

Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después

Dr. Juan José Dapuetto*

Resumen

A partir de la conmemoración del 30º aniversario de la creación del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, se propone una reflexión sobre el desarrollo de esta disciplina tanto en los aspectos propiamente disciplinares como profesionales. Se reconoce como antecedente el aporte fundamental de los docentes de la línea de Psicología del Ciclo Básico del Plan 68, quienes provenían principalmente del campo psicoanalítico, de la medicina del comportamiento y de la psicología de la salud. Se destaca la importancia que tuvo la inclusión del modelo biopsicosocial de George Engel tanto en el desarrollo teórico como en la práctica asistencial y docente.

Se describe el campo profesional en sus aspectos asistenciales y docentes. En especial, se comentan las nuevas propuestas y desafíos que surgen a partir del plan de estudio aprobado en el año 2008 y la forma en que la psicología médica está procurando acompañar este desarrollo.

Se plantea también el enfoque de la medicina centrada en el paciente con énfasis en la mejora de la calidad de la asistencia, el desarrollo de las habilidades comunicacionales del médico y los temas del profesionalismo.

Palabras clave: PSICOLOGÍA MÉDICA
CUIDADOS CENTRADOS EN EL PACIENTE
MODELO BIOPSICOSOCIAL
EDUCACIÓN MÉDICA

* Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias Médicas.

Profesor, Director del Departamento de Psicología Médica.

Director del Departamento Clínico de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Correspondencia: Juan José Dapuetto. Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. Av. Italia 2870, piso 15. 11000, Montevideo, Uruguay.

Financiación: Este trabajo no contó con financiación.

Conflictos de interés: No existen conflictos de intereses a declarar.

Recibido: 29/1/16

Aprobado: 10/5/16

El campo disciplinar de la psicología médica

Al definir un campo disciplinar debemos tener en cuenta un conjunto específico de conocimientos que constituyen el objeto de estudio de la disciplina, sus referencias teóricas y sus desarrollos. Es un espacio de construcción de la disciplina desde diferentes vertientes teóricas en tensión y conflicto. El campo disciplinar da sustento al campo profesional con su experticia, sus competencias, sus autoridades científicas y sus profesionales. Las prácticas profesionales no sustentadas en una disciplina carecen de validez y, en el caso de las ciencias de la salud, pueden resultar en daño para las personas. Hace 30 años fue necesario definir un campo disciplinar para la psicología médica, para el cual no había muchos antecedentes que pudieran servir de referencia o modelo. Imaginemos el campo disciplinar como un damero al que vamos agregando las piezas una a una hasta empezar el juego. Las piezas negras son los profesionales con sus prácticas, las piezas blancas son los problemas que esas prácticas procuran resolver. En el caso del juego de damas, todas las piezas tienen la misma forma, se mueven de igual manera, con solo dos posibles direcciones en diagonal y siempre en un mismo sentido. Cuando las piezas “práctica profesional” se enfrentan a las piezas “problema a resolver” las alternativas son pocas: esquivar o comer. Podríamos decir que el campo disciplinar del juego de damas es relativamente sencillo. Ahora repitamos el procedimiento para el juego de ajedrez. Aquí las piezas difieren entre sí y deben jugar de manera integrada y complementaria para lograr el objetivo que es jaquear el núcleo central del problema a resolver. No es lo mismo el juego de la torre que alberga a los arqueros y a las armas de asedio, que la caballería, o el obispo, la reina, el rey, o los aprendices, también llamados peones. Difieren en su rol, provienen de contextos diferentes, tienen historias y destinos diversos. Las piezas de ajedrez están obligadas a funcionar coordinadamente, diríamos como un equipo, porque para alcanzar el objetivo común se requiere una estrategia y tácticas que solo pueden ejecutarse en forma sinérgica.

¿Qué tiene que ver esta analogía del tablero de damas y ajedrez con el nacimiento del Departamento de Psicología Médica (DPM) de la Facultad de Medicina?

