

# Encuesta de opinión sobre la psiquiatría y la psicología en el Hospital General: comparación entre USP-Institut Universitari Dexeus y Hospital Clínic de Barcelona

*Public-opinion poll on the psychiatry and the psychology in the General Hospital: Comparison among USP-Institut Universitari Dexeus and Hospital Clinic of Barcelona*

B. Farré-Sender<sup>1</sup>, J.M<sup>a</sup>. Farré<sup>1</sup>, A. Herrera<sup>2</sup>, C. Giménez-Muniesa<sup>1</sup>, M.G. Lasheras<sup>1</sup>, C. Surribas<sup>1</sup>

## Resumen

Nos planteamos la necesidad de revisar las relaciones entre la Psiquiatría, la Psicología Clínica y otras especialidades de la Medicina partiendo de los postulados de la Psiquiatría de Enlace. Para ello nos propusimos conocer las actitudes de los médicos no psiquiatras (MNP) ante la psiquiatría y la psicología. Utilizamos una Encuesta de Actitudes que fue contestada por 70 facultativos del USP-Instituto Universitario Dexeus (USP-IUD). Entre los resultados destacan que un 54,3% de los MNP afirman tener interés por los pacientes psiquiátricos, el 74,3% considera homologable el nivel científico de la Psiquiatría y un 85,7% creen necesitar un bagaje adecuado de conocimientos psiquiátricos. Un 82,9% considera también necesaria la formación psicológica. Si bien un 58,6% remite a los pacientes al psiquiatra, solamente el 22,8% lo remite al psicólogo de forma rutinaria; un 68,6% reconoce enviarlos a consulta psicológica de forma esporádica. Tanto los psicofármacos como la psicoterapia son bien considerados, si bien en este último caso son semejantes los que expresan desconocimiento (42,8%) como los que se inclinan por la terapia cognitivo-conductual (40%), probablemente porque sus postulados se aproximan más a una perspectiva científica.

A destacar que fueron parejas las posiciones de tranquilidad (32,9%) o inseguridad (35,7%) ante los pacientes psiquiátricos. Concluimos que si bien se ha producido un mutuo acercamiento

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática.  
USP-Institut Universitari Dexeus.

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de Terrassa.

**Correspondencia:** Dr. D. B. Farré-Sénder  
USP-Institut Universitari Dexeus  
C/ Sabino Arana 5-19, 3<sup>a</sup> Pl. Consultas Externas  
08028 Barcelona  
E-mail: bfarre@gmail.com

de Medicina con Psiquiatría y Psicología y un cambio positivo de actitudes, el hecho que siga sin superarse el 3-4% de interconsultas, presupone no solamente la necesidad de incrementarlas sino de potenciar el enlace mediante la coordinación en unidades funcionales que integren diversas especialidades.

Se comparan también los datos con los semejantes de una investigación en un Hospital público (Hospital Clínic de Barcelona) sin que las diferencias sean significativas.

**Palabras clave:** Psiquiatría de Enlace. Actitudes hacia psiquiatría y psicología. Formación continuada. Unidades funcionales. Privado vs. Público.

## Summary

We aim to set out the requirement to revise the relations between psychiatry, clinical psychology and other specialities of Medical Science starting with the theory of the psychiatric liaison. For it we set out to know the attitudes of the doctors that are not psychiatrist (MNP) faced with psychiatry and psychology. We used an attitudes questionnaire that was answered by 70 doctors from the Dexeus University Institute (USP-IUD). From the results the emphasis shows that 54.3% of the MNP agree to be interested in psychiatric patients, some 74.3% consider equivalent the scientific level of psychiatry and some 85.7% believe to need a wealth of experience in psychiatric knowledge. Some 82.9% also feel that psychological training is important. Although 58.6% send patients to psychiatrist - only 22.8% routinely send patients to the psychologist and 68.6% admit sporadically sending patients to psychological services. **Psychopharmacology** as well as *psychotherapy* are highly valued. In this last point the doctor's opinions are comparable expressing unawareness (42.8%) and that they are inclined towards mental behavioural therapy (40%) probably because its theory is closer to scientific perspective.

We must emphasise the result was similar in attitude of tranquillity (32.9%) or insecurity (35.7%) in front of psychiatric patients. We conclude that as well it produced a mutual approach of medicine, and psychiatry and psychology and also positive changes in attitude, the situation that remains without exceeding 3-4% inter-consultations means not only the necessity to increment but also promote links across functional units that are integrated with diverse specialities.

Additionally we compared similar data from an investigation in a public hospital (Hospital Clínic de Barcelona) and there was no significant difference.

**Key words:** Psychiatric liaison. Attitudes towards psychiatry and psychology. Continued training. Functional units. Public vs private.

