

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

DE LA MAGIA A LA GESTIÓN

por el:

EXCMO. SR. PROF. DR. JOSÉ GUIMÓN UGARTETXEA

ACADÉMICO DE NÚMERO, DIRECTOR DEL DPTº DE PSIQUIATRÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE GINEBRA (SUIZA)

XIX de Mayo de 1997



BILBAO

MCMXCVII

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

DE LA MAGIA A LA GESTIÓN

por el:

EXCMO. SR. PROF. DR. JOSÉ GUIMÓN UGARTETXEA
ACADÉMICO DE NÚMERO, DIRECTOR DEL DPTº DE PSIQUIATRÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE GINEBRA (SUIZA)

XIX de Mayo de 1997



BILBAO

MCMXCVII

Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Sras. y Sres.

DE LA MAGIA A LA GESTIÓN LA CRISIS DE IDENTIDAD DE LA PSIQUIATRÍA.

Por el Prof. Dr. José Guimón

Al reflexionar sobre los factores científicos, sociales, políticos y económicos que hoy en día influyen en la práctica y en la investigación psiquiátricas, uno ha de admitir que los límites del rol de los psiquiatras se están tomando cada vez más imprecisos.

En los años 70, en el contexto del movimiento de la Psiquiatría comunitaria, las diferentes especialidades de salud mental confundieron sus diversas áreas de actividad. En consecuencia, en el transcurso de las dos últimas décadas, y por todo el mundo (con escasas excepciones, como Suiza), los psiquiatras han ido delegando la práctica de la psicoterapia a otros profesionales, en especial a los psicólogos. Por otro lado, en algunos países, los psicólogos han ido desarrollando sus conocimientos biológicos y han intentado incluso adquirir el derecho de recetar medicamentos. De forma similar, una nueva especialidad en Psicología Clínica, "La Psicología de la Salud", está invadiendo un sector importante de la Medicina psicofisiológica que tradicionalmente era el área de los psiquiatras de "enlace". Más aún, los médicos generalistas están adquiriendo cada vez más una formación en Psiquiatría y en algunas Universidades americanas, por ejemplo, han intentado crear una subespecialización en Psiquiatría para internistas.

Por otro lado, a la falta de definición del rol de los psiquiatras, se han de añadir otros tres factores que suponen una agravación de la crisis de identidad: la confusión acerca del modelo teórico, el tamaño excesivo del campo y el movimiento de la "Medicina Gestionada" (Managed care) que está alterando profundamente la manera en la que son administrados los servicios psiquiátricos. Este último factor merecerá una atención preferente en el presente trabajo por su importancia y actualidad.

A. CONFUSIÓN ACERCA DEL MODELO TEÓRICO.

Si observamos la actitud de los psiquiatras en un país, una región o incluso simplemente dentro del marco de un centro de tratamiento, observamos que tienen ideas diferentes sobre los temas que manejan debido a la amplitud del marco teórico al cual se tienen que referir. El desarrollo de una tipología permite la definición de varias tendencias que van desde la Neuropsiquiatría (centrada en el estudio del cerebro humano, sin tan siquiera una referencia al entorno) a la Antipsiquiatría. La Psiquiatría Biológica se acercaría a la Neuropsiquiatría, seguida por el Conductismo, el Cognitivismo, el Psicoanálisis, la Psicoterapia de grupo, la Terapia de Familia y la Psiquiatría Social. Es sabido que estas tendencias han sido reagrupadas en tres modelos conceptuales básicos: el modelo médico, el modelo psicológico y el modelo social ((Siegler and Osmond, 1966)). Por supuesto que ningún psiquiatra contemporáneo aceptaría adscribirse de lleno a uno u otro modelo pero podemos observar esta polarización, si estudiamos algunos trabajos sobre la orientación teórica de los psiquiatras en diferentes países mediante cuestionarios relativos a sus actitudes respecto a varios importantes aspectos de nuestra profesión.

Resumiendo, se puede afirmar (Guimón, 1990) que, a lo largo de los últimos veinte años, la orientación teórica de los psiquiatras ha experimentado una profunda alteración. A principios de los años 70, el modelo psicodinámico predominaba en muchos países importantes y el movimiento antipsiquiátrico y las orientaciones que apuntaban a una acción psicosocial llegaron a su apogeo, mientras que la progresión del modelo biológico a expensas de los otros modelos ha sido incontestable en los años 80 y 90. Sin duda, el enorme progreso en la investigación biológica, la presencia de psiquiatras en las nuevas unidades de corta estancia de los hospitales generales y la dudosa eficacia de los enfoques comunitarios, han ocasionado una "remedicalización" de la profesión de psiquiatra. Los nuevos especialistas, durante los años de formación de postgrado en Psiquiatría, están empezando a recibir una educación sólida en neurobiología, unos buenos conocimientos de procedimientos fiables para la evaluación de psicopatología descriptiva, la interpretación de complejos procesos diagnósticos y el manejo de sustancias psicofarmacológicas eficaces. Esto no impide el que, en los países occidentales, la gran mayoría de los psiquiatras intente adoptar una actitud teórica ecléctica incluyendo otros modelos en su práctica. Pero, no siempre lo consiguen.

Hoy en día, una proporción muy importante de psiquiatras americanos pueden considerarse eclécticos (68%); sólo 37% (Bodkin et al, 1995) se adhieren hoy a un modelo psicodinámico, en contraste con un 79% en 1968 (Armor and Klerman 1968); a la inversa, 27% se adhiere a un modelo médico en contraste con un 11% ese año. En España, el modelo biológico era el más importante (43%) seguido por el modelo psicológico (26%) (Guimón et al, 1987). Entre los psiquiatras Ingleses, tan sólo un 5% se adhería a un enfoque exclusivamente médico; 30% comulgaba plenamente con un enfoque psicosocial, y 65% podían considerarse eclécticos (Brook and Wakeford, 1987). En contraste, en Suiza, el modelo psicodinámico sigue siendo el más importante (41%); el biológico (7%), el médico-psicológico (6%) y el modelo social (7%) dan cuenta sólo de pequeños números de psiquiatras; 39%, se define ecléctico (Guimón et al, 1997).

B. EL TAMAÑO EXCESIVO DEL CAMPO

El excesivo tamaño del marco teórico al que se tienen que enfrentar los psiquiatras les obliga a desplegar excesivamente sus actividades y contribuye a su crisis de identidad. Esto es incluso más evidente cuando tiene que ejercer en pequeñas regiones, o en los servicios de urgencias de las grandes ciudades. No puede entonces limitarse a una sub-especialidad. Por el contrario, debe ser capaz de descartar la existencia de una lesión orgánica subyacente, evaluar el riesgo de suicidio de un paciente, manejar los psicofármacos, utilizar técnicas sencillas de conditconamiento, detectar aspectos psicodinámicos básicos en los problemas del paciente e intervenir en la dinámica de la pareja y de la familia. Ocasionalmente, debe dar su opinión acerca de los problemas de desarrollo psicomotor de un niño y llevar a cabo una evaluación de una invalidez o el grado de responsabilidad de un delincuente.

De hecho, la práctica diaria de los psiquiatras es muy variada. Pueden tener diferentes lugares de trabajo, numerosas actividades y, en particular, actividades clínicas muy variadas. En los Estados Unidos, la media de lugares de trabajo, pasó de 1.7 en 1965 a 2.3 en 1988. Según el último Estudio de Actividades Profesionales de la APA, de 10 psiquiatras clínicos, tan sólo uno está exclusivamente dedicado a la práctica privada en la consulta (Olfson et al, 1994). Esta tendencia hacia una práctica en lugares múltiples significa un incremento en la diversidad de roles profesionales asumidos por los psiquiatras. En nuestro estudio, en Suiza (Guimón et al, 1997), un total de dos tercios de los psiquiatras están implicados, total o parcialmente, en la práctica privada: prácticamente, todos (98%) tienen una actividad clínica. Casi todos mencionan trabajo relacionado con la formación continua (92%) y con la administración (80%). Cerca de la mitad ejercen de supervisores (48%) o de expertos (46%). Algo más de un décimo (11%) lleva grupos Balint. Alrededor de un cuarto ha realizado una terapia personal (26%) y la mitad está haciendo un trabajo de supervisión (52%). A estas actividades podemos añadir aquellas que están más estrechamente relacionadas con contextos universitarios e institucionales: reuniones (43%), enseñanza (34%) e investigación (19%). Incluyendo todas las actividades que constituyen servicios para los pacientes (trabajo clínico, peritaje), colegas y estudiantes (supervisión y consejo, grupos Balint, enseñanza) e instituciones (reuniones, investigación), uno se encuentra con que los psiquiatras suizos tienen por media, 3.4 actividades diferentes. Es más, en lo que respecta a las actividades clínicas, los psiquiatras suizos pueden describirse como trabajando en contextos de actividad individual (98%), de pareja (62%), de familia (50%) o de grupo (22%). Hay una diversidad de enfoques clínicos muy alta. Los psiquiatras llevan a cabo tratamientos mixtos (92%), psicoterapias de inspiración psicoanalítica (81%), entrevistas de pareja o de familia (80%), farmacoterapia (70%), terapias sistémicas (47%), terapias cognitivas (35%), e intervenciones con terceras partes (76%), por ejemplo.