En 1985, cuando se crea el DPM, fue necesario generar un espacio de construcción colectiva de una disciplina novedosa en el país pero también novedosa en el mundo. Las piezas estaban, pero provenían de otros tableros, de otros campos disciplinares. Diferían en sus trayectorias, sus marcos teóricos, sus competencias profesionales. Tenían en común sus prejuicios y desconfianzas. Esta construcción de la disciplina generó pre-

guntas tan básicas como movilizadoras. ¿Qué es esto de la psicología médica? ¿Es psicología para médicos? ¿Es psicósomática? ¿Debiera llamarse psicología médica o medicina psicosocial? ¿Debiera ser psicología de la salud o psicología del hospital general? ¿Debe limitarse al segundo y tercer nivel de atención o puede incluir al primer nivel? ¿Es una nueva especialidad médica o una subespecialidad de la psiquiatría? ¿Por qué escindirse del campo disciplinar ya existente de la psiquiatría?

Era un momento fermental estimulado por el calor de la primavera democrática posdictadura y posintervención, época en la que la Facultad retomaba el espíritu del plan 68, que había apuntado a la construcción de una medicina humanista con una línea directriz que era “devolver la medicina al campo de las ciencias antropológicas”, al campo de las ciencias de lo humano. Aquel grupo inicial de docentes de lo que fuera la línea de Psicología del Ciclo Básico, quienes casi en su totalidad provenían del psicoanálisis, había dejado una profunda impronta en la definición del campo disciplinar y se había constituido en la principal referencia en el momento de retomar la tarea a la caída de la intervención.

Del psicoanálisis provenía la actitud crítica y la interpelación a la ciencia médica organicista en su visión reduccionista y en su práctica autoritaria. El psicoanálisis ofrecía también la posibilidad de que el médico comprendiera la importancia de los fenómenos interpersonales que se juegan en la relación entre el médico y el paciente, análogos a los que se viven de manera más manifiesta en la relación analítica. Y dentro de los factores relacionales, la relevancia que tiene la persona del médico en el restablecimiento del estado de salud. Desde el psicoanálisis provenía también la psicósomática, cuyo objeto de conocimiento era la relación mente/cuerpo y la posible relación entre los fenómenos psíquicos y los fenómenos somáticos intervinientes en el proceso salud/enfermedad. En especial, el papel que juegan los factores psicológicos, principalmente inconscientes, en la génesis de las enfermedades somáticas. No hacía tanto de los desarrollos de Franz Alexander, que había estudiado con Freud, y los del Instituto de Psicósomática de París, con Pierre Marty.

A esto se sumaba la perspectiva de la psiquiatría de enlace que ya se había definido, en la década de 1950, como una disciplina delimitada de la psiquiatría, con una teoría y praxis específica, pero que había cobrado un rol cada vez más importante hacia fines de la década de 1970 con el rápido desarrollo de tecnologías médicas como los trasplantes, la medicina intensiva, la cirugía cardíaca, los tratamientos oncológicos y la diálisis, que al tiempo que prolongaban la vida generaban múltiples comorbilidades, entre ellas, sufrimiento psicológico y

trastornos mentales. Se trataba del aporte de psiquiatras clínicos, pero que se desempeñaban en contextos médicos interactuando con equipos profesionales complejos y con pacientes en situaciones críticas y con sus familias.

También los psicólogos participaban de este movimiento desde la conceptualización de la psicología del hospital general con una visión preventiva del sufrimiento psíquico, de psicoprofilaxis, de psicoeducación y de psicoterapia de crisis.

Al mismo tiempo, se incluía en el campo disciplinario la visión de la medicina del comportamiento. Esta respondía a un movimiento que partiendo desde la medicina interna o de las especialidades médicas, buscaba acercarse a las ciencias de la salud mental, procurando tener una mayor comprensión y manejo de problemas cada vez más difíciles de resolver, como eran la modificación de conductas de riesgo y los cambios en los estilos de vida de los pacientes.

También debemos incluir la perspectiva de la psiquiatría psicodinámica representada por psiquiatras clínicos no psicoanalistas, pero con una comprensión dinámica de los trastornos mentales. Probablemente haya habido incluso más aportes.

En la construcción de un campo disciplinario compartido entre los diversos actores incluidos en el tablero de ajedrez jugó un papel fundamental la propuesta de modelo biopsicosocial de George Engel a partir de dos artículos fundacionales: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, publicado en abril de 1977 en la revista *Science*, en el cual hace una crítica al modelo biomédico reduccionista predominante⁽¹⁾, y *The Clinical Applications of the Biopsychosocial Model*, publicado en 1980 en el *American Journal of Psychiatry* y en 1981 en el *Journal of Medical Philosophy*⁽²⁾, en el que propone su modelo biopsicosocial. El término biopsicosocial no es propio de Engel, sino que al parecer fue acuñado por el psiquiatra Roy Grinker en 1950, quien había sido psicoanalizado por Alexander y era integrante del grupo de Engel. El énfasis estaba puesto en lo "bio" para contrarrestar el peso del psicoanálisis en la psiquiatría del momento, mientras que Engel enfatizó en lo psicosocial para contrarrestar el reduccionismo biologicista de la medicina.