## INTRODUCCIÓN

La interrelación entre morbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica presupone **un entendimiento global entre la Psiquiatría (y por extensión de la Psicología Clínica)** y otras especialidades de la Medicina. Labrador y Seguí planteaban ya hace años (1992) cuatro posibles modos de interrelación entre morbilidad psiquiátrica y morbilidad física:

1) El trastorno psiquiátrico es consecuencia de una enfermedad física, ya sea como síntoma de la misma (v. g. distimia de un paciente con hipoti-

roidismo), o como reacción (v. g. depresión posterior al diagnóstico de cáncer).

2) El trastorno psiquiátrico se manifiesta por síntomas somáticos que se confunden con la enfermedad física (v. g. paciente depresivo que acude al médico por lumbalgia).

3) El trastorno psiquiátrico y el trastorno físico coexisten, actuando el estrés psíquico como amplificador de la sintomatología del paciente ("sobrecarga funcional").

4) El trastorno psiquiátrico es un factor causal en la enfermedad física.

No obstante, esta aproximación es un indicio de lo que puede presuponer introducirse en el terreno de la “psicosomática”: hace falta un buen bagaje, pero también otear lo más lejos posible en el horizonte que nos proponen este tipo de acercamientos. Podemos fundamentarnos (Lobo et al, 2000), no solamente en el difuso concepto de la “atención integral”, pero sobretudo en datos empíricos, como altas tasas de morbilidad psíquica (comorbilidad) en pacientes del Hospital General o de Atención Primaria, rondando el 30% (Lobo et al, 1997); la comorbilidad psíquica no se detecta con frecuencia, pero motiva una excesiva utilización de servicios médicos y aumenta la incapacidad, morbilidad e incluso la mortalidad (Morris et al, 1993), pero el tratamiento de colaboración de psiquiatras con los equipos médico-quirúrgicos, optimiza la asistencia y reduce costes, como reflejan incluso meta-análisis en línea con la “medicina basada en la evidencia” (Strain et al. 1994). Además de atender la interconsulta clásica, se ha propuesto utilizar técnicas y modelos de intervención para integrarse en los equipos médicos y mejorar el potencial de éstos, particularmente en disciplinas que, por su naturaleza, tienen que atender a pacientes con alto riesgo de desarrollar problemas psicológicos.

El estudio ECLW (European Consultation Liaison Work group), realizado en 56 hospitales de 11 países, incluyendo tres hospitales universitarios españoles, documentó “el estado de la cuestión” en la Unión Europea (Huyse et al, 1996). La necesidad de servicios se hacía patente, pues en los hospitales más activos la tasa media de remisiones de enfermos para interconsulta era sólo del 1,4% (3% en hospitales españoles), muy lejos de las tasas epidemiológicas de morbilidad psíquica documentada; las intervenciones de “enlace” en sentido estricto no llegaban al 10% y, en términos de equidad, no todos los hospitales tienen una Unidad de Psicopatología y/o Psiquiatría de Enlace (UPPE) acreditada.

La Psiquiatría de Interconsulta y de Enlace (PIE) nace de estas necesidades. Para Ruiz Doblado (2004), ya quedó establecida en 1930, incluyendo el término “liaison” que fue utilizado por Ebanth en el Hospital de Colorado. Pero es a Lipowski a quien debemos la definición que ha hecho historia, a pesar del tiempo transcurrido

(Lipowski, 1971): “aquel área de la Psiquiatría Clínica que engloba las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por los profesionales de la salud mental en el área médico-quirúrgica del hospital general”. Veinte años más tarde, no cambiaba ni un ápice su concepción del tema, aunque lo bordaba con algunas puntualizaciones oportunas “...subespecialidad de la Psiquiatría cuya finalidad es, por una parte, solucionar las peticiones de consultas psiquiátricas y realizar una labor de asesoramiento a médicos no psiquiatras y otros trabajadores sanitarios en todo tipo de centros asistenciales, pero especialmente en el hospital general, y por otro, investigar las relaciones entre medicina y psiquiatría (...)”. Iniciada en Estados Unidos en la década de los 60 y se extendió posteriormente a Europa. La irrupción de modelos psicobiológicos experimentales que no desconectaban los significados emocionales de una conducta de la organización biológica que subyace a su ejecución, sorprendió primero a los psiquiatras –que lo confundieron con teorías conductistas– y les hizo replegar aún más en una falange opositora, refugiándose con facilidad en el modelo médico. ¿Y qué mejor modelo médico que la Psiquiatría de Enlace? Esto, que fue positivo para el impulso de la PIE, hoy se nos antoja como obsoleto e incluso irrelevante. La Medicina Conductual (MC) se mueve en modelos biológicos en relativo vigor, y concretamente en la Teoría General de Sistemas, según la cual la conducta es biología en funcionamiento, en cuanto que promueve una interacción con el ambiente, que se traduce en continuas modificaciones de sus estados internos. Visto así, el rendimiento que se desprende de los constructos de la Medicina Conductual (MC), ha dado brillantes resultados. Es por todo ello que la interrelación abierta y global entre la PIE y la MC, o sea entre psiquiatras, psicólogos y médicos de otras especialidades es la forma más adecuada de plantearse la interconsulta en los momentos actuales.

