

La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el hospital general: Una perspectiva asistencial, docente e investigadora

J. L. VAZQUEZ BARQUERO *
J. F. DIEZ MANRIQUE **
C. MIRAPEIX COSTAS ***

1. CONCEPTO Y MODELOS TEORICOS

La psiquiatría de «consulta y enlace» («Consultation Liaison Psychiatry») ha sido definida como aquel área de la psiquiatría clínica que engloba las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por los profesionales de la salud mental en las áreas médico-quirúrgicas del hospital general (1). Esta concepción, coherente con los orígenes de esta actividad en los servicios psiquiátricos del hospital general, se ha vuelto restrictiva a medida que ésta se ha ido extendiendo a la medicina primaria y a los servicios sociales comunitarios. De esta forma, una definición actual de la psiquiatría de consulta y enlace debe de hacer referencia, al menos a nivel genérico, al desarrollo de actividades consultivas en el seno de cualquier agencia que, directa o indirectamente, actúe sobre salud mental.

Esta extensión del concepto entronca con el debate que la psiquiatría tiene hoy en día planteado en torno a si la actividad de sus profesionales ha de ejercerse en el ámbito de la medicina, o si, por el contrario, debe ir encaminada a promover un cambio social, dentro de lo que se ha definido como «movimiento de salud mental comunitaria». En este contexto cobra

sentido la diferenciación que LIPOWSKY, 1977 (2), hace de dos posibles modelos de actuación en las unidades de consulta y enlace: «Modelo psiquiátrico-terapéutico», «Modelo social-reformista». El primero de ellos tiene como objetivo el elaborar, como respuesta a una petición de ayuda de otros profesionales de la salud, un juicio acerca del estado psicopatológico de un enfermo médico, ofertando, si es preciso, recomendaciones para su tratamiento y manejo psicológico. El receptor de la actividad consultiva es, en este caso, el paciente, y el objetivo la elaboración de un proyecto diagnóstico y terapéutico. Por eso y porque aquí, con frecuencia, el psiquiatra desarrolla actuaciones terapéuticas directas sobre el paciente, resulta adecuado denominar este modelo «psiquiátrico-terapéutico».

El modelo «social-reformista», analizado en extensión por MANNINO y cols., 1975 (3), tiene por objetivo ofrecer a los profesionales de las agencias médico-sociales comunitarias apoyo técnico, en las dimensiones de salud mental propias de su quehacer. Se observa, por consiguiente, en él dos diferencias cualitativas importantes. La primera se refiere a la extensión de la actividad consultiva, que pasa a abarcar también a agencias sociales y comunitarias, y la segunda al hecho de que los receptores directos de su actuación son los profesionales de los equipos peticionarios. Esto hace que el objetivo de la consulta no sea la actuación terapéu-

(*) Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica.

(**) Hospital Nacional Valdecilla.

(***) Facultad de Medicina. Universidad de Santander. Santander.

tica directa sobre el paciente, siendo posible, a lo sumo, incidir indirectamente sobre él modificando las actitudes y pautas de actuación de los profesionales del equipo peticionario.

Aún cuando ambos modelos incorporan principios y técnicas comunes presentan, al menos a nivel técnico, importantes diferencias en sus objetivos y campos de actuación. Estas diferencias, sin embargo, deben de ser revisadas, dado que el rasgo diferenciador de los servicios existentes no es el de que focalicen en el «cliente» o en el «equipo peticionario», ya que ambos han de ser objeto de su actuación, sino el de que su actividad se desarrolle en las agencias médicas o, por el contrario, en la comunidad.

Las características que definen la aplicación del modelo «psiquiátrico-terapéutico» a los servicios médicos han sido resumidas por LIPOWSKY, 1975 (4), en los tres puntos siguientes:

- Opera administrativa y conceptualmente en el contexto médico-sanitario.
- Focaliza en pacientes que, o bien presentan problemáticas psicopatológicas relacionadas con la patología física, o expresan sus conflictos psicosociales a través de quejas somáticas.
- Se adhiere a una interpretación psicósomática del enfermar en la que el individuo es considerado como una unidad bio-psicosocial.

La incorporación a este modelo de actuaciones dirigidas también al personal del equipo peticionario explica la denominación de las unidades creadas, dentro del hospital general, como servicios de «consulta» y «enlace». Esta doble denominación es pertinente y refleja la dualidad del rol que estos servicios asumen en su interacción con las agencias médicas. En la función consultiva el énfasis se hace en el diagnóstico y manejo del enfermo, aunque para ello como indica SCHWAB, 1968 (5), haya que tener en cuenta tam-

bién su entorno socio-familiar. En la actividad de enlace, por el contrario, se focaliza en el personal médico-sanitario, promoviendo en él una mejor comprensión y manejo de los componentes psicosociales de la patología orgánica. Ambas funciones resultan, de esta manera, complementarias, de forma que la actividad consultiva se convierte en el fundamento de la de enlace y ésta a su vez complementa y da eficacia a aquélla.

Pese a la clara complementariedad de la actividad de consulta y enlace, un análisis de la situación actual demuestra que los servicios desarrollados en nuestros hospitales desempeñan, en su mayoría, una función meramente consultiva. Este hecho está provocado, en nuestra opinión, en primer lugar, por la escasez de recursos asistenciales con que son dotados estos servicios y en segundo término, por el inadecuado nivel de formación de sus profesionales. Conviene tener en cuenta aquí que esta actividad exige de los profesionales, no sólo un considerable nivel de especialización, sino, además, un alto grado de continuidad laboral. Ello conlleva, como indicábamos en un trabajo previo, que la dedicación a esta actividad deba surgir no fruto de un reparto accidental de responsabilidades dentro del equipo psiquiátrico, sino como una elección y compromiso personal (6).

2. AMBITO DE ACTUACION

En los últimos años el centro de gravedad de la actividad psiquiátrica se ha ido desplazando desde el hospital mental a los servicios psiquiátricos del hospital general. En estos servicios, fruto de la interacción con los departamentos médico-quirúrgicos, han surgido unidades de consulta y enlace responsables de la atención a los aspectos psicopatológicos de la patología orgánica. En este sentido es demostrativo comprobar como en un reciente informe sobre la actividad de los psiquiatras americanos se constata que más del 20 % trabajan en hospitales ge-

nerales, dedicando aproximadamente el 15 % de su tiempo a funciones de consulta y enlace (7). Esta actividad, por lo demás, se extiende potencialmente a todos los servicios del hospital general, encontrando, en nuestra revisión, referencia acerca de ella tanto en los departamentos quirúrgicos (8, 9) como en los distintos servicios médicos (9, 10, 11, 12), como incluso en unidades tan específicas como las de hemodiálisis, del dolor, cuidados intensivos y rehabilitación (13, 14, 15, 16).

