

Guía docente en psiquiatría de enlace

LOZANO SUÁREZ, M.*; CAMPOS RÓDENAS, R.**; ZABALA FALCÓ, S.* e IGLESIAS ECHEGOYEN, C.**

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ** Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Consultation-Liaison Psychiatry Training Guidelines

Resumen

En esta revisión, se trata de exponer unos criterios básicos que puedan servir como guía para la formación en Psiquiatría de Enlace. Con este objetivo se revisan las bases docentes de este campo y se describen las características que debería tener la rotación por los Servicios o Unidades de Interconsulta y Enlace; todo ello en base a cuatro coordenadas fundamentales: asistencia, docencia, investigación y gestión. Asimismo se propone el contenido curricular del proyecto docente en Psiquiatría de Enlace. La pedagogía de la Psiquiatría de Enlace ha de ser reflexionada; dada la ausencia de publicaciones españolas en este campo, es deseable que la aportación en este trabajo sirva para abrir el debate. Por otra parte, siendo el futuro de esta rama de la Psiquiatría prometedor, en España son pocos los Servicios o Secciones desarrollados y muchos menos los que tienen articulada la docencia; se espera que este panorama asistencial cambie en un futuro no lejano.

Palabras clave: Docencia en Psiquiatría de Enlace. Guía docente en Psiquiatría de Enlace. Psiquiatría de Enlace. Estándares de Formación en Psiquiatría.

Summary

This review is aimed to provide some basic criteria intended to be useful as a C-L training guideline. Teaching foundations for C-L Psychiatry are reviewed and the main features of the training schemes in C-L Psychiatry Services or Units are outlined taking in to considerations the four main perspectives such as clinical, teaching, research and management activities. Furthermore, a core curriculum for a teaching is recommended. Teaching principles for C-L Psychiatry should be meditated; due to the absence of national publications in this specific area, this article might give the opportunity to get started in an open debate. In spite of a worldwide promising future for C-L Psychiatry, in Spain there are still few Services or units developed and fewer of those providing a formal teaching program, so an opportunity for a major shift is served.

Key words: Teaching in Consultation-Liaison Psychiatry. Educational guidelines for Consultation-Liaison Psychiatry. Training standards in Psychiatry.

La subespecialización en psiquiatría es un hecho reconocido en muchos países y desde hace tiempo se considera una tendencia «inevitable» (1). Una de las ventajas que se citan es la mejora de la formación de los residentes de psiquiatría. En otros países se están imponiendo incluso la provisión de puestos de entrenamiento específico en Psiquiatría de Enlace (PE) una vez obtenido el título de especialista, son los llamados «fellowships» (2). Las necesidades de formación en este área son importantes, ya que se conjugan los conocimientos de Psiquiatría con los del resto de las especialidades médicas y quirúrgicas. Es por ello que hay incluso defensores de la PE como una supraespecialidad (3). Todo ello contrasta con la escasez o ausencia de referencias a la docencia de la misma para los residentes en los libros de texto o en monografías, tanto a nivel internacional como nacional (4-6). Incluso dentro del Programa oficial de la Comisión de Especialidades de Psiquiatría (7) se incluye a la rota-

ción en Interconsulta y Enlace dentro de los programas obligatorios de formación general, sin llegar a especificarse objetivos o actividades concretas a cubrir.

Los criterios mínimos que los programas que un servicio debe cumplir para tener la acreditación para la formación específica de PE suelen ser definidos por consenso de expertos y evaluados externamente por Comisiones específicas. Dentro de esta labor entraría la identificación del curriculum básico a adquirir durante la rotación. En esta revisión pretendemos describir una serie de indicadores y actividades en las que podría basarse la acreditación oficial de un servicio de PE en cuanto se refiere a la formación de residentes de Psiquiatría (y de otras especialidades). Estas recomendaciones se sustentan en nuestra experiencia personal, así como en las escasas referencias bibliográficas (2, 8-10), y fueron presentadas durante el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La Psiquiatría de Enlace es la disciplina que atiende los problemas psicopatológicos de los pacientes médico-quirúrgicos y a aquellos que surgen en los procesos terapéuticos de estos pacientes, incluyendo las vicisitudes de la relación entre el personal sanitario y los pacientes.

Clásicamente la relación entre la medicina y la psicología se articulaba en torno a la medicina psicosomática; su objetivo esencial estaba referido a las clásicas enfermedades psicosomáticas (11). Como se sabe, en muchas de estas enfermedades se han descubierto componentes etiológicos orgánicos muy evidentes y además todas ellas tienen unos tratamientos médicos muy eficaces y los propios especialistas apenas solicitan atención psicológica para estos pacientes.