Pero, los psiquiatras parecen no estar satisfechos con semejante abanico de actividades y preferirían intervenir en áreas incluso más periféricas. En un estudio acerca de esferas en las que les gustaría intervenir (Guimón et al, 1977), los psiquiatras suizos contestaron que les gustaría intervenir en las siguientes áreas por orden de acuerdo decreciente:

- Víctimas de la violencia (3.4); La relación padre/niño (3.3); Problemas psicológicos entre los prisioneros (3.3); Dolor crónico (3.1); Conductas de riesgo (3.0); Pérdida de independencia en

los mayores (3.0); Problemas en la escolarización o en la formación (2.9); Problemas de los inmigrantes (2.9); Educación sanitaria y prevención (2.9); SIDA (2.9); Disconformidad con los tratamientos médicos (2.8); Problemas de familias monoparentales (2.8); Fanatismo ideológico y religioso (2.5); Transplantes (2.5); Problemas relacionados con la eutanasia (2.5); Problemas de desempleo (2.5); Relaciones laborales (2.5); Procreación médicamente asistida (2.4); Objetores de conciencia (2.3); Cirugía plástica (2.3).

Los psiquiatras han de enfrentarse a estas tareas terriblemente variadas sin poder contar con la ayuda de instrumentos de evaluación objetivos. Y utilizando, además, técnicas muy difíciles de adquirir y cuyos resultados son generalmente poco espectaculares. En estas condiciones, uno no debería sorprenderse de que algunos psiquiatras tengan una visión negativa del aspecto científico de su especialidad y una confianza disminuida en la eficacia de su tarea. Estas reacciones son reforzadas por la ausencia de la gratificación que el médico recibe generalmente del paciente y de la sociedad después de haber hecho exitosamente su trabajo. Parece por lo tanto normal que algunos colegas "se quemen". Este problema aparece bajo varias formas: desde una descompensación clínica a una deserción de la profesión, pasando por una apatía y una resistencia pasivo-agresiva, acabando, a veces, en un activismo socio-político o en una hiperidentificación con una de las técnicas, teorías o modelos psiquiátricos.

C. LOS RIESGOS DEL REDUCCIONISMO

Desalentados por la poca gratificación obtenida por la práctica clínica, algunos psiquiatras se distancian en exceso del paciente. Las teorías se tornan a la vez en el objeto de la actividad y en la fuente de la satisfacción. Uno diría que se produce un fenómeno similar al que, según Freud, ocurrió en la génesis de las ideas religiosas. Una vez que el modelo ha sido adoptado, se presencia demasiado a menudo el abandono de toda crítica respecto a la nueva fe.

a. Usos y abusos del modelo médico

Aquellos que se "hiperidentifican" con el modelo biológico proclaman la verdad de sus afirmaciones acerca de la etiología de lo que llaman de una forma excesiva "las enfermedades mentales", y proponen para su diagnóstico la utilización de los llamados métodos "fiabiles". Las nuevas clasificaciones, simples glosarios, se transforman en manuales diagnósticos, considerados como verdaderos textos de Psiquiatría o incluso como auténticas "biblias". Los partidarios de otros enfoques en la comprensión de la enfermedad psiquiátrica son anatematizados.

Uno de los elementos racionales implícitos en el biologismo (Quitanilla, 1986) (Guimón, 1989) reside en la idea de que el nivel orgánico ocupa una posición más fundamental que el nivel psicosocial en la configuración del ser humano. Se llega así a la generalización abusiva de explicaciones biológicas en otras ciencias (en particular en las ciencias psicosociales), en un intento de rechazar los límites del conocimiento del mundo (Tizón et al, 1986). Por ejemplo, al final de los años sesenta, una nueva generación de psiquiatras biológicos empezó a reemplazar a la vieja guardia psicoanalítica en los Estados Unidos. La disponibilidad de fármacos eficaces fue beneficiosa tanto para los pacientes como para la industria farmacológica hasta tal punto de que, no sólo los diagnósticos llevaron a buscar fármacos, sino que nuevos fármacos forzaron la creación

de ciertos "diagnósticos" (p.ej. ataques de pánico). Los psiquiatras insistían en un enfoque científico del diagnóstico, y se enfatizaban conceptos tales como fiabilidad entre jueces. Algunos miembros de esa nueva generación se constituyeron en una especie de "movimiento", que Klerman (Klerman, 1977) vino a llamar Neo Kraepelianos: un rasgo negativo de este movimiento fué su tendencia a ignorar los puntos de vista europeos, a elevar los síntomas a enfermedades, y a abusar de explicaciones neurobiológicas.

Uno de sus caballos de batalla es que los modelos biológicos tienen que ver con causas y no sólo con "significados" (Guimón), pero el análisis de los procedimientos de razonamiento utilizados en la investigación biológica muestra que rara vez pueden generar conclusiones "causales". Forma parte de la naturaleza de la mayoría de los procedimientos estadísticos el permitir tan sólo conclusiones de correlación y, por supuesto, que pocos procedimientos estadísticos contemporáneos pueden apoyar un claro análisis causal; los que así lo hacen, plantean supuestos que están más allá de la calidad de los datos psiquiátricos.

El modelo biológico ha llevado a unas concepciones teóricas discutibles tales como un énfasis excesivo en puntos de vista categóricos sobre la enfermedad mental, y a una exagerada adscripción a las nociones de validez y fiabilidad.

Aunque el modelo biológico mantiene que los trastornos psiquiátricos son verdaderas enfermedades, no se ha formulado todavía de forma adecuada una definición de "enfermedad" (Kendell, 1975) (Klein, 1978) (Spitzer and Klein, 1978). Wing (Wing, 1978) hace una distinción entre un sentido amplio de enfermedad mental, que incluye desviaciones y anormalidades que llevan al paciente a buscar ayuda profesional y otro más reducido, que supone la existencia de síndromes médico-clínicos y de trastornos biológicos subyacentes.

Sería, sin embargo, un error grosero no reconocer que el modelo biológico ha aportado importantes descubrimientos: determinados marcadores biológicos capaces de validar diagnósticos clínicos, están próximos a ser puestos a punto, y a menudo, se hacen predicciones de respuestas a tratamientos útiles. Sin embargo, aun estamos lejos de hablar de "validez biológica". La investigación en Psiquiatría biológica se realiza a distintos niveles (molecular, celular, etc.), aunque una hipótesis patógena integrada permanece indefinible. El sistema nervioso central es una entidad compleja y no existe, todavía, ninguna unidad de medida común para caracterizar la información obtenida respectivamente a niveles molecular y comportamental. Como dijo Bourguignon (Bourguignon, 1984), la transmisión de información y de latencia de respuesta varía mucho de un nivel de organización a otro: la descarga neurofisiológica, por ejemplo, tiene lugar en una magnitud de tiempo diferente a la actividad hormonal. Por lo tanto, hallar magnitudes de tiempo, incluso simples correlaciones, como las necesarias para establecer la neurobiología de la conducta, en síndromes que tienen lugar en marcos temporales amplios (p.ej., el trastorno por estrés postraumático), no es todavía posible.

La investigación biológica depende de la descripción psicopatológica, pero en psicopatología no se han logrado aún niveles de "objetividad" en la medición y en la descripción requeridos por el análisis estadístico. Los investigadores biológicos, al estudiar los trastornos cerebrales orgánicos, se pueden permitir buscar índices físicos duros, pero en el caso de las psicosis funcionales,

se tienen que contentar con la descripción de los síntomas: la psicopatología no puede ser descrita en términos de patología estructural. Medir en Psiquiatría está principalmente relacionado con sustratos físicos (electroencefalografía, hallazgos bioquímicos, etc.). Los fenómenos psicopatológicos en sí no pueden ser medidos en el mismo sentido; y los "criterios" utilizados para medirlos, tan sólo son comprensibles en términos de una serie particular de supuestos teóricos: los criterios parasitan siempre la teoría (Guimón, 1992.).