La necesidad de esta involucración tan generalizada del psiquiatra en el campo de la medicina se fundamenta en los datos epidemiológicos. En ellos se demuestra cómo tanto en la comunidad (17) como en los consultorios de medicina general (18), pero sobre todo en las unidades de hospitalización médico-quirúrgica (19, 20, 21, 22, 23) existe una clara interacción entre patología somática y psíquica. Las repercusiones asistenciales y económicas de esta interacción se hacen evidentes si consideramos que a partir de ella se generan altos niveles de «contactos» con las agencias médicas y sobre todo un considerable consumo de medidas exploratorias y terapéuticas.

En el contexto de esta marcada interacción entre lo somático y lo psíquico surgen, en el equipo médico, una serie de motivaciones que generan peticiones de consulta psiquiátrica. LIPOWSKY, 1975 (4), ha analizado exhaustivamente los fundamentos de estas peticiones, encontrando como factor desencadenante más frecuente la necesidad de ayuda en el diagnóstico de quejas somáticas que no parecen deberse a causa orgánica. Este tipo de problemáticas, en las que tampoco suele ser aparente una clara psicopatología, representan un alto porcentaje de las que acuden a los servicios médicos, generando graves problemas de tipo asistencial, humano y económico (24).

Un segundo grupo de peticiones surge ante la necesidad de orientación en el diagnóstico y manejo de cuadros psiquiátricos asociados a trastornos orgánicos. Aquí los síndromes depresivos, seguidos

de los de ansiedad e hipocondríacos son las causas más frecuentes de petición de consulta (20, 21, 25, 26). Los síndromes psico-orgánicos, por el contrario, excepto en procesos como el LES (19) o en los ancianos (27), resultan menos frecuentes, siéndolo todavía menos, al menos en nuestro medio, los cuadros histéricos. Los síndromes ansioso-depresivos e hipocondríacos plantean al psiquiatra, pero sobre todo al médico general, grandes dificultades diagnósticas. Esto es debido, en primer lugar, a que los síntomas somáticos que en ellos se dan resultan similares a los de ciertas formas crónicas de patología orgánica y, en segundo término, a que a menudo es difícil diferenciar, en los procesos orgánicos, una reacción psicológica normal de una patológica.

Existe, por último, otro gran bloque de motivaciones en el que el objeto de la petición de consulta es la valoración y manejo de alteraciones en el «rol de enfermo» que el paciente asume. Estas alteraciones, cuyas formas más frecuentes son: exageración de la conducta de dependencia, utilización ganancial de los síntomas, negación de la enfermedad, resistencia a cooperar en el tratamiento, conducta manipulativa autodestructiva, provocan en el personal médico marcados sentimientos de frustración y rechazo, precisando un considerable grado de apoyo y clarificación por parte del psiquiatra.

La alta morbilidad de alteraciones psicopatológicas existente en los pacientes somáticos no se traduce, como era de esperar, en cifras equiparables de demandas de consulta psiquiátrica. Incluso en países con gran tradición en servicios de consulta y enlace, los porcentajes de peticiones son todavía sorprendentemente bajos [2,2-9 % en USA, (21); 0,7-1,3 % en U.K. (28)]. Diversos autores han tratado de clarificar las razones de estos porcentajes tan bajos, encontrando que en ellos influyen, tanto factores ligados al médico general (nivel de experiencia profesional, actitudes hacia el enfermo y servicios psiquiátricos, nivel de auto-satisfacción con su capacidad de manejo de la patología

psíquica, expectativas de rechazo de la evaluación psiquiátrica), como otros inherentes al propio paciente. En este último las características psicopatológicas de su cuadro, e incluso factores socio-culturales y actitudinales, juegan un papel fundamental (18, 21, 28, 29, 30, 31).

3. EL PROCESO DE LA ACTIVIDAD DE CONSULTA Y ENLACE

El proceso de la actividad de consulta y enlace consta de una serie de fases que se inician en la petición de consulta y que culminan con la elaboración de un informe-diagnóstico en el que se incluyen recomendaciones terapéuticas.

La petición de consulta psiquiátrica es un acto con raíces motivacionales complejas en el que se entremezclan factores relacionados con la psicopatología del paciente, no siempre los más adecuados, y otros de tipo sociológico y actitudinal. Así en nuestra experiencia este acto, más que en necesidades objetivas, suele basarse en sentimientos de angustia o rechazo del equipo médico. En éste conviene considerar no sólo al personal médico sino también al no-médico, ya que, como indica LIPOWSKY, 1981 (32), es éste el que con sus quejas y observaciones suele desencadenar la petición de ayuda psiquiátrica.

La solicitud de evaluación va seguida de la entrevista psiquiátrica, la cual debe extenderse a la familia, entorno social y equipo responsable de la atención médica. Como comenta certeramente STRAIN, 1977 (33), la entrevista del enfermo somático es, desde el punto de vista psiquiátrico, una empresa ardua, que presenta diferencias significativas con la del enfermo psíquico. Esta dificultad se deriva, no sólo de la resistencia de estos pacientes a aceptar su psicopatología y, por consiguiente, la propia entrevista, sino también de la complejidad, ya comentada, de diferenciar en muchos de estos casos los componentes orgánicos de los psíquicos.

Pasada la fase inicial de la entrevista es común observar que el paciente elabora sobre una serie de temáticas recurrentes que han sido bien descritas por DILLEY y cols., 1985 (34), en los pacientes afectados de SIDA y que nosotros hemos también detectado en otros procesos orgánicos. Quizá la más frecuente es la de «Incertidumbre ante el futuro». Esta suele exteriorizarse a través de manifestaciones agresivas indirectas contra el personal médico, las cuales suelen tomar la forma de «desconfianza», «resistencia pasiva», «conducta demandante», «incumplimiento de las recomendaciones». Otro área de elaboración se sitúa en torno a sentimientos de «abandono», los cuales se acrecientan cuando la hospitalización se realiza en unidades caracterizadas por altos niveles de aislamiento. No es extraño tampoco observar que el paciente realice asociaciones de sus «vivencias de enfermedad» con sentimientos de culpa, castigo, o pérdida de control. En ellas se suele plantear, de manera casi monotemática, una búsqueda de justificación para el proceso morboso, el cual es también utilizado en otros casos como estímulo que desencadena un «duelo anticipatorio» por las pérdidas de «integridad física» o «prestigio social» que necesariamente conlleva.