Si bien en el plan de estudios de 1968 no aparece el término psicosocial, el concepto está presente. Así, en el capítulo correspondiente al Ciclo de Introducción a la Medicina Integral se propone incluir "la consideración de los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el enfermo, efectuando una comprensión plena e integral de su situación".

La biografía y bibliografía de Engel está disponible en el sitio de la Universidad de Rochester⁽³⁾. El planteamiento

del modelo biopsicosocial fue el punto cúlmine del desarrollo de sus ideas a partir de sus trabajos sobre psicósomática. Este modelo permitió comprender, a partir de la teoría general de los sistemas, la interacción de múltiples factores en el proceso de enfermar, desde los niveles moleculares, el sistema de la biosfera, pasando por los subsistemas celulares, tisulares, de órgano, de dos personas, interpersonales, comunitarios, sociales y culturales.

El modelo de Engel se convirtió rápidamente en un mojón fundamental en el camino de una mayor comprensión de los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, en los procesos de salud y enfermedad. Proporcionaba un esquema práctico, fácilmente comprensible por los clínicos que provenían de las disciplinas médicas así como de los que provenían del campo de la salud mental. Además, era fácil para incluir en la docencia a los estudiantes de medicina.

La aparición de este modelo realmente revolucionó la concepción de la medicina y la práctica médica. Lamentablemente, más lo primero que lo segundo. Al grupo de docentes y honorarios del recientemente creado DPM, el modelo de Engel le calzaba como anillo al dedo en varios aspectos. En primer lugar, daba una visión crítica del modelo biomédico prevalente sustentado, no ya desde la psicología o el psicoanálisis, sino desde la propia medicina y, a la vez, ofrecía un modelo teórico que posibilitaba una praxis transformadora. Permitía integrar la perspectiva psicoanalítica y psicósomática con las visiones de la medicina del comportamiento y las orientaciones cognitivo-comportamentales. Posibilitaba definir un campo de acción compartido entre psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades.

Con todos estos elementos en juego, el campo disciplinar de la psicología médica se constituyó en la intersección de las ciencias de la salud mental y de las otras ciencias médicas. Desde ese lugar, su objeto de estudio ha sido desde entonces lograr una comprensión lo más completa posible de la situación de las personas que padecen una enfermedad médica. Para ello, estudia cómo la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, puede incidir en la aparición, la evolución y el desenlace de la enfermedad, lo que la relaciona con la psicósomática, la teoría del estrés y la psiconeuroinmunoendocrinología.

En la dirección opuesta, la psicología médica estudia el impacto que la enfermedad orgánica determina en el bienestar de la persona también en las múltiples dimensiones de su vida, lo que la constituye en una disciplina clínica que procura aliviar el sufrimiento a través de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, para lo cual recurre al aporte de las teorías y prácticas de las psicoterapias, de la psicofarmacología y de las intervenciones sociales.

Treinta y cinco años después el modelo biopsicosocial generó una serie de transformaciones y desarrollos que a la vez que mostraron su importancia, fueron también dejando en evidencia sus limitaciones.

El modelo biopsicosocial promovía una comprensión más integral de la persona enferma, lo que conllevaba como requisito cambios profundos en la praxis médica habitual, por ejemplo, en la forma en que debía darse el encuentro médico/paciente, el que debía ser algo más que una mera consulta médica, y en cómo debía llevarse a cabo la entrevista clínica, que era algo más que la anamnesis y el examen físico. Estos cambios implicaban pasar de un modelo de relación médico/paciente basado en el predominio del poder y del saber del médico a un encuentro interpersonal, más horizontal, igualitario y participativo, en el que ambos saberes aportaran a la comprensión de la situación y, ante la discrepancia, fuera la perspectiva del paciente la que tuviera preponderancia.

Este cambio en las relaciones de poder en el campo médico no se dieron solamente a partir de la medicina, sino también desde una sociedad civil cada vez más preocupada por la calidad de los servicios de salud, más exigente, más empoderada diríamos hoy día, menos dispuesta a aceptar una relación paternalista donde el médico disponía qué informar y qué no, y tomaba las decisiones con prescindencia de la opinión del paciente.

