

FORMACION DEL PSIQUIATRA EN IBEROAMERICA*

Alvaro Gallegos (**)

Los psiquiatras de nuestros países, se formaron, antes de la Segunda Guerra Mundial, en Europa y después de ésta, en los Estados Unidos de Norte América, preferentemente. Sin embargo, un sinnúmero de médicos atendían a los enfermos mentales sin mediar ningún proceso específico de formación, sino a través del aprendizaje práctico que les proporcionaba el trabajar en los asilos. Ejercieron y ejercen como alienistas. Como dijo el Dr. René González, Asesor Regional en Salud Mental OPS/OMS en el grupo de estudio que se reunió en Bogotá en junio de 1972, (4) "Tradicionalmente la formación de psiquiatras en América Latina se ha venido haciendo en hospitales psiquiátricos, en su mayoría de carácter custodial, destaralados e incómodos, sobrepoblados, con escaso personal y con un presupuesto insuficiente. A pesar de que hoy, quince años después, en diversos centros de Hispanoamérica se ha logrado organizar programas de formación de psiquiatras de tipo más contemporáneo, no se puede decir que mantengan la calidad programada, pues desarrollan actitudes que, obligadamente se producen para acomodarse a las pobres condiciones, a veces miserable, de la mayoría de nuestros centros públicos de tratamiento psiquiátrico. Estos centros están relegados al último renglón en la importancia presupuestaria en el mismo país y en el mismo sistema, no importando que en otros quehaceres médicos, que podríamos llamar de alto lujo, y que benefician a muy pocos y con resultados rehabilitadores no mejores que los de recuperación en psiquiatría, los programas funcionan con una planilla de gastos increíblemente alta, para países que son pobres.

En el mismo artículo, el Dr. González Uzcátegui (4) informa que existían algunos hospitales modernos y servicios psiquiátricos, en los que la atención y la enseñanza son de aceptables a muy buenas. Mi observación personal es, a través de los últimos 25 años, que la inestabilidad política y económica, así como la falta de arraigo, de la excelencia docente, hacen variar en corto tiempo, la calidad de la enseñanza en un programa y por lo tanto, la formación del psiquiatra. En una encuesta (4)

enviada a todos los centros de formación de psiquiatras en Latino-América, se recibieron 27 respuestas, correspondiendo muy cercanamente a los centros cuyo programa era real y existente. En ese estudio, la mitad de los programas de enseñanza de psiquiatras se hacía en los hospitales generales. La presencia de otros profesionales de Salud Mental en esos centros de formación de psiquiatras es muy variable, tendiendo a ser baja y a considerárseles, en general, por debajo del médico especialista. También se reportó como más frecuente la ausencia que la presencia de una biblioteca adecuada (4). Cuanto más elaborado el programa, más se esfuerza en abarcar los aspectos biológicos y psicofarmacológicos, junto a los aspectos psicodinámicos e interpersonales, produciéndose un doble modelo en el ejercicio de la especialidad. Por un lado, las horas contratadas en asistencia pública, se presenta una orientación farmacológica, con tratamientos sintomáticos en entrevistas breves. El otro modelo, aunque aprendido en y con pacientes del sector público, se aplica a la práctica privada, donde las psicoterapias individuales, conyugales y de familia dominan la práctica. Lo preocupante no es que el futuro psiquiatra se le forme en un marco sofisticado de psicoterapias tanto de inspiración psicoanalítica como de modificación de conducta, sino que es el que ejerza dos tipos de psiquiatría de evidente diferencia de calidad según donde trabaje.

Sin embargo, los principios expuestos por este autor (3) en 1972, los mantengo hoy día: El médico, al hacer una especialidad debe ofrecérsele las posibilidades de informarse y de formarse en toda la gama, cada día mayor en lo concerniente a la psiquiatría. El estudio de neuro-anatomía, neurofisiología y neurobioquímica son básicos. La clínica psiquiátrica, con un claro manejo de la psicopatología, hoy tan resucitada en Norte América al usarla ampliamente en el D.S.M. III, con los criterios diagnósticos; con claros conceptos en la evolución y otros ejes, caracterizantes del individuo, no solo diagnóstico, sino pronósticos de la enfermedad mental. Nuevamente, un profundo y serio aprendizaje en psicofarmacología, hoy día es más importante que nunca. La aplicación adecuada de fármacos es el mínimo que puede esperarse, siendo de gran importancia el conocer los efectos secundarios, la contraindicación de ciertas combinaciones y los trastornos a largo plazo que producen algunas de estas sustancias. Aunque el auge del psicoanálisis y derivados ha disminuido paulatinamente en los últimos 25 años, el marco de la orientación psicodinámica sigue siendo imprescindible en el aspecto formativo, para una mayor comprensión de sí

* Presentado por invitación en el XIV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría.— Santo Domingo, República Dominicana, 1985.

