desorientación que se produce en el médico a la hora de enfrentarse al misterio propuesto por la locura y sus infinitas posibilidades. Volviendo a la cuestión de la identidad, tema central en el dossier que estamos presentando y en uno anterior, nuestro autor se pregunta por la misma, tanto en relación a los alumnos como a los mismos docentes, a la luz de la avalancha de las estadísticas y los criterios mecanicistas biológicos. Las polémicas propuestas planteadas por el profesor Stagnaro sin duda sacarán a nuestros lectores de la zona de confort epistemológico en la que algunos se encuentran para sumergirse de lleno en la crisis paradigmática de nuestra especialidad, ampliamente descrita en publicaciones anteriores de nuestro grupo de trabajo (Stagnaro, Conti, Vaschetto, Rossi, Levín, Gómez Mengelberg, Fantin y Matusevich) y parcialmente resumida en esta introducción.

La escritura y la lectura están en dificultades, amenazadas por una avalancha tecnológica y positivista que aleja peligrosamente a nuestros estudiantes de dos elementos centrales en la formación y en la construcción de un pensamiento crítico. Atentas a esta cuestión Roni, Schwartzman y Eder proponen la utilización del portfolio como instrumento de evaluación de los aprendizajes a partir de estimular y promover la escritura reflexiva en las aulas. La escritura reflexiva facilitara la formación de profesionales reflexivos, instancia fundamental para oponer a la formación mecanicista y automática, alejada de

la subjetividad que plantea la práctica clínica, imposible de ser abordada desde una formación dogmática y unicista.

Las mismas autoras nos presentan otro trabajo donde intentan responder una pregunta que creemos nosotros es crucial en el universo de la docencia: ¿cómo se forman aquellos que forman? La propuesta incluye un profundo y permanente análisis sobre la propia práctica como vía de acceso al enriquecimiento, a la comprensión y a la modificación de la misma. "Se aprende haciendo y este hacer debe ser reflexivo" es un señalamiento de mucha fortaleza que las autoras desarrollan a lo largo del trabajo, dejando abierta la puerta a la discusión de cuáles son las posibilidades de formación de los docentes en ciencias de la salud. En relación a esta cuestión nosotros consideramos que los cambios posibles deberán acompañarse de un cambio cultural en nuestras universidades (y en nuestra sociedad) como requisito indispensable para avanzar en el desarrollo de profesionales que verdaderamente sean capaces de analizar todas las opciones y propuestas del campo de trabajo, en contraposición a una visión positivista del aprendizaje y la formación.

Como se evalúan los procesos de enseñanza y aprendizaje en el contexto de la formación psiquiátrica de postgrado? De esta pregunta parten Carroll y Allegue para desarrollar su propuesta de mejorar las acreditaciones de los alumnos y facilitar el camino de la culminación de los requerimientos académicos pendientes. Merece especial atención la parte dedicada a las complejidades vitales que sufren aquellas personas que cursan la carrera y como las mismas atentan contra la continuidad de la misma. Una vez más podemos comprobar cómo el contexto y la subjetividad vital marcan los devenires que se llevarán adelante en el aula, haciendo imposible la comprensión de este fenómeno desde una mirada puramente positivista alejada de la complejidad reinante en nuestro tiempo.

Frente a lo complejo es la hora de las nuevas estrategias y de los pensamientos superadores, alejados del dogma y del esquematismo. En esa dirección Carroll y Delego proponen la utilización del cine como vehículo de enseñanza de la psicopatología y la clínica psiquiátrica. Paradigma de la complejidad, interdisciplina y creatividad enlazados en la construcción de una matriz que permita soslayar la trampa de la simplificación y la brevedad, ya que las historias de sufrimiento de nuestros pacientes nunca lo son. Este sería entonces uno de los aportes del cine, que permite

desplegar las grandes problemáticas éticas, morales y psicológicas de una manera "más grande que la vida" como el título del gran film del año 1956 dirigido por el maestro Nicholas Ray. La propuesta de construir conocimientos a partir de las imágenes compartidas sin lugar a dudas

capturara la atención de los lectores así como esperamos que lo hagan el resto de las propuestas presentadas que intentan ampliar los horizontes de comprensión de la educación en el agitado universo de las ciencias médicas ■

El portfollio en la formación docente en ciencias de la salud: una herramienta de aprendizaje y evaluación

Carolina Roni

*Lic. y Prof. en Ciencias de la Educación (UBA).
Asesoría Pedagógica, Instituto Universitario del Hospital Italiano.
E-mail: carolina.roni@hospitalitaliano.org.ar*

María Laura Eder

Departamento de Educación, Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Gisela Schwartzman

*Magister en Educación a Distancia (UNED - España).
Departamento de Educación, Instituto Universitario del Hospital Italiano.*

Resumen

El Portfollio es un instrumento de evaluación de los aprendizajes con reciente presencia en los foros académicos, y desde 2008 forma parte del Programa de Formación Docente Universitaria (Carrera Docente) del Instituto Universitario del Hospital Italiano. Se incluyó con el propósito de permitir, a los docentes en ejercicio, reflexionar sobre la propia práctica y, a quienes los formamos, de acompañarlos en su tarea educativa cotidiana. El presente trabajo propone compartir esta experiencia evaluativa con foco en el valor formativo del proceso de escritura del Portfollio, en tanto herramienta de reflexión y aprendizaje, dada la relación que promueve entre teoría y práctica. La escritura favorece, así, procesos psicológicos que permiten construir el conocimiento, resignificarlo y hacerlo propio. Al mismo tiempo, permite acompañar la construcción de la racionalidad práctica que gobierna los modos de intervenir en el aula, ya que escriben y reflexionan sobre su trabajo docente. Se han introducido cambios en la propuesta durante el transcurso de su implementación para preservar sus propósitos: acompañar la revisión de borradores, definir conjuntamente índice temático, etc. Los alumnos la señalan como de alto impacto formativo y concluyen que escribir es volver a pensar sobre lo aprendido, y en consecuencia seguir aprendiendo.

Palabras Claves: Formación Docente – Ciencias de la Salud – Evaluación – Enseñanza.

THE PORTFOLIO IN HEALTH SCIENCES TEACHER EDUCATION: A TOOL FOR LEARNING AND ASSESSMENT

Summary

The Portfolio is an assessment tool of learning that recently appears in academic forums, and since 2008 is part of the University Teacher Education Program (Teaching Training) at University Institute of Hospital Italiano. Was included to allow teachers reflect on their own practices and accompany them in their educational work everyday. This paper shares the evaluative experience focused on the educational value of the writing process of the Portfolio, as long as is a reflection and a learning tool, by the relationship that promotes between theory and practice. Writing promotes psychological processes that enable students gain new meanings of the knowledge and take over them. At the same time, it can attend the construction of practical rationality that governs the ways of intervening in the classroom, because they write and reflect from their own teaching work. They have been introduced changes in the proposed during the course of its implementation to preserve its purposes: to accompany the draft review, jointly define index, etc. Students point that it is high impact training and conclude that writing is re-think about what they have learned, and therefore keep learning.

Key words: Teacher Training - Health Sciences - Assessment – Teaching.

Introducción

La carrera docente es una instancia para la profesionalización de las prácticas de enseñanza que incide sustancialmente en la mejora de las mismas. Con ese propósito se crea en el año 2006 el Programa de Formación en Docencia Universitaria, coloquialmente llamado Carrera Docente (en adelante, CD), destinada a los profesores que se desempeñan en las carreras y cursos del Instituto Universitario del Hospital Italiano (IUHI).

Desde nuestra perspectiva, la formación en docencia para quienes ya están desarrollando la tarea de enseñar supone la reflexión sobre la propia práctica para comprenderla, enriquecerla y modificarla. En esta instancia formativa aprender implica involucrarse en el proceso, reconocer su complejidad y necesidad, arriesgarse a lo nuevo con y más allá de la experiencia acumulada, construir instrumentos de análisis que permitan problematizar la práctica, tolerar la incertidumbre que esto genera y desarrollar propuestas de acción a pesar de las posibles contramarchas. En consecuencia, una de las principales preocupaciones en la formación en docencia, y sobre todo del docente en actividad como es en nuestro caso, es poder acompañar la construcción de la racionalidad práctica (1) que gobierna los modos de intervenir en la realidad, y en el aula en particular.

La estructura y la estrategia general de nuestra CD intentan transformar ese conocimiento práctico en elecciones conscientes, reflexionadas y fundamentadas. Los dos años de la misma se organizan en torno de dos áreas fundamentales de trabajo. Por un lado, ciertos núcleos sistemáticos y comunes a todos los docentes, organizados como Módulos. Y por el otro, recorridos individuales e institucionales surgidos de las necesidades más personalizadas, que se acompañan a través de tutorías con los docentes a cargo de la CD y que dan origen a la construcción de un Portfolio personal. Con esta estrategia nos proponemos recuperar saberes previos y las creencias acerca del enseñar y el aprender que nuestros alumnos-docentes construidas desde su biografía educativa y en la experiencia docente que han desarrollado; problematizar la propia práctica; y producir diversas alternativas a lo que habitualmente hacen, fundamentadas teóricamente.

El presente trabajo tiene el propósito de compartir nuestra experiencia con el Portfolio, haciendo foco en la relación teoría-práctica que se favorece y su valor en tanto proceso de escritura para la formación de docentes en servicio.

Portfolio: caminos transitados

La literatura referida a Portfolio en los últimos años, sostiene que se trata de una propuesta diferente que propicia el registro de los aprendizajes en la medida que reúne materiales elaborados en el proceso de aprender. Se encuentra ubicado dentro de las llamadas "innovaciones educativas", entendiéndose por éstas a "toda planeación y puesta en práctica creada con el objetivo de promover el mejoramiento institucional de las prácticas

de enseñanza y/o de sus resultados. Las innovaciones responden a los fines de la educación y se inscriben con sentido en los contextos sociales, políticos e históricos de la vida de las Instituciones. Creación, promoción del cambio y mejora son conceptos asociados a las innovaciones" (2:32). En los Portfolios se incluyen las mejores producciones de los estudiantes luego de un proceso de elaboración. Éstas son utilizadas por los docentes tanto como registro evaluativo y/o como parte de la estrategia de enseñanza diseñada. Cada producción conforma un folio, y cada folio es confeccionado, revisado, actualizado, corregido por el alumno, que recoge las sugerencias del docente para el mejoramiento del mismo durante el proceso de elaboración (2). De esta manera el Portfolio da cuenta del progreso que puede realizar el o los estudiante/s (ya sea de realización individual o grupal) en sus aprendizajes.

En este mismo sentido, la literatura internacional señala que al requerir de constantes aproximaciones y ajustes, su utilización está muy relacionada con un nuevo rol docente que acompaña y facilita los procesos de aprendizaje (3) o con la figura del tutor dentro de las propuestas de enseñanza de resolución de problemas (4).

Los especialistas coinciden en que los Portfolios requieren de tiempo, se hacen y se rehacen o se completan paulatinamente. Se postula una diversidad de beneficios por el desarrollo de esta propuesta, entre los que destacan que favorecen mejoras en los procesos de construcción del conocimiento vinculados a la escritura de borradores y propuestas parciales, que se observa una correlación positiva entre procesos exitosos de construcción de Portfolio y aspectos positivos en el desempeño de las competencias clínicas (5). Para favorecer su efectividad se recomienda utilizarlo en forma longitudinal durante toda la carrera y en diferentes asignaturas o propuestas (6). Se afirma que el Portfolio como instrumento de evaluación de procesos tiene la fortaleza de permitir registrar el tránsito por las diferentes experiencias que vivencia el estudiante durante los procesos de adquisición del conocimiento y la resignificación de conceptos y sus relaciones (7). Y que es una contribución para el desenvolvimiento de capacidades reflexivas (8).

Por otra parte, se señalan algunas debilidades, entre las más frecuentemente referidas (9):

- el hecho de que, a pesar de ser instrumentos de evaluación muy valiosos, su implementación debe ser acompañada de otros instrumentos evaluativos que además de apreciaciones den indicios de los conocimientos adquiridos;

- las dificultades para confeccionarlos por el tiempo de dedicación y las habilidades de escritura que deben desarrollar los alumnos.

En el campo específico de la Educación Médica, encontramos publicaciones que

se proponen abordar la especificidad del Portfolio en este 10, 11, 12. De dicha bibliografía se desprende que las instituciones que los ponen en práctica se caracterizan por acompañar sus propuestas pedagógicas con otras innovaciones, como por ejemplo: simulación en la enseñanza y la evaluación, grupos focales, resolución de

problemas, propuestas de aprendizaje focalizadas en la construcción y aplicación de proyectos, y el desarrollo de contenidos transversales. Ha sido aceptado paulatinamente a medida que fue modificándose la concepción de evaluación de los aprendizajes durante el proceso de su construcción y no sólo al final del mismo.

Por su parte, Lee Shulman (13), nos ofrece una definición que se aproxima a nuestra propuesta de trabajo en la CD: "Un portafolio didáctico es la historia documental estructurada de un conjunto (cuidadosamente seleccionado) de desempeños que han recibido preparación o tutoría, y adoptan la forma de muestras del trabajo de un estudiante que sólo alcanzan realización plena en la escritura reflexiva, la deliberación y la conversación" (13: 62). Es desde esta concepción que nos planteamos su utilización.

En nuestra propuesta los docentes en formación seleccionan las prácticas que realizan como parte de su actividad habitual y reflexionan sobre ellas en forma individual, en sesiones de tutoría con integrantes del equipo responsable de la CD, y en espacios de taller con sus compañeros. Como resultado del proceso, recopilan seis folios (o entradas), entre los que deben incluir al menos uno referido a cada una de las siguientes cuestiones:

- Confección, revisión, adaptación, análisis de su puesta en acción, del programa de la asignatura o curso en el que se desempeñan.

- Diseño de estrategias de enseñanza y análisis de las clases que están a su cargo.

- Evaluación: diseño, confección, análisis de instrumentos de evaluación de los aprendizajes.

Además, al finalizar la compilación, los docentes en formación confeccionan una introducción que da sentido a la colección que se presenta. En aquella deben elegir dos los folios incluidos y argumentar sobre el por qué de esta elección. El propósito de esta consigna es posibilitar una relectura del proceso, a partir de una nueva mirada de la práctica relatada y de la reflexión que hicieron sobre ella al concluir el proceso formativo.

Para ilustrar esto, compartimos lo que dice una docente en su Portfolio: "Repaso las distintas entradas o trabajos que conforman esta carpeta o portafolio y me sorprende a mi misma. Por un lado veo que aprendí más de lo que yo misma pensaba y parte de esa sorpresa incluye que al ir pasando las páginas me van surgiendo dudas o preguntas que antes ni se me hubiesen ocurrido. (...) Todos los trabajos representan parte de mi proceso de aprendizaje. Con sus limitaciones, errores, dudas y falta de fundamentación, aún así todos me muestran que estos dos años no fueron sólo leer y venir a cursar."

Los espacios de tutoría, se generan en forma flexible a solicitud de los participantes y los procesos de revisión y reescritura son parte de la propuesta general de trabajo, tanto sobre aspectos conceptuales como discursivos.

Nuestros supuestos

El Portfolio en la formación de nuestros docentes constituye una invitación constante a la reconstrucción conceptual, reestructuración de sus modos de represen-

tación, comprensión y actuación, al calor de las experiencias vivenciadas y las reflexiones generadas en torno a las mismas.

Y es en esta instancia donde nos quisiéramos detener en el análisis de la relación entre teoría y práctica. La enseñanza es una práctica que se realiza, en muchos casos, sin una formación teórica vinculada a saberes pedagógicos (14). Sabemos también, que buenas teorías no tienen necesariamente derivaciones prácticas, pero que son las que posibilitan la construcción de una mirada diferente, en este caso, acerca de la tarea de enseñar.

Desde una epistemología constructivista, y pensando en la formación de profesionales reflexivos (1), el Portfolio se constituye como una instancia central para el desarrollo reflexivo de saberes valiosos en las tareas del docente.

El Portfolio, desde nuestra propuesta, nos permite encontrar cuestiones abiertas y problemas reales, con especial atención en las áreas de incertidumbre y controversia del quehacer docente. La realidad, el hábito, la cotidianeidad misma son utilizados como fuente primaria, y posibilitan cuestionar concepciones y hacer conscientes los propios repertorios de acción, a través de instrumentos conceptuales de análisis, a la vez que enseñan una particular relación con el saber. (15)

Ahora bien, con frecuencia la teoría proclamada en las producciones escritas de nuestros alumnos no describe la propia práctica sino que es más una defensa o racionalización de la misma (16). Las teorías declaradas y las en uso constituyen universos relacionados complementarios, pero independientes y a veces discrepantes (16). Es el pensamiento práctico – las teorías en uso, no las declaradas-, el que gobierna nuestras interpretaciones y acciones. La reconstrucción del conocimiento práctico mediante el Portfolio, requiere que los docentes revisen y cuestionen las imágenes, ideas y práctica que desarrollan en su vida cotidiana, un saber que emerge de la propia experiencia pensada. En esta misma línea, de acuerdo con Contreras (14, 17), consideramos que escribir desde sí, explorarse y entenderse en lo que a uno le pasa en las situaciones educativas está en el núcleo de la tarea docente. Una indagación que no es pura y simple subjetividad, ni una mirada a lo que está por fuera del docente -la institución, el plan, los alumnos- sino la búsqueda y comprensión de lo que acontece.

En el Portfolio la escritura profesional de los docentes remite a la experiencia, en ella se pone en relación lo vivido (o reflexionado) con la información, no simplemente para contar sino para preguntarse, repensar e iluminar las prácticas. La reflexión que suscita la escritura, y que se realiza con herramientas conceptuales, con teorías, permitan ir más allá del sentido común, generar nuevos aprendizajes conceptuales y comunicativos. Es aquí donde se convierte en una herramienta fundamental. Mediante la escritura, se favorecen procesos psicológicos que promueven la construcción del conocimiento, su resignificación y apropiación. Escribir "exige poner en relación lo que uno ya sabe con lo que demanda la actual situación de escritura" (18:24). Por eso coincidimos con Carlino (18) en señalar que, ese poner en relación, se ase-

meja a los procesos psicológicos de construcción conocimiento y aprendizaje.

Análisis de la experiencia

El Portfolio es principalmente, entonces, una oportunidad para que los participantes de la CD "miren" su práctica docente. Nosotras como formadoras, también procuramos generar(nos) espacios para revisar nuestras prácticas docentes, casi en un "espejo" respecto de lo planteado previamente, éstos se desarrollan a través de las reuniones de equipo, de la reflexión permanente sobre lo hecho y, de los procesos de escritura en los que compartimos y comunicamos nuestra experiencia.

De allí que a lo largo de estos años, fuimos introduciendo cambios en la propuesta de la CD en general y, más específicamente, en la implementación del Portfolio. Estructuralmente, la propuesta de elaboración del Portfolio en la CD no ha variado en forma sustancial (propósitos, tipo de trabajos a presentar, estructura, ejes temáticos a abordar por los alumnos, que hemos descrito en apartados anteriores). El único cambio en este aspecto es que hemos reducido la cantidad de folios, inicialmente eran ocho (sólo en la primera cohorte) y actualmente es de seis. Esta decisión surgió de revisar íntegramente la experiencia con el primer grupo de alumnos, y la exigencia de producción de trabajos solicitados.¹ La demanda de trabajos era sentida como excesiva por parte de los participantes. Expresaban sentirse agobiados por reflexiones novedosas, y escritura sobre aspectos que consideraban por primera vez. No sólo son tareas nuevas, sino que, como planteamos en trabajos anteriores, demandan un tiempo que estos profesionales muchas veces no tienen y que no suelen destinar a estas actividades. La formación docente se hace muchas veces en "horas robadas" a la asistencia.

Además de las dificultades planteadas por los alumnos para encarar esta actividad, por nuestra parte también observamos ciertos obstáculos:

- Dificultades para el trabajo independiente y la toma de decisiones: regular los tiempos, "hacerse" un tiempo, tomar la iniciativa, elegir sobre qué escribir, encontrar un estilo de escritura y presentación de cada folio, etc. En un trabajo anterior (8f) nos planteábamos cómo muchos imaginaron la tarea como más difícil de lo que realmente era lo que se constituía en un freno para iniciarla. Muchos de los alumnos de la primera cohorte hicieron casi todas las entradas en los últimos meses del segundo año de cursada.

- Comprensión de lo solicitado: muchos planteaban (y siguen haciéndolo) que "no entienden qué tienen qué hacer". Atribuimos esta dificultad, en parte, a la novedad del Portfolio, al tipo de trabajo que deben realizar, a las tradiciones de evaluación dentro de sus disciplinas (selección múltiple y examen oral, principalmente).

- En algunos casos, resistencia a revisar la propia práctica. Resistencia que se plasma en distintas actividades

de las que se proponen en la CD, pero que cobra mayor cuerpo cuando implica escribir sobre ella.

- Resistencia a reescribir, luego de nuestras observaciones. Esto supone un trabajo muy especial para nosotras, tratando de mostrar el valor de la reescritura que va más allá de cumplir con las expectativas del docente, rehacer para cumplir. Es un desafío para nosotras mostrarles el valor y el sentido de esta tarea.

Tomando en consideración estas cuestiones, en los últimos dos años, comenzamos a realizar ajustes en la implementación de la propuesta y en las mediaciones que facilitarían su desarrollo. Ello nos llevó a realizar los siguientes cambios en el proceso de trabajo:

- Explicitación recursiva del sentido de la propuesta a lo largo de los dos años.

- Explicitación recursiva del encuadre de trabajo: modo de acompañamiento y tiempos de entrega parciales.

- Desarrollo de jornadas de trabajo con la participación de ex alumnos que ya realizaron sus Portfolios, y como tiempo preservado para ponerse en tarea.

- Implementación de talleres de sensibilización, producción y análisis.

- Participación en talleres de escritura.

Todas estas instancias han ido enriqueciendo la mirada y los han invitado a plantearse la inclusión de este instrumento en sus propias prácticas docentes.

Conclusiones

Los propósitos de este dispositivo en el marco de la CD son básicamente dos. Por un lado, se convierte en una oportunidad para acompañar la relación entre teoría y práctica en el trayecto de formación. Creemos que el modo en que hemos propuesto el uso del Portfolio puede ser una manera (entre otras, o en realidad junto con otras) de facilitar la vinculación Teoría / Práctica, en este caso a través de las oportunidades que este dispositivo plantea para escribir, hacer, reflexionar (individualmente y en conjunto con otros) y volver a hacer. La reflexión mediada por la escritura, aún cuando no tome la forma de Portfolio, es una instancia que, incluso, suelen considerar a posteriori para sus propias propuestas de enseñanza y evaluación.

Por otro, el valor de documentar las experiencias pedagógicas y las reflexiones surgidas de la búsqueda de mejoramiento de las mismas. En este sentido reconocemos el valor que supone la escritura y narración sobre la propia práctica como una nueva oportunidad de reflexionar sobre la misma. "La narrativa se convierte entonces en el vehículo más adecuado tanto para captar la manera en que las personas constituyen su autoconocimiento como para solicitarles que transmitan su sentido personal organizando su experiencia a lo largo de una dimensión temporal o secuencial." (19:187). Consideramos también en este proceso su función epistémica.

¹ Al final de cada módulo de la CD los participantes presentan también alguna producción en forma individual o grupal

En relación con la CD, sabemos que la propuesta de incluir un Portfolio existe desde hace tiempo en distintas instituciones. Sin embargo, en nuestro caso este dispositivo se propone principalmente recuperar las prácticas que los docentes en formación realizan habitualmente y sobre las que no suelen reflexionar en forma sistemática. Considerar como experiencias de aprendizaje esos “recorridos” informales que transitan muchos docentes universitarios, es parte de la concepción institucional que sustenta el programa y permite “personalizar” el proceso yendo más allá del grupo-clase.

Creemos también que innova en relación a la práctica que llevan adelante estos docentes: la enseñanza no suele ser objeto de reflexión y estos “espacios” planteados desde el Programa, empiezan a formar parte de su cotidianidad (“antes daba la clase con PPT que había usado para algún otro curso, ahora no puedo dejar de preguntarme si esto debería ser así... aunque no siempre pueda pensar una propuesta nueva, la pregunta está...”). Sin duda, reflexiones como estas dan cuenta de un verdadero impacto en el quehacer docente ■

Referencias bibliográficas

- Schön D. *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós/MEC, 1992.
- Litwin E. *El Oficio de Enseñar. Condiciones y contextos*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Marin Ma J, Moreno T, Moravcik Ma.Y, Higa E, Druzian S, Francischetti I, Ilias M. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes / Students' perception of the reflective Portfolio in medical school. *Rev bras de educa medica*; 2010 34(2):191-198.
- Paranhos V, Mendes MaM. Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students / Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem / Currículo por competencia y metodología activa: percepción de estudiantes de enfermería. *Rev. Latinoam Enferm*, Jan.-Feb. 2010; 18(1):109-115.
- Domingues R., Amaral E, Zeferino A, Antonio MaA, Monteiro G, Nadruz W. Competência clínica de alunos de Medicina em estágio clínico: comparação entre métodos de avaliação / Clinical competence of medical students during clinical clerkship: a comparison of evaluation methods. *Rev bras de educac medica*, jan-mar 2010; 34(1): 124-131.
- Moreto G., Bariani D., Pinheiro T., Altisent R., González-Blasco P. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil / A New Bioethics Teaching Method: Experience in Using the Portfolio with Medical Students in Brazil. *Pers bidet*. Jul.-dic. 2008; 12(2):132-144.
- Ezquerro Lezcano M, Bundo Vidiella M, Descarrega Queralt R, Martín Zurro A, ForesGarcía D, Fornells Vallès JM. *Formative evaluation: experience of the Catalanian family and community medicine teaching units*. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Consorcio Sanitario de Terrassa, Barcelona, España, 2010; 42(4):233-40.
- Silva R., Francisco MA. Portfólio reflexivo: uma estratégia para a formação em medicina / Reflective Portfolio: a strategy for medical education. *Rev bras educ med*, 2009; 33(4):562-570.
- Tanji S, Silva CM, da Dantas SLM. As potencialidades e fragilidades do portfolio reflexivo na visão dos estudantes de enfermagem / Potentialities and weaknesses of the reflective Portfolio according to nursing students. *Rev enferm UERJ*, jul.-set 2008; 16 (3):392-398.
- Buckley S., et al. The educational effects of Portfolio on undergraduate student learning: a best evidence medical education (BEME) systematic review. BEME guide No. 11. *Med Teach*, 2009; 31(4):282- 93.
- Drissen EW., et al. Conditions for successful reflective use of Portfolios in Undergraduate Medical Education. *Med Educ*, 2005; 39: 1230- 1235.
- Tochel C, et al. The effectiveness of Portfolios for post-graduate assessment and education: BEME guide, 12. *Med Teach*, 2009; 31(4):299- 318.
- Shulman L. “Portafolios del docente: una actividad teórica”. En Lyons N. (comp.) *El uso de portafolios*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- Contreras Domingo J. *Enseñanza, curriculum y profesorado. Introducción crítica a la didáctica*. Madrid: Akal, 1990.
- Tardif M. *Los saberes del docente y su desarrollo profesional*. Madrid: Narcea, 2004.
- Schön D. *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós/MEC, 1992.
- Contreras Domingo J. Ser y saber en la formación didáctica del profesorado: una visión personal. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2010, 68 (24,2). 61-81.
- Carlino P. *Escribir, leer y aprender en la universidad. Una introducción a la alfabetización académica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2005.
- McEwan H., Egan K. (comps). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. El conocimiento y el relato narrativos*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

Acreditaciones demoradas. Proyecto de intervención en una cátedra de Clínica Psiquiátrica: PiACLiP

Ester Ofelia Allegue

*Especialista en Psiquiatría. Especialista en Docencia Universitaria.
Presidente del Cap. Práctica de la Docencia e Investigación. Educativa en Salud Mental y
Prof. Adj. de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana ISFP (APSA).
E-mail: eallegue@gmail.com*

R. Hugo Carroll

*Especialista en Psiquiatría. Subdirector de la Carrera Metropolitana ISFP (APSA).
Prof. Tit. de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana ISFP (APSA).
E-mail: hugocarroll@fibertel.com.ar*

Resumen

El presente trabajo nace de nuestra autoevaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje, teniendo en este caso como meta la elaboración de estrategias superadoras, en el contexto de la formación de postgrado de médicos especialistas en psiquiatría. Los autores diseñamos y desarrollamos un Proyecto de Intervención, PiACLiP, que representa el primero en nuestra institución y surge en la Cátedra de Clínica Psiquiátrica como una estrategia que apunta a elevar el número de estudiantes acreditados en la materia. Al concluir la cursada, los estudiantes suelen ir desvinculándose de la carrera, no completando la totalidad de los requerimientos académicos pendientes. El PiACLiP apunta a revertir lo planteado, al posibilitar una mayor tasa de acreditados en la materia y consecuentemente estimular los sentimientos de pertenencia institucional tanto como el acceso a la graduación. La planificación del PiACLiP fue organizada en etapas secuenciadas, implementándose diversas metodologías pedagógicas basadas en teorías constructivistas del aprendizaje. Favorecimos la adquisición del conocimiento y las capacidades clínicas desde un rol activo, vinculando a los estudiantes con los interrogantes de su propia práctica clínica. Ofrecimos tutorías virtuales y presenciales con docentes y pares que facilitaron el estudio y, permitieron a los docentes realizar evaluaciones en proceso, no sólo finalistas.

Palabras Claves: Enseñanza de la Clínica Psiquiátrica – Formación en psiquiatría – Acreditación en psiquiatría - Formación de formadores.

DELAYED ACCREDITATION. INTERVENTION PROJECT IN PSYCHIATRIC CLINIC COURSES: PIACLIP

Summary

This work follows from our auto-evaluation of teaching and learning processes, having in mind the development of overcoming strategies in the context of postgraduate education of Doctors specialized in Psychiatry. This intervention project (PiACLiP) is the first of its kind in our institution and has been designed and developed to increase the number of accredited students in the courses of Psychiatric Clinic. After completing the courses, students tend to disengage and may not complete all pending academic requisites. The PiACLiP acts upon this problem in an attempt to revert it, enabling a larger amount of accredited students within the courses. Consequently, stimulates institutional sense of belonging as well as access to graduation. PiACLiP planning has been organized in sequential stages: several pedagogic methodologies based in the constructivist theory have been implemented. Knowledge acquisition and clinic capacities under active roles are thus favored, relating students with questions arising from their own practice. Virtual and face-to-face tutorials with teachers and peers have been offered in order to facilitate both, study and in-process evaluation, besides the final exam.

Key words: Psychiatric Clinic courses - Psychiatrist under training - Accreditation in psychiatry - Training of trainers.

Introducción

Los autores diseñamos y desarrollamos un Proyecto de Intervención en Postgrado, propuesto desde la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana de Médicos Especialistas en Psiquiatría de APSA.

El proyecto surge frente a la detección de demoras en la aprobación de asignaturas de la carrera, como una estrategia en Clínica Psiquiátrica I, II y III, intentando colaborar en que sea mayor el número de graduados, sin desmedro de la calidad. El porcentaje de ex alumnos demorados en la acreditación de Clínica Psiquiátrica de las promociones 2001 al 2008, corresponde al 21,81% del total de alumnos demorados.

El diseño del mismo se basó en una planificación estructurada en una serie de etapas que fueron puestas en marcha desde mayo del 2012, las que han sido evaluadas en proceso, permitiendo realizar ajustes pertinentes durante el transcurso, a partir de dicho monitoreo. El proyecto se desarrolló durante el segundo semestre del año 2012 y algunas evaluaciones finales se definieron en el año 2013.

Dicho trabajo representa el primero en nuestra institución: "Primer Proyecto de Intervención en Acreditación de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica 2012"; el que será denominado, en lo sucesivo, por su sigla "PiACLiP".

Como psiquiatras sabemos que el primer paso de una buena terapéutica es realizar un diagnóstico clínico correcto (12). Desde esta perspectiva se desprende la prioridad en promover que acrediten Clínica Psiquiátrica, buscando mejorar las competencias clínicas y consecuentemente terapéuticas. En nuestra opinión, también podría impactar incrementando la confianza e intención de acreditar otras asignaturas pendientes, resultando facilitado el acceso a una mayor tasa de graduación en la carrera.

El proyecto presentó características de alta viabilidad y sustentabilidad fundamentadas en lo accesible de su implementación, tanto por la ausencia de costo económico para la institución, como por la disponibilidad de recursos humanos docentes aportados por la Cátedra de Clínica Psiquiátrica.

Análisis del problema desde la perspectiva de los actores involucrados

Recortamos tres dimensiones protagónicas que permitieron comenzar a explorar el problema de las acreditaciones demoradas: los ex alumnos, los docentes y la institución (5).

Ex alumnos

Agrupamos en cuatro tipos de motivos los argumentos expuestos sobre la demora:

1. Motivos familiares y personales que atraviesan más a las mujeres
2. Motivos laborales que atraviesan más a los hombres.
3. Motivos de acreditación; dos ex alumnos obtuvieron el título de especialista en Colegios Médicos Provinciales.

4. Motivos personales confusamente formulados por parte de un ex alumno que entendemos, expresaron conflictos y dificultades subjetivas no resueltas.

Docentes

Nosotros pensamos que algunas condiciones contextuales que favorecen dicha situación problemática se vinculan con las siguientes variables.

Los estudiantes cursan el postgrado en condiciones personales de alta exigencia. Lo hacen manteniendo su agenda laboral y académica, viéndose afectados los tiempos personales. Tampoco cuentan con la cooperación de sus empleadores. La carga horaria de la carrera, tanto de cursado presencial (10 hs. semanales) como de prácticas hospitalarias (12 hs. semanales) y actividades e-learning (7 hs. semanales) representa una exigencia considerable para los estudiantes.

Al completar la cursada, los estudiantes pierden la referencia grupal e institucional que los contenía. La Institución carece de una instancia de seguimiento a los ex alumnos y tampoco posee un área específica que los albergue, quedando en una zona de invisibilidad institucional, "no lugar" que favorece que los mismos vayan progresivamente desvinculándose y no completen la totalidad de los requerimientos académicos.

Institución

Nosotros sostenemos que tanto para la disciplina como para la institución formadora representa una situación problemática que los cursantes no egresen de la carrera. Este problema de los postgrados constituye un fenómeno ampliamente detectado (13). Es por tal motivo que las instituciones educativas y los organismos de acreditación nacional, han comenzado a fomentar este tipo de proyectos (6, 10, 13). Se desprende que además de beneficiarse el alumnado, la institución también se beneficiaría con el PiACLiP. El beneficio cuantitativo estaría dado por un mayor porcentaje de graduados y el cualitativo, a través de la implementación de proyectos de intervención que elevarían la calidad institucional.

Objetivos

Dicho proyecto persigue una *finalidad* y *objetivos*, uno general y otros específicos que derivan del mismo.

Finalidad

Lograr el mejoramiento de la eficiencia interna institucional, implementando estrategias superadoras en la cátedra de clínica.

