

Psiquiatría de enlace en el hospital general: Aplicación a la práctica de un modelo teórico (*)

Liaison psychiatry in the general hospital: clinical application of a theoretical model

Francisco J. VAZ LEAL (**), Margarita SILVESTRE GARCIA (***),
M.ª Soledad SALCEDO SALCEDO (****),
y Joaquín INGELMO FERNANDEZ (*****)

RESUMEN

La psiquiatría de enlace es, en la actualidad, un elemento importante en el esquema general de tratamiento de pacientes hospitalizados. De este modo, los psiquiatras hospitalarios tienen a menudo que ampliar su campo de acción, ya que su trabajo incluye el tratamiento de un gran número de pacientes (inicialmente) no psiquiátricos. El presente artículo describe un modelo teórico, útil (en opinión de los autores) para la evaluación de las demandas, las motivaciones de los médicos y los resultados terapéuticos. Los autores analizan su experiencia en este campo.

SUMMARY

Today, liaison psychiatry is a very important element in the general schedule of inpatient management. Thus, psychiatrists in the hospital must often to amplify their field of intervention because their work includes the treatment of a great number of (initially) non-psychiatric patients. The present paper shows a theoretical model useful (in the authors' opinion) for evaluation of the requests, the motivations of the clinicians, and the therapeutic results. Authors analyse their experience in this way.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría de enlace. Epidemiología. Evaluación.

KEY WORDS

Liaison psychiatry. Epidemiology. Evaluation.

El funcionamiento de un hospital general, organizado en diferentes servicios especializados, hace necesaria una coordinación permanente de los mismos, para garantizar la atención global del paciente. Uno de los elementos principales de esta coordinación lo constituye la interconsulta hospitalaria, a través de la cual se pretende abordar diferentes problemas existentes en un determinado paciente hospitalizado (1), (4),

(*) Artículo elaborado sobre la base de la Comunicación presentada con el mismo título a las VII Jornadas de la A.E.N. Girona, 10-13 junio 1987.

(**) Psiquiatra. Profesor Titular.

(***) Psiquiatra. Profesora Asociada.

(****) Psicólogo. Profesora Asociada.

(*****) Psiquiatra. Profesor Asociado.

Hospital "Infanta Cristina" (INSALUD). Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura (Badajoz).

(6). El objetivo de nuestro trabajo es ofrecer un modelo teórico que (aplicado a la situación específica de la interconsulta psiquiátrica) permita la delimitación de las diferentes demandas que pueden producirse en este terreno, aportando, al mismo tiempo, un esquema que contemple diversas posibilidades de aproximación terapéutica. Posteriormente, nos ocuparemos de aplicar este modelo a nuestra experiencia concreta en la Unidad de Psiquiatría del Hospital "Infanta Cristina" de Badajoz (Insalud).

En nuestra opinión, una posible forma de entender las diferentes demandas que, por la vía de la interconsulta hospitalaria, pueden llegar a un servicio psiquiátrico, viene dada por la consideración de los siguientes factores:

a) la existencia, o no, de trastornos psicopatológicos detectables en el momento en que la interconsulta es solicitada;

b) la existencia, o ausencia, de antecedentes psicopatológicos en la historia del paciente;

c) la presencia, o no, de trastornos psicopatológicos en el momento del ingreso; y

d) la relación directa de tales trastornos con el problema que motiva el ingreso.

Teniendo en cuenta estos factores, que aparecen esquematizados en la *Figura 1*, consideramos que una demanda de atención hecha a los especialistas en psiquiatría puede derivar de alguno de los siguientes hechos:

1) *el problema que motiva el ingreso excede el ámbito específico de conocimiento del servicio que ha acogido al paciente;*

2) *en el curso del estudio del paciente se detectan problemas psicopatológicos, diferentes de los que motivaron el ingreso;*

3) *en el curso de la hospitalización surgen problemas de tipo psiquiátrico que motivan la consulta;*

4) *se solicita una consulta para un paciente que, con antecedentes psiquiátricos, no presenta problemas actuales; y*

5) *la interconsulta viene determinada por un error en la evaluación del paciente.*

A continuación analizaremos detalladamente cada una de estas cinco posibilidades.

INTERCONSULTA COMPLEMENTARIA

Este sería el caso, por ejemplo, de aquellos trastornos psicopatológicos que aparecen asociados estrechamente a problemas orgánicos concretos, del tipo de los trastornos neurológicos, metabólicos, endocrinológicos, etcétera. Un ejemplo específico lo constituiría una interconsulta solicitada para un paciente epiléptico que presentase alteraciones concomitantes de conducta, o para un paciente con alucinosis alcohólica, que estuviese ingresado en el servicio de medicina interna por problemas hepáticos graves. Este tipo de consulta suele exigir la colaboración estrecha de los dos servicios (el que solicita y el que recibe la demanda), ya que los trastornos psicopatológicos suelen encontrarse en íntima relación con el problema que motiva el ingreso. De ahí que hayamos denominado a este tipo de demanda *interconsulta complementaria* (C-1).

