

S. Zabala¹
M. Lozano²
C. Iglesias³
R. Campos⁴

Planteamiento de la docencia en psiquiatría de enlace

¹ Servicio de Psiquiatría
C. S. M. León Felipe
Madrid

² Sección de Psiquiatría
Hospital Ramón y Cajal
Madrid

³ Servicio de Psiquiatría
Hospital Obispo Polanco
Teruel

⁴ Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
Zaragoza

La subespecialización en psiquiatría se considera cada vez más una tendencia «inevitable». La psiquiatría de enlace como disciplina que atiende los problemas psicopatológicos de los pacientes medicoquirúrgicos se sitúa en la intersección entre la psiquiatría y la medicina y desde esta posición ha de abordar también la relación médico-enfermo y las dificultades psicológicas que surgen en el proceso del enfermar. Todo ello implica unas necesidades formativas que deben ser objeto de reflexión. Siendo casi inexistentes las publicaciones españolas al respecto, esta ponencia pretende establecer una serie de objetivos y requisitos de la rotación en psiquiatría de enlace, así como el currículum docente que debería contemplarse en la formación de los residentes.

Palabras clave:

Docencia en psiquiatría de enlace. Formación de residentes.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:114-119

Consultation-liaison psychiatry training guidelines

Further specialization in psychiatry is being considered as an «inevitable» trend. Consultation-liaison psychiatry, as a discipline deals with the psychopathological problems of the patients suffering medical diseases, it is placed half way between medicine and psychiatry and from this position needs to face the doctor-patient relationship and the psychological difficulties related to the illness process. All these facts imply a particular set of skills and knowledge needs that ought to be subject of consideration.

While the number of publications around this topic in Spanish specialized press is very scarce, this paper seeks to define a set of goals and requirements of the Consultation-liaison rotation, as well as the curriculum that should be considered in the training of the residents.

Key words:

Liaison psychiatry. Training.

Correspondencia:
Silvia Zabala Falcó
C. S. M. León Felipe
San Claudio, 154
28031 Madrid

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría de enlace (PE), entendida como aquella disciplina que atiende los problemas psicopatológicos de los pacientes médico-quirúrgicos, con especial referencia a las dificultades psicológicas que surgen en el proceso de la enfermedad y a la complejidad de la relación médico-paciente, constituye una parte fundamental en la formación del residente de psiquiatría. Y no sólo para aquel que en un futuro vaya a desarrollar su actividad en este campo, sino para todo el que lo haga en el de la clínica psiquiátrica general, pues el conocimiento de los aspectos anteriormente mencionados es importante para el ejercicio profesional¹.

El abordaje de estas cuestiones se ha realizado desde distintas perspectivas. Tradicionalmente la relación entre la medicina y la psicología se ha articulado en torno a la medicina psicosomática, cuyo objetivo esencial eran las clásicas enfermedades psicosomáticas. Posteriormente se han ido configurando otros modelos conceptuales con diferentes denominaciones (medicina de la conducta, psiquiatría del hospital general, psiquiatría de interconsulta/enlace, etc.), generándose incluso ocasionales conflictos de competencias².

Pero más allá de dichos conflictos y del debate sobre la denominación debe existir un objetivo común, que es el abordaje de las necesidades psicológicas de los pacientes médico-quirúrgicos. Estos pacientes pueden estar sometidos a situaciones límite derivadas de su patología orgánica: dolor, incapacidad funcional, necesidad de someterse a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos a veces muy agresivos, cambios en la imagen corporal, pérdida de la autonomía, hospitalizaciones, irreversibilidad de su proceso, afrontamiento de la propia muerte, etc. A esto se añaden los importantes avances tecnológicos de las últimas décadas que, si bien es cierto que han conllevado indudables ventajas, también lo es que con frecuencia movilizan las angustias de los enfermos e incluso cuestionan su propia subjetividad². Todo esto hace que los pacientes medicoquirúrgicos presenten una elevada vulnerabilidad psicopatológica.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y POSIBLES RESPUESTAS A LA MISMA

Si analizamos las demandas que se le plantean al psiquiatra de enlace para ver qué tipo de problemas se va a encontrar el residente durante su rotación vemos que los médicos solicitan asistencia en casos como los siguientes²:

- Pacientes que en el trance de la enfermedad presentan trastornos psicológicos.
- Pacientes con trastornos somatomorfos.
- Pacientes con trastornos mentales orgánicos.
- Pacientes psiquiátricos que ingresan por patología orgánica.
- Aquellos casos en los que han surgido dificultades en la relación terapéutica.