En una editorial de esta misma publicación (Farré, 2004), ya recordábamos los conceptos de Strain (2002) sobre estas relaciones y profundización en las mismas. Recordemos que para Strain un Servicio de Consulta es una “brigada de rescate” que responde a las demandas de otros servicios para ayudar en el diagnóstico y tratamiento

to 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 PIE como “un soldado voluntario que cumple con su misión y vuelve a casa”. En cambio, el trabajo del Servicio de Enlace propiamente dicho 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 PIE 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 psiquiátrica que pueda presentarse en una 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 PE 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 algunas de las finalidades específicas del verdadero enlace, como es la investigación sobre la prevalencia, 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.

Ya centrándonos en nuestra geografía, es muy alentador el contraste de algunos hospitales que cuentan con un desarrollo notable de la PIE, en sus referentes asistenciales, docentes y de investigación. La mayoría de ellos ya participó en el primer Estudio Europeo de Servicios de PIE (García Camba et al., 1997), que documentó que solo llega a la atención psiquiátrica una mínima pro-

porción de los enfermos médico-quirúrgicos con morbilidad psíquica. Se ha visto también que, en todos y cada uno de los países investigados, la estancia media de los enfermos médico-quirúrgicos en quienes se solicita una “interconsulta” es dos o tres veces más alta que la media general hospitalaria. Esto sugiere que se trata de enfermos “complejos”, donde podría estudiarse la eficiencia de intervenciones adecuadas. En este sentido es interesante lo que escribe Ruiz Doblado (2004) en el que cita el estudio de Ozkan et al. (1995) en los que los Servicios que más solicitaron interconsultas, por orden de frecuencia, fueron: Medicina Interna, Cirugía, Dermatología y Neurología. Las razones más frecuentes de solicitud de interconsulta eran dificultades diagnósticas, pacientes con ansiedad y depresión, problemas de adaptación, y pacientes con historia psiquiátrica previa.

Hay algunos trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en unos servicios que en otros (Herzog et al., 2003):

- Factores psicológicos y del comportamiento asociados a enfermedades clasificadas en otros apartados y trastornos de la personalidad: son más frecuentes en Servicios de Dermatología.

- Trastornos disociativos y somatomorfos: en Servicios de Neurología.

- *Delirium*: en Servicios de Cirugía y Traumatología.

- Demencia, consumo de alcohol, trastorno psicótico: en Servicios de Traumatología.

- Trastornos de adaptación: en Servicios de Cirugía y Ginecología.

En el tan citado Estudio Europeo se encuentran datos epidemiológicos de gran interés como lo son:

- 1) Gran variación entre las poblaciones diana y el número de pacientes visitados (1-2% de todos los pacientes ingresados).

- 2) Las actividades de enlace sólo representaron el 5% de todas las solicitudes, siendo la mayoría atención clínica. Las interconsultas eran respondidas en su mayor parte en el mismo día.

- 3) La gravedad y el tipo de psicopatología variaba en función del diagnóstico somático y el servicio del cual procedía el paciente.

4) Las interconsultas procedían fundamentalmente de Servicios de Cirugía (14,9%), Traumatología (10,1%) y Medicina Interna (26,2%); menos frecuentemente de Ginecología y Obstetricia (1,4%) y Dermatología. Esto varía en el caso del USP-Institut Universitari Dexeus (USP-IUD) en el que Medicina Interna ocupa el primer lugar (34% del total) pero Obstetricia y Ginecología (el Servicio más potente de la institución) ocupa el segundo lugar con un 31% de las interconsultas.

5) En general, los enfermos quirúrgicos tenían un diagnóstico claro y requerían interconsultas urgentes (frecuentemente por motivos de abstinencia de sustancias o por síntomas compatibles con el diagnóstico de síndrome confusional).

6) Los ancianos tenían más tendencia a padecer varias enfermedades, siendo más vulnerables al *delirium*. Alrededor de un tercio de los pacientes derivados por motivos diferentes a intentos autolíticos, tenían 65 años o más, y un 12%, 75 años o más.

7) Los pacientes con enfermedades orgánicas crónicas tenían mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, concretamente en la esfera afectiva.

Los diagnósticos serán diversos según las características del centro o los Servicios solicitantes, como ya hemos visto en el estudio de Herzog citado anteriormente. En nuestro caso destacaban los trastornos del estado de ánimo (25%), adaptativos (22%) y de consumo de sustancias (16%); el trastorno mental orgánico no superaba el 6% lo que contrasta con el porcentaje habitual en otros hospitales, sobretudo de gran volumen asistencial, en el que pueden llegar hasta el 27-30%.