** Profesor retirado de Psiquiatría U. de C.R. Coordinador Nacional de Salud Mental. Vice-Presidente para América Latina de la Federación Mundial de Salud Mental.

mismo y sus relaciones interpersonales, que redundarán en una mejor ayuda al paciente. El psiquiatra general, independientemente del tipo y lugar de trabajo en que vaya a situarse en definitiva, no debe dejar de rotar, para aprender haciendo, por un servicio de psiquiatría infanto-juvenil, y por un servicio de psiquiatría en el Hospital General, especialmente en emergencias y en interconsultas.

Hasta el momento, lo expuesto no difiere de los programas académicos de prestigio en Norte América y algunos programas privilegiados en América Latina de hace un cuarto de siglo. La gran diferencia en el adiestramiento de psiquiatras de ayer y de hoy estriba en la orientación preventivista, la toma en cuenta la acción en los aspectos psico-sociales como productor de desadaptaciones importantes. El trabajo, tanto como el resto del equipo de salud en atención primaria, como el hacerlo en, con y para la comunidad que se sirve, es la tarea fundamental a que deberían dedicarse los profesionales en Salud Mental. Pero ¿cuál es la realidad en el aprendizaje de la psiquiatría? La orientación hacia la psiquiatría social y la orientación comunitaria no ha logrado grandes triunfos en nuestro conglomerado. Se habla, se escribe y se dice de la orientación comunitaria. Sin embargo, a la hora de la verdad, en muy pocos lugares existe, implementado, un programa de ese tipo y esos sitios, en que existe, el mayor número de ellos no pasan de un programa de muestra o piloto, y no abarca, como programa total, todo un país como una política generalizada, salvo contadísimas excepciones ¿y a qué tanto interés en los aspectos de psiquiatría comunitaria? ¿Es que está de moda? ¿Es una actitud diletrante? Aunque de esto hubiere algo de cierto, la verdad es muy otra, la psiquiatría para los grupos minoritarios que la puedan pagar seguirá siendo en esencia un ejercicio médico de tipo clínico y psicoterapéutico y está bien y debe proseguir así para la formación de profesores y de investigadores. Siempre ha de existir un grupo, en número no elevado, para mantener esas direcciones en el grupo académico. En nuestra realidad económica y cultural ¿qué tasa de la población cubriremos con ese tipo de psiquiatría? Varía de región a región y de país a país, pero la norma es que la tasa es muy baja. Y el resto de la población, por lo menos aquella urbana, sub-urbana y semirural que con suerte recibe alguna asistencia psiquiátrica tiene que permanecer en un régimen farmacológico, y en una calidad de consulta médico psiquiátrica en la cual se engaña al paciente, el psiquiatra y el responsable de la salud, pues el beneficio es mínimo para el costo, que es relativamente elevado. Además, ni los problemas atendidos ni la demanda satisfecha corresponden a problemas importantes generadores de desequilibrio mental. En esas consultas no vamos a la base del problema que produce síntomas, problemas que ni pastillas ni tónicos curarán, como no curará la pobreza, la incapacidad por falta de educación, las malas relaciones familiares, ni los aspectos culturales como el alcoholismo y el machismo. Conservadoramente puede decirse, que la mitad de la consulta psiquiátrica del sector público es de ese tipo.

En vez de lograr una mejor adaptación y crecimiento individual, con ese tipo de consulta favorecemos la dependencia infantilizante en la cual en su mayoría mujeres de 30 a 60 años de edad, acuden a experimentar un poco de atención hacia ellas, que por razones obvias de nuestra cultura, dejaron de experimentar de maridos y padres.