Dicho de otro modo, ¿por qué el médico recurre al psiquiatra? En líneas generales podemos distinguir tres tipos de causas:

- El paciente tiene psicopatología que puede ser derivada o reactiva a su patología física o simplemente coincidente con la misma.
- Al médico se le acaban los recursos terapéuticos, ya sea en enfermedades objetivas o en somatizaciones.
- El médico se angustia ante el sufrimiento del paciente.

Tal como señala el Programa de Formación de la Comisión Nacional de la Especialidad, «el trastorno psiquiátrico, entendido como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural, implica una visión íntegra del enfermar del hombre que incluye el estudio y manejo de los aspectos psicológicos de la patología orgánica, así como la ayuda psicológica y psiquiátrica dada a pacientes de otras especialidades y al propio personal sanitario que los cuida»³.

Para responder a la demanda planteada disponemos, en líneas generales, de tres tipos de abordaje que requieren una serie de conocimientos específicos²:

- Abordaje psicopatológico: hay que saber distinguir lo que es sintomático de lo que es constitutivo, lo que es reactivo de lo que no lo es.
- Abordaje psicofarmacológico: deben conocerse bien las interacciones de los psicofármacos con las enfermedades somáticas y con los tratamientos prescritos.
- Abordaje psicoterapéutico: además de utilizar técnicas adecuadas (como podrían ser la intervención en crisis, la reestructuración cognitiva, etc.) deben tenerse muy en cuenta los aspectos psicológicos del enfermar, así como la relación entre el paciente y el personal sanitario que le cuida.

NECESIDAD DE FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Como vemos, la práctica de la PE se sitúa en la intersección entre la medicina y la psiquiatría². Esto implica que el residente que inicia su rotación en PE debe poseer unos conocimientos médicos consistentes que le permitan situarse en la perspectiva del paciente y del médico que le trata, así como una formación previa en otros aspectos de la especialidad adquirida en rotaciones previas (unidad de hospitalización, centro de salud mental).

Pero siendo éste el punto de partida se hace evidente la necesidad de una formación específica añadida. Aquí nos encontramos con una serie de problemas. En primer lugar, el Programa de la Comisión Nacional de la Especialidad no contempla objetivos docentes ni actividades específicas que el residente deba realizar durante su rotación en PE. Y si uno recurre a la bibliografía, tanto nacional como internacional, se encuentra con una escasez de referencias sobre este tema que permitan definir dichos objetivos y actividades. Pero además las dificultades de implantación que tiene la PE en nuestro país inciden directamente en la formación del residente.

En 1998 nuestro grupo envió una encuesta a todos los que en aquel entonces eran residentes de psiquiatría de tercer y cuarto año. Dicha encuesta constaba de 41 ítems referidos a aspectos organizativos de las unidades de PE, características de la rotación, calidad percibida de la misma y necesidades subjetivas de formación. Se recibió respuesta de al menos un residente del 59,7% de los centros docentes acreditados. Pues bien, casi la mitad de ellos carecían de unidades específicas de PE. Y en los casos en los que existían generalmente estaban infradotadas: la mayoría (70%) contaban con un único psiquiatra, menos de una tercera parte (29%) disponían de psicólogo y el porcentaje era aún menor (23%) si se trataba de personal de enfermería¹.

En los casos en los que no había unidad de PE esta actividad era realizada en la mitad de los casos por el psiquiatra de la unidad de hospitalización y en el resto por el psiquiatra de guardia o el especialista encargado de la asistencia ambulatoria.

Otro dato significativo era que el 10% de los residentes que respondieron a la encuesta no habían tenido ni iban a tener rotación en PE¹, es decir, que en su caso se estaba incumpliendo el programa oficial de la especialidad.

DESARROLLO DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Se plantean tres áreas fundamentales²:

- El currículum.
- Los objetivos asistenciales y docentes.
- Los requisitos mínimos de la rotación.

Currículum

Los contenidos teóricos que el residente debe ir adquiriendo durante su rotación en PE² figuran en la tabla 1.