Estos mecanismos descritos en el fondo representan una búsqueda de sentido a la enfermedad y un intento de resolución dinámica de lo que ésta representa de atentado contra la autoestima y las gratificaciones. En esta situación se generan dinámicas de ambivalencia, que producen conflictos infantiles no resueltos. Es por ello fácil entender, como indica KRIS, 1981 (35) que surjan en estos pacientes verbalizaciones en torno a polaridades tales como: «dependencia-independencia», «deseo de cura-refugio en la enfermedad», «autocontrol-indulgencia».

El acto de la interconsulta no se agota, sin embargo, en la entrevista psiquiátrica sino que, como hemos indicado, culmina en la elaboración de conclusiones diagnósticas y terapéuticas. Los elementos que deben integrar este acto final han

permanecido inalterables desde las primeras formulaciones de SCHWAB en 1968 (5). En ellas se explicita que las conclusiones del informe psiquiátrico deben de contestar de manera práctica e inteligible al menos a las siguientes preguntas:

- ¿Existe enfermedad mental?
- ¿Está la enfermedad física originada o precipitada por factores emocionales o socio-ambientales?
- ¿Existen factores psicosociales capaces de alterar la evolución de la enfermedad o el grado de involucración del paciente en el tratamiento?
- ¿Es previsible la existencia de secuelas psíquicas?
- ¿Cuáles son las recomendaciones terapéuticas de tipo psicológico o socio-ambiental precisas?
- ¿Cuál es el nivel asistencial en el que el paciente debe ser asistido?

Conviene añadir que en este proceso de la interconsulta el especialista en salud mental no debe limitarse a cumplir una función diagnóstica y clarificadora sino que, con frecuencia, ha de asumir también una función terapéutica y mediadora; con la salvedad, ya comentada, de que este rol terapéutico no debe de extenderse al equipo peticionario, aunque la actividad clarificadora pueda, de manera indirecta, provocar en él efectos psicoterapéuticos.

En todo el proceso de la actividad de consulta y enlace, y de manera especial en la última fase, la comunicación juega un papel decisivo, pero a la vez difícil de controlar. Es por ello esencial que el personal de estos equipos aprenda a conocer y manejar los peculiares sistemas de comunicación que se establecen en el triángulo de figuras significativas que ellos constituyen junto con el paciente y equipo médico. Este conocimiento exige, como recuerda LIPOWSKY, 1975 (4), no sólo un alto grado de entrenamiento y sensibilidad, sino también un adecuado conocimiento de los equipos peticionarios. To-

do ello, como es fácil de entender exige continuidad y estabilidad laboral en los integrantes de estos equipos psiquiátricos.

4. FUNCIONES DEL EQUIPO DE CONSULTA Y ENLACE

Las funciones del equipo psiquiátrico de consulta y enlace abarcan tres áreas fundamentales: asistencial, docente e investigadora.

4.1. Actividad asistencial

La actividad desarrollada en el área asistencial varía en función de que los objetivos del equipo se dirijan preferentemente al paciente, entorno socio-familiar o equipo peticionario.

Desde el punto de vista de la actuación directa sobre el paciente hay que recalcar que estos servicios, aparte de una función diagnóstica y clarificadora, con frecuencia deben también desempeñar funciones esencialmente terapéuticas. En nuestra opinión estas funciones se ven enriquecidas cuando el equipo asume planteamientos eclécticos. En este marco ideológico se hace posible que los distintos profesionales se adhieran a presupuestos ideológicos dispares, acrecentando las posibilidades de comprensión del enfermo y las ofertas terapéuticas que se hacen.

Aún cuando las técnicas de modificación de conducta y de manera especial los tratamientos psicofarmacológicos son esenciales para la actividad clínica diaria, el ejercicio de una psiquiatría dinámica, no necesariamente psicoanalítica, resulta imprescindible para el adecuado funcionamiento de estos servicios, sobre todo si en ellos se asumen funciones de enlace (36, 37). Toda formulación dinámica, como es sabido, implica un esfuerzo por trascender de la descripción a la explicación, con el objetivo último de ayudar al paciente a comprender lo que la enfermedad significa para él y cuáles son sus respuestas ante ella. Este es justamente uno de

los fines primordiales de la actividad consultiva; por ello algunos tratamientos dinámicos actuales, como los de psicoterapia breve intensiva orientada a la consecución de «insight», son de especial relevancia en este campo de la «interconsulta psiquiátrica» (38, 39).

En ocasiones, como ya hemos dicho, la actividad clínica ha de extenderse al propio entorno familiar y social del paciente. Este hecho, que resulta de especial relevancia en tipos de patología en los que se dan modificaciones significativas de los «roles» del paciente o de otros miembros de la familia, exige del equipo psiquiátrico la utilización de técnicas de terapia familiar o marital y la adopción de estrategias de modificación del entorno social.

La actuación sobre el equipo peticionario ha de centrarse en la modificación de sus actitudes hacia la enfermedad y el enfermo. Para ello es esencial poder ofrecer una adecuada clarificación de los mecanismos psicopatológicos y dinámicos asociados a la conducta y sintomatología del paciente. La utilización con este propósito de formulaciones dinámicas puede ser extremadamente provechosa, con la única condición de que éstas sean claras, coherentes y vayan asociadas a pautas de manejo eficaces. Con frecuencia es imprescindible también analizar, e incluso modificar, las interacciones existentes en el propio equipo peticionario. Para ello el dominio de las técnicas de análisis y manejo dinámico de grupos es esencial. Conviene, sin embargo, recalcar, una vez más, que la unidad peticionaria no debe convertirse en objeto de actuación psicoterapéutica directa por parte del equipo de consulta y enlace.

4.2. Actividad docente

Las posibilidades docentes de estos servicios tanto desde la perspectiva del personal sanitario no-médico, como de los programas docentes desarrollados a nivel del pre y post-graduado han sido ampliamente analizados por nosotros en trabajos previos (6, 23, 40) por lo que no serán

desarrollados aquí. Bástenos con recordar, en primer lugar, que su trascendencia ha sido suficientemente reconocida a nivel internacional en las publicaciones de distintas organizaciones médicas y psiquiátricas (41, 42, 43, 44, 45, 46, 47) y, en segundo término, que su objetivo fundamental es el promover una concepción integral del enfermar en la que el médico se sienta capaz de valorar y manejar los componentes psicosociales de la patología orgánica, utilizando además, de manera adecuada, los aspectos dinámicos de su interacción con el paciente.

