

# Epistemología filosofía de la mente y bioética

## La psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina\*

Entrevista con James Strain

Hernán G. Rincón<sup>1</sup>

### Resumen

En la entrevista con James Strain, psiquiatra de la Universidad Mount Sinai de Nueva York, se describe la subespecialidad de la psiquiatría de interconsulta-enlace, recientemente aceptada en Estados Unidos con el nombre de medicina psicosomática. Se plantea que la psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina, por no tener su corpus en el cuerpo como las otras especialidades médicas; además, hasta después de la Segunda Guerra Mundial no tenía nada que ofrecer. Desde entonces, como disciplina de 'segundo nivel', fue dejada por fuera de la red médica y de las compañías de seguros. También se describe la psiquiatría de interconsulta-enlace como dedicada a la comorbilidad; en consecuencia, su centro de acción es, casi de manera exclusiva, el hospital general, el cual es descrito como un «sistema de salud mental de facto». Se destaca que las intervenciones psiquiátricas en este lugar pueden devolver los costos con ahorros que llegan hasta ocho veces el valor invertido.

**Palabras clave:** psiquiatría, medicina psicosomática, intervención en la crisis, comorbilidad.

**Title:** Psychiatry is a Step Child of Medicine.

### Abstract

In this interview Dr. James Strain, psychiatrist at Mount Sinai Medical Center University in New York describes consultation-liaison psychiatry, also recently termed psychosomatic medicine. Psychiatry is mentioned as a step-child in medicine because its locus is not in the body like all other medical specialties. Besides, it had nothing to offer until after World War II, and after that as a «second level» discipline, it was left out of medicine and insurance companies. Consultation-liaison psychiatry is described as dedicated to co-morbidity so that it is almost exclusively centered in the general hospital, the latter being described as a «de-facto mental health system». Psychiatric interventions in the general hospital were highlighted as able to return savings up to eight times the money invested.

**Key words:** psychiatry, psychosomatic medicine, crisis intervention, comorbidity.

\* Entrevista con el profesor James Strain, M. D., de la Universidad Mount Sinai Medical Center de Nueva York. Realizada en Bogotá en el marco del Congreso Nacional de Psiquiatría, el 12 de octubre de 2001.

<sup>1</sup> Entrevistador y redactor. Médico psiquiatra, especialista en Psiquiatría de Interconsulta-Enlace, profesor de la Universidad CES, jefe de la Sección de Psiquiatría y Psicología, Fundación Clínica Valle del Lili.

**Hernán Rincón (HR):** Jim, vamos hablar en esta entrevista acerca de dos cosas: una, Jim Strain como persona que escogió esta profesión y, otra, contestar por qué es importante para los médicos y la comunidad el concepto de *psiquiatría de interconsulta-enlace* (PI-E). Se presenta así a una persona que ha dedicado la mayor parte de su vida a esta especialidad y que ha integrado características personales con las profesionales.

**HR:** *¿Quién es Jim Strain para Jim Strain?*

**Jim Strain (JS):** Gracias por esta pregunta. Me siento un poco egoísta al hablar de mí. Siempre quise ser un médico, además de ser un psiquiatra; pero quería estar en un centro médico. Amo la medicina, pude haber sido feliz como pediatra, atender partos y realizar cirugías. Por ello, al tener la oportunidad de ser un psiquiatra de interconsulta y enlace, puedo, además de ser un médico, ser un psiquiatra. De esta forma, he satisfecho ambos deseos: ser psiquiatra y trabajar en un centro médico, a través de dedicar el 90% de mi tiempo a los pacientes con problemas médicos. Y creo que es una buena solución para personas que disfrutan de verdad tanto de la medicina como del trabajo con pacientes psiquiátricos. Realmente disfruté el trabajo con otros médicos y siento que es como una misión el llevar al cen-

tro médico el conocimiento psicológico y el psiquiátrico. Esto es una vocación natural para mí.

Tengo tres hijos, dos son cirujanos y uno es radiólogo; toda la familia tiene relación con la medicina. Mi esposa es profesora de medicina en la División de Endocrinología. Ésta fue una forma de cubrir la brecha entre la psiquiatría y la medicina. Con frecuencia ser psiquiatra significa tener un consultorio privado o trabajar en el hospital psiquiátrico o en una clínica psiquiátrica, y esto no siempre incluye relación con un hospital general, de tal manera que tuve una forma muy sui géneris de cumplir dos expectativas importantes: una el ser un doctor médico y la segunda el ser un psiquiatra. De forma inesperada, tuve la convicción de que mi doctorado en Medicina y mi conocimiento eran tan importantes como el de los cirujanos o el del infectólogo. A menudo me llaman para ayudar en situaciones donde ellos no pueden manejar el paciente, alguien no acepta una cirugía, alguien no acepta un protocolo médico, y con frecuencia logro ayudar y facilitar al paciente la aceptación del tratamiento.

Por ejemplo, el poder del psiquiatra en un ambiente médico es enorme. Nos piden evaluar si un paciente es o no un candidato para un trasplante de hígado. ¿Puede un paciente manejar un órgano que

es escaso? Cuando nosotros no creemos que un paciente puede mantener todo el régimen, con todos los tratamientos requeridos, nosotros podemos vetar el trasplante y el paciente va a morir; de tal manera que tenemos un voto similar al cirujano, lo cual me hace sentir muy bien acerca de mi rol.

**HR:** *¿Cómo decidió convertirse en un psiquiatra?*

**JS:** Desde temprana edad quise ser un psiquiatra y me di cuenta de que primero tenía asistir a la escuela de medicina. El sitio donde nací era un suburbio de Detroit, Michigan. Me impresioné mucho con un amigo que tenía problemas con su familia. Él tenía doce o trece años, y con la ayuda de su psiquiatra fue capaz de salir de esa difícil situación familiar. Muy temprano en la vida me causó sensación que existiera una forma de ayudar a las personas a partir de sus sentimientos. Así decidí ir a la escuela de medicina para ser psiquiatra, pero luego me enamoré de la medicina, es decir, atender partos, cuidar pacientes pediátricos y también practicar cirugías.

De todas maneras, no quise dejar el contacto con la cirugía y la medicina, quise unir la dos: PI-E es verdaderamente el cuidado psicológico del enfermo médico, con intervenciones psiquiátricas/psicológicas en el ambiente médico. Ésta

es una clase de psiquiatría dedicada casi de manera exclusiva a los enfermos médicos del hospital general. Lo fascinante para mí es que el hospital general es un «sistema de salud mental de facto» y esto significa que las personas de un hospital general están en una excelente situación para evaluar su necesidad de cuidado psiquiátrico. De esa manera, cuando trabajadores sociales, enfermeras, médicos no psiquiatras identifican a alguien que llora, que está temeroso, que es poco colaborador o poco adherente con el tratamiento de la diabetes o la hipertensión, entonces llaman a un psiquiatra para ver si puede ayudarlo a afrontar y a manejar su problema médico.