El diagnóstico psiquiátrico ha sobreestimado últimamente el valor de la "fiabilidad" (Maxwell, 1977) (Carey and Gottesman, 1978) (Janes, 1979). Es sin duda cierto que las nuevas clasificaciones psiquiátricas ofrecen una fiabilidad alta, pero la fiabilidad está relacionada con la tarea, y las categorías diagnósticas sólo pueden ser utilizadas de manera "fiable" para ciertos objetivos.

b. Disputas psicológicas.

Uno, también percibe a veces actitudes dogmáticas en aquellos psiquiatras que adoptaron exclusivamente el modelo psicológico, bien en su versión psicoanalítica o en la versión conductista.

En lo que se refiere al psicoanálisis, se ha dicho que algunos discípulos de Freud sostienen una serie de mitos y símbolos que bien pudieran competir con la iconografía cristiana tradicional. En la misma línea de pensamiento, Rycroft (Rycroft, 1985) dijo que Freud se describió a sí mismo como un conquistador que fundó un movimiento con su propia jerarquía y su propia sucesión apostólica. Uno no puede negar cierta veracidad a estos comentarios, que en parte pueden explicarse por la marginación y la persecución sufridas por las instituciones psicoanalíticas a lo largo de varios períodos y en distintos contextos. Incluso así, estas posturas son profundamente ajenas al espíritu científico de Freud quien, en sus escritos, aludía incesantemente a la posibilidad de que muchas de sus teorías serían cuestionadas por la investigación biológica futura.

En el pensamiento psicodinámico, el reduccionismo del biólogo se halla sustituido por el reduccionismo del psicólogo que se manifiesta como una extensión abusiva de los conceptos psicológicos. El psicologismo le lleva a uno a pensar que todo acto tiene un significado. Pero, intentar interpretar el significado de un acto no comportamental acaba siendo lo mismo que intentar interpretar el significado de los movimientos coreicos o atetósicos, o aquellos producidos por las convulsiones epilépticas (Castilla del Pino, 1986). En principio, mientras no aparezca un objeto relacional en un acto, uno ha de rechazar el acto no portador de significado.

Por otro lado, la psicopatología psicoanalítica y la nosología tienen una baja fiabilidad entre jueces, y los intentos de definir los conceptos psicoanalíticos por medio de diccionarios se han atascado debido a que las diversas escuelas emplean términos con significados diferentes. Algunos autores justifican esto diciendo que esta "multivocalidad" es inherente al psicoanálisis, pero si así fuera, el psicoanálisis estaría para siempre abierto a la crítica de no tener «status» científico.

En cualquier caso, el psicoanálisis ha devenido una ciencia psiquiátrica básica en un sentido

muy parecido a las Neurociencias o a la Epidemiología. El psicoanálisis, como ciencia y como instrumento excepcional para el conocimiento personal, seguirá creciendo a través de sus Institutos y de sus Asociaciones. Sin embargo, el psicoanálisis como procedimiento de tratamiento es largo y caro y es difícil evaluar sus resultados. Los pacientes solicitan que su sufrimiento sea aliviado de forma rápida de manera que las modificaciones de la técnica psicoanalítica clásica (psicoterapia breve, de grupo, etc.) son las únicas que se pueden aplicar a la población en general. Un tratamiento psicodinámico no alivia a la mayoría de las enfermedades mentales, pero, para algunos diagnósticos, sigue siendo uno de los tratamientos de elección: trastornos de personalidad, parafilias, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, ciertos trastornos resistentes a los tratamientos biológicos, diagnósticos dobles, etc. Además una actitud informada desde un punto de vista dinámico es beneficiosa para la mayoría de los pacientes psiquiátricos. En efecto, además de que hasta el 71% de los pacientes hospitalizados tienen un diagnóstico Eje II, las resistencias caracterológicas a los fármacos y los efectos placebo negativos requieren también un enfoque dinámico.

Probablemente, la única posibilidad que tiene el Psicoanálisis de jugar un rol pertinente en el futuro de la salud mental sea a través de la psiquiatría dinámica. Para que una psiquiatría sea considerada "dinámica" tiene por lo menos que reconocer la importancia del inconsciente y de la transferencia. Además, la psiquiatría dinámica ha estado tradicionalmente relacionada con el concepto de "conflicto" que surge entre los deseos y las defensas, entre diferentes partes de la personalidad y entre los impulsos y la realidad externa. También tiene en cuenta conceptos tales como el determinismo psíquico, los déficits en las estructuras intrapsíquicas o las relaciones de objetos internos. La psiquiatría dinámica se centra en fantasías, sueños, esperanzas, impulsos, deseos, y auto-imagen más que en la cuidadosa descripción de la conducta observable.

Muchos psiquiatras siguen interesados en la Psiquiatría dinámica. Por ejemplo, aunque los psiquiatras españoles se adhieren principalmente al modelo médico de la enfermedad mental (43%), los más se consideran bien o muy bien informados en psicoanálisis. De hecho, a la vez en España y en otros países occidentales, los psiquiatras intentan mantener una actitud ecléctica, utilizando, en mayor o menor grado, elementos de cualquiera de los tres modelos conceptuales. Los psiquiatras suizos también expresan intereses variados. Valoran más positivamente los siguientes campos de interés : psicoterapia de inspiración psicoanalítica, psicopatología, psicosomática, psicoterapia breve, los aspectos sociales de los trastornos psiquiátricos, psicofarmacología, psicología del desarrollo y terapia de familia. Así, la diversidad y el eclecticismo que observamos en las prácticas de los psiquiatras también pueden observarse en sus orientaciones teóricas.

Por su parte, los entusiastas del modelo conductista como dice Marks (Marks, 1986), en busca de una identidad y de un «status», siguen pensando que la terapia conductista está basada en la psicología experimental. Incluso así, las hipótesis sobre las que se basa dicha afirmación, como lo muestra este autor, son excesivas y, como lo han dicho otros autores, los terapeutas conductistas rara vez citan revisiones experimentales en sus trabajos. En realidad, a pesar de su así-llamado rigor científico, los conductistas no escapan a las ideologías de tendencia y constructo tendentes a explicar sus actividades. Como dice Marks : "Todos los movimientos necesitan de mitologías para guiar sus actividades y para fortalecer los lazos del grupo".

c. *Un reduccionismo ascendente*

Finalmente, los partidarios del modelo sociológico amplifican el valor de los descubrimientos sobre la importancia de los factores sociales en la génesis de los trastornos psíquicos e ignoran la base biológica de la conducta normal y anormal. El reduccionismo sociológico (Guimón, 1990) es el prototipo de aquél que lleva el nombre de reduccionismo "ascendente" o "hacia arriba" que pretende explicar todos los hechos del comportamiento por su relación con el entorno mientras excluye los factores biológico y psicológico determinantes. Todo aquello que se dijo acerca de la antipsiquiatría nos permite darnos cuenta de los excesos en su propuesta teórica y de la utopía de sus procesos terapéuticos.

Las variables sociales juegan un papel innegable en la psiquiatría, p.ej. en el campo de los sucesos vitales, redes sociales, y apoyo comunitario, mientras numerosos estudios muestran que el prejuicio social puede incluso afectar la situación de la entrevista (Kreitman, 1961); (Simon et al, 1973). En general, el modelo social acentúa la importancia del entorno para la comprensión y el manejo de la enfermedad psiquiátrica, y en ese sentido hay una necesidad acuciante de tipologías que caractericen entornos, familias e instituciones. Sin embargo, y como lo señaló Herman (Herman, 1984), puede que estos constructos sean más útiles para comprender los trastornos que para caracterizar a los individuos.

D. LA MEDICINA GESTIONADA (MANAGED CARE):

a. *¿Una catástrofe o un reto?*

La competencia en la gestión, iniciada en los Estados Unidos, pero ya bastante activa en Europa, es para algunos una panacea; para la mayoría, una plaga que amenaza a la asistencia psiquiátrica, y para muchos una etapa inevitable en una reforma de conjunto (Scott Stroup and Dorwart, 1996), (Dorwart et al, 1992). La reforma de los cuidados médicos iniciada en Estados Unidos hace que, en ese país hoy en día, el 75% de los psiquiatras traten pacientes en el marco de "sistemas de medicina gestionada". Ciento veinticinco millones de Americanos están implicados en programas de sistemas de medicina gestionada.

Las grandes compañías de seguros americanas venden frecuentemente porciones de salud mental de su cartera, que les produce serios problemas, a compañías especializadas, especialmente desarrolladas y designadas para enfermos mentales. Se han transformado en una fuerza extremadamente poderosa en la industria de los seguros y están actualmente dictando el curso del tratamiento psiquiátrico en Estados Unidos. Han hecho esfuerzos importantes para ofertar directamente los tratamientos, alquilando camas en los hospitales locales y desarrollando sus propias clínicas para pacientes en tratamiento ambulatorio, para poder competir directamente con los psiquiatras establecidos.

