

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, Shuai 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.

The Role of Liaison Psychiatry

Outside the Traditional Paradigm in the Teaching of Medicine

Liaison psychiatry is the area of mental health sciences that addresses the psychiatric approach to the patient with a medical-surgical pathology, whether in- or outpatient. Already in the seventies, Zbigniew Lipowski, one of the founding fathers of this discipline, described the three fields supporting it: the clinical work, the education role and the development of different lines of research (1).

The second one of these, teaching, is based on a non-traditional paradigm in teaching medicine, addressed to medical students, residents in psychiatry and other areas, medical assistants in different specialties and health professionals in other disciplines, such as nursing, psychology and social work (2).

Without discrediting the classical formal education based on personally attended classes or structured clinical sessions, the liaison psychiatry favors a system of practical teaching, focused on the importance of psychiatric aspects and their interaction with somatic elements in each one of the treated cases, at the patient's bedside, during the clinical intervention and, above all, while the team that requested the interconsultation is being feedbacked. (2-4).

Different authorities in this subject agree that this process must be carried out based on this medical paradigm (2-4) That is, special emphasis is made on a horizontal relationship, where the language used, the type of relationship, and the intervention strategies are based on a practical, schematic and, above all, a clinical lecture, that furthermore combines the other two work spheres of the liaison psychiatry.

Psychiatry, however, has historically shown humanistic lines that are not lost when this subject is addressed (5). The traditional respect towards the patient and human suffering, above all at emotional level, must be an element conveyed to the rest of the hospital staff as part of a sensibilization

process towards mental pathology and the different available strategies, which sometimes are unknown to the rest of the health team, such a psychotherapy in its diverse tendencies and even pharmacotherapy.

When these elements are evaluated together, it is evident that this teaching process refers to a bi-directional interaction (2-6), in which the specialist in liaison psychiatry is receiving information and education from different fields, and this, at the same time, allows strengthening and complementing the integral vision one has towards the physical pathology and its relationship with emotional and psychiatric components.

A particular situation arises with the medical students: by the time they are in their third or fourth year of their undergraduate studies, they have generally been exposed to a series of prejudices, myths and preconceived ideas on mental pathology. In this sense, the education by means of the classical asylum psychiatry does not contribute to eliminate these precepts; on the contrary, in many cases they are increased by it. The main risk is then that the apprentice ends up considering mental disease as something apart from the field of action of medicine and most of its specialties.

Consequently, liaison psychiatry finds itself in a unique position to show the variety of vicious circles that are established between the physical and mental pathology and the importance of their detection (6), whichever the field where the future physician is going to work later on. In other words, it has the capacity to show the psychiatric aspect of any medical condition and, as such, the student will have a better diagnostic ability and a practical therapeutic vision. The above is complemented by the incorporation of the medicine paradigm based on evidence, applied world-wide in many training programs of different specialties (7).

According to the World Health Organization (8), the neuropsychiatric disorders are four of the ten main causes for disability all over the world. Depression ranks fourth, but it is estimated that by 2020 it will rank first or second, as a consequence of the increase in armed conflicts, migrations, poverty and natural disasters. During 2002 it was estimated that 154 million people were suffering from depression.

Furthermore, it is known that there exist a very high prevalence of physical and mental comorbidity, that this relationship generally goes unnoticed and that when both states coincide and are not treated, the long-term functional prognosis and mortality are drastically increased (2-6).

In this sense, the IMPACT collaboration studies (9-11) have scientifically demonstrated that the psychiatric intervention on community patients, who previously had not been diagnosed with some mental disorder, not only allows reducing medical care costs (12), but also improves survival and multiple medical parameters in diabetic patients (13), elderly (14) or patients with pain and arthritis (15). All this is carried out in collaboration with primary care physicians who, accordingly, should be sensibilized as to this issue since they were students.

The above generates different questionings with respect to the teaching planning in medical schools: Is the time dedicated to psychiatry teaching during undergraduate studies proportional to the possible exposure to mental diseases during the future practice of the profession? Should psychiatric teaching be focused on pure mental pathology or, on the contrary, should it put special emphasis on its link with physical entities to which statistically the general practitioner or specialist will be most exposed? Need the general health professionals be part of this continuing education process? Is there any academia dedicated to the prevention of mental entities as a way to avoid future development of medical-surgical diseases?

The aim is then to contribute in this way to one of Lipowski's initial aims when he founded the still valid theoretical bases of the liaison psychiatry: to equate medicine in general with mental health, in such a way that the historical gap as regards resources and care is reduced, favoring truly integral health models, based on the actual needs of the world's population.

Ricardo Millán-González

MD psychiatrist, specialist in Liaison Psychiatry

Teacher of Psychiatry, Universidad de Costa Rica

*Unidad de Neurociencias, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
and Centro Costarricense de Investigaciones Médicas*

References

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, Shuai 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.