

C

apítulo 54

Psiquiatría de interconsulta y enlace

M. D. Crespo Hervas, M. J. Martín Vázquez

DEFINICIÓN

Lipowski define la psiquiatría de interconsulta y enlace como una subespecialidad de la psiquiatría que incorpora el servicio clínico, la docencia y la investigación en el límite entre la medicina y la psiquiatría. La atención clínica incluye las consultas psiquiátricas solicitadas por médicos no psiquiatras, así como los contactos no reglados con estos dirigidos a la mejoría de la comprensión de los problemas psiquiátricos y psicosociales de los pacientes a su cargo (Rundell, 1996).

La psiquiatría de enlace se ocupa, de manera especial, de la medicina psicosomática. Esta se puede definir como la rama de la medicina que se ocupa de las relaciones entre los fenómenos psicológicos y sociales y las funciones fisiológicas y del papel de los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo, curso y resolución de todas las enfermedades, así como la aproximación biopsicosocial al cuidado del paciente.

En general, se ha distinguido entre la psiquiatría de interconsulta, definida como el ejercicio de la psiquiatría en el Hospital General que se limita al contacto requerido por los médicos no psiquiatras para el diagnóstico y/o tratamiento de un determinado paciente a su cuidado, y la psiquiatría de enlace, término que se utiliza cuando existe una mayor colaboración entre los profesionales, ya sea en equipos

multidisciplinarios para el tratamiento de determinadas patologías, o en grupos de trabajo o docencia para afrontar el estrés de los profesionales o mejorar el manejo de los pacientes, gracias a la comprensión de los factores psicosociales que se relacionan con la enfermedad somática. En este último caso la relación es continua, estable y estrecha y con todo el equipo, no sólo con el médico como en el modelo de interconsulta.

ALGUNOS DATOS HISTÓRICOS

Desde los inicios de la filosofía se ha discutido la relación entre el alma, las pasiones que la animan, y el cuerpo, tanto desde un punto de vista integrador, que consideraría una unidad de ambos (como en los escritos hipocráticos, en los que se relaciona el temperamento con las enfermedades), como dualista, considerando el cuerpo una entidad mecánica aislada del funcionamiento psíquico o del alma (si es que existiera, ya que esta existencia es negada por algunas escuelas filosóficas).

Una de las primeras referencias escritas por un médico sobre la influencia de los estados de ánimo en los padecimientos físicos puede remontarse a Mondeville, cirujano de la Edad Media. A partir del siglo XVIII aparecen cada vez con mayor frecuencia descripciones de enfermedades en las que el factor psicológico

comienza a tener más preponderancia, o enfermedades somáticas con manifestaciones comportamentales (agresividad durante una erisipela, descrita por Pinel; cuadro de diarrea, síncope y cefaleas que aparecen ante las contrariedades, descrito por Morgagni; Trousseau relaciona la dispepsia, diarreas y aparición de crisis de asma con determinados estados psicológicos; síndrome de Sydenham...) (Haynal, 1978).

Para Lipowski, B. Rush fue el primero que, en 1812, consideró que las enfermedades mentales debían ser objeto de tratamiento por parte de la Medicina como las enfermedades físicas. Posteriormente se prestó atención a los rasgos de personalidad específicos que predisponían a sufrir una determinada enfermedad. (Por ejemplo, los rasgos definidos como personalidad tipo A de los cardiopatas.)

La psiquiatría se independizó de las demás ramas de la medicina como disciplina autónoma durante el siglo XIX, con el internamiento de los pacientes psiquiátricos, considerados incurables, en asilos dirigidos por médicos "alienistas". Pese a ello, la figura del enfermo mental seguía existiendo en los hospitales generales, en pacientes con patologías médicas con manifestaciones psiquiátricas (como pueden ser los delirium orgánicos) o en enfermos psiquiátricos en los que surgen enfermedades médicas concomitantes.

Durante el siglo XX el papel del psiquiatra en el hospital general ha ido ganando importancia, con el descubrimiento de los fármacos psicotropos y la comprensión de la salud como un aspecto global de la persona, no tan sólo físico, así como el entroncamiento de las unidades de psiquiatría como otra especialidad médica en el Hospital General.