4.3. Actividad investigadora

La creación de los servicios psiquiátricos de consulta y enlace ha permitido desarrollar nuevas e importantes áreas de investigación en el campo de la psiquiatría, algunas de las cuales mencionaremos a continuación.

En primer lugar, nos ofrece la posibilidad de analizar la extensión y naturaleza de la interacción entre la enfermedad mental y determinadas formas de patología orgánica (19, 20), permitiéndonos además conocer no sólo la manera de cómo dicha interacción condiciona el ajuste psicosocial a largo plazo de estos pacientes (48), sino incluso la utilización que ellos hacen de los recursos médicos que se les ofertan (49).

En segundo término, estas unidades nos permiten analizar el hospital general, o algunos de sus servicios, desde la perspectiva de su estructura y funcionamiento como «organización social» en la que se dan procesos interactivos capaces de condicionar la salud mental de los pacientes y del propio equipo. En este sentido el análisis de los «roles», «canales de comunicación» y «mecanismos de toma de decisión» puede ser de gran utilidad para entender el hospital como «organismo social» y de esta forma actuar sobre él, previniendo el desarrollo de desajustes psicosociales.

Por último, un área esencial de investigación, por otra parte no exclusiva de

estos servicios, es la relacionada con la evaluación de la relación coste-eficacia de la actividad que en ellos se genera. Esta pretensión evaluadora puede extenderse a una amplia serie de aspectos entre los cuales parece importante destacar:

- La evaluación del nivel de satisfacción generado en los equipos peticionarios y en los receptores de la actividad consultiva.
- La evaluación de los resultados conseguidos, tanto en términos del nivel de salud mental alcanzada, como en base a las repercusiones sobre utilización de servicios, técnicas diagnósticas y medidas terapéuticas.
- La evaluación de los cambios de actitudes generados en los pacientes y equipos peticionarios en relación con la enfermedad mental, el tratamiento psiquiátrico o los propios servicios de consulta y enlace.

Para que estos y otros proyectos evaluativos sean viables es imprescindible que estas unidades establezcan, de manera operativa, tanto sus objetivos de actuación, como los criterios precisos para su evaluación.

5. ORGANIZACION DE LAS UNIDADES

Para ser efectiva y al mismo tiempo poder ofertar continuidad en sus funciones la actividad de consulta y enlace no puede ser entendida como un quehacer individual, y menos aún como algo surgido fruto de un reparto administrativo de responsabilidades. Su filosofía ha de ser la de un trabajo en equipo en el que se integren, por propia elección e intereses, distintos profesionales de la salud mental.

Esta filosofía de equipo multidisciplinario no debe ser entendida desde la perspectiva de un modelo de «actividad comunitaria», en el que los roles son intercambiables y la organización jerárquica

se diluye en el grupo. Por el contrario, como indica LIPOWSKY, 1975 (4), es imprescindible que exista, aunque con solapamientos, una delimitación clara de roles y funciones cuya base ha de ser el nivel de capacitación alcanzado. La estructura médico-hospitalaria en la que estos equipos operan exige, además, que la figura del «coordinador» sea asumida por un médico psiquiatra con nivel de «staff». Esto es, en nuestra opinión, esencial ya que sólo así se garantiza un diálogo efectivo con el personal médico de los equipos peticionarios.

El adecuado funcionamiento de un servicio de consulta y enlace depende, en gran medida, de una serie de principios básicos que expondremos brevemente. En primer lugar, es fundamental que todos los integrantes del equipo mantengan una estrecha relación de trabajo entre sí y con los miembros del servicio peticionario. En segundo término, es imperativo que se consiga un adecuado nivel de comunicación, de forma que sea posible alcanzar una unidad de objetivos, principios y pautas de actuación. Por último es, además, imprescindible que el equipo sea receptivo a los procesos dinámicos que en él se generan fruto de su interacción con la enfermedad, el paciente y los equipos peticionarios.

Aún cuando la organización y composición de estos equipos depende de las características del hospital general, del nivel de dotación y responsabilidades del departamento o servicio psiquiátrico y, sobre todo, de los objetivos propuestos para su funcionamiento, existen hoy en día, ya establecidos, una serie de criterios básicos que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de su planificación (4). En primer lugar, es esencial que estos equipos se estructuren como unidades administrativas específicas dentro de un departamento o servicio psiquiátrico. En segundo término, es importante que su coordinador sea un psiquiatra con categoría de «staff» y con dedicación a tiempo completo. En tercer lugar, la dotación

mínima recomendable debe incluir, además del psiquiatra coordinador, el equivalente a otro psiquiatra a tiempo completo (éste puede ser cubierto por varios psiquiatras consultores a tiempo parcial o por residentes de último año), una enfermera especializada en psiquiatría de enlace, un psicólogo y un asistente social. En este esquema organizativo los psiquiatras y enfermeras constituyen las piezas claves imprescindibles a los que, si existen medios, deben añadirse los restantes profesionales.

La trascendencia de la integración en estos equipos del personal de enfermería descansa sobre la constatación de que una parte esencial de la actividad consultiva y de enlace ha de desarrollarse con el personal de enfermería del equipo peticionario. En esta situación una enfermera psiquiátrica, convenientemente entrenada, cumple una función insustituible. Su papel ha de ser el de ayudar al personal de enfermería y auxiliar del equipo médico a desarrollar una mayor sensibilidad y tolerancia hacia los componentes psicosociales de los enfermos somáticos, convirtiéndose además en «modelo» para el aprendizaje de pautas adecuadas de manejo de estos pacientes. En este sentido, como los trabajos de LIPOWSKY (25, 50) demuestran, la incorporación de enfermeras al equipo de consulta y enlace no sólo libera al psiquiatra de ciertos tipos de actividad consultiva, sino que incluso provoca una significativa disminución del número de pacientes somáticos trasladados a camas psiquiátricas.

6. ANALISIS DE LA ACTIVIDAD DE CONSULTA Y ENLACE EN EL HOSPITAL NACIONAL VALDECILLA

Expuestos los conceptos teóricos más relevantes pasaremos ahora a describir algunos aspectos de nuestra actividad de consulta y enlace en el Hospital Nacional Valdecilla. Analizaremos para ello, aunque sea brevemente, datos recogidos en relación con las siguientes áreas:

- 1) Perfil clínico de la actividad de consulta y enlace.
- 2) Actitudes del hospital hacia la actividad de consulta y enlace y los enfermos psiquiátricos.