Esta forma de asegurar los cuidados psiquiátricos, el "Managed Mental Health Care" ("sistemas de medicina gestionada"), ha sido objeto de controversias apasionadas entre críticas encarnecidas y defensores entusiastas no sólo en el seno de nuestra profesión, sino también entre el público (England and Goff, 1993, 402). Tal vez sea posible que, a través de transformaciones

de este tipo, la calidad pueda mejorar debido a la eliminación de tratamientos inútiles o inadecuadamente restrictivos para el enfermo; también, pudiera ser que el consumidor tenga una mejor información que le permitiría poder elegir mejor los servicios disponibles. Por el contrario, los modelos de tratamiento se verán influenciados por razones económicas ya que el comportamiento de los proveedores responderá inevitablemente a la competencia y los psiquiatras se verán sometidos a decisiones comerciales con continuas violaciones de la autonomía clínica.

b. La base del managed care: Nuevas formas de reembolso

Las políticas de reembolso que se derivan de los sistemas de medicina gestionada están cada vez más controladas y llegan incluso a rechazar el tratamiento a individuos con graves trastornos. En consecuencia, si bien es verdad que se pueden rebajar los costes, pueden aparecer efectos perversos como el subtratamiento y el acceso restringido a los cuidados.

Aunque estos riesgos no son muy graves en ciertos países europeos, son de esperar profundas modificaciones en la política de los cuidados psiquiátricos en el mundo entero. En efecto, nuevas formas de reembolso están siendo inducidas ya en numerosos países.

1. El reembolso por grupos ligados al diagnóstico (DRG)

Cuando el concepto de "grupos ligados al diagnóstico" (DRG) fué desarrollado, la Asociación Psiquiátrica Americana pudo convencer al Congreso Americano de excluir los hospitales psiquiátricos de los DRG porque no se había encontrado que, en nuestra especialidad, los modelos de reembolso que dependían de los diagnósticos psiquiátricos tuvieran una gran validez predictiva (Siegler et al, 1993). Esto favoreció al principio el tratamiento de pacientes psiquiátricos, pero pronto tuvieron lugar nuevos intentos más o menos fructuosos.

2. La escala de valor relativa basada en los recursos (RBRVS)

Cuando fueron introducidas las "escalas de valor relativa basada en los recursos" (RBRVS) en el sistema médico, hubo una propuesta que albergaba cierta esperanza para los enfermos psiquiátricos de recibir un tratamiento de favor, pero, en el último momento, esta decisión fué rechazada. Las compañías de medicina gestionada en salud mental han llegado a establecer sus propios parámetros para la revisión de la utilización y de las necesidades psiquiátricas. La mayoría de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental han tenido que aceptar finalmente las reglas de juego de las compañías de psiquiatría gestionada (Fink, 1996).

3. Capitación

El término "capitación" designa la nueva fórmula, según la cual se negocia con el proveedor de servicios un presupuesto global para una población determinada en función del número de personas. De esta manera, en numerosos programas de psiquiatría gestionada, el riesgo está dirigido hacia los proveedores.

4. Utilization Review

Cuando los proveedores aceptan el sistema de capitación, los "terceros pagadores" introducen la "revisión de la utilización" (UR). Esta técnica empleada primero en los estudios puramente epidemiológicos, se ha transformado en la base de los mecanismos de reembolso, de la intensidad del tratamiento y de las necesidades del paciente. Sin embargo, como lo sugieren varios autores (Glazer and Gray, 1996), en el control de los cuidados psiquiátricos, la UR no debería ser externa a los sistemas de cuidados sino integrada en el proceso mismo de asistencia.

c. Críticas hacia la psiquiatría gestionada

La mayoría de los profesionales han reaccionado ante los sistemas de medicina gestionada con resistencias que se han manifestado de muy diversas maneras (Lazarus, 1996a): injurias verbales a los psiquiatras que trabajan para las compañías de medicina gestionada, la implicación de pacientes con sus familias en disputas de seguro, el envío de pacientes inestables desde el punto de vista médico a otros proveedores, el rechazo a cooperar con los procedimientos de la medicina gestionada, y la aparición de litigios legales. Las críticas han recaído sobre varios aspectos.

1. El economicismo y la deshumanización de la Psiquiatría

Ciertas críticas radicales subrayan el riesgo de deshumanización de la Psiquiatría. Por ejemplo, para M.J. England, las grandes industrias "no consideran a las personas como individuos provistos de cierto valor, sino que las dosifican y las explotan". Acusa con firmeza a los sistemas de medicina gestionada de ser "una falsa promesa fundada sobre una impostura, la de declarar ostensiblemente que exige de la Medicina que ofrezca cuidados de calidad a la vez que se opone a que podamos obtener los fondos necesarios". Sostiene que estamos bajo la amenaza "de un seguro rapaz, deshonesto, destructivo, motivado por una forma de glotonería monstruosa (insurance/managed-care/big business combine) que está en un proceso de aniquilación de todos los cuidados (...) prodigados a los enfermos mentales (...). Los que más sufren son siempre las personas mentalmente enfermas, los niños, los pobres, las minorías, y las personas mayores. No podemos permanecer indiferentes ante estas así llamadas "economías". (...) Debemos de tener siempre presente que la medicina y los cuidados prodigados a los enfermos así como la vida de nuestras gentes no son productos que uno pueda comprar ni vender(...). Tan sólo un enfermo mental sobre cinco, o tal vez menos, puede tener acceso a los sistemas de cuidados organizados. En cuanto a los niños, a las minorías, a los pobres, el número aún es más bajo." En efecto, según ella, los psiquiatras no han conseguido ser lo suficientemente competitivos frente a la realidad de la desigualdad con otros especialistas de la salud y se ha establecido una discriminación a nivel de los seguros de enfermedad en lo que respecta a la salud mental.

2. Quién decide lo que es necesario desde un punto de vista médico

Otra de las cuestiones más controvertidas en la medicina gestionada es saber quién decide lo que es necesario desde un punto de vista médico para un paciente psiquiátrico determinado. En cualquier caso, los psiquiatras, al igual que el resto de los médicos, encuentran en el sistema de medicina gestionada menos posibilidades de subvenir a todas las necesidades de un paciente y de

planificar un tratamiento que apunta a objetivos a largo plazo. Para críticos como Schreter, el sistema de salud americano ha pasado "de un interés por la asistencia al paciente al ahorro de dólares que luego son asignados o bien al beneficio o bien a los sistemas de asistencia no psiquiátricos". Según él, las consecuencias inevitables del sistema de medicina gestionada son un aumento de la gestión administrativa de los cuidados a expensas de la gestión clínica y un deslizamiento del control del proveedor al paciente.

Según los procedimientos de la Psiquiatría gestionada, se intenta utilizar las unidades de hospitalización psiquiátrica, no para el tratamiento completo de los enfermos sino sólo para la estabilización del traslado de los pacientes a entornos menos restrictivos. Se insiste cada vez más en la identificación de la afección principal seguida de un tratamiento a corto plazo, lo que ha tenido como consecuencia la progresiva desaparición del modelo psicodinámico como estructura para la comprensión del funcionamiento mental. En este sentido, por ejemplo, las compañías de medicina gestionada afirman que el tratamiento hospitalario no está indicado para los toxicómanos salvo en circunstancias excepcionales, basándose en ciertos estudios (Book et al, 1996) que proponen que la mayoría de los clientes podrían ser tratados eficazmente sobre una base ambulatoria.

Por otro lado, estamos ante una tendencia a entregar a los pacientes a profesionales que no son médicos y que no están formados (Fink, 1996) sin tener en cuenta el tratamiento psiquiátrico que se está llevando a cabo y la relación médico-paciente.

3. La competencia con otros profesionales de la salud mental

En efecto, durante los años sesenta, el desarrollo del sistema de salud mental comunitario provocó un desbordamiento del número de cuidadores y su rol se tornó bastante difuso. Numerosos individuos eran considerados "terapeutas", con formación o sin ella. Al principio, los psiquiatras se ocupaban directamente del paciente; luego, se convirtieron en supervisores; y, finalmente, fueron casi rechazados del sistema de la salud mental comunitaria (Panzetta, 1985).

El psicoanálisis era el tratamiento psicoterapéutico preferido en los años 60 y el modelo terapéutico en torno al cual se desarrollaba la mayor parte de la formación de los psiquiatras. En Estados Unidos, los terapeutas no médicos debían renunciar a hacer análisis. Sin embargo, a mediados de los años 80, de resultados de una acción judicial de la Asociación Americana de Psicólogos, los psiquiatras no pudieron seguir monopolizando el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes ambulatorios. Así, durante un breve período de tiempo, los psiquiatras se encontraron dejando sitio a los terapeutas no médicos (Fink, 1996).

