

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

INTERCONSULTAS Y ENLACE EN PSIQUIATRÍA

Dr. RAFAEL TORRES BARRENECHEA

La psiquiatría de enlace es una subespecialidad de la psiquiatría que se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea como morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos, y de aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su familia.

La psiquiatría de enlace surgió como un derivado del movimiento de la medicina psicosomática, coincidiendo con el cambio que experimenta la atención psiquiátrica. Los grandes hospitales psiquiátricos del siglo pasado van perdiendo importancia y ven significativamente reducido el número de pacientes de larga estada, mientras que la psiquiatría clínica comienza a ejercerse progresivamente dentro de los hospitales generales.

La creciente aceptación del modelo biopsicosocial para la medicina ha enfatizado el reconocimiento de un número en ascenso de enfermedades causadas por una combinación de factores biológicos y psicológicos y que estos últimos son relevantes para el pronóstico de los pacientes. Surge entonces la necesidad de contar con la atención psiquiátrica para el manejo de un número creciente de pacientes.

En este artículo revisaremos los modelos de interconsulta en psiquiatría y de enlace, algunos aspectos de las consecuencias emocionales del enfermar y las características clínicas que presentan los pacientes de determinados servicios clínicos de un hospital general.

ENLACE E INTERCONSULTAS

Actualmente hay dos modelos vigentes que no se excluyen mutuamente. Uno de ellos es el modelo clásico de interconsultas en la medicina, en este caso, al psiquiatra. En éste, un médico solicita a otro su opinión sobre el diagnóstico y el tratamiento de un paciente. En la Tabla 1 se sugieren algunas características para una buena interconsulta y en la Tabla 2 se describen las de una respuesta ideal a ella, para

cualquier especialidad y, por lo tanto, también aplicable a la psiquiatría.

El otro modelo pretende mejorar la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados al expandir el contacto de los psiquiatras con los otros médicos y con las familias de los pacientes. Cualquiera sea el modelo con el cual se trabaja, la principal responsabilidad del psiquiatra es diagnosticar y reco-

Tabla 1. Sugerencias para una interconsulta eficaz en Psiquiatría

- 1.- Especificar claramente el motivo de la interconsulta.
Ejemplos:
 - Diagnóstico psiquiátrico
 - Tratamiento psicofarmacológico
 - Arreglar seguimiento ambulatorio
 - Solicitud del paciente o familiares
 - Opinión sobre tratamiento indicado antes del ingreso
 - Intervención en crisis
- 2.- Establecer, claramente, la urgencia de la atención: emergencia, urgencia o rutina.
- 3.- Informar previamente al paciente y, si es posible, a los familiares sobre la visita psiquiátrica.
- 4.- Referir precozmente, en cuanto se detecte la necesidad.
- 5.- Identificarse claramente para poder devolver información o planificar tratamiento.
- 6.- Registrar en la ficha clínica lo registrado en la hoja de interconsulta.
- 7.- Informar al personal de enfermería sobre la interconsulta y las preguntas que se requiere resolver.

* Profesor Auxiliar de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría

Tabla 2. Características ideales de una respuesta a interconsulta

- 1.- Determinar claramente el motivo de referencia, preguntando en caso necesario.
- 2.- Establecer la urgencia y responder de acuerdo a ello.
- 3.- Revisar la historia y la información disponible. Recolectar la que sea necesaria.
- 4.- Ser conciso y puntual. No repetir datos ya consignados
- 5.- Consignar un plan de tratamiento a corto plazo. Anticiparse a futuros problemas.
- 6.- Ser interconsultor y no asumir el cuidado global del paciente.
- 7.- Tratar de compartir los conocimientos, con tacto y en forma personal.
- 8.- Establecer contacto personal con el médico responsable del paciente, especialmente si las indicaciones son cruciales o controvertidas.
- 9.- Seguir al paciente durante su hospitalización y hacer los arreglos para el control ambulatorio.

Adaptado de Arch Int Med 1983;143:1753-1755

mendar tratamiento para las enfermedades psiquiátricas presentes en el enfermo de otra especialidad. La mayor comunicación con el equipo tratante y el trabajo con la familia del paciente sólo facilita y mejora el trabajo anterior.

El equipo de enlace trabaja principalmente en el hospital general, con el paciente en régimen de hospitalización, pero también se incorpora en los sistemas de atención ambulatoria en programas de tratamiento para pacientes somáticamente enfermos. Es así como en un sistema óptimo de atención, en programas de oncología, diálisis e hipertensión arterial, por nombrar algunos, debería existir la participación activa de psiquiatras y psicólogos clínicos.

