

El rol educativo de la psiquiatría de enlace

Fuera del paradigma tradicional de enseñanza de la medicina

La psiquiatría de enlace es el área de las ciencias de la salud mental que se encarga del abordaje psiquiátrico del paciente con patología médico-quirúrgica, ya sea intra o extrahospitalario. Ya desde la década de los setenta, Zbigniew Lipowski, uno de los padres de esta disciplina, había descrito los tres ámbitos que la sustentan: el trabajo clínico, el papel educativo y el desarrollo de distintas líneas de investigación (1).

El segundo de ellos, la docencia, se basa en un paradigma no tradicional de enseñanza médica, dirigida a estudiantes de medicina, residentes de psiquiatría y de otras áreas, asistentes médicos de diversas especialidades y profesionales de la salud de distintas disciplinas, como enfermería, psicología y trabajo social (2).

Sin demeritar la educación formal clásica basada en clases presenciales o sesiones clínicas estructuradas, la psiquiatría de enlace privilegia un sistema de docencia práctica, que procura abordar la importancia de aspectos psiquiátricos y su interacción con elementos somáticos en cada uno de los casos tratados, *junto a la cama del paciente*, durante la intervención clínica y, sobre todo, mientras se retroalimenta al equipo que solicitó la interconsulta (2-4).

Distintas autoridades en el tema coinciden en que este proceso debe llevarse a cabo desde el paradigma médico (2-4). Es decir, se hace hincapié en una relación horizontal, en la cual el lenguaje empleado, el tipo de relación y las estrategias de intervención se basan en un discurso práctico, esquemático y, sobre todo, clínico, que además conjuga los otros dos dominios de trabajo de la psiquiatría de enlace.

La psiquiatría, sin embargo, ha mostrado históricamente líneas humanistas que no se pierden cuando se aborda este tema (5). El respeto tradicional hacia el paciente y el sufrimiento humano, sobre todo en el plano emocional, debe ser un elemento transmitido al resto del personal hospitalario, como parte de un proceso de sensibilización hacia la pato-

logía mental y las distintas estrategias a las que se tiene acceso y que en ocasiones son desconocidas por el resto del equipo de salud, como la psicoterapia en sus diversas tendencias o incluso la farmacoterapia.

Cuando se evalúan en conjunto estos elementos, se hace evidente que este proceso educativo se refiere a una interacción bidireccional (2-6), en la cual el especialista en psiquiatría de enlace está recibiendo información y educación desde distintos ámbitos, lo cual a su vez le permite fortalecer y complementar la visión integral que se tenga hacia la patología física y su relación con componentes emocionales y psiquiátricos.

Una situación particular se presenta con el estudiante de medicina: para el momento en que éste llega al tercer o cuarto año de estudios, por lo general ha sido expuesto a una serie de prejuicios, mitos e ideas preconcebidas sobre la patología mental. En este sentido, la educación a través de la psiquiatría asilar clásica no contribuye a eliminar estos preceptos; por el contrario, en muchos casos los aumenta. El principal riesgo es, entonces, que el aprendiz llegue a ver la enfermedad mental como ajena al ámbito de acción de la medicina y de la mayoría de sus especialidades.

El psiquiatra de enlace se encuentra, por lo tanto, en una posición única para mostrar la diversidad de círculos viciosos que se establecen entre la patología física y la mental y la importancia de su detección (6), sea cual sea el ámbito que el futuro médico vaya a desempeñar más adelante. En otras palabras, está en capacidad de mostrar el aspecto psiquiátrico de cualquier condición médica, para que así el alumno pueda contar con una mejor capacidad diagnóstica y con una visión terapéutica práctica. Lo anterior se ve complementado con la incorporación del paradigma de la medicina basada en la evidencia, que rige múltiples programas de entrenamiento de distintas especialidades en todo el mundo (7).

