PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL
Dr. G Hernández Galvez.
Enero 2011.

INTRODUCCION

Un paciente avanza por el pasillo de la sala llamando por su nombre a una mujer que solo él ve. Aún tiene conectado a su vena un suero y arrastra el soporte que lo sostiene.

Otro paciente molesto por sentirse mal atendido está amenazando con demandas legales a sus tratantes y al hospital. El equipo tratante de una enferma drogadicta, VIH positiva y con tuberculosis activa no sabe que hacer con la enferma que se niega a permanecer en el hospital y recibir tratamiento. Para otro paciente han resultado inútiles las explicaciones que le han dado sobre el riesgo a que se somete si deja el hospital e insiste en que debe dársele el alta. Estas situaciones y otras que incluyen agresiones verbales y físicas de distinta índole al personal, o la incertidumbre que genera dar el alta a un paciente ya recuperado de una intoxicación por medicamentos que consumió con fines suicidas, son problemas que enfrenta el personal de salud de cualquier hospital general.

Por otro lado cualquier enfermedad médica grave conlleva una carga de sufrimiento adicional a los síntomas y discapacidades inherentes al cuadro y a su tratamiento y, la enfermedad en sí misma representa un conflicto psicológico. A estos problemas tiene que sumarse el desafío que puede significar para cualquier equipo médico o médico-quirúrgico brindar asistencia médica a pacientes portadores de cuadros psiquiátricos primarios comórbidos.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Es la denominación más difundida para referirse a la actividad efectuada por el psiquiatra que desde su especialidad colabora con los equipos médicos en la asistencia de pacientes médicos y quirúrgicos.

El nombre de la actividad no genera total consenso y en la literatura puede encontrarse como tal, Psiquiatría de Enlace (PE), como Psiquiatría de Consultoría-Enlace (PCE), y algunos que entienden el término "Enlace" como innecesario y confuso prefieren hablar de Servicio de Consulta Psiquiátrica (1). Recientemente en Estados Unidos se ha vuelto a la antigua denominación de Medicina Psicosomática para la actividad. Hoy para algunos la mejor denominación para un servicio o unidad destinada a atender problemas de la interfase médica-psiquiátrica o de comorbilidad médica y psiquiátrica es Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática. La literatura acerca del tema sí exhibe consensos como que históricamente ha costado posicionar la PE dentro de la propia psiquiatría y en la medicina "somática"; que resulta difícil obtener medios para ejercerla y desarrollarla; que contribuye a ahorrar recursos en salud ya que la participación del psiquiatra de enlace en el hospital general disminuye costos al bajar los tiempos de estadía hospitalaria para muchos pacientes. También hay consenso en que la PE tiene un perfil específico que la configura como una subespecialidad de la psiquiatría y hay acuerdo en cuales son sus tareas.

ASISTENCIA, ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Según Strain los psiquiatras de enlace estudian, se ocupan y enseñan acerca de la comorbilidad médica y psiquiátrica (2). Hackett y cols. Señalan de forma más didáctica que las tres funciones propias de la PE son la asistencia a pacientes, la enseñanza y la investigación (1).

ASISTENCIA A PACIENTES

La literatura acerca de la historia de la actividad en Norte América señala que su inicio a menudo tuvo lugar a partir del interés personal de algún psiquiatra por los problemas de salud mental de los pacientes somáticos y que la demanda de prestaciones psiquiátricas para pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados obedecía también a la sensibilidad propia de algunos internistas o cirujanos por los problemas psiquiátricos de algunos de sus pacientes (3).

En nuestro medio desde que se creó el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau (HBTL) a comienzos de los 1970, los tratantes de servicios médicos y quirúrgicos vienen solicitando la opinión psiquiátrica como un recurso más para la asistencia de sus pacientes hospitalizados. En esos años era infrecuente hablar de PE y no se concebía en el servicio de psiquiatría una unidad asistencial que se dedicara específicamente a los problemas planteados al psiquiatra por los médicos somatistas. Sí se ofrecían prestaciones para muchas de esas solicitudes a través del Departamento de Psiquiatría Sur de la Universidad de Chile donde la profesora Ivette Claudet daba un seminario de Medicina Psicosomática para residentes de psiquiatría e ilustraba la teoría con casos asistidos en los servicios médico quirúrgicos del hospital. Colaboraba con la asistencia, también desde la universidad, el Dr. Enrique Escobar; desde el Servicio de Psiquiatría el Dr. Fernando Michea hizo de interconsultor por varios años.

Nosotros junto a una psicóloga que se interesaba por los aspectos psicológicos de los enfermos médicos, iniciamos la asistencia de pacientes en 1980.

Después de dos años de trabajo continuado hicimos una sistematización de lo que hacíamos como interconsultores midiendo algunos aspectos básicos de la actividad de 1 semestre (Marzo-Septiembre de 1982) (4). En ese período recibimos 71 solicitudes y evaluamos a 67 pacientes. El 90% estaban internados en el HBLT. Medicina interna fue el servicio que más recurrió al apoyo psiquiátrico (63.3%); el 11.3% eran pacientes gineco-obstétricas; 9.8% del servicio de cirugía, 5.6% de las solicitudes provenían de Enfermedades Broncopulmonares, Oftalmología, Urología y Traumatología. El Hospital de Enfermedades Infecciosas Lucio Córdova pidió asistencia psiquiátrica para el 9.8% de los pacientes de la muestra.

Predominaba ampliamente la solicitud para mujeres, 86%.

Con los criterios diagnósticos de la época encontramos 26.6% de Neurosis; 18.3% de Psicosis Agudas y Crónicas, 10% de Cuadros Orgánicos Cerebrales y 3.3% de Alcoholismo. Para el 23.3% no encontramos patología psiquiátrica y en el 18.3 encontramos "Reacción Emocional Normal".