## OBJETIVO

Siguiendo con este hilo conductor, nos propusimos conocer las actitudes, actuaciones y opiniones de los médicos no psiquiatras ante la psiquiatría y la psicología clínica, teniendo en cuenta que en la mayoría de los trabajos anteriores, no se había contado con la psicología, algo que se nos antoja como un error. Hoy día, hemos procurado adaptarnos –psicólogos y psiquiatras, sobretudo si trabajamos en el ámbito sanitario– a modelos integradores que preserven la unidad psicobiológica del organismo y que siguen andaduras muy elegantes, que será obvio recordar. La Psi-

quiatria de Enlace se ha afiliado a modelos atributivos que le permiten acercarse con prontitud a temas tan difíciles como la hipocondría (aceptemos ya de una vez el término “ansiedad por la salud”, a pesar de la belleza eufónica griega) a las somatizaciones (otro término revisable); y la Medicina Conductual o la Psicología de la Salud se reflejan en la teoría general de sistemas. Así pues, será con la psiquiatría biológica, con los procedimientos relacionados con el procesamiento de la información (que presupone el “hardware” neuronal) y con las “creencias” (cognitismo) que gozamos de un escenario común: la Actividad Nerviosa Superior.

Decidimos replicar la ya clásica encuesta de opinión efectuada en 1999 por Ballús y Salamero en el marco del Hospital Clínico de Barcelona (HCB). Nos propusimos replicar este estudio y sus conclusiones en el ámbito de nuestra institución (USP-IUD). Éramos conscientes de las diferencias entre los dos centros: 1000 camas (HCB) vs. 200 (USP-IUD), público (HCB) vs. privado (USP-IUD). Lo que permitía abordar con una metodología semejante al del HCB era el hecho que se trataba de dos hospitales que son centros universitarios con un cuerpo facultativo jerarquizado.

Como muy bien expresaban los propios Ballús y Salamero (op. cit., 1999), la opinión de los especialistas no psiquiatras sobre la psiquiatría, es un elemento importante para la adecuada aceptación e integración de los aspectos psicológicos y psicopatológicos del paciente. Es evidente que este es un pilar más de los puentes que se están proyectando entre la Psiquiatría y las demás especialidades. No solamente para conocerse mutuamente y superar los “fallos, vacíos, limitaciones y peculiaridades que encuentras las encuestas en la Psiquiatría...” (Ballús, sic.) sino también para alcanzar la retroacción medicina-psiquiatría (y psicología clínica) con la finalidad de un acercamiento de los médicos a los conceptos “psicosomáticos”. Ni que decir tiene, que un trabajo de este tipo podría almacenarse en los múltiples estudios que engloban la PIE.

## MATERIAL Y MÉTODO

El instrumento utilizado para recoger la información fue una encuesta intitulada “Encuesta de

Actitudes Médicas hacia la Psiquiatría y la Psicología Clínica, 2007 (EAMB-DEXEUS,2007) (Anejo). Se configuraba alrededor de la que confeccionaron Ballús y Salamero en el trabajo citado, pero parcialmente modificada por nosotros ante las nuevas expectativas de la investigación. Los ítems recogen datos sobre el nivel científico de la Psiquiatría, el valor de los conocimientos sobre la especialidad para el médico-no psiquiatra (MNP), ampliación de conocimientos, formación (incluyendo la Psicología), participación del MNP en el tratamiento psiquiátrico, patologías de mayor interés para el MNP, reacciones ante el enfermo psiquiátrico, tipología de pacientes remitidos, utilización de psicofármacos y conocimientos de la psicoterapia. La puntuación es de tipo Likert, dicotómica y de respuesta múltiple, con algunas salvedades de respuesta abierta. Se adjuntó una carta explicativa de las intenciones y objetivos del estudio, el carácter voluntario, anónimo y confidencial de las respuestas.

## PARTICIPANTES

La encuesta fue remitida a 240 médicos del USP-IUD; fueron cumplimentadas un total de 70 (29% de la muestra inicial). En el estudio del HCB (EHCB), se remitiern a 811 facultativos y fueron devueltas 190 (23,4%), un porcentaje que no tiene significación estadística con respecto al de Dexeus. Las características sociodemográficas están reflejadas en la Tabla 1. El 68,6% fueron varones (n= 48) y el 31,4%, mujeres (n=22), un porcentaje muy semejante al del HCB (72,7% varones frente a 27,3% de mujeres). En cuanto a la edad, y pese a no haber sido posible efectuar pruebas estadísticas debido a que fueron definidos por intervalos, se observa que, a nivel des-