Tabla 1	Currículum para la docencia en psiquiatría de enlace
1.	Bases conceptuales, históricas y prácticas de la PE
2.	La relación médico-enfermo
3.	La exploración de las funciones superiores
4.	Neuroimagen básica para psiquiatras
5.	El afrontamiento de la enfermedad y hospitalización
6.	El afrontamiento de la muerte. Asistencia al paciente moribundo. Las reacciones de duelo
7.	Delirium
8.	Demencias
9.	Otros trastornos mentales orgánicos
10.	Ansiedad y depresión en pacientes médico-quirúrgicos
11.	Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol
12.	Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de otros tóxicos distintos del alcohol
13.	Trastornos somatomorfos
14.	Trastornos facticios y de simulación
15.	Trastornos de la conducta alimentaria
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
20.	Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades endocrinas y metabólicas
21.	Alteraciones psicológicas en el paciente con enfermedades digestivas, dermatológicas y reumáticas
22.	Alteraciones psiquiátricas en el paciente con enfermedad neurológica
23.	Alteraciones psiquiátricas en el paciente con infección por VIH
24.	Psicooncología
25.	Dolor crónico
26.	Reacciones psicológicas en el paciente de cuidados intensivos
27.	Diálisis y trasplantes de órganos
28.	Aspectos psicológicos de la paciente de obstetricia y ginecología
29.	Psiquiatría de enlace en pediatría
30.	Psiquiatría de enlace en geriatría
31.	Psiquiatría de enlace en atención primaria
32.	Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Alteraciones psicológicas producidas por fármacos no psicotropos
33.	Psicoterapias en el paciente médico-quirúrgico
34.	Aspectos administrativos, éticos y legales en psiquiatría de enlace

Objetivos docentes

El residente debe adquirir no sólo un cúmulo de conocimientos, sino también experiencia y habilidad en el afrontamiento de los problemas psicopatológicos de los pacientes médico-quirúrgicos (tabla 2). Al final de su rotación por PE debe ser capaz de:

- Entrevistar al paciente médico-quirúrgico: puede entrañar cierta dificultad si ha de hacerse en condiciones a las que el residente quizás no está acostumbrado: pacientes en muy mala situación orgánica, que hay que entrevistar a la cabecera de la cama, circunstancias ambientales estresantes como son las unidades de cuidados intensivos, etc.
- Realizar una valoración psicopatológica: se supone que el residente posee una formación previa adquirida en otros rotatorios de la especialidad.
- Obtener la información relevante: aquí hay que incluir no sólo la revisión de la historia clínica y el contacto con la familia (aspectos que el residente ya conoce), sino, y esto es fundamental, la comunicación con el médico/plantilla de referencia. A pesar de su importancia hay veces en que esta comunicación no tiene lugar, bien por falta de tiempo bien porque con cierta frecuencia ésta no es tan fluida como debiera.
- Aprender a reconocer los principales mecanismos dinámicos que surgen en el proceso del enfermar.
- Poder elaborar un juicio etiológico huyendo del peligro que suponen los diagnósticos psiquiátricos por ex-

Tabla 2	Objetivos de la rotación en psiquiatría de enlace
	Entrevista con el paciente médico-quirúrgico
	Valoración psicopatológica
	Obtención de la información relevante (revisión de la historia clínica, comunicación con el médico/plantilla de referencia, contacto con la familia)
	Reconocimiento de los principales mecanismos dinámicos que surgen en el proceso del enfermar
	Elaboración de un juicio etiológico
	Configuración de un plan de tratamiento en coordinación con el equipo médico de referencia
	Afrontamiento de los problemas psicopatológicos de los pacientes
	Identificación y atención a las necesidades del equipo
	Redacción del informe escrito
	Conocimiento y abordaje de los principales problemas:
	Administrativos
	Legales
	Éticos
	Adquisición de experiencia en actividades de enlace

clusión a los que el residente puede verse forzado en alguna ocasión.

- Configurar un plan de tratamiento, siempre en coordinación con el equipo médico de referencia.
- Afrontar, y no sólo diagnosticar, los problemas psicopatológicos de los pacientes, siendo capaz de acompañarles en su sufrimiento.

- Identificar y atender a las necesidades del equipo, aunque en ese momento no se encuentre un trastorno psiquiátrico en el paciente objeto de la demanda.
- Redactar un informe escrito que debe entregarse al paciente en el momento del alta.
- Conocer y saber abordar los principales problemas administrativos, legales y éticos que surgen en la práctica de la PE.
- Adquirir experiencia en actividades de enlace con otros servicios.