A lo largo de los años 90, aunque la Psiquiatría haya entrado en una era brillante desde el punto de vista científico, existe un movimiento tendiente a reemplazar a los psiquiatras por terapeutas que poseen una formación menos importante y sin base médica. La Psiquiatría gestionada (Fink, 1996) ha intentado sugerir que los psiquiatras no son indispensables, intensificando así la rivalidad entre psiquiatras y psicólogos. Los psiquiatras, (Lazarus, 1996c) por su parte, se muestran reticentes a conceder a los terapeutas no médicos una mayor responsabilidad a la hora de tratar a los pacientes.

Podría darse una radicalización de los psiquiatras, porque se ha reducido el alcance de la práctica psiquiátrica, el reembolso ha disminuido y la psicoterapia a largo plazo ha sido prácticamente eliminada para todos los pacientes salvo para los privados. Los psiquiatras se ven forzados de hacer nuevos arreglos en su práctica, incluso de actuar como consultores para grupos multidisciplinarios, con una más pesada concentración de su actividad en la psicofarmacología y en la intervención en crisis. Como consecuencia de estos cambios, los psiquiatras tendrán fundamentalmente dos elecciones: adaptarse o luchar contra y arriesgarse a ser dejados de lado. Para evitar que esto ocurra, dice McKenzie, sería importante que los psiquiatras supieran cuándo imponer sus fuerzas y cuándo renunciar a las funciones que no le son esenciales en favor de otros proveedores. No hay que olvidar que los profesionales de la salud mental no psiquiatras son tres veces más numerosos en relación con los psiquiatras (DeWitt, 1992)

4. El declive de la autonomía de los psiquiatras

Otros aspectos preocupantes de la Psiquiatría gestionada han sido vivamente criticados, tales como la intrusión de la "revisión de la utilización", el aumento de las demandas administrativas y sobre todo la pérdida de la autonomía profesional.

En efecto, durante décadas, los médicos han mantenido un grado de autonomía notable en su profesión y han tenido una influencia enorme en la distribución y en la estructura de los cuidados. En el futuro, ya que los pacientes y los pagadores seguirán teniendo acceso a una información clínica y de costes cada vez mayor y mejor, empezarán eventualmente a conducir el sistema [O'Connor, 1996]. Se preocuparán entonces del coste, de la eficacia y de la satisfacción en los cuidados, mientras que la cuestión de la autonomía del médico les será por completo indiferente.

Aunque ciertamente los psiquiatras no sean sustituibles, algunos pudieran no sobrevivir a los problemas a los que actualmente tienen que enfrentarse en este nuevo medio de práctica. Los psiquiatras se verán obligados, en cierta medida, a seguir los modelos de práctica que requiere la Psiquiatría gestionada y a esforzarse por colaborar de una manera significativa con los gestores. Pero también pueden exigir cambios en la manera en que operan las compañías de medicina gestionada y cambios también en la manera en la que el público, el gobierno, y los otros profesionales ven la Psiquiatría.

La mayor parte del conflicto con las compañías de medicina gestionada se ha centrado en las ingerencias de las compañías que han intentado influir en los tratamientos al determinar qué servicios debían ser reembolsados y cuáles no. Pero, según Fink (Fink, 1996), las compañías de medicina gestionada no son las únicas responsables del alboroto actual en la profesión psiquiátrica en los Estados Unidos. Ha habido casos de fraude grave y de complicidad con instituciones que abusaban de los pacientes, hospitalizándolos de manera innecesaria. Muchos psiquiatras no han querido cambiar de actitud para trabajar en los sistemas de medicina gestionada, aún cuando podían ser proporcionados excelentes tratamientos.

La *American Psychiatric Association* ha sido testigo de un nivel de conflicto y de confrontación alto entre las compañías de medicina gestionada y los psiquiatras y ha desarrollado

un cierto número de programas para ayudar a los psiquiatras a hacer frente a los problemas. El número de teléfono urgencia que puso la APA para atender preguntas sobre la medicina gestionada, que ha recibido aproximadamente 8.000 llamadas durante los tres primeros años de funcionamiento, es tal vez el esfuerzo más visible. Las inquietudes más extendidas de los psiquiatras que utilizan el número de urgencia son: el acceso y el rechazo al tratamiento, la confidencialidad, y la oposición de las organizaciones de medicina gestionada a aceptar y publicar sus criterios médicos. Aunque los representantes de algunas compañías de medicina gestionada parecen ser intransigentes, la mayoría ha estado deseosa de trabajar con la APA, con el fin de rectificar los reproches y permitir a los psiquiatras tener una mayor responsabilidad en la asistencia de los pacientes (Lazarus, 1996b). También ha lanzado una serie de programas, por todos los Estados Unidos, para enseñar a los psiquiatras a negociar con las compañías de medicina gestionada. Finalmente, está desarrollando directrices de práctica, que serán adoptadas a nivel nacional (Fink, 1996).

Numerosos expertos han vaticinado la desaparición de la práctica privada en salud mental, debido a la aparición de la psiquiatría gestionada, mientras otros piensan, por el contrario, que la reactivará (Pomerantz et al, 1996). En cualquier caso, los psiquiatras tendrán cada vez más interacciones con las compañías en su práctica privada.

La psiquiatría, como dice Sabin (Sabin, 1996), se ha desarrollado más como un esfuerzo para resolver el problema de los costes de la asistencia sanitaria por medios de gestión que mediante un debate político y deontológico sobre las elecciones y los compromisos. Una psiquiatría gestionada "deontológica" es una forma de práctica basada en la población que busca asignar recursos importantes aunque limitados para obtener un máximo de utilidad, y no sólo un encauzamiento de los costes. Los clínicos que adoptan la ética de los sistemas de medicina gestionada, deberán, por desgracia, adoptar un estilo de práctica tendiente a recomendar intentar primero más que la intervención plausible la menos costosa.

Los psiquiatras deben enfrentarse además (Fink, 1989) a problemas éticos que conciernen a su lealtad hacia intereses en competencia, a saber: los pacientes, los hospitales, las compañías de seguros, las organizaciones de psiquiatría gestionada y los empresarios. El trabajo de ser un agente doble, es decir, trabajar en calidad de representante de una Institución con fines económicos y llevar a la vez toda la responsabilidad de la asistencia al paciente, ha sido ampliamente discutido por Walsh (Walsh, 1987), Shortell (Shortell, 1991), y otros (Lemieux-Charles et al, 1993). La tarea es cada vez más difícil, teniendo en cuenta los recursos limitados y las estrategias de racionamiento.

Existe de hecho la obligación moral de aportar a los pacientes una asistencia de calidad. Las directrices de contención de costes constituyen cada día un reto a esta obligación. Los individuos que se hallan en puestos de gestión tienen además la misión de intentar equilibrar los recursos disponibles por el bien del paciente y por el bien de la sociedad. Debemos conservar un sentimiento profundo de nuestro rol de médicos para mantener una atención crítica hacia las necesidades de los pacientes tomando las mejores decisiones para el mayor beneficio a largo plazo.

d. Posibles ventajas de la Psiquiatría gestionada

1. Mejoría de la calidad de las prestaciones

Ciertos autores sugieren (Panzetta, 1996) que la medicina gestionada puede mejorar la calidad de las prestaciones, a la vez que reduce los costes a través de asociaciones innovadoras entre las compañías de psiquiatría gestionada y las organizaciones públicas.

Se subraya que las directrices de la práctica (practice guidelines), desarrolladas a lo largo de los últimos años y bajo los auspicios de instituciones profesionales como la APA, son generalmente aceptadas por las compañías de seguros, y permiten clarificar los métodos de tratamiento, reduciendo la variación en la práctica clínica. Dado que las directrices están a menudo puestas en bloque con las actividades de la medicina gestionada, la resistencia de los psiquiatras hacia ellas es mayor que si hubieran surgido en un contexto independiente de la medicina gestionada. Sin embargo, la sinergia creada por estos dos desarrollos puede dar poder a los médicos a la hora de aportar sus prestaciones ya que, sin una participación médica en cada etapa del desarrollo de las directrices, éstas no serían ni eficaces, ni utilizables.

Las directrices de la práctica desarrolladas con la participación de los médicos pueden también oponerse a la tendencia de ciertas compañías de medicina gestionada a actuar de forma arbitraria. Las directrices obligarán a las compañías de medicina gestionada a considerar seriamente las complejidades y las realidades clínicas que presenta cada paciente individual, lo que podría mejorar la provisión de cuidados de calidad (Hetznecker, 1996). Como dice David Mechanic, "el proceso que consiste en examinar de cerca los criterios de la utilización de diferentes intervenciones en salud mental advierte a los médicos y a los polícos de importantes consideraciones, y poco a poco surgen sólidas generalizaciones a través de situaciones concretas".