En lo relativo al abordaje de estos casos, partimos de la idea de que existe una posición similar de ambos servicios frente al problema del paciente, en el sentido de que ambos deben, en cierto modo, funcionar como un único equipo multidisciplinario de cara a la solución de un problema común. Al margen de los aspectos clínicos, consideramos

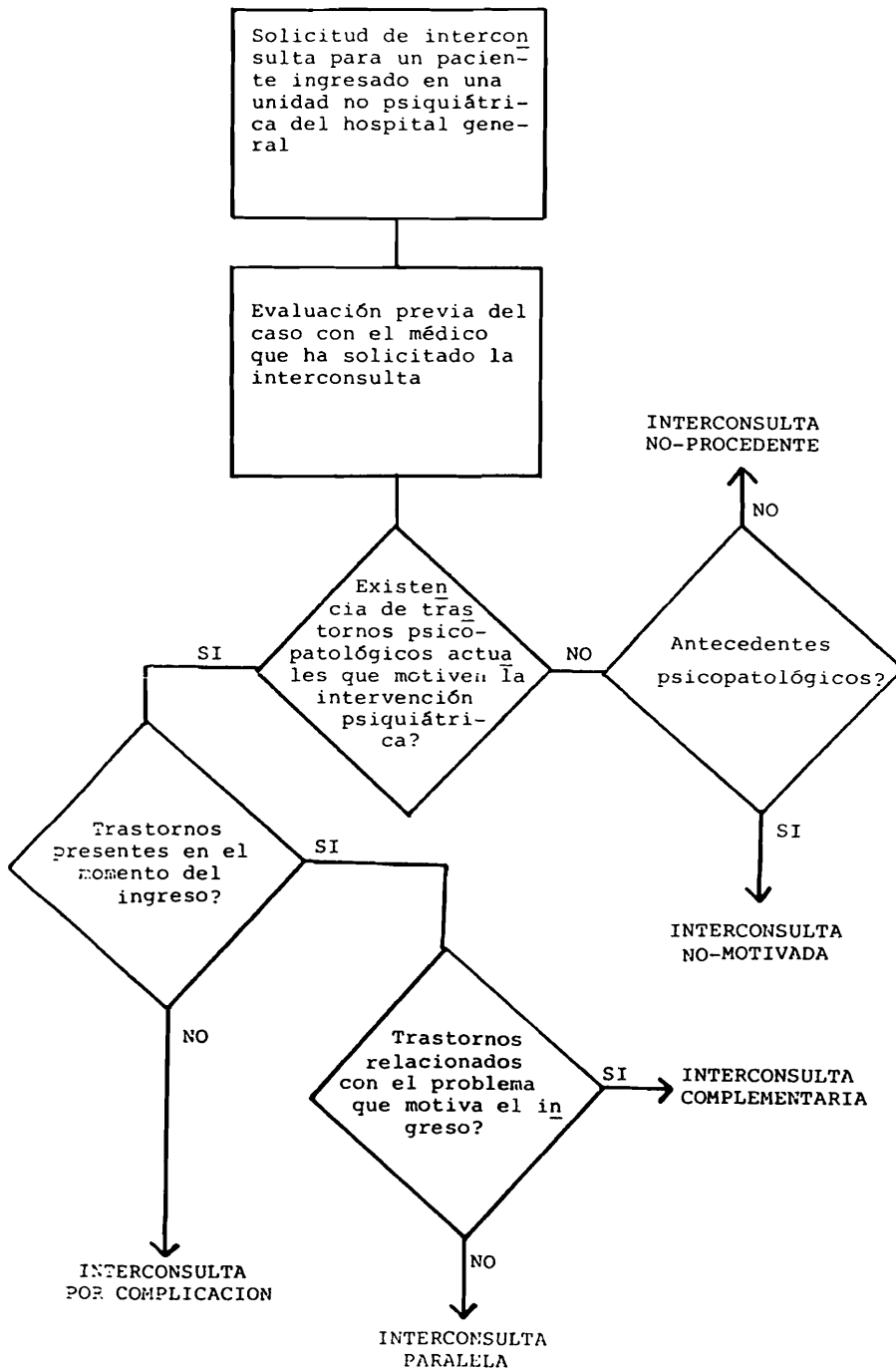


Fig. 1.—Clasificación de las interconsultas.

que una necesidad primordial para un correcto abordaje de estos casos está determinada por lo que podríamos denominar "ámbito relacional" de los dos servicios, de tal manera que ambos tienen que haber definido con claridad cuáles son sus funciones y posiciones recíprocas, ya que, de otro modo, puede caerse en una situación de competencia mutua o, por el contrario, puede llegarse a una delegación indiscriminada de responsabilidades de uno a otro equipo. El mismo principio, aplicable a los individuos, de que una relación sólo puede ser funcional si ha sido previamente definida, se podría aplicar aquí a las unidades implicadas; más aún teniendo en cuenta que de los posibles desacuerdos existentes entre ambas unidades va a derivar un perjuicio para un tercero inicialmente no implicado: el paciente. Esto puede suceder en servicios en los que, existiendo una orientación rígidamente biológica, no se toman en consideración los componentes psicológicos de la enfermedad; los daños que conlleva esta actitud son evidentes, siendo el más notorio la atención segmentaria que el paciente recibe, lo que se traducirá en un alargamiento de su estancia, nuevos ingresos, aparición de nuevos problemas, etcétera. También pensamos que es éste el caso de aquellas unidades en las que, a partir de cierto sentimiento de autosuficiencia, se decide abordar en el propio servicio la atención psiquiátrica del paciente, sin que exista la capacitación mínima suficiente por parte del personal de las mismas, recurriéndose casi en exclusiva a la administración de psicofármacos, a veces con criterios de adecuación y dosificación dudosos.