En 1923 se abrieron las primeras unidades de psiquiatría en el Hospital General en Estados Unidos. Heldt y, posteriormente, Moersch estudiaron la incidencia de patología psiquiátrica en los pacientes ingresados en todas las unidades médicas y quirúrgicas, encontrando cifras entre el 30 y el 40% respectivamente de problemas psiquiátricos. Estas cifras sentaron las bases de la necesidad de la creación de los servicios de interconsulta psiquiátrica (Rundell, 1996).

En 1929 Henry publica un artículo sentando las bases de la psiquiatría de enlace, entre las que incluye la simplificación de los términos psiquiátricos, de forma que puedan ser entendidos por el médico consultor, y la flexibilización de los tratamientos psiquiátricos. En este trabajo describió el uso que los médicos somáticos hacían de la psiquiatría de enlace, tan sólo como último recurso y cuando no eran capaces de diagnosticar ninguna enfermedad física.

En 1934, financiadas por la Fundación Rockefeller, aparecen las primeras unidades de psiquiatría en hospitales generales, una de ellas dedicada a la psiquiatría de interconsulta, que fue denominada "liaison" por Billings en 1939. Los primeros servicios de interconsulta fueron creados en Estados Unidos tras comprobar la utilidad del servicio antedicho.

El desarrollo de la psicobiología, iniciada por Adolf Meyer en 1957, como estudio científico integrado de la persona como una unidad biológica capaz de mentalización y simbolización, tuvo mucho impacto en la psiquiatría americana y en el crecimiento de la psiquiatría de enlace.

Lipowski organiza en 1959 el primer servicio de interconsulta y enlace de Canadá, publicando ocho años después un artículo considerado el texto fundador de la psiquiatría de enlace. Gracias a su impulso, la psiquiatría de enlace entró a formar parte del programa de formación de psiquiatras y médicos no psiquiatras en 1974 para Estados Unidos y Canadá.

El primer texto de psiquiatría de interconsulta y enlace fue publicado en 1978 por el equipo del Hospital General de Massachusetts, bajo la dirección de Hackett y Cassem (Cassem, 1987). Estos autores suponen un antes y un después de 1975, cuando comienzan a proliferar las comunicaciones sobre la interconsulta psiquiátrica en los congresos de la *American Psychiatric Association* y a establecerse programas de formación de residentes en interconsulta, y da comienzo el apoyo financiero por parte del NIMH. Consideran también importante el papel de otros trabajadores de la salud mental, no médicos, reivindicando la inclusión en los seguros médicos, por lo que los psiquiatras defendieron su terreno desde el punto de vista del quehacer médico, nunca más fundamentado que en el tratamiento de pacientes médicos, donde el papel tradicional del psiquiatra como otro especialista médico tiene mayor preponderancia que en otras modalidades de atención psiquiátrica.

Desde entonces han aparecido varias revistas internacionales dedicadas a la psiquiatría de interconsulta (*Psychiatry in Medicine*, *General Hospital Psychiatry*), además de las existentes sobre Medicina Psicosomática.

DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ESPAÑA

Durante los siglos XV y XVI se fundan grandes hospitales en Occidente. Además de los Hospitales Psiquiátricos propiamente dichos, aparecen departamentos especiales para enfermos mentales en los Hospitales Generales de Barcelona (Hospital Santa Cruz) (admisión de pacientes psiquiátricos), Zaragoza y Valencia en fechas tan tempranas como 1404, 1425 y 1521 respectivamente. La asistencia psiquiátrica en España tuvo un gran desarrollo en España, con la implantación del tratamiento moral, mucho antes que en el resto de Occidente. (Ullersperger, 1954)

La guerra de la Independencia, con la desamortización de las compañías religiosas, hasta entonces encargadas de la atención de los pacientes psiquiátricos, acabó con la hegemonía de España en cuanto a la asistencia psiquiátrica (aunque esta hegemonía nunca llegó a desarrollarse en el campo de las teorías

psiquiátricas). Desde entonces, el tratamiento de los enfermos mentales se rigió por las disposiciones de la Beneficiencia pública que determinaban, como prescripción general, que los hospitales para dementes debían estar siempre separados de los demás (Ullersperger, 1954)