El equipo de enlace debe estar formado, idealmente, por profesionales que cubran todos los aspectos del modelo biopsicosocial de la enfermedad, por lo que incluye a psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales. Ellos deben trabajar coordinadamente en la evaluación y en el plan de manejo de cada paciente, en el diseño de nuevas estrategias de intervención y en la investigación dentro de la psiquiatría de enlace.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL ENFERMAR

Todos los estudios realizados hasta ahora confirman la altísima prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Los últimos apuntan a que casi un 50% de la población general puede haber tenido un trastorno psiquiátrico que hubiese re-

querido tratamiento en el último año. En la etiopatogenia de la patología psiquiátrica se integran los aspectos biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Si consideramos la enfermedad somática como un estrés, y a éste como una situación de exigencia psicológica y biológica, es probable que la población hospitalizada en un momento dado presente una incidencia aún mayor de trastornos emocionales o conductuales que la cifra dada anteriormente. La enfermedad es una crisis, inesperada y amenazante, ante la cual se reacciona de diferentes maneras.

No disponemos de cifras nacionales para cuantificar y describir la frecuencia de interconsultas solicitadas a los servicios de psiquiatría. Los estudios internacionales indican que se solicitan entre un 0,2% y un 1% de interconsultas, dependiendo de las características del hospital; son menos frecuentes en hospitales rurales y más en centros académicos. Si consideramos que la frecuencia de trastornos emocionales o psiquiátricos ronda el 50% de las consultas a los centros de atención primaria, podemos suponer lo insuficiente que resulta la derivación o la solicitud de evaluación psiquiátrica. En la Tabla 3 se presentan algunas vivencias psíquicas ante la enfermedad y su traducción clínica observable. En la Tabla 4 se muestran los diagnósticos realizados en las interconsultas.

Por otro lado, está demostrado que los factores emocionales y conductuales del paciente son variables relevantes en el comienzo, curso y pronóstico de las enfermedades somáticas. Las intervenciones psicológicas en los lugares de atención médica general no sólo significan una mejoría de la enfermedad psiquiátrica y una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad, sino que una mejoría en la condición médica general, medida por ejemplo con una mayor adhesión al tratamiento, mayor capacidad de adaptación, menor frecuencia de quejas somáticas y menor frecuencia de automedicación.

Los pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos, asociados a su enfermedad somática tienen, en promedio, estadias significativamente más prolongadas. Otras investigaciones han confirmado una disminución del número de días de hospitalización en los servicios que han incorporado la psiquiatría de enlace como parte de su trabajo. Esta menor estadía se correlaciona con una referencia precoz al psiquiatra: mientras antes se refiera, menos días estará hospitalizado el enfermo.

A pesar que lo descrito anteriormente está avalado por numerosos estudios, la práctica diaria indica que la mayoría de los pacientes que presentan trastornos emocionales o psiquiátricos en los servicios hospitalarios son referidos tardíamente o sencillamente no se solicita la atención del psiquiatra, a pesar de estar disponible esta posibilidad. La hipótesis más considerada para explicar esta falencia es que, en general, el médico no especialista no es capaz, por falta de motivación y de entrenamiento, de pesquisar las alteraciones en las emociones y la conducta. Esta falta de diagnóstico implica que aspectos relevantes de la salud del paciente quedan sin tratamiento, con lo cual se está afectando el pronóstico y la calidad de vida del paciente y su familia. Por ello, el equipo médico debe estar capacitado y motivado para aplicar sus

Tabla 3. Reacciones a una enfermedad

Intrapsíquica		Clínica
Pobre autoimagen	→ Pérdida	Ansiedad
Amenaza a la homeostasis	→ Miedo	Negación
Falla en el autocuidado	→ Desamparo	Depresión
Pérdida del control	→ Vergüenza/culpa	Regresión
		aislamiento
		Dependencia
		Rabia
		Aceptación

Tabla 4. Diagnósticos psiquiátricos realizados por los psiquiatras interconsultores

Diagnóstico	Frecuencia %
Depresión	14 - 50
Trastornos por sustancias psicoactivas	7 - 31
Trastornos de personalidad	5 - 22
Trastornos de adaptación	5 - 19
Cuadros orgánicos	12 - 18
Trastornos por ansiedad	1 - 12
Trastornos por somatización	1 - 5
Esquizofrenia	1 - 5

conocimientos en salud mental. La psiquiatría de enlace, al incorporarse a los servicios generales, ofrece una detección precoz de estos problemas y una permanente capacitación y facilitación de técnicas de intervención con el paciente por parte del equipo, médico y de enfermería.

