

EDITORIAL

Psiquiatría en Medicina General. Funciones de una unidad docente de Psiquiatría

J. L. González de Rivera

Psiquis, 1983; 4: 39-41

Resumen

Las funciones cooperativas de la Psiquiatría con Medicina General incluyen la asistencia indirecta a primer y segundo nivel la docencia de los aspectos psicosociales de la práctica médica y de la psiquiatría preventiva, y la investigación psicosocial, incluyendo el desarrollo de métodos de comprensión e intervención psicológica en los problemas más comunes de la práctica médica. Las funciones propias de la Psiquiatría incluyen la asistencia directa a tercer nivel, la formación y actualización de especialistas en psiquiatría, y la investigación biomédica. incluyendo el desarrollo de métodos psiquiátricos de diagnóstico y terapéutica.

Abstract

Psychiatry in general medical practice

In relation to the practice of medicine, Psychiatry has specific and cooperative functions. The former are: direct assistance to patients, training of psychiatric residents and biomedical research. The later include indirect assistance (consultation, advice and supervision), teaching of psychosocial aspects of general practice, and psychosocial and psychosomatic research, including the development of methods of intervention in common psychiatric problems of general medical practice.

Una unidad de psiquiatría integrada en un centro docente debe cumplir, además de sus funciones propias como todas aquellas relacionadas con la asistencia a enfermos cuyos problemas diagnósticos o terapéuticos desborden las posibilida-

Director del Departamento de Psiquiatría. Universidad de la Laguna. Tenerife. Canarias.

des de los centros primarios de salud y de los centros médico-sanitarios. Su desarrollo requiere la aplicación de principios bien conocidos, de operatividad demostrada en diversos centros dentro y fuera de nuestro país y que se engloban en lo que se ha denominado la Psiquiatría en el Hospital General» (1).

Las funciones de cooperación y apoyo son todas aquellas que favorecen el desarrollo e incremento de la eficacia asistencial, preventiva y educativa de los individuos y equipos que operan en primera y segunda línea de atención sanitaria, y su objetivo prioritario es lograr una integración coherente de las ciencias de la conducta en la asistencia médica global. La experiencia en el desarrollo de estas funciones no es tan extensa como en las anteriores, los principios que las regulan no están tan bien definidos, y sus resultados son menos convincentes. Algunas de las razones de estas dificultades han sido expuestas en otro lugar (2) y pueden resumirse en defectos en la formación y actitud tanto de los médicos generales como de los especialistas en psiquiatría. Los intentos por hacer operativos los conocimientos psiquiátricos y psicológicos desde la primera línea de actividad sanitaria requieren un período previo de preparación, en el que se cumpla un triple objetivo:

— Desarrollo de aspectos de higiene mental y psiquiatría preventiva en los programas de educación sanitaria.

— Preparación de los médicos de familia para atender la gama más sencilla y cotidiana de alteraciones emocionales.

— Garantizar la competencia de los futuros psiquiatras mediante su formación en centros eclécticos y multidisciplinarios (3).

De todo ello se deduce que estas funciones son de carácter fundamentalmente docente, tanto teórico como, sobre todo, práctico, y que deben responder a las necesidades percibidas en la población y en los sanitarios en más directo contacto con ella. Esta interacción es la que determina su carácter cooperativo, e implica un buen conocimiento e identificación con los métodos y objetivos de la Medicina de Familia. Las funciones de cooperación y apoyo se integran en la mejor proyección de la medicina social, y son expresión de la vocación preventiva del centro en el que se ejercen.

Su meta última es, por definición, favorecer el mejor cumplimiento de los objetivos sanitarios generales y facilitar la labor de los profesionales no psiquiatras en aquellos aspectos de su práctica relacionados con factores psicológicos y psiquiátricos. La consulta psiquiátrica interdepartamental en el hospital general constituye su mani-

festación más elemental, y su prolongación a través de servicios de psiquiatría comunitaria permite el acceso a estas funciones de los elementos situados en primera línea sanitaria. Desde el punto de vista de la integración de la asistencia psiquiátrica en la planificación sanitaria global la potenciación y correcto ejercicio de estas funciones ha de redundar en la descongestión de centros psiquiátricos, facilitando la atención de los casos sencillos en la comunidad y agilizando la atención de los más complejos en los centros especializados. Desde el punto de vista de la práctica médica general es previsible una mayor utilización de recursos humanos, con disminución y mejor aprovechamiento del gasto en recursos tecnológicos y farmacológicos.

a) Aspectos asistenciales. A diferencia de las funciones propias la labor asistencial aquí es indirecta, y se ejerce en colaboración con otras unidades, singularmente las unidades de Medicina de Familia. Si tenemos en cuenta que la mitad de los pacientes que acuden a consultas de medicina general presentan alteraciones primariamente psicológicas, y que la cuarta parte presentan complicaciones emocionales de procesos primariamente médicos (4) resuelta evidente la importante contribución del médico de familia al mantenimiento de la salud mental de la población a su cargo.