Objetivos

a. General

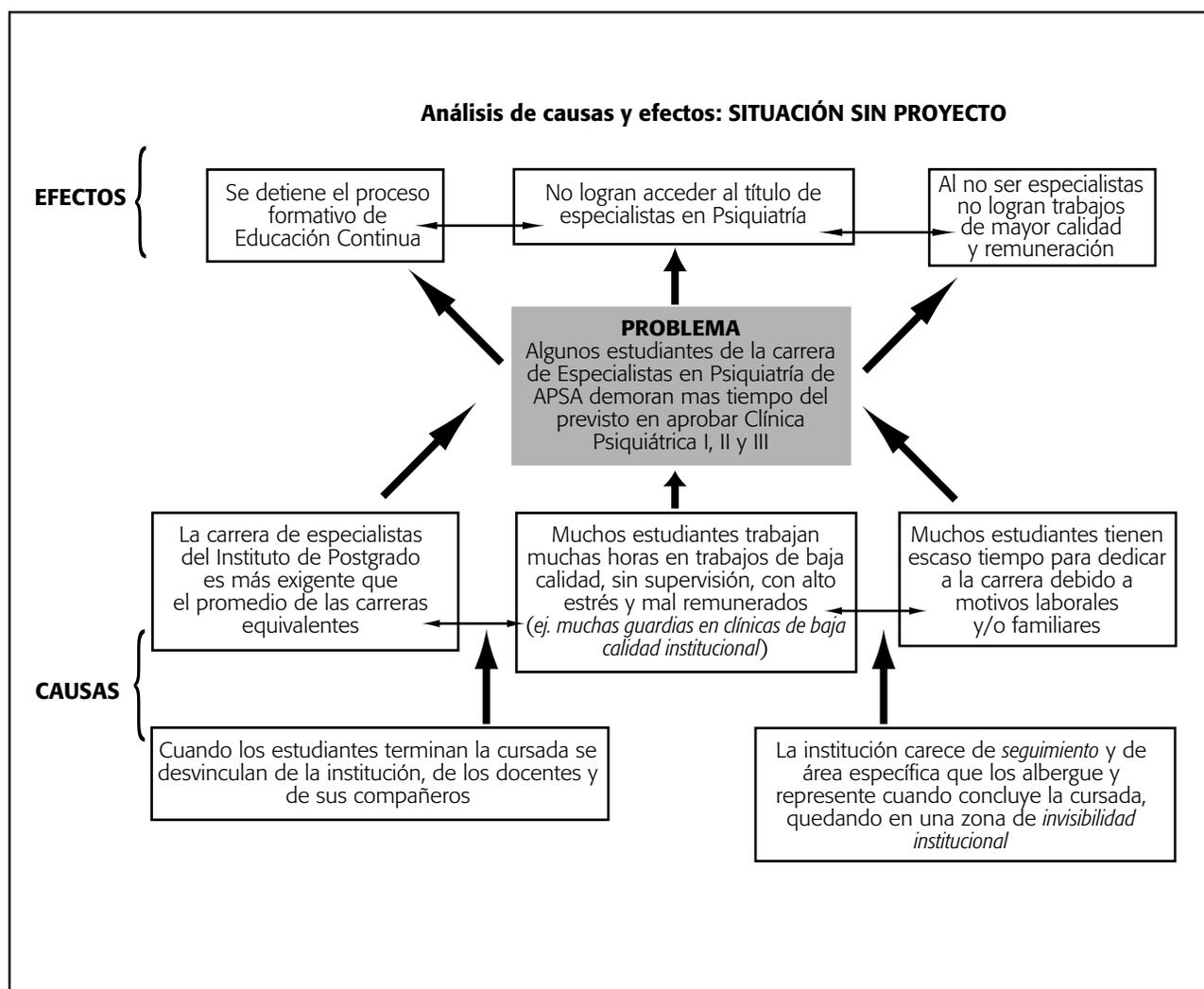
1. Incrementar el número de estudiantes acreditados en los tres niveles de Clínica Psiquiátrica, promociones comprendidas en el período 2001 – 2008.

- b. *Específicos*
1. Mejorar la calidad de la enseñanza.
 2. Elevar los niveles de satisfacción de los estudiantes en su formación.
 3. Recuperar el lazo entre institución, docentes y ex alumnos.
 4. Crear un dispositivo de tutorías de pares y docentes

Metodología. Etapas desarrolladas

1ra Etapa: Diagnóstica. El inicio del diseño comienza con el reconocimiento y definición del problema a resolver (5, 10), analizando causas, efectos e interrelaciones derivados del mismo. En el *Gráfico N° 1*, “Árbol de Problemas”, el tronco representa el problema central, las raíces corresponden a las causas del problema y las ramas los efectos.

Gráfico 1. Árbol de problemas.

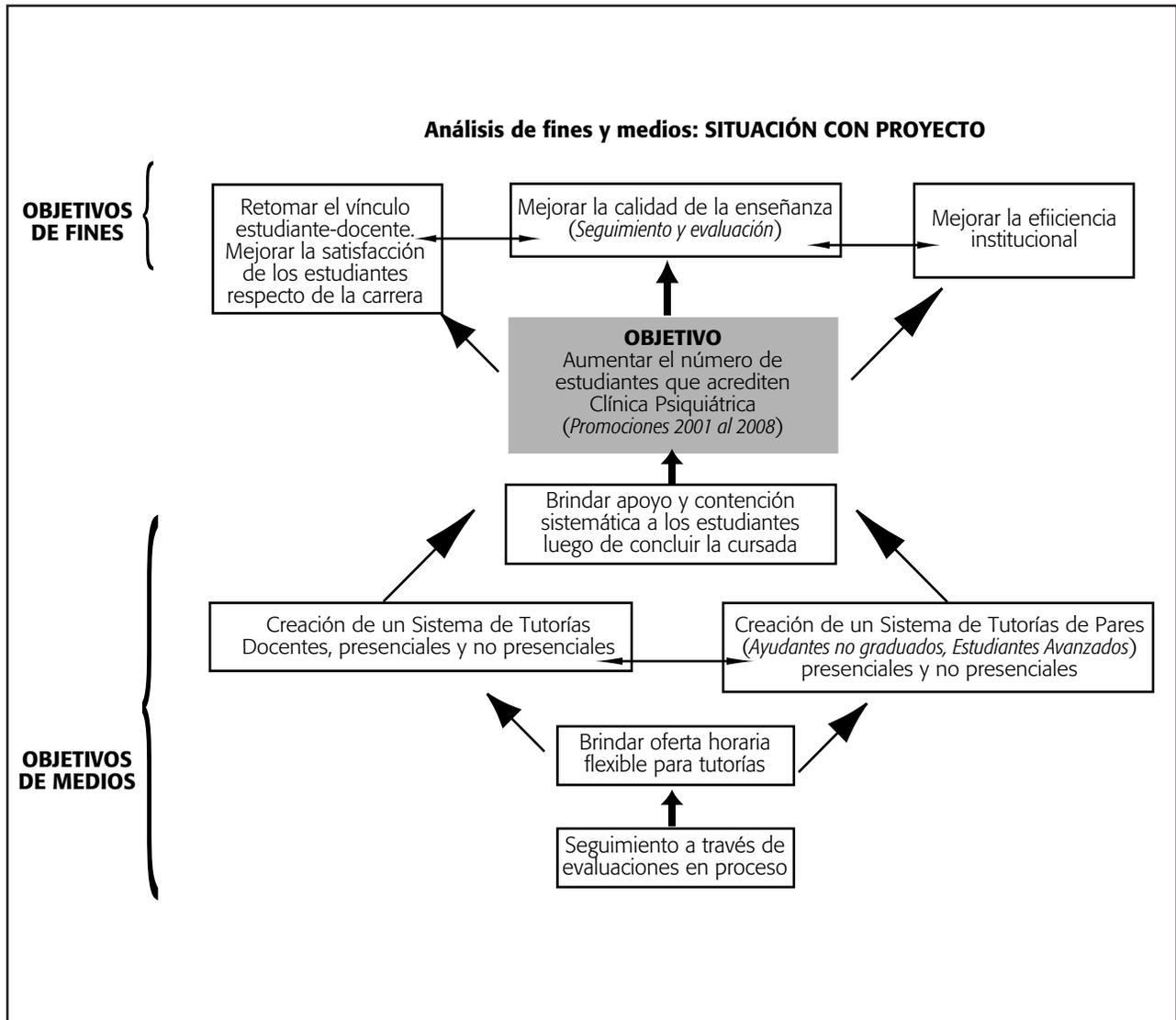


2da. Etapa: Definición de Objetivos. Precisamos los objetivos del proyecto, los que son presentados esquemáticamente en el *Gráfico N° 2*, “Árbol de Objetivos”. Se puede visualizar la situación futura a lograr, a través del análisis de la relación entre medios y fines de los distintos objetivos (5, 10).

Se desprende de la observación de este gráfico como en el mismo queda planteado el proyecto de intervención (5, 10). Sostiene Marquina (5) que en el Árbol de Problemas se define la situación sin proyecto supera-

dor, en cambio en el Arbol de Objetivos se grafica la situación problemática con un proyecto que se plantea superarla.

3ra. Etapa: Formación de Formadores. Implementamos la búsqueda y formación de recursos humanos en tarea docente (5). Se incorporaron en esta etapa Dogliotti Claudia y Grance Marina, ambas psiquiatras en formación, como ayudantes de cátedra a través de sus roles de tutores pares, lo que representa uno de los modos de apoyo institucional brindado a los ex alumnos.

Gráfico 2. Árbol de objetivos.

4ta. Etapa: *Motivacional*. Realizamos un primer contacto telefónico informativo general del PiACLiP, con los ex alumnos.

5ta. Etapa: *Informativa*. Efectuamos un segundo contacto informativo por email, explicitando las características de la metodología secuenciada del PiACLiP; donde se verán de modo teórico-práctico, durante dos meses, los contenidos correspondientes al cuatrimestre adeudado. El proceso comprendió:

1. La lectura comprensiva de los materiales curriculares.
2. La realización de *trabajos prácticos virtuales*: aplicando dichos contenidos y revisando los mismos a partir de sus errores. Permite un seguimiento a través de evaluaciones en proceso (1). Se requiere aprobar todos los trabajos prácticos con un mínimo del 60% de la actividad correcta. Estos consistieron en:
 - I. Implementación de técnica de subrayado en algunos textos (3).
 - II. Resolución de *Cuestionarios Multiple Choice*, que incluían preguntas con o sin viñetas clínicas (1).

III. Realización de *Esquemas y Mapas Conceptuales* (3, 7, 8).

IV. Elaboración de *Viñetas Clínicas* (17).

V. Análisis y resolución de *Casos Clínicos* (17).

VI. Análisis de *films* a la manera de un estudio de caso como ficción clínica cinematográfica (16, 17).

Las características de las múltiples actividades expresan que cada una de ellas pone en juego diferentes operaciones cognitivas. Las mismas recorren un gradiente que va desde las más sencillas tareas de reproducción y ejercitación, hasta llegar rápidamente a procesos cognitivos de nivel superior como son la resolución de problemas (1, 11).

3. Acceso opcional a *tutorías docentes y de pares* (ayudantes no graduados: estudiantes avanzados) como estrategia de apoyo y contención sistemática a los ex alumnos. De este modo se logra brindar un menú flexible de tutorías tanto en lo horario como en la modalidad (presencial o virtual), ante inquietudes o dificultades.

4. La evaluación final propuesta es la *elaboración*

de un caso clínico (1, 9, 17), escrito e individual, que será defendido oralmente. Esta modalidad evaluativa facilita integrar los contenidos teóricos adquiridos, articulándolos con la práctica clínica. Se ponen en juego funciones cognitivas superiores, particularmente resolución de problemas, favoreciendo el aprendizaje, habida cuenta del creciente rol que las investigaciones educativas le dan a la palabra escrita como herramienta pedagógica (1, 2, 9, 11).

Esta planificación se sostiene y fundamenta en teorías constructivistas (15) y cooperativistas del aprendizaje (1, 2, 11). Dichas teorías sostienen que se produce un aprendizaje de tipo significativo cuando se logran articular los nuevos conocimientos con los ya existentes, interacción que producirá una reestructuración de los saberes. Como docentes buscamos favorecer y facilitar la construcción del conocimiento por parte de los estudiantes, asumiendo ellos mismos un rol activo como productores (4), potenciando la articulación teórico – práctica al vincularlos con los desafíos e interrogantes cotidianos de su propia práctica en clínica psiquiátrica (1, 2, 11, 14).

6ta. Etapa: De confirmación. Solicitamos por email la aceptación o el rechazo del PiACLiP.

7ma. Etapa: De ejecución. Se llevó a cabo la puesta en marcha y desarrollo del dispositivo.

8va. Etapa: De evaluación Ex - Post. Evaluamos el PiACLiP, identificando en qué medida el proyecto cumplió sus objetivos una vez concluido (5). Definimos indicado-

res de evaluación de resultados, parámetros que posibilitaron detectar la magnitud en que el PiACLiP alcanzó su meta una vez finalizado. Para tal fin, los autores diseñamos un cuestionario de heteroevaluación del PiACLiP (*Gráfico N° 3*), el que fue administrado a los cursantes que terminaron el proyecto. El instrumento permitió conocer el grado de satisfacción de los ex alumnos respecto de las diferentes dimensiones pedagógicas implícitas en el PiACLiP.

Los resultados obtenidos se pueden observar en el próximo apartado. El análisis de los mismos permitirá mejorar el dispositivo para futuras implementaciones.

Resultados y Evaluación

c. Resultados del PiACLiP

La recepción del proyecto por parte de los ex alumnos fue fructífera.

El primer resultado obtenido fue producto de la etapa motivacional (4ta. Etapa), lográndose la acreditación de dos ex alumnos en julio del 2012.

En las *Tablas N° 1 y N° 2* se expresan algunos resultados logrados durante el desarrollo del PiACLiP.

Cabe aclarar que los tres alumnos que abandonaron al inicio del proyecto, inmediatamente después aprobaron la materia adeudada. Dos de ellos son de la cursada 2005-2008 y una de la 2008-2011, y los tres continuaron rindiendo otras materias.

Tabla 1.

Respuesta	Número de ex alumnos	%
No responde	8	33,33%
Abandona la carrera	3	12,50%
Acepta el proyecto	13	54,16%

Tabla 2.

PiACLiP	Número de ex alumnos
Etapa motivacional previa al inicio del proyecto (acreditaron en julio 2012)	2
Aceptaron el proyecto	13
Abandonaron al inicio del proyecto	3
Abandonaron en la mitad del proyecto	3
Terminaron el proyecto	7

De los tres alumnos que abandonaron en la mitad del proyecto, uno de ellos aprobó inmediatamente después.

Todos los alumnos solicitaron tutorías virtuales y ninguno requirió tutoría presencial.

La mejor performance la obtuvieron en las siguientes actividades: Cuestionarios Multiple Choice, análisis y resolución de Casos Clínicos, elaboración personal de Viñetas Clínicas; siendo notoriamente más bajo el desempeño en Esquemas y Mapas Conceptuales.

El monitoreo durante el desarrollo del proyecto nos permitió verificar demoras recurrentes en la entrega de trabajos prácticos de algunos alumnos. Estas motivaron pedidos de prórroga, con la consecuente aceptación y

flexibilización de plazos de los mismos, pero manteniendo la fecha de finalización del PiACLiP. Pensamos que monitorear el proceso del proyecto y admitir cambios en la cronología fue una decisión acertada.

d. Resultados de la evaluación ex - post del PiACLiP

Reflexionando sobre el proyecto nos preguntamos si este cumplió sus objetivos, si la metodología secuenciada del PiACLiP y los recursos implementados favorecieron su desarrollo. Hoy propondríamos proyectos superadores del PiACLiP?

Para responder estos interrogantes diseñamos el siguiente instrumento (*Gráfico N° 3*).

Gráfico 3. Cuestionario de Heteroevaluación del PiACLiP.

<p>Estimados colegas, les solicitamos que por favor tengan a bien responder, a la mayor brevedad posible, el siguiente cuestionario. El objetivo del mismo es mejorar el dispositivo para futuras implementaciones. Por eso, es muy importante para nosotros conocer el grado de satisfacción de los diferentes aspectos del PiACLiP, dimensiones representadas en cada una de las preguntas. Marquen con una X la respuesta elegida. Muchas gracias!</p>					
Muy insatisfactorio	Bastante insatisfactorio	Ni satisfactorio, ni insatisfactorio	Bastante satisfactorio	Muy satisfactorio	
I	II	III	IV	V	
			I	II	III
A. El material didáctico enviado le pareció...				1	2
B. Evalúe los Trabajos Prácticos: Los Cuestionarios Multiple Choice le han resultado eficaces para la fijación y aplicación de conocimientos...				1	2
C. Evalúe los Trabajos Prácticos: Los Mapas y Esquemas conceptuales le han resultado eficaces para la conceptualización de conocimientos...		1	1	2	3
D. Evalúe los Trabajos Prácticos: La realización de viñetas y casos clínicos le han resultado eficaces para la organización de conocimientos...				4	3
E. Evalúe los Trabajos Prácticos: El análisis y resolución de casos clínicos le han resultado eficaces para la fundamentación de conocimientos...				2	5
F. Evalúe los Trabajos Prácticos: El análisis de los films le han resultado eficaces para la contextualización y discriminación de conocimientos...				3	4
G. Las actividades y contenidos trabajados han mejorado sus competencias y habilidades clínicas...				4	3
H. En caso de haber incrementado sus competencias clínicas: considera que estas favorecen la adquisición de competencias y habilidades psicoterapéuticas...			1	3	3
I. En caso de haber incrementado sus competencias clínicas: considera que estas favorecen la adquisición de competencias y habilidades psicofarmacológicas...			2	3	2
J. La asistencia y el apoyo brindado por los docentes y ayudantes fue...				3	4
K. El PiACLiP lo estimuló a rendir otras asignaturas...			1	3	3
L. Evalúe la modalidad virtual de desarrollo del PiACLiP...				3	4
M. Evalúe el impacto generado por el PiACLiP respecto de facilitar el lazo con la cátedra y la institución...				4	3
N. En qué magnitud considera que el PiACLiP incrementa la calidad institucional...				3	4
O. El balance general que realiza del PiACLiP es...				3	4

Representaremos de modo gráfico los indicadores de resultados más significativos:

Gráfico N° 4. Pregunta G. Las actividades y contenidos trabajados han mejorado sus competencias y habilidades clínicas...

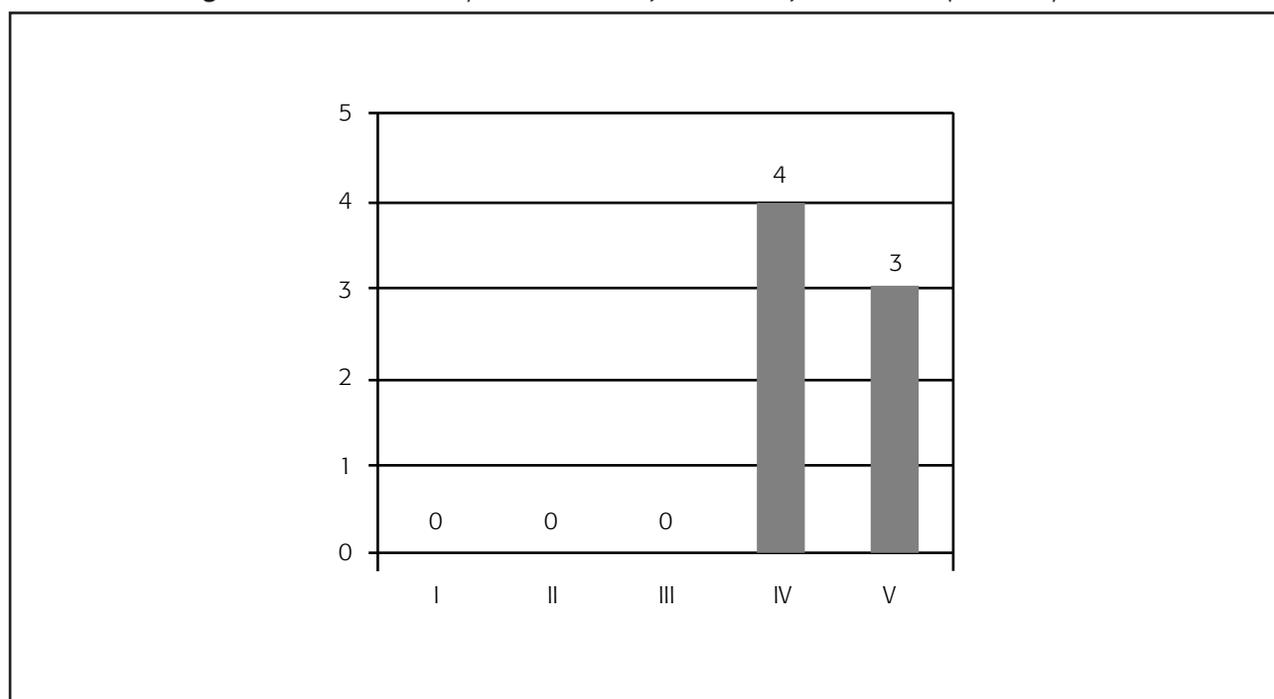
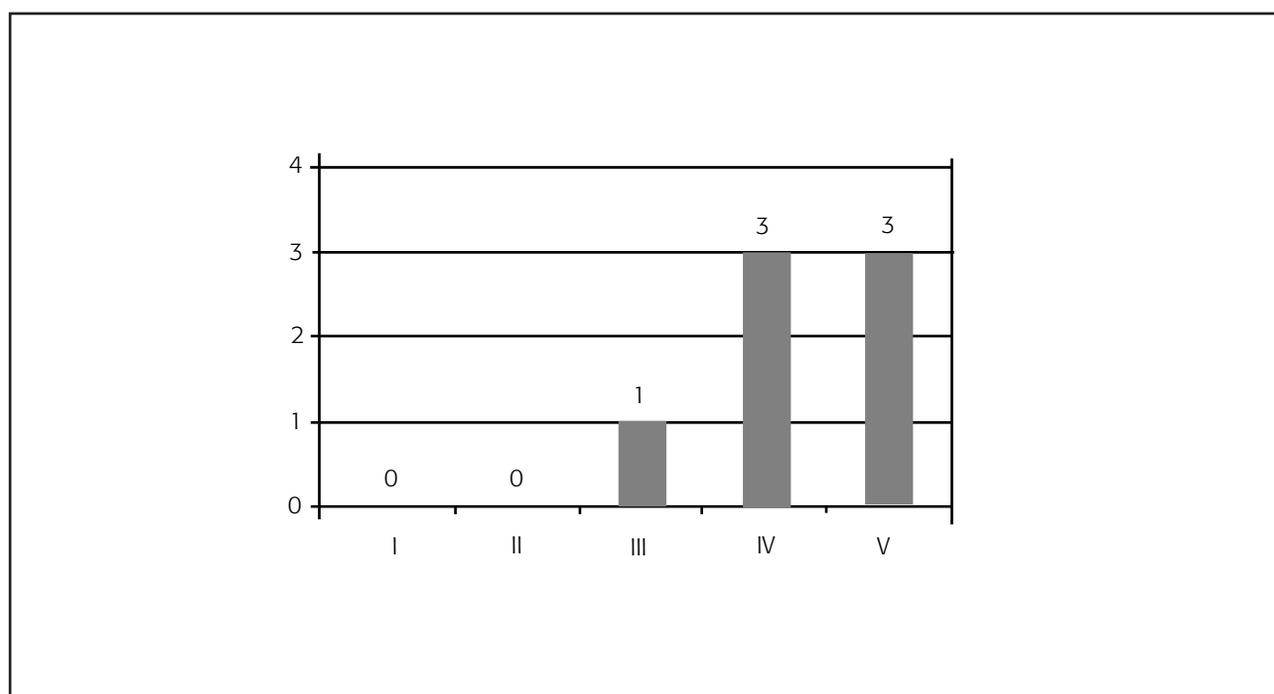


Gráfico N° 5. Pregunta H. En caso de haber incrementado sus competencias clínicas: considera que estas favorecen la adquisición de competencias y habilidades psicoterapéuticas.



En los Gráficos N° 4, 5, y 6 podemos observar la considerable adquisición de competencias clínicas de los estudiantes, y la consideración de los mismos tanto respecto

de las competencias psicoterapéuticas como de las psicofarmacológicas.

En el Gráfico N° 7 detectamos como el PiACLiP

Gráfico N° 6. Pregunta I. En caso de haber incrementado sus competencias clínicas: considera que estas favorecen la adquisición de competencias y habilidades psicofarmacológicas.

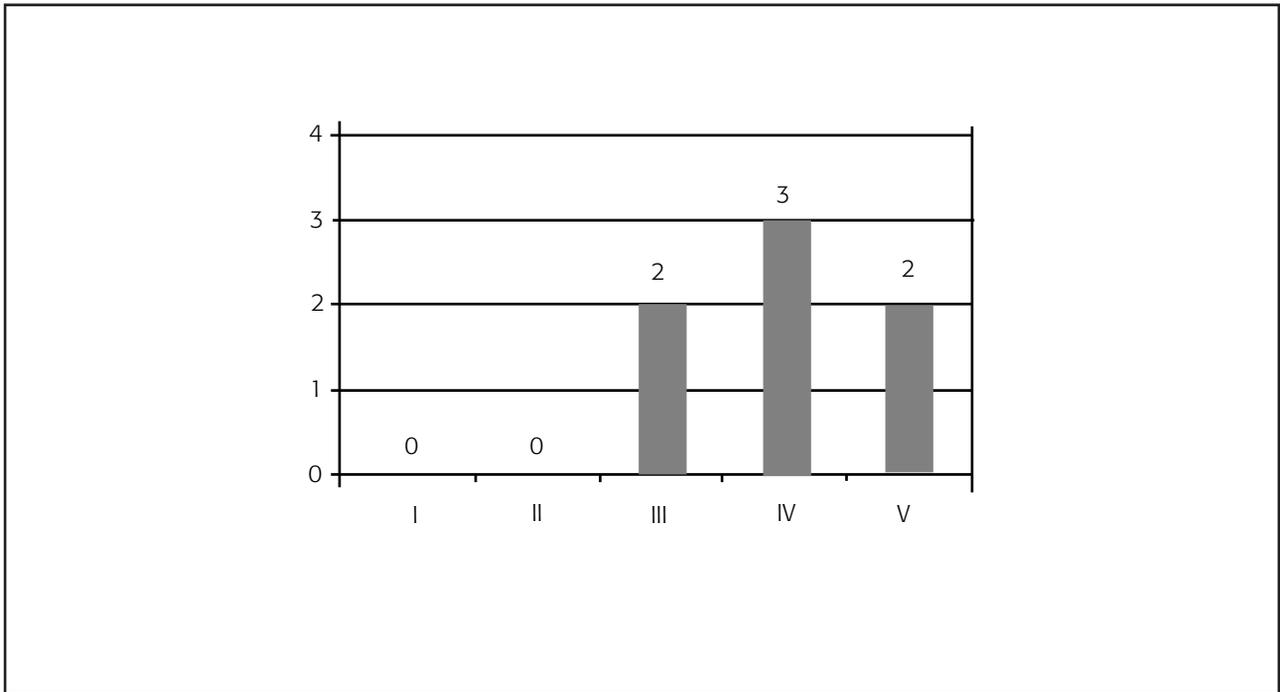
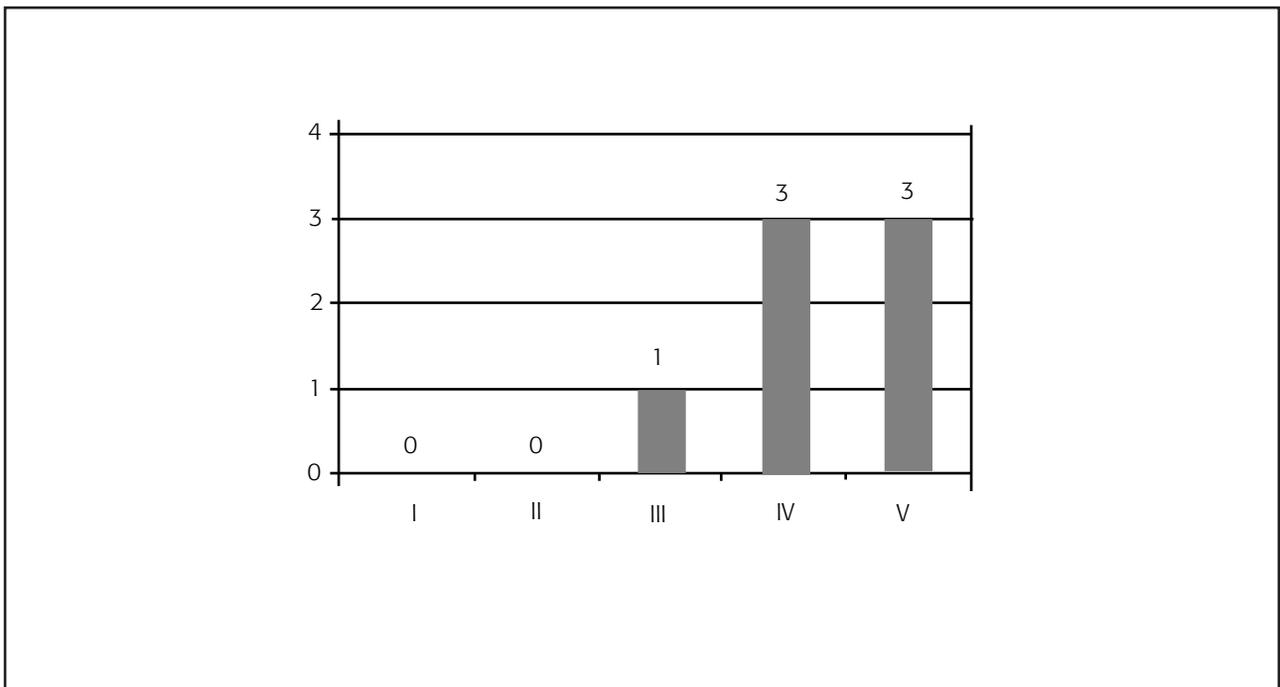


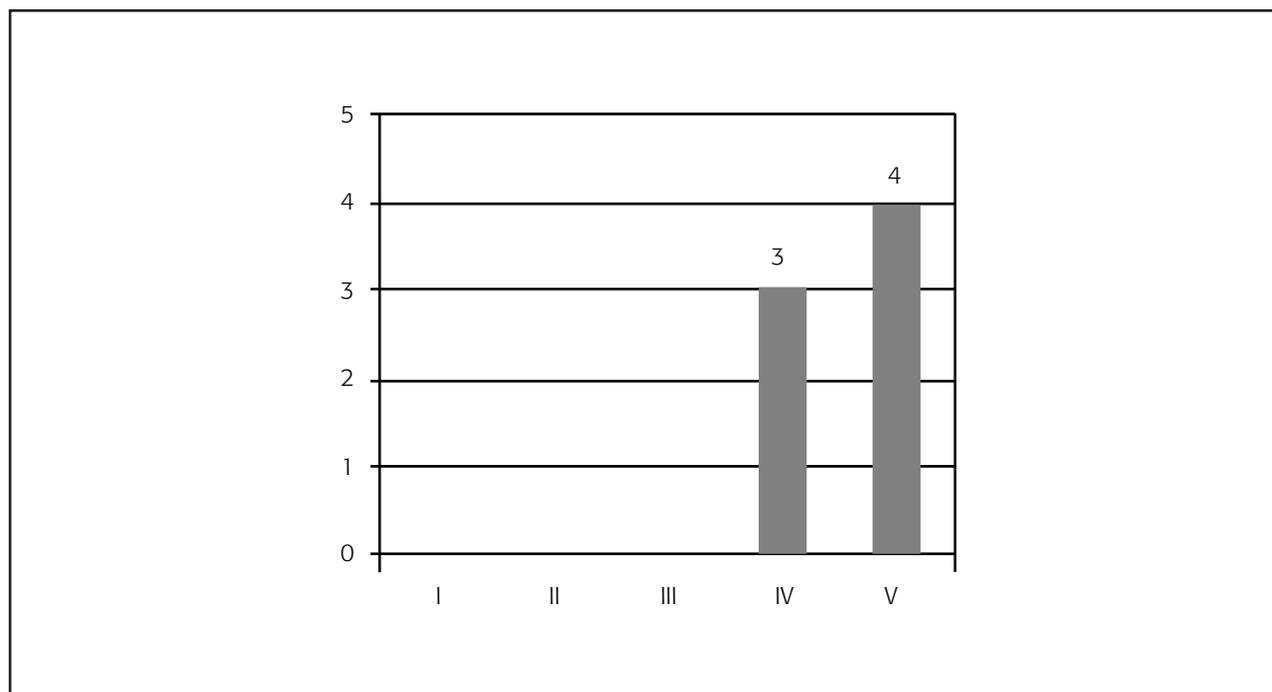
Gráfico N° 7. Pregunta K. El PiACLiP lo estimuló a rendir otras asignaturas.



impacta reforzando acreditaciones de otras materias, contribuyendo a facilitar el incremento del número de graduados en la carrera.

A posteriori de haber analizado el cuestionario de heteroevaluación podemos afirmar que el proyecto cumplió sus objetivos en cantidad y calidad suficiente. La

metodología demostró ser adecuada, por lo que en el presente, si bien nos resulta difícil pensar un proyecto superior al PiACLiP, sí evaluamos que puedan diseñarse múltiples proyectos adaptados a las características de otras asignaturas de la carrera de postgrado.

Gráfico N° 8. Pregunta O. El balance general que realiza del PiACLiP es...

Discusión y Conclusiones

El balance del proyecto, motivado por nuestra convicción acerca de lo imprescindible de autoevaluar los procesos de enseñanza y aprendizaje y, elaborar estrategias superadoras, es ampliamente positivo, motorizando simultáneamente nuevas ideas que retomaremos al cierre del trabajo.

Inferimos que quienes han respondido a la convocatoria tan satisfactoriamente, lo han hecho no sólo estimulados por su interés en acreditar la asignatura, sino también incentivados por el reconocimiento de su lugar como “ex alumnos”, espacio ausente hasta el momento en la carrera.

Analizando aspectos particulares del proyecto, observamos el menor desempeño en Esquemas y Mapas Conceptuales, y creemos podría deberse a falta de entrenamiento de algunos ex alumnos en estas técnicas didácticas. Esta deducción deriva de comparar el rendimiento en dichas actividades con el alto desempeño alcanzado tanto en el análisis y resolución de casos clínicos como en la elaboración personal de viñetas clínicas; todas estas actividades requieren para su resolución un considerable nivel cognitivo. El análisis de films, narrativa cinematográfica al modo de estudio de caso, arrojó un alto rendimiento; actividad que también exige una elevada performance cognitiva. Es notorio que el entrenamiento en razonamiento clínico es significativo.

Recortamos dos antecedentes: todas las tutorías solicitadas fueron virtuales y hubo solicitudes de prórroga en los plazos de entrega de los trabajos prácticos. Ambos datos fortalecen la hipótesis de la escasa disponibilidad horaria de los ex alumnos.

Como planteamos al comienzo de este apartado, esta interesante experiencia pedagógica nos permitió la posibilidad de que surgieran ideas que posibilitan planificar proyectos derivados que amplíen la oferta curricular.

Creemos que el PiACLiP, al haber generado condiciones que facilitaron el estudio y la cursada, adaptando la oferta a las posibilidades de los estudiantes, podría ser implementado en diferentes asignaturas, adecuando el diseño a las características de cada materia. También pensamos que un formato alternativo posible, sería como curso intensivo de verano, implementado tanto para resolver múltiples situaciones problemáticas o imprevistas, tales como licencias temporarias (maternidad, enfermedad personal o familiar, viajes, discontinuidad en la carrera, otras), como para cursadas semipresenciales, destinadas a estudiantes que cursan por primera vez la materia o recursantes. No obstante, estas implementaciones requerirían que las autoridades del Instituto, contemplan la posibilidad reglamentaria de incluir módulos alternativos semipresenciales de la carrera. Es notorio, que nuestros últimos conceptos aluden a la escasa disponibilidad horaria de los estudiantes de postgrado.

El PiACLiP nos motiva a pensar, una vez más, en lo indispensable de tomar la propia práctica docente como objeto de reflexión y análisis.

Aclaración de conflictos de intereses

Los autores del presente trabajo no declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Allegue E, Carroll H. El proceso de evaluación: una experiencia de aprendizaje para estudiantes y docentes. En: *Primer Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria*. Septiembre 2009, Buenos Aires, Eudeba. p. 32-34.
2. Ausubel D, Novak J y Hanesian H. (1978) *Educational Psychology* (2a.ed.) N. York: Holt, Rinehart y Winston. Trad. cast. de Sandoval, M. *Psicología Educativa*. México: Trillas, citado por Pozo, JI. *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata 1983.
3. Ballesteros B, Sánchez García MF, Sebastián A. *Técnicas de Estudio*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 2006.
4. Delgado García A, Oliver Cuello R. Interacción entre la evaluación continua y la autoevaluación formativa: La potenciación del aprendizaje autónomo. *Revista de Docencia Universitaria*. Ediciones Universidad de Murcia. 2009; IV, p.1-13.
5. Marquina M. *Guía para la elaboración de proyectos de intervención universitaria*. Universidad Nacional de Tres de Febrero. Curso IGLU para cuadros superiores. Cono Sur, 2006.
6. Navarro AM. *El planeamiento educacional en las instituciones de educación superior*. Buenos Aires: Ed. Al Margen-UNAS, 2004.
7. Novak, J, Gowin D. *Aprendiendo a aprender*. Barcelona: Editorial Martínez Roca, 1984.
8. Ontoria A. *Mapas conceptuales: una técnica para aprender*. Barcelona: Editorial Narcea, 1992.
9. Peña Borrero L. B. 2009. La competencia oral y escrita en la educación superior. Recuperado el 12 de abril de 2011 en <http://semiosiske.files.wordpress.com/2010/07/>
10. Pérez Centeno, C. Proyecto de Mejoramiento de la graduación en el nivel de posgrado de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. (Mimeo). Programa de Especialización en Gestión Universitaria. Instituto de Gestión y Liderazgo Universitario, Organización Universitaria Interamericana, 2006.
11. Pozo Muncio I. *Aprendices y maestros*. La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial, 1996.
12. Suárez Richards M. (comp) *Introducción a la Psiquiatría*. 4a edición. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2012.
13. Tarango Ortiz J. Problemática en la producción de tesis de licenciatura y posgrado desde la perspectiva de forma-fondo: caso Universidad Autónoma de Chihuahua (México). *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales* 2009; VII (2), ISSN 1669-1555.
14. Villarroel C. La enseñanza universitaria: de la transmisión del saber a la construcción del conocimiento. *Educación Superior y Sociedad*, 6 (1), 103-122, 1995
15. Vygotsky L. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica, 1978; citado por Álvarez A. y Del Río P. *Educación y desarrollo: La teoría de Vygotsky y la zona de desarrollo próximo*. Madrid, Alianza, 1990.
16. Yoel G. (Comp). *Pensar el cine 1. Imagen, ética y filosofía*. Buenos Aires: Manantial, 2004.
17. Wassermann S. *El estudio de casos como método de enseñanza*. 1ra. Reimp. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 2006.