A menudo nos llaman para ver pacientes con ideación suicida, con reciente diagnóstico de sida o de cáncer, con poca esperanza de vida. De manera inmediata se precipita la visita de un psiquiatra a la cama del enfermo; así tenemos una oportunidad de llegar a una comunidad de pacientes que pocas veces ve a un psiquiatra. Nosotros también podemos responder interconsultas para pacientes con problemas; no obstante, los psiquiatras de interconsulta esperan a que las enfermeras los llamen, y se sientan en su oficina o en su clínica, tal como un cardiólogo o un infectólogo, cuando los llaman van a ver el paciente deprimido. La dificultad estriba en que las enfermeras, los

trabajadores sociales y los médicos no psiquiatras no identifican la morbilidad psiquiátrica, sólo lo hacen en un 25% de las depresiones y en cerca del 15% de las disfunciones cognitivas.

Cuando uno espera a que lo llamen a través del sistema de referencia típico, denominado interconsulta, se le van a escapar un gran número de pacientes con morbilidad psiquiátrica. En el método de enlace el psiquiatra hace parte y realiza rondas con el equipo, tamiza y evalúa cada paciente en la unidad y hace parte de la forma como la medicina es llevada a cabo. Esto nos permite entrar en la vida de la sala en forma parecida al trabajador social, quien forma parte del equipo de la sala y puede ver a cualquier paciente, sin requerir de una interconsulta. Éste es un paso importante en psiquiatría de enlace: uno se une al equipo. Por ejemplo, en el programa de trasplante tenemos dos psiquiatras que, sin esperar a ser llamados, tamizan cada paciente, trabajan con el equipo de trasplantes y ayudan a manejar tanto a los donantes vivos como a los pacientes postrasplante. El estar allí, en el sitio, nos permite evitar el problema de que el médico no psiquiatra, la enfermera y el trabajador social no detecten la depresión, la ansiedad, la psicosis, el delirio, la demencia, el abuso de sustancias y la ideación suicida.

Esto significa que todo el hospital general puede ahora tamizarse en busca de problemas de salud mental, lo cual nos permite llegar a la comunidad, teniendo en cuenta que una de cada cinco personas va al hospital general cada año. Por ejemplo, en un estudio que realizamos con el método de interconsulta vimos 5% de los pacientes mayores de 65 años hospitalizados por fractura de cadera y cuidados quirúrgicos.

En forma contraria, durante año y medio, con el método de enlace vimos todos los pacientes hospitalizados con fractura de cadera y la mitad tenía trastornos mentales mayores. Con el método de interconsulta evaluamos 5%, con el de enlace vimos el 100%, de los cuales 56% tenía un trastorno mental que se podía tratar. Ahora, el poder ver estos pacientes un día después de cirugía, en el primero o segundo día después de hospitalizarse, nos permitió realizar una intervención temprana para depresión o delirio, o empezar a trabajar con la familia o la casa de ancianos. Con esta intervención de enlace vimos a cada persona con fractura de cadera; los pacientes tuvieron alta dos días más rápido, con mayor probabilidad de salir hacia su casa que a un centro de ancianos; ninguno requirió rehospitalización, y hubo menor número de días de rehabilitación. Así se ahorraron cerca de 167.000

dólares, con una intervención psiquiátrica de 20.000 dólares en un hospital y con una enfermedad, la fractura de cadera.

Uno de los cuestionamientos fue en relación con el desenlace final de estas fracturas de cadera; sin embargo, se puede mirar otra enfermedad como la coronaria. Tenemos la información de Frasure-Smith y otros en relación con tener un infarto de miocardio (IM) no Q y estar deprimido, lo cual aumenta la probabilidad de tener otro infarto o muerte cardiaca en un período de tres meses.

La morbilidad/mortalidad es tres veces mayor con la enfermedad depresiva, lo cual significa que cada paciente que llega a la unidad coronaria debe tener una evaluación para depresión o, por lo menos, para cada paciente que llega con un IM que por lectura del electrocardiograma (ECG) sea no Q.

En buena parte de los casos, la intervención para depresión en pacientes con IM no se realiza. Por lo tanto, tenemos indicios para la comunidad y para los casos de enfermedad cardiovascular en relación con necesidad de vincular la psiquiatría de enlace al equipo de la unidad de cuidado coronario.

**HR:** *¿Cómo se puede balancear el costo frente al beneficio de la intervención en un sistema de salud*

*frágil como el colombiano? ¿Cómo se le debe pagar a los psiquiatras?*

**JS:** Usted trae a colación dos aspectos importantes. En el estudio de fractura de cadera se estableció, tanto en el Centro Médico Mount Sinai de Nueva York como en el Hospital Northwestern Memorial de Chicago, que el costo de la intervención psiquiátrica es devuelto ocho veces en ahorros. De tal manera que aunque un gobierno, como el colombiano, no tenga dinero o una Empresa Prestadora de Servicios de Salud (EPS) no tenga presupuesto, termina pagando algo; por lo tanto, es sabio pagar por una interconsulta psiquiátrica porque ahorra dinero. En el caso de recurrencia en pacientes cardiacos se sabe que ahorramos cuando no hay que hospitalizar: nuestra unidad de cuidado coronario cuesta 2.000 dólares por día, a menudo la estancia es de cinco días, lo cual equivale a 10.000 dólares.

En el caso de tener otro infarto, o si la persona muere, de todas maneras hay que pagar al hospital, pero se pierde a alguien productivo. Generalmente una persona joven entre cuarenta a sesenta años de edad es una pérdida para la sociedad y para el Estado. Es de resaltar que los psiquiatras de enlace tenemos que encontrar para cuáles enfermedades funciona lo descrito. Debemos evaluar asma, artritis y diabetes; demostrar que en cada

caso se pueden reducir los costos, y entonces informar al gobierno, a las aseguradoras y a las empresas prestadoras de servicios de salud sobre estos hechos. Por ejemplo, en el caso de diabetes, el ahorro se logra cuando se evitan complicaciones secundarias como ceguera o amputaciones o cuando se logra que pacientes con diabetes tipo II paren de usar insulina, porque ahora la persona controla su peso, practica la reducción de estrés y es cumplido con la insulina. Sin embargo, nosotros debemos, como lo hice con fractura de cadera o como lo hizo Frasure-Smith en cardiología, trabajar de manera organizada para mostrar cuáles intervenciones son efectivas, pues cuando no producen una diferencia, creo que no podemos pedirles que nos paguen.

En Estados Unidos se recomienda un psiquiatra por cada 300 camas de un hospital general. Por lo tanto, si un hospital general tiene 600 camas, requiere dos psiquiatras. Algunos sistemas de salud, como el escandinavo, tienen cobertura gubernamental por un pago único; ése sería un modelo. En Estados Unidos, la mayoría o por lo menos el 50% del cuidado de la salud es privado, por lo tanto, los ingresos del médico se obtienen a través de unos honorarios de interconsulta. Yo veo a un paciente con fractura de cadera o a un paciente coronario, y puedo cobrarle a la compañía de seguros un honorario:

130 dólares, lo cual es suficiente por esa interconsulta.