Por otra parte, ciertos autores han dicho que la medicina gestionada puede mejorar los resultados en salud mental en los niños y en los adolescentes (Geraty and Fox, 1996). Para otros, la Psiquiatría de urgencia, la Psiquiatría de consulta-enlace y la intervención en crisis se tornarán más importantes (Fink, 1993a). Los psiquiatras deberán profundizar sus conocimientos en estos campos.

2. Nuevos roles para los psiquiatras en la medicina gestionada

Lazarus piensa que los psiquiatras deben subrayar las cualidades de su profesión, que hacen que sus contribuciones sean incontestables. Estas cualidades provienen esencialmente de la enseñanza dada en la Facultad de Medicina y de la residencia y forman la columna vertebral de la profesión médica. Entre los proveedores de la salud mental, sólo los psiquiatras pueden presentar un programa de enseñanza que necesita más de diez años de estudios, que brinda un curriculum tan rico y diversificado, y que engloba una amplia gama de responsabilidades de asistencia al paciente. Los psiquiatras ofrecen una perspectiva de asistencia sanitaria verdaderamente completa; poseen conocimientos especiales en neurociencias, y tienen una competencia casi exclusiva a la hora de combinar la psicoterapia y la farmacoterapia. Los psiquiatras son los únicos en estar bien formados en el modelo de tratamiento biopsicosocial.

Lazarus cree que las organizaciones de mantenimiento de la salud (**HMOs**) y los otros sistemas de distribución de medicina gestionada apreciarán estos atributos y colocarán a los psiquiatras en el rol crítico de tratar a los enfermos mentales graves y a otros pacientes complicados. Utilizando un arsenal terapéutico completo, harán una psicoterapia de apoyo, breve y centrada en el síntoma; coordinarán el tratamiento con los terapeutas no médicos y los médicos generalistas; y aportarán la supervisión y la consulta.

Para Lazarus, el punto de vista según el cual los psiquiatras no pueden dejar sitio a los otros profesionales de la salud mental fracasará seguramente. Los programas de medicina gestionada valoran sobre todo la terapia del paciente ambulatorio, la asistencia basada en la comunidad y los tratamientos poco costosos, lo que da ventaja a los psicólogos y a los asistentes sociales. Hay que reconocer, además, dice, que los psicólogos también han aportado grandes contribuciones en los campos de la terapia de familia y de pareja, de la terapia de la conducta, y en los campos de la rehabilitación psicosocial (Geezy and Sultenfuss, 1994).

El debate en curso entre psiquiatras y psicólogos, respecto a los privilegios de prescripción de fármacos que estos reclaman, se inclina en favor de cierta división del trabajo. Duffy piensa que nosotros los psiquiatras "no podemos reprochar a los psicólogos de querer interferir en nuestro terreno queriendo prescribir fármacos, y que si tan sólo nos limitáramos a tratar los trastornos que tienen una verdadera base biológica - como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno de pánico, **OCD**, los trastornos cerebrales orgánicos - y enviáramos el resto de los pacientes a nuestros colegas no médicos, las guerras de campos se acabarían rápidamente" (Duffy, 1994) . Esta es también la opinión de otros profesionales, pero una mayoría no está de acuerdo. Los psiquiatras pueden tener un contrato a tiempo parcial con organizaciones de medicina gestionada, o bien pueden trabajar exclusivamente para la medicina gestionada, por ejemplo, como médicos asalariados **HMO**. Para los psiquiatras que ofrecen una asistencia directa al paciente para compañías de medicina gestionada o para **HMOs** participar en el establecimiento de las políticas y los procedimientos de la organización constituye un verdadero reto. Pueden además desarrollar nuevos roles en las instituciones que trabajan sobre la base de la medicina gestionada (Fink, 1993b) (Lazarus, 1994), tales como los de supervisor y de administrador.

Los supervisores en los sistemas de medicina gestionada son responsables de la supervisión de la utilización del tratamiento de los pacientes internos y externos. Un supervisor competente creará una armonía con el psiquiatra tratante, pero sobre todo deberá asegurar que se hace una utilización adecuada de los recursos, lo que implica evitar a la vez una subutilización y una utilización excesiva, y asegurar un acceso al tratamiento oportuno y adecuado. Para ello puede utilizar varios métodos, incluso servir de consejero médico de los gerentes de casos ("case managers"), hablar directamente con el psiquiatra tratante y con los miembros del equipo de tratamiento o bien por teléfono o bien «in situ», y hacer una revisión de los expedientes médicos. Los psiquiatras a menudo consideran con desdén la gestión de la utilización. Es evidente que se han cometido injusticias a la vez por parte de los psiquiatras que dirigen la revisión de la utilización y por parte de los psiquiatras revisados (Green, 1989). Los "gestores de utilización" deben intentar desarrollar una relación de trabajo con el psiquiatra tratante y demostrar competencia sin ser condescendiente o sin rebajarse. El psiquiatra tratante debería (Lazarus, 1994) intentar percibir la revisión como una oportunidad de explicar el plan de tratamiento y no ponerse a la defensiva o tornarse maleducado.

Los psiquiatras que se tornan administradores pueden aportar importantes contribuciones a las compañías de medicina gestionada (Penzer, 1989), no sólo como clínicos, sino introduciendo cambios de organización en la compañía, y ayudando a los empleados a comprender los principios de la medicina gestionada de forma que puedan estar bien informados respecto de su trabajo (Fink 1996). Aunque puede que la vida administrativa no les sea muy familiar a numerosos psiquiatras, un número cada vez mayor está considerando trabajar en los sistemas de medicina gestionada en puestos que implican responsabilidades administrativas. Una formación adicional en gestión sería por lo tanto útil para todos los psiquiatras que aspiran a trabajar como administradores en estos sistemas.

Según Lazarus, (Lazarus, 1996a,c), rara vez ha sido la Psiquiatría gestionada presentada bajo un punto de vista favorable que atraiga la atención sobre las oportunidades creadas por este nuevo modo de práctica. El potencial de los psiquiatras para contribuir a la administración de la salud mental permanece aún ampliamente inexplorado. La gestión de la salud mental promete ser un campo de crecimiento y de oportunidad para los psiquiatras, y puede que quieran explotar aún más este campo trabajando para las organizaciones de medicina gestionada.

3. Un rol específico: Tratamiento combinado, fármacos y psicoterapia

Aunque algunos consideraran de valor idéntico un arreglo según el cual los psiquiatras aportarían la farmacoterapia mientras que los psicoterapeutas no médicos aportarían el grueso de la psicoterapia, la utilización combinada de la psicoterapia y de la farmacoterapia es muy apreciada por las organizaciones de medicina gestionada ya que una sola persona (el psiquiatra) es capaz de aportar a la vez una relación terapéutica y una intervención biológica específica. En efecto, los medicamentos sólo tienen valor cuando los pacientes son complacientes con el tratamiento, y para asegurar esta complacencia, debe ya existir una relación con el psiquiatra, quien no sólo prescribe los fármacos sino que también ayuda al individuo a intentar resolver el traumatismo emocional y los problemas cotidianos.

Aunque la distancia entre psicoterapeutas y psicofarmacólogos parezca agrandarse, un número importante de investigaciones ha demostrado que el tratamiento combinado, fármacos y psicoterapia, es generalmente más eficaz que el simple tratamiento con uno u otro. Es más, resulta imposible no tener en cuenta la complejidad de los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y la depresión mayor que exigen enfoques múltiples. Saber cómo integrar la psicoterapia y la psicofarmacología es un reto para algunos de nosotros, tanto a nivel intelectual como a nivel emocional, particularmente en el marco de la enseñanza de nuestros médicos residentes.

Sin embargo, en algunos sistemas de medicina gestionada, la terapia es a menudo coordinada por un psicofarmacólogo que trabaja junto con un psicoterapeuta o con un equipo de tratamiento y suele ocurrir a veces que el psiquiatra sea relegado al rol de consultor en psicofarmacología antes que considerado como miembro activo del equipo.

4. prácticas en grupos de profesionales

El sistema de la medicina gestionada incitará a los psiquiatras a desarrollar actividades juntos,

con otros colegas (Brown, 1993) (Morán, 1993) aunque la tendencia sea asignar tareas diferentes a psiquiatras diferentes así como aportar una cobertura de disponibilidad completa. Además de razones tradicionales para la formación de prácticas de grupo (compartir la demanda, controlar los gastos generales, y el simple alivio del aislamiento de la práctica en solitario), el sistema de medicina gestionada exige tener una cobertura adecuada, sistemas de información completos y un número suficiente de psiquiatras para tratar a una población determinada.