Presentamos estos datos en una reunión de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. Un experimentado psiquiatra se sorprendió por la baja cifra de Alcoholismo reportada. Y con toda razón pues las complicaciones médicas y conductuales del consumo abusivo o dependiente de alcohol siguen siendo hasta ahora un problema mayor en todos los servicios de hospitalización médica.

Entre los diagnósticos nuestros (consultores) y los diagnósticos de los médicos o profesionales tratantes (consultantes) las mayores discrepancias estuvieron en los casos que los consultores agrupamos como "sin patología psiquiátrica" o como "reacciones emocionales normales" y que los consultantes calificaban con diagnósticos como histeria,

neurosis o depresión, etc., dándole carácter psicopatológico a emociones que suelen elicitar en las personas en la condición de estar enferma y hospitalizada.

Veinte años más tarde, 2002, repetimos el ejercicio para 1 semestre de actividad (Octubre 2002-Marzo 2003) (5,6).

Solicitudes, Origen y Datos de los Pacientes

La Tabla 1 muestra que se emitieron 128 interconsultas a Psiquiatría de Enlace en ese semestre. Prácticamente de todos los servicios del HBL solicitaron evaluaciones psiquiátricas y como es de esperar los servicios con mayor número de camas usaron más veces el recurso. El hospital Lucio Córdova acumuló el 19% de las solicitudes. La frecuencia de solicitudes por género fue ligeramente mayor para mujeres (57%); el 70% de los pacientes eran menores de 49 años y el nivel socioeconómico y educacional de la muestra es representativo de la población tipo que se atiende en el complejo asistencial.

Tabla 1. Origen y Datos Biodemograficos de los Pacientes en 128 Interconsultas a Psiquiatría de Enlace en el Semestre Octubre 2002-Marzo 2003.

Variables	Nº	%
Interconsultas recibidas	128	100
Origen de las Interconsultas		
Hosp. Barros Luco		81
Medicina		22.7
Cirugía		17.3
Maternidad		13.6
Neurología		5.5
Traumatología		5.5
UCI/UTI		5.5
Ginecología		4.5
Urología		2.7
ORL		0.9
Neurocirugía		0.9
Otros Servicios o Unidades		3.6
Hosp. Lucio Cordova		19
Datos Biodemográficos		
Mujeres		57
Rangos Etarios (Años, mujeres y hombres)	< 49	70
		23
Nivel socioeconómico y Escolarización: Bajos en la mayoría	50-69	

Información de la Interconsulta

Las 128 interconsultas recibidas en el semestre se redujeron a 110 luego que descartáramos 18 por ser repeticiones para un mismo paciente o peticiones para reevaluar o controlar a pacientes durante la misma hospitalización.

Analizamos los datos aportados por los consultantes en las 110 interconsultas iniciales.

El formato en uso "Solicitud de Interconsulta o Derivación" extenso, detallado y de diseño orientado a comunicarse entre establecimientos antes que entre clínicos, favorece la omisión de datos. En la sección "Datos del Paciente" lo más complicado para el consultor es que falten las coordenadas necesarias para encontrar al paciente, esto es, Especialidad y

Unidad de hospitalización. Cualquier otro dato faltante puede obtenerse del registro clínico o en la entrevista psiquiátrica al paciente.

Los “Datos Clínicos” suelen ser heterogéneos en tipo cantidad y secuencia. El patrón más distinguible aunque poco frecuente, consigna los diagnósticos médicos, los psiquiátricos y la descripción de conductas problemáticas del paciente o peticiones específicas al consultor.

Organizamos la información ofrecida desagregando diagnósticos psiquiátricos y problemas.

Los diagnósticos psiquiátricos se conservaron y para sintetizar los “problemas” elegimos términos psiquiátricos que interpretaran y respetaran al máximo las expresiones empleadas por los consultantes en sus solicitudes. Por ejemplo, en las solicitudes no figuran literalmente términos como “incumplimiento terapéutico”, “problemas con el núcleo familiar”, “evaluación pre trasplante de órgano”.

Para sintetizar información de una misma clase y que los consultantes ofrecían con distintos términos hicimos algunas agrupaciones como “Agitación psicomotriz/síndrome delirioso/síndrome confusional” que para el discurso psiquiátrico puede ser señal de presencia de Delirium, o “Pánico/angustia” que en la categorización psiquiátrica se ubican en los Trastornos de Ansiedad

La Tabla 2 contiene en números absolutos la información psiquiátrica y/o conductual aportada por los consultantes en las 110 solicitudes consideradas para el estudio.

Tabla 2. Diagnósticos Psiquiátricos y Problemas planteados por los consultantes en 110 Interconsultas a Psiquiatría de Enlace. Octubre 2002-Marzo2003*

Diagnóstico Psiquiátrico o Problema Conductual	N
Depresión/bipolaridad	44 / 4
Por uso de sustancias o / y alcohol	29
Intentos de suicidio / ideación suicida	21 / 3
Problemas perinatales	13
Agitación psicomotriz / síndrome delirioso / síndrome confusional	11
Pánico /angustia	10
Esquizofrenia / psicosis	9
Psicosis esteroideal/ problemas por esteroides	6
Evaluación pre trasplante de órgano y cirugía por obesidad	6
Apoyo en uso de psicofármacos	5
Abandono e incumplimiento terapéutico	5
Paciente VIH +	4
Problemas núcleo familiar	4
Trastorno/alteración personalidad	4
Sd convulsivo psicógeno/diag. dif.convulsiones / Sd conversivo	4
Petición de hospitalización en psiquiatría	3
Paciente agresivo	3
Psicoterapia/psicoterapia de apoyo	2
Otros	3

* Suele haber varios motivos en una misma solicitud

El diagnóstico psiquiátrico más difundido en la cultura actual y en el medio médico es Depresión; la “bipolaridad” ha alcanzado alta penetración. Esto se refleja en que el motivo más aludido para solicitar el concurso del psiquiatra de enlace es Depresión (44 solicitudes).