El psiquiatra en formación. Reflexiones acerca del comienzo, el tránsito por la formación básica, los puntos sólidos y débiles del sistema formativo

Federico Pavlovsky

*Médico psiquiatra. Docente adscripto, Depto. de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA). Presidente del Capítulo Psiquiatras en Formación (PEF) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: fpavlovsky@hotmail.com*

Julieta Falicoff

Médica psiquiatra. Vicepresidente Capítulo Psiquiatras en Formación(PEF) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Carina Spano

*Médica psiquiatra. Hospital "Abel Posse", San Isidro, Pcia. de Buenos Aires.
Docente Adscripta, Depto. de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA).*

Alejandro Brain

Médico psiquiatra. Hospital "T. Álvarez" (CABA).

Carolina Diez

Médica concurrente en Psiquiatría, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" (CABA).

Martín Mazzoglio y Nabar

Médico psiquiatra. Jefe de residentes Hospital "M. Belgrano", Pcia. de Buenos Aires.

Carolina Talkowski

Médica psiquiatra. Fundación Foro para la Salud Mental.

Jessica Borensztein

Médica psiquiatra.

Matías Fonseca

Médico psiquiatra. Jefe de Residentes Hospital "José T. Borda" (CABA).

Oriana Sullivan

Médica psiquiatra. Instructora de Residentes, Dirección de Salud Mental, GCBA.

Paula Mirabel Revora

Médica psiquiatra. Consultorios externos Hospital "Jose T. Borda" (CABA).

Introducción

El impacto del encuentro con la especialidad en los psiquiatras en formación

- a. Los cambios psicológicos y emocionales de los primeros meses: ansiedad- depresión.
- b. La relación con el suicidio en particular.
- c. El abuso de sustancias.

Como equipo de trabajo y estudio agrupado en el capítulo Psiquiatras en Formación (PEF) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), las condiciones de formación, así como los procesos de aprendizaje y el impacto que la práctica tiene en los mismos han sido motivo de interés del capítulo desde su fundación en el año 2010². Se realizó una búsqueda bibliográfica orientada a la revisión de los trabajos que dan cuenta de la experiencia que atraviesa el residente de psiquiatría durante su primer año de formación.

a. El impacto emocional al comienzo de la formación

En la primavera de 1949 en una conferencia dictada ante residentes de psiquiatría, Zilboorg describe al “*Síndrome del comienzo del entrenamiento psiquiátrico*” como “*un período de cierto torbellino psíquico*” que atraviesa “*cada residente que quiere ser en el futuro un buen terapeuta*” (1); una respuesta psicológica que ocurre fundamentalmente durante el primer año de la formación en psiquiatría caracterizada por la presencia transitoria de síntomas neuróticos, disturbios psicósomáticos y alteraciones en la conducta (2,3). Underleider se refirió a este primer año de la formación como “*el año más difícil*” (4), un momento donde el residente no sólo debe aprender de psicopa-

tología sino también entender las particularidades discursivas que requiere la psiquiatría como especialidad.

Wolfberg, en un estudio sobre 61 médicos residentes de distintas especialidades en un Hospital Polivalente de la Ciudad de Buenos Aires encontró un 13 % de cuadros depresivos, un 18.4 % de estrés postraumático y un 26.3 % de trastorno de ansiedad generalizada (5).

Se postula que existe un rasgo singular propio de la residencia de psiquiatría (2,6). Aquí, a diferencia de otras especialidades médicas, el residente se enfrenta a una disciplina compleja y pluridimensional, que le puede parecer indefinida y confusa (7). Los residentes ingresantes tienen por lo general una escasa información y una vaga idea respecto al programa formativo del que participarán (1). Suele ser una experiencia dolorosa y frustrante el tratar de comparar, evaluar e integrar los múltiples modelos teóricos y de abordaje. (3,8). Después de años dedicados al estudio de la medicina, pueden tener dificultades para adaptarse a nuevos puntos de vista y a confrontarse con una nueva área de la medicina que requiere de un proceder clínico distinto a la medicina general estudiada en la carrera de grado (9). Se plantea una reelección vocacional, una auténtica crisis de identidad en el residente de psiquiatría (10).

Los psiquiatras en formación con frecuencia sienten que no saben concretamente qué tienen que hacer, o cómo hacerlo o lo que se espera de ellos, y esto puede conducir al sentimiento hacia sí mismos como “estafadores, improvisados o charlatanes” (11).

A esta sensación de “impostores” se agrega un hecho objetivo, la responsabilidad asignada durante el primer año de asistir pacientes graves (internados o severamente perturbados) y el desaliento frente a la cronicidad. Autores como Russel (1975) y Campbell (1982) señalan

Resumen

El presente trabajo nace de nuestra autoevaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje, teniendo en este caso como En el presente artículo se dará cuenta de la experiencia que se dio a conocer como el Primer Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras en Formación (2012). También se explorará el impacto que tiene la formación en psiquiatría entre los jóvenes médicos que aspiran a dicha especialidad a través de una actualización bibliográfica sobre el tema y el análisis de los resultados de dos trabajos de investigación realizados por este equipo¹: una encuesta realizada a los residentes médicos de primer año de los hospitales pertenecientes al Área Metropolitana del Gobierno de la Ciudad (2008/9) y otro estudio que se efectuó a los participantes del Encuentro Latinoamericano mencionado anteriormente.

Palabras claves: Síndrome del residente de psiquiatría - Entrenamiento psiquiátrico - Burnout - Formación en psiquiatría - Residencia de psiquiatría.

TRAINING PSYCHIATRISTS: CONSIDERATIONS ABOUT THE BEGINNING, THE TRANSIT THROUGH BASIC FORMATION, THE STRONG AND WEAK POINTS OF THE FORMATION SYSTEM

Summary

In the present article we will show the results of the workshop known as *The First Training Psychiatrists Latin-American Meeting* (2012). We will explore as well, the impact of the psychiatric practice on young physicians who look to the speciality. In this article we intend to update existing bibliography on the subject, and share the results of two research studies done by this team: a questionnaire conducted to first year medical residents working in Metropolitan Buenos Aires (2008/9) and a workshop carried out with the participants of the Latin- American meeting mentioned above.

Key words: Psychiatric resident syndrome - Psychiatric training - Burnout syndrome - Psychiatric residence.

¹ En la primera encuesta (2008) participaron los Dres. Paula Mirabel Revora, Paula Gioffre, Carolina Talkowski, Matías Fonseca y Jessica Borenstein, siendo todos ellos residentes de primer año en este momento.

² El capítulo fue fundado por los Dres. Paula Woloski, Mariana Giménez, Ignacio Francia, Santiago Levin y Federico Pavlovsky.

que existirían candidatos de “alto riesgo” para desarrollar estas vivencias con mayor intensidad durante su formación: 1) edad mayor a 30; 2) problemas de pareja (divorciado-separado); 3) antecedente de internación psiquiátrica; 4) práctica en otra especialidad médica antes de entrar al entrenamiento psiquiátrico; 5) historia de abuso de sustancias; 6) aislamiento (12).

Mahoney manifiesta que la ansiedad aguda es típica en los primeros años de formación, al igual que sentimientos depresivos, dificultades de relación y los sentimientos de soledad (13). Tyssen reporta que aproximadamente el 30% de los médicos jóvenes experimentan síntomas depresivos significativos (14).

Por su parte, Roback reportó que el 3.3% de los residentes fueron cesados o convencidos para que renunciaran por “incompetencia o funcionamiento inaceptable debido a problemas psicológicos”, en un estudio realizado en centros formativos de Estados Unidos (15).

En otro estudio de tipo retrospectivo, que involucró a más de 6000 residentes de psiquiatría durante una década (1960-1970), Kelly et al reportaron una tasa de alteraciones psiquiátricas cercanas al 4% (16).

b. Relación con el suicidio

Uno de los acontecimientos que mayor impacto y angustia genera entre los profesionales de la salud mental es el suicidio.

La relación entre la formación en psiquiatría y el suicidio podría enfocarse desde dos perspectivas. En primer lugar el fenómeno del suicidio entre la población de médicos realizando su formación en psiquiatría. Respecto a este punto, Pasnau (1982) describe que entre los psiquiatras que se suicidan, uno de cada tres tiene menos de 40 años. Pareciera que el período de formación en los primeros años sería un momento particularmente vulnerable. Este autor realiza un planteo acerca de las necesidades de un riguroso mecanismo de *screening* de problemas psico-físicos para los postulantes a la residencia de psiquiatría (17, 18). En un estudio para evaluar el suicidio entre jóvenes médicos, se reporta que en el primer año de post-graduación, el padecimiento mental fue el predictor más importante (19). Autores como Russel y Garetz coinciden en que los residentes de psiquiatría suelen presentar la mayor tasa de suicidios para cualquier especialidad (20).

Los psiquiatras comparten el grupo de especialistas con mayor riesgo suicida, junto a cirujanos y anestesistas (21, 22,11).

En el plano local, consultada acerca de los procedimientos de evaluación y *screening*

efectuados en el Hospital “G. Rawson” a los residentes del área metropolitana previo a su ingreso, la licenciada Marina Torino³, perteneciente al Departamento de Psicodiagnóstico, explicó que actualmente no se realiza ningún perfil de los ingresantes. Manifestó que sería útil realizarlos pero que se deberían cambiar leyes y normativas para que ello sea posible.

En segundo lugar debemos señalar el impacto que tiene en un psiquiatra en formación la ocurrencia del suicidio de un paciente a cargo. El suicidio de un paciente puede tener consecuencias serias en la autoestima de un psiquiatra, sobre todo en las etapas iniciales de formación. Distintos investigadores como Pilkinton, Lafayette, Hendin y Kaye entre otros, señalan que entre el 20 al 68% de los psiquiatras a lo largo de su profesión vivirán el suicidio de un paciente. A su vez los jóvenes clínicos con menor experiencia son los que experimentaron mayor estrés frente a estos sucesos, teniendo dicha circunstancia un severo impacto en su carrera (23, 24, 25, 26). Otros estudios reportan que más del 50% de los suicidios de pacientes ocurrieron en el primer año de la formación del psiquiatra (27, 28, 29, 30, 15). El impacto del trauma parece ser mayor sobre todo cuando ocurre durante el período de entrenamiento respecto de los psiquiatras graduados (31).

La derivación de pacientes entre residentes (en el cambio de año) y el paso de la internación al dispositivo ambulatorio, ambas prácticas corrientes en la residencia, están señalados como factores de riesgo para el suicidio de un paciente (26).

En el estudio de Pilkinton los residentes reportaron un estado inicial de shock, sentimientos de angustia, enojo, culpa, vergüenza, descreencia, retraimiento, sensación de pérdida de respeto de los pares, falta de confianza en sus habilidades clínicas y aislamiento personal (23). También se ha descrito la sensación de sentirse traicionados por su programa de entrenamiento y/o institución por proveerles una “guía inadecuada” (25). Incluso pueden temer ser culpados por los supervisores, la institución o por acciones legales entabladas por los familiares. Son frecuentes sentimientos depresivos así como un estado reactivo de hiperalerta para “evitar que un nuevo suicidio ocurra” (24).

c. El abuso de sustancias

Hay estudios que indican que en las residencias de psiquiatría y emergentología se presentan con elevada frecuencia conductas de abuso de sustancias, siendo las más utilizadas las benzodiazepinas, los antidepresivos e hipnóticos de forma auto-prescripta, así como la ingesta de alcohol (31). La incidencia del alcoholismo y el abuso de sustancias entre los terapeutas según Guy resulta alarmantemente elevada según la estimaciones más conservadoras (11).

Objetivo

Los objetivos del presente artículo son:

- Pesquisar la prevalencia de la existencia del *Síndrome del residente de primer año de psiquiatría*.
- Difundir las características y especificidades actuales en que se desarrolla la formación en psiquiatría de los profesionales médicos.

³ Entrevista realizada por el Dr. Matías Fonseca en el año 2008.

Materiales y métodos

El presente trabajo estará basado en la articulación de dos trabajos de investigación originales llevados a cabo mediante la implementación de encuestas a profesionales en formación de la especialidad Psiquiatría de la Argentina y de Latinoamérica.

El primer estudio "CABA", observacional de tipo transversal, fue realizado en los años 2008 y 2009 mediante una encuesta semi-estructurada y anónima a 77 residentes médicos de Psiquiatría de primer año (42 en 2008 y 35 en 2009) pertenecientes al sistema de

profesionales en formación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a 6 meses (diciembre) de haber comenzado sus prácticas hospitalarias. El segundo estudio "LAT", también observacional de tipo transversal, fue realizado mediante la implementación de otra encuesta semi-estructurada y anónima a 120 profesionales en formación de 13 países latinoamericanos durante el Primer Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras en Formación⁴ llevado a cabo durante el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psiquiatras (APAL). Los datos poblacionales de ambos estudios se exhiben en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos poblacionales significativos de los estudios.

Estudio CABA		Estudio LAT
77	<i>cantidad de participantes (n)</i>	120
1*	<i>lugar/es de procedencia (países)</i>	13**
24	<i>edad mínima</i>	25
35	<i>edad máxima</i>	33
27.4	<i>promedio</i>	
13% comenzaron otra especialidad antes	otros datos significativos	
61% está en pareja		
67.5% vive acompañado		

* Argentina

** Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela.

Los resultados de ambos estudios fueron sometidos a pruebas de estadística descriptiva (promedio, máximo, mínimo) e inferencial (correlación r y r^2), se procesaron con el programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) y se realizaron los gráficos mediante el Microsoft Excel®. Ambos trabajos de investigación se realizaron atentos a los reparos ético-legales vigentes a nivel nacional e internacional (cumplimiento de requisitos estipulados por las GCP y adhesión a principios éticos con origen en la Declaración de Helsinki).

Características particulares del estudio LAT

La actividad tuvo lugar en el marco del pre-congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL). Desde la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se becó la estada y la inscripción al Congreso a dos médicos residentes extranjeros de cada país, y dos de cada provincia del interior del país inscriptos en la jornada. La convocatoria se materializó con la presencia concreta en el encuentro de 36 colegas residentes de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Bra-

sil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

En el ámbito local se contó con la presencia de colegas de la Provincia de Buenos Aires, CABA, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. Con la presencia de 130 psiquiatras en formación, se procedió a realizar una actividad en pequeños grupos de trabajo, conformados por un coordinador (asignado por la organización), un cronista (designado por el coordinador) y la presencia en cada grupo de 10 a 12 personas (distribuidas heterogéneamente con anterioridad). Tal mecanismo de trabajo se concibió sobre los tomo "grupos de trabajos operativos" según Pichón Riviére (Rosario, 1968).

El grupo trabajó inicialmente con una primera consigna: "Los aspectos positivos y negativos de la propia experiencia formativa", luego de una hora de trabajo se expuso en asamblea. La segunda consigna fue "Propuestas a realizar para llevar a cabo en relación a la formación en psiquiatría".

⁴ El equipo organizador del Encuentro Latinoamericano estuvo conformado por los Dres. Milagros Méndez Ribas, Florencia Reynoso, Andrés Taboas, Ignacio Francia, Guillermina Olavarría, Diana Berrio, Leandro Oural, Paula Vega, Carolina Diez, Julieta Falicoff, Federico Pavlovsky, Oriana Sullivan, Betsabe Leicach, Carina Spano, Alejandro Brain, Santiago Levin, Rafael Groisman y Alfredo Cia.

Resultados

Con respecto a la *formación*, el estudio CABA puso en evidencia que el 98,7% asiste a las supervisiones; en relación con la utilidad de las mismas el 26% refiere que siempre le sirven, el 53,2% que casi siempre, el 19,5% que a veces y un 1,3% que casi nunca [Figura 1]. En el estudio LAT se pudo verificar que el principal paradigma pedagógico imperante es el enciclopedista posicionando al profesional en formación en un rol pasivo, sin fomentar el uso de tecnologías de la información y comunicación para el aprendizaje e intercambio social, intercultural, continuo y actualizado. Fue significativo

que los profesionales en este punto formativo refirieron que el principal lugar y modalidad es a través de la asistencia a congresos de la especialidad, seguido por clases internas del sistema de residencia/concurrencia, ateneos y supervisiones individuales como grupales. Destacamos que sólo un tercio de los profesionales realizaba la Carrera Universitaria de Especialización en Psiquiatría (39.50%) [Figura 2]. En la formación teórica se objetivó una impronta principalmente clásica, con poco lugar para los contenidos interdisciplinarios (neurología, medicina legal, investigación) y mínimo para las neurociencias o la formación comunitaria-social [Figura 3].

Figura 1. Supervisiones: asistencia y utilidad de las mismas manifestada por los profesionales.

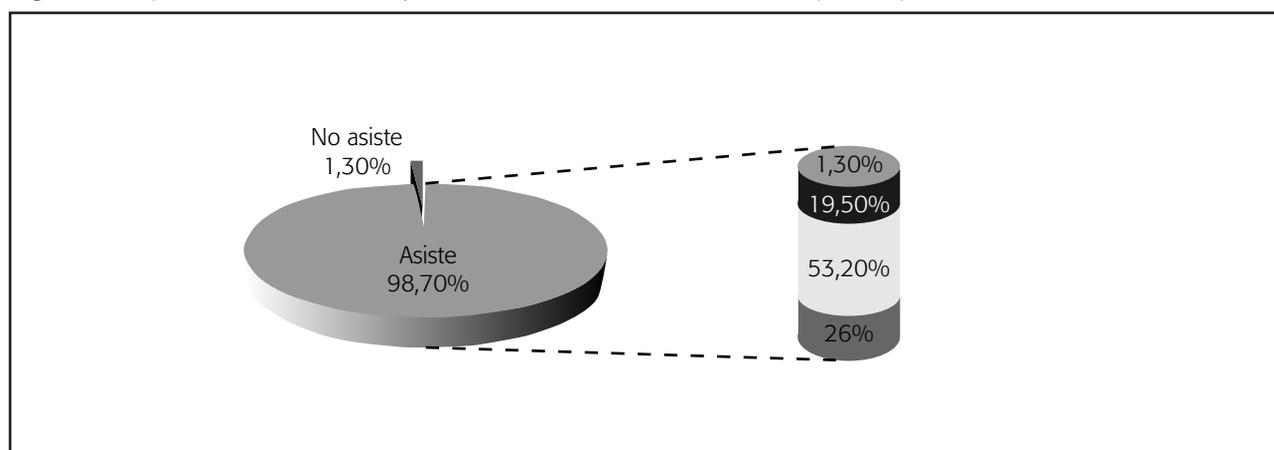


Figura 2. Cantidad de profesionales según tipo y modalidad de formación teórico-práctica referida.

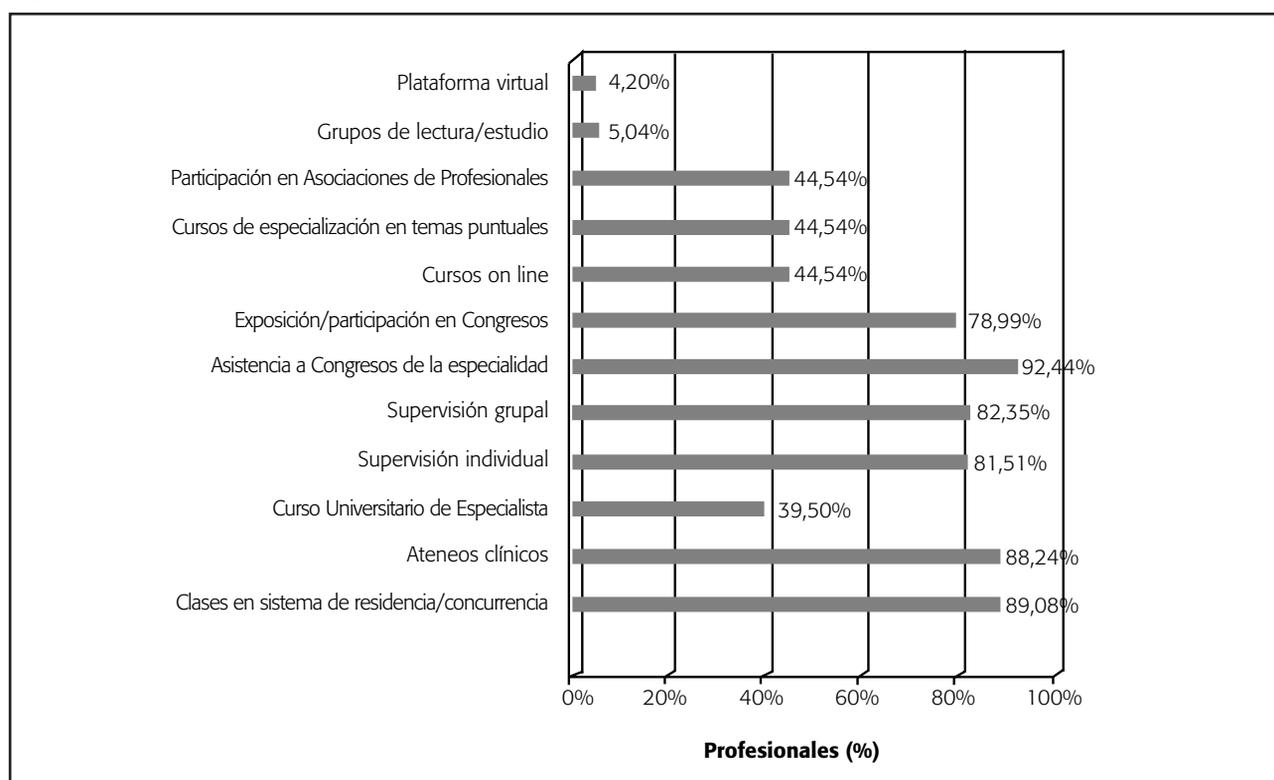
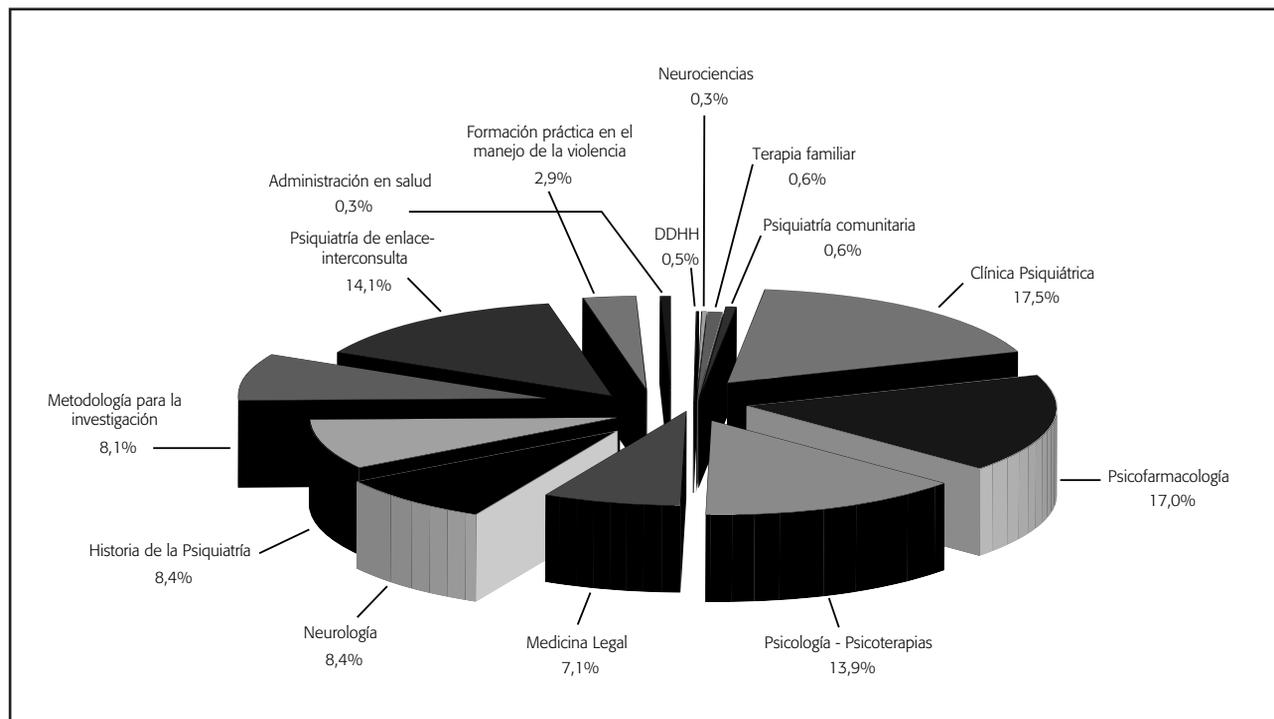
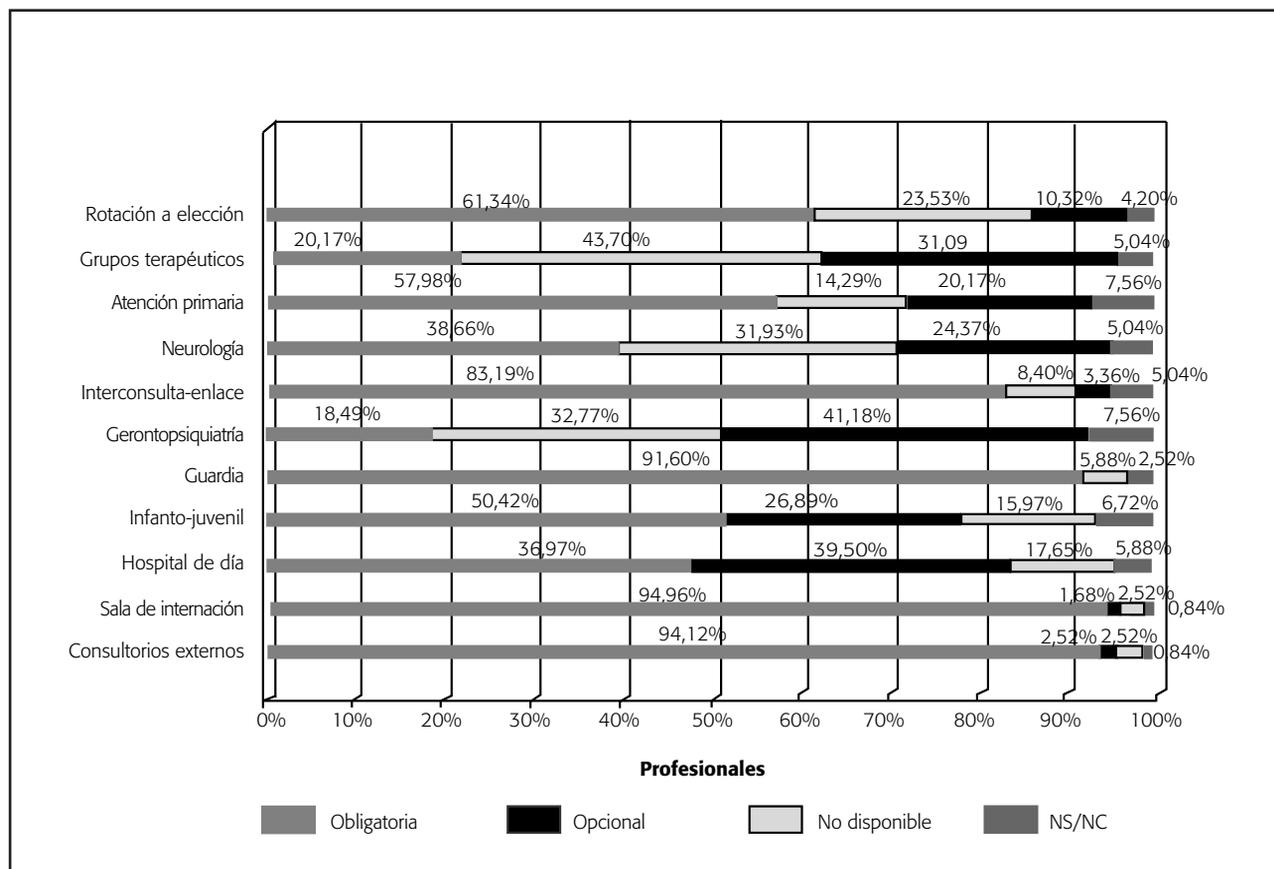


Figura 3. Áreas de formación teórico-práctica referidas por los profesionales.



Si bien en todos los programas de *formación* existen rotaciones obligatorias y opcionales, mediante el estudio LAT hallamos que algunas (gerontopsiquiatría, grupos terapéuticos, neurología, hospital de día) son de muy difícil acceso para formarse o no están contempladas en la currícula [Figura 4].

Figura 4. Cantidad de profesionales en relación con las rotaciones durante la formación y su disponibilidad.



Tanto las condiciones adecuadas de seguridad como el cumplimiento de las normativas laborales fueron temas de alto interés para los profesionales en formación por su baja concreción. En el estudio CABA determinamos que el 13% refirió haber sido acompañado por residentes superiores en sus prácticas asistenciales (el 85% tuvo este acompañamiento con una duración entre 1 a 12 meses). En el dispositivo de rotación por la Guardia del hospital se objetivaron importantes falencias relacionadas con condiciones edilicias como pedagógico-legales y de seguridad. El estudio CABA determi-

nó que el 98,7% realiza guardias, acompañados en un 26,3% por médicos de planta, 23,7% por compañeros de año, 22,4% por ambos [Figura 5]. El 10,5% es acompañado en sus guardias por médicos de planta y residentes superiores y el 1,3% por residentes superiores. Los datos del estudio LAT mostraron que el día franco post-guardia era utilizado por el 26,05%, el 69,75% de los profesionales tenía el respaldo de un residente superior o médico de planta y las condiciones de seguridad estaban presentes sólo para el 21% de los encuestados [Figura 6].

Figura 5. Acompañamiento de forma activa con el profesional en formación.

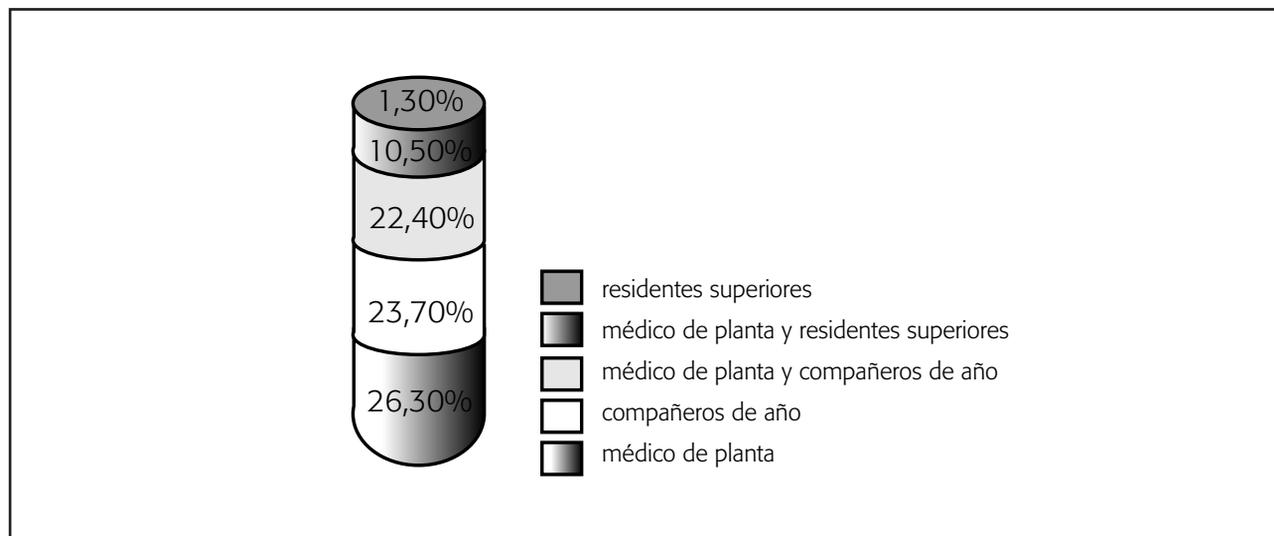
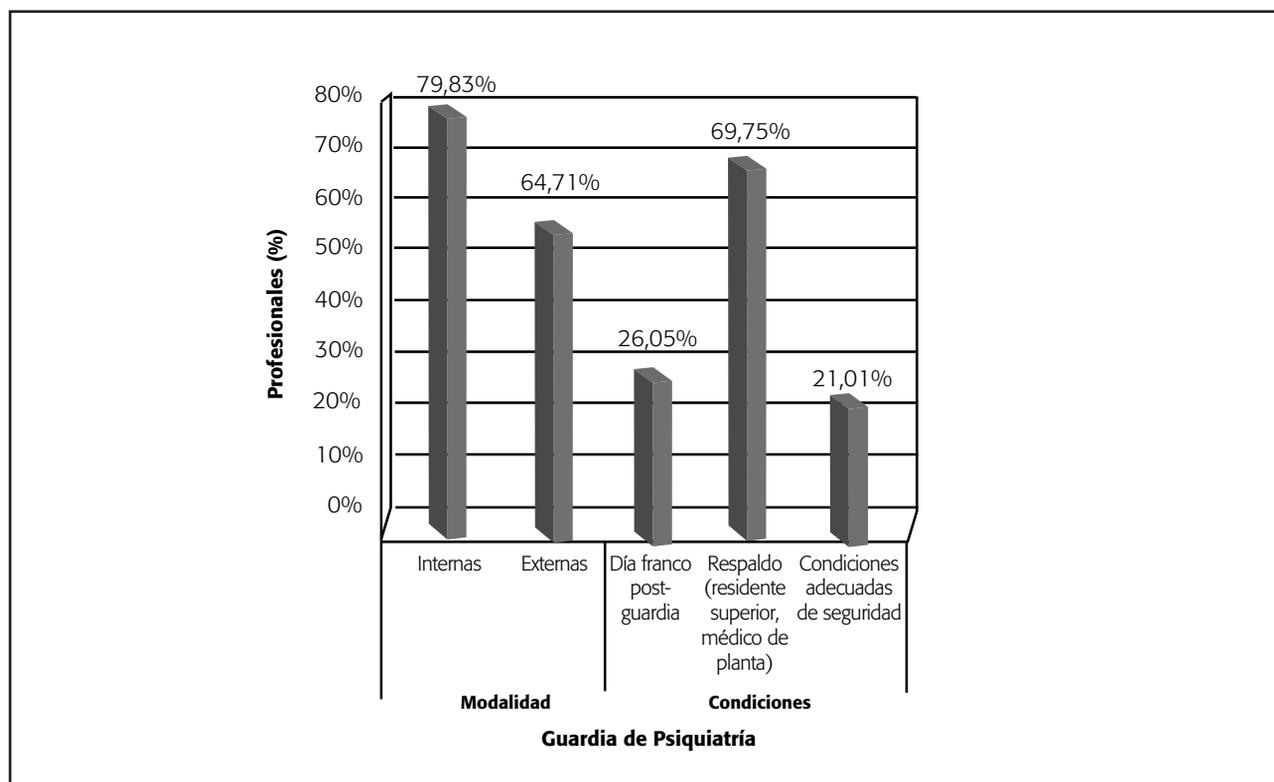


Figura 6. Modalidad y condiciones asistenciales en el dispositivo de guardia.