Las ventajas de un correcto planteamiento en este tipo de casos vienen dadas por una ampliación manifiesta del campo de referencia en la comprensión de los mismos, así como por la evitación de duplicaciones innecesarias (exploraciones, pruebas diagnósticas, tratamientos, etcétera). Ello se traduce

en una amplitud en el diagnóstico, en una mayor rapidez en el establecimiento del mismo, en un acortamiento de la estancia hospitalaria del paciente y, por supuesto y ante todo, en una mejor atención de éste.

INTERCONSULTA PARALELA

Nos encontramos aquí con aquellos casos en los que la exploración clínica del paciente pone de manifiesto la existencia de trastornos psicopatológicos (no relacionados con el motivo de ingreso) que determinan la solicitud de intervención psiquiátrica. Un ejemplo sería el de un paciente quirúrgico en el que se detecta la existencia de un trastorno paranoide, o el de una paciente que, habiendo ingresado por una amenaza de aborto, presenta un cuadro depresivo grave de carácter no reactivo. No hablaremos ahora, ya que lo haremos más adelante, de aquellos casos en los que la demanda viene determinada por la existencia de antecedentes psicopatológicos, sino de la detección por parte del médico no psiquiatra de problemas actuales en pacientes ingresados por motivos no psiquiátricos.

En este tipo de consultas los dos servicios (el que hace la solicitud y el que la recibe) pueden trabajar con una relativa independencia metodológica, sin perder de vista una serie de posibilidades que pueden darse, como son: a) el hecho de que los trastornos psicopatológicos detectados en el paciente constituyan en realidad una reacción ante la enfermedad; b) el que los trastornos psicopatológicos constituyan un factor que contribuya a agravar los trastornos orgánicos existentes, y/o c) que exista una interrelación causal estrecha entre trastornos orgánicos y psicopatológicos, lo que nos llevaría a movernos en el ámbito de los denominados "trastornos psicósomáticos" o "psicofisiológicos".

Hay que dejar bien claro, sin embargo, que el esquema que se acaba de

presentar es intencionadamente simplista y sólo debe ser adoptado con fines teóricos, ya que, en último extremo, el ser humano es una unidad biopsicosocial, y dentro de esta concepción amplia hay que considerar al sujeto y su enfermedad. Ello significa que, aunque en la práctica pueda existir una relativa independencia entre los dos servicios —y de ahí que hayamos denominado a este tipo de demandas *interconsultas paralelas* (C-2)—, ambos deban coordinarse y planificar detalladamente sus estrategias de intervención, con vistas a no prolongar innecesariamente la estancia hospitalaria del paciente. De ahí que sea importante, en nuestra opinión, establecer detalladamente no sólo la modalidad de intervención sobre el paciente, sino también el momento en que ésta debe desarrollarse, en el sentido de que puede ser conveniente posponer la misma y llevarla a cabo tras el alta hospitalaria (mediante derivación a un servicio asistencial ambulatorio); en otras ocasiones, y dentro de esta misma línea, puede ser adecuado dar los primeros pasos del tratamiento durante la estancia del paciente en el hospital, para conseguir la aceptación de una derivación posterior. De ahí que, en caso de que existan resistencias al tratamiento, se pueda intentar una aproximación puntual, encaminada a romper tales resistencias y a favorecer un trabajo que será desarrollado con posterioridad por otros colegas.

INTERCONSULTA POR COMPLICACION

Es este el caso de aquellas interconsultas que derivan de complicaciones en el curso del tratamiento, a veces de carácter yatrogénico, ya sea por falta de previsión de su aparición o por la incidencia directa sobre el paciente de factores negativos de naturaleza institucional. Con las mismas reservas que

adoptamos en el punto anterior, hemos separado lo que podrían denominarse complicaciones “orgánicas” de aquellas otras que podrían concebirse como “psicológicas” o ligadas a factores exclusivamente psicológicos (C-3a y C-3b, respectivamente). Este tipo de problemas son, en nuestra opinión, relativamente frecuentes y su detección precoz no es particularmente difícil. Esto, al menos, es lo que hemos podido constatar en nuestra experiencia personal, a la que después haremos referencia. Nos llama la atención, por ello, la ausencia de consultas precoces y el elevado número de demandas que están determinadas por la aparición manifiesta de complicaciones que podrían haber sido fácilmente previstas. A título de ejemplo, podríamos hablar aquí de la aparición de manifestaciones de abstinencia en pacientes que, al ser hospitalizados, interrumpen bruscamente el uso de tóxicos (alcohol, opiáceos, psicofármacos, etcétera), sin que a través del estudio se haya previsto esta eventualidad y sin que, en consecuencia, se hayan adoptado las medidas profilácticas oportunas. También se podría hablar aquí de aquellos casos en los que las condiciones de hospitalización provocan trastornos de tipo confusional y dan lugar a la aparición de episodios de desorientación espacio-temporal y agitación psicomotriz, como sucede, por ejemplo, en pacientes que presentan una disminución del nivel de vigilancia en el momento del ingreso, ancianos con deterioro cerebral, personas de edad sometidas a intervenciones con anestesia, etcétera. También habría que incluir en este apartado todas las respuestas “anómalas” del paciente ante su enfermedad o la hospitalización, así como aquellos trastornos que, apareciendo en el paciente, derivan de una mala relación entre éste y el personal hospitalario encargado de su asistencia.