El campo profesional de la psicología médica

Como en todo servicio universitario las prácticas profesionales abarcan la asistencia, la docencia, la investigación y la extensión. Se hará mención en esta ocasión a las dos primeras y, más brevemente, a la especificidad de la formación en psicología médica y a la necesidad de la certificación de esas competencias.

En el área asistencial, la práctica consiste en la interconsulta médico psicológica o médico psiquiátrica, fundamentalmente basada en el modelo de la psiquiatría de interconsulta o de enlace y la psicología del hospital general. Las intervenciones se hacen a partir de un pedido concreto de consulta desde las salas de internación de las clínicas médicas o quirúrgicas y sus especialidades. En el caso específico de nuestro departamento esto ocurre actualmente en el Hospital de Clínicas y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. El consultante tiene como objetivo lograr un diagnóstico situacional multiaxial biopsicosocial y, a partir de allí, diseñar e implementar intervenciones. En la interconsulta el foco puede estar en el paciente, tal como es el caso de una persona que presenta trastornos adaptativos con manifestaciones de depresión, ansiedad o comportamientos inadecuados, o cuando se trata de precisar si se trata de manifestaciones psiquiátricas de cuadros orgánicos (como sucede a ve-

ces con el *delirium* o las demencias) o presentaciones somáticas de trastornos mentales (como en los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o los trastornos somatomorfos). A esto se agrega las intervenciones dirigidas a la necesidad de cambios en el estilo de vida o de mejorar la adhesión a los tratamientos, o al abordaje de problemas psicosociales, tales como la violencia doméstica, el abuso infantil, las adicciones, la pobreza y otros condicionantes sociales del proceso de enfermar, los duelos y las pérdidas, los conflictos interpersonales. Las intervenciones abarcan también la prevención, la promoción y la educación en salud.

En ocasiones, la interconsulta puede no estar focalizada en el paciente sino en el equipo de salud. Tal es el caso del equipo que busca asesoramiento para comprender los comportamientos del paciente y la forma de ayudarlo. Finalmente, la consulta puede estar enfocada en los problemas de vínculo entre el paciente, la familia y el equipo asistencial. En este caso, el desafío es comprender los conflictos en un nivel interpersonal, grupal e institucional, y se requiere de técnica y mucho arte para realizar intervenciones simples y efectivas en ese complejo contexto vincular.

Además de intervenir con el formato de interconsulta ante solicitudes del equipo asistencial, se trabaja con la modalidad de *liaison* o enlace, en la cual el profesional de salud mental está integrado de manera formal al equipo asistencial. Para conocer más sobre los servicios en los que trabaja el DPM se puede visitar el sitio www.psicologiamedica.hc.edu.uy

Cualquiera sea la forma de incorporación al equipo de salud, las intervenciones de psicología médica deben ser siempre breves y con un fin eminentemente práctico dirigido a la resolución de problemas, con objetivos precisos que deben ser comunicados en un lenguaje claro para los pacientes y los otros profesionales de la salud, con la mínima cantidad de jerga psicológica y de explicaciones psicopatológicas y con un sentido de colaboración mutua con los otros integrantes del equipo asistencial.

Algunos comentarios acerca de nuestro rol. Los equipos de psicología médica pueden estar integrados por psicólogos, psiquiatras y médicos con otras especialidades, como medicina interna o medicina familiar. Tal vez por esto, no tenemos una denominación común de nuestro rol profesional. Si bien a veces se hace referencia al término “psicólogo médico”, el uso no se ha extendido y no resulta cómodo en general para los psicólogos ni para los médicos. El rótulo de “médico psicosocial” es demasiado grandilocuente y aparatoso. El de “psiquiatra de enlace” tampoco es de uso corriente en nuestro medio. Más allá de la ausencia de una denominación aceptada para nuestro rol profesional, no es fácil asumir que

en función de nuestra disciplina, uno ocupa un lugar ex-céntrico dentro del equipo de salud. En este sentido, nuestras intervenciones consisten muchas veces en recomendaciones o sugerencias que el equipo tratante puede tomar o descartar. Cuando los resultados son positivos, el mérito se diluye entre todos los integrantes del equipo interviniente y el reconocimiento muchas veces no llega de la forma que quisiéramos o simplemente está implícito cuando llega un nuevo pedido de consulta del equipo. Cuando los resultados no son los esperados, aún nos queda la tarea de apoyar emocionalmente al resto del equipo ayudándolo a manejar los sentimientos de culpa, rabia o frustración.