En el caso de que una compañía o de que el gobierno no quieran pagar la interconsulta, entonces debemos hablar con ellos, ése es otro trabajo del psiquiatra de enlace. Las compañías de seguros harían mal negocio al no dejarme ayudarles a ahorrar dinero y a tener personas con una mejor calidad de vida. Así, en los sistemas gubernamentales donde existen hospitales públicos y a los médicos se les paga un salario, se recomienda un psiquiatra por cada 300 pacientes. Y en el sistema privado, se recomienda que las compañías de seguros paguen un honorario para cubrir la interconsulta.

Con medicina basada en evidencia debemos demostrar que la evaluación psiquiátrica hace diferencia. Quisiera que usted en Colombia les mostrara a las autoridades que los pacientes que nosotros vemos permanecen un tercio más de tiempo en el hospital que otros pacientes, pues aquéllos con comorbilidad; eje 1, 2, 3, o con morbilidad médica y psiquiátrica utilizan un tercio más de tiempo en el hospital general. Si puedo ayudar a disminuir el costo a través de interconsultas con este grupo de pacientes, entonces lo mejor para usted es pagarme para ver si puedo ayudarlo a reducir ese tercio extra de dinero que el hospital está utilizando.

Si usted tiene a un paciente que viene al hospital cada dos o tres meses por hipertensión, por asma o por diabetes, porque está fuera de control, debe pagarme para tratar de evitar que ocurra la hospitalización. Pero no tenemos información sobre todas las otras enfermedades y tampoco tenemos información colombiana para demostrar que los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica permanecen más tiempo y que, en consecuencia, utilizan más dinero del cuidado de la salud. Nosotros sabemos que los somatizadores, en comparación con los no somatizadores, utilizan nueve veces más cantidad de recursos médicos. Éste es el trabajo de Smith. Tenemos que ser los emisarios con las EPS y con los gobiernos para ofrecer cuidado a estos pacientes.

**HR:** *¿Le están pidiendo las aseguradoras a los psiquiatras más en el sentido económico que lo solicita a otros especialistas? ¿Qué pasa con otros desenlaces como bienestar y calidad de vida? Si no podemos demostrar ahorros en cada caso, entonces ¿no debemos cobrar por el cuidado de esos pacientes, no debemos siquiera ofrecerles atención?*

**JS:** Estoy de acuerdo, y como médico me ofende mucho que todo lo valoremos en términos económicos y el que como estadounidense tenga que hablar en forma constante acerca de dinero y poner todo en valor por dólar. Pienso que no es

justo que un psiquiatra tenga que demostrar en un sentido monetario que las intervenciones son efectivas, mientras que los diabetólogos, los gastroenterólogos y los neumólogos tratan los pacientes y no tienen que demostrarlo. Ésa es la realidad de la vida, gústenos o no. La psiquiatría siempre ha sido considerada una disciplina de segundo nivel, que está por fuera de la red médica. En las compañías de seguros, la psiquiatría es dejada por fuera, no es parte del plan médico, es vendida a otra compañía de seguros, no tenemos equidad entre el cuidado mental y el cuidado médico. Por ejemplo, en el Hospital Mount Sinai, con mi plan de salud, si me realizan una colecistectomía por enfermedad de la vesicular biliar, le van a pagar al cirujano una tarifa completa de 7.500 dólares; pero si necesito ver un psiquiatra, le van a pagar treinta dólares por veinte visitas, o sea, 600 dólares al año.

Ver a un psiquiatra en mi país, un buen psiquiatra, cuesta por los menos 150 dólares por sesión. Tratar un trastorno afectivo mayor requiere más de cuatro sesiones, la situación es loca. Pero mi seguro de salud paga tarifa completa por colecistectomía o por otra cirugía, y sólo me da 600 dólares por año en beneficios psiquiátricos. De tal manera que la psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina, y la realidad es que para conseguir esos dólares, vamos a tener que trabajar

más duro. La realidad es que la educación, las calamidades y otras necesidades se llevan los dólares, y en el mercado de hoy la única manera de conseguir dólares es mostrar costo-efectividad.

En Inglaterra demostraron que la mayoría de los IM pueden tratarse en casa. En Estados Unidos todos se tratan en el hospital. Es posible que si uno tiene un infarto, no tenga que ser tratado en un hospital. En ese caso estamos botando dólares del cuidado de la salud. Pienso que otras especialidades médicas requieren demostrar que ciertos procedimientos son necesarios. Por ejemplo, hay un gran debate: ¿debe hacerse mamografía a las mujeres entre los cuarenta y los cincuenta años de edad? Las aseguradoras y los gobiernos sólo pagan por mujeres en alto riesgo. Bien, en relación con esta pregunta, la medicina basada en evidencia muestra que hay muy pocas mujeres positivas entre cuarenta y cincuenta años y entre treinta y cuarenta. Uno tamiza 50.000 mujeres para encontrar una con cáncer de seno. ¿Es válido pagar todo ese costo para salvar la vida de una mujer, cuanto cuesta tamizar 50.000 mujeres? Creo que la calidad de vida es importante, al igual que tener una mejor relación con mi pareja y con mi familia, y un mejor funcionamiento sexual y psicosocial. Todas estas cosas son básicas, pero cuando en una sociedad las perso-

nas no son alimentadas, todo lo demás es empujado hacia abajo en la fila. Cuando la gente no tiene vacunas y no tiene chequeo de Papanicolau para detectar cáncer de cerviz, entonces considero que la calidad de vida se mueve hacia abajo en la lista de prioridades. Y aunque deseo que se pudiera ofrecer todas esas cosas y lograr que la gente viva mejor, cuando uno sólo tiene una cantidad limitada de dólares, solamente un límite de pesos, ¿cómo los debe gastar? Así, aunque creo que es infortunado e injusto que los psiquiatras tengan una carga mayor, la PI-E tiene que producir estudios de desenlace, pues ésa es la única manera de conseguir esos pesos. Tenemos que pedir que la calidad de vida y la disfunción social tengan sus propios costos, que tienen que quedar en fila. Para mí, cuando las personas están con hambre y la gente no tiene acceso a la salud para glaucoma y diarrea, la calidad de vida se mueve hacia abajo en la lista.

**HR:** *Y ¿en una sociedad rica donde la gente no esté aguantando hambre?*

**JS:** En ese caso debe subir en la fila. Sin embargo, otro ejemplo, en Estados Unidos un trasplante de hígado cuesta ¡250.000 dólares! ¿A cuántas vacunas de sarampión corresponde, cuántos Papanicolau, cuántas mamografías? La mayor parte de nuestros trasplantes de

hígado son para alcohólicos y abusadores de sustancias. ¿Es apropiado gastar esa cantidad de dinero en esa enfermedad y no pagar por un trasplante de médula ósea? Pienso que el psiquiatra PI-E está en posición para trabajar estos dilemas. Fui presidente del Comité de Ética de nuestro hospital y trabajo en el tema desde hace quince o veinte años. Y en forma continua trabajamos en la bioética del proceso de toma de decisiones: ¿cuándo permite uno que el cuidado paliativo mate un paciente, cuando ocurre eso?

