

**PROPUESTA DE REFORMA CURRRICULAR
AREA DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**TRABAJO DE GRADO
ESPECIALIZACIÓN EDUCACIÓN MEDICA
U. DE LA SABANA-CES-ASCOFAME**

**MARTA ISABEL DALLOS ARENALES
TUTOR: ADALBERTO AMAYA**

ENERO DE 2002

***Dedicado a Juan y María por que
ellos son el motor mi vida***

TABLA DE CONTENIDOS

	Pàg.
Introducción	1
1. Planteamiento del Problema	2
2. Justificación	3
2.1 Incidencia de la Enfermedad Mental	3
2.1.1. Trastornos Mentales	3
2.1.2. Consumo de Sustancias Psicoactivas	4
2.1.3. Violencia	4
2.2. Políticas en Salud Mental	6
2.2.1. Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Psiquiátricos	6
2.2.2 Control de los Trastornos Psiquiátricos	8
3. Marco Teórico	9
3.1. Salud Mental	9
3.2. Currículum	12
3.2.1. Reseña Histórica	12
3.2.2. Definición	13
3.2.3. Currículum Alternativo	16
3.2.3.1. Fase de Contextualización	17
3.2.3.2. Fase de Determinación del Propósito de Formación	18
3.2.3.3. Fase de Definición de Núcleos Temáticos y Problemáticos	19
4. Objetivos	20
4.1. Objetivo General	20
4.2. Objetivos Específicos	20
5. Metodología	21
5.1. Fase de Contextualización	21
5.1.1. Microcontexto	21
5.1.2. Macrocontexto	22
5.2. Situación Actual de los Programas Académicos en el área de Salud Mental	23
5.3. Discusión con Docentes y Encuestas a Estudiantes	26
5.3.1. Discusión con Docentes	26
5.3.2. Encuesta a Estudiantes	27
5.3.2.1. Prueba de Conocimientos	27
5.3.2.1.1. Descripción de la Prueba	27
5.3.2.1.2. Gráficos de Resultados	28
5.3.2.1.3. Análisis de Resultados	29

5.3.2.2. Preguntas de Opinión	29
5.3.2.2.1. Descripción de Preguntas y Resultados	29
6. Conclusiones de la Investigación Preliminar	32
7. Propuesta de Reforma Curricular	35
7.1. Campo de Formación Básica	36
7.1.1 Psicobiología	36
7.1.1.1. Objetivo General	36
7.1.1.2. propuesta de Núcleos Temáticos	36
7.1.1.3. Metodología	36
7.1.2. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica	36
7.1.2.1. Objetivo General	37
7.1.2.2. Propuesta de Núcleos Temáticos	37
7.1.2.3. Metodología	37
7.1.3. Psicofarmacología	37
7.1.3.1. Objetivo General	37
7.1.3.2. Propuesta de Núcleos Temáticos	38
7.1.3.3. Metodología	38
7.2. Campo de Formación Profesional	38
7.2.1. Salud Mental	38
7.2.1.1. Objetivo General	38
7.2.1.2. Propuesta de Núcleos Temáticos	38
7.2.1.3. Metodología	39
7.2.2. Psiquiatría Clínica	39
7.2.2.1. Objetivo General	39
7.2.2.2. Propuesta de Núcleos Temáticos	39
7.2.2.3. Metodología	39
6.2.3. Psiquiatría de Enlace	40
6.2.3.1. Objetivo General	40
6.2.3.2. Propuesta de Núcleos Temáticos	40
6.2.3.3. Metodología	41
8. Recomendaciones	43
9. Bibliografía	44
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Salud mental en los individuos mide la capacidad de éstos y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; da cuenta del modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales; Así como del logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común(1).

Sin embargo, el campo de la Salud Mental, entendida como el resultado de expresiones biológicas, psicológicas y ambientales que se determinan mutuamente, y que se configura dentro de lo que podría llamarse procesos de alteración en la integralidad del ser humano, sobrepasa los tradicionales espacios en la psiquiatría y la psicopatología y se remonta a todos los factores y situaciones en los que se destaca un componente simbólico, comportamental afectando las condiciones de vida de las personas, su familia y la sociedad (2). Por lo tanto, las facultades y escuelas de Salud en Colombia, y en particular de la Universidad de la Sabana, requieren un programa de Salud Mental que, teniendo en cuenta los aspectos anteriormente anotados, formen egresados que respondan a estas exigencias en salud mental de nuestro país.

En el caso particular de la Universidad de la Sabana y tomando como base el presente estudio se propone plantear una reforma del programa de Salud Mental actualmente vigente, de tal suerte que actué en concordancia con las políticas en salud planteadas por el Ministerio y de esta manera nuestros egresados puedan dar respuesta a los principales problemas de salud pública que en cuestión de Salud Mental que aqueja el mundo actual y especialmente nuestro país (coincidiendo a la vez la visión de universidad propuesta por las universidades agrupadas ASCOFAME). (3).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el currículum y los programas académicos del área de salud mental están diseñados de tal manera que los egresados de nuestra institución no cuentan con los elementos teóricos y prácticos en esta área, necesarios para responder a las exigencias de la comunidad donde van a desempeñarse.

Los programas académicos tienen un alto contenido teórico y la relación teórico-práctica se encuentra desdibujada en el mayor porcentaje de ellos; Además no se encuentran espacios para el estudio, la investigación y la intervención en los principales problemas de salud pública, tales como la violencia en todas sus presentaciones el consumo de sustancias, ni para el estudio y elaboración de programas de promoción de la Salud Mental y prevención primaria de la enfermedad.

En cuanto a los contenidos básicos, específicamente los contenidos de psicofisiología, se encuentran prácticamente ausentes y materias relevantes para lograr una adecuada atención bio-psico-social de los pacientes con enfermedad general como es la psiquiatría de enlace (atención del paciente con enfermedad médica general), son vistas de manera insuficiente.

La integración del área de Salud Mental con las demás áreas de la carrera, es incipiente, sólo en los últimos semestres se ha logrado algún tipo de abordaje interdisciplinario de ciertos temas y el impacto del área sobre la comunidad aún es escaso.

2. JUSTIFICACIÓN:

La contextualización de un programa de Salud Mental debe partir de un estudio de la incidencia de los trastornos mentales en el país y la región donde se va a desarrollar, así como de las políticas en Salud Mental vigentes.

2.1 Incidencia de la Enfermedad mental

Según los estudios de la Organización Mundial de la Salud y el último estudio de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia elaborado por el Ministerio de Salud en 1997 la Enfermedad Mental se impone como un gran reto u una prioridad para la salud pública moderna debido a su alta incidencia y prevalencia, su potencial cronicidad y severidad y las consecuencias para la familia y la sociedad en general.

Los datos del Banco Mundial, señalan que las enfermedades mentales representan cada vez un mayor protagonismo con respecto a la carga de enfermedad representada en discapacidad y muerte.

2.1.1. Trastornos Mentales

De las diez principales causas de carga de la enfermedad en mujeres entre 15-44 años para 1990(5), la primera causa, tanto en países desarrollados como en desarrollo, fue la Depresión Mayor Unipolar. De esas diez causas, seis corresponden a trastornos mentales (depresión mayor, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de alcohol y lesiones autoinflingidas), y una de ellas se relaciona con el comportamiento (accidentes de vehículos de motor).

En general, para el 2020 se estima que la depresión mayor será la segunda causa de carga de la enfermedad en el mundo, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca(5).

En el ámbito regional la situación es también preocupante, particularmente con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, las neurosis, y los trastornos de personalidad. Los estimativos para el año 2000 sugieren una cifra alrededor de 88 millones de personas afectadas por trastornos mentales en la región, la cual podría ser perfectamente superior dadas las condiciones actuales de violencia.

Colombia cuenta con el Primer Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993, y el Segundo Estudio de 1997 los cuales suministran información epidemiológica sobre trastornos mentales en Colombia.

Para 1997 el 13.6% de los encuestados expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental(5).

Con respecto a las frecuencias de presentación de diversas patologías mentales, el número de personas con alguna probabilidad de trastorno mental se apreciaba en 1993 alrededor del 10.2%. La prevalencia total de ansiedad alcanzó el 9.6%, y el 25.1% refirió algún grado de posible depresión clínica. La percepción informada de retardo mental fue del 2.9% y el 14.3% mostró algún indicador positivo para posible caso de psicosis (5). El intento de suicidio observado fue del 57 por 1.000 (5).

2.1.2. Consumo de Sustancia Psicoactivas

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, actualmente se cuenta además del Segundo Estudio Nacional, el Segundo Estudio de la Dirección Nacional de Estupefacientes, realizado en 1996 (DNE) y que permiten contar con datos muy completos sobre la situación del consumo de sustancias psicoactivas en el país.

De acuerdo con el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, el consumo de alcohol presenta un incremento en la proporción de prevalencia del 18.7% entre 1987 y 1997, señalando una prevalencia del consumo de alcohol en el país del 85.8% (mayor incremento se ha producido en las mujeres) (5). En general, la prevalencia del alcoholismo es del 12% (5).

Los datos presentados por el Segundo Estudio de Consumo de la Dirección Nacional de Estupefacientes, DNE, señalan una prevalencia de vida del consumo global del 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.674.510 consumidores, la mayor parte de los cuales es de sexo masculino.

El consumo en el último año para al menos una sustancia psicoactiva es de 1.6% correspondiente a 400.768 personas (5).

2.1.3. Violencia

No hay duda de que en Colombia se vive una verdadera epidemia de homicidios. Desde el año 1975 Colombia ha visto un incremento en las tasas de homicidios; en la década de 1983 a 1993 esta tasa se incrementó pasando de 5.788 a 28.284 homicidios por año; y hacia 1995 el número descendió a 25.398; estas cifras sirvieron para que la OPS nos cataloga en el año 1995 como el país más violento seguido de Brasil, México y Venezuela (la cifra de muertos por homicidios en Colombia triplica la cifra presentada por Brasil en ese mismo año)(6).

Los altos índices de mortalidad por causas externas se presentan para ambos sexos pero con una significativa superioridad para el sexo masculino, en cuanto al grupo etéreo más afectado, se encuentra que es el grupo de 15 a 19 años, seguido por el de 20-24 años y en tercer lugar el de 25 a 34 años; Es decir son los hombres en edades reproductivas y productivas los que están aportando el mayor número de muertos al país, trayendo consecuencias devastadoras para las familias, la economía y la sociedad misma(6).

Pero no sólo la muerte es la única consecuencia de la violencia en nuestro país, un hecho derivado de ésta es el desplazamiento de población civil, situación que constituye una vulneración grave a los Derechos Humanos de los ciudadanos y que produce implicaciones sociodemográficas que afectan particularmente mujeres y niños provenientes, en un alto porcentaje, de zonas rurales (7).

El 53% del total de la población desplazada corresponde a mujeres, en tanto que el 54%, son niños y niñas menores de 18 años (7).

El desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar y en cada uno de los miembros que la componen, atendiendo a sus especificidades y edad. La mujer en un 36% de los hogares debe constituirse en cabeza de familia de manera forzada e ingresar obligatoriamente a las filas de la economía informal. Los hijos interrumpen bruscamente sus estudios y sólo una quinta parte pueden seguir asistiendo a la escuela primaria. Los hombres, si sobreviven a la persecución, quedan privados de su trabajo habitual y de las pocas seguridades con que contaban(7).