CONTRIBUCION DE LA PSIQUIATRIA EN ALGUNOS GRUPOS DE PACIENTES

Unidades de cuidados intensivos. El aspecto psicológico central en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) es que padecen de enfermedades en las cuales la respuesta psicológica es predecible y que, de no tratarse, puede comprometer la vida o la recuperación de los enfermos. En cada UCI se observan reacciones psicológicas acordes a los pacientes que recibe, las cuales son siempre significativas. Por ejemplo, en las UCI coronarias o médicas la reacción psicológica se desencadena frente a una enfermedad grave e inesperada, surgiendo en un principio intenso miedo y ansiedad, para luego dar paso a reacciones de negación, como pueden ser conductas desajustadas o inapropiadas, hostilidad o extrema dependencia. En las UCI que suelen

recibir enfermos crónicos que han sido en parte responsables de su enfermedad, como por conductas de abuso (pacientes respiratorios, por ejemplo) también se presentan estas reacciones, pero con mayor frecuencia surgen en ellos episodios depresivos, con gran culpa. En todos estos enfermos se agregan los problemas de sedación crónica, polimedicación y rechazo o de extrema dependencia a los aparatos que les apoyan para cumplir con sus funciones vitales. En las UCI quirúrgicas son frecuentes los problemas en el postoperatorio, tales como desorientación, *delirium* y reacciones de adaptación.

El tratamiento de estas reacciones o enfermedades por parte del psiquiatra interconsultor o el equipo de enlace, si éste existe, requiere el plantearse las posibilidades diagnósticas, esta-

blecer una estrecha comunicación con el equipo tratante y realizar un cuidadoso análisis de las variables ambientales. Las herramientas terapéuticas consisten en las intervenciones psicológicas, farmacológicas o de modificación ambiental que surjan como consecuencia de esta evaluación.

Es muy importante mencionar que el personal médico y paramédico de las UCI está permanentemente sometido a experiencias que los llevan a reacciones de hiperactividad autonómica y a estados de defensa psicológica, que son factores de riesgo para trastornos de ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales.

Unidades de diálisis. Los pacientes de estas unidades deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y, además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o congraciativas. Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquellos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

Todos los pacientes candidatos a diálisis deberían recibir una evaluación psicosocial antes de ingresar al programa. Una vez en el tratamiento, periódicamente debieran evaluarse en su adaptación a la vida diaria, en su papel de enfermo y en su preparación para una enfermedad crónica. Las intervenciones terapéuticas incluyen psicoterapia grupal o individual, idealmente breve y orientada al problema, grupos de autoayuda y tratamientos farmacológicos.

Pacientes quirúrgicos. Los estudios de ajuste psicológico premórbido, en pacientes que serán sometidos a cirugía, demuestran que la capacidad de expresar los sentimientos de

ansiedad y de depresión está asociada a una menor morbilidad perioperatoria y a una menor mortalidad. Sin embargo, la mejor actitud es la que podríamos adjetivar como "positiva". Los factores que influyen favorablemente para el desarrollo de esta actitud incluyen la detallada información y educación del paciente sobre las condiciones que deberá vivir en el período perioperatorio (sensaciones que tendrá, limitaciones funcionales, manejo del dolor, sondas y drenajes que se instalarán, etcétera). La predicción de situaciones del postoperatorio, como confusión, *delirium* (ver Tabla 5) y dolor hace posible que el paciente no las viva como señales de riesgo o complicación. La presencia de familiares cercanos, tanto en el pre como en el postoperatorio, es muy importante. El apoyo psicológico y el asegurarlos resulta fundamental.

Pacientes con SIDA. Esta enfermedad ha concentrado mucha preocupación en el ambiente médico debido a las alarmantes cifras de prevalencia y a su alta letalidad. Los problemas en el manejo de estos pacientes derivan de diversas