Para los psicólogos, integrar equipos médicos es especialmente difícil. Es necesario un entrenamiento específico, muy trabajoso por cierto, para familiarizarse con los términos, las siglas, los procedimientos. Lleva tiempo aprender a manejarse con el poder médico y lograr que en algún momento, con el tiempo, se lo llegue a considerar casi como un “colega”. Para los psiquiatras, el trabajo en el hospital general obliga a aceptar que uno no es el jefe del equipo asistencial como lo sería si hubiera optado por trabajar en un hospital psiquiátrico. Debe adaptarse al hecho de que sus recomendaciones estén expuestas a la evaluación de sus colegas médicos y aceptar la herida narcisista de que sus diagnósticos o tratamientos sean cuestionados. Debe ser por eso que en nuestro país, y en general en otros, haya pocos psiquiatras dispuestos a volver a usar la túnica blanca y circular por las salas del hospital general. Para los médicos de familia o internistas que se han formado en medicina psicosocial, el desafío es vivir en el interregno entre la medicina y la salud mental, entre tener el mote de “médico holístico” con tono burlón desde la medicina, y el de ser considerado un cuáquero por sus colegas médicos psiquiatras. En suma, cualquiera sea el contexto del que provengamos, nuestra posición no es cómoda.

Deberíamos preguntarnos si no es tiempo ya de avanzar en el reconocimiento del campo profesional y de los profesionales de la psicología médica. No parece posible que la disciplina se constituya en una especialidad médica sin perder muchos de sus componentes principales. Pero tal vez sea posible constituir una diplomatura en psicología médica y medicina psicosocial que defina el campo profesional de nuestra disciplina, los conocimientos, las destrezas y las competencias, y que al mismo tiempo proporcione una habilitación para el ejercicio profesional que sea reconocida oficialmente.

Pese a todas las vicisitudes mencionadas antes, nuestro campo profesional resulta fascinante porque nos impone desafíos constantes. Los problemas psicosociales de la práctica médica son siempre novedosos y desafiantes y nuestra ubicación en la intersección entre discipli-

nas médicas y de la salud mental hace que se requiera nuestra participación en situaciones siempre cambiantes.

Voy a poner dos ejemplos, uno que tiene que ver con la relación entre la psicología médica y la mala praxis, y el otro que se refiere a la mejora de la seguridad del paciente.

En cuanto a la prevención de las demandas por mala praxis, rápidamente se vio que no solo estaban relacionadas con el error médico, sino que el paciente o familiar que demandaba una reparación ponía un gran énfasis en la actitud del médico frente al error, a su capacidad de reconocerlo y comunicarlo, y en definitiva a la calidad de la relación médico/paciente, tema para el cual las instituciones encontraron en la psicología médica interlocutores dispuestos a colaborar y ofrecer su experticia. Un ejemplo más reciente tiene que ver con las estrategias para mejorar la seguridad del paciente. Esta es un área en la cual distintos actores del sistema de salud vienen incursionando desde hace años y que, aparentemente, no parecería tener una relación específica con nuestro campo de trabajo. Sin embargo, cuando se exploran los factores determinantes de los problemas de seguridad y riesgo para el paciente aparecen tres aspectos a ser considerados: la posibilidad del error, el bienestar del médico y la propensión a tener comportamientos no profesionales. Un médico con problemas de salud, en especial de salud mental, generará más riesgos y comprometerá la seguridad de sus pacientes. Hablamos de problemas tales como discapacidad por deterioro cognitivo, adicciones, distrés y desgaste profesional, o trastornos psiquiátricos. En el otro vértice de la tríada está la propensión a tener conductas no profesionales como impulsividad, agresividad, autoritarismo, entre otras. Un médico con tales conductas se pondrá a sí mismo y al equipo asistencial en una situación de riesgo para cometer errores, tendrá dificultades para tomar una actitud reparatoria respecto al paciente y a los familiares, y estará más expuesto a demandas legales. A su vez, trabajar en un entorno desorganizado e inseguro genera mayor desgaste en la tarea, predisposición al consumo de sustancias, problemas interpersonales, depresión y hasta suicidio. Un médico en esta situación estará más predispuesto a tener conductas inapropiadas como estallidos de rabia, irritabilidad, poca adhesión a los protocolos e incumplimiento de normas. La combinación de todos estos elementos ha llevado a que fueran convocados psicólogos y psiquiatras formados en el trabajo con médicos y equipos asistenciales para hacer propuestas de prevención, detección, intervención y remediación para estas situaciones, con un enfoque especial en la salud y el bienestar del médico y en la promoción de comportamientos profesionales.