Es así como los hogares que ven obligados a padecer un rápido proceso de desorganización/ reorganización familiar, que con frecuencia provoca el traslado abrupto de responsabilidades y la pérdida de la satisfacción de sus necesidades mínimas que conduce al detrimento de su calidad de vida. De ello son víctimas, especialmente, los

niños y niñas. Además en la búsqueda de la supervivencia física y material, las necesidades emocionales y los efectos psicosociales del desarraigo, el miedo y el temor a la violencia pasan a ser secundarios y sin atención adecuada.

Con respecto a otros tipos de violencias, puede constatarse un incremento en algunos de sus tipos específicos (no hay claridad sobre si representan un incremento real o tan sólo un aumento en el reporte) (7).

La violencia doméstica por ejemplo, mostró un incremento en 1995 con respecto al año anterior. El reporte de casos de violencia intrafamiliar aumentó al pasar de 74 en 1992 a 195 en 1995. Igualmente aconteció con el número de lesiones por maltrato conyugal y maltrato infantil, para el mismo período(7).

Los delitos sexuales reportados en 1995 alcanzaron un nivel de 47 por 100.000 habitantes, cifra superior a la registrada en años anteriores. Casi el 6% de las mujeres en edad fértil de la muestra que conformó el estudio de Profamilia reportó violencia sexual, con una edad promedio de abuso por primera vez de 18.7 años (7).

2,2 Políticas en Salud Mental en el País:

Ante las cifras presentadas y preocupado por el marcado deterioro de la Salud mental de los Colombianos el Ministerio se dio a la tarea de formular Políticas de Salud Mental tendientes al control y reducción de estas problemáticas

La formulación de la Política integra los factores condicionantes como son los aspectos biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos y culturales y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupos étnico y género(7).

La Política Nacional de Salud Mental pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado, enmarcado legalmente en la Constitución Nacional, la descentralización institucional y la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993. Es decir los futuros médicos egresados de nuestra facultad deben contar con las herramientas necesarias para que ubicados en cualquiera de estos componentes del estado pongan en marcha los diferentes programas aquí propuestos:

2.2.1. Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos.

Este componente incluye:

Apoyo a las acciones tendientes a aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad, instrumentando con este fin la movilización de figuras claves como estrellas del deporte, artistas de renombre y científicos, entre otros. De la misma manera se debe utilizar los medios de comunicación social y la concertación de alianzas intra e intersectoriales. El propósito de éstas es integrar los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores.

El fomento de cambios de conducta con el fin de adoptar estilos saludables de vida. (La reducción de las conductas violentas y el estímulo de la convivencia pacífica.).

La coordinación con otras instituciones intra e intersectoriales a fin de implementar conjuntamente el Plan de Acción Nacional de Promoción de la Salud Mental, destinado a fomentar el desarrollo psicosocial y mental de la niñez, que tiene dos áreas de acción principales:

El Estímulo del desarrollo temprano (afectivo y cognitivo), y la reducción de conductas violentas contra la niñez (castigo corporal y maltrato).

Los alcaldes distritales y municipales, como responsables del Plan de Atención Básica, PAB, realizarán las actividades de promoción contempladas en la Resolución 4288 de 1996 en lo que se refiere a:

La salud integral de niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusválidos y de la población del sector informal de la economía; La salud sexual y reproductiva; La violencia con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica; La exposición al tabaco y al alcohol; y otras que determine la autoridad sanitaria.

La misma resolución establece como función de la dirección departamental de salud el brindar asistencia técnica, evaluar y supervisar los PAB municipales, así como también el elaborar concertadamente con los alcaldes el PAB departamental que incluya acciones no contempladas en los PAB municipales o distritales.

De la misma forma, la Resolución número 03997 de 1996, en su artículo 6o. numeral 10 establece las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que

son de obligatorio cumplimiento por las EPS y las IPS, así como también por las ARS, entre las que tenemos: La Promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, autoestima y manejo del estrés; la promoción de la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos; y la detección precoz de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato infantil.

2.2.2. Control de los trastornos psiquiátricos.

Las EPS y ARS contratarán las actividades, procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos establecidas en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) con las IPS de la red pública y privada que cumplan con las normas mínimas exigidas en la Resolución número 4252 de 1997, o su equivalente, para las instituciones que presten servicios en salud mental de baja, mediana y alta complejidad.

Son problemas prioritarios para el Sistema de Seguridad Social en Salud los siguientes: Las urgencias psiquiátricas; los trastornos psiquiátricos crónicos, la comorbilidad de trastornos físicos con trastornos mentales en la consulta externa de medicina general y la comorbilidad de trastornos físicos con trastornos mentales en la consulta externa de medicina general.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Salud Mental

Teniendo en cuenta la definición de Salud Mental dada al inicio (1), Es importante conocer los campos de acción de esta área:

Ciencias Básicas y Aplicadas del comportamiento: Los avances en la neurociencias del comportamiento y de las diferentes enfermedades psiquiátricas, exigen que el médico de hoy indague, analice y elabore conocimientos actualizados que faciliten su diagnóstico e intervención terapéutica.

Las neurociencias del comportamiento han emprendido la búsqueda y localización de los circuitos y las vías involucradas en la función cognitiva, en los diferentes estados emocionales y en los comportamientos del individuo.

En la actualidad se conoce e investiga las diferentes áreas de asociación cognitiva (antes llamadas áreas silentes del cerebro), relacionadas con los procesos planeación de actos motores complejos según sea el resultado o la consecuencia esperada, Por ejemplo ahora conocemos cuales áreas, vías, neurotransmisores etc., están relacionados con aquellas tareas que requieren actos motores complejos cuando en el momento de responder, las señales o claves esenciales no están presentes en el entorno, sino que tienen que recordarse en un proceso de memoria a corto plazo (memoria de trabajo), o áreas, vías, circuitos y neurotransmisores involucrados en la ejecución de actos motores donde la posición espacial de la clave sea importante(8).

Se investiga áreas circuitos, vías, neurotransmisores involucrados en los procesos de alertización (proceso atencional que implica anticipar la respuesta al estímulo), procesos de atención a estímulos visuales, estímulos auditivos con contenidos semánticos, o aquellos procesos de atención que tienen como misión extraer un estímulo importante de un contexto (núcleos posteriores del tálamo) (8).

El aprendizaje y la memoria es quizá una de las áreas de mayor interés para los investigadores de ciencias básicas del comportamiento, ya su conocimiento nos permite mejorar la capacidad del hombre para aprender de su ambiente y por tanto para mejorar sus conductas. En este campo se investiga los cambios neuronales y moleculares producidos ante los diversos tipos de aprendizaje: La depresión de la transmisión

sináptica en el aprendizaje no asociativo tipo habituación, el aumento de la transmisión sináptica en el aprendizaje no asociativo tipo sensibilización, la facilitación presináptica aumentada en el condicionamiento clásico, la potenciación a largo plazo en el hipocampo en los almacenamientos de la memoria explícita (proceso creativo donde se realiza síntesis y reconstrucción es decir el que empleamos en el aprendizaje en el aula). (8, 9)

En cuanto al conocimiento de la emoción, los investigadores de las ciencias básicas del comportamiento, intentan conocer como están reguladas cada uno de las emociones normales del individuo: placer, exaltación, euforia, tristeza, abatimiento, depresión miedo, ansiedad, ira, hostilidad, calma, etc.

Por esta razón en la actualidad quienes manejamos al individuo, podemos conocer que las emociones se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y esquelomotoras que dependen de regiones subcorticales el sistema a nervioso, la amígdala, el hipotálamo y el tronco cerebral; además se intenta conocer más exactamente las vías, mecanismos celulares y moleculares involucrados en la representación cortical de la emoción, es decir en que momento percibimos nuestro estado de ánimo, llegando a visualizar que es el núcleo central de la amígdala quien proyecta a áreas corticales de asociación (especialmente el cortex orbitofrontal y la circunvolución del cíngulo), para producir la percepción consciente de la emoción(8,9)

Pero, la investigación en ciencias básicas del comportamiento es mucho más vasta que los ejemplos anteriormente anotados y por todo el mundo los grupos se encuentran trabajando en cada una de las funciones mentales del individuo, arrojando cada día valiosa información que nos permite, no solo conocer los aspectos biológicos del individuo, sino acercarnos al manejo biológico de sus alteraciones.

En cuanto a la investigación en neurociencias aplicadas, los ejemplos son aún mayores: Las investigaciones en genética de las enfermedades mentales tales como la investigación en gemelos monocigotos esquizofrénicos y los estudios de los árboles genealógicos de las personas afectadas, que han encontrado relación con más de la mitad de los cromosomas de estos pacientes, en la producción de la enfermedad, en especial: los brazos largos de los cromosomas 5, 11 y 18 y el brazo corto del cromosoma 19 y cromosoma X. Igualmente y para Los trastornos del estado de ánimo se halló que la heredabilidad tiene gran peso en el T. De animo Bipolar, aproximadamente el 50% de los pacientes con este trastorno tienen por lo menos un pariente con un trastorno del estado

de ánimo (generalmente trastornos depresivos). Además se ha encontrado una concordancia en gemelos monocigotos de más del 50% (específicamente en T. Del ánimo Bipolar) y marcadores genéticos a nivel del cromosoma 5, 11 y X (2)

Otras investigaciones aplicadas y que nos tocan más de cerca de los Colombianos son las que se han realizado con pacientes con T. Por Estrés Postraumático: estas nos muestran como los pacientes expuestos a estrés severo (secuestro, bombardeos, violaciones etc.), presentan una activación crónicas de los sistemas adrenérgicos (sujetos permanentemente activados), anomalías en el sistema opiáceo, alteración del eje hipotálamo - hipófisis -adrenal, con aumento del factor liberador de corticotropina, muerte de neuronas hipocampales (involucradas en la alteración de la memoria que presentan estos pacientes)(2).

Por otro lado, el gran auge que a tenido la investigación y el desarrollo de las diferentes terapias biológicas en la psiquiatría a partir de mediados del siglo pasado, obliga a los médicos del futuro a conocer los aspectos generales de la psicofarmacología: los aspectos farmacocinéticos, farmacodinámicos y la terapéutica. La industria farmacéutica todos los días nos presenta un nuevo fármaco y el médico debe estar preparado para enfrentarse con conocimientos sólidos y verdaderos con las multimillonarias campañas publicitarias y la presión ejercida por los laboratorios y los visitantes médicos.

3.2. curriculum

3.2.1. Reseña Histórica

En épocas tan remotas como la de Plantón la educación, ya estaba llamada a ubicar a cada individuo en la sociedad de acuerdo a sus aptitudes e intereses; una vez aparecen los estados nacionales, la educación se desliga de su función claramente escolástica para enfrentar los cambios sociales, políticos y religiosos que vivía la Europa de fines del siglo XVI y comienzos del siglo XVII(10)

A finales del siglo XIX y durante el siglo XX, la relación Estado, Sociedad y Educación se estrecha, se generaron sistemas educativos homogenizantes que permitieron la perpetuación del poder sobre la sociedad.

