

## Se hace camino al andar

Charles W. Ford que ocupó la Presidencia de la Academia de Medicina Psicosomática de los EEUU afirmaba que la Psiquiatría de Enlace (PE) ha estado al frente de la progresiva incorporación de la psiquiatría en la medicina moderna; algo semejante ha ocurrido con la Medicina Conductual (MC) y la psicología, aunque las coordinadas sean algo diferentes. Partiendo de estos orígenes, en la actualidad casi 3000 psiquiatras americanos dedican al menos el 25% de su tiempo profesional a la P.E. En un trabajo efectuado en 40 centros docentes acreditados españoles (1) se reportó un 52% en los que existían Servicio o Sección / Unidad de PE. El 70% de ellos están constituidos por un único psiquiatra que, en menos de un tercio de las ocasiones está acompañado por un psicólogo y un ATS/DUE. No tenemos un mapa completo de la PE en los Hospitales españoles no acreditados, pero cabe suponer que bastantes de ellos no poseen otra Psiquiatría que precisamente la de enlace sin más actividad que la pura interconsulta. Así y todo los resultados no son alentadores: los autores enfatizan que, en aproximadamente la mitad de los centros con acreditación docente no existe estructura organizativa alguna. Esta actividad tan compleja como importante se subordina a otros (como la de la unidad de agudos o la ambulatoria), realizándose, por lo tanto, a tiempo parcial. Además hay escasa dotación de personal y no se alcanzan las recomendaciones europeas de un P.E. en hospital general por cada 300 camas; no se cumplen tampoco las referencias internacionales de la existencia de un equipo multidisciplinar. Hay mucho camino por recorrer.

En una excelente monografía (2) felizmente traducida al castellano, escribe James, J. Strain (3), un sólido conocedor del tema y que además reúne en su propio cargo el de dirigir una División que asocia las dos grandes corrientes "enlacistas" o sea la PE y la MC, algo raro de ver en nuestro ámbito; ya saben que esto ocurre en el prestigioso Mount-Sinai de Nueva York. Strain propone una distinción entre Servicio de consulta (SC) y Servicio de enlace (SE). Para Strain un SC es una "brigada de rescate" que responde a las demandas de otros servicios para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos más complejos. En el peor de los casos –añade– el trabajo de estos servicios no es más que una breve incursión en el territorio de otro servicio, que normalmente finaliza con una nota en la historia de cada paciente sobre el plan de acción. Siguiendo con el símil bélico, Strain se imagina el PE como "un soldado voluntario que cumple con su misión y vuelve a casa". Para consuelo de muchos sacrificados "voluntarios" de esta especie en nuestro país, el autor señala que actualmente un SC es el tipo de conexión médico-psiquiátrica más habitual en los Servicios de Psiquiatría de los Estados Unidos de América.

En cambio, el trabajo del S.E. se distingue de la simple actividad de consulta en que el seguimiento que realiza del paciente, considera tanto su propio criterio, como el del médico que lo ha derivado. Así pues la PE se sitúa en la intersección entre la psiquiatría y la medicina; el profesional se integra como un miembro más del equipo médico-quirúrgico. Esta es, para Strain, la verdadera esencia del enlace. Enlazar significa establecer una relación, en la que el psiquiatra estará en contacto con toda la comorbilidad médica y psiquiatra que pueda presentarse en la Unidad, y no será sólo la persona a la que se consulta en aquellos casos puntuales en que se haya identificado un trastorno psiquiátrico. En términos epidemiológicos afirma Strain que la p.e. intenta abordar el **denominador** de la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en los ámbitos médicos, mientras que la consulta, debido a la naturaleza del proceso de derivación, sólo está implicada en el **numerador**. Un ideal que estamos lejos de alcanzar, y que perjudica alguna de las finalidades específicas del verdadero enlace, como es la investigación sobre la prevalencia, las interacciones

cuerpo-mente; el resultado de los tratamientos y los estudios sobre coste-beneficio. Y todo ello empeorado por el sesgo de la actividad de consulta que reduce la muestra, porque las especialidades médico-quirúrgicas no solamente son incapaces de reconocer morbilidad psiquiátrica sino que además, para más inri, cuando lo hacen, derivan pocos pacientes.

¿Qué hacer? En primer lugar introducir este esquema cognitivo no solamente en la mente de los especialistas médico-quirúrgicos, sino también de los propios psiquiatras. Ya centrándonos en nuestra geografía, es muy alentador el contraste de algunos hospitales que cuentan con un desarrollo notable de la PE, en sus referentes asistenciales, docentes y de investigación. La mayoría de ellos ya participó en el primer Estudio Europeo de Servicios de P.E. que documentó que sólo llega a la atención psiquiátrica una mínima proporción de los enfermos médico-quirúrgicos con morbilidad psíquica. Es necesario plantear estrategias y técnicas “de enlace” para que el médico no psiquiatra pueda detectar los casos, intervenir en los leves y remitir a las Unidades de Psiquiatría de Enlace los más complejos y graves. Más tarde también participaron en los Proyectos Europeos BIOMED de Calidad Asistencial en Psiquiatría de Enlace. Una de las consecuencias de este estudio fue la validación en español del método Intermed (5), un sistema de cribado temprano para pacientes médico-quirúrgicos potencialmente “complejos” ingresados en el hospital general. En la actualidad este grupo está investigando el impacto de la comorbilidad depresiva en pacientes hospitalizados.