Ya en el siglo XX, a partir de 1934, cuando se crea la primera cátedra de psiquiatría en España (Mira y López, Barcelona), surgen las primeras unidades de psiquiatría en hospitales universitarios (Complutense de Madrid y Clínico de Barcelona) (Hernández, 1989). Desde entonces, la psiquiatría de enlace ha ido cobrando importancia, hasta alcanzar uno de los mejores niveles de asistencia en el ámbito de la Europa Mediterránea (Rundell, 1996). Las actividades de interconsulta como algo reglado aparecen por primera vez en 1960 en los Hospitales Clínico y La Paz de Madrid, la primera de estas atendida por el Dr. Población (este grupo recibía el nombre de “los comandos” en el departamento de Psiquiatría, entonces dirigido por el Prof. López Ibor).

En España las teorías psicoanalíticas tuvieron mucha influencia, de la mano de la obra de Victor von Weizsäcker, en los escritos de autores tan importantes en la psiquiatría española como Laín (La historia clínica), López Ibor (La angustia vital) o Juan Rof Carballo (La patología psicósomática) (Hernández, 1989).

La psiquiatría de enlace se ha beneficiado de los avances en la psiquiatría general, psicoterapias breves y de crisis, psiquiatría biológica, teoría general de sistemas, neuropsicología y neurología del comportamiento, lo que le supone a la psiquiatría de enlace un carácter sintético.

El papel de la psiquiatría de enlace en el Hospital General en España pudo ser valorado en su justa medida en 1981, con motivo de las intoxicaciones por aceite de colza (Síndrome Tóxico), que acarrearón múltiples problemas físicos y psíquicos. La aceptación de los psiquiatras por parte de los otros médicos no-psiquiatras, de los enfermos y de las familias de estos fue muy buena en los equipos en los que trabajaron integrados. Las quejas sobre la asistencia psiquiátrica fueron, precisamente, derivadas de la ausencia de esta en los dispositivos de salud que entonces, por problemas burocráticos, carecían de departamentos de psiquiatría. La mejoría de la asistencia en los equipos que contaban con psiquiatras fue determinante para incrementar el papel de la psiquiatría en el Hospital General, fundamentalmente con funciones de enlace (Soria y cols.).

MODELOS TEÓRICOS

Uno de los grandes temas de controversia en la psiquiatría es el modelo explicativo etiológico y, consecuentemente, terapéutico. Actualmente coexisten tres modelos: biológico, psicológico y sociológico.

Desde cada uno de estos enfoques las enfermedades psicósomáticas relacionan de una manera diferente la psiquis y el cuerpo.

Podríamos decir que la psiquiatría de enlace estaría en este punto medio de enfermar entre el cuerpo y la psiquis, entre el modelo médico-biológico y otros modelos que tienen en cuenta otros factores psicológicos o sociales.

Uno de los papeles más importantes de la psiquiatría de enlace es la consideración del hombre enfermo en su totalidad, más que el mero tratamiento de la enfermedad aislada. Debido a esta singularidad es explicable por qué la psiquiatría de enlace es una auténtica disciplina, con métodos diagnósticos y terapéuticos diferentes de los utilizados en el campo de la psiquiatría general, cosa que no sucede con las otras ramas de la medicina cuando se aplican en el modelo de interconsulta.

La diversidad de los problemas a los que se enfrenta en el quehacer clínico diario la psiquiatría de enlace hace que no se pueda utilizar únicamente un modelo teórico excluyendo los otros. En muchos casos se precisa un enfoque biológico (tratamientos farmacológicos), ecológico (modificación de las variables ambientales), sociológico (coordinación para la mejoría de los recursos sociales), psicodinámico (comprensión del funcionamiento habitual del paciente que repercute en la situación actual), familiar (reestructuración de las relaciones patológicas), cognitivo (reaprendizaje de conductas o pensamientos positivos para la evolución armónica de la recuperación) u otros combinados.