Bajo esta influencia del estado surge, en 1918 el campo curricular como un área especial de la educación(10). La primera teoría curricular parte de la teoría social del positivismo y la teoría psicológica del conductismo, y es esbozada por F. Bobbit en su libro *The curriculum* (1918): "La teoría central es simple. La vida humana aunque variada consiste en la realización de actividades específicas. Una educación que prepara para la vida será aquella que prepare definida y adecuadamente para estas actividades específicas. Se puede conocer por numerosas y diversas que sean las actividades que corresponden a una clase social determinada. Para esto basta con internarse en el mundo de los negocios y actividades y observar las características de cada una de las ocupaciones. Esto pondrá de manifiesto las habilidades, actitudes, hábitos. Apreciaciones y formas de conocimiento que necesita el hombre. Estos eran los objetivos del curriculum. Serán numerosos, definidos y particularizados. El curriculum consistirá en las series de experiencias que deben tener los niños y los jóvenes a fin de alcanzar aquellos objetivos"(11).

Posteriormente Tyler en 1949, sistematiza y hace coherente los objetivos específicos en el campo curricular y desde entonces estos objetivos se convierten en el eje de la evaluación y de la educación, hasta tal punto que el concepto de curriculum empieza a reemplazar el término pedagogía y equivale al vocablo educación(10)

Hacia 1956 Bloom publicó el libro "Taxonomía de los Objetivos Educativos", donde pretendía clasificar los objetivos como se clasifican los fenómenos biológicos; Para tal fin propuso establecer objetivos educativos como formas de conductas o comportamientos observables clasificables y por supuesto medibles, de tal forma que

podieran ser cambiados de acuerdo al interés curricular que se quiere lograr, según se afecte el pensamiento, el sentimiento o la acción.

Estas tendencias curriculares basadas en el positivismo perduraron hasta los años 60, cuando el constructivismo empezó a ser el eje de los sistemas educativos.

Durante este periodo de desarrollo de las teorías curriculares el estado aseguró que la educación fuera el mecanismo mediante el cual las sociedades transmitían sus valores y normas a las generaciones sucesivas, fuera el principal instrumento de movilidad social (asignara status y roles en la sociedad) y de reproducción de las relaciones sociales.

En la actualidad y con el neoliberalismo se ha venido produciendo una retirada del estado sobre la educación, deja en manos de la sociedad civil y a los organismos intermedios la educación y por tanto el curriculum. La sociedad civil tiene entonces la misión de participar activamente en la educación vigilando que ésta responda a las necesidades e intereses que la sociedad moderna plantea (formación de los recursos humanos para la competitividad internacional y la moderna ciudadanía).

3.2.2. Definición:

Existen tantas definiciones de curriculum como estudiosos del tema han existido; con Bobbit en 1918, se dio una de las primeras definiciones de éste, y a partir de allí, el concepto ha sido analizado y argumentado por varios autores; todos ellos han incluido como aspectos constitutivos o elementos estructurales los siguientes(12):

1. Asumen una visión socio-política específica sobre la educación
2. Concretizan una concepción sobre el conocimiento y su intencionalidad
3. Explicitan una posición frente al cambio
4. Caracterizan al estudiante y a la escuela
5. Comportan un discurso regulativo y un discurso instruccional

Para Lee y Lee (1960), el currículum “es una estrategia que usamos para adaptar la herencia cultural a los objetivos de la escuela”

Kearney y Cook (1969) “todas las experiencias que el estudiante lleva a cabo bajo la tutela de la escuela”

Shores (1970), consideraba que “el currículum es una secuencia de experiencias potenciales con los propósitos de disciplinar al individuo en trabajos de grupo, en el pensamiento y en la acción”

Taba (1974) “el currículum es el camino de preparación de los jóvenes para participar como miembros productivos de nuestra cultura”

Para R.S. Zals (1976): “el curriculum puede ser asumido de dos maneras a) como un plan de estudios y b) para identificar un campo de estudios”.

Anderson (1977) “Currículum es el conjunto de fuerzas interactuantes en el ambiente total ofrecido a los alumnos por la escuela y las experiencias que los alumnos ganan en este ambiente”

W Shubet, concibe el currículum de manera plurifuncional y considera que puede ser entendido como: conjunto de conocimientos, como programa de actividades planificadas, como resultados pretendidos de aprendizaje, como experiencia, como temas y destrezas, como programa que proporciona contenidos y valores en los alumnos y como reconstrucción social.

G Whitty (1981) señala que el curriculum pasa a considerarse como una invención social que refleja elecciones sociales conscientes e inconscientes, concordantes con los valores y creencias de los grupos dominantes de la sociedad.

Bernstein (1984), lo define como las formas a través de las cuales la sociedad selecciona, clasifica. Distribuye, trasmite y evalúa el conocimiento educativo considerado público, refleja la distribución del poder y los principios de control social. El curriculum define lo que se considera el conocimiento válido, las formas pedagógicas, lo que se pondera como la transmisión válida del mismo y la evaluación define lo que se toma como realización válida de dicho conocimiento.

Para Michael Apple (1987), el curriculum es un enfoque puramente economicista para comprender el poder reproductor de la educación, no explica como los resultados de la escuela son “creados” también por ella misma, en tanto que es una instancia de mediación cultural.

S. Kemmis (1987) afirma que “las teorías curriculares son teorías sociales, no sólo porque reflejan la historia de las sociedades en las que surgen, sino también en el sentido de que

están vinculadas con posiciones sobre el cambio social y en particular con el papel de la educación en la reproducción o transformación de la sociedad.

J Grundy (1987), “el curriculum no es un concepto sino una construcción cultural. Esto es, no se trata de un concepto abstracto que tenga algún tipo de existencia fuera y previamente a la experiencia humana, mas bien es un modo de organizar una serie de prácticas educativas”

Para Joan Rue (1994) el curriculum puede ser analizado desde tres perspectivas básicas: el curriculum como estructura académica o plan de estudios, el curriculum como contexto normativo de la interacción educativa y el curriculum como experiencia educativa

Esta conceptualización de curriculum da origen a dos tendencias de desarrollo curricular la primera es el denominado modelo de la racionalidad técnica cuyo exponente mas destacado es R Tyler, quién lo define como un problema técnico; la relevancia de los expertos externos en su papel de guía en la planificación educativa y toma de decisiones y su capacidad de control sobre el proceso, a través de la evaluación externa.

El segundo es el modelo de proceso, con Stenhouse, Grundy y Elliot, ellos plantean que el desarrollo curricular es una práctica social, ello significa que no se inferirá necesariamente de más proposiciones de autoridad externa por fundamentadas que sean, si previamente no son asimiladas en términos de necesidad, de economía de la acción, de autoimagen profesional, en los propios esquemas conceptuales y profesionales de los docentes y en sus habilidades. Stenhouse define el currículum como “el intento de comunicar los principios esenciales de una propuesta educativa, de tal forma, que quede abierta al escrutinio crítico y pueda ser traducida efectivamente a la práctica”.

A. de Alba entiende por curriculum. La síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta política-educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, en donde algunos de éstos son dominantes y otros tienden a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía, síntesis a la cual se arriva a través de diversos mecanismo de negociación, lucha e imposición social.

En Latinoamérica Magendzo (1996) propone un currículum comprehensivo entendido como un proceso de búsqueda de negociación de valoración de crecimiento y de

confrontación entre cultura universal y la cultura de la cotidianidad y la socialización entre la cultura de la dominación y la cultura dominada.

En Colombia Díaz (1997) lo define como “el cuerpo de conocimientos o como tradicionalmente los llamados contenidos seleccionados, organizados y distribuidos considerados legítimos en toda institución educativa. En 1978 el decreto 1419 lo define como “Un conjunto estructurado de principios y normas que orienta el proceso educativo mediante la formulación de objetivos, determina las áreas de formación y los criterios para la organización de actividades complementarias, establece la metodología y los criterios de evaluación y fija pautas para la aplicación y administración. Posteriormente la ley 115 de 1994 lo definió como “el conjunto de criterios, planes de estudio, programas, metodologías y procesos que contribuyen a la formación integral y a la construcción de la identidad cultural, regional y local, incluyendo también los recursos humanos, académicos y físicos para poner en práctica las políticas y llevar a cabo el proyecto educativo institucional”.

3.2.3. curriculum alternativo:

La propuesta de un currículum alterativo, aparece como respuesta a la problemática curricular existente hoy día en la educación; esta propuesta entiende al proceso curricular como un proceso eminentemente investigativo, al cual se accede por aproximaciones sucesivas que exige una acción colectiva y concertada para su elaboración permanente(13).

Además enfatiza en la necesidad de integración curricular en los diversos espacios culturales:

- ◆ Integración de la escuela a la vida: No se educa para la vida, sino la educación es la propia vida.
- ◆ Integración del sector educativo con los sectores políticos, económicos, industriales, comerciales y culturales del país.
- ◆ Integración de la cultura académica, disciplinaria y enciclopédica con la cultura de la cotidianidad.
- ◆ Integración de la educación, la ciencia y la tecnología.

- ◆ Integración de disciplinas, esto entendido como el reto mediante el cual se garantiza la concurrencia simultánea o sucesiva de saberes sobre un mismo problema.
- ◆ Integración de los diferentes niveles educativos y modalidades.

La propuesta de un currículum alternativo se argumenta de una manera sólida, a través de los siguientes elementos conceptuales:

- 1) Es un proceso de elaboración permanente y colectiva
- 2) Es un proceso vinculante: los contenidos deben ser producidos al interior mismo de la práctica educativa, de tal suerte que los actores participen y aporten activamente tanto a su elaboración como a su ejecución y reconstrucción.
- 3) Debe tener una pertinencia social, una pertinencia académica: el currículum debe atender a las exigencias de pertenencia social y estar en estrecha relación con los fines educativos de la institución. Las necesidades del medio y el desarrollo social e individual.
- 4) Debe ser participativo, flexible y práctico: Un currículum abierto permanentemente al cambio permite que la comunidad participe activamente de su en su evaluación y reestructuración.
- 5) Debe facilitar la interdisciplinariedad entendida como la concurrencia, simultánea o sucesiva, de saberes sobre un mismo problema, proyecto o área temática.
- 6) Debe ser evaluado permanentemente: la evaluación debe asumirse como un elemento inherente a toda construcción curricular, que permite el análisis objetivo y concreto de los aciertos y errores.

La propuesta del currículum alternativo se desarrolla en tres fases o etapas, de la siguiente manera:

3.2.3.1.Fase de Contextualización:

En esta fase tiene por finalidad ubicar al currículum en un contexto específico, aquí es necesario diferenciar lo relacionado con los planes y programas a nivel nacional, las tendencias de desarrollo en el área específica de formación y las

condiciones socioeconómicas y culturales, de los factores específicos como la filosofía institucional, la oferta académica, los programas y proyectos institucionales y locales, es decir diferenciar lo considerado como macrocontexto del microcontexto, para con esto determinar las necesidades reales que darán razón y sentido al proyecto curricular.

Una vez determinadas las necesidades reales en esta primera fase se inicia un proceso de jerarquización y priorización, de tal suerte que el proyecto pueda dar respuesta a las necesidades sociales y académicas de su región.