6.1. Perfil clínico de la actividad de consulta y enlace

En el año 1984 la unidad fue requerida de manera formal por otras áreas del hospital para «consulta psiquiátrica» en 305 ocasiones. De éstas el 47,8 % están referidas al sexo femenino, siendo la edad media de los pacientes 52,7 años. El que no se evidencie, en contra de lo que los datos epidemiológicos nos hacían preveer (17) un predominio de peticiones en el sexo femenino constituye un hecho significativo que sugiere la presencia en él de mecanismos de selección, quizá ligados a las características de su psicopatología.

Se observa también en nuestro centro (Tabla 1) un claro predominio de peticio-

TABLA 1.—Demanda de actividad de consulta en las distintas áreas del H. N. Valdecilla.

<i>Servicios y Departamentos</i>	<i>% Peticiones</i>
Departamentos Medicina Interna	65,7
Servicios Quirúrgicos	26,9
Departamento de Obstetricia y Ginecología.....	1,5
Departamento de Pediatría	5,9

nes de consulta procedentes de los servicios médicos, así como una escasa demanda de este tipo de actuaciones en los de Ginecología y Pediatría. Estos hallazgos que confirman los encontrados por AYUSO y CALVE, 1976 (51), y TEJEDOR y cols., 1984 (52) no se deben, en nuestra opinión, a diferencias reales de morbilidad psiquiátrica sino a variaciones en los niveles de sensibilidad hacia la patología mental en los distintos departamentos. Estas variaciones en las respuestas asistenciales a los problemas psicopatológicos se constatan también al analizar la «urgencia» con que se solicita la intervención psiquiátrica. Aquí observamos que mientras que los servicios médicos consideran «urgente» el 6,8 % de sus peticiones, los quirúrgicos lo hacen en el 28 % de los casos. Este hecho, que puede ser interpretado en función de las características de las alteraciones post-quirúrgicas, parece estar también condicionado por niveles más bajos de aceptación, y tal vez también de capacitación en el manejo, de dichas alteraciones.

Al analizar las «causas declaradas» de las peticiones de consulta (Tabla 2) llama la atención, en primer lugar, el que sólo en el 8,3 % de los casos ésta esté provocada por la ausencia de hallazgos que justifiquen la sintomatología somática. Estos resultados, que contradicen los de autores como LIPOWSKY, 1975 (53) nos hacen pensar en la existencia en los equipos peticionarios, de bajos niveles de sensibilidad hacia el origen funcional de determinadas quejas somáticas. Esta escasa «sofisticación» en la comprensión psicológica de la enfermedad y queja somática se evidencia también en los altos porcentajes de peticiones fundamentadas en síntomas conductuales manifiestos (alteraciones de la conducta, alcoholismo, toxicomanía, tentativa de suicidio, etc.). En el mismo sentido resulta relevante constatar la excesiva frecuencia con que las peticiones de consulta se justifican en base a la existencia de antecedentes psiquiátricos. La exacta dimensión de este criterio de referencia nos la ofrece el dato de que el 44,8 % del total de enfermos

TABLA 2. — Motivos de petición de consulta psiquiátrica a nivel global y según el área hospitalaria de procedencia.

Motivos de petición de consulta	Porcentaje global	Áreas de Procedencia	
		Médicas Pediatría	Quirúrgicas, Obstetricia y Ginecología
Depresiones	20,2 %	18,6 %	28 %
Tentativa de suicidio	4,8 %	5,1 %	4 %
Ansiedad	3,6 %	3,4 %	4 %
Alteraciones conductuales	17,9 %	15,3 %	24 %
Cuadros psicóticos	13,1 %	15,3 %	8 %
Alcoholismo	11,9 %	11,8 %	12 %
Toxicomanía	5,9 %	6,7 %	4 %
Antecedentes psiquiátricos	13,1 %	10,2 %	20 %
No hallazgos somáticos	8,3 %	11,9 %	—
Problemas familiares	1,2 %	1,7 %	—

remitidos presentaban, de hecho, antecedentes psiquiátricos, habiendo estado el 16,4 % previamente ingresado en una unidad psiquiátrica. Vemos así que «declarado o no», este factor se convierte en nuestro centro en el criterio fundamental de referencia del paciente. Se refuerza así nuestra opinión, compartida también por AYUSO y CALVE, 1976 (51), de que en un alto porcentaje de ocasiones la petición de consulta no se basa en un adecuado análisis psicopatológico, sino en criterios «negativos» de tipo externo. Se explican así los altos porcentajes de trastornos psiquiátricos que pasan desapercibidos y, por consiguiente, sin tratar en los departamentos médico-quirúrgicos de nuestro hospital (54).

Un índice supuestamente indicativo de la calidad de la petición de consulta es el del tiempo que la separa de la fecha del ingreso. En la Tabla 3 observamos cómo

TABLA 3. — Tiempo transcurrido entre el ingreso y la petición de consulta psiquiátrica.

<i>Tiempo transcurrido</i>	<i>% Peticiones</i>
Dos primeros días	35,5
3 - 7 días	37,1
8 - 14 días	9,7
15 - 30 días	12,9
+ de 30 días	4,8

el 72,6 % de las peticiones se realizan en el período, teóricamente idóneo, de la primera semana, confirmándose así los datos de AYUSO y CALVE, 1976 (51), en el Hospital Clínico de Madrid. Pensamos sin embargo, que este es un índice de calidad escasamente significativo, a menos que se evalúe en relación con la fecha de inicio de la psicopatología y teniendo en cuenta además la patología que pasa desapercibida. Es más, se podría incluso plantear, de manera alternativa, que su relevancia está referida al nivel de rechazo o de angustia, que determinadas formas psicopatológicas generan en el personal médico.