El abordaje de las necesidades psicológicas de los pacientes médico-quirúrgicos se ha realizado desde diversas perspectivas que han supuesto diferentes modelos conceptuales con ocasionales conflictos de competencias (5). Además de la Medicina Psicosomática se han conceptualizado otros términos que dan sesgo a otras prácticas en ese campo: Medicina de la Conducta, Medicina Psicológica, Psiquiatría en Asistencia Primaria, Sociología médica, Psiquiatría del Hospital General y Psiquiatría de Interconsulta, entre otros (12). Demasiados conceptos que no reflejan a nuestro juicio la misma actividad.

La conceptualización y práctica que arrastra la PE se viene concretando desde finales de los años sesenta, y su fuerza surge de la extensión y nueva forma de practicar la medicina. Las nuevas técnicas que sólo hace unos años hubieran sido ciencia ficción, las situaciones límites y críticas que movilizan angustias en pacientes y profesionales, los trasplantes de órganos, los nuevos problemas bioéticos, etc., convierten al paciente médico-quirúrgico en un paciente de alta vulnerabilidad psicopatológica. Por ello se hace necesaria una continua referencia a la subjetividad del propio paciente, cuestionada por la propia aceleración de la tecnología médica.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y POSIBILIDADES DE RESPUESTA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Los médicos demandan al psiquiatra de enlace:

a) Atención de los pacientes médico-quirúrgicos que presenten trastornos psicológicos, habitualmente en relación con el difícil trance que supone la enfermedad, la cronicidad y la minusvalía.

b) Atención de los pacientes, aparentemente médico-quirúrgicos, pero que presentan trastornos psicopatológicos que se manifiestan en forma de trastornos somatomorfos.

c) Atención de los pacientes con trastornos mentales orgánicos.

d) Disponibilidad para con el personal sanitario del Hospital en sus dificultades para afrontar una estrecha re-

lación con pacientes que, por las características citadas, están en un difícil equilibrio psicológico.

Programas especiales para pacientes de alto riesgo de descompensación psicológica.

Para responder a estas demandas se cuenta con tres tipos de abordaje:

- Abordaje psicopatológico: se hace necesario el conocimiento de la psicopatología con especial referencia a la psicopatología cualitativa, que diferencie las distintas alteraciones de las capacidades psicológicas, distinguiendo lo que es reactivo de lo que son condiciones psicopatológicas desencadenadas, lo que es sintomático de lo que es constitutivo, en definitiva las diferentes formas de enfermar psíquico en los pacientes médico-quirúrgicos.

- Abordaje psicoterapéutico: en él se incluye además del apropiado a las alteraciones del paciente, una especial referencia a las relaciones médico-paciente, personal sanitario-paciente y a la psicología del enfermar.

- Abordaje psicofarmacológico: éste exigirá un conocimiento exhaustivo de la psicofarmacología y de sus interacciones con la enfermedad somática y con otras terapéuticas.

En definitiva, la Psiquiatría de Enlace no es una psiquiatría ligera, marginal o especial, es la psiquiatría aplicada al paciente médico-quirúrgico, al que las condiciones del ejercicio de la práctica médica lo han convertido en un paciente con gran carga psicopatológica. La extensión del campo de la psiquiatría fuera de los manicomios y su práctica en el hospital general y en los ambulatorios, en definitiva en la sociedad civil, le han llevado a atender a uno de los grupos de población más vulnerables. La extensión no implica desvirtuación o aligeramiento sino todo lo contrario, exige una mayor intención, una mayor profundización en la psicopatología, la psicoterapia y la psicofarmacología.

BASES DOCENTES EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La formación del residente en PE parte de la premisa ineludible de una formación previa en otros aspectos de la especialidad de Psiquiatría a través de la rotación por la consulta ambulatoria y por la planta de pacientes ingresados. Esto significa que ya se ha adquirido experiencia en la valoración y asistencia de personas con trastornos psiquiátricos que abarcan desde la esquizofrenia, delirios crónicos, trastornos del humor, hasta una parte importante de los trastornos neuróticos (según la clasificación de la CIE 10) (13).

El objetivo docente es conseguir que el médico residente de psiquiatría en su rotación por PE adquiera saber, oficio y arte en el campo específico de esta área de conocimiento. El saber es el cúmulo de conocimientos que ha de poseer para aplicarlos a su práctica; el oficio es la experiencia en el afrontamiento de los problemas psicopatológicos de los pacientes, y el arte es la posición que el clínico adopta en la transferencia con el paciente para acompañarle en el camino de su sufrimiento.