3.2.3.2.Fase de Determinación del Propósito de Formación:

En esta fase se debe inicialmente precisar el objeto de transformación, ya que este orientará los desarrollos específicos en lo relacionado con las acciones de investigación que lo soportan, así como también las áreas o actividades prácticas de extensión y vinculación con la comunidad.

Posteriormente y mediante un trabajo reflexivo realizado con la comunidad académica, profesores, directivos, instituciones vinculadas con la universidad y sociedad en general se elabora un propósito ideal de formación, que deberá ser confrontada con la situación real de la institución y los actores del proceso.

Al final de todo lo anterior se obtendrá la determinación del propósito de formación, entendido como la descripción de las características sustantivas que identifican y marcan la especificidad y peculiaridad del proceso, en consonancia con los principios y fundamentos que orienta la comunidad educativa de la institución y los objetivos del PEI. Estas características sustantivas pueden ser: acciones que se espera que realice y problemas que debe abordar y resolver en el marco del proceso formativo, instrumentos y métodos que debe usar para su ejercicio profesional y social, características de la población que debe asistir, caracterización del contexto social y del medio ambiente en el cual se espera que se desempeñe el profesional, énfasis que deberá caracterizar su desempeño y costos y fuentes de financiación entre otros.

3.2.3.3.Fase de Definición de Núcleos Temáticos y Problemáticos:

En esta fase se define la estrategia o plan operativo para alcanzar el objetivo propuesto. Teniendo en cuenta que el énfasis de esta propuesta curricular alternativa es la integración, se inicia en esta fase la construcción de núcleos temáticos y problemáticos entendidos como: "el conjunto de conocimientos afines que posibiliten definir líneas de investigación en torno al objeto de transformación, estrategias metodológicas que garanticen la relación teórico – práctica y actividades de participación comunitaria.

Este concepto de núcleos temáticos exige que diferentes saberes concurren simultánea o sucesivamente, por tal razón requiere del concurso de todos los docentes para asegurar una adecuada integración de la docencia la investigación y la participación comunitaria, así como la integración entre la teoría y la practica.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Contextualizar el programa de Salud Mental, desarrollando la primera y segunda fase del modelo de Currículum Alternativo y a partir de esta, proponer una reforma curricular en esta área, atendiendo a las políticas en Salud y Educación vigentes y a la visión y misión de la universidad consignadas en el PEI, de tal manera que futuro médico egresado de la institución tenga sólidas bases a nivel de promoción, prevención y atención de la salud y enfermedad mental, además de un perfil humano, investigativo, profesional y laboral que le permita su crecimiento como persona y ser social, como constructor y formador de ciencia y que le facilite su incorporación y realización en el mundo de trabajo que el país necesita y exige.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1. Realizar investigación sobre la situación en Salud Mental y sobre las políticas en salud y educación vigentes en nuestro país y que den pautas para realizar un proyecto de reforma curricular en el área de salud Mental.
- 4.2.2. Indagar y consignar las necesidades y opiniones de los diferentes estamentos de la Universidad, respecto del área de Salud Mental.
- 4.2.3. Desarrollar una propuesta de reforma curricular acorde a las exigencias del país y según lo planteado para la Salud Mental de los colombianos por el Ministerio de Salud, teniendo como base los lineamientos planteados por la universidad en su PEI.

5. METODOLOGÍA

Este proyecto se basará en el modelo de curriculum alternativo esbozada en el texto: Retos para la Construcción Curricular del profesor Nestor Ernesto López, y se desarrollará en cuatro fases: la primera será una fase de contextualización, la segunda fase será de análisis del estado actual del programa en la institución, la tercera fase será el resultado del diálogo con los actores (docentes y estudiantes) y finalmente la fase de elaboración de la propuesta general de reforma curricular.

Para este desarrollo se toma la definición de curriculum como aquella estrategia empleada por la institución para adaptar la herencia cultural a los objetivos mismos de esta; además, y siguiendo la propuesta de currículo alternativo (10), se propone que el currículo que integre la institución con la vida, con los sectores políticos, económicos industriales, comerciales y culturales del país, con la ciencia y tecnología, con las otras disciplinas y con los diferentes niveles educativos.

5.1. **Primera Fase: Contextualización:**

5.1.1 Microcontexto:

El proyecto de reforma curricular debe seguir los lineamientos propuestos por la universidad en su Proyecto Educativo Institucional (11). En nuestro caso el PEI consagra como misión: que los profesores, alumnos y demás miembros del claustro universitario se comprometan libremente, en unidad de vida, con coherencia de pensamiento palabra y acción a buscar, descubrir, comunicar y conservar la verdad, en todos los campos del conocimiento, con fundamento en la concepción cristiana del hombre del mundo, como contribución al progreso de la sociedad.

Además, de lo anterior, se tiene como misión promover el respeto a la dignidad trascendente de la persona humana, propiciar el perfeccionamiento integral de todos los miembros de la comunidad universitaria con atención personalizada, fomentar la realización del trabajo vivido como servicio y medio para construir una sociedad justa, pacífica y solidaria. Relacionarse con todos los sectores de la sociedad y contribuir con legítimas soluciones a sus múltiples y complejos problemas mediante un trabajo interdisciplinario, competente y solidario, resultado de la acción articulada de investigación y docencia, que mira al bien común, a la convivencia y cooperación entre los hombres,

sin discriminación alguna, y al reconocimiento incondicionado de la vida humana, de la persona y de la familia en la sociedad.

5.1.2 Macrocontexto

En cuanto al contexto nacional el nuevo currículo debe responder a las necesidades del país; debe dar elementos suficientes a los estudiantes para enfrentarse los cambios que nivel epidemiológico ha venido sufriendo el mundo y Colombia en particular, debe además conocer las políticas que en cuestión de salud mental ha diseñado el gobierno Colombiano y que tiene como marco de referencia: La Constitución Nacional artículo 11, 12, 44, 47,49,51 y 366; La Ley 9ª. De 1979: artículo 460 (que hace referencia a las drogas y medicamentos de control especial), artículo 594 (la salud como bien común), artículo 597 (las normas de salud son de orden público); Ley 30 de 1986 (ley antidrogas); Ley 60 de 1993 (descentralización de la salud); Ley 65 de 1993 (reglamenta servicios en hospitales psiquiátricos); Ley 100 de 1993 (que propone lograr cobertura universal de seguridad social en salud). , creando los Regímenes contributivo y subsidiado a fin de garantizar la atención de servicios de salud contemplados en el POS, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de las instituciones prestadoras de Servicios (IPS), además da una cobertura familiar al plan obligatorio de salud), Ley 24 de 1994(consumo de alcohol y venta a menores); Ley 361 de 1994 (rehabilitación para limitados mentales - constitución del 91, artículos: 13, 47, 54 y 68); Ley 383 de 1997 (destinación del IVA social) Plan Nacional de Desarrollo (que contempla programas de protección social para grupos vulnerables) (7)

Además de responder a lo planteado a nivel del sector salud, también el currículo debe estar acorde con la reglamentación que desde el sector educación rige para la educación superior y que se encuentra consignada en la ley 30 de 1992; más concretamente, este currículo debe perseguir los objetivos consignados allí y que hacen referencia a los objetivos de toda institución universitaria como son los de: Profundizar en la formación integral de los colombianos, capacitándolos para cumplir funciones profesionales, investigativas y de servicio social que requiere el país; Trabajar por la creación, el desarrollo y la trasmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones; Prestar a la comunidad servicios con calidad; Ser factor de desarrollo científico, cultural, económico, político y ético a nivel nacional y regional; Contribuir al desarrollo de los niveles educativos que le preceden; Promover la unidad nacional, la descentralización, la integración regional y la cooperación interinstitucional con miras a que las diversas zonas del país

dispongan de los recursos humanos y las tecnologías apropiadas que les permitan atender adecuadamente sus necesidades; Promover la formación y consolidación de comunidades académicas y la articulación con sus homólogas a nivel internacional; Promover la preservación de un medio ambiente sano y fomentar la educación y cultura ecológica y finalmente conservar y fomentar el patrimonio cultural del país. (12)

5.2. Segunda Fase: Análisis de la Situación actual de los Programas Académicos en la Sub-Area de Salud Mental:

El componente de Salud Mental del Programa de Medicina de la Universidad de la Sabana esta constituido administrativamente como una sub- área; para que se constituya como departamento o área, debe cumplir los siguientes seis requisitos mínimos: Por lo menos tres profesores de planta; al menos un Doctor o un Magister; al menos una línea de investigación aprobada por la Universidad, que contemple a futuro una publicación; Adecuada dotación física y bibliografía y Vínculos adecuados con el sector externo. Como veremos cuando se describa el programa y en especial el recurso humano y físico aún no cumplimos con estos requisitos mínimos.

En cuanto al plan de estudios, la sub - área se encuentra dividida en cuatro asignaturas, tres de ellas exclusivamente teóricas y una teórico práctica

PSICOLOGIA EVOLUTIVA

Sesiones Semanales: 1 sesión Semanal

Esta materia está en sexto semestre de la carrera de medicina, es exclusivamente teórica y está coordinada y ejecutada por una docente de planta del área.

Objetivos:

Se propone como objetivos de esta materia dar los fundamentos teóricos básicos, para que el futuro médico general conozca el desarrollo psicológico del individuo, los factores biológicos y culturales que influyen en él y pueda aproximarse al funcionamiento psíquico del paciente teniendo en cuenta su realidad.

PSICOLOGIA MEDICA

Sesiones Semanales: 1 Sesión Semanal

Esta materia también se ubica en sexto semestre de la carrera de medicina, es teórica, y esta coordinada y desarrollada por una docente de planta de la institución.

Objetivos:

Se propone a través del desarrollo de tres módulos que: los estudiantes de medicina comprendan los principales problemas de salud mental de nuestro país y a través de trabajos grupales discutan y aporten propuestas desde su posición como miembros del sector salud (primer módulo); en el segundo módulo se propone que los estudiantes desarrollen habilidades cognitivas para que comprendan e incorporen en su práctica médica diaria los elementos que intervienen en la relación médico paciente, los aspectos psicológicos que influyen en el curso de las diferentes patológicas somáticas, así como la respuesta emocional a la enfermedad, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos de la personalidad de los pacientes con enfermedad médica general.

En el tercer módulo y a través de las investigaciones por ellos realizadas y expuestas se espera que profundicen en los aspectos psicológicos generales y específicos de las patologías orgánicas de su interés.

PSICOPATOLOGIA

Sesiones Semanales: 1 Sesión Semanal

Esta Materia se encuentra en séptimo semestre de la carrera de medicina, es exclusivamente teórica y es coordinada y ejecutada por una docente de planta de la institución.

Objetivos:

Se propone con esta materia que los estudiantes desarrollen las habilidades para la elaboración de una historia clínica psiquiátrica, además construyan y consoliden el conocimiento que les permita reconocer los principales signos y síntomas patológicos en la esfera mental y se aproximen al diagnóstico sindromático en psiquiatría.

PSIQUIATRIA

Sesiones Semanales: 1 Sesión teórica semanal y 14 días de práctica

Esta materia se encuentra en octavo semestre de la carrera, junto con Medicina Interna,

es una materia teórico-práctica que se desarrolla con una sesión teórica semanal y una rotación de 14 días (cada uno de los cinco grupos en que se divide el curso) en dos centros asistenciales con los que la universidad tiene vigente el convenio docente - asistencial

Los programas teóricos y prácticos están coordinados por diferentes docentes.