Tabla 5. Pacientes en riesgo de *delirium*

Mayores de 60 años
Niños
Pacientes con patología cerebral preexistente
Pacientes con adicciones a drogas
Pacientes con grandes quemaduras
Pacientes post cardiotoromía
Antecedentes de <i>delirium</i>

fuentes. Por un lado se trata de una enfermedad fuertemente estigmatizada, por ser una enfermedad infecciosa (como históricamente lo han sido estas enfermedades), asociada a grupos socialmente marginados (homosexuales y drogadictos), de curso habitualmente fatal y para la cual no hay tratamiento disponible. Esto lleva a reacciones psicológicas predecibles en los enfermos y portadores. Estos sufren la estigmatización y el aislamiento -incluso por parte del personal de salud- el miedo a la muerte y a una enfermedad de curso progresivo, impredecible y debilitante. También experimentan la vergüenza por la posible responsabilidad de sus conductas previas al contagio y el miedo al posible contagio de sus familiares y seres queridos. Como suele ocurrir, van experimentando la muerte en otros miembros pertenecientes a sus grupos sociales. En ocasiones viven la enfermedad como un castigo por su condición o por haber sido contagiados por alguien en quien habían confiado.

Estos aspectos hacen del manejo de estos pacientes un constante desafío. El ajuste tiende a ser frágil y requieren de un constante apoyo y consejo informado. Una aproximación comprensiva y no castigadora por sus conductas de riesgo ayuda a manejar la culpa hacia sí mismos y hacia los otros;

la atención práctica hacia un sinnúmero de aspectos cotidianos de sus vidas, especialmente mientras están hospitalizados, son de utilidad para ellos. El apoyo social es muy relevante. Los grupos de autoayuda bien organizados pueden ser de gran utilidad, aunque se estima que sólo se logra el acceso a ellos en un pequeño número de pacientes. Son de mayor utilidad los servicios de salud mental comunitarios, el personal de enfermería y servicios sociales y el trabajo con familiares y amigos para mantener una red social de apoyo.

Pacientes diabéticos. Los médicos que trabajan con estos pacientes reconocen que es frecuente encontrar diversa psicopatología en ellos. Frente a las situaciones estresantes, algunos responden con una descompensación de sus cifras de glicemia y con una menor adhesión al tratamiento, mientras otros, frente a situaciones similares mantienen su ajuste. En general, una derivación a algún servicio de psiquiatría para aquellos pacientes con problemas de adhesión o fluctuaciones inesperadas de las cifras de glicemia es una recomendación útil. También se sabe que, a lo largo del desarrollo vital, se producen pérdidas transitorias del control de la enfermedad y para las cuales los parámetros neuroendocrinos no parecen ser los factores determinantes. Por ejemplo, son frecuentes los abandonos de tratamiento o descompensaciones durante la pubertad, en los periodos de cambio escolar o cambios de residencia, separación o abandono de seres queridos. En algunos casos es necesario recomendar intervenciones sistémicas (familiares) para ayudar a algunas familias a manejar conductas de sobreprotección del paciente diabético.

Pacientes oncológicos. La mejoría de los tratamientos disponibles y las diversas técnicas de diagnóstico precoz hacen que el pronóstico ominoso del diagnóstico de cáncer no sea una realidad necesaria. Se estima que más del 50% de las personas que son diagnosticadas de cáncer en un año dado estarán vivas dentro de 5 años. Esto ha traído como consecuencia una serie de nuevas preocupaciones, de todo orden, desde las bioéticas a las de la calidad de la sobrevivencia.

A pesar de esta realidad más optimista, tanto el paciente portador de un cáncer como su familia deben desarrollar rápidamente estrategias de adaptación a una noticia catastrófica. Las mayores preocupaciones están relacionadas con el temor a la muerte, con la dependencia de terceros, con los cambios físicos, con la invalidez, con el temor al abandono y quiebre de sus relaciones interpersonales, con sus roles sociales y los compromisos financieros. La respuesta del paciente depende no sólo de las variables médicas (sitio del cáncer, sintomatología, pronóstico), sino también de las psicológicas (personalidad previa, estrategias de adaptación, etapa del desarrollo vital y el impacto del cáncer en ésta) y sociales (apoyo social y familiar, previsión).

Emocionalmente, los pacientes pueden reaccionar con ansiedades extremas, tristeza, miedo y rabia, o pueden hacerlo de forma desconcertada y pasiva. Algunos se concentrarán en su enfermedad, buscando activamente información y opiniones, otros lo harán de forma confusa y desconcentrada. Son frecuentes las alteraciones en los apetitos, en el sueño y las alteraciones en las actividades de la vida diaria. Esta

respuesta aguda suele ser transitoria y los pacientes van respondiendo a su realidad, a medida que esta cambia. Cuando el compromiso se prolonga más allá de 10 días a 2 semanas o los síntomas son invalidantes, el paciente debe recibir una evaluación psiquiátrica (Tabla 6).