**HR:** *¿Cómo se entrena un psiquiatra de enlace?*

**JS:** Primero que todo, el psiquiatra PI-E debe tener un excelente entrenamiento médico, por lo menos un internado médico y un excelente entrenamiento en psiquiatría, porque le va a tocar trabajar en situaciones donde todo lo que sabe va tener el factor de confusión de la enfermedad médica. Es fácil seguir un algoritmo para depresión mayor: se tiene uno de dos criterios mayores: ánimo deprimido persistente durante dos o cuatro semanas o dificultad para sentir placer (anhedonia) durante dos o cuatro semanas. Luego tiene que tener cinco de los siguientes ocho síntomas: problemas de alimentación, sueño, energía, libido, minusvalía, desesperanza, baja concentración o ideación suicida. Cuando se tiene un síntoma mayor y cuatro de los ocho

síntomas menores, califica para el diagnóstico de depresión mayor; pero cuando el paciente es un enfermo médico con cáncer o VIH o tiene un ataque cardiaco, entonces probablemente no come, no duerme, no tiene libido y tiene poca energía. ¿Qué hago con estos síntomas? ¿Los tengo en cuenta? ¿Son importantes? De esa manera, cuando el psiquiatra está en el ambiente del hospital general, tiene que repensar el diagnóstico. Además, el DSM-IV hace hincapié en que cuando un síntoma puede atribuirse a enfermedad médica, ese síntoma no cuenta para el diagnóstico de depresión. ¿Cuándo uno tiene una enfermedad médica actúan de la misma manera los medicamentos? ¿Me tengo que preocupar por los riesgos de interacciones? ¿Le iré a desencadenar otro problema al darle medicamentos psicotrópicos? Ésta es en forma general la agenda del psiquiatra PI-E.

Por lo tanto, pienso que debe tener un excelente entrenamiento en psiquiatría, un excelente año en medicina y luego realizar un año de subespecialidad en PI-E, donde el psiquiatra es parte de un equipo. El fellow se asigna a una unidad, por ejemplo, otorrinolaringología, neurología, cirugía o ginecoobstetricia. El entrenando debe realizar por lo menos cien interconsultas bajo supervisión; un proyecto de investigación, donde los métodos y el diseño son esenciales, y una revi-

sión de los 200 o 300 artículos cinco estrellas de las bases de datos. El entrenando debe saber cómo registrar a los pacientes y cómo establecer sistemas de registro. Debe usar y evaluar toda la habilidad clínica. Además, se entrena para ser parte de un equipo médico-quirúrgico, no solamente un consultor, por ello el entrenamiento puede extenderse incluso dos años.

**HR:** *¿Cómo se convirtió la psiquiatría en una hija adoptiva?*

**JS:** Hay que devolvernos al comienzo de la medicina, vuelta a Hipócrates, a Aristóteles, a Descartes, desde cuando la pregunta mente-cuerpo es un debate. ¿Hay una mente self o un cuerpo self? ¿Es la mente la que afecta al cuerpo o es el cuerpo el que afecta la mente? Después de eso la medicina se centró en el cuerpo. El corpus de todas las disciplinas médicas, excepto la psiquiatría, es el cuerpo. En la Escuela de Medicina es el 90% del currículo.

Hasta después de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría tenía muy poco que ofrecer. Los pacientes mentales eran recluidos en sanatorios o en hospitales psiquiátricos, y ¿usted sabe quién quitó las cadenas de los pacientes psiquiátricos: el Hospital Pitie-Salpetrier, en París? No había otras intervenciones, excepto confinar a las personas, terapia de sueño, terapia de

agua y, luego, cuando se descubrió en 1939, la terapia electroconvulsiva (TEC). Después de la guerra tuvimos el psicoanálisis, pero era un tratamiento no médico y se le valoraba poco. Adicionalmente, lo pueden hacer personas no médicas, se hace por fuera del ambiente médico y a menudo es ofrecido a la clase alta. Luego hubo posibilidad de disponer de medicamentos, por ejemplo, la clorpromazina en los años cincuenta, los barbitúricos y las anfetaminas, seguidos de los antipsicóticos, y así sucesivamente.

Hasta la década de los cincuenta realmente no teníamos intervenciones, solamente aislábamos a la gente en el campo, en hospitales separados, con doctores separados. No éramos parte de la medicina, y qué evolución ha ocurrido desde aquella época en los asilos y en los hospitales psiquiátricos: hemos movido a los pacientes psiquiátricos a los hospitales generales; en Estados Unidos se confiaba que para el año 2000 el 90% fueran tratados en el hospital general. No sé como es en Colombia, pero nosotros hemos cerrado el 90% de nuestras camas psiquiátricas de los hospitales psiquiátricos y queremos que los problemas psiquiátricos agudos sean manejados en las camas psiquiátricas de los hospitales generales.

Ha sido en los últimos treinta a cuarenta años desde cuando la psiquiatría ha empezado a ejercer la

práctica en la casa de la medicina, y no con doctores brujos o doctores magos que trabajan con los locos. Ahora nuestras intervenciones se han vuelto más sofisticadas: ahora tenemos una biología, tenemos una mayor y más explícita psicofarmacología, equivalente a lo que se tiene para la diabetes. El asma, la depresión y el delirio son todas enfermedades tratables. No obstante, mientras estuvimos en el período de 'alcanzar' la medicina nos fuimos quedando por fuera de los dólares. También en algún momento nos dejaron por fuera de las disciplinas médicas, y solamente hasta hace muy poco tiempo se consideró al psiquiatra en una posición equivalente. En mi hospital soy considerado el equivalente a un cirujano o a un internista, como una persona que tiene habilidades poderosas en trasplantes, en la unidad cardiovascular y en el ambiente quirúrgico del otorrinolaringólogo. Nuestras opiniones son valoradas en forma similar a las opiniones de otros doctores. Y esto es difícil de ganar, y entiendo que en un hospital psiquiátrico por fuera de Bogotá o por fuera de Cali, la psiquiatría está muy lejos de la medicina.

**HR:** *¿Cree usted que ésa es la principal razón para que la psiquiatría sea una hija adoptiva o quizá puedan existir otras razones?*

**JS:** Nosotros pensábamos que cuando se trataba el cáncer, se te-

nía que tratar el cuerpo con cáncer para poder deshacernos de éste. Si usted tiene hipertensión, tiene que tratar el cuerpo; si usted tiene una enfermedad infecciosa como *Salmonella*, tiene que tratar el cuerpo, o si tiene Alzheimer, tiene que tratar el cuerpo. Una cantidad de tratamientos médicos no requieren tratar la mente, de tal manera que ellos siguieron por sí mismos. Ahora la otra complicación que ocurrió desde 1950, cuando los pacientes fueron sacados de los asilos hacia los hospitales generales y con pocos tratamientos, es que la psiquiatría es sólo una de seis disciplinas que ofrece cuidado en salud mental, que incluye trabajadores sociales, enfermeras psiquiátricas, médicos de cuidado primario, psicólogos, médicos geriatras y psiquiatras.

