
ORIGINALES Y REVISIONES

El rol del especialista en psiquiatría

A. GARCÍA-ESTRADA PÉREZ*, C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA**

*Psiquiatra, Prof. Asociado de Psiquiatría **Psiquiatra, Prof. Titular de Psiquiatría
Universidad de La Laguna. Sta. Cruz de Tenerife

Resumen

El rol de los psiquiatras en las actuales estructuras asistenciales ha de adaptarse a las nuevas tendencias, según las cuales ha de compartir la responsabilidad clínica con otros profesionales y donde su tradicional papel en la cadena terapéutica se ve cuestionado. Se analizan los distintos roles dentro del contexto del proceso terapéutico.

Palabras clave: Roles profesionales. Responsabilidad. Psiquiatría comunitaria.

Summary

The role of the Specialist in Psychiatry. The role of the Psychiatrist in today's treatment delivery structures has to adapt to the new tendencies whereby he has to share the clinical responsibility with other professionals and where his traditional place in the therapeutic chain is being questioned. The different roles within the therapeutic context are analysed.

Key words: Professional Roles. Responsibility. Community Psychiatry.

Résumé

Le rôle du spécialiste dans la psychiatrie. Il faut adapter aux nouvelles tendances le rôle des psychiatres dans les actuelles structures d'assistance, selon lesquels il doit partager la responsabilité clinique avec

d'autres professionnels et où leur rôle dans la chaîne thérapeutique est remise en question. On analyse les différents rôles dans le contexte du processus thérapeutique.

Mots clés: Rôles professionnels. Responsabilité. Psychiatrie communautaire.

Riassunto

La funzioni dello specialista in psichiatria. Il ruolo degli psichiatri nelle strutture assistenziali attuali, si deve adattare alle nuove tendenze secondo le quali bisogna condividere la responsabilità clinica con altri professionisti e dove il loro ruolo tradizionale nella catena terapeutica è discusso. Si analizzano i vari ruoli nel conflitto del processo terapeutico.

Parole chiave: Ruoli professionali. Responsabilità. Psichiatria comunitaria.

El progresivo movimiento que los recursos asistenciales en Salud Mental han sufrido en las últimas décadas, alejándose de sus lugares tradicionales de actuación, los hospitales psiquiátricos, y acercándose cada vez más a las poblaciones sobre las que pretenden actuar, gracias al desarrollo de los dispositivos comunitarios, ha afectado necesariamente al estilo de trabajo de los profesionales de la Salud Mental y ha puesto en cuestión algunas de las funciones que tradicionalmente venían desempeñando.

En el modelo asistencial tradicional, basado fundamentalmente en el hospital psiquiátrico como casi único recurso, nos encontramos con una estructura claramente jerarquizada, con un Director Médico al frente de todo el dispositivo y a una serie de psiquiatras como ejecutores de una política asistencial más o menos afín a la "cultura" propia del hospital. Por debajo se sitúan toda una serie de estamentos (enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, etc.), que son meros ejecutores de las órdenes de los psiquiatras, y al final de esta cadena encontramos a los pacientes, que soportan toda una serie de actuaciones más o menos terapéuticas.

En este clásico modelo asistencial, el rol de los psiquiatras estaba claro e implícitamente aceptado por el sistema. Se encontraban en la cúspide de una pirámide jerárquica y sobre ellos solamente residía toda la responsabilidad del ingreso del paciente, del proceso diagnóstico y de las decisiones terapéuticas. Con el progresivo desmantelamiento de las estructuras manicomiales va cambiando toda esta dinámica de posición jerárquica, aunque persistiendo hasta cierto punto en las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales, donde los roles de los distintos estamentos tienden a estar más claramente definidos. Paradójicamente, como dice Ramón¹, la demanda de apertura de los hospitales hacia el exterior no vino de fuera, del público en general o de los políticos, ni de dentro, de los pacientes u otras profesiones, "...sino que fue protagonizada por los psiquiatras de estos hospitales, que tuvieron que luchar contra el resto del personal y, a menudo, contra la comunidad local, para poder mantener las puertas abiertas".

Espino² distingue tres tipos de psiquiatra: un "psiquiatra académico", ligado a la estructura universitaria, más interesado en la enseñanza y la investigación que en la práctica clínica; un "psiquiatra hospitalario", entrenado en la psiquiatría "pesada"; y un "psiquiatra clínico-asistencial", más polivalente.

Con el progresivo trasvase de los trabajadores de la Salud Mental desde los hospitales a los dispositivos comunitarios (Centros de Salud, Hospitales de Día, etc.), los especialistas en psiquiatría se encuentran con cambios importantes que hacen necesario un esfuerzo de adaptación a una situación nueva, caracterizada por:

1. Trabajar integrado en un equipo multidisciplinar en vez de trabajar en solitario.
2. Tener contacto diario con otros profesionales de la Salud Mental (psicólogos, asistentes sociales, etc.), que frecuentemente tienen distinta ideología asistencial y distinta base académica.
3. Encontrarse fuera del ambiente estructurado y jerarquizado del hospital, donde su papel nunca había

sido cuestionado y que le proporcionaba un alto nivel de seguridad personal.