TABLA I Objetivos de la rotación en PE

- Realizar entrevistas y valorar psicopatología presente en los pacientes médico-quirúrgicos.
- Reconocer los principales mecanismos dinámicos que surgen en el proceso de enfermar.
- Identificar y atender a las necesidades del médico de referencia, incluso cuando no encontremos en ese momento trastorno psiquiátrico.
- Elaborar un juicio etiológico (factores precipitantes/mantenedores/predisponentes).
- Elaborar un plan de tratamiento ad hoc en coordinación con el equipo médico-quirúrgico de referencia.

La práctica de la PE entraña una dificultad nuclear derivada de ser una práctica en la intersección de la Psiquiatría y la Medicina. El psiquiatra que se dedica a la PE ha de tener unos conocimientos médicos consistentes que le permitan situarse en la perspectiva del paciente y del médico que le trata y que le permita orientar su intervención psicoterapéutica y/o psicofarmacológica adecuadamente.

El médico residente en su rotación por PE se va a encontrar, como en las diferentes prácticas médicas, «en un momento en el que la cantidad de referencias intelectuales va a ser sólo comparable al número e importancia de las decisiones que se deben tomar» (14).

CARACTERÍSTICAS DE LA ROTACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Los objetivos docentes que proponemos para la rotación se reflejan en la tabla I y coinciden con los descritos en la bibliografía internacional (2, 8-10).

Para alcanzar estos objetivos es preciso ir adquiriendo conocimientos acerca de los elementos que constituyen la interconsulta: comunicación con el médico/plantilla de referencia, información más relevante y fuentes de la misma (revisión de historia clínica, contacto con otros profesionales, con la familia...), características y redacción del informe escrito. También conviene estar familiarizado con los principales problemas administrativos, legales y éticos que surgen durante la actividad clínica y que conozca las diferencias entre el modelo de interconsulta y el de enlace.

Las habilidades clínicas a adquirir son múltiples tanto en el área de valoración diagnóstica como en la de orientación terapéutica (incluyendo aquí técnicas tan variadas como las de intervención en crisis o reestructuración cognitiva, por citar algunos ejemplos).

La complejidad del aprendizaje en este área tan específica de la especialidad conlleva que la rotación reúna unos requisitos fundamentales (tabla II), que pasamos a comentar a continuación.

La duración de la rotación requiere que haya una dedicación a tiempo completo. Se recomienda un mínimo de seis meses para residentes y un año para aquellos que quie-

TABLA II Requisitos de la rotación en PE

- Duración mínima.
- Acreditación de la plantilla.
- Servicio/Unidad de Psiquiatría de Enlace en H. General.
- Exposición clínica gradual.
- Número mínimo de interconsultas.
- Contenidos diversos en las interconsultas.
- Supervisión reglada.
- Actividades de seguimiento y de consulta ambulatoria.
- Actividades de enlace.

ran completar una formación más intensiva tras la residencia. También hay acuerdo en recomendar que los residentes estén en su tercer o cuarto año de formación (9-10).

El personal docente debe ser psiquiatras con años de experiencia y dedicación específica en Psiquiatría de Enlace. Es preferible que exista un equipo multidisciplinar de profesionales, pudiendo ser enriquecedor que aquellos de la misma disciplina tuvieran diferentes áreas de competencia clínica complementaria.

El lugar en donde realizar la rotación es en un Servicio o Unidad de Psiquiatría de Enlace emplazada en el Hospital General. Éste brinda la oportunidad para atender un amplio abanico de personas con problemas médicos en interconsulta y una asistencia más específica en determinados programas de enlace con unidades concretas (pacientes con SIDA, cáncer, diálisis, obstetricia-ginecología...).

Se recomienda que haya diferentes fases de exposición en la rotación de la interconsulta. Esta exposición gradual se refiere tanto al número de casos asignados al día como a la complejidad de los mismos. Lógicamente al final del periodo de la rotación el residente estará en mejores condiciones para atender a mayor número de personas y en situaciones de mayor complejidad.

En relación a ello se estima que haya un número mínimo de 100 interconsultas directamente realizadas por el residente, además que el contenido de las mismas sea diverso: pacientes de diferentes edades, sexos, patologías médicas, problemas identificados por el médico remitente, diagnósticos realizados por el consultor, fases de ciclo vital...