Mucha gente, incluso los médicos no psiquiatras, pasa por alto la diferencia entre una trabajadora social o un psicólogo y un psiquiatra. Por lo tanto, el poder del psiquiatra se ha diluido en seis disciplinas, además del clero, que ofrece cuidado espiritual. Una buena cantidad de doctores prefiere hacer equipo con un trabajador social, a quien pueden controlar, de tal manera que éste hace la psicoterapia y el doctor hace la quimioterapia. Así que somos bastante sui géneris al tener una especialidad con un amplio rango de disciplinas que manejan el componente de salud mental. En cirugía se requiere

ser cirujano para hacer cirugía, pero para tratar deprimidos y enfermos mentales se puede adicionar un psicólogo, un trabajador social, o tener médicos de cuidado primario formulando antidepresivos. En nuestra nación, el 70% de los antidepresivos y el 90% de los ansiolíticos son prescritos por médicos no psiquiatras.

**HR:** *¿Cree usted que todos los médicos no psiquiatras están tratando la mente sin darse cuenta?*

**JS:** Exactamente. Eso es absolutamente correcto. Cualquier médico de cuidado primario o familiar le diría que el 50% de su trabajo es con un conflicto personal, psicosocial o familiar.

**HR:** *Pero ¿están ellos o el sistema interesado en hacer esto?*

**JS:** En aras de la justicia con ellos, me he vuelto más humilde. En promedio, los médicos en nuestro país gastan entre ocho y diez minutos con un paciente. ¿Qué tiempo puede tener para decirle hábleme de sus preocupaciones, de su trabajo, de su apetito, de su sueño, de su libido, de la sensación de energía? En ese tiempo por el cual les pagan, ellos le toman la presión arterial, escuchan el corazón y los pulmones, tratan de aclarar la situación de acuerdo con la queja principal, y los aspectos psicosociales se desvanecen.

Por otro lado, hay una diferencia en el entrenamiento en salud mental de acuerdo con el programa de entrenamiento en medicina (y nosotros hicimos los estudios acerca de los modelos aplicados en salud mental para cuidado primario). Si usted está en un programa de medicina interna, no tiene un entrenamiento estructurado en salud mental. Si usted está en un programa de medicina familiar, probablemente reciba cinco horas a la semana. Hay muy poca capacitación después de salir de la escuela de medicina. Aun en nuestra propia escuela se ofrecen sólo cuatro semanas de entrenamiento en salud mental. Entonces no hay manera que con ese tiempo usted pueda tratar de presión, ansiedad, demencia, delirio, abuso de sustancias y disfunción sexual. Creo que se vuelve muy importante que, como psiquiatras PI-E, influyamos en los programas de residencia. Asimismo, debemos tratar de trabajar con los médicos de los hospitales generales. Es un poco largo para esta entrevista, pero establecí el concepto a través del cual, en todas las rondas, en cada unidad médica, un médico de prestigio y un psiquiatra presentaban un caso por semana para enseñar los aspectos psiquiátricos del cuidado médico.

George Engel dijo, basándose en el modelo psicosocial, que cada enfermedad tiene un componente psicológico; por lo tanto, un paciente

con diarrea por Salmonella o por E. coli también tiene una reacción frente a la información. Si le digo que usted tiene sida, usted va tener una seria reacción, de tal manera que casi no hay enfermedad que no tenga un componente psicosocial. Y se influyen mutuamente, y creo que en los hospitales generales tenemos oportunidades de revisar las reacciones mentales ante la disfunción somática. Cuando usted me llama a evaluar una interconsulta, luego le cuento acerca de su paciente cardiaco: que está trabajando mucho, que fuma demasiado, que tiene sobrepeso, que tiene problemas maritales, que tiene problemas financieros y tiene un IM no Q....

**HR:** ... y tiene un hijo secuestrado...

**JS:** ... que tiene un hijo secuestrado, que tiene problemas para la erección y que va a presentar otro problema coronario, a menos que se le ayude. La rehabilitación y el cuidado coronario tienen una orientación física casi exclusiva; sin embargo, cuando no se le ofrece tratamiento psicosocial, lo vamos a tener de vuelta en tres meses o va a morir. ¿Se puede trabajar en equipo? Veo al psiquiatra de enlace como un profesor y veo al psiquiatra de interconsulta como alguien que atiende pacientes y que educa. Una de las formas como educamos mejor es a través de nuestras notas en la historia clínica. A menudo el equipo

médico no tiene tiempo de hablar con nosotros, pero escribimos una nota en la historia y es allí donde es esencial la historia electrónica de microcares, con una nota completa y una cita de la bibliografía médica acerca del caso, por ejemplo, sobre asma y ansiedad, depresión y corazón, cáncer de páncreas, etc.

**HR:** *Katon y su grupo, además de otros grupos, han señalado que la forma de interactuar del médico con su paciente puede influir en la respuesta al tratamiento. ¿Es necesario cambiar la forma como se entrenan los médicos?*

**JS:** Wayne Katon realizó importantes hallazgos: demostró la importancia de la psiquiatría en el ambiente médico y también que la cantidad de interacción y los modelos de enseñanza deben ser cambiados. Por ejemplo, para demostrarle a un médico de cuidado primario que un paciente está deprimido se le aplica el Cuestionario general de la salud o el Beck, clarificando que sí hay depresión; sin embargo, eso no modifica el cuidado que se le ofrece al paciente. Se abre la puerta, pero eso no cambia la forma como ellos lo tratan. La toma de conciencia no modifica la conducta del médico.

Si les explico, si me siento con ellos una sola vez y les digo «su paciente está deprimido», y les muestro cómo entrevistarlos, eso no va a cambiar la conducta. En realidad,

debo llevar a cabo una entrevista conjunta con el médico, ver al paciente con él, revisar ciertos documentos, penetrar en su esfuerzo clínico para que el modelo se retenga. Es como una vacuna, si yo digo su paciente está deprimido, la vacuna no actúa; si le doy un buen artículo, la vacuna no funciona, por ello se requiere cierto número de dosis de enseñanza. Esto es lo que Katon demostró en forma brillante en sus estudios. Muy rara vez se le da al médico de cuidado primario esa dosis de enseñanza psicosocial. Si no la damos, no hay efecto; si uno va a aprender una nueva palabra, se requiere oír la 43 veces. Ahora le pregunté acerca de la frase en español «qué tal», yo he oído esas palabras una y otra vez, pero ¿por qué no entran, por qué?