Quizás debido a esta inseguridad percibida o a vagos sentimientos de culpa (se ha tendido a mostrar a los psiquiatras como opresores de los pacientes, interesados únicamente en encerrarlos en los manicomios), se ha llegado en la actualidad a una situación de indefinición y difuminación de los roles de los distintos profesionales de la Salud Mental, fenómeno que puede tener aspectos negativos sobre la asistencia prestada a los pacientes; en muchos casos, los psiquiatras han renunciado a asumir responsabilidades que les correspondían, unas veces por comodidad, y otras por no atreverse a enfrentarse a un grupo que le aventaja en número.

El rol de los psiquiatras en el equipo comunitario de Salud Mental ha sido objeto de debate en los últimos 20 años³, y se ha intentado definir con mayor o menor fortuna. Pero no sólo es el papel del psiquiatra el que se encuentra en revisión, sino también el de otros profesionales, como las enfermeras comunitarias, que han recibido atención en publicaciones recientes^{4,7}.

La preocupación por temas tan sensibles como las cuestiones de liderazgo en los equipos ha sido expresada en la literatura anglosajona y existe cierta insistencia en que ese papel sea desempeñado por un especialista en psiquiatría⁸⁻¹¹, basándose en que su formación académica es la única que abarca tanto los aspectos biológicos como los sociales de los pacientes. Cox¹², compara el papel del psiquiatra dentro del equipo multidisciplinar con el de un director de orquesta, asegurándose de que la actuación de cada miembro del equipo encaje armónicamente con la de los demás miembros, consiguiéndose así la consecución de un objetivo común, o sea, la óptima atención al paciente. No hay que olvidar, sin embargo, que lo que convierte a una persona en líder de un grupo no depende, necesariamente, del nivel de conocimientos, sino también de sus atributos personales¹³. Según Adair¹⁴, la autoridad de un líder procede de tres fuentes:

- a) la autoridad de la cualificación (doctor o profesor) o del puesto que ocupa (jefe de servicio, director);
- b) la autoridad del conocimiento (técnico, profesional);
- c) la autoridad de los atributos personales (estilo de trabajo, forma de relacionarse).

Parece existir un consenso general en la literatura especializada actual acerca de la necesidad de definir (o redefinir) los roles de los miembros de los equipos multidisciplinarios si no queremos caer en la inoperancia y el confusionismo. Nos encontramos con cierta frecuencia con pacientes que no saben quién les ha atendido y que aseguran que la medicación se la recetó

un psicólogo o una enfermera. Existen casos en los que el psiquiatra queda relegado a la función de expendedor de recetas a pacientes que nunca ha visto y que, probablemente, nunca verá. Se puede llegar a una situación de igualitarismo absurdo (absurdo porque ningún estamento profesional es igual a otro y sus niveles de formación son totalmente distintos), que puede dar lugar a situaciones trágicas, como el reciente caso Clunis en Gran Bretaña, en el que un paciente cometió un homicidio como consecuencia de un fallo de la comunicación entre los miembros del equipo que lo tenían a su cargo¹⁵. Red¹⁶ dice textualmente: "...sin un liderazgo claro y sin una comunicación efectiva, los equipos no funcionan bien y frecuentemente no alcanzan sus objetivos".

Las funciones que un profesional puede desarrollar dentro de un equipo de atención a la Salud Mental van a depender, fundamentalmente, del tipo de formación que haya recibido. Para poder obtener el título de especialista en psiquiatría se requiere un mínimo de 10 años de formación. Para obtener el título de psicólogo se necesitan cinco años (los PIR son, por desgracia, una minoría en nuestro país) y, para ser enfermera o trabajador social, tres años.

Partiendo de esta base, y en función de los conocimientos que dichas titulaciones más o menos garantizan, propondría una definición básica de roles basada en las distintas fases en las que se podría dividir el proceso terapéutico (Tabla I).

En la primera fase, la de diagnóstico, el principal protagonista sería el psiquiatra, ya que gran parte de su actividad formativa la ha pasado entrenándose en saber reconocer signos y síntomas y agruparlos en entidades diagnósticas. El psicólogo también tiene un papel importante a desarrollar a este nivel, por su conocimiento en la aplicación de técnicas diagnósticas específicas, a pesar de que su formación básica no es esencialmente clínica. La enfermera y trabajador social no tendrían, en principio, un papel concreto en esta fase, encontrándose el llamado diagnóstico de enfermería ubicado más adelante en el proceso clínico.

La segunda fase, de la decisión terapéutica, o sea, qué tipo de tratamiento es el más indicado a partir de la formulación diagnóstica en cada caso, corresponde también fundamentalmente al psiquiatra, por los mismos motivos expuestos arriba. El psicólogo también tendría un papel aquí, a la hora de indicar tratamientos no físicos, de tipo psicoterapéutico, técnicas conductistas, etc. Ni la enfermera ni el trabajador social juegan un papel a este nivel.