Al margen de las intervenciones específicas que el psiquiatra deba realizar en este tipo de casos (que pueden incluir el trabajo con el paciente, con la familia del paciente e, incluso, con el personal que atiende al paciente), pensamos que existe un amplio campo de acción, sobre todo en lo referente a la cuestión de la prevención. Queremos decir con esto que cada caso debe constituir un motivo de reflexión y servir para la instauración progresiva de medidas que tiendan a reducir la aparición de complicaciones. El psiquiatra, en este sentido, debe trabajar concienzudamente con el médico o servicio responsable del paciente, instruyéndoles acerca de las medidas a tomar para evitar la aparición de tales complicaciones, de manera que cada intervención actúe como un elemento de retroacción encaminado a convertir el hospital en un ámbito lo más terapéutico posible.

INTERCONSULTA NO MOTIVADA

Las demandas incluíbles en este apartado son, en nuestra opinión, demandas que encuentran su motivación no en el paciente, sino en el médico que lo atiende; la solicitud viene condicionada en estos casos, por los prejuicios o temores existentes en el médico en relación con la enfermedad mental, y constituye, por lo general, una conducta en cortocircuito que pretende eludir la relación con un paciente definido de antemano como "problemático", "peligroso" o "molesto". Se trata, habitualmente, de consultas que se solicitan para pacientes que, en un momento de su vida, han presentado trastornos psiquiátricos y, más concretamente, para pacientes que han sido hospitalizados en centros psiquiátricos. Los antecedentes actúan, de este modo, como una especie de estigma que induce, en los profesionales de la salud, una respuesta defensiva, que se traduce en la "cesión" de la custodia del paciente al personal

de salud mental. Hemos denominado a este tipo de solicitudes, en función de lo anterior, *interconsultas no motivadas* (C-4).

Creemos que la actitud del psiquiatra en estos casos es muy importante, sobre todo de cara a su actuación como elemento corrector de una situación disfuncional. En nuestra opinión, hay que valorar con todo detalle la conveniencia o no de la intervención, antes incluso de entrar en contacto con el paciente; ello significa que hay que realizar un trabajo previo con el médico que ha efectuado la demanda, para establecer, en la medida de lo posible, las motivaciones subyacentes a la misma. Creemos que es especialmente peligroso, y que por ello debe ser evitado a conciencia, el traslado "a ciegas" del paciente a la unidad de psiquiatría, ya que ello supondría una confirmación de los prejuicios que hayan podido determinar la solicitud y un trato discriminatorio, convirtiendo la unidad en una especie de "ghetto" para pacientes especiales. Nos parece, por ello, que, aun en el caso de que existan problemas psiquiátricos actuales, hay que tender a mantener al paciente en el servicio que lo ha acogido en función del trastorno que motivó su ingreso, reservando el traslado para aquellos casos de los que más tarde hablaremos.

INTERCONSULTA NO-PROCEDENTE

En este último grupo incluimos aquellas demandas que se deben a una mala valoración del paciente por parte del médico que lo atiende, que interpreta como trastorno psiquiátrico conductas que suponen una adaptación del paciente a su enfermedad, reacciones ante circunstancias vitales adversas e incluso protestas justificadas ante determinados hechos reales. Hablamos, por ello, de *interconsultas no-procedentes* (C-5), dado que derivan de una mala

interpretación del paciente y de su conducta. Por poner un ejemplo que ilustre este punto podríamos referir el caso de un paciente que se nos remitió por presentar una conducta "neurótica y depresiva". Se trataba de un individuo sin conflictos manifiestos, con una buena adaptación social, que no presentaba ni había presentado anteriormente síntomas psicopatológicos relevantes. Con anterioridad al ingreso, el paciente había padecido un cuadro gripal y su médico de cabecera le había recetado, entre otras cosas, un jarabe con una composición compleja, que había producido al paciente taquicardia, sudoración e hipotensión. El paciente había ingerido el jarabe y poco después había comido setas en un bar, de manera que los síntomas le llevaron a pensar en la posibilidad de un envenenamiento, motivo éste por el que acudió al hospital y fue ingresado. La reacción del paciente, que no fue interrogado sobre los medicamentos que estaba tomando, y el hecho de no hallar trastornos orgánicos, condujeron a la catalogación del mismo como "neurótico" y determinaron la solicitud de intervención psiquiátrica.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

A continuación haremos referencia a una serie de datos concretos, deriva-

dos de nuestra experiencia en la Unidad de Psiquiatría del Hospital "Infanta Cristina" de Badajoz (Insalud), que intentaremos poner en relación, en la medida de lo posible, con lo hasta ahora expuesto. Los datos hacen referencia a la actividad durante un período de seis meses (10/86 - 4/87).