Más aún, en un estudio reciente de la Consulta Externa de la CCSS (3) encontramos que la mitad de los pacientes ambulatorios con diagnóstico principal psiquiátrico son atendidos por el médico general. Esta exposición, con cierto tono demagógico, está dirigida a enfrentar el problema de que Hospitales Psiquiátricos o Generales y la consulta de ambulatorios que, al menos en Costa Rica tiene un creciente desarrollo y demanda en las últimas dos décadas, están lejos de solucionar a la gran masa la demanda de servicios psiquiátricos. Y no es solamente que el modelo asistencial es ineficiente, insuficiente y enfermante, sino que el modelo de la formación del psiquiatra, que se tiene que acoplar a este tipo asistencial y se retroalimenta, es un modelo agotado, que no se renueva en la mayoría de los países. ¿Qué podemos hacer? Las opciones son cada día más claras. Una, al estilo de algunos países desarrollados, que en realidad no podemos imitar por nuestras limitaciones económicas y de recursos humanos capacitados, es establecer, junto al sistema de salud, dos sistemas independientes, uno de Psiquiatría tradicional y otro de Salud Mental. Estos dos últimos no sólo serían independientes uno del otro, sino que pronto se convertirían en opositores entre sí, pues en esta opción, el sistema de Salud Mental estaría constituido en su gran mayoría por profesionales en salud mental no médicos. Pero ese sistema es impracticable para la mayoría de nuestros países. Obligaría, además, en el aspecto médico, a la formación de dos tipos de psiquiatría. Otra opción es el crear, paralelo e independiente del sistema de salud, otro de Psiquiatría y Salud Mental. No deja de ser tentador, pero aún es muy caro. Las siguientes opciones, más acorde con nuestras posibilidades es programar acciones preventivas, curativas y rehabilitativas en salud mental, integrando a todos los profesionales (médicos y no médicos) de Salud y de Salud Mental en un sistema funcional y eficiente. El trabajador primario de Salud y el especialista, la enfermera, y el trabajador social, tendrán un objetivo común: prevenir antes de que enferme; curar al ya enfermo, de una manera más expedita. Rehabilitar, restituyendo el paciente a su medio lo antes posible, reinsertándolo social y laboralmente. En ese punto se preguntará más de uno. ¿Este modelo de formación de psiquiatras junto a los sistemas de atención en psiquiatría es lo que este grupo le interesaba? El tema es la formación de psiquiatras para Latino América, todos países en desarrollo en el grupo tercer mundista.

Para nuestra realidad tenemos que facilitarles la información contemporánea, con la recomendación de un ejercicio idóneo de las tareas que la medicina y la salud pública hoy día demandan.

Se aprende lo que se hace. Si no hay un sistema de oferta de servicios organizado de esta manera, mentira que el futuro psiquiatra aprenderá en los libros la orientación psico-social. Ni los programas que tienen experiencias cortas de comunidad, a manera de un añadido, llegan a formar al colega para desempeñar adecuadamente ese nuevo papel. Además, en la primera oportunidad, "necesidades urgentes" del Hospital, de la consulta externa o de otra estructura asistencial absorbe al entrenando, quitándole la ocasión de vivir, aunque sea un mínimo, de esa experiencia en la realidad social y médica general. Por muchos años pensé como Pattison (2) de que el entrenando en psiquiatría no debía ir a la comunidad hasta no haber adquirido pericia clínica adecuada, identidad definida de psiquiatra, saber el manejo asistencial de niños, etc. La razón, hoy me parece es que la motivación era por vanidad. Ir a la palestra, competir con otros médicos, el entrenando en psiquiatría debía lucir bien, casi como un psiquiatra capacitado y no como un aprendiz. Hoy día pienso que la experiencia de trabajo en Salud Mental, con el resto del personal de Salud debe iniciarse desde el primer día de adiestramiento.

RESUMEN

Sin embargo, no que los tres o cuatro años de entrenamiento va a hacer solamente ese tipo de trabajo. Debe promediarse, de acuerdo a posibilidades del lugar de adiestramiento y del interés personal, del residente, todas las otras actividades formativas y áreas del cono-

cimiento psiquiátrico señaladas al principio de esta exposición. Si creo que la Psiquiatría Social, de Comunidad, las acciones en pro de la salud mental debe ser del interés del entrenando, pero para que ocurra un verdadero aprendizaje en esta orientación, para que esto ocurra, las estructuras asistenciales donde se va a formar deben corresponder, existiendo y funcionando de acuerdo a este modelo del ejercicio médico psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA

1. Comisión de Salud Mental C.C.S.S. Reporte Preliminar. Consulta Psiquiatría: profesional que la atiende. Capítulo 5.
2. Gallegos Chacón, Alvaro. Grupo de Estudio sobre formación del Psiquiatra. Adiestramiento de Psiquiatras. Publicación Científica N° 282. 1972. Organización Panamericana de la Salud. Págs 43 - 45.
3. González Uzcátegui, René. Grupo de estudio sobre la formación del Psiquiatra. "La especialización en Psiquiatría en algunos países de América Latina. Publicación Científica N° 282. 1971. Organización Panamericana de la Salud. Págs. 6-10.
4. Mansell Pattison, E.M.D. Residency Training Issues in Community Psychiatry. Amer J. Psychiatry. 128-9 - March 1972, Pages.1097- 1102.