En 29 solicitudes los consultantes llamaron consultores para pacientes con problemas derivados del consumo de sustancias ilícitas o/y alcohol haciendo de estos problemas la segunda frecuencia de requerimientos a PE.

El consumo abusivo o la dependencia a alcohol y a sustancias lícitas e ilícitas están clasificados como trastornos mentales (DSM, CIE 10). Son además causas de enfermedades médicas, factores predisponentes para traumas de distinta naturaleza, condicionantes de problemas psicosociales graves, serios interferentes con los tratamientos de enfermedades médicas no relacionadas con el consumo de sustancias, y pueden ser causa de problemas serios de relación de los pacientes con sus equipos tratantes cuando emergen síntomas de privación durante una hospitalización médica.

La suicidalidad expresada como intento frustrado de suicidio o de ideación suicida se consignó como motivo para recurrir al psiquiatra de enlace 21 y 3 veces respectivamente. La hospitalización en medicina, cirugía, traumatología o UCI de pacientes que se han autoinferido lesiones o han ingerido voluntariamente tóxicos o sobredosis de fármacos de prescripción con consecuencias clínicas severas, está comunmente relacionadas con algún trastorno psiquiátrico agudo o crónico o con características de personalidad o estilos disfuncionales de resolución de conflictos. Este grupo de pacientes configuró la tercera frecuencia de solicitudes de participación del psiquiatra de enlace en los servicios del hospital general.

La población de embarazadas y puérperas motivó 13 solicitudes a PE. Los calificamos como "problemas perinatales".

Signos y conductas como agitación, delirio, confusión, atribuibles a la forma activa del Delirium, cuadro de etiología casi siempre multifactorial derivada de alteraciones fisiopatológicas, especialmente frecuente en adultos mayores y a menudo subdiagnosticado, fueron causas señaladas en la información de 11 solicitudes.

El paciente con esquizofrenia o con el antecedente de padecerla siempre genera inquietud entre el personal de los servicios médicos. Aunque los comportamientos y cooperación de estas personas con la asistencia médica sean perfectamente ajustados, su sola presencia en una sala de hospitalización médica motiva a solicitar la presencia del psiquiatra. En esta muestra tuvimos 9 solicitudes por esta causa.

Las solicitudes para evaluar a pacientes por psicosis esteroidea, problemas con el uso de esteroides, pretrasplante de órgano, se hicieron para pacientes trasplantados renales y candidatos a trasplante renal, hepático y cardíaco. Aunque no tan estructuradamente como ocurre en grandes centros de trasplantes, en el período de nuestro estudio recibimos 12 solicitudes de este tipo incluyendo peticiones para evaluación psiquiátrica previo a cirugías bariátricas.

En la insuficiencia terminal de órgano y en el trasplante de órganos el psiquiatra de enlace puede aportar colaborando con los equipos de trasplantes en evaluaciones pre y postrasplante. En el período previo valorando la condición psicológica del enfermo, apoyándolo en el tiempo de espera de órgano o donante, o determinando si existen condiciones psicopatológicas que no de garantías razonables de colaboración del paciente con los cuidados necesarios para la conservación del injerto de un órgano a menudo escaso. En el período postrasplante el apoyo psicológico al paciente es importante sobre todo si se presentan complicaciones o rechazo del órgano trasplantado.

Las solicitudes de apoyo para el uso de psicofármacos nos abre a capítulos importantes en la PE como el empleo de psicofármacos en condiciones fisiopatológicas particulares y a las interacciones farmacológicas cuando debemos prescribir psicofármacos a enfermos que están recibiendo diversos otros fármacos para tratar enfermedades médicas.

Las solicitudes por abandono o incumplimiento terapéutico; para pacientes VIH+; por problemas de pacientes con su núcleo familiar; por alteraciones de la personalidad; por trastornos psicogénicos o conversivos; para pacientes agresivos o requirentes de psicoterapia, son demostrativos de que ciertas actitudes y conductas de los enfermos así como algunos rasgos de la personalidad o problemas medioambientales pueden tener un rol interferente en la relación médico-enfermo, en la apreciación que tiene el enfermo de su enfermedad, y finalmente con el éxito terapéutico mismo. El psiquiatra de enlace está bien preparado para evaluar estas dificultades y para contribuir al manejo de ellas.

Estudio Psiquiátrico de los Pacientes: Cuando asistimos a evaluar a los pacientes identificados en las interconsultas, la muestra se vio reducida en 22 casos. Algunos pacientes habían sido egresados, en otros su condición médica hacía imposible entrevistarlos debiendo limitarnos solo a la observación física; algunos solo podían entregar datos verbales fragmentarios.

El estudio psiquiátrico programado abarcó entonces a 88 pacientes. A ellos les hicimos una evaluación multiaxial. Los trastornos psiquiátricos se formularon administrando la Entrevista Clínica Estructurada para El DSM-IV-TR (6).

Los diagnósticos psiquiátricos formulados con este instrumento se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Trastornos Mentales en 88 pacientes médicos y quirúrgicos estudiados por psiquiatras de enlace. Octubre 2002-Marzo 2003.

Trastornos mentales	%
<i>Sin trastornos</i> o con Reacciones Emocionales No Clasificables como Trastornos	20.4
<i>Con trastornos</i>	
por Consumo de Sustancias (incluye Alcohol)	41.9
de Ansiedad	28.3
de la Personalidad	22.7
Depresivos	20.4
Delirium/Delirium-Demencia/Demencia	12.5
Adaptativos	6.8
Esquizofrenia	4.5
Disociativos/ Conversivos	3.4
de la Conducta Alimentaria	2.3
Somatormorfos (hipocondría)	1.1
Otros	4.5

* La mayoría de los pacientes califica para dos o más diagnósticos psiquiátricos.