Objetivos:

Este curso tiene por objetivo general que el estudiante desarrolle y refuerce las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras necesarias para realizar la entrevista y el manejo del paciente psiquiátrico, además está encaminado a favorecer las habilidades cognitivas para conozca y maneje las patologías psiquiátricas más comunes en nuestro medio, además tenga los elementos mínimos necesarios para que como médico general pueda promover la salud mental y prevenir la patología psiquiátrica.

Además de las asignaturas descritas anteriormente, el área de salud mental ha diseñado módulos de psiquiatría de enlace o atención del paciente en hospital general, estos módulos se desarrollan en los semestres clínicos de la carrera diferentes, son exclusivamente teóricos y son coordinados por la jefatura del área de salud mental y las jefaturas de las demás áreas.

En la actualidad el programa de psiquiatría de enlace está estructurado de la siguiente manera: en Medicina Interna II: Respuesta emocional a la Enfermedad y Paciente con Trastorno Mental Orgánico; en Pediatría Psiquiatría del Niño y Adolescente; en Cirugía: Trastornos relacionados con el paciente quirúrgico, quemado o trasplantado en Cirugía y Sexualidad Normal en Ginecología.

Así mismo, se diseñó un programa de 3 ó 6 meses de internado especial por psiquiatría, que se realizará en dos de los centros con convenios docente asistenciales; el objetivo general de éste programa es que el estudiante que solicite el internado especial con énfasis en psiquiatría, pueda mejorar sus habilidades y destrezas para diagnosticar, tratar y hacer seguimiento a los pacientes con enfermedades mentales en general o en particular con trastornos mentales secundarios a lesión cerebral o secundarios a su desadaptación a una discapacidad física.

5.3. Discusión con Docentes y Encuestas a Estudiantes

5.3.1. Discusión con Docentes

Con el ánimo de equilibrar el propósito ideal con el posible; se ha iniciado una serie de discusiones a nivel de la facultad (con directivas y otros jefes de área), donde se ha presentado el plan de estudios actual, la justificación del cambio partiendo de la situación nacional e internacional a nivel de Salud Mental y posibles polos de desarrollo educativo e investigativo:

Estas discusiones, han permitido que desde las demás áreas se analicen y aporten elementos importantes para concretizar este propósito de cambio.

Unos de los aportes valiosos de esas discusiones señala que objetivo de esa reforma debe ir hacia la integración y articulación de los conceptos psicológicos y emocionales dentro de las demás áreas del programa de medicina, es decir se propone que a través de la consolidación de una psiquiatría de enlace Transcurricular (en las áreas clínicas), se crean las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras en nuestros estudiantes, que le permitan competir adecuadamente en el medio profesional y laboral.

El segundo pero no menos importante aporte es el cuestionamiento que algunos jefes de área hicieron a la carencia de sitios de práctica para el desarrollo de programas de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, así como sitios para que los estudiantes se familiaricen con el diagnóstico y manejo de las víctimas de las diferentes violencias en el país.

Otro de las conclusiones obtenidas a través de las discusiones, es la desproporción que existe entre la teoría y la práctica, ya que nuestros estudiantes en la actualidad sólo cuentan con catorce días hábiles para estar en contacto en el paciente con enfermedad mental y su familia. Sobre este particular las opiniones se hallaron divididas, algunos consideran que los contenidos teóricos son extensos y por tal motivo se deben fusionar algunas asignaturas, otros sostienen que los contenidos teóricos son suficientes y que lo que se debe plantear es el fortalecimiento de las actividades prácticas, ya sea de manera interdisciplinaria (con las demás áreas) o en forma de semestre independiente de las demás áreas.

Otras áreas básicas y preclínicas consideraron importante que el conocimiento básico del comportamiento humano y el conocimiento y habilidades preclínicas se reforzaran en los

primeros semestres y junto con las demás materias básicas y preclínicas, ya que esto contribuiría a producir en el estudiante un aprendizaje significativo.

Además de estos aportes las discusiones enfatizaron la necesidad de que cualquier reforma curricular, debe ceñirse a lo planteado en el PEI, siguiendo y respetando la formación católica que ofrece nuestra universidad.

5.3.2. Encuestas a Estudiantes

En cuanto al punto de vista de los estudiantes, por dificultades para realizar un diálogo directo, fue diseñado un formato de evaluación que indagaba en una primera parte, por conocimientos de los distintos campos del saber que comprenden el área de salud mental y que en nuestra institución son desarrollados en las cuatro materias básicas y los módulos de psiquiatría de enlace.

En la segunda parte se indagó sobre la opinión de cada uno de los estudiantes a cerca de la suficiencia y pertinencia de las materias del área.

Este cuestionario fue desarrollado en forma voluntaria por estudiantes de octavo, noveno, décimo, undécimo y duodécimo semestre de la carrera (Ver anexo 1).

5.3.2.1 Prueba de Conocimientos

5.3.2.1.1 Descripción de la Prueba: La primera parte del instrumento fue diseñado por los dos docentes del área, para su diseño se tuvo en cuenta los temas tratados en las cuatro materias del área, así como los temas del programa transcurricular de psiquiatría de enlace.

Las preguntas eran de escogencia múltiple, con una sola respuesta y evaluaban conocimientos generales de cada área de manera memorística.

La primera pregunta evaluaba los conocimientos básicos de psicobiología (bases biológicas de la cognición, comportamiento y emoción)

La segunda pregunta evaluaba conocimientos sobre la psicología del desarrollo humano

La tercera pregunta evaluaba conocimientos sobre psicología médica, específicamente sobre la respuesta emocional y estilos de afrontamiento a la enfermedad médica general.

La cuarta pregunta evaluaba conocimientos de psicopatología y semiología psiquiátrica.

Las preguntas cinco, seis, siete y ocho, evaluaban conocimientos de psiquiatría clínica, específicamente sobre enfermedades mentales como: Esquizofrenia, Depresión y Trastorno de Ánimo Bipolar.

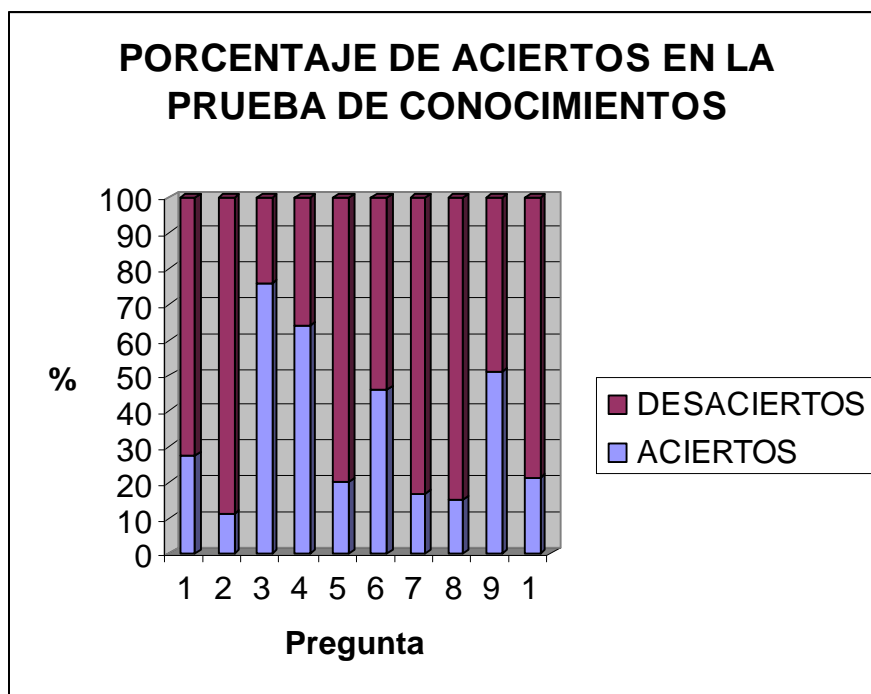
La novena pregunta evaluaba conocimientos de psiquiatría de enlace en Medicina Interna, específicamente sobre Síndromes Mentales Orgánicos.

Y la décima pregunta hacia referencia a los conocimientos en Psiquiatría Infantil, modulo desarrollado en Pediatría.

5.3.2.1.2 Gráficas de Resultados

Las preguntas de conocimientos del área arrojaron los siguientes resultados:

PREGUNTA No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. ACIERTOS	34	14	93	79	25	57	21	19	63	26
No. DESACIERTOS	89	109	30	44	98	66	102	104	60	97
TOTAL ALUMNOS ENCUESTADOS	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123



5.3.2.1.3. Análisis de Resultados

Con estos resultados vemos que el conocimiento acerca de los contenidos básicos del área (biología y psicología básica), están muy por debajo de los esperado, al igual que los conocimientos de psiquiatría clínica (única materia del área con práctica clínica). Estos

datos se correlacionan con los resultados obtenidos por nuestros estudiantes de último año de la carrera en el examen de conocimientos diseñado por ASCOFAME-ICFES, y que fue aplicado en octubre del año anterior; En este examen nuestra Universidad obtuvo un puntaje promedio global de 538.37, ubicándose en el puesto 12 entre 33 universidades del país. En este examen 54 (62.7%) alumnos obtuvieron un puntaje promedio, 18 (20.9%) estudiantes obtuvieron un puntaje bajo y 14 (16.4%) un puntaje por encima del promedio general.

5.3.2.2. Preguntas de Opinión

Al preguntar la opinión a cerca de los contenidos ofrecidos en cada una de las materias del área y de lo que a su modo de ver sería el plan de estudios ideal solo 119 formatos fueron diligenciados y esto fue lo que respondieron los estudiantes:

5.3.2.2.1. Descripción de las Preguntas y Resultados

1. La primera pregunta indagaba sobre su opinión a cerca de la suficiencia de contenidos básicos en biología del comportamiento, aquí el 31% lo consideró suficiente, el 67% insuficiente y el 2 % no respondieron(anexo 2).
2. La segunda pregunta hacía referencia a la integración teórico práctica, de la materia psicología evolutiva, aquí el 66% de los estudiantes estuvieron de acuerdo en que existía una adecuada integración, 28% respondieron negativamente y el 6% se abstuvo de responder (anexo 3).
3. La tercera pregunta buscaba conocer la opinión del estudiantado en cuanto a la suficiencia e integración teórico práctica de la materia psicología médica; el 76% de los estudiantes consideraron que era suficiente y daba herramientas para su desempeño profesional, mientras que el 22% respondió en forma negativa y el 2% se abstuvo de responder (anexo 4).
4. La cuarta pregunta tenía que ver con la suficiencia de contenidos de psicopatología y la posibilidad de utilizar estos conocimientos en la práctica médica general, el 78% de los estudiantes respondieron afirmativamente y el 17%, consideró que los contenidos no aportaban los suficientes elementos para desempeñarse en su práctica clínica, el 5% no respondió la pregunta (anexo 5).