Es también fundamental asegurar que realice visitas de seguimiento durante la hospitalización del paciente y también que atienda a peticiones de atención a pacientes ambulatorios procedentes de los diferentes servicios médico-quirúrgicos. En todos los casos se sugiere que se realicen esfuerzos para la coordinación con el profesional de Atención Primaria, además del de Salud Mental cuando se estime indicado.

Asimismo se recomienda que durante la rotación el residente adquiera experiencia en actividades de enlace, es decir, de colaboración más continuada, y que ésta sea cara a cara e independiente de que se curse o no colaboración con algún servicio médico-quirúrgico.

Por último, es importante resaltar la supervisión como uno de los pilares de la actividad clínica y docente

TABLA III Curriculum para la docencia en Psiquiatría de Enlace

1. Bases conceptuales, históricas y prácticas de la Psiquiatría de Enlace.	20. Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades endocrinas y metabólicas.
2. La relación médico-enfermo.	21. Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades digestivas, dermatológicas y reumáticas.
3. La exploración de las funciones superiores.	22. Alteraciones psiquiátricas en el paciente con enfermedad neurológica.
4. Neuroimagen básica para psiquiatras.	23. Alteraciones psiquiátricas en el paciente con infección por VIH.
5. El afrontamiento de la enfermedad y hospitalización.	24. Psicooncología.
6. El afrontamiento de la muerte. Asistencia al paciente moribundo. Las reacciones de duelo.	25. Dolor crónico.
7. Delirium.	26. Reacciones psicológicas en el paciente de Cuidados Intensivos.
8. Demencias.	27. Diálisis y trasplantes de órganos.
9. Otros trastornos mentales orgánicos.	28. Aspectos psicológicos de la paciente de Obstetricia y Ginecología.
10. Ansiedad y depresión en pacientes médico-quirúrgicos.	29. Psiquiatría de Enlace en Pediatría.
11. Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol.	30. Psiquiatría de Enlace en Geriatria.
12. Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de otros tóxicos distintos del alcohol.	31. Psiquiatría de Enlace en Medicina Primaria.
13. Trastornos somatomorfos.	32. Utilización de los psicofármacos en Psiquiatría de Enlace. Alteraciones psicológicas producidas por fármacos no psicótropos.
14. Trastornos facticios y de simulación.	33. Psicoterapias en el paciente médico-quirúrgico.
15. Trastornos de la conducta alimentaria.	34. Aspectos administrativos, éticos y legales en Psiquiatría de Enlace.
16. El suicidio. Abordaje del paciente suicida.	
17. Trastornos del sueño.	
18. Disfunciones sexuales.	
19. Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades cardiovasculares y respiratorias.	

y de ahí el énfasis de nuestras recomendaciones a este respecto. Todos los pacientes deben ser supervisados por el médico de plantilla al menos dos veces, después de la primera visita y el día que se le dé el alta, o siempre que se estime necesario. Las sesiones de supervisión sería deseable hacerlas conjuntas para todo el Servicio de PE, permitiendo la participación de varios miembros de la plantilla y residentes. Para atender a necesidades asistenciales es oportuno mantener sesiones periódicas (dos/tres veces a la semana, 3-4 horas/semana). Además el médico residente debe tener acceso, durante toda la jornada de trabajo, al médico de plantilla para comentar las dificultades que le puedan surgir en la clínica. Se deben realizar entrevistas conjuntas, médico de plantilla-residente, como mínimo una vez por semana. A través de ellas se podrán atender primeras visitas, casos de mayor complejidad o con mayor interés didáctico, que permitan al residente observar las habilidades del médico de plantilla y a éste los progresos del residente.

LA DOCENCIA EN LA ROTACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Las sesiones clínicas son una de las actividades principales en el terreno docente. Las características principales para su preparación y presentación han sido recientemente recogidas a modo de guías orientativas (15). Se recomienda que se realicen periódicamente en el propio Servicio/Unidad, además contribuir a las sesiones del Servicio de Psiquiatría. Asimismo se pueden complementar con sesiones bibliográficas que ayudan a familiarizarse

con bibliografía básica concerniente a Psiquiatría de Enlace en sus diversas áreas temáticas. Para ello se puede utilizar la existente en el programa de búsqueda bibliográfica Microcares (16), y todo ello puede dar lugar a la creación de un fondo bibliográfico específico de consulta para el propio Servicio. Se ha recopilado un contenido curricular (tabla III) para basar la docencia, ya sea teórica como aplicada a casos concretos.