Durante este período recibimos un total de 105 demandas de interconsulta, lo que supuso un promedio de 17,5 demandas por mes. No existieron diferencias significativas con relación al sexo de los pacientes, correspondiendo el 48 por 100 a hombres y el 52 por 100 a mujeres. Tampoco existieron diferencias significativas en lo referente a la edad por sexos, siendo la edad media del total de pacientes de $43,28 \pm 18,19$ años.

En lo relativo a los servicios que solicitaron interconsultas, el 59 por 100 de los casos correspondió a departamentos médicos (medicina interna, nefrología, neurología, digestivo, etcétera), el 28 por 100 a departamentos quirúrgicos (cirugía, traumatología, urología, oftalmología, etcétera), el 12 por 100 a Obstetricia y Ginecología, y el 1 por 100 a Pediatría (ver Tabla 1). A falta de datos generales, destaca el bajo porcentaje de demandas que, en nuestro caso, hemos recibido del Departamento de Pediatría. Una posible explicación

TABLA 1

Solicitudes por servicios

Servicios	Solicitudes % sobre el total	Solicitudes urgentes % sobre propias solicitudes
Médicos	59	18
Quirúrgicos	28	45
Obstetricia/Ginecología	12	31
Pediatría	1	—

sería la tendencia, por parte del personal del mismo, a derivar a los niños con problemas hacia servicios de psiquiatría infantil de carácter ambulatorio, aunque tal medida supone que se deja sin atender (o, al menos, no se pone en manos de personal especializado) la problemática intrahospitalaria del niño.

El 18 por 100 de las solicitudes procedentes de departamentos médicos tenía carácter de urgencia, así como el 45 por 100 de las procedentes de servicios quirúrgicos y el 31 por 100 de las que nos llegaron de Obstetricia y Ginecología (ver Tabla 1). Creemos que estas diferencias vienen dadas por la naturaleza de los trastornos que motivaron la consulta. Así, el elevado porcentaje de interconsultas urgentes procedentes de cirugía derivaría de la frecuencia con que aparecerían trastornos mentales orgánicos en los pacientes de estos servicios, con la aparición concomitante de episodios de agi-

tación psicomotriz, delirium, demencias, etcétera. En apoyo de esta hipótesis estaría el hecho de que la media de edad de estos pacientes estaba muy por encima de la media general (5). Por otra parte, el porcentaje correspondiente a Obstetricia se podría explicar a partir de la aparición de trastornos agudos asociados al postparto.

Al analizar por tipos las diferentes solicitudes recibidas, encontramos que el mayor porcentaje (31 por 100) correspondía a interconsultas de tipo 1 (complementarias) y de tipo 2 (paralelas). Las interconsultas por complicación (C-3) constituían el 23 por 100 del total, con porcentajes similares para las derivadas de complicaciones orgánicas y las condicionadas por complicaciones psíquicas. Las consultas debidas a la determinación de antecedentes psiquiátricos en el paciente (C-4) constituían el 9 por 100 del total, correspondiendo el 6 por 100 a las debidas a errores de detección (ver Tabla 2).

TABLA 2

Porcentaje de solicitudes correspondientes a cada uno de los subtipos definidos

Tipos	Solicitudes % sobre el total	
C-1	31	
C-2	31	
C-3a	10	23
C-3b	13	
C-4	9	
C-5	6	

Al poner estos datos en relación con los diferentes servicios obtenemos información a dos niveles. Por una parte, podemos ver cómo tiende un servicio determinado a realizar sus solicitudes (ver Tabla 3); por otra, podemos observar qué porcentaje corresponde a cada servicio en cada tipo concreto de interconsulta (ver Tabla 4).

La Tabla 3 muestra, de este modo, cómo los servicios médicos realizaban preferentemente interconsultas de tipo 1 y de tipo 2, al igual que Obstetricia y Ginecología. Los servicios quirúrgicos, por su parte, presentaban un mayor porcentaje de interconsultas 3, que se elevaba a expensas de interconsultas 3a, fundamentalmente.

TABLA 3

Porcentajes (sobre el total de solicitudes efectuadas por cada servicio) correspondientes a cada uno de los subtipos definidos

Servicio	Tipos (% sobre el total de cada servicio)						
	1	2	3a	3b	4	5	
Medicina	37	34	2	13	6	8	100
Cirugía	21	21	28	10	17	3	100
Obstetricia	31	46	8	15	0	0	100

TABLA 4

Porcentajes (sobre el total de cada subtipo definido) correspondiente a cada uno de los servicios

Servicio	Tipos (% sobre el total de cada tipo)					
	1	2	3a	3b *	4	5
Medicina	70	64	10	58	44	83
Cirugía	18	18	80	21	56	17
Obstetricia	12	18	10	14	0	0
	100	100	100	93	100	100

* Se excluye Pediatría, que sólo realizó una consulta.