5. La quinta pregunta indagaba sobre el desarrollo de destrezas cognitivas, motoras y afectivas al término del programa de psiquiatría clínica, aquí el 68% manifestó haber adquirido estas destrezas, mientras que el 26% consideró que el diseño del programa no permitía alcanzar estos objetivos (anexo 6).
6. La sexta pregunta hace referencia a los contenidos transcurriculares de psiquiatría de enlace, aquí se indagaba sobre si los contenidos vistos permitían lograr adecuadas destrezas cognoscitivas, afectivas y motoras para su desempeño en las áreas de Medicina Interna, Pediatría y Cirugía; el 50% respondieron afirmativamente, 33% negativamente y 17 no respondieron (anexo 7).
7. El séptimo punto invitaba a los estudiantes a proponer un plan de estudios del área ideal, sin embargo la mayoría de estudiantes respondieron a esta solicitud dando sugerencias y señalando puntos críticos del plan de estudios actual, en general los siguientes fueron las sugerencias más frecuentemente mencionadas:
 - Aproximadamente el 50% solicitaron aumentar la práctica tanto en psiquiatría clínica y en psiquiatría de enlace.
 - Aumentar los contenidos y prácticas de intervención farmacológica y psicoterapéutica 35%
 - Aumentar los contenidos en las áreas básicas 32%
 - Mayor integración teórico práctica 30%

Contrastando los resultados obtenidos en la evaluación de conocimientos con la encuesta de opinión, se nota que a pesar del mal rendimiento académico muchos de nuestros estudiantes consideran que lo ofrecido por el área es suficiente y permite integrar adecuadamente la teoría con la práctica, estos resultados son interesantes por su contraste pero considero que ameritan otro estudio más profundo; en cuanto a las sugerencias de la mayoría de nuestros estudiantes, definitivamente coincide con la de los demás docentes y las del área misma y es que las prácticas de esta área están casi ausentes, lo que no permite desarrollar habilidades cognitivas y motoras en nuestros estudiantes e integrar todos los conceptos teóricos trabajados en las cuatro materias y en los programas transcurriculares.

6. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN PRELIMINAR

1. Si tenemos en cuenta los datos arrojados por la Organización Mundial de Salud, donde se evidencia que los problemas de Salud Mental constituyen en la actualidad una prioridad en Salud Pública; se debe imponer una pronta reforma al programa de Salud Mental vigente, para que los médicos egresados puedan responder eficazmente a estas exigencias.
2. Según la Organización Panamericana de la Salud, Colombia es el país más violento de Latinoamérica, además en nuestro país, la violencia se presenta en múltiples formas, generalmente superpuestas, sin embargo, y a pesar de esta alarmante realidad el curriculum del Area de Salud Mental carece de espacios para discutir y proponer soluciones a esta situación de violencia nacional; por lo que la reforma curricular debe incluir dichos espacios académicos.
3. Las políticas de salud mental vigentes en nuestro país, dan mayor importancia a la Promoción de la Salud Mental y Prevención de la enfermedad, así como al manejo de la comorbilidad mental de los trastornos físicos, por tanto el nuevo currículum del área debe hacer énfasis a estos contenidos, fortaleciendo las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras de los futuros médicos, para la comprensión diagnóstico y manejo de estas áreas de interés y problemáticas sociales e individuales.
4. En cuanto a la opinión de docentes de la Facultad de Medicina la mayoría coincide en la necesidad de iniciar una pronta reforma del currículum de Salud Mental.
5. Según la opinión de los docentes de la Facultad de Medicina, las debilidades más importantes del programa actual son: los escasos contenidos y prácticas a nivel de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad, la desproporción y escasa integración entre teoría y práctica, el pobre énfasis en el diagnóstico y manejo de las violencias y la nula integración del área con las demás áreas básicas de la facultad.
6. En lo que respecta al campo de formación básico y preclínico de los estudiantes, los docentes coincidieron en considerar que esta formación se debe realizar

simultáneamente con los demás semestres básicos y preclínicos de la carrera, pues esto facilita un mayor y mejor aprendizaje por parte del estudiante.

7. La evaluación del conocimiento de los estudiantes de los semestres clínicos, medidos con el instrumento elaborado por la investigadora arrojó resultados bajos similares a los obtenidos por los internos de nuestra universidad, en el examen realizado por el ICFES y ASCOFAME en 2001.
8. Sólo las preguntas de las áreas preclínicas y de psiquiatría de enlace fueron respondidas por más del 50% de los alumnos: La pregunta de Psicología Médica la respondió acertadamente el 64.22% de los alumnos, la Pregunta de Semiología Psiquiátrica la respondió acertadamente el 64% de los estudiantes y la pregunta de Psiquiatría de Enlace la respondió el 51.2% de los estudiantes en forma acertada.
9. Las preguntas del ciclo de formación básica obtuvieron resultados notoriamente por debajo de lo esperado: sólo el 27% de los alumnos acertó la pregunta de bases biológicas del comportamiento y la cognición (psicobiología), y sólo el 11.38% de los alumnos respondieron acertadamente a la pregunta de desarrollo psicológico normal
10. En cuanto a las preguntas de Psiquiatría Clínica (única con prácticas clínicas), los resultados también fueron desalentadores: en tres de las cuatro preguntas de esta área no se logró superar el 20% de alumnos que respondieron acertadamente.
11. La pregunta de Psiquiatría de Enlace en Pediatría (Psiquiatría Infantil) fue respondida acertadamente por 21.12% de los estudiantes.
12. En contraste con la evaluación de conocimientos el 31% de los estudiantes consideró que los contenidos básicos en psicología son suficientes y les permiten una adecuada práctica médica.
13. Esta misma opinión de suficiencia de contenidos y posibilidad de aplicación en su práctica médica se encontró en el 66% para Psicología Médica, el 76% para Psicopatología.
14. El 78% de los estudiantes consideró que la materia de Psiquiatría Clínica le permitió adquirir conocimientos y destrezas para diagnosticar y manejar un

paciente con enfermedad mental; en contraste con los malos resultados obtenidos en la prueba de conocimientos.

15. En cuanto Psiquiatría de enlace, el 68% consideró que los contenidos le permitieron comprender e intervenir los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales de sus pacientes en hospital general; observándose una contradicción entre los conceptos en el área que manejan en la actualidad y lo que ellos opinan de esos conceptos.
16. En cuanto a las sugerencias de los estudiantes coinciden con algunas de los docente, en cuanto que solicitan mayor tiempo de práctica (50%), aumento en los contenidos de las materias básicas de formación en el área (32%) y mayor integración teórico práctica (30%).
17. Como punto de interés referido exclusivamente por los estudiantes se encontró la necesidad de fortalecer tanto teórica como prácticamente la psico y farmacoterapia (35%).

7. PROPUESTA DE REFORMA CURRICULAR

Partiendo de los resultados de la investigación realizada sobre la situación actual de los problemas mentales a nivel mundial y nacional, la revisión de las políticas en salud que nos rigen actualmente y los resultados de las discusiones sostenidas con docentes y encuestas a estudiantes, se propone un proyecto de reforma curricular que responda a las necesidades y deseos de todos estos estamentos.

Así, se diseñó la propuesta con dos grandes campos de formación, el primero es el campo básico, este se propone brindar los elementos teóricos y prácticos básicos necesarios para la comprensión y explicación de los procesos biológicos y psicológicos que determinan el comportamiento, la cognición y la emoción del individuo, y como se desarrolla a través del ciclo vital; además pretende explicar los procesos patológicos que se desarrollan una vez aparece la enfermedad mental y cómo el estudiante puede reconocerlos en sus pacientes. También, y a través del conocimiento de los principios básicos de psicofarmacología, comprender y explicar el por qué de las intervenciones farmacológicas para contrarrestar estos procesos.

Este campo básico está propuesto para que ser desarrollado simultáneamente con las otras áreas básicas de la carrera, con el objetivo de facilitar la relación e integración en núcleos temáticos. Las materias aquí propuestas son psicobiología en tercer semestre, psicopatología y semiología en quinto semestre y farmacología en quinto o sexto semestre; el orden de estas tres materias obedece a una estructuración lógica del currículum que va de lo normal a lo patológico y finalmente a la intervención de esa patología.

El segundo Campo es de formación profesional, este campo tiene por objetivo brindar las herramientas para que el estudiante evalúe, diagnostique e intervenga las patologías mentales presentes en las comunidades o los individuos ya sean estos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

El desarrollo de estas materias coincide con las materias clínicas, ya que esto facilita la integración y trabajo interdisciplinario, las materias propuestas en este campo son: Salud Mental en sexto semestre, Psiquiatría clínica en 11 semestre y Psiquiatría de enlace en octavo, noveno, décimo y undécimo semestre, el orden está dado por la estructuración actual de los semestres en nuestra facultad.

A continuación se desarrolla la propuesta elaborada:

7.1. CAMPO BÁSICO DE FORMACIÓN

7.1.1. PSICOBIOLOGÍA: tercer Semestre

7.1.1.1. Objetivo General: Desarrollar en los estudiantes la comprensión, explicación y aplicación de los conceptos biológicos y psicológicos básicos, que explican el desarrollo del comportamiento, la cognición y la emoción del ser humano, fortaleciendo la comprensión de la relación en integración con las demás áreas básicas en medicina y potencializando el desarrollo de procesos investigativos en neurociencias y ciencias psicológicas.

7.1.1.2. Propuesta de Núcleos Temáticos: Para el desarrollo de este objetivo se propone la discusión con los docentes de las demás áreas básicas los siguientes núcleos temáticos: Neurotransmisión, Areas Asociativas Cognitivas, Psicofisiología (emoción, comportamiento, procesos mentales superiores: atención memoria), teorías psicológicas del desarrollo humano, cultura y sociedad, desarrollo psicológico a través del ciclo vital: niñez, infancia, adolescencia, adultez, senectud.

7.1.1.3. Metodología: Se propone que esta materia se desarrolle a través de clases magistrales, talleres y seminarios, en una sesión semanal, ya que esto permite una participación más activa del estudiante en la construcción de su conocimiento y estimula el aprendizaje permanente.

En el componente biológico de esta materia se propone el desarrollo de laboratorios experimentales de neurociencias donde los estudiantes puedan corroborar los conceptos teóricos relacionados con comportamiento o emoción; para la realización de estos laboratorios es imprescindible que los estudiantes conozcan y comprendan el tema para que durante éste, puedan responder una guía previamente elaborada por los docentes, fortaleciendo de esta manera el autoaprendizaje, la resolución de problemas y motivándoles a que desarrollen procesos de investigación en este campo.

La evaluación de los estudiantes, será entonces, el resultado de lo realizado por cada uno de ellos en los talleres, seminarios y laboratorios, así como de los exámenes propuestos al inicio del semestre,

7.1.2. PSICOPATOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA: Quinto semestre

7.1.2.1. Objetivo General: Desarrollar la comprensión y explicación de los procesos psicopatológicos que explican las diversas alteraciones mentales, Además desarrollar las habilidades comunicativas, cognoscitivas, afectivas y motoras que permitan al estudiante una adecuada relación médico paciente y un reconocimiento de los signos y síntomas clínicos de los diversos síndromes psiquiátricos.