**Tabla 1**  
**Distribución sociodemográfica de la muestra (I)**  
**sexo**

	Frecuencia	Porcentaje %
Hombre	48	68,6
Mujer	22	31,4
Total	70	100,0

## Distribución sociodemográfica de la muestra (II)

		Edad	
		Frecuencia	Porcentaje %
Válidos	21-30	3	4,3
	31-40	24	34,3
	41-50	18	25,7
	51-60	17	24,3
	más de 60	8	10,0
	Total	70	98,6
Total		70	100,0

criptivo, la muestra está uniformemente distribuida, como ocurría en el EHCB, a excepción de las edades extremas, algo que también ocurría en el estudio del Clínico. En la jerarquía, está sobre representado el cargo de Adjunto (n=32, 45,7%), lo cual es parejo al EHCB (n=98, 51,9%). Los médicos residentes prestaron escaso interés en el caso de Dexeus (1,4% frente al 14,8% del Clínico).

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0. Las pruebas utilizadas para observar la distribución de los datos fueron las frecuencias descriptivas.

## RESULTADOS

Los datos descriptivos de las respuestas proporcionadas por la muestra nos indican que los facultativos muestran opiniones favorables o muy favorables acerca de la necesidad de estar en posesión de un "corpus" de conocimientos en psiquiatría: el 85,7% (n=60), lo consideran necesario o muy necesario, un porcentaje semejante al del EHCB (91,5%, n=173) (Tabla 2). El 75,7% (n=53), considera la necesidad de ampliar conocimientos en Psiquiatría por parte del médico no psiquiatra, en contraste con el 20% (n=14), que lo consideran prescindible (p=0,05) (Tabla 3), lo cual se complementa con la convicción mayoritaria de la importancia del estudio de la Psiquiatría (88,6%, n=61) y de la Psicología (82,9%, n=58) en la formación continuada, frente a los que lo consideran prescindible (10%, n=7; 15,7%, n=11, respectivamente) con diferencia claramente sig-

**Tabla 2**  
**Conocimientos sobre psiquiatría por el médico no psiquiatra**

		Muy necesarios	Necesarios	Frecuencia Total	Porcentaje %
Edad	21-30	2	1	60	85,7
	31-40	3	19		
	41-50	3	12		
	51-60	6	9		
	más de 60	1	4		
Total		15	45		

**Tabla 3**  
**Necesidad de ampliar conocimientos en psiquiatría-psicología por el médico no psiquiatra**

		Sí	Porcentaje %	No	Porcentaje %	Significación estadística
Edad	21-30	3	75,7	14	20	p= 0,05
	31-40	19				
	41-50	14				
	51-60	13				
	más de 60	4				
Total		53				

nificativa ( $p=0,05$ ) (tablas 4 y 5). Otra vez se coincide con el EHCB (92,6%,  $n=175$  en el caso de la Psiquiatría; la Psicología no la consideran.

La actitud del médico no psiquiatra ante un paciente con un trastorno psíquico en su consulta ambulatoria es de extrema prudencia. Un 14,3% ( $n=10$ ) atiende siempre a los enfermos psiquiátricos; en este porcentaje tampoco hubo diferencias con el resultado del EHCB (10,2%); un 47,1% ( $n=33$ ), lo hace solamente "algunas veces" (EHCB =59,1%). 26 facultativos (37,1%) nunca atienden ni tratan enfermos psiquiátricos (EHCB = 30,6%)

**Tabla 4**  
**Formación psiquiátrica en la formación continuada**

	Frecuencia	Porcentaje %	Significación estadística
Sí	62	<b>88,6</b>	p= 0,05
No	7	10,0	
ns/nc	1	1,4	
Total	70	100,0	

**Tabla 5**  
**Formación psicológica en la formación continuada**

	Frecuencia	Porcentaje %	Significación estadística
Válidos			p= 0,05
Sí	58	<b>82,9</b>	
No	11	15,7	
Total	69	98,6	
ns/nc	1	1,4	

(Tabla 6). En caso necesario, el 58,6% ( $n=41$ ), lo remite al psiquiatra, mientras que un 41,4% ( $n=29$ ) los remiten "en algunos casos" (Tabla 7). Solamente un 22,8% ( $n=16$ ), los remite siempre al psicólogo, y un 68,6% ( $n=48$ ), "en algunos casos", lo cual podría ser contemplado en dos direcciones: a) el médico no especialista no conoce la labor clínica del psicólogo; b) confía más en la psiquiatría, aunque es posible hipotetizar que engloban en la praxis psiquiátrica, tanto la intervención farmacológica como la psicoterapéutica, gran parte de la cual corre a cargo de los psicólogos.