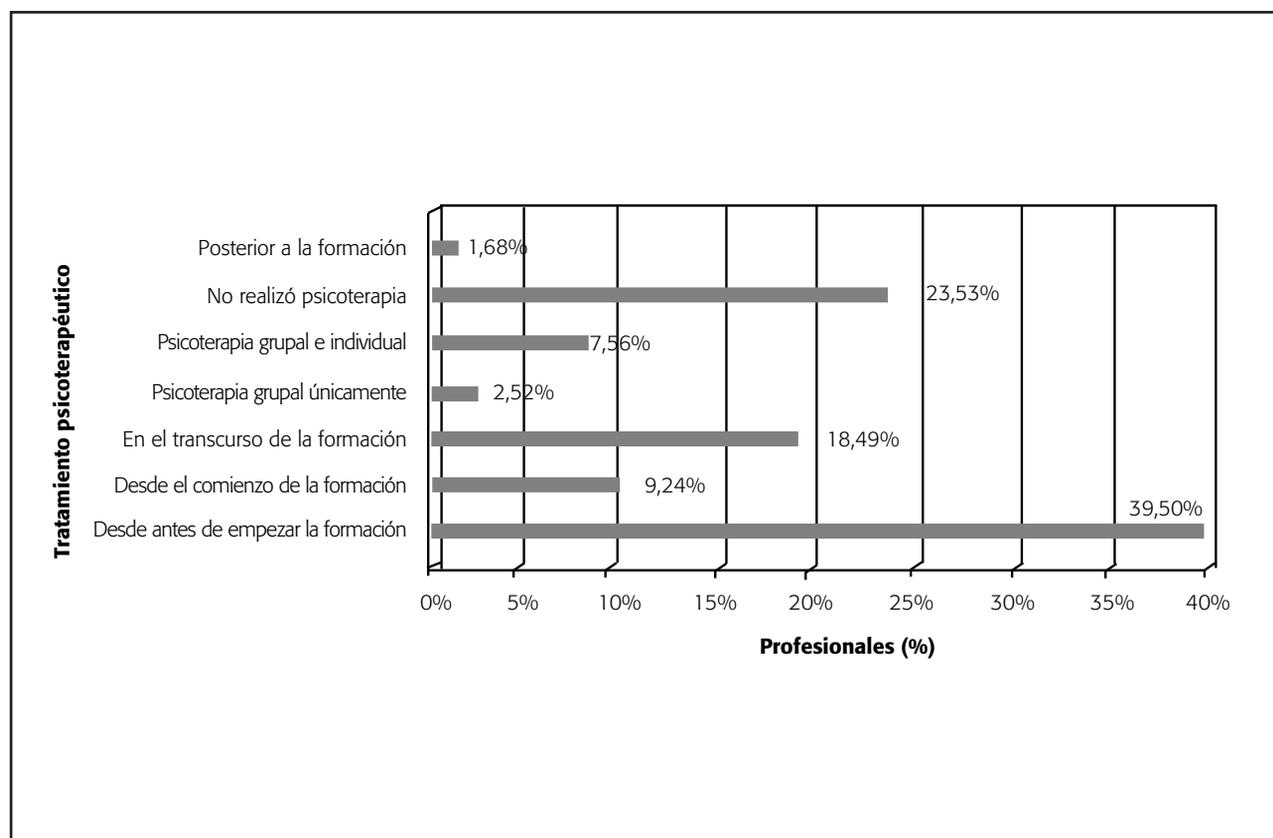


En el estudio CABA pudimos objetivar que durante los primeros 6 meses, 3 residentes experimentaron el suicidio de un paciente a su cargo, 2 de ellos refieren haberse sentido acompañados por sus compañeros de la residencia y sólo uno, tanto por compañeros de año, médicos de planta como por supervisores.

En relación con la *psicoterapia*, los datos en ambos estudios fueron similares. En el CABA, el 62,3% realiza

psicoterapia, siendo en todos los casos de tipo individual. De ellos, el 72,9% comenzó antes de empezar la residencia y el 27,1%, después. La cohorte del LAT refirió que el 23,53% no realizó ni realizaba tratamiento psicoterapéutico personal, mientras que dentro de los profesionales que realizaban psicoterapia (individual o grupal) el 58,75% la había comenzado antes de su ingreso a la formación en psiquiatría [Figura 7].

Figura 7. Modalidad y realización de tratamiento psicoterapéutico referida por los encuestados.



El 96% de los jóvenes profesionales de la cohorte del estudio CABA manifestó no saber qué hacer con un paciente, mientras el 67% refirió haber sentido culpa por no poder ayudar, y a pesar de dichos resultados solo un 9% derivó a un paciente.

Al analizar los *síntomas emocionales* referidos por los encuestados en el estudio CABA, el 62,7% refirió haber sentido hostilidad hacia un paciente en el contexto del tratamiento, mientras que el 64,9% sintió que un paciente tuvo una actitud hostil hacia ellos. El 70,6% refirió haber sentido miedo atendiendo a un paciente (de ellos, el 77,8% fueron mujeres) y el 67,1% admite haber sentido culpa por creer no poder ayudar profesionalmente a un paciente. El 54,5% experimentó sintomatología de la serie ansiosa, destacándose una mayor prevalencia en mujeres: (78,6% vs. 21,4% en hombres). El 26% refirió haber tenido problemas vinculares y 3 profesionales experimentaron el suicidio de un paciente.

En relación con el *consumo de sustancias*, el 26% respondió positivamente en la encuesta del estudio CABA; el 16,4% del total de participantes refirió haber comenzado en la residencia a consumir psicofármacos dentro de los cuales se destacó la prevalencia del uso de benzodiazepinas (58,3%), hipnóticos no benzodiazepínicos (50%) y estimulantes como el modafinilo (16,6%) [Figura 8]. El 83,3% de psicofármacos fueron auto administrados según respondieron.

En el estudio LAT se solicitó una evaluación de forma numérica acerca del grado de satisfacción subjetiva (en porcentaje) referida por los encuestados y observamos que algunos parámetros (instructor, supervisiones, guardia) presentaron una distribución bimodal [Figura 9], mientras que otros como investigación y seguridad presentaron una importante heterogeneidad (distribución multimodal). La satisfacción general referida no presentó una distribución normal o gaussiana [Figura 10].

Figura 8. Cantidad de profesionales con consumo de sustancias, su relación temporal con la residencia y tipo de sustancia.

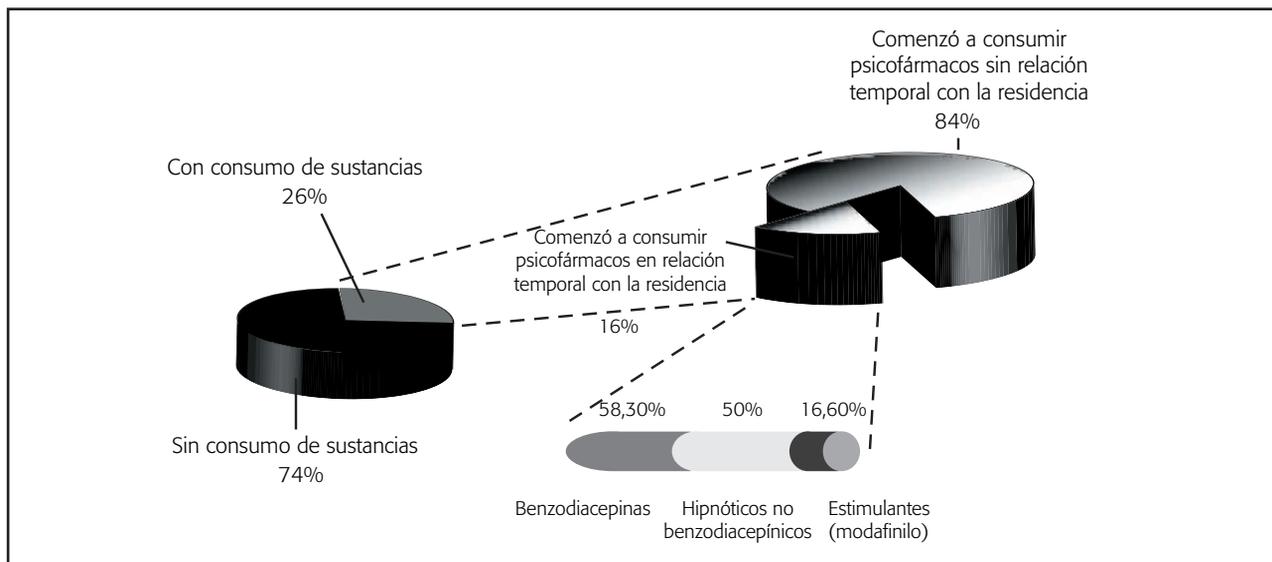


Figura 9. Grado de satisfacción con 4 aspectos de la formación evaluados.

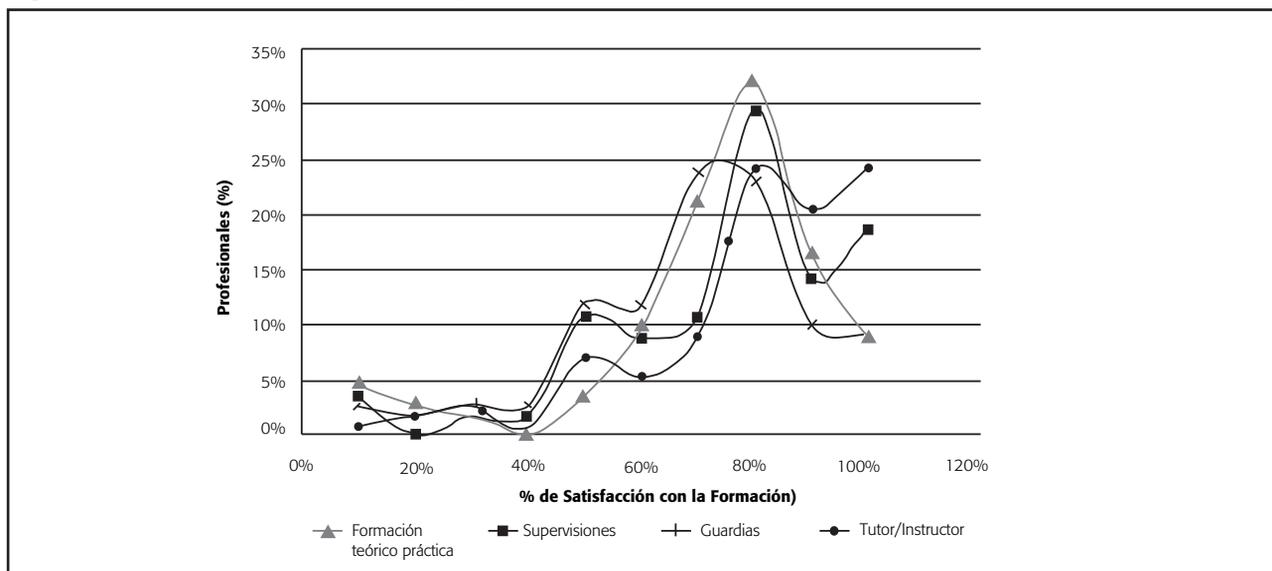
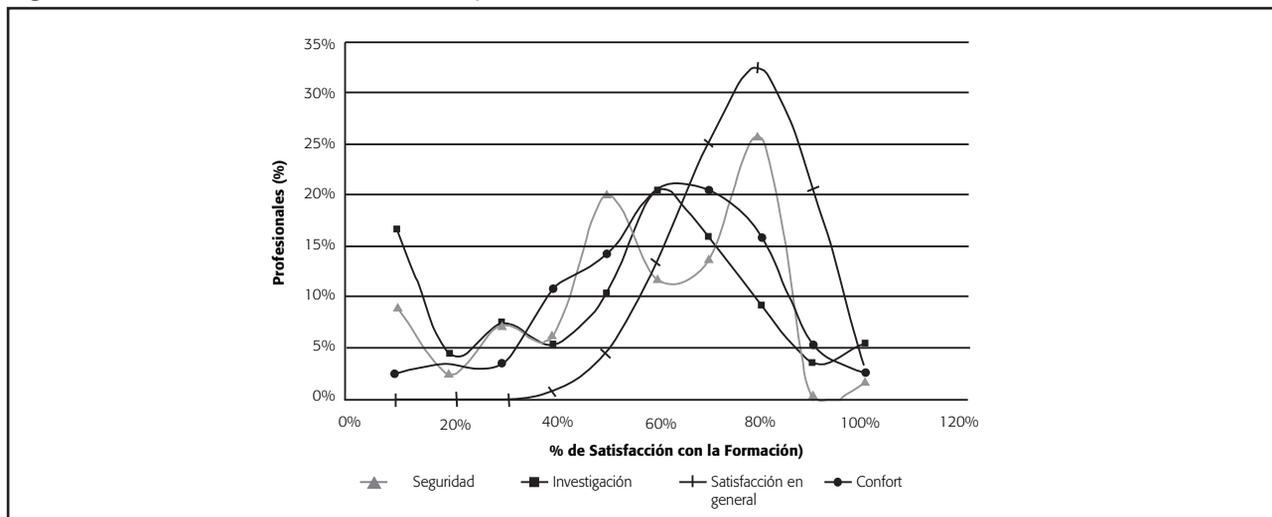


Figura 10. Grado de satisfacción con 4 aspectos de la formación evaluados.



Acorde con la modalidad y dinámica llevada a cabo en el Primer Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras en Formación, el sedimento de lo discutido en la primer y segunda asamblea referentes a "Los aspectos positivos y

negativos de la propia experiencia formativa" y "Propuestas a realizar para llevar a cabo en relación a la formación en psiquiatría" nos brindaron resultados cualitativos de mucha importancia que se expresan en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2. Aspectos positivos de la experiencia formativa.

Formación homogénea en las distintas residencias del mismo país, ser monitoreados y evaluados por la sociedad de psiquiatría del país.
Aprendizaje basado en problemas y programas de psiquiatría basada en la evidencia.
Sistema de tutores individuales que acompañan y evalúan a cada residente.
Supervisiones individuales y grupales.
Articulación con la universidad del sistema formativo.
Realización de guardias en clínica general y/o medicina interna.
Inclusión en trabajos de investigación formativos desde primer año.
Formación en psicoterapia (particularmente presente en los residentes argentinos y poco visto en los colegas latinoamericanos).
Rotaciones por distintos servicios en hospitales generales.
Actividades de "higiene mental" grupales para los colegas en formación (Venezuela) específicamente en la salud mental de los propios residentes (Paraguay).

Tabla 3. Aspectos negativos de la experiencia formativa.

Ausencia de un programa formativo estructurado en cada país, en algunos casos los programas son muy amplios con contenidos poco definidos y contradictorios.
Heterogeneidad en los sistemas formativos.
Escasa formación, supervisiones y tutores en el sistema de concurrencias.
Escasa formación en áreas específicas (historia de la psiquiatría, psiquiatría social y comunitaria, antropología, psiquiatría de enlace, filosofía, técnicas grupales, abuso de sustancias, psicoterapias, psiquiatría infanto-juvenil, gerontopsiquiatría, neurología, neurociencia y neuroimágenes).
Falta de control y supervisión de la formación en la adquisición de habilidades y competencias.
Subestimación de la práctica de la supervisión clínica como recurso.
Realización de guardias psiquiátricas con escasa formación y supervisión.
Escaso contacto con residencias de otras especialidades, incluso en hospitales generales.
Excesiva cantidad de pacientes desde las primeras semanas.
Las experiencias de psicoterapia personal son autogestionadas y en muchas ocasiones los psiquiatras en formación no pueden acceder a un sistema de formación (10.000 dólares por año en promedio).
Inserción precoz en el mercado laboral.

Discusión

Por lo citado en el presente trabajo, podemos afirmar que los residentes de psiquiatría son considerados un grupo de riesgo, por lo que los programas de entrenamiento deberían estar atentos a los cambios emocionales en este período (6).

La salud mental de los jóvenes psiquiatras es de importancia no sólo para ellos mismos, sino también para quienes están a su cargo y naturalmente esto es válido para todas las especialidades médicas (33).

La psiquiatría tiene como principal instrumento terapéutico la persona del médico en su totalidad, lo que acentúa la importancia de interrogar sobre las motivaciones que llevan al estudiante a dedicarse a la psiquiatría, y prestar atención a su propia salud mental.

Existe consenso acerca de la recomendación de realizar un screening previo al ingreso a la residencia: mantener una serie de entrevistas con los postulantes, así como la necesidad, una vez comenzado el entrenamiento, de la presencia de un supervisor (que forme parte del programa y tenga conexión con los jefes del servicio). También

se remarca la importancia de realizar una psicoterapia personal y/o de grupo (31).

Los datos obtenidos en las encuestas realizadas en los años 2008, 2009 y la efectuada en el Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras en Formación (2012), así como las referencias bibliográficas y la experiencia personal de los autores, nos permiten sugerir algunas medidas que podrían ayudar al cuidado de la salud física y mental del psiquiatra en formación:

1. *Educación continuada*: es necesaria una discusión explícita y temprana de reacciones esperables de estrés durante el comienzo de la residencia, evaluación periódica del desarrollo emocional durante el entrenamiento y participación en grupos de reflexión (16).

2. *Psicoterapia personal*: Fogel sostiene que el 42% de los programas de entrenamiento de los Estados Unidos recomiendan la terapia personal. Las tasas de residentes en tratamiento terapéutico varían entre el 20 al 60% según los estudios (32). Los programas de formación podrían costear parcial o totalmente un tratamiento. Se podría diseñar un dispositivo para que los psiquiatras en formación puedan tener un acceso más fluido y a menor costo con profesionales de experiencia (16). La Federación Europea de entrenamiento psiquiátrico (EFPT) que nuclea los centros formativos en más de 15 países, señala que el residente de psiquiatría debe formarse en psicoterapia y rescata a la terapia personal como un elemento importante de la formación, asignando a los programas formativos la responsabilidad de facilitar el acceso a la misma (34).

3. *Supervisión periódica*: Fleches et al acerca de los supervisores señala que para los residentes es importante no solo el soporte teórico y clínico de los mismos, sino sus cualidades personales, y en particular, su capacidad de explorar la relación terapéutica del residente con el paciente (3). Además puede operar como un factor importante para detectar agotamiento e insatisfacción.

El 100 % de los residentes de la encuesta señalaron la supervisión como un espacio importante. Sin embargo, y luego de consultar con varios supervisores del sistema de la residencia, estos señalan que es frecuente en los residentes el abandono y la irregularidad en la asistencia, incluso desde los primeros meses de formación.

4. *Interacción con otros colegas*: más allá de la clásica asistencia a congresos y jornadas, un elemento clave es la reunión de los psiquiatras en actividades formativas con una tarea específica y de carácter diario o semanal: grupo de estudio, de reflexión, de lectura, trabajos de investigación, ateneos clínicos, supervisiones.

En la asamblea de cierre del Encuentro Latinoamericano, luego de evaluar los puntos positivos y negativos de cada sistema de formación, se tomaron algunas decisiones en relación a continuar trabajando el tema de la formación:

1. En el próximo Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), Colombia 2014, se organizara el segundo Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras en Formación.

2. Trabajar para lograr consensuar un programa de psiquiatría con contenidos curriculares básicos y mínimos para todos los países de la región

3. Se conformo la Red Latinoamericana de Psiquiatras en Formación, y a tal efecto, se designó un representante por país y en el caso de nuestro país, un representante además por cada provincia.

Conclusiones

Actualmente la formación en psiquiatría es un escenario de tensión y conflicto, año tras año salen expulsados de los hospitales colegas formados como "psiquiatras", que ejercerán una disciplina de una manera tan disímil como su propia formación. Se observa una amplia heterogeneidad en el estilo de psiquiatras que se forman, no hay una currícula sistematizada y uniforme que contemple aspectos básicos, no solo en semiología psiquiátrica o en la psicofarmacología, sino también respecto a los abordajes psicoterapéuticos, formación filosófica y antropológica. El psiquiatra actual se parece más a un huérfano que a un médico formado en una especialidad, presto a salir al ámbito de la salud pública. Su desprotección teórica y práctica tiene varios responsables, existe una responsabilidad de los formadores en la materia⁵, el coqueteo con la industria farmacéutica, que ha producido una notable apatía entre algunos jóvenes colegas. La sobreestimación de los sistemas categoriales modernos en detrimento de un estudio epistemológico, clínico y fenomenológico. El abandono del aspecto artesanal del oficio del psiquiatra, la ausencia de maestros, la desaparición de los recursos grupales de formación, la disolución del pensamiento político en la práctica médica, de la defensa gremial de los intereses, del sentido de pertenencia. Pueden seguir culpando a los demás (distintos sectores de poder de la "salud mental") de la crisis de la psiquiatría y del psiquiatra, del terreno cedido, de los lugares perdidos, pero quizá convenga mirar para adentro, revisar lo que hemos hecho como psiquiatras, qué intereses defendimos, qué estudiamos, por qué causa peleamos. Bajo el título "psiquiatra" existe una masa indefinida de médicos con intereses individuales, cada uno tratando de salvar su pellejo en la selva de la oferta y la demanda. Indiferentes al destino del colega que tienen en frente, de sus necesidades y de sus virtudes.

Sin ese hilo invisible que une el destino de una camada, de una generación, no hay avance en ninguna disciplina, no hay construcción de conocimiento sólido. Lo que si hay son iniciativas individuales, fugaces, que en muchas ocasiones quedan al poco tiempo en la nada. La formación no es un problema individual, es un enigma a resolver de naturaleza colectiva e históri-

⁵ Vale la pena señalar como ejemplo posible el trabajo en conjunto entre la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y la Dirección de Capacitación GCBA que se viene realizando desde el año 2011, que ha tenido como consecuencia la organización de cursos de clínica psiquiátrica, adicciones y un espacio de supervisión para los jefes de residentes.

ca. La inmensa mayoría de los profesionales menores de 30 años desconoce la historia de la salud mental de su país, de sus apellidos, hasta de su propio hospital. Esta población de jóvenes médicos es la que por un lado tiene un alto potencial de crecimiento, pero al mismo tiempo resulta la más indefensa al impacto de la prác-

tica profesional, es por eso que en este trabajo se puso el énfasis allí.

Quizá haya que comenzar de nuevo, desde el principio, entendiendo que no se está jugando el destino individual de un médico o un psiquiatra sino un proyecto de salud mental y de país ■

Referencias bibliográficas

1. Pasnau R, Bayley S. Personality Changes in the First Year of Psychiatric Residency Training. *Am J Psychiat* 128:1, July 1971.
2. Mercklin L, Little R. Beginning Psychiatry Training Syndrome. *Amer J Psychiat* 124: 2, August 1967: 97-101, 17.
3. Fleches CS. The Making of a Psychiatrist: The Resident's View of the Process of His Professional Development. *Am J Psychiat* 128: 9, March 1972: 1111-1115.
4. Underleider J. The most difficult year. *Am J Psychiat* 1965; 122: 541-545.
5. Wolfberg E, Heumann G, Mazzella L y col. Problemas y recursos de médicos de servicios, residentes y enfermeros, en el ejercicio de su trabajo hospitalario. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*, 2005 Ene-Feb; 16(59):5-12.
6. Berg J, Garrard J. Psychosocial support in residency training programs. *Journal of Medical Education*, 1980; 55: 851-857.
7. Margariti M, Konxakis V, Kollias K. Psychotherapy in Postgraduate Psychiatric Training: Attitudes of Residents. *Psychother Psychosom* 2001;70:112-114.
8. Yager J. A survival guide for psychiatric residents. *Archives of General Psychiatry*, 1974; 30: 494-499.
9. Scanlan JM. Physician to Student: The Crisis of Psychiatric Residency Training. *Am J Psychiat*. 128:9, March 1972: 1107-1110.
10. Giana de Scillama M, Pinero O. Los grupos de reflexión: Una indagación acerca de la identidad profesional. *Revista Cuestiones*. Agosto, 1984: 81-94.
11. Guy J. *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Bs.As - Barcelona: Editorial Paidós, 1995.
12. Campbell H. The prevalence and Ramifications of Psychopathology in Psychiatric Residents: An overview. *Am J Psychiat* 139:11, November 1982.
13. Mahoney M. "Ser Persona y Terapeuta". En: *Psicoterapia constructiva*. Ed: Michael Mahoney. Barcelona: Editorial Paidós, 2005.
14. Tyssen R, Hem E, Vaglum P. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. *Journal of Affective Disorders* 80 (2004): 191-198.
15. Roback H, Crowder M. Psychiatric resident dismissal: a national survey of training programs. *Am J Psychiatry*, 1989; 146 (1): 96-98.
16. Kelly W. Suicide and Psychiatric Education. *Am J Psychiatry* 130:4, April 1973.
17. Pasnau R, Russel MA, Taintor Z. Emotional Problems of Residents in Psychiatry. *Am J Psychiatry* 132:3, March 1975.
18. Campbell H. The prevalence and Ramifications of Psychopathology in Psychiatric Residents: An overview. *Am J Psychiatry* 139:11, November 1982.
19. Yufit R, Pollock G, Wasserman E. Medical specialty choices and personality. Initial results and predictors. *Archives of General Psychiatry*, 1969; 20: 89-99.
20. Garetz F: Factors relating to selection of psychiatric residents. *J Med Educ* 47: 145-147, 1972.
21. Corominas A, de la Cruz J, Sarro B. El suicidio en la profesión médica: revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, .1988; 15 (4): 211-212.
22. Bissell L, Jones R. The Alcoholic Physician: A survey. *Am J Psychiat* 133:10. Oct 1976: 1142-1146.
23. Pilkinton P, Etkin M. Encountering Suicide: The Experience of Psychiatric Residents. *Academic Psychiatry*, 27:2, Summer 2003.
24. Lafayette J, Stern T. The Impact of a Patient's Suicide on Psychiatric Trainees: A Case Study and Review of the Literature. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 49-55.
25. Hendin H, Haas A, Maltzberger Szanto. Factors Contributing to Therapist Distress After the Suicide of a Patient. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1442- 1446.
26. Kaye N, Soreff S. The Psychiatrist Role, Responses, and Responsibilities When a Patient Commits Suicide. *Am J Psychiatry* 148: 6, June 1991: 739-743.
27. Khne MJ. Suicide among patients in mental hospitals: a study of the psychiatrist who conducted their psychotherapy. *Psychiatry* 1968; 31: 32-33.
28. Menninger WW. Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bull Menninger Clin* 1991; 55: 216-27.
29. Schnur DB, Levin EH. The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents. *J Psychiatry Educ* 1985; 9: 127-36.
30. Brown HN. Patient suicide during residency training: incidents, implications, and program response. *J Psychiatry Educ* 1987;11: 201-16.
31. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby RM, Dickens S. Impact of Patient Suicide on Psychiatrist and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry*, 28:2, Summer 2004.
32. Fogel S, Sneed J, Roose S. Survey of Psychiatric Residents in Manhattan: Evidence of Stigma. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 1591-1598.
33. Tyssen R, Vaglum P. Mental Health Problems among young Doctors: an updated Review of Prospective Studies. *Harvard Rev Psychiatry* 2002; 10:154-65.
34. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del medico residente y el síndrome del desgaste profesional (burn out). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007, 105 (3): 236-240.

La formación actual de especialistas en psiquiatría: un desafío epistemológico

Juan Carlos Stagnaro

Médico Psiquiatra. Doctor en Medicina.

Profesor Regular Titular, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

E-mail: jcstagnaro@gmail.com

Resumen

La enseñanza de un saber teórico-técnico destinado a la formación de médicos especialistas en psiquiatría en el nivel de posgrado exige la explicitación del modelo teórico al cual se debe ordenar la currícula presentada a los alumnos. En primer lugar, dicho modelo, debería ser coherente con la currícula general de la formación médica de la cual egresan los candidatos al título de especialista y, en segundo lugar, debería servir para transmitirles los elementos teóricos, las actitudes y las destrezas que les permitan un trabajo de excelencia; entendiéndose por ello la adquisición de las cualidades consideradas como pertinentes y necesarias por el consenso de los miembros de una especialidad, disciplina o ciencia, en nuestro caso la especialidad médica psiquiatría, en el momento histórico actual. Se desarrollan los puntos referenciales para satisfacerlas a la luz de los datos actuales acerca de los paradigmas médico y psiquiátrico. Este artículo se refiere a esos aspectos particulares poniendo especial énfasis en ciertas cuestiones epistemológicas, de cuyos efectos no escapan los mismos especialistas, y que también condicionan su práctica docente, intentando mostrar que un modelo pedagógico integrativo es el que mejor se adapta a las condiciones históricas contemporáneas.

Palabras claves: Formación en psiquiatría - Pedagogía médica - Enseñanza de la psiquiatría.

PRESENT TRAINING FOR SPECIALISTS IN PSYCHIATRY: AN EPISTEMOLOGICAL CHALLENGE

Summary

Teaching theoretical-technical knowledge aimed at training specialists in psychiatry at postgraduate level requires the explicitness of the theoretical model to which the curricula presented to students should be ordered. First, said model should be coherent with the general curricula for the medical training from which candidates to obtain the specialist degree graduate; second, it should serve to transmit theoretical elements, attitudes and skills that allow their work of excellence, which means acquiring the qualities considered relevant and necessary by the consensus among the members of a specialty, discipline or science (in our case, medical specialty in psychiatry) in the present historical moment. Reference points to meet them in the light of the present data concerning medical and psychiatric paradigms are developed. This article refers to those particular aspects with special emphasis on certain epistemological issues, from whose effects the same specialists do not escape, and which also condition their teaching practice, trying to show that an integrative pedagogical model is the one that best fits the contemporary historical conditions.

Key words: Training in psychiatry - Medical pedagogy - Teaching psychiatry.

Introducción

La transmisión de un saber teórico-técnico destinado a la formación de médicos especialistas en psiquiatría en el nivel de posgrado¹ exige la explicitación del modelo teórico al cual se debe ordenar la currícula presentada a los alumnos.

En primer lugar, dicho modelo, debería ser coherente con la currícula general de la formación médica de la cual egresan los candidatos al título de especialista y, en segundo lugar, debería servir para transmitirles los elementos teóricos, las actitudes y las destrezas que les permitan un trabajo de excelencia; entendiendo por ello la adquisición de las cualidades consideradas como pertinentes y necesarias por el consenso de los miembros de una especialidad, disciplina o ciencia, en nuestro caso la especialidad médica psiquiatría, en el momento histórico actual. A tal efecto, hay que responder las dos clásicas preguntas: ¿qué enseñar? y ¿cómo transmitirlo?

Si se intenta profundizar en la respuesta a estas dos preguntas, a la luz de los datos actuales acerca de los paradigmas médico y psiquiátrico, se puede concluir fácilmente en que la tarea no es fácil y en que los puntos referenciales para satisfacerlas exigen una profunda revisión.

Nos referiremos a esos dos aspectos particulares poniendo especial énfasis en ciertas cuestiones epistemológicas, de cuyos efectos no escapan los mismos especialistas, y que también condicionan su práctica docente, intentando mostrar que un modelo pedagógico integrativo es el que mejor se adapta a las condiciones históricas contemporáneas. Así mismo, la conceptualización que nos ofrece la epistemología de Thomas Kuhn, con su noción de paradigma, resultará útil para analizar la problemática que debemos enfrentar al intentar estructurar una currícula para la formación de especialistas en psiquiatría (7,8,9). Esa noción de paradigmas kuhnianos fue aplicada a la psiquiatría por G. Lanteri Laura (quien caracterizo la etapa que atraviesa la especialidad como de crisis paradigmática, es decir, un momento en el cual los especialistas de una determinada disciplina no están unidos por un consenso en torno a los conceptos centrales de su quehacer (10).

I. El modelo médico y los estudios de grado

Aquí se encuentra la práctica docente del posgrado con una de las primeras dificultades: la que aporta la currícula médica de grado y los condicionamientos que impone a la formación del futuro psiquiatra.

Es clásico observar en el pasaje del estudiante desde la medicina que se dicta en la Facultad, hacia la formación en psiquiatría, un efecto de sorpresa y desorientación. Esta perplejidad se explica debido a las nuevas exigencias en destrezas y habilidades y a los nuevos contenidos teóricos que el médico en formación de psiquiatra debe adquirir. No es la misma situación la que debe afrontar un residen-

te o cursillista de posgrado en cardiología, clínica médica, cirugía, u otras especialidades; en las que los nuevos contenidos que encuentra el novel profesional se entroncan más armónicamente con los estudios de grado que acaba de realizar. Frente a ese desafío se producen en algunos candidatos a psiquiatra ciertas reacciones típicas: los intentos de retorno a la ciencia biológica de los orígenes, las ensoñaciones de reconciliación universal entre todas las tendencias teóricas, las "huidas hacia delante" adhiriendo precozmente a una "verdad" única y totalizante, cuando no la deriva a una actividad ramplona bajo la bandera de un eclecticismo basado en meras recetas prácticas.

Estas reacciones defensivas al encontrarse con el misterio de la locura, y al sufrir la herida narcisista de culminar un arduo estudio universitario para encontrarse como "empezando de nuevo", son bien conocidas. Pero, es importante destacar que, actualmente, se ven reforzadas por el modelo médico que se imparte en los estudios de grado de las Facultades de Medicina. El mismo está marcado por una fuerte impronta "biologizante" que desdibuja la dimensión subjetiva del vínculo médico-paciente y privilegia las aproximaciones reduccionistas biológicas de las nociones de salud y enfermedad.

II. El paradigma médico contemporáneo

La dimensión antropológica de la tarea del médico ha pagado un duro tributo a la influencia y al poder que la tecnología viene brindando, en las últimas décadas, al diagnóstico y a la terapéutica. Los grandes logros alcanzados por esa vía no se han integrado con una concepción integral del paciente que pierde, muchas veces, su condición humana detrás de las cifras estadísticas y los criterios mecanicistas biológicos. El saldo, de tanta excelencia científica, también es un empobrecimiento de la perspectiva humanística de la labor médica que la formación de grado no sabe subsanar (16). Los alumnos quedan así, frecuentemente, librados a su propio albedrío frente a la inmensa cantidad de interrogantes que se le plantean en la práctica profesional posterior, particularmente en los aspectos específicos de la relación médico-paciente, sin contar durante sus estudios con la adecuada adquisición de herramientas críticas que lo asistan en esas dificultades. A pesar de los ingentes esfuerzos que se hacen para introducir las nociones relativas a la dimensión emocional de las personas aquejadas de cualquier enfermedad médica y a la patología propiamente psiquiátrica, por parte de las cátedras y Departamentos de salud mental y psiquiatría en las distintas Facultades de Medicina, el peso de la orientación biomédica en el resto de los estudios no alcanza a equilibrar. La problemática que originan los descubrimientos e invenciones en el área de la genética, la farmacología, la exploración funcional, la cirugía protésica y de transplantes, por mencionar solamente las adquisiciones más recientes, obligan a replanteos éticos

¹ En la República Argentina esta formación puede realizarse por dos vías: las Residencias médicas hospitalarias, el curso con régimen de residencia que imparte la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y otros cursos universitarios de postgrado, dictados en Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales y algunas Universidades privadas. Todos ellos tienen una duración de 3 ó 4 años según los casos.

profundos y cuestionan los criterios utilizados hasta el presente para la formación de los médicos.

Por otro lado, factores propios del campo externo a la medicina: políticos, sociales y económicos; tales como la caída del Estado Benefactor, la profunda mercantilización de los Servicios Médicos y la crisis del Hospital Público, la precariedad del empleo profesional, el nuevo perfil de los usuarios (ex-pacientes), los intereses de las industrias farmacéutica y de aparatología, etc., están influyendo más hondo que nunca en la conformación de la currícula médica de grado y de posgrado y en el ejercicio profesional. Pero más aún, están influyendo, más que nunca, en la definición de lo que es un médico y lo que es la medicina.

Aunque breve y seguramente incompleta esta enumeración de fenómenos basta como para aventurarse a afirmar que el paradigma médico se encuentra en crisis y esto repercute en los criterios de la formación de especialistas.

III. La adquisición de la identidad de psiquiatra

En su descripción de las etapas del ciclo vital, Eric Erikson dice que el adolescente en busca de su identidad goza de una especie de “moratoria psicosocial”; *mutatis mutandis*, algo similar debería ocurrir con el psiquiatra en formación respecto de su identidad profesional (2).

En efecto, el periodo de formación en psiquiatría coloca al candidato a especialista en una situación identitaria ambigua, una suerte de “entre dos” lugares. Por un lado es el alumno que no está obligado a “saber” y, al mismo tiempo, debe satisfacer los requerimientos de la práctica como médico especialista, respondiendo a pacientes y familiares como su “doctor”, firmar recetas, certificados e historias clínicas, con toda la responsabilidad legal y ética de un médico ya especializado. Esta

es la realidad que surge de la práctica de la inmensa mayoría nuestras instituciones asistenciales públicas, en las que el psiquiatra en formación es confrontado con las obligaciones asistenciales desde el primer día de su curso o residencia, en salas de internación, consultorios externos y guardias; con el condimento de ser mano de obra barata, poco o nada supervisados por los psiquiatras formados, en lugares desbordados de consultas de pacientes graves con polipatologías y problemáticas sociales concomitantes, que exigen un trabajo de alta complejidad. Entiéndase bien, la inmersión en la práctica paralelamente a la adquisición de conocimientos teóricos que la formalicen es indispensable en una currícula equilibrada, pero esa articulación debe hacerse bien dosificada y constantemente supervisada, recayendo las responsabilidades legales, y las decisiones terapéuticas, por ejemplo, sobre el cuerpo docente-asistencial presente al lado del alumno. Cuando así no ocurre se pone en riesgo la calidad de la asistencia y se somete al educando a un alto grado de ansiedad que dificulta la formación y hasta la deforma.

Cuando el psiquiatra en formación comienza su entrenamiento una gran parte de su identidad como médico ya está adquirida. Durante la “moratoria psicosocial” de su formación el alumno pone en tensión los aspectos de la identidad médica adquiridos y modela sobre ella la de psiquiatra. Como lo señalan diversos autores el nudo de la formación reside en la forma de resolver ese conflicto: “... en ese proceso las informaciones recibidas y la formación de su personalidad al lado de sus maestros juegan un rol fundamental [...] la orientación terapéutica y la ideología del psiquiatra se construyen en parte a lo largo de su formación y devienen cada vez más similares a las de sus docentes. El tipo de actividades realizadas durante la formación, la práctica, modifican su ideología” (4).