El 20% de los pacientes no cumplió con criterios para ninguno de los trastornos incluidos en la Entrevista clínica Estructurada. Subdividimos este grupo en dos subgrupos. Uno constituido por 9 pacientes. De ellos 7 no reportaron síntomas y la exploración psiquiátrica no los encontró ni pudo inferirlos; 2 reportaron emociones transitorias no relacionadas con estresores discernibles. En el otro subgrupo (N=7) distinguimos a los pacientes que reportaron emociones más perdurables. Tres de estos enfermos relacionaron su estado emocional con el estar enfermos, 1 reporta como causas de su estado emocional el estar enfermo y hospitalizado, 1 considera que la enfermedad y problemas de su ambiente de origen son la causa de su estado emocional, 2 atribuyen sus respuestas emocionales a la situación de hospitalización.

En estos casos psicológicamente “sintomáticos” los enfermos vivenciaban su situación con incertidumbre o sentían miedo o angustia o, rabia o tristeza o combinación de estas emociones; ellos relacionaron inequívocamente su estado emocional con las situaciones y estímulos nombrados (enfermedad, hospitalización, estresores de su ambiente cotidiano); para el psiquiatra interconsultor la presencia de estas emociones fue comprensible y su intensidad proporcionada a los estímulos que las elicitan. Disminuyeron con la catarsis, esto es, se atenuaron con una breve conversación orientada, escucharlos, valorar empáticamente sus sentimientos o quejas, conocer sus causas, explicarles, y sugerir alguna medida de fácil realización como comunicar su problema o necesidad de información, por ejemplo, a su médico tratante.

Siendo la magnitud de la respuesta emotiva proporcional a los estímulos y en ausencia de otros signos o conductas disfuncionales acompañantes, no se cumplen los criterios para formular diagnóstico de trastorno mental.

En el Eje I del DSM IV-TR estos casos pueden tener cabida en “Otros Problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

El 42% de los enfermos calificó para trastornos por consumo de alcohol y/o sustancias. Este grupo concentra además a sujetos con patrones de pensamiento, sentimientos y conductas propios de los trastornos de la personalidad, así, en 9 de ellos a la patología de Eje I (Trastornos Mentales por Consumo de Alcohol y Sustancias) se suma patología del Eje II (Alteraciones de la Personalidad); 5 enfermos de este grupo se habían hospitalizado por lesiones o intoxicaciones con fines suicidas.

Los trastornos de ansiedad (28,3%) constituyeron la segunda frecuencia por trastornos. Están incluidos casos de fobias específicas que por lo general no interfieren en la patología médica ni con el manejo del enfermo. En este grupo 7 pacientes tienen comorbilidad psiquiátrica de Eje II, es decir Trastornos de la Personalidad; 2 habían intentado suicidio.

Los Trastornos de la Personalidad como diagnóstico único o comórbido con otros trastornos se encontró en el 22.7% de la muestra.

Los pacientes depresivos constituyeron algo más del 20% de la muestra y 4 de ellos calificaron también para Trastornos de la Personalidad; 3 habían intentado suicidio.

Los pacientes con Delirium (cuadros psicóticos agudos), Demencias (fallas cognitivas adquiridas y estables) o ambas alcanzaron al 12,8%. Se mencionan como grupo por la gran vulnerabilidad que tiene el paciente Demente y con un cuadro médico, sobre todo si es añoso, a presentar Delirium que además suele ser fluctuante.

El Trastorno adaptativo lo encontramos en 6 pacientes. Cinco en su forma mixta Depresiva-Ansiosa y uno en la variante No Especificada. Dos de ellos eran referidos como Depresión y dos como síndromes Depresivos.

La esquizofrenia la encontramos en el 4.5% de la muestra

Tres pacientes de la muestra eran casos de Trastornos Disociativos/Conversivos; dos eran portadores de Trastornos de la Conducta Alimentaria, uno calificaba para Hipocondría y 4 para otros trastornos psiquiátricos.

El tipo de tratamiento que se ofrezca para la patología psiquiátrica comórbida con la patología médico quirúrgica durante una hospitalización por causa médica, depende de la

cantidad de recursos disponibles en la unidad de psiquiatría de enlace, de la organización del sistema de asistencia médica, y de la relación que la unidad de enlace sostenga con el sistema asistencial médicoquirúrgico.

La recomendación es que la asistencia del psiquiatra de enlace esté disponible las 24 horas de los 7 días de la semana (7). En la realidad pocas unidades de enlace pueden contar con esta dotación de recursos.

En la práctica local, como en la mayoría de las unidades en diferentes partes del mundo, la PE opera como un servicio de consultoría; "...Responde a requerimientos de otros servicios para ayudar con el diagnóstico, tratamiento o actitud ante pacientes perplejizantes..."

ENSEÑANZA

Strain (1) plantea que se trata de enseñar ciertos conceptos de salud mental a los médicos de asistencia primaria, que ven a la mayoría de los enfermos con morbilidad psiquiátrica en Estados Unidos. Tal enseñanza se lograría desarrollando una relación centrada en las necesidades pedagógicas del médico de atención primaria para detectar, diagnosticar, referir o tratar a su paciente que tiene un trastorno psiquiátrico primario o secuelas psiquiátricas de una disfunción física.

Para conocer los modelos de entrenamiento en salud mental en tres especialidades de asistencia primaria (medicina interna, medicina general familiar y atención primaria) efectuó investigaciones que lo llevaron a reconocer 7 modelos de enseñanza.

1. Modelo de consultoría: Se basa en el método de caso. El consultante inicia la consultoría y no experimenta cambios formales, ni se le ofrece enseñanza estructurada del tipo sesiones didácticas, seminarios o tutorías. El psiquiatra actúa como consultor y puede enseñar al staff en el contexto de un caso individual pero de todas maneras deriva a aspectos de salud mental en la atención del paciente. Alguna enseñanza puede tener lugar a través de la nota en el registro del paciente o del intercambio verbal con el médico del staff.