**Tabla 6**  
**¿Atiende y trata a enfermos?**

	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	11	15,7
Algunas veces	33	47,1
Nunca	26	37,2
Total	70	100,0

**Tabla 7**  
**¿Los remite a Psiquiatría?**

	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	41	58,6
En algunos casos	29	41,4
Total	70	100,0

gos (Tabla 8). Este ítem no fue considerado en el EHCb. Llama especialmente la atención como refieren sentirse ante el paciente psiquiátrico; mientras que un 32,9% (n=23), aseguran sentirse tranquilos (EHCb=34,9%), un 35,7% (n=25) alegan sentirse inseguros (EHCb=39,7%) (Tabla 9). Por otro lado; el 54,3% (n=38) afirman tener interés por los pacientes psiquiátricos, mientras que el 41,4% (n=29) dicen no interesarles (Tabla 10).

La mayoría 74,3% (n=52), considera que la psiquiatría tiene un nivel científico análogo a las demás especialidades, un resultado parejo al del EHCb (73,8%) (Tabla 11). La aportación de los psicofármacos en la mayoría de los pacientes es considerado positivo de forma casi abrumadora: entre el “muy importante (MI)” 57,1% (n=60) y el “importante (I)” 40% (n=28) conforman un 97% que no duda sobre esta cuestión. Otra vez se igualan los resultados con el EHCb (MI=61,5%;

**Tabla 8**  
**¿Los remite al psicólogo?**

	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	16	22,8
En algunos casos	48	68,6
Nunca	6	8,6
Total	70	100,0

**Tabla 9**  
**Sentimientos hacia el paciente psiquiátrico**

	Frecuencia	Porcentaje %
Tranquilo	23	<b>32,9</b>
Angustiado e inseguro	1	1,4
Angustiado y protector	1	1,4
Impotente y protector	1	1,4
Tranquilo y protector	1	1,4
Angustiado	1	1,4
Seguro	2	2,9
Inseguro	25	<b>35,7</b>
Impotente	5	7,1
Protector	5	7,1
ns/nc	3	4,3
3 o más	1	1,4
Tranquilo e impotente	1	1,4
Total	70	100,0

**Tabla 10**  
**Interés por los pacientes psiquiátricos**

	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	38	54,3
No	29	41,4
ns/nc	3	4,3
Total	70	100,0

**Tabla 11**  
**Nivel científico de la Psiquiatría con respecto a otras especialidades**

	Frecuencia	Porcentaje %
Inferior	6	8,6
Análogo	52	<b>74,3</b>
Superior	6	8,6
ns/nc	4	5,7
Análogo y muy superior	1	1,4
Análogo y superior	1	1,4
Total	70	100,0

I=38%) (Tabla 12). Las psicoterapias fueron consideradas MI por un porcentaje más discreto 38,6% (n=27) e importante a secas por el 47,1%

**Tabla 12**  
**Aportación de los psicofármacos**

	Frecuencia	Porcentaje %
Muy importante	40	57,1
Importante	28	40,0
ns/nc	2	2,9
Total	70	100,0

(n=33), así y todo suman una considerable fracción (85,7%) (Tabla 13). Tuvimos interés en investigar el grado de conocimiento y adecuación de los dos grandes bloques psicoterápicos. Una mayoría el 41,4% (n=29) no se manifestó (ns/nc), pero una cifra pareja se inclinó por la terapia cognitivo-conductual 40 % (n=28), mientras que solamente 6 (8,6%) se mostraron receptivos al psicoanálisis (Tabla 14). La psicoterapia integral y colaborativa psicología-psiquiatría es bien considerada (94,2 %; n=66) (Tabla 15). La participación terapéutica con el psiquiatra fue deseada

**Tabla 13**  
**Aportación de las psicoterapias**

	Frecuencia	Porcentaje %
Muy importante	27	38,6
Importante	33	47,1
Poco importante	6	8,6
ns/nc	4	5,7
Total	70	100,0

**Tabla 14**  
**Psicoterapia más adecuada**

	Frecuencia	Porcentaje %
t. cognitivo conductual	28	40,0
t. psicoanalítica	6	8,6
ns/nc	30	42,8
t. cognitivo conductual y t. psicoanalítica	6	8,6
Total	70	100,0

en ciertos casos por el 57,1% de los encuestados (n=40) y solamente un 24,3% (n=17) ve con buenos ojos esta colaboración (Tabla 16). Otra vez

**Tabla 15**  
**Necesidad de colaboración Psicólogo-Psiquiatra en algunas situaciones**

	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	66	94,2
No	2	2,9
ns/nc	2	2,9
Total	70	100,0

**Tabla 16**  
**Participación en el tratamiento psiquiátrico del Médico no Psiquiatra con el Psiquiatra**

	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	17	24,3
En ciertos casos	40	57,1
Opinión neutral	7	10,0
No debe	6	8,6
Total	70	100,0

Dexeus y el Clínico acerca con posiciones (EHCB, “siempre” 20,2%), si bien “en ciertos casos” se mostraron más atrevidos los facultativos del HCB (67% vs 57%). Todo lo cual es coherente con la opinión sobre la suficiencia formativa para participar con el tratamiento (Tabla 17). Sólo 1 facultativo se sintió seguro (1,4%) en este sentido (EHCB=5,54) mientras que la formación “en ciertos casos” es bien considerada por el 41,4% (n=29) (EHCB=39,9%).