Cuadro 1. (Adaptado de 18).

Medicina escolar		Psiquiatría infanto-juvenil
Cognitivismo	Neurosis	Psicogeriatría
Psicoterapias	Psicosis	Psiquiatría del adulto
Psicoanálisis	ENFERMEDADES MENTALES	Psiquiatría de enlace
Sexología	Depresiones	Psicología médica y
Condiciones de vida	Dependencias	Psicosomática
Acontecimientos vitales	Demencias	Psiquiatría militar
Catástrofes	Enfermedades psicosomáticas	Psiquiatría comunitaria
	Suicidio	Psiquiatría carcelaria

IV. Problemas epistemológicos

a. La complejidad del campo de la psiquiatría contemporánea

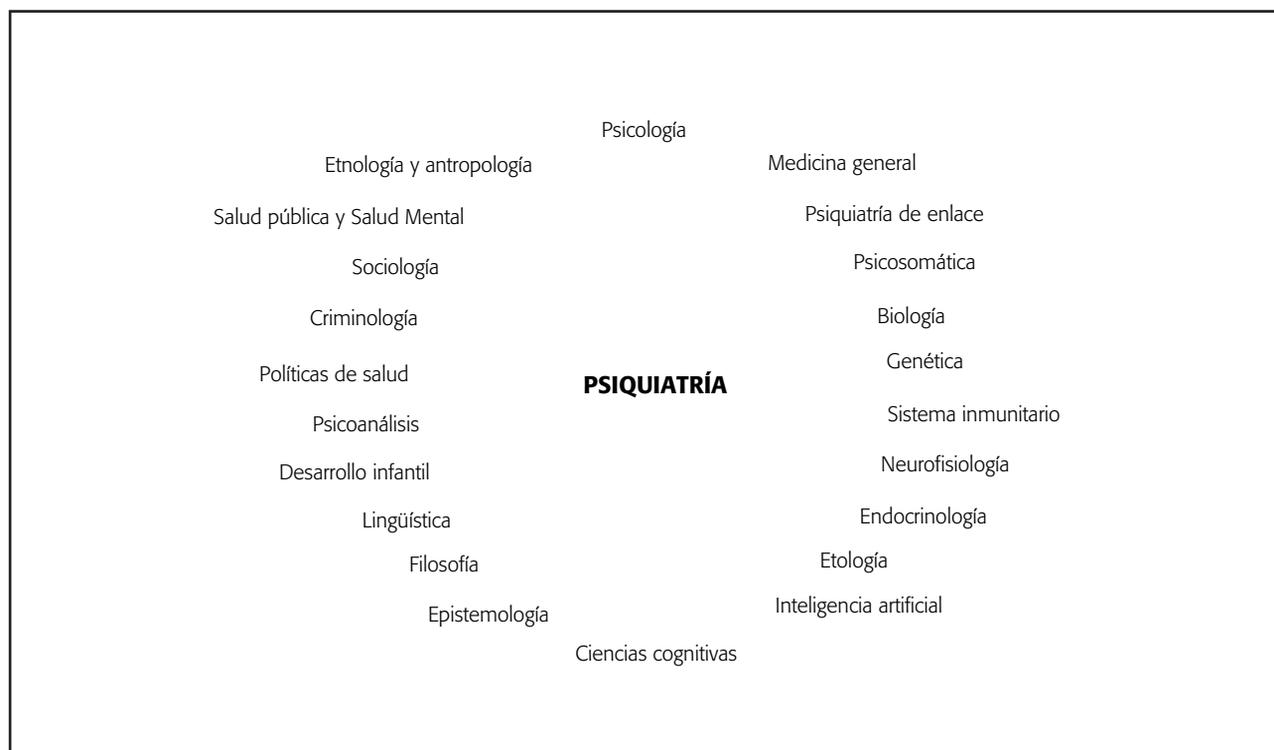
El análisis específico del campo de la psiquiatría nos permite verificar dos situaciones complejas:

1. La psiquiatría es una disciplina joven y diversifi-

cada cuyos contornos y pertinencias se extienden en las más diversas direcciones (ver Cuadro 1).

Esta aseveración apunta a señalar que la variedad de campos en los cuales se desarrolla la especialidad generan, dialécticamente, la necesidad de incluir nuevos contenidos en la enseñanza, pero, ante las limitaciones de tiempo para abarcarlos temporalmente en la currícula de la formación de los psiquiatras, existe una tendencia a

Cuadro 2. (Adaptado de 18).



formar psiquiatras generalistas que luego se especializarán en áreas que empiezan a recortarse como subespecialidades dentro de la especialidad. Se tiende así, en un horizonte cercano, a una arborización de posgrados de posgrados que replantea en forma retrógrada la delimitación de los saberes a transmitir al médico que comienza su formación como psiquiatra.

2. La Psiquiatría se encuentra, en tanto un saber que se nutre y dialoga con otras ciencias y disciplinas, en una encrucijada compleja (ver Cuadro 2).

La psiquiatría contemporánea es escenario de dos fenómenos aparentemente contrapuestos: el justificado énfasis y concomitante avance de las neurociencias y de la investigación neurobiológica tanto a nivel de laboratorio como en sus aplicaciones clínicas, por un lado, y el creciente reconocimiento del papel de la cultura y de factores socio-culturales en aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos de los trastornos mentales, por otro.

De todo ello surgen cuestiones que interpelan el proyecto docente en la formación de los psiquiatras; ya que de la dinámica propia de las ciencias y disciplinas

relacionadas con la especialidad surgen constantemente conocimientos y teorías que ponen en tensión y revisión lo que la psiquiatría va integrando de las mismas (3,12,13,14).

Esta situación que podría considerarse envidiable, en cuanto a su riqueza multidisciplinaria para aproximarse, comprender y acudir en ayuda del ser humano enfermo, supone, al mismo tiempo, una dificultad para establecer los límites de su campo de pertinencia y para delimitar con nitidez el objetivo de su praxis.

b. La crisis del paradigma psiquiátrico

Por otro lado, desde el punto de vista epistemológico interno, la psiquiatría muestra una carencia de consenso en la comunidad de especialistas respecto del paradigma psiquiátrico contemporáneo (10,15).

En efecto, a poco de echar una mirada crítica sobre las prácticas y teorías de la psiquiatría actual, se reconoce que ésta se encuentra progresivamente obligada a aceptar relaciones cada vez más arbitrarias entre sus gestos técnicos y su capacidad de formalizarlos teóricamente en forma consensuada.

El paradigma dominante que contenía a la psiquiatría hasta el último cuarto del siglo XX, el de las Estructuras Psicopatológicas, surgido de la influencia de la Gestaltheorie, la lingüística estructural y la neurología globalista y expresado en las corrientes fenomenológicas, especialmente en la obra de Minkowsky y Binswanger, en el psicoanálisis y en el organodinamismo de Henri Ey, ha sufrido una desagregación tal, que bien podemos catalogar la situación actual como de crisis paradigmática, en el sentido en que emplea este término Thomas Kuhn, como se dijo antes (10).

Las nociones de estructura psicótica y neurótica, con su agregado más limitado de estructura perversa, para designar todas las organizaciones mórbidas que no pudieran explicarse por un defecto congénito, una lesión orgánica discernible o una reacción evidente a acontecimientos vitales inmediatos, tuvo plena operatividad para ordenar el campo de la Psiquiatría hasta mediados del siglo pasado. Y así ocurrió mientras los recursos terapéuticos disponibles fueron la cura psicoanalítica o la *daseinanalyse* y los biológicos representados por la sistoterapia y la cura de Sakel.

Pero, a partir de los años '50 y '60, la irrupción de los psicofármacos y la progresiva aparición de nuevos fenó-

menos clínicos -adicciones, trastornos alimentarios, las llamadas patologías del narcisismo, etc.-, entre otros factores, volvió insuficiente la dicotomía estructural anterior y fue sugiriendo la necesidad de ordenar el jardín de la locura en otras categorías (10,15).

En el proceso dinámico que generó esa nueva situación ciertos sectores de la comunidad científica internacional desarrollaron nuevas propuestas y líneas de investigación (se pueden contabilizar aquí las nosografías basadas en criterios explícitos cuya figura más hegemónica es la serie de los DSM, la concepción de una farmacología "curativa" de defectos orgánicos evidentes u ocultos, la propuesta de psicoterapias de base empírica mensurable, las investigaciones neurobiológicas, los estudios con neuroimágenes, etc.) que ganaron una gran audiencia. Sin pretender agotar exhaustivamente su inventario, nos limitaremos a señalar aquellos aspectos que merecen mayor atención. Ellos se presentaron en proceso de articulación interna con aspiración a conformar un nuevo paradigma de la psiquiatría. Sus impulsores más entusiastas, que entienden que la psiquiatría debe retomar un camino fuertemente anclado en la medicina (para ellos la medicina se define, como en otras especia-

Cuadro 3. Propuesta de paradigma biomédico para la psiquiatría.

a. Identificación objetiva de los trastornos (síndromes) mentales por vía de una descripción "a-teórica".
b. Progresiva correlación bi-unívoca entre cada síndrome así descrito y una eventual fisiopatología cerebral.
c. Terapéutica de dicha alteración fisiopatológica mediante tratamiento farmacológico combinado con psicoterapias cognitivo-conductuales.

lidades, como saber biomédico casi exclusivamente) le asignan una capacidad progresiva de coherencia interna que, en nuestra opinión esa posición reduccionista dista de corresponderse con la realidad clínica.

La potencia de su atracción como candidato a paradigma de la psiquiatría se asienta en un trípode conceptual expresado, muy sintéticamente, en una secuencia lógica que satisface la tríada básica de la epistemología médica, a saber: clasificación (nosografía) + etiología o etiopatogenia + terapéutica (ver Cuadro 3) (15).

Si bien el análisis crítico (que hemos presentado en otros trabajos), de cada uno de esos tres pilares conceptuales, demuestra que su pretendida solidez no es tal y que el conjunto de la maniobra se ve hoy obstaculiza-

do por datos que le plantean severas dificultades² como para que se le adjudique el estatuto de nuevo paradigma dominante en la psiquiatría, no es menos cierto que por haberse originado en los países anglosajones, con epicentro en algunas universidades y centros de investigación de los EE. UU., y por contar con el apoyo del poderoso aparato cultural norteamericano y el peso de la American Psychiatric Association y sus órganos de prensa, esta manera de pensar ganó una gran difusión.

Va de suyo que los factores externos que enumeramos anteriormente, al mencionar el paradigma médico, tuvieron similar influencia en esa crisis del paradigma psiquiátrico y sus intereses son funcionalmente dialécticos con la propuesta paradigmática que acabamos de describir.

² Las múltiples y severas críticas que ha despertado el DSM-5, el agotamiento de moléculas candidatas en el pipe-line de la investigación psicofarmacológica, la imposibilidad de probar empíricamente la superioridad de unos métodos psicoterapéuticos sobre otros, son solo algunas de las evidencias que apoyan esta afirmación.

Otra problemática presente en el momento actual es la confusión existente entre el denominado campo de la Salud Mental y la psiquiatría como especialidad médica. Mientras el primero no constituye una profesión sino un espacio conceptual y de acción sanitaria multidisciplinario e intersectorial, y la segunda una profesión legalizada en sus alcances e incumbencias que forma parte del campo de la salud mental, el abordaje de ambos términos del binomio así conformado tiene repercusiones en los aspectos

formativos de los profesionales que participan de ese espacio sanitario³.

V. Las orientaciones y métodos pedagógicos

La literatura sobre los principios y métodos pedagógicos en la enseñanza de la psiquiatría, en los estudios de grado y posgrado, es muy amplia, pero sus propuestas se pueden sintetizar en tres grandes líneas de pensamiento y acción: tradicional, activa y constructivista (Cuadro 4).

Cuadro 4. Teorías, roles y métodos en la enseñanza de la psiquiatría (adaptado de 2).

Teoría pedagógica	Tradicional	Activa	Constructivista
El conocimiento	- Se transmite	- Se adquiere	- Se construye
Rol del docente	- Imparte conocimientos - Emite un mensaje comprensible	- Indica objetivos - Imparte consignas claras - Guía a los alumnos	- Formula problemas - Acompaña a los alumnos - Pone recursos a disposición de los alumnos
Rol del estudiante	- Escuchar atentamente - Retener información	- Seguir las instrucciones - Realizar trabajo personal	- Movilizar con conocimientos, colaborar, imaginar, crear y desarrollar
Método privilegiado	- Clase magistral - Estudio de textos	- Seminarios - Trabajo personal	- Resolución de problemas - Supervisión
Presencia y disponibilidad del docente	+	++	+++
Relación numérica docente/alumno	Baja	Intermedia o alta	Alta

En nuestro medio fueron experimentados ampliamente algunos criterios resultantes de aplicaciones originales (11), y se han diseñado novedosas propuestas a partir de investigaciones pedagógicas recientes en la enseñanza de la medicina en el nivel de grado (1).

Los lineamientos que se proponen en diver-

sos consensos actuales para formular el thesaurus de conocimientos necesarios al especialista y definir el perfil del psiquiatra, han establecido inventarios de conocimientos, destrezas y habilidades, coincidentes en muchos aspectos y divergentes en algunos (3,12,13,14).

³ Es interesante en este sentido la delimitación que hace el profesor Manuel Suárez Richards en el documento de presentación de la carrera de médico especialista en psiquiatría que se dicta en el Instituto de Formación de Posgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA): "Se entiende a la Psiquiatría no solo como la rama o especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales sino, en un sentido más amplio, como el cuerpo de conocimientos teóricos que, teniendo como eje el trastorno mental, se nutre por igual de conceptos derivados de disciplinas psicológicas, sociales y biológicas, para ofrecer una visión integral del hombre sano y de su potencial de enfermar psíquicamente. En la medida en que el término psiquiatría pudiera tener una connotación individualizante, puede apelarse al uso del concepto salud mental en tanto rama de la Salud Pública que trata de aspectos preventivos, promocionales y reparativos del estado emocional de poblaciones, comunidades y naciones. Por lo tanto, psiquiatría y salud mental no son excluyentes sino que, por el contrario, se complementan en áreas de teoría y praxis, de salud y enfermedad, de prevención y curación, ciencia y sociedad, medicina y ciencias sociales. Dado sus múltiples puntos de contacto ambas reconocen un origen y un decurso común en lo que se refiere a las ideas, a los eventos y a los hombres que forjaron su historia" www.apsa.org.ar

Los consensos mencionados son producidos en países desarrollados, pensando en la formación de los psiquiatras necesarios para sus necesidades domésticas. Sin embargo, una especialidad médica como la psiquiatría, eminentemente atravesada, al igual que el objeto de su estudio, las enfermedades mentales, por la dimensión cultural, en todos sus aspectos (socia-

les, históricos, de tradiciones intelectuales, sanitarios, económicos, políticos...), debería conducir a establecer consensos propios en cada país acerca de los lineamientos de formación de los especialistas⁴ (17). Uno de los más completos para citar en nuestro país es el que propone la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) (Cuadro 5).

Cuadro 5. Objetivos y perfil del médico especialista en psiquiatría.

<p>Objetivos</p> <p>Formar profesionales que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actúen como agentes promotores de la salud mental de la comunidad a la que pertenecen. - Ejercen la tarea asistencial en sus distintos niveles aplicando técnicas diagnósticas y terapéuticas orientadas a las distintas patologías. - Sean capaces de empatizar con las personas que demandan atención. - Respeten los derechos de los pacientes y la confidencialidad de la consulta profesional. - Interactúen con los miembros del equipo de salud con actitud interdisciplinaria. - Reconozcan las diferentes culturas y comprendan las relaciones entre las características de esas culturas y la salud mental. - Desarrollen el pensamiento crítico y asuman la necesidad de la actualización profesional continua. - Internalicen principios éticos como base de su práctica profesional. - Conozcan la historia de la medicina y la de su especialidad. - Comprendan la importancia de la investigación científica para el desarrollo de la especialidad y el mejoramiento de la práctica profesional.
<p>Perfil del egresado</p> <p>Se busca formar un especialista capaz de intervenir científicamente en la promoción de la Salud Mental y en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales considerando a la persona en sus dimensiones biológica, psicológica, sociológica y cultural.</p>
<p>Competencias del egresado</p> <p>a) Como experto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una anamnesis psiquiátrica incluyendo información de diversas fuentes. - Observar los comportamientos familiares durante la entrevista. - Evaluar el compromiso en el acompañamiento del paciente. - Observar las potencialidades de la red social del paciente. - Elaborar la historia clínica psiquiátrica completa. - Formular diagnóstico inicial teniendo en cuenta los datos de la anamnesis, los hallazgos de los exámenes complementarios y la prevalencia de la enfermedad. - Plantear diagnósticos diferenciales. - Indicar estudios complementarios. - Interpretar los resultados de los estudios complementarios. - Elaborar una formulación diagnóstica que incluya una evaluación de riesgos. - Formular y llevar a cabo un plan de tratamiento psiquiátrico (farmacológico, psicoterapéutico y socioterapéutico). - Acordar con el paciente y la familia un plan compartido de cuidado. - Fundamentar la toma de decisiones. - Generar un pronóstico de la enfermedad mental. - Realizar el seguimiento del paciente. - Manejar situaciones de urgencia y/o crisis. - Integrar el equipo de salud trabajando en forma interdisciplinaria con otros profesionales de la salud.

⁴ Una iniciativa promisoriosa en ese sentido ha sido la creación en 2012, en el seno del Instituto Superior de Formación de Posgrado (ISFPG) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), de un Comité Académico, formado por los profesores de psiquiatría de las universidades nacionales, que se ha dado como una de sus tareas establecer criterios comunes para la enseñanza de grado y posgrado de la psiquiatría, la psicología médica y la Salud Mental en nuestro país.

b) Como comunicador

- Establecer, mantener y concluir relaciones terapéuticas éticas con los pacientes, familiares y/o cuidadores.
- Comunicar la información relevante y dar explicaciones a los pacientes y familiares.
- Instruir al paciente, su familia y otros profesionales de los servicios de salud.

c) Como profesional

- Cumplir con los principios éticos de la profesión
- Respetar los derechos del paciente y los derechos humanos
- Apoyar la autonomía del paciente y su dignidad, respecto de la cultura, creencias y valores
- Programar su educación médica continua.
- Leer literatura científica e interpretar los nuevos hallazgos.
- Documentar los cambios epidemiológicos de la psicopatología.
- Empezar la realización de investigaciones.

d) Como promotor de la salud

- Conocer los factores influyentes sobre la Salud Mental en una sociedad dada.
- Promover la Salud Mental y facilitar la prevención de los trastornos mentales en las personas y en la sociedad.

e) Como administrador

- Conocer los planes de costos y servicios en tratamientos eficaces en Salud Mental
- Utilizar los recursos con la mayor eficacia posible.

VI. La formación de especialistas en psiquiatría: desafíos y propuestas

1. La problemática del equipo docente: unidad en la diversidad

De todo lo dicho anteriormente surgen, entonces, varias preguntas cruciales:

¿Cómo integrar la variedad de conocimientos que necesita la formación de un especialista en psiquiatría en una currícula unitaria?(5,6) ¿Cómo hacer para estructurar y transmitir una currícula en período de crisis paradigmática de una disciplina? ¿Cómo soportar la heterogeneidad de posiciones que produce la ausencia de una "ciencia normal"? ¿Cómo estimular la creatividad y la crítica de los alumnos sin que se deslicen hacia eclectismos fáciles y/o pierdan rigor epistemológico en sus opciones teóricas? ¿Cómo hacer todo eso desde un equipo docente que, aun contando con una suficiente coherencia interna en sus posiciones como para trabajar en conjunto, está también atravesado por los mismos cuestionamientos, dudas e incertidumbres que el conjunto de los miembros de la disciplina?

Sin duda, que las soluciones provisorias adoptadas por un equipo docente resultan en una combinación que acepte por lo menos tres alternativas:

1. Aspectos de coincidencia y consenso pleno.
2. Compromisos provisorios a la espera de nuevas evidencias que resuelvan las controversias.
3. Aceptación de las diferencias y oposiciones francas siempre que se sostengan en argumentaciones sólidas con basamento clínico.

Las tensiones que pueden surgir de este tipo de interacción en un equipo docente no son pocas. El proble-

ma mayor es que los aspectos contradictorios del mismo equipo puedan ser presentados a los alumnos de tal manera que no incrementen la confusión natural que provoca el aprendizaje de nuevos conocimientos a adquirir, sino que los introduzca en la inconfortable, aunque apasionante experiencia de pensar y volver a pensar las certezas de otrora en el marco de la crisis paradigmática de la disciplina que se estudia.

2. Algunas orientaciones para la tarea pedagógica y la confección de la currícula

La guía posible para pensar la resolución de estos problemas debe incluir, a nuestro parecer, las siguientes propuestas que se presentan a continuación en un orden no jerárquico sin pretensión de agotar su listado:

- a. Basar el aprendizaje en la evidencia clínica explicitando sistemáticamente la perspectiva teórica desde donde se la interpreta.
- b. Estimular la elaboración grupal de las posiciones teóricas y los métodos prácticos ensayados por los alumnos.
- c. Respetar el disenso dando el espacio para todos los discursos pero sometiéndolos a la crítica más rigurosa posible.
- d. Colocar al docente como transmisor de su experiencia clínica y de "su" recorrido formativo y no como un transmisor de un saber acabado. Solicitándole que explicita sistemáticamente la base teórica de sus afirmaciones.
- e. Insistir más que nunca en la adquisición, por parte de docentes y alumnos, de herramientas epistemológicas de análisis y del conocimiento de la historia de la disciplina.
- f. Ofrecer la más amplia apertura bibliográfica.

g. Alertar sobre todo deslizamiento reduccionista y estimular las perspectivas multidisciplinarias.

Conclusión

Con esta breve revisión de la situación actual del paradigma de la psiquiatría y de la tarea pedagógica que se debe enfrentar para formar a los profesionales que se

integran a su ejercicio, se propone un aporte basado en la importancia de enfatizar los principios de la educación actualizada en sus métodos y el valor de una posición democrática, intelectualmente humilde y antidogmática, para sostener la tarea docente en la formación de especialistas, al tiempo que soportar la incertidumbre, fuente de grandes tensiones éticas, en la propia identidad como psiquiatras de los docentes ■

Referencias bibliográficas

- Bernabo J, Buraschi J, Stagnaro JC, Bértora F et al. El programa de requisitos esenciales mínimos (PREM): una herramienta para promover el aprendizaje de las habilidades y destrezas necesarias para la práctica médica. *Rev Arg Educ Méd*, 2007, 1; 2: 59-68.
- Effantere van A. Spécificités de la formation en psychiatrie. *L'Information Psychiatrique* 2013, 89 : 83-90.
- European framework for competencies in psychiatry*. European Board of Psychiatry of the Union Européenne des Médecins Spécialistes, Ljubljana, Slovenia, 17 October 2009.
- Guimon J. Identity, crisis and training of psychiatrists. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 1995; 146: 137-41.
- Ionescu S. "Catorce enfoques de la Psicopatología", Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- Kandel E. A New Intellectual Framework for Psychiatry, *Am J Psychiatry* 1998; 155:457-469.
- Kuhn T. "La estructura de las revoluciones científicas". Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
- Kuhn T. "Segundos pensamientos sobre paradigmas" en Suppe F. "La estructura de las revoluciones científicas". Madrid: Ed. Nacional, 1974.
- Kuhn T. ¿Qué son las revoluciones científicas? Barcelona: Paidós, 1989.
- Lantéri-Laura G. "Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne". Paris : Editions Du Temps, 1998.
- Ricón L y col. "Técnicas para la enseñanza de la Salud Mental". Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
- Royal College of Psychiatrists (2006) Specialty Curriculum for Psychiatry Training. London: Royal College of Psychiatrists.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2007) Objectives of training in Psychiatry. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Scheiber SC, Kramer TAM & Adamowski SE (2003). A Report of the American Board of Psychiatry and Neurology Inc. Core Competencies for Psychiatric Practice: What Clinicians Need to Know. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Stagnaro J C. La crisis paradigmática de la psiquiatría. Trabajo leído en las Jornadas Del Colegio médico de Córdoba. Córdoba, 1996 (mimeo).
- Stagnaro JC. Biomedicina o medicina antropológica. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2002; Vol. XIII, 47:19-26
- Suárez Richards M. *La formación integral del psiquiatra*. Programa de actualización en psiquiatría (PROAPSI). Buenos Aires: Panamericana, 2013 (en prensa).
- Thurin J-M. Tableau de la recherche psychiatrique en France. *Pour la Recherche*, Bulletin de la Federation Française de Psychiatrie, N. 5, 1995.

La formación docente en ciencias de la salud: de recetar a formar

Gisela Schwartzman

*Magister en Educación a Distancia (UNED - España).
Departamento de Educación, Instituto Universitario del Hospital Italiano.
E-mail: gisela.schwartzman@hospitalitaliano.org.ar*

Carolina Roni

*Lic. y Prof. en Ciencias de la Educación (UBA).
Asesoría Pedagógica, Instituto Universitario del Hospital Italiano.*

María Laura Eder

Departamento de Educación, Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Introducción

¿Por qué los profesores universitarios, después de cursar varios años de “carrera docente”, siguen “dando clase” de la misma manera que antes de iniciar su formación? ¿Cuáles son las estrategias o enfoques que permiten trascender las “clases” de la carrera docente para

impactar en las propuestas que llevan adelante los profesores formados? ¿Cómo promover cambios en los cuales los docentes en ejercicio se sientan comprometidos? A lo largo del presente artículo describimos el abordaje que hemos implementado para resolver estas cuestiones.

Resumen

Desde la Asesoría Pedagógica del Instituto Universitario del Hospital Italiano se plantea la necesidad de desarrollar procesos formativos sobre las prácticas docentes que impulsen cambios en las propuestas habituales de enseñanza. Los docentes “en formación”, que participan de la asesoría en el marco del Programa de Formación Docente, en su mayoría cuentan con una trayectoria en el ejercicio de la enseñanza. Es por eso que se pretende que recuperen sus experiencias y al mismo tiempo realicen un análisis crítico en pos de mejorar las tareas que llevan adelante.

En este trabajo revisamos, e incluimos la perspectiva de quienes han sido formados bajo esta modalidad, los principios que sostienen el enfoque de la asesoría pedagógica: la relación dialéctica entre teoría y práctica, reflexión sobre la acción, y las redefiniciones en las intervenciones en pos de mantener y revisar sus propósitos formativos.

Palabras Claves: Formación docente - Práctica docente - Asesoría pedagógica – Relación teoría práctica.

TEACHER EDUCATION IN HEALTH SCIENCES: FROM PRESCRIBING TO FORM

Summary

From the Pedagogical Advisory of Italian Hospital's University Institute is a need to develop training processes regarding teaching practices that promote changes in regular teaching proposals. Teachers “in training”, involved in counseling under the Teacher Education Program, in most cases have a career in the practice of teaching. That's why it is intended to recover their experiences and, at the same time, conduct them to a critical analysis towards improving their daily work.

In this paper we review, and consider the perspective of those who have been trained under this system, the principles supporting the pedagogical counseling approach: the dialectical relationship between theory and practice, the reflection on action, and interventions redefinitions towards maintaining and reviewing its educational purposes.

Key-words: Teacher training - Teaching practice - Pedagogical advice - Theory practice relationship.

En numerosas universidades argentinas hay una variada oferta de cursos, carreras y programas destinados a la formación de sus docentes. Éstos se basan en la necesidad de brindarle una formación pedagógica inicial, incluso a profesores que tienen antigüedad al frente de las aulas del nivel superior. Esta aparente paradoja (formación inicial / trayectoria docente) se debe en parte a que la mayoría de los docentes acceden a sus cargos basados en su dominio conceptual de los contenidos de las asignaturas y/o por su experiencia profesional vinculada a la misma. Por otra parte, existen investigaciones que dan cuenta del bajo impacto que la formación docente tiene en la práctica de la enseñanza, a diferencia del peso de la biografía escolar y la socialización profesional (1, 2, 3). En los foros académicos donde se estudia esta problemática, se señala que la vinculación (o la falta de ella) entre la formación y las prácticas de enseñanza suele ser una factor vital pero ausente en las propuestas formativas.

En el marco de nuestra tarea como asesoras pedagógicas del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (en adelante IUHIBA), buscamos respuestas a las problemáticas planteadas. Lo hacemos bajo el supuesto que la formación docente, de quienes ya están desarrollando la tarea de enseñar, requiere centralmente la reflexión sobre la propia práctica para enriquecerla, comprenderla y modificarla. Esto supone la consideración de tres cuestiones que creemos claves y entrelazadas entre sí: priorizamos el acompañamiento de las tareas de enseñanza que los docentes llevan adelante, promovemos espacios de reflexión que permitan revisar la práctica y, consecuentemente, propiciamos la generación de propuestas de mejoramiento. Como en todo proceso formativo es necesario que sus protagonistas se involucren, reconozcan la complejidad del mismo, su necesidad, que enfrenten los “miedos” y la comodidad que supone “lo conocido y probado” de la experiencia acumulada, que construyan instrumentos de análisis que permitan problematizar la práctica, que sean capaces de “soportar” la incertidumbre que esto genera y desarrollen propuestas de acción que puedan sostenerse a pesar de las posibles (y casi seguras) frustraciones que implica una nueva estrategia de enseñanza, con estudiantes que tampoco suelen conocerla y aceptarla... Encarar la tarea de ayudar a los docentes a iniciar este proceso, es sin dudas un desafío para los formadores que, en el nivel universitario, solemos trabajar con profesionales para quienes la docencia es un “agregado” a sus tareas.

Esto nos ha llevado a plantearnos qué tipo de formación es la que puede promover mejores prácticas y a proponer un modo de llevarla adelante que continuamente revisamos. Como principal estrategia de intervención

hemos desarrollado el Programa de Formación Docente en Ciencias de la Salud. En siete años de trabajo en dicho programa, pudimos reconocer problemáticas específicas vinculadas con la enseñanza de Ciencias de la Salud y el “impacto” y la potencialidad que tiene la formación. Esta instancia se entrelaza con otras propias de la asesoría pedagógica: observación y análisis compartido de clases, reuniones de planificación o evaluación, entre otras. Trabajar en estas líneas en forma complementaria, nos permitió implementar y reconocer cambios en las prácticas de enseñanza y la organización curricular.

Presentamos en este artículo la experiencia de formación sistemática y trabajo personalizado de acompañamiento docente a través del Programa de Formación Docente en Ciencias de la Salud (o Carrera Docente) del IUHIBA, y consideramos la perspectiva de sus participantes, que evidencian los cambios producidos a partir de la reflexión sobre la práctica con herramientas conceptuales enriquecedoras de la mirada, y nuestros interrogantes sobre el valor de ciertas intervenciones desde la asesoría pedagógica.

El programa de formación docente del IUHIBA

Cuando iniciamos el diseño del *Programa de Formación en Docencia Universitaria* (o carrera docente) del IUHIBA¹. Decidimos organizar el Programa en torno de dos ejes fundamentales:

- Ciertos núcleos sistemáticos y comunes a todos aquellos docentes que se inscriben al Programa de Formación, organizados como Cursos o Módulos².

- Créditos que dan cuenta de los recorridos personales e institucionales y se adaptan a las necesidades de un modo más personalizado (es decir, se reconoce la experiencia que ya traen los docentes en formación).

Con relación al segundo de los ejes, los docentes en formación seleccionan las prácticas que realizan como parte de su actividad habitual y reflexionan sobre las mismas en forma individual, en sesiones de tutoría con integrantes del equipo responsable de la carrera docente y en espacios de taller con sus compañeros. Como resultado del proceso, recopilan seis folios (o entradas), entre los que deben incluir al menos uno referido a cada una de las siguientes cuestiones:

- Confección, revisión, adaptación, análisis de su puesta en acción, del programa de la asignatura o curso en el que se desempeña.

- Diseño de estrategias de enseñanza y análisis de las clases que están a su cargo.

- Evaluación de los aprendizajes: diseño, confección, análisis de instrumentos de evaluación de los aprendizajes.

Además, al finalizar la compilación, los docentes en

¹ En el mes de noviembre de 2006, el Consejo Académico del IU, aprobó el comienzo del Programa de Formación en Docencia Universitaria (carrera docente) para el año 2007. Dicha formación es responsabilidad de la Asesoría Pedagógica (ahora Departamento de Educación) y obligación a cumplir por los docentes del Instituto.

² Los núcleos de contenidos considerados fundamentales para la formación docente universitaria, fueron organizados en 7 módulos, 5 de los cuales están a nuestro cargo y los dos restantes de docentes invitados: Fundamentos de la Práctica Docente: 30 hs.; Aprendizaje y Pensamiento: 50 hs.; Estrategias de Enseñanza y el rol de las nuevas tecnologías: 50 hs.; Educación Superior y Sociedad: 20 hs.; Los contenidos de la enseñanza: 50 hs.; Enseñanza clínica: 50 hs.; Evaluación de los aprendizajes: 50 hs.

formación confeccionan una introducción que da sentido a la colección que se presenta. De este modo, los espacios de tutoría, para acompañar la reflexión sobre estas prácticas, se generan en forma flexible a solicitud de los participantes y los procesos de revisión y reescritura son parte de la propuesta general de trabajo, tanto sobre aspectos conceptuales como discursivos.

Como planteáramos en anteriores trabajos (4, 5) en lo que respecta a la estrategia general de la Carrera Docente, ésta se apoya, básicamente, en tres pilares:

- La recuperación de los saberes previos y las creencias acerca del enseñar y el aprender que nuestros alumnos-docentes han construido en su paso por los diferentes niveles del sistema educativo y en la experiencia docente que han desarrollado. Esto resulta fundamental si tenemos en cuenta que, como plantea Hargreaves *“Las situaciones de incertidumbre y ansiedad llevan a los docentes a basarse en sus propias experiencias antecedentes como alumnos para configurar sus propios estilos y estrategias de enseñanza”*. (6:192)

- La problematización de la práctica, intentando dar cuenta de su complejidad y de las múltiples perspectivas desde la que puede abordarse.

- La “producción” de alternativas a lo que habitualmente hacen, fundamentadas teóricamente.

En líneas generales, esta propuesta nos hace “dar la palabra” a los docentes, lo que por cierto genera “dificultades” en ambas partes:

- En ellos como alumnos, que esperan que les digamos, lo más clara y sintéticamente posible, qué y cómo deben enseñar.

- En nosotras (que también fuimos formadas en “escuchar y aplicar”), para desarrollar propuestas que favorezcan la construcción de un conocimiento generador y no la reproducción acrítica de una serie de estrategias.

En palabras de Perrenoud (2004): *“Ceder la palabra a los enseñantes en formación continua es una empresa de alto riesgo en otro sentido: éstos muestran los estados de ánimo y los sufrimientos con los que el formador no sabe qué hacer; critican el sistema, los programas, la jerarquía, sus condiciones de trabajo y obligan así al formador a defender el sistema o a ser cómplice de la crítica; plantean problemas éticos e ideológicos insolubles; establecen relaciones sistemáticas con otras dimensiones de su práctica que llevan al formador a los límites de lo que conoce.”* (7:22)

Habilitar estos espacios, en el mismo sentido que se expresa en la cita, nos abre al juego de miradas mutuas y de observarnos a nosotros mismo. De revisar qué hacemos, lo qué hacen otros... pensar juntos y repensarnos. Creemos que así, abordamos centralmente la posibilidad de transformar prácticas enraizadas, problematizarlas e imaginar alternativas posibles.

Los pilares: relación teoría/práctica y reflexión sobre la acción

Pensar en la formación docente nos remite indefectiblemente a la relación entre teoría y práctica. La enseñanza es una práctica que se realiza, en muchos casos, sin una formación teórica vinculada a saberes pedagógicos (8). Sabemos también, que buenas teorías no tienen necesariamente derivaciones prácticas. Sin embargo, éstas son las que posibilitan la construcción de una mirada diferente, en este caso, acerca de la tarea de enseñar.

La formación de profesionales reflexivos (9) nos remite a la relación teoría y práctica desde otra perspectiva más: se aprende haciendo (10) y este hacer debe ser reflexivo. En la formación de los docentes, considerar esta perspectiva, implica, como nos recuerda Perrenoud (7):

- *“Una práctica reflexiva limitada al buen criterio y a la experiencia personal de cada uno no nos conducirá muy lejos.*

- *El practicante tiene necesidad de conocimientos, que no puede reinventar él solo.*

- *Su reflexión le aportará más poder si está anclada en una amplia cultura en ciencias humanas.”* (7:55)

Es fundamental, entonces, que la reflexión se realice con herramientas conceptuales, con teorías, que permitan ir más allá del sentido común ya que la reflexión por “sí sola” puede ser autoconfirmatoria. *“Según la crítica de la reflexión hecha recientemente por Barnett, no es posible alcanzar mediante la reflexión, tal como él la define, unos niveles elevados de crítica en los tres campos, y tiene razón. Para la reinterpretación del yo, la reinterpretación del mundo y la crítica transformadora del saber que recomienda, necesitamos un sistema de reflexión que permita estas formas de crítica.”* (11:104)

Ahora bien, este “sistema” que posibilite una profunda reflexión, estas herramientas teóricas con las que trabajamos, se van aprendiendo durante el desarrollo de la carrera docente, por lo que, parte de nuestro enfoque supone la enseñanza de las mismas junto con los modos de ponerlas en juego para realizar una reflexión crítica.