OTRAS ACTIVIDADES: LA INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN

Hay otras actividades inherentes a un servicio de PE y de las que el residente durante su rotación puede y debe participar. En relación con la investigación, debe tomar parte activa en los proyectos centrados en la PE que se estén desarrollando en el Servicio. Asimismo se pueden plantear microproyectos sobre aspectos muy concretos (auditorías) que den lugar a presentaciones en las reuniones de mejora de calidad del servicio y como pósters en Congresos (17). Se recomienda que el residente conozca las áreas de investigación en Psiquiatría de Enlace que se estén desarrollando a nivel nacional. Uno de los objetivos a adquirir en este campo es la capacidad para presentar un proyecto de investigación, en el contexto de Curso de Doctorado, que pueda ser la base de una futura tesis doctoral.

En la perspectiva de la gestión, el residente debe asistir a las reuniones clínicas periódicas del servicio y se recomienda que participe también en aquellas dirigidas a la mejora de calidad del mismo. También se espera que

participe en la recogida sistematizada e informatizada de un conjunto mínimo de datos de la actividad del servicio. Como parte de este apartado sería recomendable disponer de un formato de evaluación de los residentes en la rotación y de los diferentes miembros de la plantilla y de la rotación en sí misma. Estas dos evaluaciones se realizarían de forma anónima por los residentes al término de la rotación. Sería deseable que la valoración contemple destrezas y actitudes y que preste atención a habilidades de comunicación en la entrevista, conocimientos clínicos, relación con los pacientes y otros miembros de la plantilla y nivel de satisfacción alcanzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yager J, Langsley DG. The evolving subspecialization of psychiatry: implications for the profession. *Am J Psychiatry* 1987;144:1461-5.
2. Ford C, Fawzy FI, Frankel BL, Noyes R. Fellowship training in consultation-Liaison Psychiatry: Education goals and standards. *Psychosomatics* 1994;35:118-24.
3. Mckegney FP, O'Dowd MA, Schwartz CE, Marks RM. A fallacy of subspecialization psychiatry: Consultation-Liaison is a supraspecialty. *Psychosomatics* 1991;32:343-5.
4. Rundel JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*. Washington: The American Psychiatric Press; 1996.
5. Baca E, Ballesteros MC, Barcia D, Bernardo M, Caballero L, Calcedo-Barba A, et al. *Psiquiatría de Enlace*. *Actas Luso-Esp Psiquiatr* 1998;26(Supl 2):1-69.
6. Rojo JE, Cirera E, eds. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson; 1997.
7. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Psiquiatría. Separata de la Guía de Formación de Especialistas. Programa elaborado por la comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por resolución de fecha 25 de Abril de 1996. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura; 1996. p. 527-38.
8. House A, Creed F. Training in liaison psychiatry. recommendations from the Liaison Psychiatry Group Executive Committee. *Psychiatr Bull* 1993;17:95-6.
9. Gitlin D, Schindler BA, Stern TA, Epstein SA, Lamdan RM, McCarty TA, et al. Recommended guidelines for Consultation-Liaison psychiatric training in Psychiatry residency Programs. *Psychosomatics* 1996;37:3-11.
10. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical setting. *Psychosomatics* 1998;39:S8-30.
11. Lozano M, Padín JJ. De los conceptos de la Medicina Psicosomática a la práctica de la Psiquiatría de Interconsulta. *Monografías Psiquiatría* 1995;VII:10-4.
12. Salvador-Carulla L, Conde V, Farré JM. Concepto y ámbito de la Psiquiatría de Enlace. ¿Demasiados nombres para una misma actividad? *Cuadernos Med Psicosom Psiquiatría Enlace* 1997;44:44-51.
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
14. Moreira V, San Román AL. Nuestro decálogo del residente. *Med Clin* 1996;107:517.
15. Campos R, Seva A. Guía Orientativa para la Presentación de las Sesiones Clínicas. *Comunicación Psiquiátrica* 95-99;1-3,1999.
16. Strain JJ, Campos-Rodenas R, Carvalho S, Diefenbacher A, Malt UF, Smith G, et al. Part I: Evolution of a Literature Database: The International Use of a Common Software Structure and Methodology for the establishment of a National Consultation/Liaison Databases. En: Strain JJ, ed. 2000 Millennium Update: Consultation Liaison Psychiatry Database. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:402-7.
17. Huyse FJ, Lyons JS, Zwaan T, Strain JJ, Risjssenbeek AJMM, Herzog T, et al. Audit in C-L Psychiatry. *Int Rev Psychiatry* 1992;4:5-14.

Correspondencia:
 Maximino Lozano Suárez
 Sección de Psiquiatría de Enlace
 Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal
 Ctra. Colmenar Viejo, km 9.100
 28034 Madrid
 E-mail: mlozano@hrc.insalud.es