La alta cohesión del cenáculo –llevan más de 10 años trabajando juntos– ha supuesto no solamente una gran operatividad en el trabajo, sino también una extrema coherencia científica a la que no son ajenos lazos de auténtica complicidad amistosa entre sus componentes; esta interacción calidad-calidez quizá explicaría la persistencia de la corporación como tal, una de las más veteranas y conjuntadas de la piel de toro en el tema que nos ocupa. La entrada de psicólogos en la última investigación ha supuesto una labor fecunda y enriquecedora de conexión entre dos tipologías profesionales implicadas en la salud mental y muy concretamente en los ámbitos de la Psiquiatría de Enlace y la Medicina Conductual.

Nacidos y desarrollados se merecían un nombre; así se consensuó el de “Red Española de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática” (REPEP). Consolidados y bien coordinados por el Prof. Antonio Lobo –sin él, su entusiasmo y su capacidad para el análisis preciso e inteligente, su generosidad, su rigor y su habilidad para integrar diversos personajes y entidades en un solo objetivo; sin él, repito, no estaríamos donde estamos– la REPEP potencia y estimula no solamente las investigaciones cooperativas, sino los planes de formación de nuevos investigadores, las publicaciones internacionales y –lo que quizá es más importante– las conexiones interdisciplinarias con otras especialidades médicas, en Atención Primaria, con la Psicología Clínica, la Enfermería y el Trabajo Social.

La REPEP parece un milagro en un mundo tan cambiante, competitivo y abrupto como el que nos ha tocado vivir. La adherencia de sus miembros al Grupo es particularmente intensa, pero sin obviar factores de discusión, de crítica, de proponer, considerar y procesar cambios, que es lo que distingue a las organizaciones templadas, que garantizan siempre la tolerancia intelectual de sus asociados, distinguidas por la asequibilidad, la claridad y la benevolencia, no exenta nunca de los intercambios verbales, donde se mezclan el afecto y una cierta distancia irónica que es siempre una garantía de sabiduría, entendida ésta como la aceptación de la divergencia, la alegría por la convergencia, la complementación de caracteres, la capacidad de ceder y de convencer, de defender una experiencia, pero también de renunciar a una idea o a una hipótesis. Y así es la REPEP, que a algunos hubiera parecido quimérica cuando se inició, pero que contemplándola ahora es una garantía de futuro en la necesaria excelencia médica que siempre estará comprometida con el respeto por los pacientes (a los que siempre deberemos agradecer que nos hayan permitido entrar en el drama de sus vidas para ayudarles a enfrentarlo) y el amor a la medicina.

---

*La REPEP abraza con entusiasmo esta visión cualitativa de la profesión; el que nos haya hecho el honor de considerar a “Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace” como su publicación oficial es un refuerzo más para proseguir con un trabajo y un estilo en el que llevamos empeñados desde hace 16 años. Queremos seguir siendo testigos del crecimiento exponencial de los dos grandes pilares de nuestra razón de existir: la psicósomática (como forma de ser) y la Psiquiatría de Enlace (como forma de vivir), pero también de la Medicina Conductual (como razón para crecer) y de las dos grandes terapias que nos consuelan: la psicofarmacológica y la cognitivo conductual, que nos permiten proseguir.*

*Que así sea.*

J. M<sup>a</sup>. FARRÉ  
Editor

- (1) “Encuesta de docencia en Psiquiatría de Enlace” C. Iglesias Echegoyen, S. Zabala, R. Campos y M. Lozano. Actas Españolas de Psiquiatría, 2000, 28 (5) 290-297.
- (2) “Fundamentos de la Psiquiatría de Enlace” J.R. Rundell y M.G. Wise (eds.), 2002, Ars Médica, Barcelona.
- (3) J.J. Strain. “Psiquiatría de Enlace”. Op. cit. (2) 3-14.
- (4) “El estudio multicéntrico transcultural europeo sobre servicios de psicósomática y psiquiatría de enlace (ECLW)”. A. Lobo, M.D. Crespo, E. García Camba, F.J. Huyse. Archivos Neurobiología, 1997, 2 (Supl.) 7-22.
- (5) “Primera validación en español del método INTERMED...” E. Lobo, M. Bellido, R. Campos, P. Saz, F. Huyse, P. de Jonge, A. Lobo. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2003, 67-68, 89-98.