7.1.2.2. Propuesta de Núcleos Temáticos: Para el logro de estos objetivos, es de vital importancia la relación e integración con el área de semiología de la facultad, se propone la discusión y estructuración de temas como: entrevista e historia clínica, concepto de enfermedad mental, métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría, psicopatología y semiología de las diversas esferas mentales (conciencia, atención, orientación memoria, pensamiento, lenguaje, sensopercepción, conducta molora, conducta alimentaria, conducta sexual, sueño, hábitos inteligencia y finalmente síndromes psiquiátricos.

7.1.2.3. Metodología: Para desarrollar esta materia se propone un trabajo teórico práctico, durante el semestre de semiología, el desarrollo teórico se realizará por medio de clases magistrales, seminarios y casos clínicos en una sesión semanal; el trabajo práctico consistirá en una rotación de tres semanas por los sitios de práctica de semiología y las clínicas psiquiátricas con las que exista convenio docente asistencial, la evaluación por tanto tendrá un componente teórico resultado del trabajo en los seminarios, los casos clínicos y exámenes programados. La evaluación del componente práctico será reportada por el docente encargado de supervisar la práctica y tiene que ver con aspectos como: integración teórico práctica, relación estudiante-paciente, estudiante-docente y demás personal de salud, razonamiento médico, y habilidades afectivas y motoras para la evaluación.

7.1.3. PSICOFARMACOLOGÍA: Quinto Semestre (en caso de reforma de la materia de farmacología se hará en el semestre donde se vea la Farmacología especial)

7.1.3.1. Objetivo General: Desarrollar en los estudiantes la comprensión, explicación y aplicación de los conceptos básicos en psicofarmacología, Además fomentar la comprensión de la integración de los conceptos de la neurofisiología y farmacología general y fomentar procesos de investigación en esta área.

7.1.3.2. Propuesta de Núcleos Temáticos: Se propone a las áreas de fisiología y farmacología, la discusión y estructuración de algunos núcleos temáticos, tales como: Neuroreceptores y neurotransmisores, grupos psicofarmacológicos (Antipsicóticos, Antidepresivos, Estabilizadores del Animo, Ansiolíticos e Hipnóticos), farmacocinética, farmacodinámica, generalidades de terapéutica.

7.1.3.3. Metodología: Se propone que esta cátedra se desarrolle como un módulo de farmacología especial, con una duración de tres semanas en una sesión diaria, para su desarrollo se propone la modalidad de seminarios, ya que estos permiten fortalecer en el estudiante el autoestudio, la participación en grupos de discusión y permite un mayor protagonismo del estudiante en la construcción de su conocimiento.

Los seminarios deben ser estructurados y supervisados por un docente de Farmacología y un docente de Salud Mental.

La evaluación de los estudiantes se realizará en cada seminario y debe incluir, evaluación de conceptos, participación en el grupo, tolerancia y respeto por la opinión del otro, capacidad de análisis etc.

7.2. CAMPO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

7.2.1. SALUD MENTAL: Sexto Semestre

7.2.1.1 Objetivo General: Desarrollar en el estudiante la comprensión y explicación de los principales problemas de Salud Mental a nivel nacional y regional, proporcionar los elementos necesarios para que los futuros médicos desarrollen programas de promoción de la salud, convivencia pacífica y estilos de vida saludables y programas de prevención de la enfermedad mental en general y conductas violentas.

7.2.1.2 Propuesta de Núcleos Temáticos: Para discutir los núcleos temáticos de esta materia es fundamental la participación del área de Salud Comunitaria, además de las demás áreas clínicas de la Facultad; por parte del área de Salud Mental se proponen los siguientes temas de discusión: Principales problemas de Salud Mental en Colombia y en la región, políticas en Salud Mental, Programas de promoción y prevención en Salud

Mental (elaboración y desarrollo), Manejo de la problemática social (técnicas de Intervención en comunidades)

7.2.1.3 Metodología: Esta materia se propone como un módulo teórico – práctico en el Area de Salud Comunitaria, las sesiones teóricas pueden ser desarrolladas a través del semestre o en un bloque al inicio del semestre de cuatro semanas y una sesión diaria, este trabajo se hará en forma de taller, seminarios y trabajos de investigación y exposición en grupo, en cuanto a la práctica se desarrollará en los distintos escenarios de práctica de Salud Comunitaria, donde en compañía de un docente del área de Salud Mental se hará evaluación, diagnóstico e intervención a los principales problemas en Salud Mental de la comunidad.

La evaluación del estudiante será el resultado de su producción en cada uno de los trabajos propuestos en las sesiones y de los exámenes programados al inicio del curso; la evaluación práctica la realizará el docente que acompañe y supervise la práctica y evaluará aspectos cognoscitivos, comunicativos, relacionales y éticos del estudiante.

7.2.2. PSIQUIATRÍA CLÍNICA: undécimo Semestre

7.2.2.1. Objetivo General: Desarrollar en los estudiantes las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras que permitan comprender, explicar, diagnosticar y manejar los trastornos psiquiátricos más comunes en nuestro medio, permitiendo además que los estudiantes desarrollen procesos investigativos en el campo de la psiquiatría clínica.

7.2.2.2. Propuesta de Núcleos Temáticos: La discusión sobre los temas de los núcleos de trabajo se realizará principalmente con los diferentes docentes universitarios y hospitalarios del área y se tendrá en cuenta la incidencia y prevalencia de las diferentes patologías psiquiátricas y la carga individual, familiar y social que representen dichas patologías; por esto se proponen inicialmente: Sistemas de Clasificación en Psiquiatría, Esquizofrenia, Trastornos del Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Alimentarios y T. del Sueño.

7.2.2.3. Metodología: Se propone que esta materia pase de octavo a undécimo semestre y tenga una duración de 10 semanas académicas.

Esta materia está propuesta de manera teórico – práctica, el trabajo teórico, tendrá dos sesiones por semana donde a través de clases magistrales y casos clínicos se

desarrollarán los temas propuestos, la metodología de casos clínicos permite que el estudiante integre los conocimientos con la práctica y fortalezca sus habilidades de razonamiento clínico y toma de decisiones.

En cuanto a las prácticas, se proponen tres rotaciones: Urgencias y Hospitalización, esta tendrá como objetivo que los futuros egresados desarrollen habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras para evaluar, diagnosticar y manejar al paciente agitado y al paciente suicida y hacer el debido seguimiento de su evolución y manejo durante la hospitalización; Consulta Externa, el objetivo de esta rotación es que los estudiantes puedan evaluar, diagnosticar e iniciar un manejo del paciente con enfermedad mental crónica o incipiente; y Psiquiatría de Enlace, rotación encaminada a reforzar los módulos teóricos desarrollados en cada una de las especialidades clínicas y que permiten que el futuro médico pueda evaluar, diagnosticar e iniciar el manejo de la comorbilidad mental en las enfermedades físicas.

La evaluación tendrá también dos componentes: el teórico que es resultado del trabajo realizado por el estudiante durante el desarrollo de casos clínicos y los resultados de los exámenes programados desde el inicio del semestre.

7.2.3. PSIQUIATRÍA DE ENLACE: Semestres: Octavo, Noveno, Décimo y Undécimo.

7.2.3.1. Objetivo General: Desarrollar en los estudiantes las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras para que comprendan y expliquen los procesos psicológicos individuales y medioambientales que interfieren con la aparición, curso y pronóstico de las diferentes enfermedades somáticas, así como para que comprendan y expliquen las respuestas emocionales, cognoscitivas y comportamentales del paciente frente a la enfermedad médica general.

En el área de Pediatría el objetivo general es el de desarrollar las habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras para que los estudiantes comprendan, expliquen, diagnostiquen y manejen las patologías psiquiátricas más frecuentes en la población infantil.

7.2.3.2. Propuesta de Núcleos Temáticos: La discusión de los núcleos temáticos se realizará con cada una de las áreas, en las que se desarrolle esta asignatura Transcurricular.

- En pediatría: se proponen los siguientes temas de discusión: Evaluación y Diagnósticos Psiquiátrico en Pediatría, Trastornos del Desarrollo, Retardo Mental, Trastornos de la Conducta, Trastornos del Estado de Animo en el niño y adolescente y Aspectos Psiquiátricos en el niño maltratado y en el padre maltratador.
- ♦ En Medicina Interna: La propuesta inicial del área incluye los siguientes temas: Afrontamiento a la enfermedad médica general, Síndromes Mentales Orgánicos, Intervenciones psicológicas de apoyo al paciente con enfermedad médica general.
- ♦ En Cirugía: Se propone discutir: aspectos psicológicos generales del paciente quirúrgico, aspectos psicológicos del paciente quemado, aspectos psicológicos del paciente amputado, aspectos psicológicos del paciente trasplantado.
- ♦ En Ginecología: Los temas de interés del área son: aspectos psicológicos generales de la mujer gestante, Depresión y Psicosis post-parto, Menopausia, Síndrome Disfórico Premenstrual, Disfunciones Sexuales.

7.2.3.3. Metodología: Esta asignatura Transcurricular se desarrolla en módulos teóricos, empleando la modalidad de casos clínicos, para fortalecer la integración teórico práctica y favorecer en los estudiantes un aprendizaje significativo, potencializando sus habilidades de razonamiento clínico y resolución de problemas.

En cuanto al trabajo práctico se desarrollará en el undécimo semestre con una rotación de tres semanas.

La evaluación del estudiante se obtendrá del trabajo en cada una de las sesiones del módulo.

En síntesis esta propuesta curricular recoge las necesidades actuales tanto de la comunidad, de los estamentos que regulan la salud en el país como la de docentes y estudiantes de nuestra facultad.

Así, se estructura en un ciclo de formación básica que permita dar herramientas conceptuales de procesos y desarrollos normales del ser humano y procesos anormales en el desarrollo de la patología psiquiátrica; y un ciclo de formación profesional, que permite al futuro médico desarrollar sus habilidades cognoscitivas, afectivas y motoras necesarias para la evaluación, diagnóstico, manejo y seguimiento de los pacientes niños,

adolescentes, adultos y ancianos con enfermedad mental o con respuestas mentales ante una enfermedad física.