Tabla 3

Requisitos de la rotación en psiquiatría de enlace

Cuándo

En el tercer o cuarto año de residencia

Dónde

Servicio de psiquiatría de un hospital general:
Amplio abanico de problemas médicos
Posibilidad de programas de enlace

Con quién

Psiquiatras con experiencia y dedicación específica a PE
Preferible equipo multidisciplinar

Cuánto tiempo

Un mínimo de 6 meses

Actividad asistencial

Exposición clínica gradual
Número mínimo de interconsultas
Seguimiento de pacientes
Atención a pacientes ambulatorios de otros servicios
Coordinación con otros profesionales
Actividades de enlace

Supervisión reglada

Todos los pacientes deben ser supervisados por el médico de plantilla tras la primera visita y antes del alta
Sesiones de supervisión dos o tres veces/semana
Disponibilidad del médico de plantilla durante la jornada laboral
Entrevistas conjuntas semanales: casos más complejos o de mayor interés didáctico

Actividad docente

Sesiones clínicas periódicas
Sesiones bibliográficas
Cursos de doctorado

Actividad investigadora

Debe ser parte de la formación global del residente
La investigación es condición necesaria para el progreso de la especialidad

Actividad en gestión

Promover el interés de los futuros psiquiatras por los problemas de planificación, gestión y administración de los servicios de salud mental

Requisitos de la rotación

Para conseguir todos estos objetivos es necesario que la rotación por PE reúna una serie de requisitos mínimos, tanto en lo que se refiere a los aspectos organizativos como a las actividades que se han de desarrollar.

En cuanto a los aspectos organizativos, la primera cuestión que nos debemos plantear es: *¿cuándo debe realizarse la rotación en PE?* En nuestra opinión debe ser en el tercer o cuarto año de la residencia. Aproximadamente la mitad de los residentes que respondieron a nuestra encuesta habían realizado dicha rotación siendo R1 o R2. Pues bien, la totalidad de los primeros y casi la mitad de los segundos (43%) estaban en desacuerdo. En cambio, el 100% de los que lo habían hecho siendo R3 y el 88% de los que lo hicieron de R4 consideraban que éste era el momento idóneo para realizar la rotación¹.

¿Dónde debe realizarse? Creemos que en el servicio de psiquiatría de un hospital general, pues esto permite abordar un amplio abanico de problemas médicos y participar en actividades de enlace con otros servicios.

¿Quién debe encargarse de la actividad docente? Deben ser psiquiatras con amplia experiencia en PE y dedicación específica a la misma, siendo preferible que se trate de un equipo multidisciplinar. Aquí nos enfrentamos a las deficiencias estructurales y organizativas ya mencionadas, con escasez de unidades específicas, psiquiatras que compaginan esta actividad con otras como el trabajo en la planta de agudos o la asistencia ambulatoria y unidades con escasa dotación de personal.

¿Cuánto debe durar la rotación en PE? Como es sabido, el programa de la CNE establece una duración mínima de cuatro meses. Nosotros pensamos que debe ser algo mayor, 6 meses en concreto, lo que concuerda con varias recomendaciones a nivel internacional^{4,5}. Un hecho que llama la atención es que, según los resultados de nuestra encuesta, la duración media de la rotación venía a ser ésa (5,8 meses), con un rango muy amplio, que oscilaba entre los 2 y los 12 meses. En el primer caso nuevamente se estaría incumpliendo el programa oficial de la especialidad. Y en el segundo cabe preguntarse si una duración tan prolongada se debe al inte-

rés por la formación en PE o más bien a las necesidades del servicio, en cuyo caso se estaría anteponiendo el interés de éste a la formación de los residentes.

En cuanto a las actividades a desarrollar, cuatro son los pilares fundamentales: asistencia, docencia, investigación y gestión.

Respecto a la *actividad asistencial*, lo primero que hay que destacar, aunque resulte evidente, es que el residente debe estar sometido a una exposición clínica gradual; es decir, que de forma progresiva será capaz de atender a un mayor número de pacientes y a pacientes de mayor complejidad.

Pensamos que debe establecerse un número mínimo de interconsultas, que hemos cifrado en 100. Según una encuesta realizada por Pérez Prieto et al.⁶, publicada en 1998, en su rotación por PE los residentes atendían una media de 28 pacientes al mes. Esto supone que, en general, no deberían existir problemas para alcanzar esa cifra de 100 interconsultas, no ya en los 6 meses de rotación que nosotros proponemos, sino en el mínimo de 4 meses que establece el programa de la especialidad.

Los residentes no deben realizar únicamente interconsultas puntuales, sino que deben encargarse del seguimiento de pacientes. Además no deben atender sólo a pacientes ingresados, sino también a pacientes ambulatorios de otros servicios. Sin embargo, este último es un aspecto que con frecuencia está desatendido, probablemente porque las deficiencias organizativas y estructurales que existen en la implantación de la PE dificultan prestar este tipo de asistencia. Pero esto es algo que no se puede obviar ya que, según parece, las tendencias actuales son disminuir el número de ingresos y la estancia media de los mismos¹.