En cuanto al campo de la docencia, de lo expuesto hasta el momento se puede ver claramente que todas las intervenciones asistenciales conllevan un fuerte compo-

nente docente, desde preparar a un paciente y a su familia para una cirugía o la quimioterapia hasta la formación de los equipos asistenciales, sobre cómo dar malas noticias o a manejarse en temas de salud mental específicos.

Sin embargo, el DPM de la Facultad nació en el marco del plan de estudios de 1968 con un perfil netamente docente en el pregrado, con objetivos enfocados en la adquisición de destrezas, aptitudes y actitudes para un adecuado manejo de la entrevista clínica integral, la relación médico/paciente y el adecuado diagnóstico de problemas psicológicos y psicosociales de la práctica médica. El logro de un diagnóstico médico situacional multiaxial no podía alcanzarse con el interrogatorio fuertemente condicionado por la enseñanza tradicional de la semiología médica. Para lograr confeccionar lo que se llamó historia clínica integral se requería un nuevo tipo de entrevista. Fue necesario entonces ampliar la anamnesis médica transformándola en una entrevista clínica semiestructurada, que combinara el relevamiento exhaustivo de la información biomédica con una exploración amplia y comprensiva de los problemas de la persona en su entorno. La docencia, tanto en el pregrado, en el posgrado y en la educación médica continua se fue adaptando a los cambios de las necesidades de los profesionales en formación y de los ya egresados, tanto en los contenidos como en la metodología didáctica. Progresivamente se fueron incorporando los métodos audiovisuales y las tecnologías de la información y comunicación.

En 2008, luego de un proceso intenso de elaboración promovido desde el interior de la institución, pero también motivado por las recomendaciones de los pares evaluadores del mecanismo experimental de acreditación (MEXA – hoy ARCU-SUR) la Facultad de Medicina aprobó un nuevo plan de estudios. En este nuevo plan, el DPM pasó a jugar un rol importante en la implementación de un programa de desarrollo profesional progresivo a lo largo de la carrera que, en forma paralela a la formación técnico-profesional de alta calidad, procura el desarrollo de habilidades comunicacionales y de buenas prácticas profesionales asociado a una fuerte formación humanística, de acuerdo con el perfil del egresado de la Facultad de Medicina, sin por ello descuidar la formación en el adecuado manejo de problemas psicológicos y psicosociales que son competencia del médico general. Llevar adelante un programa de desarrollo profesional no puede ser tarea de un único servicio docente, sino que requiere de la participación coordinada de todos los departamentos y clínicas involucrados en la formación del pregrado con fuerte componente de la Unidad de Ética y la participación fundamental de los Departamentos de Educación Médica, Medicina Familiar y Comunitaria, el Área de Salud Mental en la Comu-

nidad, las Clínicas Médicas y las nuevas materias optativas. Desde el DPM hemos asumido el desafío con gran entusiasmo y optimismo.

El plan de estudios 2008 no solo implicó cambios en los objetivos y en los contenidos curriculares, sino que también requirió aplicar nuevas metodologías pedagógicas como, por ejemplo, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje horizontal y participativo con el docente como promotor y coordinador del proceso de enseñanza/aprendizaje y no como mero proveedor de conocimientos, el aprendizaje entre pares, la inclusión del tutor estudiantil como soporte para la enseñanza, un mayor desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, diversificación de los instrumentos de evaluación del aprendizaje con incorporación de nuevas modalidades. También implicó pasar de un modelo de aprendizaje basado en la adquisición de conocimientos a un aprendizaje cuyo énfasis está puesto en la adquisición de destrezas y por lo tanto con menor énfasis en lo informacional y mucho mayor en el aprendizaje procedimental, en el saber hacer.