El enfoque cognitivo-conductual resulta adecuado para la psiquiatría de enlace, cuando se requiere una psicoterapia (y esta es posible por las características del paciente y del servicio), por su duración breve y por la claridad del establecimiento de los objetivos antes de iniciar el tratamiento.

La psiquiatría de enlace ha recibido el nombre de medicina conductual por aquellos que siguen esta línea terapéutica, con la operatización de los comportamientos, reduciéndolos a variables mensurables.

El enfoque sistémico, con el modelo de comprensión bio-psico-social, puede ser muy adecuado ante determinados problemas, como los trastornos de la alimentación en la adolescencia.

En conclusión, además de la formación del psiquiatra de enlace y su planteamiento teórico del enfermar psíquico, el modelo diagnóstico-terapéutico depende del tipo de paciente al que está dirigido y de las posibilidades prácticas de los distintos servicios. Resumimos estos modelos en la Tabla I.

APLICACIONES

El campo de la psiquiatría de enlace comprende múltiples aplicaciones, desde los trastornos psiquiátricos derivados de otras enfermedades orgánicas o de

Tabla I
Modelo diagnóstico-terapéutica en psiquiatría de enlace con adultos

Tipo	Biológico	Psicológico	Social	Tratamiento
Sin enfermedad mental	± - +++	++	+++	Soporte
Trastornos facticios	±	±	±	Interpretativo
Neurosis	±	++++	+++	Psicoterapia breve Farmacoterapia
Factores psicológicos que afectan a la enfermedad física	±	++++	+++	Psicoterapia breve Farmacoterapia
Trastornos de personalidad	±	+++	++++	Psicoterapia breve
Psicosis funcionales	++++	++++	++++	Farmacoterapia Soporte Actividades
Psicosis orgánicas con lesiones cerebrales	++++	+++	+++	Información de causas biológicas Farmacoterapia Orientación realista Actividad
Psicosis orgánicas con causas extracraneales	++++	+++	+++	Información de causas biológicas Farmacoterapia Orientación realista Actividad

Tomado de Krakowski, 1984.

uso/abuso de sustancias, pasando por los trastornos psiquiátricos coexistentes en los enfermos somáticos (delirium), los trastornos de adaptación, los programas de enlace en los que se trabaja conjuntamente con un equipo médico-quirúrgico (como pueden ser los programas multidisciplinarios de trasplantes de órganos, tratamiento de la obesidad o unidades de dolor), el tratamiento e identificación de trastornos psiquiátricos que producen alteraciones orgánicas (trastornos alimentarios, síndrome de Munchausen), o las imitan (trastornos conversivos y facticios).

Se han desarrollado también programas de psiquiatría de enlace destinados a mejorar el manejo del estrés del personal sanitario en unidades de crisis (unidades de urgencias, de alta mortalidad o que cuestionan profundamente el valor de la vida humana, como pueden ser las unidades de oncología pediátrica) y como mediador en el manejo de problemas del equipo demandante mediante la utilización de la dinámica de grupos.

La decisión de consultar con el psiquiatra de enlace muchas veces tiene más relación con la experiencia previa del equipo médico-quirúrgico que atiende al paciente que con la necesidad de este. Así, cuan-

do el equipo de interconsulta tiene una buena relación personal con los médicos de los otros servicios, mantiene los canales de comunicación abiertos, es resolutivo (rápido y eficaz) y tolerante ante el malestar que pueden producir determinados pacientes sobre el personal sanitario, es más fácil que reciba mayor número de interconsultas, que sean atendidos sus consejos mejor y con resultados mejores para el paciente.

En caso contrario, las demandas tenderán a realizarse sólo ante pacientes en los que la presencia de psicopatología es muy florida, con trastornos de conducta severos y que distorsionan gravemente el funcionamiento del servicio, por lo que las intervenciones terapéuticas tienen menos probabilidades de éxito, creando un círculo vicioso de difícil resolución.