Los servicios médicos eran los que con mayor frecuencia realizaban solicitudes complementarias y paralelas, pero, al mismo tiempo, eran los que hacían mayor número de solicitudes en función de complicaciones psicológicas en sus pacientes y los que presentaban un mayor nivel de errores en la evaluación (ver Tabla 4). Dentro de las consultas debidas a complicaciones físicas, el porcentaje mayor correspondía —con gran diferencia sobre los otros— a servicios quirúrgicos, que también tenían el mayor porcentaje de solicitudes derivadas de la existencia en el paciente de antecedentes psiquiátricos.

En lo que respecta a los motivos de consulta, éstos aparecen consignados en la Tabla 5. Como puede observarse, "depresión", "agitación", "ansiedad" y "trastornos psicósomáticos" constituyen las causas principales de demanda de intervención psiquiátrica. Hay que aclarar, sin embargo, que estas categorías diagnósticas eran las utilizadas por los médicos para justificar la consulta, sin que tengan que corresponderse necesariamente con el diagnóstico psiquiátrico que se estableció posteriormente. Cuando la consulta tenía carácter de urgente, por otra parte, los motivos principales eran la agitación y

TABLA 5

Motivos de consulta

	Solicitudes % sobre el total	Solicitudes % sobre urgentes
Depresión	21	3
Agitación	18	41
Ansiedad	12	7
Trastornos psicósomáticos	10	3
No especificado	9	10
Suicidio	7	17
No hallazgos somáticos	7	3
Trastornos de conducta	6	—
Alcoholismo/Toxicomanía	4	7
Antecedentes	4	3
Psicosis	1	3
Problemas familiares	1	—

el suicidio, resultando muy llamativo el hecho de que no se especificase motivo alguno en uno de cada diez casos. En función de ello, creemos que *las situaciones que se muestran más problemáticas para el médico no-psiquiatra son aquellas que conllevan agitación psicomotriz del paciente o elevado riesgo de suicidio, de manera que es la agresividad, en último extremo, lo que para el médico no-psiquiatra resulta más difícil de manejar, moviéndole a buscar apoyo en el psiquiatra.*

Cuando se analizan los motivos de solicitud por servicios (ver Tabla 6), se puede observar que la "depresión" es

la primera causa de solicitud en servicios médicos, seguida de "agitación", "trastornos psicósomáticos" y "ansiedad", coincidiendo de este modo, con el perfil general. En los servicios quirúrgicos la primera causa de interconsulta era la "agitación", dato éste que viene a coincidir con los anteriormente reseñados para este tipo de unidades, en los que eran frecuentes las complicaciones psiquiátricas derivadas de factores orgánicos. En Obstetricia/Ginecología, finalmente, el primer motivo de consulta era la "ansiedad", seguida de "alcoholismo/toxicomanía" y "problemas familiares".

TABLA 6

Motivos de consulta (por servicios)

	Servicios médicos	Servicios quirúrgicos	Obstetricia/ Ginecología
Agitación	12,9	31,0	7,6
Ansiedad	11,2	3,4	38,0
Depresión	29,0	10,3	7,6
Suicidio	8,0	6,9	0,0
Trastornos de conducta	6,4	6,9	0,0
Psicosis	1,6	3,4	0,0
Alcoholismo/Toxicomanía	1,6	3,4	15,0
Trastornos psicósomáticos	12,9	3,4	7,6
Antecedentes	3,2	6,9	0,0
No hallazgos somáticos	8,0	0,0	15,0
Problemas familiares	0,0	0,0	15,0
Otros motivos	4,8	17,2	7,6

Cuando se consideran los diagnósticos psiquiátricos que se hicieron en los diferentes casos (ver Tabla 7), realizados de acuerdo con el DSM-III, encontramos que, para el total de pacientes, la primera causa de consulta (19 por 100 de los casos) corresponde a trastornos mentales orgánicos. Es muy significativo, en este sentido, que *la primera causa de consulta psiquiátrica venga deter-*

minada por la aparición de trastornos que derivan en último extremo de afecciones neurológicas. Los trastornos afectivos, por su parte, correspondían al 16 por 100 de los casos, los trastornos somatoformes al 13 por 100, y (un dato de especial relevancia) el 11 por 100 de las consultas se efectuaban para pacientes en los que no era posible realizar un diagnóstico psiquiátrico, al no

TABLA 7

Diagnóstico psiquiátrico

Categoría DSM-III	% sobre total	% sobre urgentes
T. inicio infancia/adolescencia	6	14
T. mentales orgánicos	19	41
T. uso de sustancias	1	0
T. esquizofrénicos	4	7
T. paranoides/Trastornos psicóticos	3	7
T. afectivos	16	7
T. por ansiedad	10	3
T. somatoformes	13	3
T. disociativos	1	0
T. psicosexuales	1	0
T. control de impulsos	1	0
T. adaptativos	6	0
Factores psicológicos afectan estado físico	1	0
T. de la personalidad	7	10
Ausencia de diagnóstico	11	7

existir en ese momento trastornos psicopatológicos manifiestos, ya que por lo general se trataba de respuestas funcionales ante la enfermedad, es decir, de intentos de elaborar emocionalmente la situación vital por parte del paciente.