La cooperación con este importante aspecto de la labor asistencial del médico de familia se establece mediante dos modelos básicos de interacción:

— La consulta, en la que un paciente es presentado al especialista, con el planteamiento de los problemas concretos que presenta su asistencia. Tras la valoración diagnóstica del paciente y de su entorno inmediato y la elaboración de guías de conducta terapéutica, el médico de asistencia primaria continúa a cargo del paciente, con acceso periódico a revisiones de la evolución por el especialista, si el caso lo requiere.

— Los grupos de discusión de casos, en los que se presentan «pacientes problema», se comparan experiencias y se examinan diversos modos de investigación a nivel del individuo y de la familia. Descritos inicialmente por Balint (5), de quien el método ha tomado el nombre, estos grupos representan un enfoque más flexible y formativo, y permiten la atención, más que a problemas puramente psiquiátricos, a las complicaciones psicológicas de otros trastornos, a las sutilezas de la relación médico-enfermo y a las dificultades de orden psíquico que el médico encuentra en su práctica.

b) Aspectos docentes. Mientras que la formación en psiquiatría de médicos residentes y la edu-

cación continuada de psiquiatras constituyen funciones propias, la enseñanza de los aspectos psicológicos y sociales de la medicina ha de realizarse en colaboración, bien con programas de medicina de familia, bien con los de otras especialidades. El objetivo último no es la formación de mini-especialistas en psiquiatría, sino la de médicos completos, capaces de atender al enfermo no sólo como maquinaria biológica, sino en toda su personalidad individual y social.

Claro y deseable como parece el objetivo expuesto, no dejan de surgir dudas y dificultades al considerar la metodología de enseñanza y el momento de la educación médica en que resulta más pertinente. Los cursos para pregraduados parecen en el momento idóneo para iniciar esta enseñanza, aunque probablemente algunos temas habrán de ser introducidos o profundizados en los estudios postgraduados de las distintas especialidades, singularmente en los de Medicina de Familia (6).

En cuanto a metodología, los principios de medicina científica, tan importantes en la educación médica actual, deben ser ampliados para incluir conocimientos y habilidades necesarios para el ejercicio de la medicina, como relación médico-enfermo, elementos de psicoterapia y, en general, todos los aspectos aplicados de la psicología médica.

Estos temas, que persiguen más el desarrollo de actitudes y la adquisición de habilidades que el cúmulo de conocimientos, constituyen los mínimos a ofrecer en los estudios de medicina. Si deseamos además que el médico de familia sea un agente de cambio social, y desarrolle labor comunitaria y preventiva, hemos de ampliar su formación pregraduada, facilitándole instrumentos apropiados de intervención social. Para ello, la modificación paulatina de la formación pregraduada ha de acompañarse de seminarios teórico-prácticos para médicos de familia, escalonados desde el recordatorio de temas diagnósticos y terapéuticos de utilidad inmediata hasta la adquisición de capacidades de intervención compleja a nivel psicosomático y psicosocial.

c) Aspectos de investigación. Las posibilida-

des de colaboración con unidades de medicina de familia son muy interesantes en este campo. El estrés y sus variables relacionadas adquieren cada vez mayor importancia en la génesis multicausal de las enfermedades más insospechadas, y las investigaciones en este campo son de gran relevancia para los programas de medicina preventiva. El desarrollo y evaluación de métodos psicoterapéuticos aplicables a pacientes médicos y que combinen eficacia con accesibilidad al médico general es otra prioridad en este campo. Baste considerar que el psicoanálisis, que exige un aprendizaje especializado de 4 a 8 años, y la psicoterapia autógena, cuyo conocimiento operativo puede adquirirse en 4 semanas, no difieren de manera espectacular en sus resultados con pacientes funcionales. La selección diferencial de pacientes de medicina general para distintos tipos de psicoterapia es un tema relacionado, así como la posible influencia de técnicas psicofisiológicas no sólo en estados emocionales, sino en el mismo curso de enfermedades médicas (7).

Bibliografía

1. LOPEZ-IBOR, ALIÑO, J.J.: *La psiquiatría en el Hospital General. Excerpta Médica. Amsterdam (En prensa).*
2. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *La integración de la psiquiatría en la reforma sanitaria. Psiquis. 4: 1-3 (1983).*
3. GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Identity and Psychiatric Training. The Psychiatric Journal, Ottawa. 5: 24-27 (1980).*
4. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Problemas psiquiátricos y psicológicos en el hospital general. Psiquis. 2: 204-211 (1981).*
5. BALINT M.: *The doctor, his patient and the illness. International Universities Press, New York. 1957.*
6. WERKMAN, S. L.: *The role of psychiatry in medical education. Harvard University Press. Cambridge, 1976.*
7. FERNANDEZ, CAMACHO, A. y DIEGO BOLL, F.: *Efectos de un programa de entrenamiento autógeno en el curso de la diabetes mellitus Tipo I. Psiquis. 3: 45-57 (1982).*