La tercera fase, la de implementación del tratamiento, correspondería a los tres estamentos, con ciertas especificidades: prescripción de medicamentos, aplicación de la TEC (psiquiatra); administración de medicamentos (enfermera); técnicas psicoterapéuticas (psiquiatra y psicólogo); técnicas de relajación y desensibilización, "counselling" (enfermera, trabajador social), etc. La última fase del proceso terapéutico, el seguimiento del paciente, también es compartido por todos los estamentos. Es a este nivel donde adquiere mayor importancia el diagnóstico de enfermería y el social, detectando signos de desestabilización psicopatológica, o de reacciones medicamentosas adversas, o de desestabilización familiar, y canalizando esta información en "feed-back" al psiquiatra o psicólogo.

En la práctica, es inevitable que se produzca un cierto solapamiento de roles, que será mayor en aquellos equipos con mejor comunicación entre sus miembros, cuando los objetivos asistenciales estén claros para todos y cuando las relaciones interpersonales sean satisfactorias. Al contrario, una mala comunicación o relación interpersonal nos llevará a un atrincheramiento en ciertas funciones que dará como resultado una actividad clínica rígida y poco adecuada para lograr objetivos asistenciales globales. Es, por lo tanto, de vital importancia revisar periódicamente la dinámica de los equipos terapéuticos y ser capaces de cambiar actitudes y flexibilizar posturas, cosa que en la práctica frecuentemente presenta dificultades casi insuperables. Diamond³ considera que uno de los roles esenciales de los psiquiatras consiste en actuar como autoridad médico-legal ante los jueces, compañías de

Tabla I
Fases del proceso terapéutico y roles de los diferentes profesionales involucrados

Profesional	1ª Fase Diagnóstico	2ª Fase Decisión terapéutica	3ª Fase Implementación del tratamiento	4ª Fase Seguimiento
Psiquiatras	++++	++++	++++	+++
Psicólogos	+++	+++	+++	+++
Enfermeros	-	-	+++	+++
Trabajadores sociales	-	-	++	+++

seguros y médicos no psiquiatras, papel en el que actualmente en nuestro país no puede ser sustituido por otro estamento, sobre todo a la hora de indicar el ingreso involuntario de un paciente o de actuar como perito en un juicio.

El campo de las responsabilidades derivadas de actuaciones terapéuticas está mal definido en nuestro sistema legal, y probablemente será el psiquiatra quien tenga que hacer frente a las posibles demandas judiciales y pago de indemnizaciones a terceros por errores diagnósticos o terapéuticos, aun en los casos en que el paciente no hubiera estado directamente a su cargo.

Es difícil predecir cuál será la evolución futura del papel del especialista en psiquiatría dentro de los dispositivos asistenciales comunitarios. Si nos guiamos con lo que ha pasado en países con una trayectoria en asistencia comunitaria más larga que la de nuestro país (USA, Reino Unido), nos encontraremos cada vez más a los psiquiatras desarrollando un papel de consultores y supervisores, con gran parte de los pacientes siendo atendidos directamente por sus médicos de cabecera. En su relación con los demás miembros del equipo, sería deseable una reafirmación en las funciones para las que ha sido formado, incluso a costa de sacrificar la comodidad que le supone la posibilidad de delegar algunas de sus funciones en otros estamentos.

Bibliografía

1. Ramón S. Psychiatry in Britain: Meaning and policy. Beckenham: Croon Helm; 1985.
2. Espino A. La formación del psiquiatra en España. En: Libro del Año de Psiquiatría. Madrid: Saned; 1992.
3. Diamond RJ, Stein LI, Susser E. Essential and non-essential roles form psychiatrists in community mental health centres. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:187-188.
4. Gournoy K, Brooking J. Community psychiatric nurses in Primary Health Care. *Br J psychiatry* 1994;165:231-238.
5. Muijen M, Cooney M, Strathdee G, Bell R, Hudson A. Community psychiatric nurse teams: Intensive support *versus* generic care. *Br J Psychiatry* 1994;165:211-218.
6. Brooker CH, Tarrier N, Barrowclough CH, Butterworth A, Goldberg D. Training community nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. *Br J Psychiatry* 1992;160:836-844.
7. Gournay K. The mental health nursing review: implications for community psychiatric nurses. *Psychiatric Bulletin* 1995;19:217-219.
8. Reed J. Leadership in the Mental Health Service: what role for doctors? *Psychiatric Bulletin* 1995;19:67-72.
9. Sims A. What is the role of the consultant in the community? *Psychiatric Bulletin* 1989;13:285-287.
10. Sims A, Sims D. Top teams. *Health Service Journal* 1993;24:28-30.
11. Royal College of Psychiatrists. The mental health of the nation. London: RCP; 1992.
12. Cox JL. Consultant images. *Psychiatric Bulletin* 1995;19:167-168.
13. Munetz JR. A two-step recovery program for community psychiatrists. *Psychiatric Services* 1995;46:313.
14. Adair J. Effective leadership. Aldershot: Gower; 1987.