Para los docentes de nuestro departamento fue un enorme desafío a la vez que una gran oportunidad el poder sumar nuestros esfuerzos a esta gran iniciativa. La evaluación global que hacemos del proceso hasta este momento es muy positiva, a pesar de los obstáculos y las dificultades que hubo que superar en las distintas etapas. En nuestro caso particular, la enseñanza de habilidades comunicacionales no implica solamente coordinar actividades, sino también integrar y llevar adelante acciones conjuntas con docentes de otras disciplinas, en el entendido de que las habilidades de comunicación y de relación humana se aprenden en el contacto directo con los pacientes, y que el rol modélico por excelencia para el aprendizaje debe ser ejercido por el docente de clínica. Dentro de estas innovaciones incluimos el trabajo con pacientes simulados y tenemos la aspiración de contar en un plazo no muy lejano con un grupo dedicado al teatro en medicina, como con el que cuentan otras facultades en el mundo, modalidad de trabajo que ha demostrado tener un gran potencial para la educación en salud. En este proceso, nuestra función combina la docencia directa con los estudiantes con el apoyo a los docentes. En la docencia directa con los estudiantes, se le proporciona el marco teórico fundamental para la comprensión de la dimensión comunicacional y relacional de la práctica médica. Además, se llevan adelante talleres prácticos que promueven la adquisición de destrezas específicas de comunicación. Al inicio se trata de habilidades básicas y se avanza en la incorporación progresiva de habilidades comunicacionales de mayor complejidad. En cuanto al apoyo a los docentes de clínica se colabora en la incorporación de la perspectiva comunicacional en

los talleres de habilidades clínicas que ellos tienen con los estudiantes.

Volvamos al punto de partida. Han pasado 30 años. ¿Y después qué?

Como decíamos, el modelo biopsicosocial, que tuvo como preocupación central superar el modelo biomédico reduccionista incluyendo las otras dimensiones de la vida humana, generó importantes transformaciones pero también dejó en evidencias muchas carencias y deficiencias. Para superarlas, se ha puesto cada vez más atención en la mejora de la calidad de los cuidados en salud. Como respuesta a esta preocupación, el Comité de Calidad del Cuidado de la Salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos elaboró un documento publicado en el año 2001 titulado *Cruzando el abismo de la calidad: Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI*⁽⁴⁾. Allí se propone el desarrollo de una medicina centrada en el paciente. Este modelo recoge y sistematiza los desarrollos y avances realizados en las tres décadas previas a partir de la aparición del modelo biopsicosocial y del logro de una mayor participación ciudadana en la discusión de temas atinentes al cuidado de la salud, al tiempo que hace propuestas para sortear las carencias en cuanto a la calidad.

Antes de ver en más detalle en qué consiste esta propuesta conviene precisar que el término centrado en el paciente puede ser usado con varias acepciones y connotaciones: 1) puede referirse a una conceptualización teórica en la que se establecen principios fundamentales; 2) puede comprenderse como una propuesta práctica de cómo proporcionar los cuidados de la salud que incluye las conductas interpersonales, las intervenciones técnicas y las innovaciones en los sistemas de salud; 3) puede ser una forma de definir la relación y el estilo de comunicación médico/paciente en donde el énfasis está puesto en las actitudes y habilidades comunicacionales del médico.

Los cuidados centrados en el paciente han sido definido como: “la experiencia de transparencia, trato personal, reconocimiento, respeto, dignidad, elección en todos los asuntos sin excepción, relacionados con una persona y sus circunstancias vinculadas al cuidado de la salud”⁽⁵⁾.

Este enfoque tiene como principios nucleares⁽⁶⁾: 1) considerar necesidades, deseos, perspectivas y experiencias individuales; 2) ofrecer a los pacientes oportunidades de proporcionar sus opiniones y participar en sus cuidados; 3) incrementar la asociación y la comprensión en la relación médico/paciente.

El hecho de poner el bienestar y la seguridad del paciente ante todo, la capacidad de brindar cuidados continuos basados en una relación asistencial participativa,

la disposición hacia la cooperación, la capacidad de negociación y transparencia hacen referencia a actitudes del médico que hoy englobaríamos bajo el término profesionalismo. Con este objetivo de mejorar la calidad de los sistemas de salud en el siglo XXI se propuso un decálogo muy simple:

1. Cuidados basados en una relación asistencial continua.
2. Adecuación basada en las necesidades y en los valores del paciente.
3. El paciente como fuente de control.
4. Conocimiento compartido y flujo libre de información.
5. Toma de decisiones basadas en la evidencia.
6. Seguridad como una propiedad del sistema.
7. La necesidad de transparencia.
8. Anticipación de las necesidades.
9. Disminución continua de gastos innecesarios.
10. Cooperación entre los clínicos.