**Tabla 17**  
**Suficiente formación para participar en el tratamiento**

	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	6	8,6
En ciertos casos	29	41,4
Opinión neutral	5	7,1
En algún caso	17	24,3
Nunca	10	14,3
ns/nc	2	2,9
Opinión neutral, en algún caso	1	1,4
Total	70	100,0

En cuanto a las posibles asociaciones entre variables sociodemográficas y las opiniones que los médicos respondieron, no se encontraron asociaciones significativamente estadísticas, a excepción de una relación inversamente proporcional entre la edad de los facultativos y los sentimientos ante un paciente psiquiátrico ( $p=0,041$ ). Observamos que a mayor edad, más cantidad de sujetos responde sentirse seguro y viceversa.

## DISCUSIÓN

La formación continuada en Psiquiatría y Psicología es considerada muy favorablemente por los facultativos consultados. En el estudio HCB, los profesionales (98,4%) consideraban que el psiquiatra debería cultivar más sus conocimientos en medicina general. Esta opinión no parece haber cambiado mucho con el tiempo y presupone una cierta “distancia” de la Psiquiatría con el resto de especialidades, algo que se obvia mediante los protocolos de asistencia, evaluación e investigaciones interdepartamentales en cuadros clínicos y especializaciones o intervenciones concretas (v. g. enfermos oncológicos, colón irritable, diabetes, reproducción asistida, cirugía de la obesidad o trasplantes) lo cual permite un adecuado trasvase de conocimientos y una relación de dependencia positiva y respeto mutuo. Asimismo, el celebrar Sesiones Interdepartamentales permite un mayor contacto y difusión científica. En una excelente monografía, Ruiz-Doblado (2004) ya consideraba que entre las características del psiquiatra de enlace deberían reseñarse como esenciales los conocimientos y habilidades básicas en medicina y cirugía, así como de las enfermedades somáticas y sus complicaciones psiquiátricas más frecuentes.

Una de las diferencias más importantes entre los dos centros es el escaso interés que los residentes de Dexeus (1,4%) prestaron a la encuesta (MIR HCB, 14,8%). Las únicas explicaciones factibles serían: 1) mayor presión asistencial en el caso de los MIR-Dexeus, lo que presupone una selección de tareas, entre las que probablemente no estarían encuestas de este tipo; 2) Sería de suponer una mayor sensibilidad hacia la psiquiatría de los MIR HCB; si midiéramos esta “sensibilidad” por trabajos de investigación conjuntos,

existe una mayor tradición en el Clínico, a excepción del caso muy específico de la Obstetricia-Ginecología en Dexeus; no obstante, en esta tipología de investigaciones, intervienen poco los residentes de nuestro centro. En curioso constatar que según Mingote y col. (1999, 2008) los residentes sufren estrés en su período de formación; quizá si lo estudiáramos –lo que no hemos hecho– podríamos interesarnos en mayor profundidad a este estamento. Curiosamente, los MIRs efectúan interconsulta psiquiátrica con facilidad.

En la actitud del médico no psiquiatra ante el paciente con un trastorno psíquico en su consulta ambulatoria, no deben sorprender las cifras, que denotan prudencia, de un 15,7% que se “atreve” a atender a los enfermos psiquiátricos. Sea “en caso necesario”, sea “en algunos casos” más de la mitad de los encuestados los remiten al psiquiatra o –en menor medida– al psicólogo.

A pesar de que los dos centros se mostraban convencidos de que la Psiquiatría debería conocer más y mejor las otras especialidades, especialmente la Medicina Interna, los facultativos fueron generosos con el nivel científico global de la Psiquiatría (74,3% vs. 73,8% HCB). Es plausible hipotetizar que la eclosión de la psicofarmacología, y la clara apuesta por los modelos biológicos de la Psiquiatría, amén de lo cognitivo-conductual en la psicoterapia, dos modelos claramente alineados en la evidencia, señalaban el cambio de consideración hacia la psiquiatría que, por otra parte, ofrece mayor finura diagnóstica y mejores resultados terapéuticos.