En relación con el tema de dosis y penetración, se sabe que toma mucho tiempo en el proceso psicoterapéutico. Se le puede decir a un paciente (aun al peor enemigo) que la razón por la cual le cae mal a la gente o por la cual la gente nunca le pregunta a él, es por la forma como se comporta. Se le puede decir, pero no lo puede aceptar en el plano emocional. Creo que las habilidades psicosociales para entrevistar, para realizar una historia clínica, para juntar una base de datos son un proceso de enseñanza más complicado que enseñar a tomar la presión o analizar enzimas o el ciclo de Krebs, y no hay forma de

asignar más tiempo y de dedicar más al entrenamiento de los jóvenes médicos. Se sabe que Michael Balint trabajó con un grupo de médicos en Londres y en su país nativo, Suiza; pero lo hacía cada dos semanas durante cuatro o cinco años, para sensibilizarlos, para transmitirles habilidades de entrevista, para transmitirles la capacidad de comunicarse. Creo que debemos tomar conciencia que para transmitir este tipo de conocimiento se requiere un modelo diferente de entrenamiento.

**HR:** *Pero ¿vale la pena?*

**JS:** Es completamente válido, pero los médicos de cuidado primario les están entregando esto a las trabajadoras sociales. Por cada cien trabajadores de la salud mental que una EPS contrata, 4% son psiquiatras, 96% son trabajadores sociales y psicólogos. Somos muy costosos. Ellos no quieren a un doctor Rincón o a un doctor Strain.

**HR:** *¿Está usted a favor de programas combinados como medicina interna y psiquiatría o pediatría y psiquiatría?*

**JS:** Estaría a favor de ellos los programas combinados si no fueran tan costosos y tomaran tanto tiempo para ser realizados. Tenemos que encontrar una forma de tener cuatro o cinco horas de capacitación semanal durante los ocho años de

entrenamiento médico, cuatro años en la escuela médica y cuatro años en la residencia. No creo que el entrenamiento dual sea la respuesta, es demasiado costoso.

Posteriormente, de manera infortunada, cuando la persona tiene ambos entrenamientos, se dedica a la psiquiatría. Eso ocurre en nuestro país. La persona no ejerce las dos especialidades, además de que es muy difícil mantenerse actualizado en esas especialidades. De tal manera que creo que debe iniciarse en el primer año, seguir hasta los años clínicos de la escuela médica y luego continuar en la residencia.

**HR:** *Norman Sartorius nos dijo que los psiquiatras, como recurso escaso, deberían ser profesores de los médicos y cuidadores indirectos de las personas. ¿Qué piensa acerca de eso?*

**JS:** Estoy totalmente de acuerdo. Soy muy cercano a Norman Sartorius. Tenemos un lugar que amamos, Ulan Bator, en Mongolia, y él ha estado allá varias veces. Cuando usted va a un país como Mongolia, que tiene cinco psiquiatras; a Tanzania, que tiene tres; a Kenia, que tiene seis, o aun a la India, que tiene 600 psiquiatras, se evidencia que nunca se tienen psiquiatras suficientes para tratar las necesidades de esos países.

**HR:** *Pero ¿son muchos menos de los que tenemos en Colombia?*

**JS:** Nunca se tendrán suficientes psiquiatras. Claramente, yo debería emplear 100% de mi tiempo a enseñar sin ver pacientes. Lo que está en mi cabeza debería estar en la cabeza de ellos. Eso sería lo de mayor valor que podría hacer con mi tiempo. Para ofrecer psicoterapia, no creo que tenga ser un médico psiquiatra, ni un psicoanalista con siete años de entrenamiento. Lo que sí se requiere es un buen entrenamiento. Sin embargo, pienso que para dedicarse a manejar comorbilidad uno tiene que ser un médico, tiene que saber acerca de la disfunción endocrina, del problema renal, del problema cardiaco, del problema hepático, del problema pulmonar, y tiene que conocer las interacciones entre medicamentos, así como saber cuándo un paciente se puede mantener en el ambiente médico o en el ambiente psiquiátrico.

En forma básica, uno debe ser un profesor y tener la capacidad de diagnosticar al paciente. Una vez que se realiza el diagnóstico, no se requiere a alguien de nuestro nivel para llevar a cabo el tratamiento. Una trabajadora social bien entrenada puede realizar mucha psicoterapia. De igual forma, un médico de cuidado primario bien entrenado puede manejar una gran variedad de trastornos afectivos. Los alcohólicos anónimos realizan un excelente trabajo con el manejo de alcohol y aun de narcóticos. De manera que estoy de acuerdo con

Norman. Mi molestia con la psiquiatría de enlace es que uno va a la Academia de Medicina Psicosomática y ellos se están hablando a sí mismos, y dicen lo mismo una y otra vez. Se sabe que ése es un grupo que ya obviamente entiende la situación, porque no se emplea el tiempo en ver cómo se disemina la información hacia fuera. Mi idea en relación con la visita a Colombia, donde usted me pidió que hiciera muchas cosas, era que tenía la obligación de enseñar acerca de lo que hago: mostrar y enseñar.

Y para Norman Sartorius el mundo es su nicho. Cuando uno va adonde no hay psiquiatras –¡hay ciertos países donde no hay psiquiatras!–, pienso que mi trabajo es ir allá por lo menos durante un mes y trabajar con cuidadores primarios de la salud. Por ejemplo, Pol Pot mató a todos los psiquiatras, así como a casi todos los médicos de Camboya, donde estuvimos hace dos años. En ese lugar no tienen psiquiatras. Con la ayuda de los noruegos están entrenando en psiquiatría a un grupo de médicos. En mi caso, practicar en Camboya como psiquiatra sería un delito. Debería ser un profesor para lograr que otros hagan el trabajo.

Nosotros creemos que Wayne Katon ha sido excelente en esto, aun en un país desarrollado como Estados Unidos, donde tenemos cerca de 45.000 psiquiatras; sin embar-

go, ¿no tenemos suficientes psiquiatras en la parte alta del estado de Nueva York! No tenemos suficientes psiquiatras en los guetos, en las ciudades pequeñas. No tenemos suficientes psiquiatras de niños. Buena parte de la salud mental puede ser llevada a cabo por el pediatra y por el cuidador primario. Pero ¿ve usted psiquiatras especialistas en interconsulta-enlace dejando su práctica privada para volverse profesores? No muchos. En un debate de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) sobre psiquiatría de interconsulta frente a la de enlace, Hacket tomó la posición de que lo que funcionaba era la interconsulta y yo consideré que lo mejor era el enlace. Nosotros lo ganamos en forma clara. No había duda de que nuestros datos eran concluyentes. Harold Pincus era mi compañero, él era jefe de investigación en la APA y fue también un campeón del debate en Miami.

Considero que los psiquiatras de interconsulta-enlace deben aceptar el hecho de que deben ser profesores. Creo fuertemente que si no nos movemos del modelo de interconsulta, donde tengo que esperar a que me llamen, y no vamos al sitio, entonces la trabajadora social, el psicólogo y el cuidador primario van a tomar las riendas y se convertirán en los cuidadores principales de la salud mental. Y si uno como residente en práctica ve que la trabajadora social se encarga de

todos esos casos, entonces cuando salga a su práctica va a llamar la trabajadora social en lugar de llamar el psiquiatra.