2. Modelo de enlace: Además de los elementos del modelo de consultoría, se usan ejercicios formales, estructurados, pedagógicos, para enseñar información y habilidades básicas. Se establece una estructura (Pej., encuentros médico-psiquiátricos semanales, sesiones almuerzos docentes mensuales con los residentes y encuentros mensuales con los tratantes). Se presentan conferencias educativas dictadas por prominentes profesores del campo de la psiquiatría y la medicina a audiencias de residentes, estudiantes de medicina, becarios, enfermeras y trabajadores sociales. Un psiquiatra-profesor a menudo se convierte en miembro permanente de una unidad o equipo médico-quirúrgico. El psiquiatra de enlace imparte información psiquiátrica a residentes de medicina y cirugía, lo que es importante porque la educación en salud mental es mínima durante la mayoría de la residencia médica y quirúrgica.

3. Modelo puente: Un psiquiatra-profesor afiliado a un departamento de psiquiatría, es asignado a un lugar de enseñanza en atención primaria (a menudo un sitio de entrenamiento ambulatorio) una parte de su tiempo. El servicio de destino paga por el psiquiatra y lo "emplea" como profesor para el staff y, en particular para el staff local. Se le piden sesiones educativas y la disponibilidad del psiquiatra permite la propagación constante de información en tópicos de salud mental.

4. Modelo híbrido: La enseñanza de salud mental la efectúa un psiquiatra o un cientista de la conducta (pej., psicólogo, trabajador social o sociólogo) miembro de un equipo

multidisciplinario y de la facultad de atención primaria. El foco de la enseñanza depende de la disciplina del profesor. Los profesores no psiquiatras enfatizan las habilidades en comunicación, relación médico-paciente, adaptación a la enfermedad médica y cumplimiento terapéutico.

5. Modelo psiquiátrico autónomo: El psiquiatra es contratado por el grupo de atención primaria y no tiene vínculos formales con un departamento de psiquiatría o servicio educacional o la enseñanza psicosocial es impartida exclusivamente por un científico del comportamiento no psiquiatra.

6. Modelo de entrenamiento en especialidad de postgrado: El médico de atención primaria es entrenado en salud mental por 1-2 años, ganando considerable expertise en detectar, diagnosticar y tratar trastornos de salud mental. En esencia, el médico de atención primaria ha tenido una beca en psiquiatría médica. Exceptuando los pacientes más complicados y difíciles, este modelo entrena al médico de asistencia primaria en la mayoría de las intervenciones para la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes médicamente enfermos.

7. Modelo de entrenamiento de doble pizarra: El médico de atención primaria es entrenado tanto en psiquiatría como en su especialidad médica o quirúrgica. En esencia el médico de atención primaria tendría el rango completo de competencias esperadas para un residente que completó el entrenamiento psiquiátrico. Este entrenamiento es muy caro, toma varios años completarlo y a menudo termina en un médico cuyo foco primario es la psiquiatría. El resultado de tal entrenamiento necesita estudios más cuidadosos respecto a la elección de carrera y a los tipos de pacientes que eventualmente traten estos médicos.

En el texto de Cassem y cols. "Manual de psiquiatría en hospitales generales" en la página y media dedicadas explícitamente a Enseñanza, Hackett, su primer autor, dice que la mayoría de los psiquiatras creen que no se puede enseñar psiquiatría a médicos y cirujanos de la institución (Massachussetts General Hospital) en forma reglada...“, para que la enseñanza resulte más seria y eficaz, lo mejor es impartirla al pie de la cama.”

En nuestro trabajo hemos hecho foco de la enseñanza a los residentes de psiquiatría de adultos de nuestro departamento. Desde que iniciamos la actividad la incorporamos como tema curricular. Actualmente damos un curso anual de un semestre en sesiones semanales de 4.5 horas. En la primera mitad del tiempo se presentan temas teóricos previamente calendarizados y luego participan en la asistencia regular a pacientes de servicios médico-quirúrgicos de los hospitales del complejo asistencial.

La actividad teórica consulta temas relacionados con los motivos que generan interconsultas a PE y en la actividad práctica además de prestar asistencia al enfermo, intentamos correlacionar los casos con los contenidos teóricos que se han tratado en los seminarios.

Si bien el encuentro con los consultantes es poco frecuente, cuando ocurre procuramos que los residentes participen activamente de la discusión.

Un punto que no dejamos al azar es como construir la nota de respuesta en el registro clínico. Después de cada caso asistido el residente debe llenar un formato preestablecido que se le corrige y califica.

Ocasionalmente la PE ha sido tratada en el curso de psiquiatría de pregrado. En cambio desde hace algunos años y de modo independiente se dan clases y prácticas sobre manejo de crisis emocionales en pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos.

Más recientemente durante el internado de psiquiatría se ha programado una mañana dedicada a psiquiatría de enlace. En esta experiencia los internos participan en un seminario sobre el tema y concurren a la asistencia de dos o tres pacientes interconsultados a PE.

INVESTIGACIÓN

Kornfeld en su artículo *Consultation-Liason Psychiatry: Contributions to Medical Practice* (8) dice "... esta breve revisión contiene 11 artículos de New England Journal of Medicine; 4 de Journal of American Medical Association y otras de Science, Lancet, American Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, American Journal of Cardiology, Cancer, Journal of Clinical Oncology, Circulation, Pacing and Clinical Electrophysiology: Pace, y Transplantation. Sabemos que estas publicaciones pueden influir en la práctica médica en Estados Unidos y en todo el mundo...".

Se trata de contribuciones robustas publicadas entre 1958 y 2002 resultantes de observaciones hechas por psiquiatras de enlace y que dieron lugar a investigaciones que originaron cambios de algunas prácticas médicas o fueron el inicio para el desarrollo de subespecialidades de interfase médico-psiquiátrica.