## CONCLUSIONES

Psiquiatría y Medicina han convergido en conocimiento mutuo y colaboración en investigaciones conjuntas. El estudio que hemos desarrollado muestra un mayor interés hacia la Psiquiatría y –por ende– hacia la Psicología, por parte de los facultativos hospitalarios, tanto si provienen del ámbito público, como del privado. No obstante, ya pesar de las buenas intenciones mutuas, la comorbilidad psíquica, tan frecuente, tanto en la hospitalización, como en consulta externa, no se corresponde a las interconsultas cursadas por nuestros colegas que no sobrepasan el 3-4%, lo cual no correlaciona con la patología, tanto la de-

tectada, como la “enmascarada” (lo cual es frecuente, sobretodo en la depresión presente en Asistencia Primaria), como la subclínica, la infra diagnosticada o simplemente no detectada.

Por ello, es esperanzador el que un 54,3% de los médicos no psiquiatras afirmen tener interés por los pacientes psiquiátricos o que el 74,3% de los encuestados considere un nivel científico de la Psiquiatría, homologable con el resto de especialidades; que, además, un 85,7% consideren necesario estar en posesión de un bagaje adecuado de conocimientos psiquiátricos, permite ser optimistas sobre el cambio de la relación Medicina-Psiquiatría, lo cual conllevaría mayores porcentajes y resultados, no solamente terapéuticos sino también ciertos beneficios en la atención del paciente psiquiátrico que consulta a servicios médicos y sufre procesos de adaptación, asociándose la comorbilidad con el proceso médico o quirúrgico o simplemente es un caso psiquiátrico que deberá ser detectado por el facultativo. En este sentido, es evidente que urgen, no solamente el incremento de las interconsultas, sino de la actividad de enlace que presupone trabajo asistencial, docente e investigador coordinado entre psiquiatras, psicólogos y equipos médicos quirúrgicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Ballús C, Salamero M.:** Encuesta de opinión sobre la psiquiatría en el Hospital General. *Rev. Psiquiatría. Fac. Medicina*, 1999; 26-5: 143-151.
2. **Farré, JM.:** Se hace camino al andar. Editorial Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2004; 16-71-72: 5-9.
3. **García-Camba E, Crespo MD, Lobo A, Montoya J, González-Cajal J, García-Rodríguez P y cols.:** Resultados del “European Consultation Liaison Workgroup” en España, sobre la efectividad de los servicios de interconsulta y enlace. Datos preliminares. *Arch Neurobiología*, 1997; Supl. 2: 23-33.
4. **Herzog T, Stein B, Frölich, L.:** Tratamiento de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades médicas y su manejo en urgencias. En Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N.: *Tratado de Psiquiatría*, 2003. Psiquiatría Editores, Barcelona 1453-75.
5. **Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A & ECLW.:** The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study: I general Outline. *Gen. Hosp. psychiatry*, 1996; 18: 44-56.
6. **Lipowski ZJ.:** Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1971; 12: 461-5.
7. **Lobo A, Campos R, Valdés M, de Pablo J, Farré JM, et al y GETPEP.:** El proyecto multinacional europeo multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en Psiquiatría de Enlace en el hospital general: Fundamentos y metodología general. *Cuad. de Med. Psicosom. y Psiq. de Enl.* 2000; nº 55-56: 51-61.
8. **Lobo A, Crespo MD, García-Camba E, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF y cols.:** El estudio multicéntrico, transcultural europeo sobre servicios de psicopatología y psiquiatría de “enlace” (ECLW) *Arch Neurobiol*, 1997; Supl. 2: 7-21.
9. **Lobo A, Saz P, Sarasola A, Bulbena A, de Pablo J, García Camba E, Farré JM, et al. y grupo REPEP.:** Spanish Perspective on enlarging a Small Speciality: The National Research. Network for Liaison Psychiatry and Psychosomatics, 2007; 48: 1, 46-53.
10. **Lobo A, Farré JM y grupo GETPEP.:** Resultados preliminares del estudio multicéntrico de intervención para la mejora de la calidad de los Servicios de Psiquiatría de Enlace. XXXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, 28 Marzo-1 Abril; Andorra, 2000.
11. **Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR.:** Association of depression with 10 year post-stroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 124-129.
12. **Ozkan S, Yucel B, Turgay M, Gusel Y.:** The development of psychiatric medicine at Istanbul. Faculty of Medicine and evolution of 889 psychiatric referrals. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1995; 17: 216-23.
13. **Ruiz Doblado J.:** (ed.). *Psiquiatría de Enlace: la otra mitad de la Medicina*. 2004, Aran. Madrid.
14. **Salvador L, Seguí J.:** *Psiquiatría y Medicina*. En: *Manual de Psiquiatría*. Ayuso JL., Salvador L, editores. 1992. McGraw Hill. Madrid.
15. **Strain JJ, Hamer JS, Fulop G.:** APM Task Force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting. A review of the cost-off-set studies. *Psychosomatics*, 1994; 35: 253-262.
16. **Strain JJ.:** “Psiquiatría de Enlace”. En *Fundamentos de la Psiquiatría de Enlace*, Rendell JR y Wise MG (eds.), 2002 (2) 3-14, *Ars Médica* Barcelona.