Tabla 6. Evaluación de un paciente con cáncer

Psiquiátrica	
	historia previa
	examen mental actual
	comprensión de la enfermedad
	significado de la enfermedad
Médica	
	cáncer
	tratamiento del cáncer
	condiciones médicas y tratamientos asociados
	social
	relación con la familia
	relación con el equipo tratante
	otros apoyos sociales
	aspectos financieros

Los síndromes psiquiátricos más frecuentemente encontrados en los pacientes con cáncer se muestran en la Tabla 7. La mayoría de éstos se asocian al diagnóstico y no constituyen psicopatología previa. En los pacientes que están hospitalizados, la frecuencia de depresión mayor sube a cerca del 25% y la de delirium al 15%. Estas cifras no son sustancialmente distintas de las encontradas en otros pacientes con otras enfermedades comparables, lo que desmistifica la creencia general -y también médica- de que el diagnóstico de cáncer produce reacciones mayores. Esta creencia popular tiene algunas consecuencias negativas en el paciente con cáncer, ya que el equipo de salud tiende a llevar muy lejos el umbral de conflicto psicológico como para pedir evaluación psiquiátrica. Esto se traduce en que síndromes perfectamente tratables, como depresión mayor y *delirium*, tienden a ser subdiagnosticados y subtratados.

Las intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer incluyen la educación, la aplicación de técnicas conductuales (para reducir el estrés psicológico y también para reducir algunos efectos secundarios de la quimioterapia o de la radioterapia) como la relajación o autohipnosis, la psicoterapia individual y las intervenciones grupales.

Síndromes psicogénicos o funcionales. Los síndromes psicógenos (frecuentemente llamados funcionales) son enfermedades que se presentan con sintomatología somática pero con una fuerte sugerencia que los factores psicológicos y sociales tienen un papel preponderante en la generación, manifestación y mantención de los síntomas. Pueden ser varia-

Tabla 7. Incidencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer

Trastornos de adaptación	68%
Depresión mayor	15%
<i>Delirium</i>	8%

bles en intensidad, desde pequeñas manifestaciones físicas (pruritos y dolores en situaciones de tensión) a síndromes invalidantes e incluso fatales. La sintomatología dolorosa y otras manifestaciones físicas que sufren estos pacientes lleva a numerosos procedimientos diagnósticos, muchos de ellos invasivos, a frecuentes hospitalizaciones y no en pocas oportunidades a intervenciones quirúrgicas, todo ello con mínimos o con ningún hallazgo patológico. En la nosología psiquiátrica actual se les conoce como trastornos somatomorfos. Actualmente son concebidos como una transformación anormal de experiencias psicológicas o sociales en manifestaciones físicas. Pueden estar asociados a otras enfermedades psiquiátricas mayores, como esquizofrenias, depresiones mayores, personalidades histéricas o limítrofes, adicciones e impulsividad.

Estos pacientes, por diversas razones, son tratados por médicos no psiquiatras. Primero, porque consultan a estos médicos, segundo, porque realmente se sienten físicamente enfermos y negarán los conflictos psicológicos y sociales y, por ende, la evaluación o tratamiento psiquiátrico. Muchos se pueden sentir ofendidos, molestos y no valorizados al presentarles la posibilidad de un conflicto psicológico como causa de su enfermedad. Son frecuentes las múltiples consultas, los múltiples médicos a quienes han consultado y los diversos exámenes y tratamientos prescritos.

El diagnóstico de estos cuadros debe ser positivo y no solamente una exclusión una vez descartadas, si esto es posible, todas las alternativas de diagnóstico diferencial que ofrece un determinado síntoma. Solamente una aproximación sistemática por parte del médico, incluyendo la psicopatología de los problemas psicológicos, permitirá ofrecer una ayuda significativa al paciente, o, al menos, evitar mayores riesgos y frustraciones.

Por otro lado, estos pacientes adquieren enfermedades físicas con mayor frecuencia que la población control. Esto implica que siempre deben recibir los cuidados apropiados, por lo que es necesaria una aproximación médica y psiquiátrica durante el tratamiento.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- Hales RE. Thompson TL editores. Consultation-Liason Psychiatry. En: Review of Psychiatry. Vol 9. Cap 4. American Psychiatric Press 1990.
- 2.- Wise MG. Rundell JR. Concise guide to consultation psychiatry. American Psychiatric Press 1988.
- 3.- Strain JJ. Taintor Z. Consultation liason psychiatry. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. Cap. 25.14. Williams & Wilkins 1989.