En oftalmología revisión y cambio de las técnicas de manejo postoperatorio de la cirugía de cataratas para disminuir la incidencia de *Delirium* por estas causas; en la cirugía a corazón abierto también para reducir la incidencia de *Delirium*, se recomendó una serie de cambios en los procedimientos: permitir más períodos de sueño ininterrumpido, orientación en el tiempo y el lugar, y transferir a los pacientes fuera de la sala de cuidados intensivos tan pronto como fuera posible. Este artículo tuvo impacto más allá del manejo del enfermo cardioquirúrgico puesto que también influyó en el diseño de las salas de cuidados intensivos. Por ejemplo, los arquitectos trataron de proveer ventanas hacia el exterior, se colgaron relojes en las paredes, y los procedimientos de enfermería se reorganizaron para proveer más sueño continuado.

En el infarto al miocardio la exploración de los efectos de la negación de la patología por los paciente o la solicitud de alta contrariando el consejo médico en otras patologías, motivó a los psiquiatras de enlace a recomendar que no se enfocara el problema desde las consecuencias legales de dejar ir al paciente o forzarlo a permanecer en el hospital, sino a preguntarse como podría explicarse tal conducta autodestructiva y explorar variables psicológicas y psicopatológicas que luego de apropiado manejo disminuyen estas conductas de riesgo.

Friedman y sus colegas exploraron los efectos de privación de sueño en el desempeño de internos. Antes de 1971 los internos tradicionalmente trabajaban cada noche y cada fin de semana. En un atareado hospital docente, ellos podían trabajar por 48-72 horas con muy pocas horas de sueño. Restrospectivamente era obviamente dañino para pacientes e internos, pero esto nunca había sido estudiado ni documentado.

El estudio requirió que los internos revisaran trazados EEG prerregistrados y notaran arritmias azarosamente distribuidas. Sus respuestas después de un fin de semana de llamada fueron comparadas con las posteriores a una noche libre. Después de períodos prolongados de privación de sueño se encontró un número significativamente más alto de errores y ánimo disfórico. Este artículo tuvo un importante efecto en el entrenamiento médico. La mayoría de los programas de entrenamiento pronto variaron sus esquemas de llamada desde la noche siguiente a la tercera noche.

Hoy todos dan por hecho que los pacientes que se someterán a cirugía por cáncer tienen necesidades psicológicas especiales. Esto es así después que Sutherland publicara "El impacto psicológico del cancer y de la cirugía por cáncer" (1952).

El artículo de Sutherland contiene útiles consejos sobre como manejar a los pacientes de cáncer con colostomía que van más allá de cual bolsa o sellador usar y convirtió en tópico para ser abiertamente discutido el impacto emocional de las mutilaciones y de la función sexual.

Holland, subsecuentemente estableció la subespecialidad psicooncología para responder al llamado de Sutherland por estudios sistemáticos sobre el impacto psicológico del cáncer. Los psico-oncólogos de CE han proporcionado datos empíricos sobre la naturaleza y grado de los efectos perjudiciales de la mastectomía radical y estudiaron sistemáticamente los efectos de la reconstrucción de la mama después de la mastectomía. Ellos han enseñado a los cirujanos de mama como ayudar a las parejas a lidiar con el impacto de la mutilación. Estudios recientes han explorado los posibles efectos cognitivos inmediatos y de largo plazo de la quimioterapia sistémica.

Ellos también han intentado la enorme tarea de desarrollar métodos para identificar la presencia de depresión clínica en el enfermo médico.

Todos hemos oído decir a un colega “Por supuesto este paciente está deprimido; tiene cáncer.” Los médicos deben ser entrenados para distinguir entre infelicidad y depresión clínica de modo que pueda proporcionarse tratamiento apropiado y efectivo para esta complicación tratable de la que puede ser una enfermedad incurable.

La psiconefrológica es el estudio sistemático de los efectos psiquiátricos de la diálisis renal y del trasplante de riñón. El trabajo pionero en esta campo fue hecho por psiquiatras de CE. Antes que Medicare hiciera la diálisis disponible para todos, los psiquiatras de enlace jugaron un rol importante al seleccionar los pacientes a ser tratados en el limitado número de máquinas disponibles.

En el trasplante de órganos, hoy limitados solo por el suministro de órganos de donantes, los psiquiatras de CE contribuyen a la evaluación preoperatoria de estos pacientes y a su manejo postoperatorio.

Los médicos que trabajan en medicina de trasplantes han reconocido la necesidad de ser ayudados por psiquiatras de CE que sirven como miembros del equipo en centros mayores de trasplantes. Estas son las cuestiones que ellos deben tratar de responder: ¿Cómo se las arregla Ud. con una situación en que un potencial donante, relacionado con el paciente, está dudoso de dar un órgano pero es incapaz de decirlo a su familia?. ¿Cómo maneja la reacción de un donante cuyo órgano donado no ha funcionado?. ¿Cómo determina Ud. si un paciente de trasplante de hígado con cirrosis va a continuar abstinentemente de alcohol postoperado?, ¿Cómo puede manejar mejor los efectos psiquiátricos de las drogas inmunosupresoras?.

En los 1970 y 1980 se logró mayor comprensión de la etiología y manejo de los ataques de pánico; los psiquiatras de CE se hicieron concientes del rol que juega este trastorno en la práctica médica. En 1988 Katon et al y Beitman et al reportaron que un significativo número de pacientes con dolor al pecho y angiogramas coronarios normales sufrían de trastornos de pánico. Sus informes alertaron a médicos generales y cardiólogos respecto a que el trastorno de pánico podría ser parte importante de los diagnósticos diferenciales de los síntomas cardíacos. Esto llevó a diagnósticos más seguros y además a disminuir angiogramas innecesarios y a tratamientos más apropiados para un trastorno relativamente común y a menudo incapacitante .

En 1993 Frasure-Smith et al. reportaron que pacientes con infarto miocárdico que estaban depresivos cuando se les evaluaba cercano al evento tenían 3-4 veces más probabilidad de morir a 1 año plazo que pacientes no depresivos. Hallazgos similares se encontraron en pacientes con depresión leve así como en pacientes después de cirugía de bypass de arteria coronaria.