En la Tabla 4 se describe, porcentualmente, el diagnóstico recibido por los pacientes remitidos al servicio de consulta y enlace. Se constata, en primer lugar, un hecho que ya hemos visto se repite de una manera uniforme en la literatura. Es el predominio de los cuadros depresivos y de ansiedad, los cuales constituyen conjuntamente, en nuestra muestra, más del 40 % de los diagnósticos. Los trastornos psico-orgánicos, sobre todo en las peticiones procedentes de los servicios quirúrgicos, alcanzan también porcentajes especialmente altos (31,5 %). Por último, hay que destacar el alto número de cuadros de adicción referidos desde otras áreas del hospital, los cuales, en su mayoría, están precipitados por síntomas de

TABLA 4. — Diagnósticos de los pacientes evaluados en la unidad de consulta y enlace del Hospital Nacional Valdecilla, según el área de procedencia.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Dpto. Medicina Interna Dpto. Pediatría</i>	<i>Servicios Quirúrgicos Dpto. Obstetricia y Ginecología</i>
Cuadros depresivos (Endógenos-Reactivos)	24 %	36,7 %
Neurosis, ansiedad y otras neurosis	17 %	5,6 %
Cuadros psico-orgánicos	16 %	31,5 %
Psicosis esquizofrénicas	8 %	—
Adicciones (alcoholismo, toxicom.)	20 %	15,7 %
Otros trastornos	9 %	10,5 %
No diagnóstico psiquiátrico	6 %	—

abstinencia. La disparidad que estos datos presentan con los de otros autores (21, 25, 26) ha de ser explicada en función de los mecanismos de filtraje que actúan en nuestro centro en el proceso a través del que un cuadro psiquiátrico pasa a ser detectado como tal y, subsiguientemente, referido para evaluación psiquiátrica.

Al contrario de lo que otros autores demuestran [hasta un 24 % en AYUSO y CALVE, 1976 (51)] en nuestro caso el porcentaje de traslados a camas psiquiátricas es especialmente bajo (1,3 %). Este hecho, aunque puede ser en parte debido a un proceso de filtraje que, operando en el momento de ingreso, derivaría a estos pacientes a la unidad psiquiátrica, nos parece también indicativo de la existencia en nuestro hospital de un buen nivel de tolerancia hacia los componentes psicopatológicos de los enfermos somáticos, cuando éstos son controlados por el psiquiatra.

Conviene también destacar cómo sólo el 68,3 % de las peticiones de consulta exigieron una actuación terapéutica inmediata, pudiendo ser ésta pospuesta en el 22 % de los casos y no siendo necesaria en el 9,1 % de las ocasiones. Se demuestra así una limitada capacidad de los equipos médico-quirúrgicos para discriminar, incluso en los pacientes que refiere, la necesidad de una actuación psiquiátrica inmediata. Se confirma, una vez más, la utilización, en las peticiones de consulta, de inadecuados criterios psicopatológicos. Por último, es interesante constatar cómo cerca del 20 % de los pacientes referidos fueron manejados mediante planteamientos terapéuticos de tipo dinámico, demostrándose, en la práctica, la utilidad de este tipo de técnicas en las unidades de consulta y enlace.

6.2. Actitudes del hospital hacia la actividad de consulta y enlace y el enfermo psiquiátrico

Analizaremos aquí, aunque centrándonos exclusivamente en los datos referi-

dos a la actividad de consulta y enlace, algunos de los hallazgos obtenidos por nosotros en sucesivos estudios de las actitudes que hacia el servicio de psiquiatría y la enfermedad mental tiene el personal médico del Hospital Nacional Valdecilla (55, 56).

La casi totalidad de los médicos encuestados, en dichos trabajos (96,4 % de 142 médicos), afirmaron que una de las funciones principales de un servicio de psiquiatría de hospital general es la de atender las alteraciones mentales de los pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje desciende, sin embargo, al referirse a los enfermos atendidos por los especialistas del ambulatorio (84,1 %) y, sobre todo, al tratarse de los que acuden al médico general (44 %). Esta opinión positiva hacia la actividad intrahospitalaria del equipo psiquiátrico se debe no sólo a una valoración objetiva de las necesidades de los pacientes ingresados, que hoy sabemos que, desde el punto de vista psiquiátrico, no son mayores que las de los que acuden al médico general, sino además a la inseguridad y rechazo con que los profesionales de otras áreas del hospital se enfrentan a las manifestaciones psicopatológicas de sus pacientes. Se entiende así que un 94 % de los encuestados defiendan que la función primordial del psiquiatra de hospital general es la de ser consultor en las unidades médico-quirúrgicas.

El alto nivel de aceptación del psiquiatra dentro de otras áreas del hospital se clarifica cuando analizamos la postura del médico frente a las alteraciones psicopatológicas. Veíamos en dichos trabajos cómo el 89,3 % de ellos eludían el enfrentamiento personal directo con la evaluación diagnóstica y manejo de los problemas psicopatológicos de sus enfermos. Este rechazo encubierto, bajo la forma de delegación de responsabilidades, explica en primer lugar, los altos porcentajes de trastornos mentales que pasan desapercibidos y, en segundo término, el que un elevado número de peticiones de consulta se basen en criterios externos de tipo con-

ductual o en la presencia de un diagnóstico previo de enfermedad mental.

Este rechazo hacia lo «mental», en abstracto, se concretiza en nuestro estudio cuando se analiza en las distintas formas psicopatológicas. Se observa entonces que estas respuestas negativas se acentúan en los cuadros delirantes, confusionales, de agitación y en las demencias. Resulta paradójico observar así que sean estos síndromes, justamente los que con más frecuencia suelen tener un origen médico-orgánico, los que provoquen actitudes más negativas en el personal médico. El marcado rechazo que estos cuadros generan y su fácil identificación explicaría el por qué de su temprana detección y referencia al servicio de consulta y enlace. No ocurre así en los cuadros neuróticos, sobre todo depresivos, en los que el menor nivel de conflictividad y la resistencia del médico a involucrarse en su evaluación psicopatológica produciría una mayor tendencia a pasar sin detectar. Es precisamente en este grupo de pacientes en el que la existencia de antecedentes psiquiátricos suele marcar la diferencia entre ser referido o no a los equipos de consulta y enlace.