En este sentido, partimos de la premisa de la necesidad de promover teorías que sean conocimiento generador y no inerte (12). Nuestras propuestas formativas no pueden perder de vista esta problemática: las teorías son imprescindibles, pero no si se convierten en palabras vacías, en un tipo de conocimiento frágil que sólo sirve para “aprobar”³.

Se trata entonces de plantear estrategias formativas que pongan en evidencia los modos de pensar y las razones que subyacen a ciertos modos de “hacer” que son, en general, fruto de la biografía escolar, de los procesos de socialización profesional y de la cultura institucional, que no se han analizado ni problematizado y que se convierten en parte de la didáctica ordinaria o pseudoerudita (13).

³ Nos referimos a ciertas propuestas que enseñan y/o evalúan los conocimientos teóricos de manera independiente y aislada, sin contextualización o aplicación a situaciones que son las que debieran permitir comprender o modificar.

Podemos hoy reconocer (¡y aún reconocernos!) en concepciones y prácticas como formadores, vinculadas a la racionalidad técnica (9), a pesar de saber del valor y la necesidad de una práctica reflexiva. Ésta puede volverse una práctica “aplicacionista” si no avanzamos más allá de algunos clichés (o lemas pedagógicos o didáctica pseudoerudita?) que escuchamos hoy en día (y muchas veces decimos). Son “cristalizaciones” que requieren de un análisis crítico cuando realmente nos preocupa la formación de docentes que desarrollen “buenas prácticas” y puedan además comprenderlas y fundamentarlas.

Entonces, no se derivan las prácticas de la teoría, ya que si así fuera, bastaría con que nuestros alumnos aprendieran buenas teorías... Sí podemos afirmar que teoría y práctica están “imbricadas o interrelacionadas”. Pero... ¿A qué teoría nos referimos? ¿A qué práctica? ¿Qué quiere decir que están “imbricadas”? ¿Cómo, cuándo y por qué esto es o llega a ser así? Al decir de Wilfred Carr (1990): *“Concebida como un proceso de crítica ideológica, la relación entre la teoría y la práctica no es una relación de aplicar la teoría a la práctica; tampoco es un asunto de derivar la teoría de la práctica. Más bien, recobrando la autorreflexión como una categoría válida de saber, la aproximación crítica interpreta la teoría y la práctica como mutuamente constitutivas y dialécticamente relacionadas. La transición no es de teoría a práctica o de práctica a teoría, sino de irracionalidad a racionalidad, de ignorancia y hábito a saber y reflexión”* (14:84).

Nuestra preocupación no es sólo epistemológica, es también y fundamentalmente didáctica. ¿Cómo formamos docentes para los que la teoría sea una herramienta para pensar, cuestionar, replantear...? Como plantea J. Ogborn (15): *“Buena parte de las entidades científicas tienen que convertirse en instrumentos para pensar, aunque al principio sólo hayan sido conceptos sobre los que pensar. Tienen que convertirse en entidades que formen parte de las explicaciones, y no en cosas meramente explicadas. Por tanto, la construcción de entidades supone también la construcción de explicaciones futuras.”* (15:33)

Pues bien, tanto el trabajo en la carrera docente como nuestro acompañamiento como asesoras pedagógicas, lo desarrollamos desde este marco. Y en este camino hemos encontrado, a lo largo de los últimos años, que los docentes que transitaban la carrera docente, comenzaban a realizar cambios en sus prácticas...

La perspectiva de los participantes del programa

La mayoría de los participantes de la carrera docente han iniciado un proceso de búsqueda que supone la modificación y mejora de sus propuestas en diversos niveles de complejidad y que afectan aspectos diferentes. Así, en algunos casos, se trata de pequeños intentos y en otros, reestructuraciones completas de sus propuestas (ya sean cursos o asignaturas, e incluso cuestiones que afectan a carreras). Hay quienes han revisado sus estrategias de enseñanza, la modalidad de evaluación, la incorporación y diversificación de recursos, la gestión académica, los contenidos, etc.

Estos cambios han sido, en muchos casos, propiciados directamente por las consignas de actividades en las

clases o de los trabajos de evaluación de cada módulo. Pero también, y a partir de “animarse a probar”, han ido generando nuevas propuestas, procesos de búsqueda más independientes. Las “prácticas docentes tutoradas” (que se plasman en el Portfolio personal de cada alumno) también han constituido en un espacio que brindó buenas condiciones para la búsqueda y exploración de alternativas docentes.

Por último, es interesante señalar que, más allá de las condiciones formales de la presentación de trabajos y tutoría de las prácticas, los participantes del Programa de Formación han establecido redes de ayuda mutua entre sí, para pensar juntos o solicitarse colaboración de acuerdo a las fortalezas que ellos mismos detectaron en sus pares. Asimismo, es frecuente que se acerquen espontáneamente a contarnos sus intentos y nuevas preguntas, incluso luego de completar su proceso de formación. En este sentido, consideramos como una gran fortaleza al hecho de que el equipo de la Asesoría Pedagógica realice un trabajo “en pinza” ya que el mismo enfoque pedagógico se pone en juego en la propuesta sistemática de formación y en las intervenciones en otros espacios institucionales: reuniones con equipos docentes por asignaturas o ciclos, trabajo con los planes de estudio de las carreras, participación compartida en estructuras de gobierno y gestión del IU (departamentos, comisiones y comités).

A modo de ejemplo, queremos compartir aquí una breve descripción de algunas de estas propuestas de cambio que han sido diseñadas por participantes del Programa de Formación, las cuales, en muchos casos ya han sido implementadas.

Rotación de residentes de Pediatría por Neonatología: contenidos relevantes

Como parte del trabajo del módulo de “Contenidos de la Enseñanza” dos profesores del Servicio de Neonatología se propusieron revisar el programa de la rotación de los residentes de Pediatría del HIBA. Observaron que el programa hasta entonces era, en sus palabras, muy teórico y poco factible, que presentaba confusiones entre propósitos y objetivos, y que además querían replantearse cambios profundos sobre la selección y organización de los contenidos porque no respondía a las necesidades formativas de esos residentes. Diseñaron, entonces, un programa centrado en la actividad del estudiante. Para ello lo estructuraron a través de cuatro ejes conceptuales (recepción y examen físico del recién nacido; cambios adaptativos al nacimiento; recepción del recién nacido patológico y recién nacido patológico –prematurez, dificultades respiratorias y/o cianosis, patología quirúrgica, encefalopatía hipoxica isquémica-) previstos de abordarse en cuatro ámbitos de formación, con la especificidad que le otorga a cada contenido (sala de partos/recepción neonatal; sala de internación conjunta/recién nacido sano; consultorio de neonatología; sala de internación neonatal). Desde la perspectiva de estos docentes, el rediseño permite: *“...abordar los aspectos principales de la especialidad, haciendo un enfoque más profundo en los*

conceptos clave de cada área, de tal modo que se permita el desarrollo de una formación que refuerce conceptos, realizando actividades en diferentes ámbitos. (...) Elegimos entonces una secuencia espiralada de los contenidos, que permitan retomarse con mayor profundidad teórica, donde los conceptos o conocimientos aprendidos en una instancia anterior son revisados y reformulados de acuerdo al ámbito y con complejidad creciente."

Medicina Familiar: nuevos recursos, nuevas evaluaciones...

En esta materia, en relación a la evaluación, se replantearon las estrategias de la "evaluación formativa". Se propuso la construcción de un *blogportfolio grupal*. Al inicio de la cursada los alumnos deben crear en forma grupal, un blog en el cual harán entradas semanales (textos publicados en el weblog) referentes a las actividades en consultorio y las unidades docentes asistenciales (UDA). Este blog permite, tanto a los alumnos como al docente coordinador de la UDA, hacer comentarios sobre los trabajos subidos por los compañeros, volcar ideas y reflexiones surgidas en las discusiones grupales y colocar enlaces que sean pertinentes a los temas tratados. Cada semana el docente coordinador elige al menos dos entradas para discutir y reflexionar en la UDA. A partir de la experiencia, docentes y alumnos han valorado esta instancia por la posibilidad de reflejar el progreso del alumno a lo largo de la cursada y de reflexionar e introducir cambios a partir de las devoluciones recibidas, las discusiones grupales.

Nueva mirada sobre los escenarios de formación en servicio de farmacéuticos y dispensadores

El servicio de Farmacia del Hospital Italiano tiene a su cargo la formación de los dispensadores y de los farmacéuticos que se suman a la atención al público. En varios de los escritos producidos por aquellos farmacéuticos que participaron de la carrera docente, se señaló la oportunidad que tuvieron para formalizar, pensar los aspectos pedagógicos y sumar valor a instancias de formación que consideraban informales, y con un tenor imitativo. Es así como lograron conformar, por ejemplo, un programa que organiza los contenidos y la propuesta de formación de los dispensadores, o formalizar propuestas a través del diseño de estrategias de enseñanza y evaluación de los aprendizajes. Estos cambios se ilustran en las palabras de uno de los farmacéuticos alumnos de la cohorte 2011/2012 al referirse al trabajo con colegas noveles que se incorporan al servicio: "... cuando me convocaban a preparar una clase tomaba de modelo a las enseñanzas que he tenido en mi formación y que supuse que eran las adecuadas, y este pensamiento lo tuve hasta que me presentaron en la Carrera Docente otros modelos de enseñanza. Otra situación que se me presentaba es que las tutorías de nuevos farmacéuticos nunca las tomé como una enseñanza estructurada y pensaba que el farmacéutico aprendiz debía aprender mirando para luego repetir lo vivido.

De esto último puedo remarcar dos de los trabajos presentados para el portafolio: formación de farmacéuticos clíni-

cos y formación en entrevista farmacéutica a pacientes HIV/SIDA, porque representan mi labor diaria y el sitio donde dejo toda mi pasión de la profesión farmacéutica. El proceso de aprendizaje de la carrera me abrió el panorama de los puntos que debo trabajar en la enseñanza como ser en la planificación de la misma, determinar su contenido, realizar retroalimentación e interactuar con los alumnos, y diseñar una adecuada evaluación. A medida que leíamos la bibliografía en el curso y realizábamos los trabajos de los módulos, yo iba analizando y evaluando mi enseñanza a los farmacéuticos permitiéndome corregir muchos de los defectos que ella tenía. Esto me trajo una motivación intrínseca para la enseñanza en estas situaciones porque sentí una mejor respuesta de los alumnos".

Terapia intensiva: una propuesta de enseñanza y evaluación

Uno de los responsables de la formación de residentes en TI, comenzó a pensar en una nueva manera de enseñar en el Pase de sala. Esto surgió a raíz de la elaboración del portfolio en la carrera docente, en el que se planteó la posibilidad de utilizar esta misma "herramienta" para favorecer un aprendizaje más reflexivo. Comenzó entonces a proponerle a los residentes que, luego del Pase de sala, escribieran sobre distintos aspectos de su tarea: desde las emociones experimentadas durante la actividad, hasta las modificaciones que propondrían para mejorar la coordinación del Pase, incluyendo también las reflexiones sobre esta tarea y sobre su rol en ella. A partir de esta escritura, se siguieron los encuentros para conversar sobre ella y revisar, docente y alumno, las prácticas desarrolladas. Dice el docente en su propio Portfolio: "*Si bien, cuando planifique que el residente reflexione sobre su trabajo y que lo incluya en el portfolio, lo hice pensando solo en una propuesta para el alumno, este tipo de actividad me permitió pensar en mi propia tarea como conductor y como docente. Una vez más me queda claro que el aprendizaje es enriquecedor para ambas partes.*"

Los ejemplos cumplen aquí la función de ilustrar las ideas planteadas por lo que hemos seleccionados tan sólo algunos. Asimismo, en este artículo no es posible recorrer la totalidad de las propuestas de cambios iniciadas. Pero vale la pena, al menos, hacer mención de algunas más, para dar cuenta del movimiento que se ha comenzado a gestar. En la materia Fisiología, materia crítica de los primeros años de la Carrera de Medicina, se ha iniciado la revisión de las estrategias de enseñanza en algunas de sus rotaciones. Las nuevas propuestas indagan en actividades que ponen en juego y permiten analizar y reflexionar, así como vincular con el mundo circundante, los mecanismos y procesos fisiológicos de corte más abstracto. La asignatura Pediatría, de los últimos años de la Carrera, ha revisado en profundidad el Programa. Esto ha traído varios cambios, como por ejemplo: desarrollo de sesiones semanales integradoras, nueva selección y secuenciación de los contenidos enfocando en temas generadores, revisión de las estrategias de gestión docente y redefinición del equipo a cargo de la cursada, rediseño de las estrategias de evaluación. En la materia Bioquímica (2º año de la Carrera), tradicionalmente a cargo de

Bioquímicos y Médicos, han revisado la organización de contenidos, de modo de privilegiar el correlato médico de los conceptos bioquímicos. Asimismo, y en el nivel del posgrado (ya sea cursos de actualización profesional como carreras de especialistas) muchos de los participantes han comenzado a explorar estrategias de taller o de utilización de casos en forma complementaria a las conferencias magistrales y también a explorar propuestas alternativas de evaluación como el portfolio.

Conclusiones

Los “resultados” obtenidos luego de siete años de trabajo en esta línea, nos animan a seguir generando espacios de formación pedagógica y de reflexión sobre la práctica que atraviesen la propuesta de la *Carrera Docente* según los pilares mencionados: recuperación de saberes y creencias, problematización de la práctica y producción de alternativas.

Consideramos también que otra cuestión interesante a pensar es, como mencionamos al comienzo, la articulación de la propuesta formativa de la Carrera con el trabajo de asesoramiento pedagógico en distintos nive-

les institucionales. Cabe mencionar que en los últimos años se han ido generando otros espacios de formación docente desde el IUHI (programa de formación docente continua, ateneos pedagógicos, curso superior de un año, jornadas y talleres) que buscan ofrecer otras instancias formativas en modalidades más flexibles respecto del tiempo de dedicación y los contenidos abordados. También en estos casos, estamos atentas a facilitar la articulación de las distintas estrategias y buscamos mantener el mismo enfoque de trabajo de modo de potenciar el impacto en los procesos de reflexión docente para la mejora de las prácticas.

Existen también muchos aspectos que nos cuestionan y sobre los que debemos construir explicaciones y propuestas alternativas. Es por esto que, nosotras como formadoras, también procuramos generar(nos) espacios para revisar nuestras prácticas docentes, casi en un “espejo” respecto de lo planteado previamente, éstos se desarrollan a través de las reuniones de equipo, de la reflexión permanente sobre lo hecho y de los procesos de escritura en los que compartimos y comunicamos nuestra experiencia ■

Referencias bibliográficas

- Alliaud A. El maestro que aprende. *Novedades Educativas Ensayos y Experiencias* 1998, 23.
- Davini M. C. *La formación docente en cuestión: política y pedagogía*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Terhart E. Formas de saber pedagógico y acción educativa o ¿qué es lo que forma en la formación del profesorado? *Revista de Educación*. Madrid: MEC, 1987.
- Eder M.L., Schwartzman G. “El asesor pedagógico en la universidad. La capacitación docente en Ciencias de la Salud. Y Formación docente en Ciencias de la salud: formar o recetar”. En *II Jornadas Nacionales y I Latinoamericanas de Pedagogía Universitaria*. UNSanM. Bs. As. 6 y 7 de septiembre de 2007.
- Eder ML, Schwartzman G. “La Asesoría pedagógica. Una experiencia de formación docente en Ciencias de la Salud”. En *Primer Encuentro Nacional de Prácticas de Asesorías Pedagógicas Universitarias*. UNR. 26 y 27 de junio de 2008.
- Hargreaves A. *Profesorado, cultura y posmodernidad*. Madrid: Morata, 1996.
- Perrenoud P. *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Graó, 2004.
- Contreras Domingo J. *Enseñanza, curriculum y profesorado. Introducción crítica a la didáctica*. Madrid: Akal, 1990.
- Schön D. *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós/MEC, 1992.
- Bransford J, Vye N. “Una perspectiva sobre la investigación cognitiva y sus implicancias para la enseñanza”. En: Resnick, Lauren B., Klopfer E. (Comps). *Curriculum y cognición*. Buenos Aires: Aique, 1996.
- Brockbank A., McGill I. *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata, 2002.
- Perkins D. *La escuela inteligente. Del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Gedisa: España, 1995.
- Camilloni A, Cols E, Basabe L, Feeney S. *El saber didáctico*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Carr W. *Hacia una ciencia crítica de la educación*. Barcelona: Laertes. 1990.
- Ogborn J, Kress G, Martins I, McGillicuddy K. *Formas de explicar: La enseñanza de las ciencias en la escuela secundaria*. Madrid: Santillana/Aula XXI, 1998.

El cine como dispositivo de enseñanza de lo complejo en Salud Mental

Adriana Delego

*Lic. en Psicopedagogía.
Especialista en Evaluación Psicológica y Neuropsicológica.
Integrante del Capítulo "Cine, Salud Mental y Educación", Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).*

R. Hugo Carroll

*Especialista en Psiquiatría.
Subdirector de la Carrera Metropolitana ISFP APSA.
Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana ISFP APSA.
Presidente del Capítulo "Cine, Salud Mental y Educación", Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: hugocarroll@fibertel.com.ar*

*Dímelo y lo olvidaré,
enséñame y lo recordaré,
implicame y lo entenderé,
apártate y actuaré.*

Proverbio chino

Resumen

El presente artículo postula la utilización del Cine como dispositivo para un abordaje complejo de la enseñanza de clínica psiquiátrica y psicopatología en Salud Mental. Para ello propone una mirada diferente que pretende el abordaje tanto de las estructuras conceptuales sobre Psicopatología, como de la complejidad en juego, a la vez que elige al Cine como forma poderosa de recreación empática. A partir del análisis de trabajos de varios pensadores, se presentan aquí los fundamentos teóricos que sostienen esta modalidad, en los aspectos filosóficos, cognitivos, pedagógico- didácticos y sus consecuencias en la enseñanza en Salud Mental, tarea que implica abordar la evolución histórica de la representación de subjetividad en la ficción. Se posibilita así una nueva lectura para los trabajadores de la salud, en tanto sujetos de aprendizaje continuo, sobre las interrelaciones en juego que subyacen a toda problemática psíquica.

Palabras claves: Cine - Salud Mental - Complejidad - Cognición - Enseñanza.

THE CINEMA AS A DEVICE FOR TEACHING COMPLEXITY IN MENTAL HEALTH

Summary

This article proposes the use of Cinema as an instrument for a complex approach to Teaching in the field of Clinical Psychiatry and Psychopathology in Mental Health. With this aim, intends a different look that pretends the approach not only to the conceptual structures on Psychopathology, but also to the complexity involved, choosing Cinema as a powerful way of "empathic recreation".

Based on previous work by several authors, the theoretical framework that supports this modality is presented in the philosophical, cognitive, pedagogical-didactic aspects and their consequences into teaching within Mental Health. This task also implies addressing the historical evolution of the representation of subjectivity in fiction. In this way, a new perspective to those working in the field of mental health, as subjects involved in continuous learning processes, is presented. This perspective emphasizes the interactions underlying psychic problematical.

Key words: Cinema - Mental Health - Complexity - Cognition - Teaching.

Intrducción

La enseñanza en el nivel superior, se encuentra hoy en un proceso de transformación y búsqueda de nuevo sentido del conocimiento, urgida por la realidad social y la demanda de calidad; dando paso a un espacio más abierto y más flexible -y no por ello menos riguroso- que prepare personal y profesionalmente para la vida a la vez que intente dar respuesta a los problemas de la sociedad actual.

Los procesos de cambio que afectan a la sociedad en general y a la educación en particular, la globalización económica, la socialización de la información y del conocimiento, la progresiva introducción de los paradigmas ecosistémicos en las ciencias- impulsados por autores como Maturana, Varela, Prigogine, Morin- nos llevan a pensar en que la creatividad debe tener un lugar destacado en este proceso de transformación (17).

Por esto resulta pertinente referirse a estos recursos, dado que el propósito de este trabajo es introducir a la posibilidad de un abordaje complejo de la práctica docente para la enseñanza de clínica psiquiátrica y psicopatología en salud mental. Apelamos a la articulación entre salud mental y cine para construir un abordaje diferente que intente dar cuenta tanto de las estructuras conceptuales sobre psicopatología, como de la complejidad en juego, a la vez que elegimos al cine como forma poderosa de recreación empática. Tomamos para ello aportes de la Psiquiatría, la Filosofía, la Psicología cognitiva, la Bioética aplicada y de la Didáctica. Entendemos que la forma de abordar esta tarea, es desde un trabajo de interdisciplina. Consideramos necesario, en tanto docentes de una institución formativa, reconocer las múltiples facetas que el cine nos proporciona como educadores, permitiendo una lectura poliédrica de núcleos significativos acordes a nuestra praxis.

Sobre complejidad y cine

Al interior de este campo, el de la enseñanza en salud mental, compartimos una mirada que entiende la salud y la enfermedad como sistemas complejos, difícilmente descomponibles, en donde se inscribe nuestra práctica (10). Mirada que, desde el Paradigma de la Complejidad, hará oposición dialéctica a modelos de pensamiento que creen más en la posibilidad de simplificar sus objetos de estudio, reduciendo muchos fenómenos a algunas fórmulas o leyes esenciales; cayendo así en la "trampa" de creer que la esencia de ese objeto es simplificable, sintetizable y reductible. Creemos que "Lo simple no existe, existe lo simplificado" (1).

El pensamiento científico profundo es el que siempre corre el límite; en cuanto vio que se instalaba en un saber, va a mirar en la oscuridad, en su no-saber, va a dirigir allí nuevas preguntas. La pregunta abarca más que la respuesta, la respuesta es el escalón para llegar a la pregunta siguiente (14).

Desde el paradigma de la complejidad, se hará hincapié en que el objeto en general, y en nuestro caso, el fenómeno humano en particular, nunca será simple, y

tampoco desarticulable de la relación sujeto-objeto- contexto. La red sería un nuevo objeto, es decir, el objeto no tendría un modo absoluto de ser ni la característica de aislable sino que, al contrario, estaría formando parte de otras redes, imbricadas entre sí. Se trata de un mundo no homogéneo, donde lo diferente se cita, converge, antagoniza, difiere, y se complementa. Acorde a este posicionamiento, se intenta, no aislar objetos, sino abordarlos a partir de redes objeto-contexto (9).

Proponemos como método más acorde para atrapar y comprender esta complejidad, la reflexión acerca de los sistemas complejos como áreas de construcción conjunta del conocimiento, utilizando como recurso el análisis de películas. Elegimos destacar el papel del cine como nuevo escenario, favorecedor de la comprensión en Educación.

Desde sus inicios, el cine ha desplegado las grandes problemáticas psicológicas y éticas de la existencia humana. De allí que pensadores de la talla de Jorge Luis Borges, Gilles Deleuze, Jacques Lacan, Alain Badiou, Slavoj Žižek, Italo Calvino y Giorgio Agamben, entre otros, se hayan ocupado de su potencia de pensamiento (13).

El mundo de hoy lucha contra el efecto global que lo condenaría a lo uniforme; esa lucha se libra en el arte contemporáneo: una película de cine es una singularidad operatoria, ella misma captada en el proceso masivo de una configuración de arte. Es imposible pensar el cine fuera de una especie de espacio general donde aprehender su conexión con las otras artes. Las implica, opera sobre ellas y a partir de ellas por un movimiento que las sustrae de ellas mismas (2).

En términos de Badiou, es su más-uno. Su fuerza de arte contemporáneo consiste en generar la duda de toda idea en el tiempo de un pasar, el tiempo del celuloide.

Hay una manera de pensar el cine a propósito de que permite prever o fijar una idea, una representación, una mirada del mundo. El cine por la posibilidad que le es propia -gracias a la captura y al montaje- de amalgamar las otras artes sin presentarlas puede y organiza ese pasaje. Podemos sostener un hilo: mostrar como esa película nos hace viajar con esa idea.

Contra el olvido, Platón convoca el mito de una visión primera y de una reminiscencia. Hablar de cine es siempre hablar de una reminiscencia, es hablar sobre una idea y sobre qué advenimiento es capaz, capaz para nosotros. No tanto sobre lo que sabemos sino sobre lo que podemos saber. (3) Hablar de cine es hablar de los recursos de pensamiento posibles. O incluso: como a través del cine se abre camino a otras miradas. "Nada es más indispensable para el saber que aceptar el desafío que propone el mundo de las imágenes al saber" (7).

Complejidad, cognición y cine

Recientes aportes de la investigación en temas de la cognición humana han puesto de manifiesto que educar a través de la comprensión, no es tarea sencilla (Gardner, 1994; Perkins, 1995; Resnik, 1989; Wellman, 1995; Perner; 2004)(11). Utilizado como secuencia metodológico-didáctica, el cine permite diferentes formas de aproxi-

mación a diversos contenidos, de allí que tenga un lugar privilegiado como modalidad de acceso a la enseñanza entendida desde la perspectiva de la complejidad.

En *Of Mind and Other Matters*, Nelson Goodman (4) presenta una filosofía constructivista: es a la vez una filosofía de la ciencia, una filosofía del arte y de la cognición. Su tesis central, el constructivismo, sostiene que lo que nosotros llamamos el mundo es el producto de la mente humana cuyos procedimientos “construyen mundos”.

“La acción por la cual la mente construye realidades y mundos posibles, es un conjunto de actividades complejo y diverso, que implica una interacción de la mente con procesos representacionales y simbólicos. Esos mundos surgen a partir de otros mundos, creados por otros, a los cuales hemos tomado como dados en la matriz de la cultura. No actuamos sobre cierto tipo de realidad prístina independiente de nuestra mente” (4).

Estos postulados fueron centrales y tienen consecuencias prácticas en la manera en la que hoy pensamos un proyecto educacional, influyendo en la generación de estudiosos de los procesos cognitivos solidarios de los procesos creativos, nos remitimos específicamente a la Escuela de Harvard. El entorno educativo vigente, tiene sus orígenes en el Proyecto Cero para Graduados del Departamento de Educación de Harvard, que pone en duda que tanto la cognición como la ciencia puedan “actuar solas”, de manera aislada. Allí se comenzó a investigar la cognición junto a profesionales provenientes de otras disciplinas, sobre todo del arte.

El intento de Howard Gardner al caracterizar las múltiples modalidades por las cuales la inteligencia se expresa, tiene hondas raíces en la tradición goodmaniana (4); su afirmación fundamental es que la mente se especializa a través de formas verbales, matemáticas o espaciales de formación de mundos, basándose en medios simbólicos proporcionados por la cultura. Nos encontramos así en condiciones de abordar tanto la realidad creada por la ciencia, como por las artes; particularmente por el cine.

El cine, se nos presenta como una experiencia vívida de lo humano. Como metáfora y como construcción que vehiculiza lo indecible; constituyéndose así en “vía regia” para el planteo de complejidades.

El cine, como disciplina artística es reconocido como herramienta valiosa en la educación de pre y postgrado en Salud Mental. Desde su origen ha reflejado modos de percibir la psicopatología según condicionamientos culturales, históricos y sociales. La trascendencia de la imagen en la comunicación actual, implica rescatar aportes valiosos en la formación y prevención en Salud Mental y a la vez advertir sobre distorsiones en la imagen de terapeutas, terapias y patologías que puedan generar actitudes o expectativas inadecuadas.

Aspectos metodológico-didácticos

El universo de ficción se encuentra pleno de relatos acerca de distintas situaciones que, narradas en forma poética, cobran vida en cada nueva lectura.

Se evidencia, sin embargo, un marcado contraste en relación al modo de presentar cuestiones de Salud Mental,

ya que a pesar de que la especificidad de este campo académico es su posibilidad de comprender y otorgarle sentido a los relatos sobre enfermedades, actualmente se encuentra dominado por narrativas de tipo altamente antipoético, las llamadas “historias breves de la vida real”.

Al respecto, Solbakk (15) realiza una crítica a las llamadas “historias de casos” en la enseñanza de la Medicina y la Bioética contemporánea. “En primer lugar, son breves y se supone, permiten ahorrar tiempo; en segundo lugar, se dice, son *directas* y los dilemas involucrados emergen con facilidad; y finalmente, se supone que son muy *accesibles*, ya que permiten la rápida comprensión y entendimiento entre los estudiantes.”

A esto presenta algunas objeciones, y sobre todo una consideración alternativa. “En primer lugar, estas historias suelen ser difundidas en su forma más *anémica*, esto es, nunca otorgan una visión “completa” de lo que en realidad sucedió, ya que sólo constituyen versiones condensadas del evento original. Este rasgo tiene como consecuencia que el universo de la historia original también corra el riesgo de ser reducido respecto de su dimensión primigenia. La posibilidad de elegir termina reducida a opciones prácticamente cerradas” (15).

Su crítica al uso dominante de las historias médicas cortas, radica en que están atrapadas en la lógica de la lógica y reducen la resolución de problemas a ecuaciones más o menos formalizadas. Es por esa razón que propone otra modalidad de narración, diferente a la de los “casos médicos”; apelando para ello a la producción artística, sobre todo al ejercicio con películas y libros como manera contemporánea de enseñanza de la Ética, a modo de las tragedias griegas (15).

Esta aproximación a la singularidad en situación se encuentra facilitada por el Cine. Al decir de Michel Fariña (2009) “el Cine ha desplegado las grandes problemáticas psicológicas y éticas de la existencia humana, y no sólo las reproduce sino que además nos permite revivirlas como experiencia estética”(13).

Al respecto, un principio fundamental de la cognición es que el aprendizaje requiere conocimientos. La propia investigación cognitiva nos alerta que el conocimiento no puede proporcionarse a los alumnos de manera “*única y directa*”. Por esto en función de profundizar la comprensión clínica, coincidimos con el planteo de Solbakk, por sobre el uso exclusivo y dominante de las denominadas “historias médicas cortas” o “viñetas clínicas”; sí las consideramos absolutamente necesarias, coexistiendo junto a otras estrategias pedagógico-didácticas. Del mismo modo, creemos que ninguna metodología didáctica única -incluso la enseñanza basada en el análisis de películas, que aquí presentamos- pueda por sí misma, constituirse en modalidad suficiente y única, para la formación profesional.

Cine formativo, aspectos filosóficos

La aproximación vivencial que permite el cine ha sido descrita por diversos pensadores: Cabrera, Badiou, Zizek, Metz, entre otros (6). “La operación de la percepción cinematográfica”, sostiene Metz, “se halla signada por

una fuerte impresión de realidad, (lo cual marca diferencia del teatro y de la ópera), fundada paradójicamente en la ausencia real del objeto y en la presencia de su sombra, que sin embargo, se constituyen como suficientemente indicativos del objeto al que suplen. Esta impresión de realidad, “desencadena “un proceso a la vez perceptivo y afectivo de participación” (12).

Para Metz, el cine es un hecho y por lo tanto “plantea problemas a la psicología de la percepción y la inteligencia, a la estética teórica, a la sociología de los públicos y a la semiología en general. Una película proporciona el sentimiento de asistir a un espectáculo casi real y además crea un proceso perceptivo y afectivo de participación del espectador. Esto hace que el cine se convierta en un arte de masas debido a su facilidad con la que se “introduce” al espectador. El film, otorga así, una presencia y una proximidad que otras artes no dan (12).

Como su maestro Gilles Deleuze, Alain Badiou cree que el cine construye y recrea situaciones complejas. En la teoría de Badiou, el cine es un arte de masas porque es un arte de la imagen y esta puede fascinar a todo el mundo. En el fondo se trata de comprender la fascinación del cine desde la fascinación por la imagen. El cine es la perfección del arte de la identificación como ningún otro arte. Y es un arte de masas por esto. En el fondo tiene una capacidad infinita de identificación (6).

El cine es un analizador más implacable de lo que se cree, permite que se comprenda inmediatamente que las películas hablan de la humanidad, de manera profunda y decisiva. Lo que se llamaría la humanidad genérica, más allá de las diferencias (3).

“En un camino en que para develar las significaciones del mundo apelamos a la deconstrucción, posibilidad analizar y articular bajo el signo que permite captar mejor la singularidad, a la vez que despeja su enigmática promesa universal. El cine da testimonio de lo real y en tanto arte impone un interrogante, un movimiento del enigma”(2). Vemos en este interrogante, la intersección donde los postulados del pensamiento complejo y las miradas sobre cine, enseñanza y salud mental se entrecruzan, trazando una cruz, de centro excéntrico en un gráfico estrellado (16).

Cine formativo

Existen actualmente múltiples programas que se valen de películas para investigar temas complejos de nuestra práctica, para ilustrar capítulos conceptuales, o para tratar el padecimiento humano.

Las películas, o los fragmentos de ellas, seleccionadas por el docente para facilitar la comprensión de un concepto, para presentarlo en su complejidad, para favorecer el análisis crítico -al mostrar en ellos modos alternativos de abordaje o de pensamiento-, se convierten en “trozos de realidad” para ser llevados al aula. Son tipos de narrativas que construyen nuevas narrativas que se entrelazan con los contenidos que queremos enseñar a los alumnos.

No estamos simplemente abonando la idea de que la película ilustra un concepto que se presenta previamente,

o después. Estamos refiriéndonos a que la película en cuestión se transforma en un recurso para que los alumnos construyan el conocimiento.

¿Cómo se puede enseñar mejor? Según Bruner (5) el contraste y la confrontación, en términos de “explicaciones contrarias pero razonables” sobre el mismo hecho, favorecen la posibilidad de la comprensión profunda. Tanto el contraste como la confrontación conducen a la metacognición, forma de actividad mental en la que el objeto del pensamiento es el propio pensamiento. La metacognición como proceso colabora con el logro de la comprensión del conocimiento y de su construcción. La inclusión del cine en la enseñanza puede colaborar con estos procesos.

El cine es una respuesta posible al postulado narrativo bruneriano. “Es capaz de atraer a un mundo irreal, pero que estamos dispuestos a aceptar como verosímil, conecta con la emoción y los sentimientos, los miedos y los sueños más universales de las personas; lo mismo nos presenta lo más común que lo más extraordinario; nos permite reconocernos o transformarnos, adentrarnos en un proceso de identificación o de rechazo, analizarnos o soñar. Se vale de la imagen con la que consigue llegar a todas las personas, aunque de forma distinta: el mensaje se recibe diferente por parte de cada espectador, un mensaje que permite a cada cual individualizarlo y adaptarlo a sus características, necesidades y deseos.” (5)

El cine nos presenta a ese mundo construido, “artificial”, como tan posible, o tan semejante al que vivimos, que nos hace olvidar todo el artificio que encierra lo que estamos viendo en la pantalla. Para muchos teóricos, esta aparente paradoja de realidad e ilusión es la nota esencial del cine.

Así, acorde al planteo de Inés Dusell, “la cultura visual no es simplemente un repertorio de imágenes sino un conjunto de discursos visuales que construyen posiciones, y que están inscriptos en prácticas sociales, conformando un campo interdisciplinario que, en vez de tratar a las imágenes como símbolos iconográficos, las trata como acontecimientos, esto es, como los efectos de una red en las que operan los sujetos.”(8)

Se puede formular el siguiente principio: una película es contemporánea en la medida en que el material cuya depuración asegura, es identificable como perteneciente al arte de su tiempo. En ese sentido es arte de masas: reúne indicadores ideológicos de la época, es identificable con su entorno. (13)

Zeitgeist, es originalmente una expresión del idioma alemán que significa “el espíritu (*Geist*) del tiempo (*Zeit*)”, muestra el clima intelectual y cultural de una era. En la cultura de la imagen es importante destacar el peso de las tradiciones visuales y de las formas históricas en que nos hemos ido constituyendo en una comunidad de espectadores, de la misma forma que es importante hacerle lugar al análisis y la reflexión sobre los modos en que esa comunidad se está reconstituyendo hoy. “El cruce y rearticulación de temporalidades puede dar lugar a una transmisión que no sea planteada como repetición mecánica de una historia sino como el pasaje de una tradición que se renueva y se redefine con cada nueva gene-

ración, como un pasaje que combina tecnologías viejas y nuevas, como una acción que mantiene, finalmente, una escala humana.”(4)

En esa línea, la película debería reflejar las circunstancias y el contexto individual y social en que ocurren las cosas y ser un medio idóneo para describir la psicopatología también como experiencia individual y como fenómeno social, no sólo como un hecho biológico o una entidad nosológica abstracta.