Varias de estas reglas ponen de relieve la importancia de incluir la perspectiva comunicacional en la formación de los médicos, imprescindible para reconocer las necesidades y valores del paciente, permitir el flujo libre de información y la construcción de un conocimiento compartido, posibilitar un proceso de toma de decisiones basado no solo en la evidencia sino también en las preferencias de la persona y asegurar la transparencia en todo el proceso asistencial. El objetivo de cooperación entre los clínicos también enfatiza en la importancia de mejores habilidades comunicacionales y la capacidad de resolución de conflictos. Estas reglas también enfatizan en continuar con los cambios en la gestión del poder implícito en la relación médico/paciente para que este último sea la fuente de control y en la cual el médico subsidiariamente debe anticiparse a las necesidades del paciente.

No es casual entonces que los temas del VI Congreso Uruguayo de Psicología Médica, en el que se celebró el 30° aniversario de la creación de nuestro departamento hayan sido la calidad, el profesionalismo y la comunicación en salud. Estos tres aspectos están en los fundamentos de una medicina centrada en el paciente, que procura una mayor calidad de los cuidados, comportamientos profesionales de excelencia técnica y alta calidad humana, basados en mejores habilidades comunicacionales del médico.

En los últimos 30 años nuestra disciplina, gracias al aporte de equipos profesionales de calidad, ha ido acompañando estos desarrollos, por lo que estamos en condiciones óptimas de responder a los nuevos desafíos que se nos plantean desde la profesión médica. Si la búsqueda

da de la calidad, el profesionalismo y la comunicación son las líneas directrices para la mejora de la calidad de los cuidados de salud en las próximas décadas, estamos seguros que nuestra disciplina tiene y tendrá mucho para aportar en este camino.

Abstract

Upon the thirtieth anniversary of the creation of the Medical Psychology Department of the School of Medicine, the study presents a discussion on the development of the discipline, both in terms of its field of action and in professional aspects. The foundational basis can be traced up to the Plan 1968 with the contribution of professors who mainly had a background in psychoanalysis, behavioral medicine, and health psychology. The importance of the inclusion of George Engel's biopsychosocial model, both theoretically and in the provision of healthcare services is hereby pointed out. Its professional field is described in terms of service and training. In particular, new proposals and challenges arising from a studies plan approved in 2008 are commented, and the approach by Medical Psychology is discussed. Likewise, the approach of a patient-centered medicine is analysed, emphasizing on the improvement of healthcare quality, the development of physicians' communication skills and professionalism issues.

Resumo

Tomando como punto de partida a conmemoración do 30º aniversário da criação do Departamento de Psicologia Médica da Facultad de Medicina - UdelaR, propõe-se uma reflexão sobre a evolução desta disciplina tanto nos aspectos propriamente disciplinares como profissionais. Reconhece-se como antecedente a contribuição fundamental dos docentes da linha de Psicologia do Ciclo Básico do Plano 68, originários principalmente do

campo psicanalítico, da medicina do comportamento e da psicologia da saúde. Destaca-se a importância da inclusão do modelo biopsicossocial de George Engel tanto na evolução teórica como na prática assistencial e docente. Descreve-se o campo profissional nos aspectos assistenciais e docentes. Especialmente comentam-se as novas propostas e os desafios que surgem do Plano de Estudos aprovado em 2008 e a forma que a psicologia médica está procurando para acompanhar essas mudanças. Aborda-se também o enfoque da medicina centrada no paciente com ênfase na melhoria da qualidade da assistência, o desenvolvimento das habilidades de comunicação do médico e os temas do profissionalismo.

Bibliografía

1. **Engel GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 8;196(4286):129-36.
2. **Engel GL.** The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6(2):101-23.
3. **University of Rochester School of Medicine.** Papers of George Libman Engel. URL: https://www.urmc.rochester.edu/libraries/miner/historical_services/archives/faculty/PapersofGeorgeLibmanEngel.cfm. Acceso: 25 octubre de 2015.
4. **Institute of Medicine.** Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press, Washington DC, 2001. Disponible en <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>. Acceso 15/10/2015.
5. **Berwick DM.** What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* 2009, 28(4):555-565. DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w555)
6. **Epstein RM, Frank P, Fiscella K, G. Shields CG, Sean C. Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR.** Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* 2005, 61:1516-1528