Otro modelo de práctica cuya popularidad aumenta entre los psiquiatras es la que tiene por base redes que comprenden no sólo a los psiquiatras sino también a los psicólogos, a los asistentes sociales, y a otros terapeutas. Es importante que los psiquiatras adopten un rol de líder en el desarrollo de la red (Siegler et al, 1993), o sinó serán relegados a hacer recetas y a cuidar a los pacientes en el hospital. En las redes, los psiquiatras deben estar preparados a compartir los riesgos en los contratos por cabeza (capitación) y a contar con sus honorarios para llevar un gran número de casos y a ser competitivos en el mercado.

Aunque existan numerosos aspectos positivos para el desarrollo de prácticas de grupo, de redes y otros arreglos similares, existen algunos problemas serios (Morán, 1993). Un cambio de paradigma en el sistema de valores de la medicina está teniendo lugar de manera pasiva y apreciable. La transición de una práctica privada a una práctica en una red de asistencia requiere de un cambio en la manera en que los médicos ejercen que corre el riesgo de ser negativa para la relación médico-enfermo.

D. EL FUTURO DE LA FORMACIÓN DEL PSIQUIATRA

Se ha de reflexionar profundamente sobre la necesidad de fortalecer la identidad profesional de futuros psiquiatras a lo largo de su formación. Sin esto, la Psiquiatría como especialidad médica, está en peligro de desaparecer dentro de las próximas dos décadas, porque las fuerzas políticas y económicas pueden llevar a una intolerable redefinición de nuestra identidad.

La orientación teórica de los psiquiatras depende en gran parte del tipo de formación que reciben durante el internado y del tipo de práctica que llevan a cabo. En España, hemos encontrado (Guimón et al, 1987) una relación entre el lugar en el que trabajan los psiquiatras y el modelo teórico al que se adhieren. El modelo médico está principalmente defendido por psiquiatras que trabajan en Hospitales y por aquellos que trabajan en centros para alcohólicos y para toxicómanos. Por otro lado, aquellos que trabajan en centros comunitarios de salud mental se inclinan hacia el modelo psicodinámico.

El dogmatismo que prevalece en las arriba mencionadas tendencias reduccionistas produce una grave agitación entre los psiquiatras y disminuye el prestigio de la Psiquiatría en la sociedad. Afortunadamente, durante estos últimos años, este dogmatismo ha dado paso a una actitud ecléctica. Sin embargo, los programas de formación de futuros psiquiatras deberían fomentar esta tendencia y prevenir factores que pudieran favorecer estos excesos reduccionistas.

Parecen existir varias razones por las cuales algunos psiquiatras se adhieren de forma excesiva a uno u otro de los diferentes modelos teóricos. Por ejemplo, unas determinadas inclinaciones

de la personalidad (la falta de tolerancia a la ambigüedad, la ausencia de benevolencia, el autoritarismo, etc...) condicionan la forma de acercarse al paciente, a las personas en general y a la vida misma. Pero, respecto a esto, conviene subrayar que la personalidad de los médicos que quieren ser psiquiatras ha cambiado notablemente a lo largo de estos últimos años.

Este perfil profesional, desprovisto de la auréola de romanticismo que lo rodeaba anteriormente, ha dejado de interesar a algunos médicos con gustos artísticos, literarios o humanistas, y atrae, por otro lado, a médicos con orientaciones más cercanas a la "psico-neuro-endocrinología", lo que ha alterado considerablemente el perfil de los futuros especialistas. Mientras que la proporción y la calidad de los nuevos médicos que desean ser psiquiatras mejoró después de una reducción seria, allá en los inicios de los años 80, de nuevo aparecen signos de degradación. Los jóvenes graduados, con un perfil claramente médico y ante la elección de una especialización, prefieren otras especialidades más atractivas, más eficaces y que requieren un compromiso personal menor. No parece, como algunos lo temen, que la profesión esté entrando en un proceso de desaparición, pero es cierto que hay una tendencia a limitar su campo de acción a la neurobiología comportamental, confiando a otros especialistas que no son médicos los aspectos más psicológicos del sufrimiento mental. Sería por lo tanto necesario intentar evitar el riesgo de un enfoque excesivamente biológico con nuestros psiquiatras en formación. Pero, ¿cuáles son los medios de los que disponemos y que nos permitirían poder influir en la ideología de un psiquiatra en formación ?

Por un lado, los asistentes tienen una fuerte tendencia a identificarse con los que los forman durante su internado y a adoptar su ideología. Ciertamente es que cuando el futuro psiquiatra empieza su formación, gran parte de su identidad está ya establecida. Sin embargo, la prolongación de su período de dependencia respecto de sus formadores lo mantiene en una especie de adolescencia prolongada, en lo que Erikson (Erikson, 1960) llama "moratoria psicosocial". Tiene que cuestionarse su identidad como médico y adaptarse a su nueva identidad de psiquiatra. En este proceso, la información cognitiva recibida y la construcción de su personalidad a través del contacto con sus maestros gracias a un proceso de identificación más o menos consciente, juegan un papel fundamental. Sin duda, la orientación terapéutica y la ideología en general del psiquiatra se construyen en parte a lo largo de toda su formación y se torna cada vez más parecida a las de sus profesores.

El tipo de actividades que tienen lugar durante su formación y su práctica, modifican su ideología. El ser humano tiene la tendencia de inventarse creencias para explicar sus actos. Esta tendencia explicaría la adopción de diferentes actitudes ideológicas según los tipos de actividad del psiquiatra. Así, es absolutamente normal que la práctica corriente de electrochoques en una institución cerrada no tenga la misma influencia en el que los lleva a cabo que el uso de una terapia psicoanalítica en una consulta externa.

Es necesario, por tanto, considerar que el camino institucional y las actividades en el programa de formación de post-graduados son particularmente importantes para la formación de la identidad del asistente de psiquiatría. En la misma línea de pensamiento, se ha subrayado el interés de empezar la formación con actividades similares a las de otros médicos, como por ejemplo psiquiatría de enlace, y poner luego a los médicos asistentes en contacto con un gran número de

pacientes mentales graves en una unidad de corta estancia (Beitman and Maxim, 1984)

Los criterios para la elaboración de estos programas han de tener en cuenta por lo tanto, no sólo la opinión de los profesores y la de los alumnos, sino también muchos otros parámetros. Uno de ellos es la descripción de qué es lo que constituye un verdadero psiquiatra en su práctica clínica para adaptar el contenido de los programas a la realización de objetivos inherentes a las actividades descritas. (Amat et al, 1984).

Sin embargo, uno debe ser consciente de que, además de los objetivos de formación clásicos, esta era de la Medicina Gestionada requiere de habilidades específicas. La imagen profesional del psiquiatra (Guimón, 1997) está cambiando profundamente. Forzados a dirigir equipos terapéuticos, a manejar programas de asistencia y de investigación y a administrar presupuestos, dedican una parte cada vez más importante de su tiempo a tareas de gestión y tienen que adquirir sin lugar a dudas alguna competencia administrativa. Aunque actualmente no es necesaria una verdadera formación para que los psiquiatras sean gestores, se recomiendan encarecidamente algunos programas especializados. Se esperará además de los psiquiatras que ofrezcan psiquiatría de urgencia, psiquiatría de consulta-enlace, intervención en crisis, tratamiento combinado con medicación y psicoterapia, psicoterapia breve de apoyo y psicoterapia de grupo, y supervisión. Los programas de formación de post-graduados deberían poder dar a los residentes la oportunidad de poder desarrollar estas habilidades.

BIBLIOGRAFÍA

Amat E, Carbonell C, Cervera S, et al (1984): **The educational objectives of medical psychology and psychiatry in pregraduate and postgraduate medical curriculum.** In López-Ibor JJ, Lenz G (eds), *Training and education in psychiatry.* Wien: Facultas-Verlag.

Armor DJ, Klerman GL (1968): **Psychiatric treatment orientations and professional ideology.** *Journal Of Health And Social Behavior* 9:243-255.

Beitman BD, Maxim P (1984): **A survey of Psychiatric Practice: Implications for Psychiatric - Training.** *Journal of Psychiatric Education* 8:149-153.

Bodkin JA, Klitzman RL, Pope HG (1995): **Treatment Orientation and Associated Characteristics of North American Academic Psychiatrists.** *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:729-735.

Book JD, Harbin HT, Marques CC, Silverman C, Lizanich-Aro S, Lazarus A (1996): **Les critères ASAM devraient-ils être adoptés comme norme nationale?** In Lazarus A (ed), *Contrôversies in Managed Mental Health Care*, Vol ch. 11. Washington: American Psychiatric Press.

Bourguignon A (1984): **Biologie et classification en psychiatrie.** *Confrontations Psychiatriques* 24:157-181.