Es necesario que el residente participe en actividades de enlace y en actividades de coordinación con otros profesionales, incluyendo ineludiblemente a la atención primaria.

Un aspecto fundamental dentro de la actividad asistencial es la supervisión de los residentes. Una característica común a distintas encuestas publicadas es la escasa satisfacción de aquellos en lo que se refiere al grado de supervisión. En el caso concreto de nuestra encuesta casi la mitad de los residentes que respondieron consideraban que la supervisión era escasa o muy escasa, y éste es un dato que invita a la reflexión.

Nosotros proponemos los siguientes requisitos mínimos²:

- Todos los pacientes deben ser supervisados por el médico de plantilla al menos en dos ocasiones: tras la primera visita y antes del alta.
- Deben existir sesiones de supervisión dos o tres veces por semana, en las que se aconseja que participe todo el equipo con el objeto de facilitar la discusión de los casos.

- Lógicamente el residente ha de poder disponer del médico de plantilla durante toda la jornada laboral.
- Se recomienda que se realicen entrevistas conjuntas semanales (médico de plantilla/residente) para aquellos casos más complejos o con un mayor interés didáctico. De esta forma el residente podrá observar y aprender cómo el médico de plantilla aborda los problemas planteados y al mismo tiempo éste podrá valorar los progresos del residente.

La *actividad docente* debe cubrir, en la medida de lo posible, los contenidos teóricos propuestos en el currículum. Sin embargo, en consonancia con las deficiencias que existen en la implantación de las unidades de PE en muchos de los centros acreditados hay una escasa oferta docente.

Deben realizarse sesiones clínicas periódicas, además de contribuir a las sesiones generales del servicio. Las características de su preparación y presentación aparecen recogidas en guías orientativas⁷.

A esto deben añadirse sesiones bibliográficas, por ejemplo, cada 15 días, que permitirán la puesta al día de los residentes y de los médicos de plantilla que participen, la familiarización con la lectura crítica de textos, e incluso la creación de un fondo bibliográfico específico².

Además se debe promover la realización de cursos de doctorado relacionados con la PE.

Esto nos lleva a otro aspecto fundamental en la rotación de los residentes que es la *actividad investigadora*. Ésta debe estar incluida en la formación global del residente. Entre otras cosas, porque la investigación es condición necesaria para el progreso de la especialidad. Se debe permitir que el residente participe en los proyectos de investigación que estén en marcha en el servicio; además debe favorecerse la realización de tesis doctorales centradas en este campo de la psiquiatría.

Por último, vamos a referirnos a la *actividad en gestión*. El residente debe participar en actividades que pueden ir desde la recogida sistematizada de un conjunto mínimo de datos referidos a la actividad del servicio hasta la participación en las reuniones del mismo dirigidas a la mejora de la calidad asistencial. En definitiva, se trata de promover el interés de los futuros psiquiatras por los problemas de planificación, gestión y administración de los servicios de salud mental.

CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo es plantear una reflexión sobre la necesidad de mejorar la docencia en PE y establecer

una serie de criterios que permitan homogeneizar dicha formación, ya que es cierto que junto a centros de reconocido prestigio existen otros donde no se cumplen unos requisitos mínimos.

Sería aconsejable que la Comisión Nacional de la Especialidad pusiera en marcha programas destinados a fomentar la calidad de la docencia en PE², con lo que mejoraría la formación de los residentes y, por ende, la calidad asistencial de los servicios de psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias C, Zabala S, Campos R, Lozano M. Encuesta de docencia en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:290-7.
2. Lozano M, Campos R, Zabala S, Iglesias C. Guía docente en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:394-8.
3. Programa de Formación de la Especialidad de Psiquiatría en España. Fuente: *Interpsiquis* 2000 (1). En: http://www.psiquiatria.com/articulos/Formación/residentes/información_legislativa/3585.
4. House A, Creed F. Training in Liaison Psychiatry. Recommendations from the Liaison Psychiatry Group Executive Committee. *Psychiatr Bull* 1993;17:95-6.
5. Gitlin D, Schindler BA, Stern TA. Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs. *Psychosomatics* 1996;37:3-11.
6. Pérez-Prieto JE, Cuquerella MA, Conesa L. Evaluación de la formación de psiquiatría en España: resultados de una encuesta. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26:233-40.
7. Campos R, Seva A. Guía orientativa para la presentación de las sesiones clínicas. *Comunicación Psiquiátrica* 1999;95-99:1-3.