El psiquiatra de CE Peter Reich y el cardiólogo Bernard Lown reportaron en 1976 un estudio del rol de los factores emocionales en el inicio de la fibrilación ventricular. Este y reportes que le siguieron aportaron base científica para estos fenómenos y alertaron a la comunidad médica de la necesidad de desarrollar técnicas para proteger a los individuos vulnerables. Un desfibrilador cardíaco implantable es el tratamiento actual para estas arritmias que amenazan la vida. ¿Cómo responden los individuos a la presencia de un aparato que puede salvarles la vida pero que descarga un asombroso shock eléctrico en sus corazones sin advertencia?. En 1997 Heller et al reportaron sus observaciones de 58 pacientes. Además de datos sobre calidad de vida, ellos dieron cuenta que la presencia de aumento de tristeza y ansiedad se asociaba con más descargas del desfibrilador, un hallazgo compatible con el trabajo más temprano de Lown et al. Ellos especularon que este hallazgo podía también dar cuenta, en parte, de la mayor mortalidad post infarto miocárdico en pacientes depresivos.

En especialidades en rápido avance, como la cardiología y la cardiocirugía, los psiquiatras de CE juegan un rol en cada nueva etapa del desarrollo técnico identificando potenciales problemas psiquiátricos y las forma más efectivas de enfrentarlas. Por ejemplo, los psiquiatras de CE están trabajando actualmente con pacientes con falla cardíaca que esperan un trasplante de corazón. Estos pacientes pueden ser tratados con un aparato que asiste al ventrículo izquierdo para mantenerlos con vida hasta que un corazón —eso se espera— esté disponible. ¿Cuál es la calidad de vida con tal aparato mecánico?, ¿Cuál es el impacto sobre la familia y el asistente responsable si el funcionamiento automático del aparato falla?, ¿Qué pasa con el paciente que debe elegir entre renunciar a un aparato mecánico efectivo por un incierto trasplante cardíaco?. Un reporte de Dew et al. abordó estos temas. Nuevos reportes recientes indican que los problemas asociados con un corazón implantable también tendrán que ser abordados pronto.

Robinson et al. han estudiado el pronóstico después de un síncope (ataque repentino), y sus trabajos encontraron un paralelismo con los de Frasure-Smith en infarto al miocardio. Ellos han reportado que la depresión después de un síncope está asociado con más alta mortalidad. Sus informes de la efectividad de los antidepresivos en estos pacientes ha sido incorporada en las guías clínicas sobre rehabilitación postsíncope publicadas por U.S Public Health Services.

Los psiquiatras de CE han contribuido a la mejor comprensión de los efectos de las infecciones virales y sus tratamientos. Por ejemplo, uno de los más tempranos y más comprensivos reportes de la demencia asociada a infección VIH fue escrita por S. Perry. El trabajo de Perry sobre el impacto del diagnóstico de VIH, también contribuyó a las políticas diseñadas para la consejería de pacientes sometidos a tests diagnósticos. Los centros mayores de tratamiento VIH usualmente tienen un psiquiatra de CE asignado a los pacientes.

Fallon et al. y Kaplan et al. trabajando con sus colegas en medicina y pediatría, han descrito la persistencia de los efectos neuropsiquiátricos de la enfermedad de Lyme (ricketsiosis). Otros psiquiatras de CE han jugado un rol en el esfuerzo por solucionar los puzzles de la fatiga crónica y la fibromialgia: ¿La fatiga crónica es una infección viral crónica o la expresión somática de un trastorno psiquiátrico?. ¿La fibromialgia es una enfermedad reumatoide-símil no reconocida aún o una manifestación de hipocondriasis o depresión?.

El agente antiviral interferon, usado en la hepatitis C, esclerosis múltiple y melanoma maligno puede producir depresión, incluyendo suicidalidad tanto como en un tercio de los pacientes. Musselman et al reportaron que el uso de paroxetina profilácticamente 2 semanas antes del tratamiento reducía significativamente la probabilidad de esta ocurrencia. Hasta aquí los datos que nos proporciona Kornfeld.

Para nosotros la investigación también ha sido parte importante de nuestro trabajo en PE. Aunque lejos del impacto provocado por los trabajos de los autores reseñados por Kornfeld, hemos publicado en revistas nacionales datos epidemiológicos y clínicos.

Los datos con que hemos ilustrado la tarea asistencial del psiquiatra de enlace fueron resultados de mediciones sistemáticas de nuestra actividad.

Cuando la fiebre tifoidea era de alta prevalencia en Chile publicamos datos sobre sus complicaciones psiquiátricas. Desde la perspectiva actual, es uno de los primeros sino el primer trabajo chileno sobre *Delirium* en una población médica específica (9).

Y, puesto que mucho de lo que ocurra con un paciente en una sala de hospitalización puede ser parte de la relación médico-paciente quisimos aproximarnos al tema y encuestamos a pacientes para conocer qué información adquirirían acerca de su enfermedad durante una hospitalización médica, en cuanto estimaban el tiempo que sus tratantes les dedicaban y cuál era el nivel de empatía alcanzado en la relación médico-paciente durante esa hospitalización. En la discusión notamos la escasa valoración que se daba a las emociones del paciente y la buena opinión que los pacientes adquirieron de la relación con sus tratantes (10).

Para conocer el punto de vista del médico encuestamos a 29 internistas del mismo servicio sobre los mismos tópicos. La gran mayoría de los médicos se reconocieron como buenos informantes para sus pacientes excepto cuando se trataba de efectos adversos de fármacos en uso o de enfermedades crónicas y cáncer; el 51% opinó que dedicaba poco tiempo directo a sus paciente; la gran mayoría de los médicos reconocieron pena o angustia o preocupación ante la angustia o pena de sus pacientes, un médico dijo no tener repercusión emocional, 1 rabia y 2 no respondieron este ítem.