**HR:** *De tal manera que la trabajadora social se encargaría del enlace, pero ¿eso no sería un cuidado médico de buena calidad?*

**JS:** Sí, ellas se encargarían de la actividad del enlace y se convertirían en las profesoras de salud mental para los médicos de cuidado primario. Ellas harían el tratamiento del diálogo y lograrían que el médico de cuidado primario prescriba el antidepresivo, por ejemplo fluoxetina, sertralina, etc. Ése sería el día del cuidado total, el día en que no lo necesitamos a usted. Y eso no sería cuidado médico de alta calidad, le faltaría todo el entendimiento del cuerpo, la integración de la psicofarmacología y la psicoterapia, y creo que un buen psiquiatra realmente conoce cómo usarlas ambas. A la trabajadora social le faltaría todo el cuidado de las interacciones y el cuidado de la disfunción terminal de un órgano.

**HR:** *¿Qué piensa de la PI-E en un sitio de cuidado ambulatorio?*

**JS:** No debe existir diferencia entre el cuidado hospitalizado y el ambulatorio. Debemos estar en clínicas de cuidado ambulatorio y en hospitales universitarios, porque creo que ahí se debe tener un am-

biente de medicina del comportamiento que se especialice en comorbilidad y casi que podría decir, en este momento de mi carrera, que si pudiera reducir mi interés en una sola palabra, sería comorbilidad.

¿Qué ocurre si uno tiene problemas psiquiátricos y problemas médicos? ¿Cómo cambia eso la ecuación? Y eso ocurre claramente en una clínica de diabetes, en una clínica neurológica, en una clínica de artritis, en una de dolor crónico, en todos esos lugares. Esta última es otro ejemplo de que la psiquiatría no se ha acercado a muchos sitios. La psiquiatría le ha entregado ese cuidado a la anestesia, la cual ofrece básicamente cuidado biológico, ellos usan bloqueos y medicamentos. Nosotros sabemos que una buena parte del problema del dolor crónico es psicológico, creo que debemos estar en el cuidado ambulatorio.

**HR:** *¿Qué opina de los grupos psicoeducativos para la rehabilitación cardíaca?*

**JS:** La psicoeducación en grupo es apropiada. Redford Williams y su esposa creen que la psicoeducación en el ambiente de trabajo es un proceso importante de la rehabilitación para pacientes cardíacos, diabéticos y para los enfermos crónicos. Es una intervención muy importante para disminuir la morbilidad y la mortalidad.

**HR:** *¿Hay lugar para la educación sobre cómo llegar al ambiente del cuidado ambulatorio, el ambiente del médico internista, y así poder realizar interconsultas para enseñarles cómo cuidar a sus pacientes?*

**JS:** Correcto, debería haber lugar. Sin embargo, se requiere mucha mano de obra de psiquiatras para hacer eso. En el Hospital Mount Sinai, al cuidado de Kaufman, en los años cuarenta y cincuenta, hubo un psiquiatra en cada unidad y en cada clínica de todo el hospital, y la razón fue porque durante el holocausto vinieron tantos psiquiatras de Europa que teníamos una mano de obra enorme. Contábamos con entre 300 a 400 psiquiatras desempleados, y nosotros asignamos un psiquiatra a cada unidad y a cada clínica, y eso fue muy bueno.

En forma cuestionable no hay recursos para pagar por este servicio. Nuestro sistema de seguridad social, Medicaid, no cubre mucho el cuidado psiquiátrico.

En Mount Sinai gozamos de la ventaja que la gente nos da tiempo gratuito. Para poder tener prerrogativas en el Hospital Mount Sinai se requiere que se regalen diez horas gratis a la semana, de tal manera que tenemos el tiempo de 400 médicos por diez, lo cual es 4.000 horas de tiempo gratis de psiquiatra a la semana. La mayoría de los hospitales no cuentan con eso.

**HR:** *Los pacientes psiquiátricos usualmente tienen mayor comorbilidad médica. ¿Es el hospital psiquiátrico un lugar para un psiquiatra de interconsulta-enlace?*

**JS:** Es muy interesante que mencione este tema. Escribí y discutí acerca de la necesidad del enlace reverso. Una unidad de hospitalización psiquiátrica debe tener un médico que, como parte del equipo, visite la sala día tras día y vea a cada paciente, para que de este modo esté al tanto de su evolución médica. Se trata de manejar el concepto del enlace reverso, donde cada paciente psiquiátrico hospitalizado o ambulatorio pueda ser evaluado por un médico general o especialista diferente al psiquiatra. Es un enlace de la medicina hacia la psiquiatría. Aquí el especialista no psiquiatra se convierte en el profesor del psiquiatra. Y nosotros somos tan malos para llamarlos como ellos para llamarnos a nosotros.

Así, el modelo de interconsulta, que implica esperar para que el psiquiatra llame a alguien a evaluar un problema, tiene tanta probabilidad de fallar en la detección del síntoma como ellos de fallar en la detección de depresión. Esto se denomina enlace reverso. Yo inventé y promoví ese nombre. En relación con esto, la otra pregunta es: ¿debemos tener psiquiatras en las unidades médico-psiquiátricas? Como usted lo sabe, Roger Katol promovió que las uni-

dades médico-psiquiátricas son para personas muy enfermas médicamente para estar en psiquiatría, y muy enfermas psiquiátricamente para estar en medicina. Estas unidades deben tener enfermeras con habilidades mixtas. Con frecuencia tienen internistas y psiquiatras que trabajan de la mano. La dificultad es que estas unidades son muy costosas y ninguno de nuestros sistemas las paga. Y la situación real es: si en un país tan rico como Estados Unidos el sistema no puede costearlas, entonces no lo podemos tener. Nosotros cerramos la farmacia del departamento para pacientes ambulatorios, porque el hecho de que ellos recibieran los medicamentos en Mount Sinai no era costo-efectivo. Ahora ellos tienen que ir a la farmacia de la esquina. Por otro lado, si no hay suficientes pacientes, van a cerrar nuestro servicio de Ginecología y Obstetricia, porque el hospital tiene que pagar sus cuentas. Entonces la unidad médico-psiquiátrica, por tener enfermeras especiales, dos médicos y pacientes que permanecen un tiempo largo, no es rentable aunque el concepto sea muy bueno.

En la mayoría de los lugares la expresión unidad psiquiátrico-médica significa que es una unidad psiquiátrica con el soporte médico, mientras la expresión unidad médico-psiquiátrica implica que es una unidad médica para pacientes psiquiátricos. La disciplina que tiene el

control de la unidad determina su nombre. Adicionalmente, están las otras áreas especializadas que debemos tener: una clínica de dolor, una clínica de transplantes, una clínica de somatizadores y una clínica de pacientes de difícil diagnóstico.