8. RECOMENDACIONES

1. El trabajo tendrá que ser presentado a consejo de facultad para discusión y aprobación
2. En caso de ser aprobado, se debe iniciar la búsqueda de espacios de discusión con las demás áreas tanto básicas como clínicas de la facultad.
3. Los espacios de discusión tendrán por objetivo la proposición de temas y estructuración de los diversos núcleos temáticos de cada una de las materias o campos del saber básico y profesional del área de Salud mental.
4. Estructurados los núcleos temáticos se debe tramitar ante la facultad y Universidad la consecución del recurso humano y físico que asegure la puesta en marcha, funcionamiento y la evaluación continúa de la reforma
5. La propuesta curricular debe seguir un proceso de evaluación continua y de reestructuración de acuerdo al cambio del contexto nacional, local y/o institucional.
6. El dialogo con la comunidad universitaria, los estamentos de salud y educación y la comunidad en general debe continuar de manera permanente.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) VALLEJO RUILOBA J-. Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. Cuarta Edición. Editorial Massón. Barcelona, 1998
- (2) KAPLAN H.I. AND SADOCK B.J. Tratado de Psiquiatría. Sexta Edición. Editorial Intermédica. Buenos Aires, 1997.
- (3) OSPINA J. E., REY PARDO. N. B. Perspectivas curriculares de educación Médica para el siglo XXI, Asociación Colombiana de Medicina. Bogotá. 1995
- (4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ª. Edition Washington DC. 1994
- (5) TORRES Y., POSADA J. III Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud República de Colombia 1997..
- (6) FRANCO S. El Quinto No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia.. TM Editores-U. Nacional. Bogotá, 1999
- (7) WWW. minsalud. gov. Resolución 2358 de 1998. Ministerio de Salud.
- (8) KANDEL E., SCHWARTZ J.. JESSEL T.M. Neurociencias y Conducta. Segunda Edición. 1997
- (9) HABIB M. Bases Neurobiológicas de las Conductas. Primera Edición. Editorial Masson. 1997
- (10) MAGENDZO K. En... curriculum, educación para la democracia en la modernidad. Aspectos Conceptuales del Curriculum y su Relación con la Educación para la Democracia. Editorial Cagraphics. Bogotá, 1996
- (11) Universidad del Valle. Vicerrectoría Académica. Dirección Académico Curricular Historia del curriculum y sus implicaciones en la reforma curricular de la Universidad del Valle Cali.
- (12) LÓPEZ JIMÉNEZ N. La de-construcción curricular.. Editorial Magisterio. Bogotá 2001.
- (13) LÓPEZ JIMÉNEZ N. Retos para la Construcción Curricular. De la Certeza al Paradigma. De la Incertidumbre Creativa. Segunda Edición. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá, 1998.
- (14) Universidad de la Sabana. Proyecto Educativo Institucional. Rectoría
- (15) Ministerio de Educación. Código Educativo. Ley General de Educación Ley 30. Segunda Edición Cooperativa editorial magisterio 2000.

(16) OSPINA J.E., GIRALDO DIEGO. Los Procesos de Reforma Curricular en las Facultades de Medicina en Colombia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina 1996

(17) OSPINA J. E., GIRALDO D. Análisis de las reformas curriculares en las facultades de medicina de Colombia.. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 1999

ANEXO No.1**UNIVERSIDAD DE LA SABANA****FACULTAD DE MEDICINA****AREA SALUD MENTAL****EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EL ÁREA**

1. Cual de las siguientes áreas de asociación cognitiva está involucrada en la memoria de trabajo:
 - a. Areas Orbito - Frontal
 - b. Area Límbica
 - c. Area Prefrontal
 - d. Areas Temporal
 - e. Area t́mporo -Parieto -Occipital

2. La etapa en la que se consolida la identidad genérica es:
 - a. La Etapa escolar (7 a 110 años)
 - b. La Etapa preescolar (5 a 7 años)
 - c. La Etapa Prepúber (10 a 14 años)
 - d. La Etapa Adolescente (14 a 20 años)
 - e. La etapa Adulta (20 y más años)

3. Los pacientes con rasgos de personalidad paranoide, generalmente enfrentan la enfermedad física como:
 - a. Un Reto
 - b. Un ataque
 - c. Como una lesión a su autoestima
 - d. Como un castigo de Dios
 - e. Una pérdida de control de su salud

4. Las representaciones, pensamientos o imágenes persistentes, que el sujeto reconoce como propias pero que se imponen su voluntad, a pesar de que intente rechazarlas se denominan:
 - a. Ideas Fijas
 - b. Ideas Obsesivas
 - c. Ideas Delirantes
 - d. Ideas Sobrevaloradas

- e. Ideas De Referencia
5. La esquizofrenia ha sido relacionada con:
- a. Actividad Dopaminérgica disminuida en Sistema límbico
 - b. Actividad Dopaminérgica aumentada en el prefrontal
 - c. Actividad Serotoninérgica aumenta en el prefrontal
 - d. Actividad Noradrenérgica disminuida en el límbico
 - e. Actividad Dopaminérgica aumentada en el Rafé Medio.
6. Es un síntoma negativo de la esquizofrenia:
- a. Ideas Delirantes
 - b. Alucinaciones
 - c. Alogia
 - d. Lenguaje Desorganizado
 - e. Comportamiento Desorganizado
7. Se conoce como ciclador rápido (síntoma de mal pronóstico), los pacientes con TAB I ó II que:
- a. Presente un episodio cada año
 - b. Presente mínimo dos episodios al año
 - c. Presente mínimo tres episodios al año
 - d. Presente mínimo cuatro episodios al año
 - e. Presente mínimo cinco episodios al año
8. En el trastorno Depresivo Mayor, la alteración del sueño característica es:
- a. Acortamiento del periodo REM
 - b. Alargamiento del periodo REM
 - c. Acortamiento de la latencia REM
 - d. Alargamiento de la Latencia REM
 - e. Disminución proporcional del REM
9. Es característica del Delirium:
- a. Su cronicidad y deterioro progresivo
 - b. Ser agudo y fluctuante
 - c. Ser agudo y seguir con un deterioro progresivo
 - d. Ser crónico pero con fluctuaciones diurnas
 - e. Ser crónico y estable

10. El tratamiento psicofarmacológico de un niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es:

- a. Clorpromacina
- b. Sertralina
- c. Metilfenidato
- d. Clonacepan
- e. Tioridazina

A continuación aparece una serie de preguntas de opinión. Por favor conteste lo más sinceramente posible; la finalidad es reformar y mejorar el Area de Salud Mental: Psicología Evolutiva, Psicología Médica, Psicopatología, Psiquiatría y Psiquiatría de Enlace (en Medicina Interna, Pediatría y Cirugía)

1. Cree usted que tiene los conocimientos suficientes para entender biológicamente el comportamiento humano(Porque): _____

2. Sus conocimientos le permiten integrar adecuadamente el desarrollo psicológico humano en su actividad como médico en formación (porque): _____

3. La asignatura de Psicología Medica le aportó lo suficiente para entablar una buena relación médico paciente y para comprender la respuesta a la enfermedad, de su paciente (porque): _____

4. La asignatura de Psicopatología le aportó los elementos para comprender el porque se produce la alteración en las funciones mentales y como reconocerlas en un paciente (porque): _____

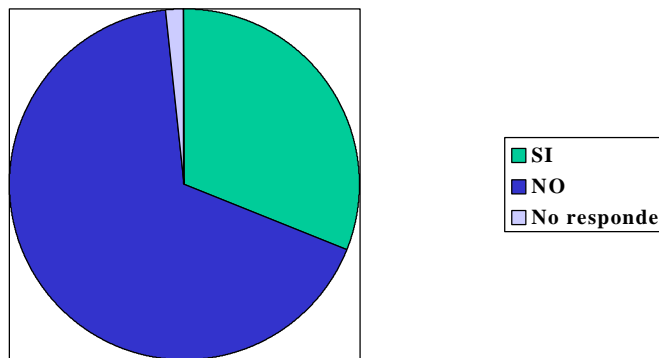
5. Psiquiatría clínica permitió que usted adquiriera los conocimientos y las destrezas para entrevistar, diagnosticar y manejar inicialmente un paciente con alteración mental (porque): _____

6. Los contenidos de psiquiatría de enlace vistos en pediatría, medicina interna y cirugía, le permiten comprender e intervenir los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales de sus pacientes en esas áreas (porque): _____

7. ¿Podría diseñar usted un programa que le aporte lo suficiente según sus necesidades y que responda a las necesidades del país y de la ciencia?. Realice un esquema:

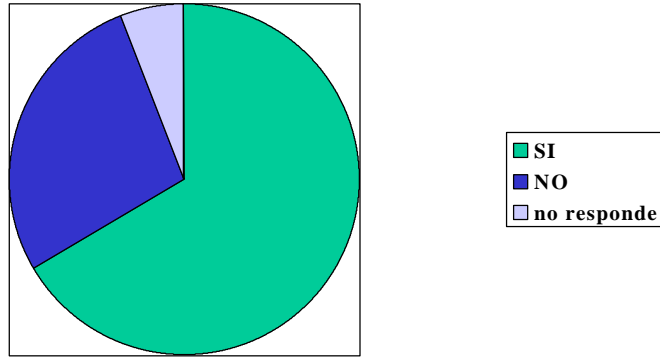
ANEXO 2

¿Cree que tiene los conocimientos para entender biológicamente el comportamiento humano?



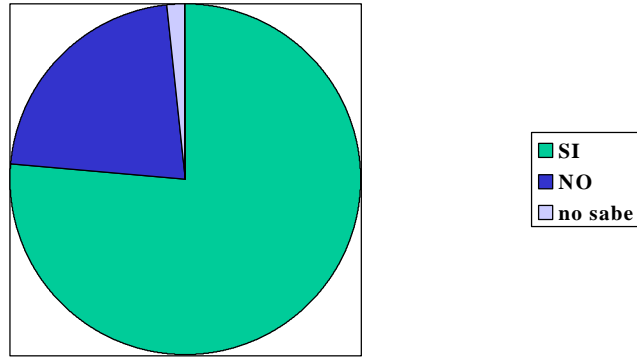
ANEXO 3

¿Sus conocimientos le permiten integrar adecuadamente el desarrollo psicológico humano en su actividad como médico en formación?



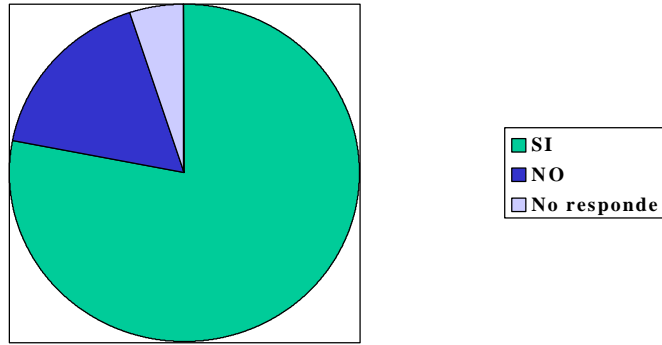
ANEXO 4

¿La asignatura de Psicología Médica le aportó lo suficiente para entablar una buena relación médico paciente, y para comprender la respuesta a la enfermedad?



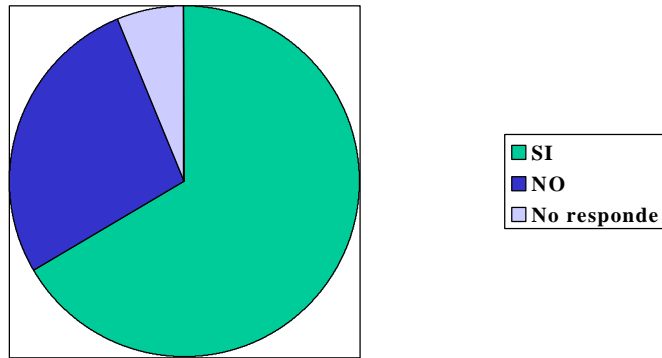
ANEXO 5

¿La asignatura de Psicopatología le aportó elementos para comprender el por qué se produce la alteración en las funciones mentales y como reconocerlas en un paciente?



ANEXO 6

¿Psiquiatría clínica permitió que usted adquiriera los conocimientos y las destrezas para entrevistar, diagnosticar y manejar inicialmente un paciente con alteración mental?



ANEXO 7

¿Los contenidos de **Psiquiatría de enlace** vistos en pediatría, medicina interna y cirugía le permiten comprender e intervenir los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales de sus pacientes en esas áreas?