Ante la expresión de pena o angustia de los pacientes 14% de los encuestados respondieron que daban apoyo emocional o estudiaba el estado emocional; 71% daba explicaciones y consejos; 9.7% trataba de no involucrarse y 1 no contestó el ítem (11).

Siguiendo el modelo de psiquiatría de enlace en conjunto con psiquiatras infanto juveniles sistematizamos en un documento los argumentos y condiciones para un programa de Salud Mental Perinatal para la maternidad de un hospital público (12).

Después de 15 años de prestar asistencia continua como consultores en servicios médicos nos preguntamos cual era la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el servicio de medicina interna, el que más solicitaba evaluación psiquiátrica para sus pacientes.

Estudiamos a 203 hombres y 203 mujeres hospitalizados aplicandoles la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM III-R diseñada para diagnosticar 34 diagnósticos del manual y con los criterios del mismo manual diagnosticamos trastornos no incluidos en el instrumento (13). Algunos datos de este estudio de prevalencia se presentan a continuación.

El 60% de los hombres presentaban uno más trastornos mentales y entre las mujeres la cifra era de 65%.

En el 5.4 % de los hombres y en el 14.3% de las mujeres había una Depresión en curso. La Dependencia Activa a Alcohol comprometía al 12.3% de los hombres y al 1% de las mujeres.

Encontramos todas las formas de Trastornos de Ansiedad con una cifra total de 9.4% para los hombres y 14.2% para mujeres.

Los Trastornos Adaptativos estaban presentes en el 2.9% de los hombres y en el 8.4% de las mujeres.

Las Demencias afectaban al 5.4% de los hombres y al 5.9% de las mujeres; el Delirium al 4.9% de los hombres y al 1% de las mujeres.

Con cifras inferiores al 1% encontramos una miscelánea de trastornos como Somatomorfos, Delirante Orgánico, Síndrome Orgánico de la Personalidad, Estrés Postraumático, Trastorno Disociativo, Retraso Mental, Psicosis Crónica.

En este estudio confirmamos lo que ya sabíamos por experiencia y por la literatura. En los escenarios médicos el psiquiatra de enlace puede encontrar cualquiera de los trastornos listados en los manuales clasificatorios de los trastornos mentales.

Importa hacer algunos alcances. Así como un enfermo puede egresar de un servicio médico con varios diagnósticos médicos, cuando se aplica un instrumento estandarizado que detecta categorías diagnósticas, en un mismo paciente puede encontrarse varios trastornos psiquiátricos. En el grupo estudiado un número significativo de pacientes eran portadores de dos o más trastornos mentales (comorbilidad psiquiátrica); no obstante la alta prevalencia de trastornos hallados, solo para el 8% de los pacientes de esta muestra portadora de psicopatología se solicitó evaluación psiquiátrica a la unidad de Psiquiatría de Enlace durante esa hospitalización médica. Esta cifra coincide con la informada en la literatura. Otro dato interesante es que habiendo consignado en los registros clínicos los diagnósticos psiquiátricos para los 406 pacientes, las epicrisis médicas de esos pacientes no los incorporaron.

Usando esta base de datos nos focalizamos y ampliamos la información referente a trastornos por Uso de Alcohol y Sustancias, trastornos Afectivos, y trastornos de Ansiedad. Dos de los artículos fueron publicados (14, 15).

Referencias

- CASSEM N. Manual de Psiquiatría en hospitales generales. Harcourt Brace de España, Madrid 1998.
- STRAIN J. The American Publishing of Consultation-Liaison Psychiatry, Second Edition: pp 34-48.
- LIPOWSKI Z. Consultation-liaison psychiatry. The first half century. Gen Hosp Psychiatry; 1986, 8: 305-315.
- HERNADEZ G, LOPEZ L. Psiquiatría y medicina en el hospital general. Estudio de la interconsulta psiquiátrica. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1985; 23: 197-204.

- HERNANDEZ G, GALLARDO-ZURITA P, SEPULVEDA R, MORALES de SETIEN P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. Rev Méd Chile 2004; 132: 725-732.
- FIRST M, SPITZER R, GIBBON M, WILLIAM J. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders. Patient Edition (SCID-I/P, 2/2001 revision) Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive-Unit 60, New York, New York 10032.
- BRONHEIM H, FULOP G, KUNKEL E, MUSKIN P, SCHLINDER B, YATES W ET AL. The Academy of Psychosomatics Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. Psychosomatics 1998; 39: S8-S30.
- KORNFELD D. Consultation-Liason Psychiatry: Contributions to Medical Practice. Am J psychiatry 2002; 159: 1964-1972.
- HERNANDEZ G, ACLE L, FLORES M, VITALI J, AYALA P. Complicaciones psiquiátricas de la fiebre tifoidea. Rev Méd Chile 1987; 115: 755-759.
- HERNANDEZ G, ALVARADO R, MATUS P, PEREZ C. Estudio descriptivo de la relación médico-paciente. Rev. Méd. Chile 1985; 113: 732-737.
- HERNANDEZ G, ALVARADO R. Relación médico-paciente: exploración en la interfase psicológica de la interacción de 29 internistas con sus pacientes. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1991; 29: 15-25.
- HERNANDEZ G, KIMELMAN M, MONTINO O. Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Rev. Méd. Chile 2000; 128: 1283-1289.
- HERNANDEZ G, IBAÑEZ C, KIMELMAN K, ORELLANA G, MONTINO O, NUÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un servicio de medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile 2001; 129: 1279-1288.
- HERNANDEZ G, MONTINO O, KIMELMAN M, ORELLANA G, NUÑEZ C, IBAÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile 2002; 130: 651-660.
- HERNANDEZ G, ORELLANA G, KIMELMAN M, NUÑEZ C, IBAÑEZ C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna. Rev. Méd. Chile 2005; 133: 895-902.