Es esencial que el equipo médico-quirúrgico informe al paciente de que se ha cursado una petición de interconsulta a psiquiatría y los motivos por los que se ha hecho, para que el resultado de la intervención sea óptimo. En principio, el médico debería plantear que ha llegado al final de su estudio y solicita la colaboración de otro especialista para completar la investigación y proporcionar las prestaciones más adecuadas a su estado. Generalmente el paciente no ha solicitado ser atendido por el psiquiatra y no suele tener tiempo para consultar con sus parientes sobre el permiso para ser atendido, por lo que es importante que no se sienta entonces estigmatizado por la "enfermedad mental" o abandonado por su médico, por lo que se le deben comentar los cambios en el tratamiento, si los hubiere; en este aspecto, sería bueno que el médico presentara al psiquiatra al paciente en la primera visita de este y le asegurara que estará pendiente del resultado de la consulta del psiquiatra.

TIPOS DE DEMANDA

La demanda se puede establecer cuando el médico que trata al paciente detecta en este algún tipo de psicopatología, ante conductas adictivas o cuando algún paciente ingresa en el servicio (como puede ser el caso de grupos de apoyo de pacientes pendientes de trasplantes o de cardiopatas). En algunos casos las demandas son realizadas cuando los equipos médicos o quirúrgicos se enfrentan a pacientes "difíciles", como son las personas con un trastorno de la personalidad, particularmente personalidades límite o "borderline".

En muchos casos la demanda planteada por el equipo médico o quirúrgico consultor es muy vaga o ambigua, en cuyo caso es importante clarificar esta mediante una entrevista con el médico responsable.

La atención por parte del equipo de psiquiatría de enlace puede ser puntual en el caso de un paciente ingresado en el Hospital al que se detecta algún tipo de psicopatología, con carácter urgente (atención y orientación terapéutica en un período inferior a 24

horas) u ordinario, con seguimiento posterior del caso, tanto durante el ingreso como tras este en el caso de que se considere necesario. En algunos casos está indicado el traslado a una cama de psiquiatría, en cuyo caso el paciente pasa a ser atendido por el equipo encargado de los pacientes psiquiátricos en régimen de internamiento. También aparecen demandas en el entorno de una actividad de colaboración regular e instituida con ciertos servicios, con los que se participa en reuniones y toma de decisiones, como puede ser en el caso de rehabilitación cardiaca, trasplantes de órganos o entrenamiento de pacientes diabéticos, mediante la evaluación de los pacientes candidatos a ingresar en estos programas, el seguimiento individual de estos o la participación en grupos de apoyo. En otros casos las demandas parten de equipos multidisciplinares, para mejorar la calidad de la asistencia proporcionada a los pacientes, como puede ser el caso de unidades del dolor o de tratamiento de obesidades mórbidas.

Un pequeño porcentaje del tiempo del psiquiatra de interconsulta y enlace debe estar dedicado a la atención ambulatoria de pacientes atendidos durante su internamiento, cuando esto se pacta con el paciente por cuestiones personales, o de pacientes derivados de programas especiales que no requieren ser atendidos durante un ingreso hospitalario (en el caso de pacientes en lista de espera de trasplantes, por ejemplo).

Los tipos de demanda más frecuentes son: colaboración diagnóstica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, y transferencia a una unidad de psiquiatría. En muchos casos hay que clarificar en primer lugar la demanda (y a veces transformar una petición de derivación a una unidad de psiquiatría en la organización del alta o del tratamiento preciso).

En general, hay que tener en cuenta que la tolerancia en el Hospital General ante la psicopatología, cuando esta es leve o plantea pocos problemas de manejo, es alta, como se demuestra cuando se comparan los índices encontrados de pacientes con psicopatología durante los ingresos (cifras estimadas entre el 30 y 60%) frente al número de interconsultas que llegan a los servicios de psiquiatría (entre 1-20% de los ingresos). Habitualmente la demanda de interconsulta psiquiátrica aparece ante problemas de manejo, ya sea por el riesgo, real o aparente, de suicidio, la búsqueda de un “milagro” ante una situación somática grave, el traslado de un paciente “difícil” o la obtención de consentimiento para tratar o realizar determinadas pruebas diagnósticas en pacientes que se niegan a ello o quieren un alta precipitada en contra de la opinión del médico que le atiende; esto no excluye el montante de consultas correctamente planteadas ante la presencia real de psicopatología que precisa un tratamiento, cada vez mayor cuando los equipos médico-quirúrgicos van experimentando la mayor calidad de los tratamientos psiquiátricos y

va desapareciendo el aura de extravagancia que ha acompañado a los psiquiatras durante muchos años.