Esto implica abordar la evolución histórica de la representación de subjetividad en la ficción, los acuerdos semióticos entre cine, literatura, psicoanálisis y otras

disciplinas y la consecuente evolución del espectador: la incorporación de la ficción como una de las formas de lectura de los mundos. Se posibilita así una nueva lectura sobre la responsabilidad social que involucra a diversos colectivos de trabajadores de la salud: Aprendiendo a ver cine en clave formativa y participativa.

Aclaración de conflictos de intereses

Los autores del presente trabajo no declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Bachelard G. *La formación del espíritu científico*. México: Editorial Siglo XXI, 1987.
2. Badiou A. *El cine como falso movimiento: Conferencia. Studio de Ursulines. Imágenes y palabras*. Buenos Aires: Manantial, 2005.
3. Badiou A. Sobre la situación actual del cine. *L'Art du Cinema*. N°16. París, 1997.
4. Bruner J. *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 1996.
5. Cappelletti G, Sabelli M, Tenutto M. ¿Se puede enseñar mejor? Acerca de la relación entre el cine y la enseñanza. Buenos Aires. *Rev Med Cine* 3 (2007): 87-91.
6. Carroll H, Córdoba J, Delego A. Violencia de género y dependencia emocional a la luz del cine. *Sinopsis*. APSA. Año 25. N°50. 2012.
7. Didi-Huberman G. *Ante el Tiempo. Historia del arte y anacronismo de las Imágenes*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora, 2005.
8. Dussel I. *Escuela y cultura de la imagen: los nuevos desafíos*. Buenos Aires: Nómadas, 2009.
9. Fiorini H. “Actualizaciones en psicoterapias psicoanalíticas”. En: *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica*. Madrid: Editorial Psimática, 1999.
10. García R. *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*, Barcelona: Gedisa. 2006.
11. Laudari D y Delego A. *Los procesos cognitivos como favorecedores de la comprensión*. Buenos Aires: PROFIDE. UNLZ. 1998.
12. Metz C. *Psicoanálisis y Cine. El significante imaginario*. Buenos Aires: Editorial Gustavo Gilli, 1979, en Meo G: *Cine y Filosofía: un encuentro fecundo*. Buenos Aires: EUDEBA. 2005.
13. Michel Fariña J y Omart E. “Los medios audiovisuales como 'vía regia' para el planteo de las complejidades éticas”. En *Pensando lo audiovisual en la investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. Método- Técnica y Teoría*.” Actas de Congreso Año 1. Volumen 1. 2009.
14. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2001.
15. Solbakk J. *Ética y responsabilidad: el pensamiento de la Grecia Clásica y sus lecciones sobre Bioética contemporánea*. Universidad de Oslo, Universidad de Bergen, Noruega - Buenos Aires: Aesthethica, 2011.
16. Trías E. *Lógica del límite*. Barcelona: Ensayos, 1991.
17. Torre S de la, V Violant V. Estrategias creativas en la enseñanza universitaria. En: http://www.ub.edu/sentipensar/estrategias_creativas_universitaria.pdf



Gregorio Bermann y la formación psiquiátrica

Juan Carlos Stagnaro

Datos biográficos: medicina, psiquiatría y compromiso político

Gregorio Bermann nació en Buenos Aires, en 1894, en el seno de una familia de inmigrantes judíos polacos. En su biografía intelectual no puede separarse su producción científica en el campo de la psiquiatría y la psicología, de su acción política. Se inspiró en el positivismo, el marxismo y otras corrientes de pensamiento como el determinismo, el psicoanálisis, el espiritualismo, etc.; conformando una concepción humanista del sujeto humano, sano y enfermo.

Su vida cabalgó en dos generaciones claves en la historia argentina del siglo XX. Una, constituida alrededor de la Reforma Universitaria en 1918, la otra, que tomó cuerpo en los años '60: ambas articularon la relación entre intelectuales y política alrededor de la tarea de transformar la sociedad emancipando a los sectores populares. El movimiento reformista universitario estalló en las postrimerías de la Primera Guerra Mundial. En nuestro país José Ingenieros, Alejandro Korn y otros intelectuales influyeron en el clima de ideas que se reflejaba en la *Revista de Filosofía* y en *Nosotros*, referentes del pensamiento de la llamada "joven generación"; en esas revistas Bermann escribió notas sobre la agitación estudiantil.

Durante la década del '20 ingresó en el Partido Socialista de Córdoba, junto con otros intelectuales como Deodoro Roca, Saúl Taborda, y Arturo y Raúl Orgaz.

Bermann se desempeñó como médico interno del Hospicio de las Mercedes, radicándose, en 1921, en

Córdoba, adonde asumió la titularidad de la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología.

En febrero de 1930, visitó a Freud en Viena. En 1932 fundó el "Instituto Neuropático" de Córdoba. Hacia fines de 1936, participó en la Guerra Civil española como jefe de la misión argentina de neuropsiquiatría y del servicio de neuropsiquiatría en el Hospital Militar N° 6 de Madrid, con el grado de "comandante médico" del ejército republicano.

En el mismo año fundó la emblemática revista *Psicoterapia*, que fue la primera revista en castellano que abundó en la publicación de temas de psicoanálisis.

Formó parte del grupo de médicos y sanitaristas que posteriormente fundarían la Organización Mundial de la Salud en 1946.

Entre 1951 y 1954, publicó en Córdoba la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Promovió la creación de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) y, en 1965, fue presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

La otra meca de sus viajes fue China adonde viajó a instancias de Bernardo Kordon, uno de sus viejos camaradas de militancia. En su libro *La salud mental en China* reivindica las transformaciones sociales y culturales impulsadas por la Revolución Cultural. En su intensa actividad militante como intelectual polemizó con el psicoanálisis y la política del Partido Comunista Argentino y desplegó una virulenta oposición al gobierno de Juan Domingo Perón.

Entre su producción bibliográfica cabe destacar: *El determinismo en la ciencia y en la vida* (1920), *Conceptos básicos en psiquiatría forense y en clínica criminológica* (1921), *Ética médica. Versión taquigráfica de conferencias magistrales* (1925), *Los menores desamparados y delincuentes en Córdoba* (1933), *Psicogénesis de la locura moral* (1934), *La neurosis en la guerra. Psicología. Psiquiatría. Psicoterapia. Psico-higiene del combatiente* (1941), *Nuestra psiquiatría* (1960), *Las psicoterapias y el psicoterapeuta* (1964), *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en Argentina*, (1965), *La salud mental en China*, (1970). Gregorio Bermann falleció en Córdoba en 1972.

La enseñanza de la psiquiatría

Hace más de cincuenta años, como relator en el simposio del Tema I del Primer Congreso Argentino de Psiquiatría, que sesionó del 4 al 8 de julio de 1956, Bermann fijó la orientación que debía tener la formación en psiquiatría de los médicos generales y de los especialistas en nuestro país. La enumeración de los tópicos y de la organización de la enseñanza a impartir que entrañaba ese programa -cuya propuesta se transcribe a continuación- se fue concretando hasta nuestros días con altos y bajos. Las interrupciones institucionales que sufrieron nuestras universidades debidas a los sucesivos golpes de Estado que jalaron la historia argentina, cuyos dos principales hitos fueron las dictaduras inicia-

das en 1966 y 1976, retardaron cruelmente los cambios necesarios.

En los últimos treinta años, se fueron creando mejores condiciones para acercarnos a sentar las bases de una formación más coherente y adecuada. Sin embargo, las políticas educativas y sanitarias de las administraciones del periodo democrático no siempre fueron favorables al desarrollo de la Salud Pública. Particularmente la aplicación de los principios de la economía neoliberal dañó profundamente a ese sector de nuestro aparato estatal y es mucho lo que queda por recuperar en ese sentido.

La enseñanza de la psiquiatría en los estudios de grado y postgrado de las Facultades de Medicina, ganó espacios en el diseño curricular, se desarrolló pedagógicamente, se normalizaron concursos universitarios cátedras y departamentos y se obtuvo en algunas instituciones -como ocurrió recientemente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires- su reconocimiento como "quinta rama clínica", junto a la medicina interna, la cirugía, la pediatría y la tocoginecología.

No obstante, queda mucho por hacer -en el plano de la investigación y de la actualización y la mejora curricular, así como en la modernización de la asistencia, la prevención y la rehabilitación, por ejemplo- pero, sorteando obstáculos organizativos, epistémicos e institucionales, la especialidad continúa, en la estela de la propuesta de Bermann, su tarea para instalar una formación integral de los médicos y los especialistas en psiquiatría ■

La enseñanza de la psiquiatría y la formación de los psiquiatras*

“Nada de lo que es humano, es ajeno a la Psiquiatría”.

American Psychiatric Association

“El cuadro clínico no es una foto de un enfermo en su lecho; es una impresionante pintura del paciente en su casa, trabajo, con sus relaciones y amigos, sus alegrías, penas, esperanzas y temores”.

Francis Peabody

PROPOSICIONES

1

Los grandes cambios operados en la psiquiatría de los últimos lustros, están principalmente condicionados: A) por la urgente necesidad de afrontar la creciente deterioración de la salud mental en las sociedades de tipo occidental¹ B) por el descubrimiento del paciente como un ser viviente y humano, como persona en un determinado ambiente y en un cierto período histórico; C) por la comprobación de que es una unidad funcional, una totalidad somático-anímica; D) por la demanda de una “salud positiva”, es decir, del bienestar, la fuerza y la alegría que derivan de una actividad normal, capaz tanto de enfrentar los problemas de adaptación, como de superarse en la creación, y no simplemente de la “salud pasiva”, o sea, de la ausencia de enfermedad.

2

Un largo y complejo proceso ha ubicado a la psiquiatría en un primer plano dentro de las ciencias y de la enseñanza médicas. Ha saltado de una especialidad, la más postergada tal vez, a comienzos del siglo, a ejercer una función que penetra toda la ciencia médica en cual-

quiera de sus especialidades. Esta transformación se ha puesto de manifiesto a través de la llamada antropopatología, psicoanálisis, patología funcional, medicina psicosomática, patología córticovisceral, medicina comprensiva, o de otras escuelas o tendencias. Como decíamos hace veinte años: “De golpe el psiquiatra de hoy se coloca así en el corazón mismo de nuestra época, en el centro de los más altos, complejos y angustiosos problemas que agitan al hombre contemporáneo”.² Tales comprobaciones enfrentan al psiquiatra y al médico en general con grandes y nuevas responsabilidades.

3

Tarea fundamental de la psiquiatría en nuestros días es integrarla en el cuerpo de la medicina. Cualesquiera sean sus peculiaridades, la psiquiatría es una rama de la medicina, y como tal, tiene que adoptar sus principios y métodos. Salvo que abandonen la vía científica, los especialistas responsables tienden universalmente a establecer una psiquiatría clínica, concreta, viviente, tan ajena a las abstracciones y a las disquisiciones especulativas como a las mitologías cerebrales. Esto no excluye la comprobación de que en las anchas fronteras que existen entre la psiquiatría y la medicina, haya una “tierra de nadie”; en la cual transcurre una buena parte del huma-

* Relato oficial al Tema I del Primer Congreso Argentino de Psiquiatría (Buenos Aires, 4 - 8 de julio de 1956). Publicado en Bermann G. *Nuestra psiquiatría*, Capítulo II. Buenos Aires: Paidós, 1960.

no vivir, zona que médicos y psiquiatras conjuntamente deben empeñarse en explorar y tratar (Terhune).

Si es invaluable el aporte que han hecho las ciencias médicas a la formación de la psiquiatría, este es el tiempo de valorar la contribución extraordinaria de los conocimientos psiquiátricos a la medicina.

4

La crisis mundial de estructura social y los cambios que se están produciendo en enfoques sustanciales de las doctrinas médicas, han provocado una nueva ubicación de la psiquiatría. Fenómeno capital en la medicina contemporánea y en su enseñanza, es que ya no puede limitarse a sus dos ramas clásicas, la clínica y la cirugía, con la anatomía, fisiología y patología. *Ha surgido una tercera, la psiquiatría*, que reclama crecientemente su lugar en el *currículum* de las ciencias médicas.

Que este hecho se haya reflejado en la enseñanza, no puede sorprender a nadie. Ya en 1951, de las cuarenta y nueve escuelas de medicina norteamericanas que contestaban a la encuesta de la Conferencia que comentaremos después, cuarenta y siete tenían departamentos independientes de psiquiatría, y treinta y seis de estas cuarenta y nueve escuelas, enseñaban psiquiatría en todos los cuatro años básicos de la carrera, empezando desde su ingreso a la Facultad.³ Este hecho subraya elocuentemente que la nueva medicina integral va incorporando a la psiquiatría como la tercer rama, la cual impregna con sus enseñanzas aspectos muy variados de la teoría y práctica de la medicina. El paciente como persona no es ya una cuestión que interesa solo a la psiquiatría, sino a toda la medicina.⁴

Desde ángulos diferentes confluyen hacia puntos de vista similares, las ciencias médicas de la Unión Soviética y de los Estados Unidos, los polos visiblemente opuestos, por tantos motivos, de la medicina contemporánea. De manera orgánica, la primera; por vías diferentes, tumultuosas y anárquicas la segunda.

El gran principio de la medicina rusa es que el hombre es una totalidad, que no tiene más que una sola naturaleza, que es una unidad funcional somatopsíquica.⁵ La relación de lo fisiológico y de lo psicológico, el borramiento de los presuntos límites de lo subjetivo con lo objetivo, era para Pavlov la tarea científica más importante de nuestros días.⁶ Al mismo tiempo, la fisiología pavloviana comprueba la interacción recíproca del organismo y su medio (los reflejos condicionados), que interpreta y explica la importancia fundamental de las condiciones ambientales, físicas y sociales, en la etiología y patogenia de las enfermedades, y tal vez más especialmente, en las neurosis y psicosis. La patología médica soviética está toda ella penetrada de esta ciencia nueva, la fisiología de la actividad nerviosa superior, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad.

5

De entre el abundante material norteamericano, nos parece particularmente significativo la Conferen-

cia Nacional de 1951, que citamos más arriba, sobre "Psiquiatría y Educación Médica", en que participaron activamente ochenta y nueve miembros médicos y no médicos, de disciplinas afines, altamente calificados, profesores de psiquiatría, decanos de facultades de medicina, representantes de la *American Psychiatric Association*.⁷

La Conferencia reconoce la urgente necesidad de la clarificación y sucinta formulación de los fundamentos científicos de la psiquiatría (pág. 130) y de conceptos científicos sobre la naturaleza humana, hasta hace poco descuidados por las ciencias médicas, o considerados más o menos exclusivamente en términos religiosos o filosóficos, expresados en la dañosa dicotomía tradicional (pág. 29). Por otra parte, el relato de Norman Cameron, sobre "Ecología Humana en el Entrenamiento de los Médicos", fue entusiastamente acogido.⁸ Afirmó la Conferencia que sin el conocimiento adecuado del *habitat* (ambiente, región) humano y de las características del organismo y del ambiente humano, el médico no está en condiciones hábiles para actuar en la sociedad norteamericana contemporánea.⁹ Paso por alto la riqueza de elementos, sobre todo prácticos, valiosos para nuestro objeto, que contiene este Symposium, para subrayar su *leit-motiv*, el advenimiento de una psiquiatría dinámica y de una biología científica.

Aun cuando aparenten ignorarse sistemáticamente, y apenas se mencionen, es notoria la confluencia –no decimos, la semejanza– de ambos puntos de vista hacia la concepción básica de considerar el organismo humano como una totalidad en un ambiente total, desde el ambiente cósmico hasta el social, en el espacio y en el tiempo. Dos principios fluyen, pues, de ambos campos: a) el hombre como totalidad orgánicoanímica; b) la unidad del hombre con su ambiente cósmico y social. En ambos países, focos antagónicos de la cultura y modo de vida dominantes en el mundo, se concede especialísima importancia al sistema nervioso superior o a la persona, según el lenguaje de cada uno de ellos, en la salud y en la enfermedad.¹⁰

6

Lo antedicho rige tanto para la formación de todos los médicos, como de la del especialista en psiquiatría, pero corresponde al objeto de este relato tratar separadamente:

1. La enseñanza de la psiquiatría en la carrera médica.
2. La formación del especialista psiquiatra.

7

En las Facultades de Medicina de la Argentina, la enseñanza de la psiquiatría ha quedado confinada entre el cúmulo de especialidades, al término de la carrera. Semejante estado de cosas tiende a modificarse radicalmente. Ya se dieron las razones por las cuales su enseñanza debería hacerse en todo el curso de la carrera, en sus diversos grados o escalones, tanto en las materias preclínicas como en las clínicas. En manera alguna

significa esto que ha de descuidarse como especialidad. Y a su vez con este aprendizaje, el médico, cualquiera sea la rama a que se dedique, ampliará su capacidad técnica en este dominio tan vasto y nuevo en muchos aspectos.

Aunque el tema es muy complejo, sería fácil trazar un programa o un esquema teórico del plan de estudios de la psiquiatría para los estudiantes de medicina, conforme al nuevo punto de vista. En su enseñanza han de superarse los caducos conceptos de las psicologías y psicopatologías tradicionales, basados más en abstracciones que en realidades clínicas, y aun de otras nuevas, rápidamente envejecidas, de las mitologías cerebrales, tan a gusto de nuestros médicos imbuidos de mecanicismo¹¹, de una biología unilateral, de antropologías y sociologías al uso. Debe impartirse una enseñanza, que partiendo de las abundantes y valiosas adquisiciones recientes y clásicas, tome en cuenta la complejísima realidad clínica y humana viviente (y no de texto o tratado) en sus diferentes aspectos.

No conviene fragmentar en exceso la enseñanza mediante la multiplicación de las cátedras, como sucede a veces. Es necesario evitar el enciclopedismo incontrolado, que tantos daños provocó en la enseñanza secundaria. No solo porque suele atiborrar con conocimientos, teorías y técnicas que el educando no podrá ni sabrá utilizar, que embarazan y obstruyen el saber verdadero y su aplicación, sino también por el tumulto reinante de tendencias, por orientaciones divergentes y aun contrapuestas de escuelas. Pues a veces, al escuchar debates sobre principios fundamentales en psiquiatría, parecen oírse los ecos de remotas reyertas filosóficas del Medioevo. Debe afirmarse, en cambio, la conveniencia de un Departamento de Psiquiatría dentro de las escuelas de Medicina, con unidad de dirección y pensamiento rector. Evitando las disquisiciones, la orientación debe ser eminentemente clínica, a través de trabajos prácticos en salas y dispensarios, de los estudios e investigaciones de laboratorio, de la auto y hetero-observación, de seminarios, mesas redondas y clases; que esté más con los enfermos que con doctrinas, teorías y nosologías. En un primer plano han de estar los datos observados, los hechos, las experiencias, y que el alumno vaya descubriendo las relaciones que hay entre los hechos, hasta plantearse y formularse el saber teórico que surja de lo que comprueba. Podrá coordinarse su enseñanza con las que se imparte en las facultades de humanidades y en otros institutos de enseñanza superior.

Junto a sus cualidades docentes, valores y calor humano y capacidad técnica, el profesor ha de estar al día en su ciencia y en las disciplinas conexas; al tanto de los vastos problemas de la nueva psiquiatría, de la que su disciplina no es más que una parte. Sabrá, en fin, que el médico ha de ir al encuentro de las necesidades humanas de la colectividad en que trabaja y se afana, consciente de los rápidos cambios sociales de los últimos tiempos, que influyen en el desarrollo y formación de la personalidad, intensificando las tensiones emocionales, conflictos y ansiedades de sus pacientes en un mundo inseguro.¹²

En vez de ofrecer un programa detallado, nos parece mejor señalar las etapas que podrían seguirse en su carrera. Naturalmente debe estar precedida de los conocimientos fundamentales de la *neurofisiología*.

Primera etapa: *Psicología médica*

Comprensión y conocimiento de la personalidad normal y patológica en la infancia, juventud, madurez y vejez. Fundamentos fisiológicos de la conducta. Relación médico-paciente.

Segunda etapa: *Semiología y Patología*

Los síntomas neuropsíquicos y psiquiátricos Historia clínica y métodos de examen. Enfermedad y condiciones de vida. Los factores emocionales en la clínica general. Fisiopatología de la conducta.

Tercera etapa: *Clínica y Terapéutica*

Clínica de Neurosis y Psicosis. Psicósomática. Psiquiatría Infantil. Tratamientos psiquiátricos y métodos psicoterapéuticos.

Higiene Mental y Sociopsiquiatría.

8

Si en los estudios de la carrera, la enseñanza de la psiquiatría se imparte para contribuir a la formación de todos los médicos, prácticos generales y especialistas de toda clase, el entrenamiento de los psiquiatras comporta naturalmente una profundización de aquellos conocimientos en los casos de neurosis, psicosis, psicopatías, oligofrenias, afecciones córticoviscerales, etc., así como a la prevención de dichos estados patológicos.

En la formación del psiquiatra podrían hacerse estudios específicos de clínica psiquiátrica en general, psicoterapia, psiquiatría infantil, de la adolescencia, de la senescencia, psiquiatría femenina, psiquiatría médico-legal, psicohigiene, sociopsiquiatría, administración de servicios psiquiátricos. Muy importante es la formación del personal auxiliar: enfermeros, asistentes sociales, especialistas en laborterapia, psicólogos, sociopsiquiatras.

No daremos un cuadro detallado del programa que conviene y de los planes de estudio concernientes. En la mayor parte de los países en los que hay cursos de especialización, al término de los cuales se obtiene el diploma de graduado, estos se imparten durante tres años de enseñanza teórica y práctica, y comprende una etapa de interno en un servicio oficial.¹³ En nuestro país los cursos de postgraduados para psiquiatría solo existen en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y duran dos años. Fueron creados a iniciativa del Consejero Dr. Osvaldo Loudet y sancionados por el Consejo Directivo en octubre de 1942.¹⁴

El *American Board of Psychiatry and Neurology* considera que los candidatos a examen en la especialidad deben tener una mínima experiencia de seis años en ambos campos, después de graduados, incluyendo tres años complementarios de internado en institutos, hospitales, etc., reconocidos por el Consejo de la *American Medical Association* y aprobados por dicho *Board*. No se ha de limitar por cierto a las conferencias magistrales; comprenderá el trabajo clínico en su sentido más amplio,

los prácticos, los seminarios, las reuniones del *staff*, las tareas de investigación, conforme a un plan cuidadosamente elaborado.¹⁵

En la Unión Soviética la formación de especialistas e investigadores está bajo el control de las Academias de Medicina. Los graduados en las escuelas médicas, o en otras altas instituciones educacionales, que han trabajado por lo menos tres años en el campo elegido, pueden ser admitidos en un instituto; al cabo de otros tres años el aspirante recibe el grado de candidato en Ciencias Médicas, y después de otros tres años de investigación independiente, el grado de doctor en Ciencias Médicas. El aspirante debe dominar la literatura de su especialidad, conocer dos idiomas extranjeros, realizar tareas docentes e investigaciones independientes. Su trabajo es revisado dos veces por año, por el Comité Administrativo del Instituto, que se llama Consejo Científico. Últimamente, se ha concedido a la Academia de Ciencias Médicas y a los miembros correspondientes, el derecho a recomendar sus estudiantes más promisorios como candidatos para los estudios de postgraduados. Esto hace posible que los hombres de ciencia desarrollen sus propias escuelas y fortalezcan su propia orientación científica.¹⁶

El axioma de la unión de la teoría y de la práctica, fuente del progreso científico, obliga a que, a la par de la enseñanza, se realice una extensión creciente de la investigación, sin la cual el médico se estanca en el empirismo vulgar o en la anquilosis académica.

9

Sería pueril conformarse con referencias a los planes de estudio y a la experimentación ajena, o a la formulación teórica de la formación de especialistas en psiquiatría, sin aludir a las condiciones reales y concretas de la especialidad en el país. Ante todo, corresponde subrayar la falta de responsabilidad en la provisión de las cátedras de psiquiatría, así como en los cargos psiquiátricos en instituciones públicas, hospitales, dispensarios, etc., sujetos particularmente durante el régimen depuesto en septiembre de 1955, al compadrazgo político y personal, con exclusión de los mejores valores. Por otra parte, los planes de estudio no han tomado debidamente en cuenta los grandes progresos ganados por la psiquiatría en los últimos tiempos; no encaran en toda su magnitud la realidad psiquiátrica nacional; se limitan principalmente a las psicosis; no establecen la debida coordinación con otros aspectos de la medicina; en los cursos de postgraduados no se concede la debida importancia a la psiquiatría. Señal de inmadurez es el confinamiento de la especialidad en un departamento estanco.

Contribuye bastante al malestar psiquiátrico la tendencia vigente en la asistencia psiquiátrica, de centrar el interés en el alienado crónico, mientras que todo lleva a la necesaria preocupación por las etapas precoces de los enfermos psiconeuróticos y psicóticos. Y por la indispensable atención a otros aspectos importantísimos de la salud mental de la colectividad, de la familia y del individuo, tanto en la prevención como en la asistencia.

Deficiencias tan serias explican la comprobación hecha por Mira y López acerca de la heterogeneidad de sus valores profesionales, de sus opiniones, de sus entusiasmos y de sus realizaciones, así como "el feroz" individualismo, la falta de espíritu de colaboración que los caracteriza. "El joven psiquiatra -continúa-, palpa ese ambiente de frustración y temor en que viven quienes deberían entusiasmarlo, y por ello, o se adapta a él, o procura volverle las espaldas y dedicarse al ejercicio de la práctica privada, más lucrativa y más cómoda. Casi siempre, cuando vuelve a interesarse por los problemas de organización psiquiátrica, lo hace ya con un criterio comercial, para organizar su propio sanatorio. ¡Y así se pierden, año tras año, innumerables posibilidades de progreso y de mejora colectiva de nuestra especialidad! No es, pues, por falta de conocimientos o por ausencia de comprensión, sino por déficit de coraje, de fe y devoción, por lo que muchos psiquiatras no se encuentran a la altura de la misión apostolar en Latino América".¹⁷

Con todo, es grato comprobar, pese a las enormes perturbaciones en la vida nacional y en especial de la enseñanza universitaria, el tumultuoso, aunque inorgánico desarrollo de la actividad psiquiátrica de los últimos lustros. Son tan poderosas las fuerzas de crecimiento que puján en el país, que si no han cuajado en una formación coherente, no pudieron detener el surgimiento de una nueva generación de psiquiatras, que ya no se cuentan por decenas, como hace 20 o 30 años, sino por centenares, entre los cuales se destacan tantos valores. Expresión de este progreso han sido las tres Jornadas Argentinas de Psiquiatría, que culminan ahora en este Primer Congreso Argentino de Psiquiatría.

Pueda servir este Congreso para encauzar a los psiquiatras argentinos por las vías del progreso mental, para servir mejor a su profesión, al país y a sus ciudadanos.

10

Las comprobaciones aquí antedichas, así como otras más que sería largo especificar, ponen en evidencia que:

1. La enorme significación adquirida por la psiquiatría en la vida contemporánea y en las ciencias médicas, lleva a considerarla como la tercera rama fundamental de la medicina, junto a la clínica y a la cirugía. Esto obliga a que su enseñanza se imparta desde el primer año en todo el curso de la carrera médica. Visto el atraso en que a este respecto se encuentra su enseñanza en la Argentina, convendría incluir, provisoriamente, la psicología médica entre las materias preclínicas, hasta tanto se incorpore orgánicamente la enseñanza de la psiquiatría en las diversas etapas del curriculum médico.

2. La formación de médicos especializados en psiquiatría debe realizarse en las Facultades de Medicina que ofrezcan las condiciones debidas, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, conforme a un plan que tome en cuenta los fundamentos señalados en las proposiciones I a VI, a desarrollarse en un mínimo de tres años.

3. La falta de responsabilidad en la provisión de las cátedras de psiquiatría, así como en los cargos psiquiá-

tricos en instituciones públicas, hospitales, dispensarios, etc., sujetos, particularmente durante el régimen depuesto, al compadrazgo político y personal con exclusión de los mejores valores, así como la falta de planes de estudio y de recursos adecuados, ha contribuido a graves deficiencias en la formación psiquiátrica de médicos y de especialistas.

4. Corresponde la implantación de concursos para la selección en la docencia, cargos en la administración psiquiátrica, personal especializado, etc., que tome seria y exclusivamente en cuenta la idoneidad de los concursantes.

5. Contribuiría a la buena formación de psiquiatras y a la asistencia en general, una adecuada reestructuración de la asistencia psiquiátrica y la instalación de servicios psiquiátricos en hospitales generales. Corresponde asimismo la preocupación por aspectos importantes de la salud mental de colectividades, familias e individuos, tanto desde el punto de vista asistencial eximo del profiláctico ■

Junio de 1956

¹ “Mientras ha mejorado en su salud física, en las sociedades de tipo occidental, ha empeorado su salud mental, hasta llegar a constituir la amenaza más grave a la salud pública y privada de nuestro tiempo”. G. Bermann: Desintegración social y deterioración mental. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, octubre de 1951, año 1 N°1.

² “Psicoterapia”. Programa, enero de 1936, año 1, N° 1.

³ Psychiatry and medical education, edited by the American Psychiatric Association, Washington, 1952. Report of the 1951 Conference on Psychiatric Education held at Cornell University, Ithaca, New York, June 21-27, 1951. Organized by the American Psychiatric Association and Association of American Medical Colleges. John Whitherhorn Chairman. Pág. 45.

⁴ Leo H. Barteimer. Progreso de la Psiquiatría y el uso de sus principios en la práctica diaria de la Medicina. *Rev. Oficial de la Asociación Médica Mundial*. Enero de 1955.

⁵ Con legítimo orgullo decía Pavlov que es mérito de la ciencia rusa el haber adquirido para las investigaciones fisiológicas “en lugar de un organismo fragmentado, el organismo animal indivisible y entero”.

⁶ Pavlov. *Ouvres choisies*, Moscú. Ediciones en Lenguas Extranjeras, págs. 428, 474, 668, 1954. Véase también: “Orientación des Theories Médicales en URSS”. Centre Culturel France-URSS, Editor.

⁷ Psychiatry and Medical Education.

⁸ “Ecología Humana y Personalidad, conjuntamente, constituye otra faz de la biología humana” (su primera mitad se refiere a la fisiología y biología humanas unilaterales, dominantes en el siglo XX).

⁹ En la URSS, el factor esencial de la protección de la salud es la prevención, que consiste en crear condiciones de vida, en su sentido más amplio, que hagan imposible o difícil que sobrevengan las enfermedades. En este aspecto, no ponen el acento sobre las medidas específicamente psiquiátricas. Hablando de la salud mental en el Ejército Rojo, después de un viaje a la Unión Soviética, decía Walter Penfield: “El porcentaje de neurosis es mínimo, porque han hecho amplia provisión del antídoto perfecto: la buena moral. Este antídoto no es suministrado por los psiquiatras, ni por los cirujanos, sea en la URSS o en cualquier parte” (citado en *Revue de la Nouvelle Médecine*, mayo de 1955, pág. 72).

¹⁰ Como ejemplo de esta aproximación, cabe reconocer que la Conferencia norteamericana antes mencionada, señala que el estudiante de medicina puede empezar el estudio de la ecología humana con el importante tema de la percepción (“que forma un puente natural entre la fisiología senso-orgánica, funciones corticales y relaciones interpersonales”), al que subsigue el del aprendizaje (“que puede ser directamente referido al condicionamiento pavloviano”). Véase a este respecto el importante estudio sobre la percepción desde el punto de vista pavloviano, como pasaje al pensamiento, en E. N. Sokolov, *La perception a la lumière de l'enseignement de Pavlov*. *La Raison*, número 4.

¹¹ A propósito de la psiquiatría mecanicista, hasta hace poco en boga, recuerda Henri Ey: “Reducido a una colección de sensaciones y movimientos automáticos... este paquete de reflejos, esta carga explosiva, esta máquina desarreglada que chilla y gira en el vacío”, era y es secuestrada en los asilos por la psiquiatría, so pretexto de proteger al enfermo mismo y a la sociedad. (“*La Psychiatrie dans le cadre des Sciences Médicales*”, “*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*”. *Psychiatrie*. T. I; primer fascículo, pág. 10, 1955).

¹² Loc. cit. Cap. VIII de la Conferencia norteamericana arriba señalada.

¹³ Pueden encontrarse elementos al respecto, en la *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, París, 1955. Tomo III: “*La Psychiatrie dans le monde*”.

¹⁴ Osvaldo Loudet. *Problemas de Pedagogía Universitaria*, Págs. 147 y ss., Buenos Aires, 1946.

¹⁵ Véase la obra de Franklin Ebaugh y Charles Romer: *Psychiatry in Medical Education*, The Commonwealth Fund, 1942.

¹⁶ Joseph Worhs. *Soviet Psychiatry*, Cap. X, pág. 190, The William and Walking Co. Baltimore, 1950.

¹⁷ Emilio Mira y López. Organización de la Asistencia a los Alienados. Relato oficial al Congreso Americano de Psiquiatría de Santiago de Chile, diciembre de 1952. *Rev. Latinoamericana de Psiquiatría*, abril de 1953.



confrontaciones



Psiquiatría y neuroética

Manuel Suárez Richards

*Profesor Consultor y Miembro del Comité de Ética,
Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata.
Director del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: msuarezr@netverk.com.ar*

"Así como hoy tenemos los antidepresivos para levantar el ánimo, mañana podemos esperar una especie de botox cerebral para suavizar las arrugas temperamentales, o indicarlo en las personas tímidas, los extrovertidos, o para que tenga sentido del humor un cascarrabias de nacimiento.

Pero ¿qué precio paga la naturaleza humana por estos artificios no humanos?"

William Safire

Resumen

Con el desarrollo contemporáneo de los conocimientos neurocientíficos la psiquiatría ha entrado en una nueva era. Sin embargo, la nueva tecnología que permite la manipulación de imágenes y de las funciones del cerebro, requiere de un enfoque ético, enmarcado en el entorno bioético. Mientras que el campo de la neuroética ha evolucionado para hacer frente a muchas de las preocupaciones específicas de neuroenhancement y de las observaciones dadas por neuroimágenes, es necesario ampliar el alcance ético de las cuestiones a considerar y las profundas implicaciones clínicas para el campo de la psiquiatría.

Palabras claves: Neuroética – Neuroimágenes – Ética y psicofarmacología – Mejoría.

PSYCHIATRY AND NEUROETHICS

Summary

Neuroscientific knowledge have enter to psychiatry in a new era, however, new technology for viewing images, brain function, psychopharmacology, non-invasive methodology requires an ethical approach, framed in the bioethical environment. The field of neuroethics has evolved to address many of the specific concerns and what neuroenhancement and neuroimaging provide us, is necessary to extend the scope of ethical things to consider the clinical implications for the psychiatric work.

Key words: Neuroetics – Neuroimaging – Psychopharmacology and neuroetics – Enhancement.

Introducción

Fue prácticamente en éste siglo que se inició la ética de la neurociencia con la intención de convertirse en un nuevo saber (la neuroética), y la pretensión de descubrir las bases cerebrales de la conducta moral. En la actualidad existe una creciente atención sobre la neuroética, ligada a la bioética e incluso podría decirse que es parte de ella de la que toma los elementos sustanciales. Las transformaciones de la medicina, dice Mainetti(29), que han dado lugar a la bioética como nueva ética médica son “la transformación tecnocientífica, orientada hacia una medicina del deseo o antropoplástica, remodeladora del hombre; la transformación social de la relación médico-paciente, introductora de este último como protagonista de las decisiones terapéuticas y la transformación política de la salud vuelta un bien social primario de la economía expansiva en el mundo actual. El “complejo” (en el sentido de dificultad) bioético de los principios consiste en su realización moral frente a la incierta beneficencia y no-maleficencia de Pígalión, la supuesta autonomía de Narciso, y la sospechosa justicia de Knock”.

Para Stagnaro(44)“La vinculación mantenida hasta el presente entre la bioética y la psiquiatría ha sido tenue. A diferencia de los médicos de otras especialidades a los psiquiatras no les ha sido fácil incorporar criterios de acción provenientes de la reflexión bioética en razón de las dificultades que presenta su disciplina para ajustarse a las exigencias del modelo biomédico contemporáneo y/o de la metodología científica”.

Lo que acontece, dice este autor, es que “este conflicto, de antaño conocido, deriva, principalmente aunque no en forma exclusiva, de las características específicas del ‘saber psiquiátrico’, originado, más que ninguna otra especialidad médica, en la encrucijada de la biología, la psicología, la antropología y la filosofía”.

Se pregunta Roskies: “¿Qué pretende ser lo distintivo de la neuroética respecto de la bioética en general?”(40), y se responde: “Dos cosas: una accidental y otra sustancial. La primera es la circunstancia del impacto mediático de la neurociencia, asociado en gran medida a las inéditas posibilidades que de ella se vislumbran o aventuran (para bien o para mal). Se trata de algo que favorece cuantiosas inversiones en la investigación y divulgación. En segundo lugar lo sustancial, que se alega como peculiar o nuevo de la neuroética, es que la neurociencia se ha encontrado con preguntas que la trascienden”.