En este contexto de resistencia a asumir el manejo de los componentes psicopatológicos de la enfermedad orgánica es de destacar que un alto porcentaje de médicos del hospital valoren muy positivamente la actividad llevada a cabo por el psiquiatra, en sus áreas de hospitalización. Esta valoración se extiende tanto a la rapidez con que se genera la respuesta asistencia, como en cuanto a su utilidad y eficacia. Estos resultados, que podrían en parte explicar nuestros bajos porcentajes de traslados de pacientes a camas psiquiátricas, nos hacen también pensar en que quizá lo significativo en este medio no sea el rechazo al paciente, sino a tener que asumir de forma individual la responsabilidad del diagnóstico y manejo de sus componentes psicopatológicos. De esta forma, si esta responsabilidad es compartida con el equipo psiquiátrico y, sobre todo, si lo es de manera que no genera tensiones ni conflictos en la unidad, en este caso se podría contar con un buen nivel de aceptación del manejo, en las áreas médico-quirúrgicas del hospital, de los componentes psicosociales de la patología orgánica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LIPOWSKY, Z. J. (1971): «Consultation-Liaison psychiatry in a general hospital». *Compr. Psychiatry*. Vol. 12, (461-465).
- (2) LIPOWSKY, Z. J. (1977): «Psychosomatic medicine in the seventies». *Am J. Psychiatry*. Vol. 134, (233-243).
- (3) MANNINO, F. V., MAC LENNAN, B. V. & SHORE, M. F. (1975): «The practice of mental health consultation». *Adelphi, M.D. National Institute of Mental Health*.
- (4) LIPOWSKY, Z. J. (1975): «Consultation-Liaison Psychiatry: Past present and future». In Pasnau R.O. (ed.): *Consultation-Liaison Psychiatry*. New York. Grune Straton.
- (5) SCHWAB, J. J. (1968): «Handbook of psychiatric consultation». *New York. Appleton Century-Crofts*.
- (6) VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1980): «Funciones docentes del servicio psiquiátrico de "Consulta y Liaison" interdepartamental». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. VIII, (383-392).
- (7) ARNHOF, F. N. & KUMBAR, A. H. (1973): «The nation's Psychiatrists-1970 Survey». *American Psychiatric Association. Washington D.C.*
- (8) BAUDRY, F. & WIENER, A. (1969): «Initiation of a psychiatric teaching program for surgeon». *American Journal of Psychiatry*. Vol. 125, (1.192-1.197).
- (9) LIPOWSKY, Z. J. (1972): «Psychiatric liaison with neurology and neurosurgery». *American Journal of Psychiatry*. Vol. 129, (136-140).
- (10) ABRAHAMS, D. & GOLDEN, J. S. (1963): «Psychiatric consultations on a medical ward». *Arch. Intern. Med.* Vol. 112, (766-774).
- (11) JANES, R. G. & WEISZ, A. E. (1970): «Psychiatric liaison with cancer research center». *Comprehensive Psychiatry*. Vol. II, (336-345).
- (12) PASNAU, R. O. (1975): «Psychiatry and obstetrics-gynecology: Report of a five year experience in psychiatric-liaison». In: Pasnau, R. O. (Ed.): *Consultation liaison psychiatry. New York-Grune Straton*.

- (13) CASSEM, N. H. & HACKETT, T. P. (1971): «Psychiatric consultation in a coronary care unit». *Annals Intern. Med.* Vol. 75, (9-14).
- (14) GUNTER, M. S. (1971): «Psychiatric consultation in a rehabilitation hospital». *Compr. Psychiatry*. Vol. 12, (572-585).
- (15) KAPLAN-DENOUR, A. (1973): «Role and reactions of psychiatrists in chronic hemodialysis programs». *Psychiatry Med.* Vol. 4, (63-76).
- (16) HACKETT, T. P. (1978): «The pain patient: Evaluation and treatment». In: Hackett, T. P. & Cassem, N. H. (Ed.): Massachusetts General Hospital. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis C. V. Mosby Co.
- (17) VAZQUEZ BARQUERO, J. L.; MUÑOZ, P. E.; MADDOZ JAUREGUI, V. (1981): «The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community». *Br. J. Psychiatry*. Vol. 139, (328-335).
- (18) HOUPPT, J. L.; ORLEANS, C. S.; GEORGE, L. K. & BRODIE, H. K. H. (1980): «The role of psychiatric and behavioral factors in the practice of medicine». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 137, (37-47).
- (19) VAZQUEZ BARQUERO, J. L.; GARCIA QUINTANAL, R.; CASANUEVA, B. & RODRIGUEZ VALVERDE, V. (1982): «Manifestaciones psiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. X, (229-234).
- (20) VAZQUEZ BARQUERO, J. L.; PADIERNA ACERO, J. A.; OCHOTECO, A. & DIEZ MANRIQUE, J. F. (1985): «Mental illness and ischaemic heart disease: Analysis of psychiatric morbidity». *General Hospital Psychiatry*. Vol. 7, (15-20).
- (21) FAUMAN, M. A. (1983): «Psychiatric components of medical and surgical practice, II: Referral and treatment of psychiatric disorders». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 140, (760-763).
- (22) LIPOWSKY, Z. J. (1967): «Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: II clinical aspects». *Psychosom. Med.* Vol. 29, (201-224).
- (23) DIEZ MANRIQUE, J. F.; PEÑA MARTIN, C.; SAMANIEGO, C. & VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1985): «Sistemas docentes en psiquiatría. Su evaluación». *Informaciones Psiquiátricas*. Vol. 99, (47-55).
- (24) SHEVITZ, S. A.; SILBERFARB, P. M. & LIPOWSKY, Z. J. (1976): «Psychiatric consultation in a general hospital: a report on 1.000 referrals». *Dis Nerv. Syst.* 37, (295-300).
- (25) LIPOWSKY, Z. J. & WOLSTON, E. J. (1981): «Liaison psychiatry: Referral patterns and their stability over time». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 138, (1.608-1.611).
- (26) FAUMAN, M. A. (1981): «Psychiatric components of medical and surgical practice: A survey of General Hospital Physicians». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 138, (1.298-1.301).
- (27) LIPOWSKY, Z. J. (1983): «The need to integrate liaison psychiatry and gerontopsychiatry». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 140, (1.003-1.005).
- (28) MEYER, E. & MENDELSON, M. (1961): «Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards». *Psychiatry*. Vol. 24, (197-220).
- (29) LIPOWSKY, Z. J. (1967): «Review of consultation psychiatry an psychosomatic medicine: I. General Principles». *Psychosom. Medic.* Vol. 29, (153-171).
- (30) MEZEY, A. G. & KELLET, J. M. (1971): «Reasons against referral to the psychiatrist». *Postgrad. Med. J.* Vol. 47, (315-319).
- (31) BURNS, B. J.; ORSO, C. & JACOBSEN, A. (1977): «Utilization of health and mental health outpatient services in organized medical care settings». *Final Report for National Institute of Mental Health*. Contract 278-76-0027, Rockville, Md, NIMH.
- (32) LIPOWSKY, Z. J. (1981): «New prospects for liaison psychiatry». *Pichosomatics*. Vol. 22, n.º 9.
- (33) STRAIN, J. J. (1977): «The medical setting: Is it beyond the psychiatrists». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 134, (253-264).
- (34) DILLEY, J. W.; OCHITILL, H. N.; PERL, M. & VOLBERDING, P. A. (1985): «Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 142, (82-86).
- (35) KRIS, K. (1981): «Psychiatric consultation in the management of patient ambivalence interfering with the doctor-patient relationship». *Am. J. Psychiatry*. Vol. 138, (194-197).
- (36) HOPPE, D. K. (1973): «Liaison Psychiatry and Psychoanalysis». In Pasnau R. O. (Ed.): *Consultation Liaison Psychiatry*. New York. Grune Straton.
- (37) DIEZ MANRIQUE, J. F.; GARCIA QUINTANAL, R.; GUILLEN, J.; LEQUERICA, J.; LIAÑO, A.; MENENDEZ ARANGO, J.; SAMANIEGO, C. & VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1983): «Psychotherapy in the General Hospital». In: General Hospital Psychiatry (Edit. by: López Ibor et al.). *Excerpta Medica*. Amsterdam, Oxford-Princeton.
- (38) WAHL, C. W. (1972): «The technique of brief psychotherapy with hospitalized psychosomatic patients». *Int. J. Psychoanal. Psychother.* Vol. 1, (70-82).
- (39) SCHWAB, J. J. & KUHN, C. C. (1979): «Psychiatric consultation: II, potential for therapy». *J. Continuing Educ. Psychiatry*. Vol. 40, (23-31).
- (40) DIEZ MANRIQUE, J. F.; PEÑA MARTIN, C.; SAMANIEGO, C. & VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1984): «Instrumentos para la valoración de sistemas docentes (programación psiquiatría)». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. 12, (107-114).
- (41) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1961): «Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina». *IX Informe del Comité de Expertos en la Salud Mental*. Ginebra O.M.S.
- (42) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1974): «Discusión técnica». *XXVII Asamblea*. Ginebra. Mayo, 1974.
- (43) AMERICA MEDICAL ASSOCIATION (1976): «Essentials of approved residencies». In: Directory of Approved Internships and Residencies.
- (44) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1970): «Education and the primary physician». *Task. Force Report 2*. Washington D.C. A.P.A.