Cuando el diagnóstico iba referido a solicitudes urgentes, la primera causa eran, también, los trastornos mentales orgánicos, seguidos de los trastornos propios de la infancia y adolescencia (incluyendo el retraso mental) y de los trastornos de la personalidad. Creemos que, en función de estos datos, es posible afirmar que, en último extremo, la agitación y los trastornos de conducta del paciente impulsarían al médico a solicitar con carácter de urgencia una consulta psiquiátrica, de manera que *la urgencia vendría determinada, más que por la gravedad del trastorno en sí, por las características clínicas del caso, sobre todo teniendo en cuenta su aparición en el contexto del hospital general.*

Al poner en relación el diagnóstico con los diferentes servicios (ver Tabla 8), observamos cómo en los servicios médicos las interconsultas se solicitaban, sobre todo, para pacientes con trastornos afectivos (21 por 100 de las solicitudes), trastornos que, en muchos casos, se hallaban en relación directa con la enfermedad. Los trastornos mentales orgánicos, los trastornos somatoformes y los casos en los que no fue posible realizar un diagnóstico psiquiátrico constituían (con una frecuencia similar, el 15 por 100) la segunda causa de demanda para estos servicios. En los pacientes quirúrgicos la causa principal eran los trastornos mentales orgánicos (34 por 100 de las demandas), seguidas por los trastornos somatoformes (14 por 100), los trastornos por ansiedad (10 por 100) y casos no diagnosticables (10 por 100). Finalmente, para Obstetricia/Ginecología los trastornos por ansiedad eran la primera causa de demanda (31 por 100), seguidos, con una

frecuencia mucho más baja, por los trastornos afectivos (15 por 100).

A otro nivel, y al relacionar los diagnósticos psiquiátricos con la tipificación de las interconsultas que previamente habíamos realizado, encontramos una correlación que, en nuestra opinión, merece la pena comentar (ver Tabla 9). Como puede observarse, las interconsultas identificadas como *complementarias* correspondían fundamentalmente a pacientes en los que se podía establecer el diagnóstico de trastorno somatoforme, de trastorno mental orgánico y de trastorno por ansiedad. Se trataba, en conjunto, de trastornos que asentaban en pacientes que por su sintomatología habían sido ingresados, inicialmente, en servicios no-psiquiátricos, al considerar el médico del servicio de admisión que podían presentar una base orgánica, o bien de pacientes en los que existían alteraciones orgánicas concomitantes de importancia.

Por su parte, las interconsultas tipo 2 (*paralelas*), correspondían, ante todo, a pacientes con problemas afectivos que ya presentaban alteraciones del estado de ánimo con anterioridad a su llegada al hospital, siendo tal alteración detectada en el curso de la exploración del paciente.

Como cabría esperar, las interconsultas tipo 3a (por *complicación orgánica*) se correspondían mayoritariamente, con trastornos mentales orgánicos (síndromes de abstinencia de alcohol, psicofármacos, episodios de delirium, etcétera), mientras que el diagnóstico en caso de interconsultas 3b (por *complicación psicológica*) era, fundamentalmente, de trastorno afectivo y de trastorno adaptativo, estando ambos tipos de alteraciones en íntima relación con la enfermedad y/o la hospitalización, que actuaban como factores desencadenantes.

Las interconsultas tipo 4 (*no-motivadas*) se correspondían, básicamente, con trastornos mentales orgánicos, ya en tratamiento, en los que no existían

TABLA 8
Diagnóstico psiquiátrico (por servicios)

Categoría DSM-III	Servicios médicos	Servicios quirúrgicos	Obstetricia/ Ginecología
T. inicio infancia/adolescencia	6,5	3,4	0,0
T. mentales orgánicos	16,1	31,0	7,7
T. uso de sustancias	0,0	0,0	7,7
T. esquizofrénicos	1,6	6,9	7,7
T. paranoides	0,0	0,0	0,0
T. psicóticos	3,2	0,0	7,6
T. afectivos	20,9	6,9	15,4
T. por ansiedad	6,5	10,3	30,8
T. somatoformes	14,5	13,8	7,7
T. disociativos	1,6	0,0	0,0
T. psicosexuales	0,0	0,0	7,7
T. ficticios	0,0	0,0	0,0
T. control de impulsos	1,6	0,0	0,0
T. adaptativos	6,5	6,9	0,0
Factores psicol. afectan estado físico...	1,6	0,0	0,0
Trastornos de la personalidad	6,5	6,9	7,6
Ausencia de diagnóstico	12,9	13,7	0,0