Al investigar el cerebro y los fenómenos más íntimos de la persona (pensamientos, decisiones, emociones, valoraciones, etc.) se hurga en lo que siempre se ha considerado como la esencia humana, su dimensión de identidad libre y espiritual. No se trata de cuestiones del protocolo ético para defender la persona humana, sino de la misma definición de ésta y una definición que no sólo la identifique como individuo perteneciente a una especie, sino que exprese su misma esencia como humana, que sería la actividad psíquica.

La tarea de esta nueva disciplina consistiría, entonces, como en bioética, en establecer criterios éticos como consecuencia de los avances técnicos de las imágenes

cerebrales, de la psicofarmacología o de los implantes cerebrales. Se puede inferir que la investigación en este campo puede transformar la imagen del hombre y consecuentemente el fundamento de la cultura, la base de las decisiones éticas y políticas(23). Esto es precisamente lo que justificaría la especificidad de la neuroética: la ética de una ciencia, la neurociencia, cuyas posibilidades de actuación se extienden a límites actualmente impensables.

En este tema la ética se hace eco de los avances neurocientíficos utilizándolos para aclarar antiguas cuestiones de interés filosófico o, con menos frecuencia, estos avances pueden sugerir nuevos problemas susceptibles de ser abordados por la ética; plantear la ética de la práctica neurocientífica, la preocupación por la mejora o potenciación de las facultades cognitivas (*cognitive enhancement*) y los posibles problemas aparejados por ello y, finalmente, los futuros usos jurídicos de los avances neurocientíficos, ya sea como medio de prueba o mediante la modificación, gracias a estos avances, de ciertas concepciones jurídicas(13).

La psiquiatría encaramada sobre los conocimientos neurocientíficos ha entrado en una nueva era, por ello la nueva tecnología que permite la manipulación de imágenes y de las funciones del cerebro, requiere de un enfoque ético. Mientras que el campo de la neuroética ha evolucionado para hacer frente a muchas de las preocupaciones específicas de *neuroenhancement*, de la psicofarmacología, de los implantes y de las observaciones dadas por neuroimágenes, el alcance ético de las cuestiones a considerar y sus profundas implicancias clínicas deben ampliarse en el campo de la psiquiatría.

Desarrollo histórico del concepto de neuroética

Podría señalarse a la fundación de la *International Brain Research Organization* (IBRO) en 1961, auspiciada por la UNESCO, como primer gran evento que contribuyó al origen de la neuroética. En 1969, tiene lugar el nacimiento de la *Society for Neuroscience*, que en 1972 puso en marcha en los EE. UU. un *Committee on Social Responsibility*, que más tarde llegaría a ser el Comité de Cuestiones Sociales (*Social Issues Committee*). En años posteriores, se dedicaron a temas tales como la mejora cognitiva, la estimación de cuándo comienza la “vida” cerebral, la muerte cerebral, la neurotoxicidad de los aditivos alimentarios y el uso de células fetales para el tratamiento de enfermedades neurológicas.

El término “*neuroética*” fue acuñado por Cranford(8), según él, con el aumento de los problemas éticos en la práctica neurológica, la presencia de neurólogos expertos en tratar estos problemas facilitaría una solución satisfactoria. Sería la primera vez que el término “neuro” se asocia explícitamente al de “ética”. Otras dos publicaciones relevantes para determinar las raíces de la Neuroética se deben a Churchland en 1991 (11) y a Pontius en 1993 (37). En la primera, Churchland plantea, desde el punto de vista filosófico, cuestiones éticas relacionadas con la concepción que tenemos de nosotros mismos. En la segunda, Pontius reflexiona sobre los aspectos neu-

rofisiológicos y neuropsicológicos del desarrollo de los niños y de su educación.

Sin embargo, el verdadero arranque de los estudios de neuroética se produce en San Francisco en 2002. Allí Safire (41) la define como: “*el examen de lo que es correcto e incorrecto, bueno y malo, en el tratamiento, clínico, quirúrgico o ambos, del cerebro humano. O también la invasión no deseada de forma alarmante y la manipulación del cerebro humano*”. Con la explosión de los métodos para sondear el psiquismo humano en salud y enfermedad, se hace necesaria la integración de la ética y la neurociencia. Sin duda, uno de los grandes desafíos que enfrentamos hoy es la de proteger no sólo el genoma, sino también el “*brainome*” (22), un concepto que Kennedy introdujo en 2003, cuando sentenció que: “Mucho más que nuestro genoma, nuestro cerebro nos define como humanos y de forma individual marcando el carácter especial de nuestras capacidades personales, las emociones y convicciones “. La neuroética es el mundo donde las materias grises cerebrales y las éticas se interpenetran, señaló Cheshire (10).

Los editoriales de dos conocidas revistas, hace unos años, apreciaron el cambio, escribiendo en una de ellas “que la sociedad tiene en sus manos, por primera vez, una herramienta muy importante y que podría tener consecuencias muy profundas sobre la privacidad individual y los derechos humanos”(35). El otro editorial (17) se señala que “financiar la ciencia sin ayudar el trabajo para desarrollar adecuadamente sus consecuencias sociales asegurará que la revolución neurocientífica pueda traer, junto a grandes avances científicos y médicos, mucho dolor y caos”.

La prevalencia de las publicaciones de la neuroética se ha incrementado en un promedio de 39% cada año desde 2002 (14). Podría decirse que el gran reto que el nacimiento del siglo XXI plantea a la ética es el de la neurociencia, como fue el de la nueva genética en las últimas décadas del siglo XX. Genética y Neuroética lanzan los grandes desafíos de los descubrimientos científicos con el cambio de siglo.

Un campo nuevo

Muchas cuestiones neuroéticas en parte son nuevas, lo que explicaría la fascinación intelectual generada por la misma. Las técnicas de neuroimagen permiten descubrir no sólo la localización de distintas actividades del cerebro, sino también las actividades mismas, el “cerebro en acción” al decir de Luria (27), y son justamente estas técnicas las que han promovido un extraordinario avance de las neurociencias. Debido a que el objeto de estudio es el cerebro humano, un buen número de neurocientíficos plantea su saber como una nueva filosofía que da razón del funcionamiento de la economía, la religión, el arte o la moral. Así es que se han acuñado términos como “Neuroeconomía”, “Neuroteología”, “Neuroestética”, “Neurofilosofía” y “Neuroética” y, hasta “Neuro-marketing”, con la intención de tratar de comprender las bases cerebrales de cada una de estas formas de saber y obrar.

Las neurociencias están generando posibilidades apasionantes para medir la función cerebral sana y alterada, de detectar y alterar el curso de enfermedades cerebrales, así como para empezar a entender la naturaleza de los procesos neurales que corresponderían al psiquismo humano. En los últimos treinta años pasamos de tener a la neurociencia y a las ciencias cognitivas como dos disciplinas separadas a tener un estudio más integrado de la mente y el cerebro.

La neuroética como campo particular

Podría definirse como neuroética a la *ética de la neurociencia*, comprendiendo así una dimensión de la bioética, una “neuroética aplicada” (12) tratando de encontrar respuestas desde ella a problemas concretos. Si se considera una *neurociencia de la ética*, entonces se está hablando de una “neuroética fundamental” (12), un enorme cambio, ya que puede aventurarse que la neurociencia podría proporcionar el fundamento cerebral para una ética normativa: el conocimiento de los mecanismos cerebrales permitiría ayudar a aclarar, qué debería hacerse moralmente; además, la neurociencia descifraría problemas seculares de la filosofía.

Al parecer, los humanos han adquirido códigos y mecanismos para articular, sobre una primera impronta emocional, los razonamientos y juicios morales y con ellos una respuesta social inmediata(18). Esto ha sido claramente seleccionado durante la evolución. Éste parecería ser uno de los mensajes de la neuroética: que el cerebro toma decisiones influido por algún tipo de compás de moral generalizada que todos poseeríamos. Hay investigadores que sostienen que habría una capacidad, probablemente universal, de distinguir entre el bien y el mal, la que tiene una *función adaptativa*. La capacidad de reconocer normas de conducta en la sociedad y aplicarlas a los demás y a sí mismos, se dice, ayudaría a sobrevivir y a desarrollarse.

Autores como M. Gazzaniga (Universidad de California), F. Mora (Universidad Complutense), M. Hauser (Universidad de Harvard) y N. Levy (Universidad de Melbourne) y editor principal de *Neuroethics* en general, adhieren de una u otra manera al paradigma evolucionista de Wilson(45), según el cual los seres humanos obedecemos a códigos de conducta sólidamente anclados en lo profundo de nuestro cerebro primitivo o paleolítico. Así, Gazzaniga(16) plantea la neuroética como la búsqueda de una especie de ética integrada en el cerebro, a modo de conjunto universal de respuestas biológicas a los dilemas morales. Lo más importante que la neurociencia podría ofrecer, entonces, a la neuroética sería entender cómo el cerebro forma creencias y juicios morales(15).

Mora(33) sostiene lo mismo, acentuando la ventaja que supone tener reglas basadas en el funcionamiento del cerebro, puesto que así habría una ética común a todos los individuos humanos. Por su parte, Hauser(20), afirma que puede diseñarse la estructura mediante la cual formulamos los juicios específicamente morales; y dice: “Nacemos con una gramática moral con la que luego podemos construir sistemas morales concretos”, y

Levy (25) propone la adaptación evolutiva mediante la extensión de la dotación mental primitiva de pequeñas comunidades a la comunidad humana mundial.

Cortina(7) ha rebatido la pretensión de buscar una ética universal basada en un sustrato cerebral. Esta autora señala tres deficiencias de semejante intento: a) que esos investigadores nunca aclaran en qué consisten las convicciones éticas: si son intuiciones, sentimientos, instintos, juicios mediatos, etc., y sin claridad en esto no está definido, en realidad, ni el punto de partida ni el punto de llegada; b) que en esos planteamientos se analizan dilemas éticos y sus posibles soluciones alternativas, siendo así que la vida moral no consiste exclusivamente en enfrentarse a dilemas y resolverlos, sino ante todo en proyectar un ideal de vida buena, un sistema de valores jerarquizados desde y sobre el cual se toman las decisiones concretas correctas y, c) que ningún código ético insertado en el cerebro para la supervivencia del individuo o de la especie puede servir de base para las concepciones éticas usuales hoy, incluso para el hombre común, del tipo que sean. En particular, el altruismo es imposible derivarlo de posiciones evolutivas biológicas. También señala que los partidarios de una gramática moral innata confunden un código ético universal grabado biológicamente con la tendencia natural (y acaso incluso biológica) a aceptar códigos éticos en general.

Además de los temas más seguros y los hallazgos casuales de las imágenes cerebrales, algunos otros surgen por la capacidad sin precedentes, de las imágenes, y del rápido desarrollo para correlacionar la activación cerebral con rasgos y estados psicológicos. Una aplicación muy discutida se encuentra en la correlación actividad cerebral - *engaño intencional*. Diferentes grupos de investigación han identificado correlaciones entre fMRI - *engaño intencional* en laboratorio y pese al escepticismo de muchos expertos, la técnica ya ha sido comercializada. La fMRI, podría detectar zonas cerebrales que se activan cuando una persona miente. Si un dispositivo puede medir con precisión el conocimiento oculto y detectar mentiras, habría que discutir cómo podría y debería ser utilizado, en que casos, si hay sospecha de la comisión de un delito, se ¿debería obligar a una exploración del cerebro?; si es un presunto terrorista, ¿debería escanearse el cerebro del mismo?; ¿tiene derecho un empleador de someter a sus empleados a una exploración del cerebro?; ¿podrían utilizar escáneres cerebrales para cónyuges e hijos?; si las imágenes cerebrales pudieran medir la moralidad o la intencionalidad, ¿se podrían utilizar?; si el escaneo midiera talentos musicales o capacidades matemáticas, ¿se podría utilizar para dirigir a la gente hacia determinados trabajos?

La memoria es a veces frágil y puede cambiar con el tiempo. ¿Qué pasa si se puede escanear el cerebro para detectar “falsos recuerdos” o recuerdos que la gente cree verdaderos, pero no lo son? En determinadas situaciones experimentales, algunas áreas del cerebro (la parte posterior del lóbulo temporal medio) responden de manera diferente a los recuerdos verdaderos y falsos. Una aplicación factible de imágenes cerebrales es el ya mencionado “*Neuromarketing*”, donde supuestamente se podrían

medir los deseos de la gente, consciente o inconsciente, de los productos en venta, y ni que hablar de las intenciones de voto.

Los investigadores han encontrado imágenes del cerebro que se correlacionan con una miríada de diferentes rasgos psicológicos, que incluyen la personalidad, la inteligencia, la vulnerabilidad, las actitudes hacia determinados grupos étnicos y la predilección por el crimen violento. Estas capacidades actuales y potenciales, plantean una serie de cuestiones éticas; la preocupación mayor está en la preservación de la *intimidad*. Por ejemplo, los empresarios, comerciantes y el gobierno, todos tienen un gran interés en conocer las habilidades, personalidad, sinceridad y otros contenidos mentales de muchas personas. Esto implanta el *si, cuándo y cómo* garantizar la privacidad de nuestras propias mentes.

Pero los escáneres cerebrales son vistos como más precisos y objetivos de lo que en realidad son, lo que origina una cuestión ética. Existe el peligro de que la gente (jueces y jurados, empleadores, aseguradoras, etc.) que ignora las complejidades y el tratamiento técnico de las imágenes, lo tomen como una especie de verdad indiscutible.

Esto es llamado *neuro-realismo*: en su forma más simple sostiene que algo es real desde que se puede medir con equipos electrónicos. Una persona que dice tener dolor, disminución de la libido o emociones desagradables estaría “realmente” enferma si estos síntomas son compatibles con un escáner cerebral, y es normal, si no se encuentra correlacionado con el mismo (...*le recrimina haber necesitado ver para creer*, Juan 20:24-29).

Las evidencias muestran que las personas son más propensas a creer una explicación cuando se presenta junto a un escaneo cerebral (28) que sin él. Esto plantea el inconveniente de generar “una influencia indebida”. Por todo esto, los avances en neurociencias van a tener algún impacto en nuestro sistema legal. Greene y Cohen(19) han sugerido que “las neurociencias, al cambiar nuestra comprensión de la noción de libre albedrío y responsabilidad, tendrán probablemente un efecto transformador en las leyes”.

Las repercusiones que tienen los excesos en el uso de los estudios son de carácter emocional, como se argumentó en una revisión del *BMJ* (21) titulado, “*VOMIT*” (*Victims of Modern Imaging Technology*). An acronym for our times”, que describe los casos “de confirmación” de procedimientos de neuroimágenes que pueden causar angustia innecesaria a los pacientes y familiares con poco beneficio diagnóstico.

La hipótesis de que un encadenamiento correlativo, dice Berrios (1), “de un síntoma mental a una representación sustituta del cerebro (una neuroimagen) es suficiente para ‘comprender’ el síntoma, no toma en cuenta la brecha conceptual que separa los dos elementos de la correlación. Los puntos de vista de que los síntomas mentales son comportamientos distorsionados causados por alguna patología cerebral exageran el papel de la neurociencia; los puntos de vista de que los síntomas mentales son solo expresiones simbólicas de procesos psicológicos fomentan un énfasis exagerado de la inves-

tigación psicodinámica, sociocultural y hermenéutica. Esta falsa dicotomía genera nuevas categorías coartadas, con ellas los clínicos tratan de manejar enfermedades que no comprenden”.

El concepto de mejoría (*enhancement*) se suele contraponer al de terapia. En términos generales, la terapia apunta a corregir algo que está mal, curar enfermedades o lesiones, mientras que las intervenciones para una mejoría tienen como objetivo mejorar el estado de un organismo *más allá* de su estado de salud normal. La mejoría con psicofármacos ha comenzado hace años y sin duda se practica en varias áreas psicológicas: mejora del estado de ánimo, la cognición, las funciones vegetativas. La medicina contemporánea estándar incluye muchas prácticas que no tienen por objeto curar enfermedades o lesiones, por ejemplo, medicina preventiva, cuidados paliativos, obstetricia, medicina deportiva, cirugía plástica, métodos anticonceptivos, tratamientos de fertilidad, procedimientos dentales cosméticos, implantes cocleares y de retina, válvulas cardíacas mecánicas, máquinas de diálisis renal. La vacunación puede ser vista como una mejora del sistema inmunológico o, alternativamente, como una intervención terapéutica preventiva. Del mismo modo, una intervención para frenar el proceso de envejecimiento puede ser considerado tanto como una mejora del período de salud (*health span*) o como una intervención preventiva terapéutica que reduce el riesgo de enfermedad y discapacidad. La estimulación cerebral profunda, podría ser efectiva para aliviar una serie de patologías resistentes al tratamiento, incluyendo depresión, trastorno obsesivo compulsivo y psicosis, sin embargo, mejorar la depresión, las obsesiones, o alteración de los pensamientos; planteándose de esta manera plantea problemas éticos, mientras que los reemplazos de cadera, el trasplante y los audífonos no(31). Esta especulación, que forma parte de la renuencia a intervenir físicamente en las funciones del cerebro, se debe a la estigmatización persistente y la presunción general de que las enfermedades mentales están en mayor medida bajo el control de la persona que las enfermedades físicas (temblores, convulsiones, insuficiencia de la válvula cardíaca, diarreas, etc.). Además, parece que las funciones emocionales y cognitivas reúnen un grado de idealismo e inviolabilidad mayor que otras funciones humanas.

Muchos métodos para mejorar la cognición se han practicado durante siglos. El principal ejemplo es la educación y la formación, donde el objetivo es, a menudo, no sólo impartir habilidades específicas o información sino también mejorar, en general, las facultades como la atención, la memoria y el pensamiento crítico. Otras formas de entrenamiento mental, como el yoga, artes marciales, cursos de meditación, y la creatividad son también de uso común. En un supermercado podemos encontrar bebidas energéticas y preparaciones similares, que compiten con la esperanza de incrementar la capacidad del cerebro. Muchas de las intervenciones de mejoría tienen lugar fuera del marco médico; los empleados de oficina mejoran su rendimiento por el consumo de café; el maquillaje y arreglo personal son utilizados para mejorar la apariencia; las siliconas para mejorar la esté-

tica; el ejercicio, la meditación, el aceite de pescado, se utilizan para mejorar el estado de ánimo; las maestras o profesores particulares ayudan a aprender y clarificar; el sildenafil revolucionó la actividad sexual.

El mejoramiento humano se ha convertido en los últimos años un tema en auge en la ética aplicada. Con los continuos avances en la ciencia y la tecnología, la gente empieza a darse cuenta de que algunos de los parámetros básicos humanos pueden ser cambiados. Si esto llega a ser factible lo experimentarán muchas personas vivas actualmente, entonces es importante tener en cuenta ya las cuestiones normativas que plantean tales perspectivas (2).

La ética de la *mejoría neurocognitiva*, que es el uso de fármacos y otras intervenciones para hacer que la gente normal esté “*mejor que bien*”, es un ejemplo de un problema neuroético con aspectos conocidos y otros nuevos. Mejoría cognitiva puede definirse como una ampliación o extensión de las capacidades psíquicas a través de la mejora de los sistemas de procesamiento de la información interior o exterior, incluyendo percepción, atención, entendimiento y memoria de la información.

Entre los agentes que se dirigen a las proyecciones neuronales se encuentran los estimulantes convencionales como la anfetamina y el metilfenidato, que han demostrado tener propiedades para mejorar la cognición y hay también nuevos compuestos como el modafinilo(26) y ampakinas (3).

La explosión del empleo de la toxina botulínica tipo A para el realce de la belleza, o el sildenafil para el rendimiento sexual da cuenta que las personas no se cohiben en el uso de una sustancia por la posibilidad de riesgos a largo plazo si la misma tiene un beneficio inmediato, tangible. Diversas tecnologías para mejorar el cuerpo y la vida surgen del campo de la farmacología, la biotecnología, las neurociencias, y la interacción hombre-máquina que se desarrollan en los laboratorios. Las sociedades contemporáneas adoptan y transforman las innovaciones tecnológicas a una velocidad enorme. Los avances científicos de hoy pueden llegar al mercado y al consumidor mañana. Como consecuencia, el mejoramiento humano se está convirtiendo en una cuestión social; los temas existenciales y su exploración científica están llegando a la opinión pública.

Un hecho que avalaría este “mejoramiento” son los resultados de las puntuaciones cognitivas en siete mil paciente, seguidos durante diez años, las que se redujeron en todas las categorías (memoria, razonamiento, fluidez fonológica y semántica), excepto en el vocabulario, a las edades comprendidas entre 45-49 años y no hubo una disminución más rápida en las personas mayores. Los autores argumentan que la evidencia robusta que muestra el declive cognitivo antes de la edad de 60 años tiene importantes implicancias, ya que demuestra la importancia de promover estilos de vida saludables, en particular, la salud cardiovascular, ya que, según nuevos estudios, “lo que es bueno para el corazón, también es bueno para la cabeza” (43).

El creciente papel de la psicofarmacología en la vida cotidiana instaura otra serie de cuestiones éticas, por

ejemplo, la influencia de la comercialización de drogas sobre las concepciones de la salud mental, de la normalidad y la sensación cada vez más maleable de la identidad personal que se deriva de lo que Kramer (24) llamó “cosmética psicofarmacológica”. En el futuro, las drogas podrán alterar características de la personalidad. Tal vez podría desarrollarse una droga para reducir totalmente la agresividad (¿se debería indicar a aquellos que condenados por delitos violentos?) ¿Qué pasa si las drogas, las máquinas o la ingeniería genética pudieran aumentar la inteligencia y/o la memoria?

Los avances tecnológicos ya ayudan a las personas con problemas de audición y visuales a través de implantes. ¿Puede y debe desarrollarse una máquina de implantes cerebrales para aumentar la inteligencia? Si existen estos métodos, ¿qué se obtiene? Algunas personas creen que estos métodos los utilizarán sólo los ricos que tengan dinero suficiente para comprarlos (algo similar sucede con los profesores o maestros que ayudan al alumno en forma particular, cobrando por ello). Si todo el mundo toma la píldora inteligente, habría que redefinir la inteligencia “normal”. Estos cambios podrían presionar para que la gente tome esa píldora. Ahora, ¿tomar pastillas para aumentar la inteligencia es hacer trampa? ¿tomar una pastilla es diferente de matricularse en una clase de estudio o recibir clases especiales? ¿importa cómo es la mejora de la inteligencia?

Se han debilitado considerablemente y borrados recuerdos a largo plazo de dolor en la *Aplysia*, en laboratorio, bloqueando la actividad de una enzima particular (péptido inhibidor zeta, una pequeña proteína que bloquea la actividad de quinasa M, enzima relacionada con el mantenimiento de recuerdos)(4). La comprensión de cómo se debilitan y borran los recuerdos podrían algún día conducir a nuevos tratamientos para personas que sufren de trastorno de estrés postraumático.

Con los escáneres cerebrales se ha podido visualizar que tanto la psicoterapia como una píldora actúan en el mismo mecanismo del cerebro. En otras palabras, se ha encontrado una intervención en el cerebro aceptable por un largo tiempo.

Los métodos de estimulación transcraneal son relativamente no invasivo. A pesar de que las intervenciones no farmacológicas cerebrales están exclusivamente destinadas a objetivos terapéuticos, los militares de USA patrocinan la investigación en esta área general, que está, presumiblemente, destinada a mejorar la capacidad de los soldados. Se investigan dispositivos para manipular regiones del cerebro asociadas con la sensibilidad moral y cambiar el perfil moral de los soldados en situaciones de combate; el *aug-cog* (aumento cognitivo)(36), extrae patrones neurales detectando intenciones, como el “reconocimiento subconsciente” de amenaza en situaciones de combate y la estimulación cerebral para poner a punto las habilidades cognitivas (“*cognitive tune-up*”) como la privación del sueño, para mantener el rendimiento cognitivo intacto (34).

La mejora de nuestro patrimonio natural, como la capacidad de atención, corre el riesgo de ser mercantilizada. Por lo general, se fomentan innovaciones que

ahorran tiempo y esfuerzo, ya que permiten ser más productivos y de dirigir los esfuerzos hacia objetivos potencialmente más dignos. Sin embargo, cuando se mejora la productividad tomando una pastilla, existe la preocupación de que podría estar socavando el valor y la dignidad del trabajo, medicalizar el esfuerzo humano y la capacidad cognitiva.

Los opositores de una farmacología cosmética creen que el uso de estos fármacos es poco ético en estos casos y que el concepto de la farmacología cosmética es una manifestación de *consumismo ingenio*. Los defensores(5), afirman que un individuo (y no el gobierno, o el médico) tiene el derecho a determinar si se debe usar un medicamento con fines cosméticos. Chatterjee (9), ha argumentado que la medicina occidental se encuentra al borde de una revolución de neuro-mejoría en la que la gente mejorará su memoria y atención a través de medios farmacológicos.

La creación de psicofármacos con diseño genético molecular, la estimulación magnética transcraneal, la estimulación eléctrica profunda con implantes psiquirúrgicos, así como los estudios de casos con lesiones encefálicas, demuestran que el humor, la conciencia, la noción del Yo o el libre albedrío no son meros agregados etéreos de la mente, sino, por el contrario, darían cuenta de la integración mente/cuerpo (39).

Probablemente el debate sobre las consecuencias de los fármacos procognitivos sobrepasa el campo de la especialidad, pero como probables prescriptores de estas sustancias y conocedores de sus efectos benéficos y adversos, es un deber intervenir en este debate.

“En la hipótesis de un paraíso artificial del neuromejoramiento, dice Mainetti, se afectaría nuestra experiencia de la vida, el mundo vivido, en cuanto al sentido de realidad, de identidad y de libertad para la condición humana. El debate bioético en torno del mejoramiento humano reposa en un lecho de Procusto por el cual se extrema hacia las posiciones humanista y poshumanista respecto de la naturaleza humana, o bien se reduce a la distinción conceptual y empírica entre terapia y perfeccionamiento como metas de la medicina” (30).

Se está produciendo, o mejor se ha producido, una *convergencia* entre las disciplinas que crean, utilizan y constituyen el “campo de neurociencias”: cibernética, física, química, nanociencias, con colaboración de la genética, anatomía, fisiología, farmacología y psicología cognitiva. Es así que el mundo intelectual ya empieza a mirar con enorme expectativa los conocimientos que se obtienen sobre el cerebro humano y como éste elabora las emociones y los sentimientos, el pensamiento abstracto y, más allá, los procesos mentales y la conciencia. Para ello se utiliza el término *consiliencia* (conciliencia) que sintetiza esta convergencia; aparentemente acuñado por Whewell (1840), explicaba que “la consiliencia de las inducciones surge cuando una inducción obtenida a partir de una serie de hechos, coincide con una inducción obtenida por otra serie diferente de hechos. De esta manera la consiliencia es una prueba de la verdad de la teoría cuando esto ocurre”. El término permaneció arrinconado hasta el final del siglo XX, cuando fue revivido

notoriamente en *Consiliencia: La unidad del conocimiento*, un libro del biólogo humanista E.O. Wilson(46), intentando tender un puente sobre el abismo cultural entre las ciencias y las humanidades. Esta es la esencia de la consiliencia. El poder de la *ciencia convergente* va a afectar la velocidad y alcance de los descubrimientos neurocientíficos y la innovación neurotecnológica. Se necesita, entonces, y rápidamente, un enfoque ético, legal y social.

Baste con mencionar que un equipo del MIT (*Massachusetts Institute of Technology*) dirigido por Chi Sang Poon, diseñó un chip de computadora que puede simular la actividad de una sinapsis cerebral. El “chip cerebral” tiene alrededor de 400 transistores que buscan imitar el circuito del cerebro. La corriente fluye a través de los transistores de la misma manera que los iones se movilizan por los canales de iones en una célula cerebral. “Ahora tenemos una forma de capturar cada proceso de intercambio de iones como se produce en una neurona”, indicó Poon(38).

Conclusión

Surgida del avance reciente de las neurociencias, la neuroética ha hecho suya la tarea de investigar muchas preguntas de las mismas. El cerebro no es una especie de procesador que recibe datos del entorno y los elabora produciendo resultados de manera estrictamente determinista; es, ante todo, dinámico y variable, activo de manera consciente y no consciente y su arquitectura está sujeta al impacto social, en especial debido al considerable peso de las improntas culturales almacenadas en él epigenéticamente. La neuroética se ocupa de los beneficios y los peligros potenciales de las investigaciones modernas sobre el cerebro y se interroga también acerca de la conciencia, de los valores, de la moral.

El riesgo de que la tecnología neurocientífica pueda lesionar la dignidad humana (como otras veces ha ocu-

rrido y sigue ocurriendo con otras ramas de las ciencias) es posible y de consecuencias individuales y sociales difícilmente calculables. La neurociencia exige un papel análogo al de la bioética para las ciencias de la vida. La neurociencia necesita la colaboración de las disciplinas humanísticas para encontrar respuestas a sus propios problemas, como se ve de modo particular en la Psiquiatría, pero también en el tratamiento de las técnicas de neuroimágenes, ya que necesita patrones interpretativos que exceden los meros datos teleinformáticos. La cultura actual es altamente inestable, tanto en el nivel personal como en el social, en el sentido de que se vive por un lado con una confianza total en la ciencia experimental y, por otro lado, en el escepticismo teórico y una vuelta práctica al naturalismo, tal la propuesta del postmodernismo. Sólo un verdadero diálogo entre la ciencia y la filosofía en general (y la Ética en particular) podrá devolver al mundo actual la armonía que en el fondo desea(42). Extraer de la bioética preguntas acerca de la naturaleza de la ciencia, de nuestro saber y de nuestra experiencia. Todo esto podría parecer una discusión simplemente académica, pero está en juego cómo comprender y cómo tratar el objeto de la neurociencia y la neuroética: el ser humano. Como simple muestra, dentro del campo de la Psiquiatría (donde son insoslayables los dramas vitales y existenciales), piénsese en el progresivo abandono de la psicoterapia en favor de la psicofarmacología(32), lo que supone considerar a la persona cada vez más como ser biológico que como persona capaz, cognitivamente y emocionalmente, de dirigirse con un sentido por la vida.

Y quizá uno de los desafíos resida en profundizar el conocimiento acerca de cómo el cerebro cambia y se moldea en función específica a la cultura en que se vive ■

El autor declara que este artículo no presenta conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Berrios GE. “El concepto de síntoma mental”, en *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*, Buenos Aires: Ed. Polemos, 2011.
- Bostrom N, Roache R. *Ethical Issues in Human Enhancement. New Waves in Applied Ethics*, eds. Jesper Ryberg, Thomas Petersen & Clark Wolf. London: Palgrave Macmillan, 2008, pp. 120-152
- Broberg BV et al. Reversal of cognitive deficits by an ampa-kine (CX516) and sertindole in two animal models of schizophrenia—sub-chronic and early postnatal PCP treatment in attentional set-shifting. *Psychopharmacology*, 2009, 206: 631–640.
- Cai D et al. Protein Kinase M Maintains Long-Term Sensitization and Long-Term Facilitation in Aplysia. *J Neuroscience*, 2011, 31: 6421-6431.
- Caplan A, et al. Is It Ethical to Use Enhancement Technologies to Make Us Better than Well?. *Soc Med*, 2004 1(3): 52.
- Casares Serrano AD. El Tiempo y la Hipótesis. William Whewell y la conformación de las ciencias inductivas. *A Parte Rei*, 2004, septiembre, 1-29.

7. Cortina A. Neuroética: ¿La bases cerebrales de una ética universal con relevancia política? *Revista de Filosofía Moral y Política*, 2010, N° 42: 129-148.
8. Cranford RE. The Neurologist as Ethics Consultant and as a Member of the Institutional Ethics Committee. The Neuroethicist. *Neurologic Clinics*, 1989, 7: 697-713.
9. Chatterjee A. *Cosmetic Neurology and Cosmetic Surgery: Parallels, Predictions, and Challenges*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
10. Cheshire W. NeuroscieNce, NuaNce, aNd Neuroethics. *Ethics & Medicine*, 2006, 22:2: 71-73.
11. Churchland PS. "Our Brains, Ourselves: Reflections on Neuroethical Questions", in Roy, D. J.; Wynne, B. E.; Old, R. W. (eds.), *Bioscience and Society*. New York: Wiley & Sons, 1991, pp. 77-96.
12. Evers K. *Neuroética: cuando la materia se despierta*. Madrid: Katz Ed., 2010.
13. Fernández A, Marty G, Nada, M, Capó M, Cela-Conde CJ. Derecho y neurociencia, *Ludus Vitalis XII*, 2005, 23: 131-138.
14. Garnett A et al. Neuroethics and fMRI: Mapping a Fledgling Relationship. *PlosOne*, 2011.
15. Gazzaniga M. "Facts, Fictions and the future of neuroethics", in Illes, J. (ed.), *Neuroethics. Defining the issues in theory, practice, and policy*, Nueva York: Harper Collins, 2006.
16. Gazzaniga MS. *¿Qué nos hace humanos?* New York: Harper Collins, 2008.
17. Greely H. On Neuroethics, *Science*, 2007, 318: 533.
18. Greene JD al. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment, *Science*, 2003, 293: 2105-2108.
19. Green J et al. For the law, neuroscience changes nothing and everything. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 2004, 359: 1775-1785.
20. Hauser M. *Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*. London: Ecco/Harper Collins Publishers, 2006.
21. Hayward R. VOMIT (Victims Of Modern Imaging Technology) – an acronym for our times. *British Medical Journal*, 2003, 326. 1273.
22. Kennedy D. Neuroethics: an uncertain future. Program and abstracts of the 33rd Annual Meeting of the American Society for Neuroscience; November 8-12, 2003; New Orleans, Louisiana; USA.
23. Könniker C. "La visión materialista de la Neuroética". Entrevista a Wolf Singer y Thomas Metzinger, *Mente y Cerebro* 4, 2003, pp. 56-59.
24. Kramer P. *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*. New York: Viking Adult, 1993.
25. Levy N. Cognitive Scientific Challenges to Morality. *Philosophical Psychology*, 2006, 19: 567-587.
26. Lindsay SE et al. Use of modafinil for the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann Pharmacother*, 2006, 40 (10): 1829-1833.
27. Luria AR. *El cerebro en acción*. Barcelona: Ed. Fontanella, 1979.
28. McCabe D et al. Seeing is believing: The effect of brain images on judgments of scientific reasoning. *Cognition*, 2008, 107: 343-352.
29. Mainetti JA. La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 2006, 14: 71-89.
30. Mainetti JA. Bioética del mejoramiento humano. *Quirón*, 2011, 41(1): 6-22.
31. Mayberg SA, et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron*, 2005, 45: 651-660.
32. Mojtabai R, Olfson M. National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*, 2008, 65: 962-970.
33. Mora F. Neurocultura. Una cultura basada en el cerebro. Madrid: Alianza Editorial, 2007.
34. Moreno J, Casebeer W, Giordano J. *International Neuroethics Society*, Annual Meeting, november 11-12, 2011.
35. Nature (Editorial). "Neuroethics Needed. Researchers Should Speak Out on Claims Made on Behalf of Their Science", *Nature*, 2006, 441, 907.
36. Pentagon Preps Mind Fields for Smarter War Stations, Shachtman N, 03.21.07- 2008.
37. Pontius AA. Neuroethics vs Neurophysiologically and Neuropsychologically Uninformed Influences in Child-Rearing, Education, Emerging Hunter-Gatherers, and Artificial Intelligence Models of the Brain. *Psychological Reports*, 1993, 72: 451-458.
38. Rachmuth G et al. A biophysically-based neuromorphic model of spike rate- and timing-dependent plasticity. *PNAS Early Edition*, 2011, 1- 9.
39. Rozanes M. Neuroética psiquiátrica: una asignatura pendiente. *Salud Mental*, 2009, 32: 435-437.
40. Roskies A. "What's 'neu' in Neuroethics?", Bickle, J., (ed.), *The Oxford Handbook on Philosophy and Neuroscience*, New York: Oxford University Press, 2009, 454-470.
41. Safire W. Visiones para un nuevo campo de Neuroética. *Actas del Congreso de Neuroética*, 13 y 14 mayo de 2002. San Francisco, California, USA.
42. Sánchez-Migallón S. La ambigüedad de la neuroética. Conferencia pronunciada en las Jornadas de Clausura del Master de Bioética Universidad Católica San Antonio (Murcia), 21 de enero de 2011. <http://www.bioeticacs.org/?dst=neuroetica>
43. Singh-Manoux et al. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 2012, 344: 36-43.
44. Stagnaro JC. Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética. *Bio-Phronesis: Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina II*, 2007.
45. Wilson EO. "Sociobiology: The New Synthesis", in Wilson EO. *Sociobiology: the new synthesis*. Cambridge: Belknap Press, 1975.
46. Wilson EO. *Consilience: la unidad del conocimiento*. Buenos Aires: *Círculo de Lectores*, Galaxia Gutenberg, 1999.