Según la Organización Mundial de la Salud (8), los trastornos neuropsiquiátricos suman cuatro de las diez principales causas de discapacidad alrededor del mundo. El cuarto lugar lo ocupa la depresión, pero se proyecta que para el año 2020 habrá ascendido al primer o segundo puesto, como consecuencia de la creciente cantidad de conflictos armados, migraciones, pobreza y desastres naturales. Durante el 2002, se calculó que 154 millones de personas en el mundo sufrían depresión.

Adicionalmente, se sabe que existe una altísima prevalencia de comorbilidad física y mental, que esta relación generalmente pasa inadvertida y

que cuando ambas condiciones coinciden y no son tratadas, el pronóstico funcional a largo plazo y la mortalidad tienden a aumentar drásticamente (2-6).

En este sentido, los estudios de la colaboración IMPACT (9-11) han demostrado científicamente que la intervención psiquiátrica en pacientes de la comunidad a quienes previamente no se les había diagnosticado algún trastorno mental permite no sólo reducir los gastos de atención (12), sino además mejorar la sobrevida y múltiples parámetros médicos en diabéticos (13), adultos mayores (14) o pacientes con dolor y artritis (15). Todo lo anterior, se realiza con la colaboración de médicos de atención primaria, quienes, por lo tanto, desde la época de estudiantes deberían estar sensibilizados ante el tema.

Lo anterior genera distintos cuestionamientos respecto a la planificación de la docencia en las escuelas de medicina: ¿el tiempo que se dedica a la educación de la psiquiatría durante los estudios de pregrado es proporcional a la posible exposición a patologías mentales durante el futuro ejercicio de la profesión?, ¿la docencia psiquiátrica debe estar enfocada hacia la patología mental pura o, por el contrario, debe hacer hincapié en su vínculo con entidades físicas a las que por estadística el médico general y de especialidades no psiquiátricas se verá más expuesto?, ¿necesitan los profesionales en salud general ser partícipes de este proceso de educación continua?, ¿existe academia dedicada a la prevención de entidades mentales como modo de evitar el futuro desarrollo de enfermedades médico-quirúrgicas?

Se pretende, de esta manera, contribuir a una de las intenciones iniciales de Lipowski cuando fundó las bases teóricas aún vigentes de la psiquiatría de enlace: la equiparación de la medicina en general con la salud mental, de modo tal que la brecha histórica en cuanto a recursos y atención se reduzca, favoreciendo modelos de salud verdaderamente integrales, basados en las necesidades actuales de la población mundial.

Ricardo Millán-González
Médico psiquiatra, especialista en psiquiatría de enlace
Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica
Unidad de Neurociencias, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
y Centro Costarricense de Investigaciones Médicas

Referencias

1. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry* 1974;131(6):623-30.
2. Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M, Rosenbaum J. Massachusetts General Hospital: Handbook of general hospital psychiatry. Mosby: New York; 2004.
3. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos C. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry* 2004;28(1):4-11.
4. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical care. *Am J Psychiatry* 2002; 159(12):1964-72.
5. Smith FA, Querques J, Levenson JL, Stern TA. Psychiatric Assessment and Consultation. *FOCUS* 2005; 3(2):241-51.
6. Millán-González R. Psiquiatría de enlace: hacia una verdadera integración de la medicina. *Medicina, Vida y Salud* 2009;2:36-37.
7. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *JAMA evidence: Users' guidelines to the medical literature*. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
8. World Health Organization. Ministerial Round Tables 2001. 54th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Unützer J, Katon WJ, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):505-14.
10. Unützer J, Katon WJ, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(22):2836-45.
11. Oishi SM, Shoai R, Katon W, Callahan C, Unützer J, Arean P, et al. Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care. *Psychiatr Q* 2003;74(1):75-89.
12. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J Jr, Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(12):1313-20.
13. Williams JW Jr, Katon W, Lin EH, Noël PH, Worchel J, Cornell J, et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 2004;140(12):1015-24.
14. Noël PH, Williams JW Jr, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004;2(6):555-62.
15. Lin EHB, Katon WJ, Von Korff M, Tang L, Williams JW, Kroenke K, et al. Effect of improving depression care on pain and function among older adults with arthritis. *Journal of the American Medical Association* 2003;290(18):2428-29.