TABLA 9

**Relación existente entre diagnóstico clínico
y subtipo de interconsulta (valores absolutos)**

Categoría DSM-III	C-1	C-2	C-3a	C-3b	C-4	C-5	Total
T. inicio infancia/adolescencia	3	1	0	1	1	0	6
T. mentales orgánicos	4	5	9	0	2	0	20
T. uso de sustancias	0	0	1	0	0	0	1
T. esquizofrénicos	1	2	0	0	1	0	4
T. paranoides	0	0	0	0	0	0	0
T. psicóticos	2	0	0	1	0	0	3
T. afectivos	3	10	0	4	0	0	17
T. por ansiedad	4	5	0	2	0	0	11
T. somatoformes	8	4	0	1	1	0	14
T. disociativos	1	0	0	0	0	0	1
T. psicosexuales	1	0	0	0	0	0	1
T. ficticios	0	0	0	0	0	0	0
T. control de impulsos	0	1	0	0	0	0	1
T. adaptativos	1	1	0	4	0	0	6
Factores psicol. afectan estado físico	1	0	0	0	0	0	1
Trastornos de la personalidad	2	3	0	0	1	1	7
Ausencia de diagnóstico	2	1	0	1	3	5	12
TOTAL	33	33	10	14	9	6	105

síntomas ni descompensaciones actuales, así como cuadros antiguos y casos en los que no era posible el establecimiento de un diagnóstico. Esta última categoría, finalmente, fue la que definió al grupo de interconsultas tipo 5 (*no procedentes*).

Únicamente procedimos al traslado a la Unidad de Psiquiatría del 11 por 100 de los pacientes para los que se solicitó interconsulta. En este sentido, trasladamos tan sólo a aquellos pacientes cuyo problema principal era de tipo psiquiátrico, tales como pacientes que habían llegado al hospital por intento de suicidio y que, en función de su gravedad orgánica, habían sido ingresados en servicios especiales (cirugía, UCI, etcétera), pacientes con cuadros psicóticos agudos y pacientes que presentaban antecedentes de múltiples hospitalizaciones (sobre todo por trastornos somatoformes), estando el traslado en estos últimos encaminado a interrumpir la cadena de hospitalizaciones a través de un trabajo intensivo con el paciente.

La intervención se llevó a cabo en el hospital, o bien se aplazó al período post-hospitalario, en función de las características de cada caso, trabajándose con un esquema integral que incluyó al paciente, a la familia y/o a la propia institución.

Por último, quisiéramos comentar un hecho que, en nuestra opinión, es altamente significativo: al trabajar estadísticamente los valores de los Ejes IV y V (DSM-III), en lo referente a los diagnósticos que habíamos establecido, hemos encontrado que el grado de estrés psicosocial había sido en nuestros pacientes entre *moderado e intenso*, y que habían alcanzado un nivel de adaptación psicosocial en el último año entre *medio y mediocre*. Creemos, por ello,

que la consideración de los factores generadores de estrés y de la adaptación vital del paciente podría ser un elemento coadyuvante a manejar por el médico no-psiquiatra de cara a la detección y valoración de trastornos psiquiátricos en los pacientes por él atendidos.

CONCLUSION

A modo de resumen de lo expuesto podemos plantear que el modelo que proponemos presenta ciertas ventajas, que, en nuestra opinión, derivan del hecho de ser un modelo centrado, *no en las características del paciente, sino en las características de la solicitud de colaboración en sí misma*, poniendo el acento en factores tales como la ideología en torno al paciente psiquiátrico y la enfermedad mental, ideas sobre la función del personal de salud mental, ideas del médico no-psiquiatra acerca de las necesidades y cuidados del paciente psiquiátrico, etcétera (2), (3), (7). En función de ello, consideramos que puede servir como *elemento de evaluación a largo plazo*, ya que pensamos que el trabajo del personal psiquiátrico en la institución (y con el personal de la institución) debería traducirse en un incremento progresivo de interconsultas de tipo C-1 y C-2, con la consiguiente disminución de C-3, C-4 y C-5, lo que significaría que se van integrando progresivamente criterios preventivos, que se modifican las actitudes negativas en torno a los trastornos mentales y que los criterios de diagnóstico se van tornando más y más fiables entre los médicos no especialistas en psiquiatría que prestan sus servicios en el hospital.

BIBLIOGRAFIA

- (1) AYUSO GUTIÉRREZ, J. L.; CALVÉ PÉREZ, A.: *La psiquiatría en el hospital general*. Paz Montalvo. Madrid. 1976.
- (2) EATON, J. S. Jr.; GOLDBERG, R., ROSINSKI, E. et al.: *The educational challenge of consultation psychiatry*. "Am. J. Psychiatry" (supl. marzo); 1977; 134: 20-23.
- (3) LIPOWSKI, Z. J.; WOLSTON, E. J.: *Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time*. "Am. J. Psychiatry"; 1981; 138: 1.608-1.611.
- (4) LIPOWSKI, Z. J.: *Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine*. "Comp. Psychiatry"; 1981; 22: 554-561.
- (5) LIPOWSKI, Z. J.: *The need to integrate liaison psychiatry and geropsychiatry*. "Am. J. Psychiatry"; 1983; 140: 1.003-1.005.
- (6) VÁZQUEZ BARQUERO, J. L., DÍAZ MANRIQUE, J. F., MIRAPEIX COSTAS, C.: *La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el hospital general: una perspectiva asistencial, docente e investigadora*. "Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría"; 1985; 5: 299-312.
- (7) VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: *Funciones docentes del servicio psiquiátrico de "consulta y liaison" interdepartamental*. "Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr."; 1980; 8: 383-392.