Brook P, Wakeford R (1987): **Continuing Medical Education.** A survey of consultant psychiatrists' attitudes and practices. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 11:38-42.

Brown SJ (1993): **Psychiatric group practice builds a "corridor" to better income, less risk in managed care.** *Clinical Psychiatry News* :3-20.

Carey G, Gottesman II (1978): **Reliability and validity in binary ratings.** *Archives Of General Psychiatry* 35:1454-1459.

- Castilla del Pino, C (1986): **El biologismo en psicopatología y en psiquiatría**. Inf. Psiquiatr. 104:148-159.
- DeWitt PM (1992): **The psyche market**. American Demographics :62-65.
- Dorwart RA, Chartock LR, Dial T, et a (1992): **A National Study of Psychiatrists' Professional Activities**. American Journal of Psychiatry 149:1499-1505.
- Duffy TM (1994): **Decades of intrusion**. Psychiatric Times :5.
- England MJ, Goff VV (1993): **Health reform and organized systems of care, in Managed Mental Health Care**, Goldman, W.
- Feldman, S. ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Erikson EH (1960): **The problem of Ego identity**. In Stein M, Vidich AH, White DM (eds), Identity and anxiety. New York: The Free Press.
- Fink PJ (1989): **Presidential address: on being ethical in a unethical world**. American Journal Of Psychiatry 146:1097-1104.
- Fink PJ (1993a): **Earning a living in psychiatry: tomorrow's picture**. Psychiatric News :14.
- Fink PJ (1993b): **Psychiatrists' roles in managed care programs**. Hospital Community Psychiatry 44:723-724.
- Fink PJ (1996): **Peut-on remplacer les psychiatres?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington: American Psychiatric Press.
- Geezy B, Sultenfuss JF (1994): **Contributions of psychologists to inpatient care of persons with chronic mental illness**. Hosp Community Psychiatry 45:54-57.
- Geraty RD, Fox RJ (1996): **L'assistance gérée peut-elle améliorer les résultats en santé mentale chez les enfants et les adolescents?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington: American Psychiatric Press.
- Glazer WM, Gray GV (1996): **Jusqu'à quel point la révision de l'utilisation est-elle efficace?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care, Vol ch. 13. Washington: American Psychiatric Press.
- Green SA (1989): **The process of reviewing peers**. Gen Hosp Psychiatry 11:264-267.
- Guimón J (1989): **The biases of psychiatric diagnosis**. In Guimón J, Berrios GE, Mezzich JE (eds), Psychiatric Diagnosis, Vol 155: British Journal of Psychiatry, pp 33-38.
- Guimón J (1990): **Psiquiatris: de brujos a burocratas**. Barcelona: Salvat Editores S.A.
- Guimón J, Azkunga D, Sacanell E (1987): **Presencia en España del llamado síndrome del residente que comienza su formación en psiquiatría**. Psiquis 8:11-19.
- Guimón J, Azkunga D, Sacanell E (1987): **Orientación teórica de los psiquiatras españoles**. Acta Luso-Esp Neurol Psiquiatr 15:173-183.
- Guimón J, Fischer W, Goerg D, Zbinden E (1997): **Orientations théoriques des psychiatres suisses**. In press.
- Guimón J, González C, Villasana A, Totorika K, Ylla L (1977): **Reflexiones sobre la formación del residente en psiquiatría en nuestro ambiente**. Gaceta Médica de Bilbao 74:890-906.
- Guimón J, (1997) **The consequences of recent research findings for the identity of psychiatrists**, European Psychiatry, april.
- Herman P (1984): **Classification et épidémiologie**, Vol Vol. 24. Cambridge,: Cambridge University Press.
- Hetznecker W (1996): **Les directives de pratique sont-elles utiles dans l'assistance gérée?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care, Vol Ch. 4. Washington: American Psychiatric Press.

Janes CL (1979): **Agreement measurement and the judgements process.** Journal Of Nervous And Mental Disease 167:343-347.

Kendell RE (1975): **The concept of disease and its implications for psychiatry.** British Journal of Psychiatry 127:305-315.

Klein DF (1978): **A proposed definition of mental illness in critical issues.** In Spitzer RL, Klein DF (eds), Critical issues in psychiatry diagnosis. New York: Raven Press.

Klerman GL (1977): **Mental illness, the medical model and psychiatry.** Journal of Medicine And Philosophy: 220-243.

Kreitman N (1961): **The reliability of psychiatric diagnosis.** Journal of Mental Science 107:878-886.

Kuder AU, Kuntz MB (1996): **Qui décide ce qui est médicalement nécessaire?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington: American Psychiatric Press.

Lazarus A (1994): **Opportunities for psychiatrists in managed care organizations.** Hosp Community Psychiatry 45:1206-1210.

Lazarus A (1996a): **Comment se manifeste la résistance à l'assistance gérée?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care, Vol ch. 8. Washington: American Psychiatric Press.

Lazarus A (1996b): **Is Managed Care Psychiatry's Internecine War?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 403-410.

Lazarus A (1996c): **L'assistance gérée est-elle la guerre de la destruction réciproque de la psychiatrie?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington: American Psychiatric Press.

Lemicux-Charles L, Meslin EM, Aird C, et al (1993): **Ethical issues faced by clinician-managers in resource-allocation decisions.** Hosp Health Serv Adm 38:267-285.

Marks I (1986): **Tratamiento de la neurosis. Teoría y práctica de la psicoterapia conductual.** Barcelona: Martinez Roca.

Maxwell AE (1977): **Coefficients of agreement between observers and their interpretation.** British Journal of Psychiatry 130:79-83.

Mechanic D (1996): **La recherche sur l'assistance gérée peut-elle informer des décisions politiques et pratiques?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care, Vol ch.14. Washington: American Psychiatric Press.

Moran M (1993): **Psychiatrists in group practices.** Psychiatric News: 10-11.

Olfson M, Pincus H, Dial TH (1994): **Professional Practice Patterns of U.S. Psychiatrists.** American Journal of Psychiatry 151:89-95.

Panzetta AF (1985): **Whatever happened to community mental health?** Hospital Community Psychiatry 36:1174-1179.

Panzetta AF (1996): **L'assistance sanitaire publique de comportement est-elle gérable?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care. Washington: American Psychiatric Press.

Penzer WN (1989): **Clinician turned administrator: drawing upon clinical experience for managerial expertise.** Administration and Policy in Mental Health 17:105-109.

Pomerantz JM, Liptzin B, Carter A, Perlman MS (1996): **La pratique privée est-elle compatible avec l'assistance gérée?** In Lazarus A (ed), Controversies in Managed Mental Health Care, Vol ch. 2. Washington: American Psychiatric Press.

- Quitánilla I (1986): **El biologismo en psicopatología y en psiquiatría**. Inf Psiquiatr 104:148-159.
- Rycroft C (1985): **Psychoanalysis and Beyond**. Londres: Hofart Press.
- Sabin JE (1996): **L'assistance gérée est-elle une assistance déontologique?** In Lazarus A (ed), **Controversies in Managed Mental Health Care**. Washington: American Psychiatric Press.
- Schreter RK, Sharfstein SS, Schreter CA (in press): **Managing Care, Not Dollars**. In Schreter RK, Sharfstein SS, Schreter CA (eds), **The continuum of Mental Health Services**. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Scott Stroup T, Dorwart RA (1996): **La concurrence dans la gestion peut-elle réformer l'assistance en santé mentale?** In Lazarus A (ed), **Controversies in Managed Mental Health Care**, Vol ch. 23. Washington: American Psychiatric Press.
- Shortell SM (1991): **Effective Hospital-Physician Relationships**. Ann Arbor - MI: Health Administration Press.
- Siegler JE, Axelband M, Isikoff J (1993): **Psychiatry: taking a leadership role in managed health care**. Psychiatric Times :32.
- Siegler M, Osmond M (1966): **Models or madness**. British Journal of Psychiatry, 112:1193.
- Simon RJ, Fleiss JL, Gurland BJ, Stiller PR, Shirpe L (1973): **Depression and schizophrenia in hospitalized black and white mental patients**. Archives of General Psychiatry 28:509-512.
- Spitzer RL, Klein DF (1978): **Critical issues in psychiatric diagnosis**. New York: Raven Press.
- Tizón JL, Salamero E, Díaz Munguira JM (1986): **El biologismo; implicaciones teóricas; repercusiones en la asistencia sanitaria**. Informaciones Psiquiátricas, 1:11-18.
- Walsh DC (1987): **Corporate Physicians: Between Medicine and Management**. New Haven, CT: Yale University Press.
- Wing JK (1978): **Reasoning about madness**. Londres: Oxford University Press.