(45) RODGER, T. F. (1963): «El lugar de la psiquiatría en el programa de estudios médicos. Un punto de vista británico». En: Enseñanza de la psiquiatría y de la salud mental. *Cuadernos de Salud Pública*, n.º 9. O.M.S. Ginebra.

(46) TSUNG-YI-LIN (1963): «Perspectivas de la enseñanza de la psiquiatría». En: Enseñanzas de la psiquiatría y de la salud mental. *Cuadernos de Salud Pública*, n.º 9. O.M.S. Ginebra.

(47) RUSSELL, G. F. M. & WALTON, H. J. (1970): «The training of psychiatrists». *British J. of Psychiatry*. Special Publication, n.º 5.

(48) PADIerna ACERO, J. A.; OCHOTECO, A. & VAZQUEZ BARQUERO, J. L. (1983): «Influencia de los factores psicossociales sobre la situación laboral de los pacientes afectados de cardiopatía isquémica». *Psiquis*. Vol. IV, (57-63).

(49) LIPOWSKY, Z. J. (1973): «Psychosomatic medicine in a changing society: Some current trends in theory and research». *Compr. Psychiatry*. Vol. 14, (203-215).

(50) LIPOWSKY, Z. J. (1981): «Liaison Psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine». *Comprehensive psychiatry*. Vol. 22-6, (554-561).

(51) AYUSO GUTIERREZ, J. L. & CALVE PEREZ, A.

(1976): «La psiquiatría en el Hospital General». *Edit. Paz Montalvo*.

(52) TEJEDOR, M. C.; CAMPO, L. C.; CASTILLON, J. J.; LINARES, F. J. L. & PERICAY HOSTA, J. M. (1984): «La consulta psiquiátrica interdepartamental. Un estudio de seis años». *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*. Vol. XVI, (499-507).

(53) LIPOWSKY, Z. J. (1975): «Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology pathogenesis, Classification». *Compr. Psychiatry*. Vol. 16, (105-124).

(54) VAZQUEZ BARQUERO, J. L.; OCHOTECO, A.; ARENAL, A.; ORDOÑEZ, R.; PIÑA; GARCIA QUINTANAL, R. & ELGARRISTA, R. (1981): «Análisis retrospectivo de las complicaciones psiquiátricas a la cirugía cardíaca». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. IX, (47-54).

(55) DIEZ MANRIQUE, J. F.; MENENDEZ ARANGO, J.; SAMANIEGO, C. & VAZQUEZ BARQUERO, J. L. y cols. (1979): «Actitud médica hacia la Unidad Psiquiátrica de un Hospital General y Evaluación crítica». *Informaciones Psiquiátricas*. Vol. 77, (1-18).

(56) DIEZ MANRIQUE, J. F.; MENENDEZ ARANGO, J.; SAMANIEGO, C.; VAZQUEZ BARQUERO, J. L.; GUILLEN, J. & LEQUERICA, J. (1983): «Actitudes hacia el enfermo psiquiátrico». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. XI, (295-312).

RESUMEN

Se analiza, en primer lugar, en este trabajo, haciendo especial énfasis en nuestra experiencia en el Hospital Nacional Valdecilla, las funciones asistenciales, docentes e investigadoras de las unidades psiquiátricas de consulta y enlace en el hospital general. En segundo término se describe el «perfil clínico» de la demanda de actividad consultiva psiquiátrica en nuestro centro, encontrándose, como era de esperar, no sólo variaciones significativas en el porcentaje de peticiones surgidas en los distintos servicios del hospital, sino también que con frecuencia la petición de consulta no se basa en un adecuado análisis psicopatológico, sino en criterios negativos de tipo externo. Por último se analiza, en base a estudios previos realizados en nuestro centro, las actitudes del hospital hacia la actividad psiquiátrica de consulta y enlace.

SUMMARY

We analyse on this paper, placing special emphasis in our experience in the National Hospital Valdecilla, the clinical, teaching and research functions of a consultation-liaison psychiatric unit in a general hospital. The clinical profile of the requests for psychiatric consultation in our center, is also investigated. We found in this respect not only significant differences on the percentage of requests for consultation, on the different medical areas of the hospital, but also that very often these requests were based on negative and extra-medical criteria. Lastly we discuss, using some of our previous findings on this area, the hospital staff attitudes towards psychiatric consultation-liaison activity.

PALABRAS CLAVE

Unidades Psiquiátricas de Consulta y Enlace; Docencia; Investigación; Perfil asistencial; Actitudes del hospital general.