**HR:** *¿Puede quizá explicar que es microcares, así como por qué inició este proyecto y por qué es importante para la psiquiatría y la comunidad?*

**JS:** Microcares significa micro en relación con microcomputadores frente a los macrosistemas de IBM. También significa trabajo clínico, esfuerzo administrativo, metas de investigación y de educación. Ésa es la parte del cuidado. En 1979 tuve la fortuna de que mi buen amigo Zeb Tantor iniciara un sistema para recolectar datos de pacientes psiquiátricos en varios países. Él es un experto en computadores y con su grupo realizó un proyecto con los gobiernos de Indonesia y de India. Él me dijo: «Jim, tú evalúas todos esos pacientes y no aprendes nada de ellos, te digo que tienes una mina de oro en datos que no estás explotando». Entonces le pregunté cómo lo haría él. Completé un formato de quince páginas en papel, él lo analizó y empujó el proyecto. Así empezamos el primero de nuestros estudios. Incluimos cada paciente en la base de datos y empezamos a ver cosas increíbles. ¿Estaban en capacidad de firmar un consentimiento

informado todas las personas que nos pedían evaluar? Dos tercios tenían demencia con delirio, por lo tanto, tenían factores de riesgo para enfermedad mental. Ese hallazgo fue muy importante. Luego encontramos que un tercio tenía riesgo suicida, y así sucesivamente.

Luego iniciamos con un mini-computador y un programa llamado CL info, y mi hijo, que tenía catorce años en ese momento, empezó a trabajar con nosotros. Finalmente, con el primer microcomputador de IBM nos movimos con la tecnología. Hoy día es absolutamente claro que si incluimos en la base de datos cada cosa que hacemos, entonces podemos estudiar todos los esfuerzos clínicos. Usted hace cientos de interconsultas en Colombia cada año y no aprende nada de ellas. No sabe si está progresando o está empeorando en sus manejos. Por lo tanto, mi sentimiento por un período largo fue que esta disciplina requería un sistema rápido para registrar los pacientes con variables críticas que no se encontraban en la historia clínica y que se pudieran estudiar. Cuando uno quiere estudiar algo de las historias clínicas, lo debe definir bien y puede tomar meses hacerlo.

Yo nunca puedo realizar estos estudios de colaboración. No puedo hacerlos con usted, porque no recolectamos las mismas variables. Me pareció que ésta era la oportu-

nidad de lograr un efecto grande, y así podíamos liderar el camino de la medicina, porque por ejemplo la diabetes tampoco tiene un sistema de historia clínica electrónica. Esto significa que tengo la capacidad de ver el comportamiento de ciertas unidades en el hospital, las unidades que nunca remiten pacientes, las que remiten muchos pacientes y otras que remiten el paciente una hora antes de darle de alta. Empezamos a hacerle seguimiento a eso. Vimos cuáles días de la semana eran los más ocupados, de dónde venían los pacientes y cuáles médicos los enviaban. Algunas veces teníamos un solo tipo de diagnóstico de un determinado sitio y así hallamos un patrón. También vimos qué clase de supervisión se ofrecía, qué tipo de recomendaciones realizaban el resto de nosotros, y si se estaban viendo un suficiente número de pacientes.

Por ejemplo, durante el entrenamiento en cirugía se requiere que uno haga tres tiroides, cuatro apendicectomías y dos aneurismas. Uno no se puede graduar a menos que haya visto a estos pacientes; pero uno puede pasar por psiquiatría y nunca ver a un paciente que depende de una máquina, puede nunca haber visto a nadie en diálisis, a nadie con diagnóstico reciente de cáncer y nunca a un paciente en período terminal. De tal manera que el proceso de aprendizaje no ha sido visto en forma adecuada y no hay

buena investigación al respecto. La gente realiza un estudio y le cuentan a uno un poquito.

Por ejemplo, vimos que ¡la mitad! de los pacientes con trastorno de adaptación recibía medicamentos y que nosotros no sabíamos qué en nuestro propio servicio hacíamos eso, que usábamos tantos medicamentos. Yo redacté la parte de trastornos de adaptación para el DSM-IV, soy el señor trastorno de adaptación, y no tenía idea de que en mi hospital no se estaba llevando a cabo lo que yo planteaba, que hacíamos psicoterapia sin medicamentos. Por lo tanto, pienso que la historia clínica sistematizada de manera electrónica fue la forma de empezar clínicamente a administrar todas estas cosas. Puedo mostrar todos los pacientes vistos, clarificando que funcionó y que no funcionó. Nos permite, con base en las observaciones clínicas, movernos hacia un modelo científico más riguroso. Y esto es muy alentador, porque sin éste, seguiríamos haciendo lo mismo de siempre, lo cual se observa en todos los artículos antiguos. El gran efecto con los artículos australianos es que ésta es una nueva forma de mirar los datos. La otra cosa es que Graeme Smith está a 12.000 millas de distancia de mí y lo ha hecho de manera independiente.

Algo más en relación con la base de datos de artículos publicados del

programa de microcares. Cuando salí de Camboya les dejé la base de datos. ¡Ellos tienen ahora los mismos artículos que yo tengo en Nueva York! En Camboya sin psiquiatra y con un portátil pueden registrar los pacientes de la misma manera, tener acceso a la misma literatura médica y a las mismas páginas web. Esto se puede hacer de la misma manera en Colombia, al mismo nivel que tenemos en el Hospital Mount Sinai.

### **Agradecimientos**

A la señora Amanda Felton, educadora del Colegio Bolívar, de la ciudad de Cali, por su invaluable ayuda en la transcripción de la entrevista en inglés.

### **Bibliografía**

Durante la entrevista se mencionaron algunos autores, cuyas contribuciones pueden identificarse a través de las siguientes referencias recientes:

1. Arteaga C, Angosto T, Escobar U, Posada J, Rincón H, Chaskel R. Una salud mental al alcance de todos: entrevista con el profesor Norman Sartorius. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2001 Mar;20:9-20.
2. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosom Med*. 2004 Sep-Oct;66(5): 720-8.
3. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of

- cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002 Mar 5;105(9): 1049-53.
4. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, et al. Impact Investigators: effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Dec 3;290(21):2803.
  5. Smith GC, Strain JJ. George Engel's contribution to clinical psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Aug;36(4):458-66.
  6. Smith GR Jr. The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*. 1994 May-Jun;35(3): 263-7.
  7. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL, et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*. 1991 Aug;148 (8):1044-9.
  8. Strain JJ, Strain JJ, Mustafa S, Flores LR, Smith G, Mayou R, et al. Consultation-Liaison Psychiatry Literature Database (2003 update). Part I: Consultation-Liaison Literature Database: 2003 update and national lists. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Nov-Dec;25(6): 378-85.
  9. Strain JJ. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(3):139-49.
  10. Williams R, Williams V. *Anger kills*. New York: Harper books; 1993.
  11. Strain J. [www.microcares.com](http://www.microcares.com). Página web con información sobre historia clínica sistematizada en psiquiatría de interconsulta-enlace.

*Recibido para publicación:* 2 de febrero de 2005

*Aceptado para publicación:* 12 de marzo de 2005

Correspondencia

*Hernán Rincón*

*Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia*

*hernanri@telesat.com.co*