El contacto personal entre el psiquiatra y el médico consultor permite garantizar un buen ajuste entre la demanda y la respuesta dada, mejor que el contacto telefónico, durante el cual se pierden los imprescindibles elementos no verbales de la comunicación. En cualquier caso, resulta siempre útil que el psiquiatra mantenga contacto con el personal paramédico, fundamentalmente con ATS y auxiliares de enfermería que tienen la oportunidad de observar al paciente durante largos períodos de tiempo y generalmente en situaciones más “naturales” que las que puede considerar el médico durante las visitas realizadas.

Es importante conocer la patología médica del paciente atendido, así como el tratamiento que ha recibido, ya que en ocasiones los síntomas que presentan son causados directamente por uno de estos factores o indirectamente, en relación con el ajuste vital que deben hacer los pacientes. En muchos casos en el historial médico están recogidos los antecedentes psiquiátricos o la posible medicación psicotrópica que el paciente ha tomado previamente.

Las causas más frecuentes de demanda de interconsulta son la depresión, ansiedad, agitación (delirium o brotes psicóticos), síntomas delirantes o alucinarios, problemas funcionales, comportamiento suicida, abuso de sustancias o trastornos de conducta.

MODALIDADES DE COLABORACIÓN ENTRE EL PSIQUIATRA DE INTERCONSULTA Y ENLACE Y EL MÉDICO SOMÁTICO

La colaboración entre el psiquiatra y el médico consultor depende del nivel de responsabilidad que se asume sobre el tratamiento. La forma más habitual de interconsulta se produce cuando al psiquiatra se le solicita por parte del médico encargado del paciente un diagnóstico y/o un tratamiento psiquiátrico. En este caso, el psiquiatra examina al paciente sin la colaboración del médico y pauta el tratamiento que cree indicado sin entrar en otras consideraciones de tipo médico. Este modelo correspondería al modelo de interconsulta, el más frecuente en el Hospital General y el utilizado por la mayoría de los servicios médicos de interconsulta. Un segundo nivel de colaboración aparecería cuando el psiquiatra y el médico participan en la decisión del tratamiento necesario y el psiquiatra sigue la evolución del paciente junto con su médico, aunque cada uno de ellos se haga cargo de su parcela de tratamiento. Se considera psiquiatría de enlace pura cuando la participación del psiquiatra con el equipo médico-quirúrgico es regular y las decisiones terapéuticas se toman conjuntamente, como puede ser en el caso de programas de rehabilitación cardiaca.

En diferentes estudios se ha observado que los miembros de cada especialidad médica tienden a

presentar estilos de personalidad diferentes: los psiquiatras tenderían a ser más intelectuales y contemplativos que los cirujanos, más inclinados a la acción o intervención (y cada uno de ellos preguntándose cómo se puede trabajar todo el día dentro de un quirófano “cortando” o escuchando “las locuras” de los pacientes psiquiátricos, respectivamente).

Las respuestas a las interconsultas pueden estar centradas en el paciente (entrevista diagnóstica, tratamiento y evaluación de la personalidad del paciente y su manera de enfrentarse a la enfermedad), en momentos de crisis (orientación y tratamiento rápidos e incisivos), orientadas hacia el consultor (problemas con un determinado paciente), a la situación (interacción entre el paciente y el equipo médico) o, según Lipowski, “consulta psiquiátrica extendida”, que toma al paciente como una figura central en un grupo operativo que incluye al paciente, al personal sanitario, otros pacientes y la familia del paciente.

DOCENCIA

El papel docente de los servicios de psiquiatría de enlace es fundamental, como formación postuniversitaria de los médicos “somáticos” con charlas, seminarios, juegos de rol, grabaciones de pacientes psiquiátricos u otras modalidades, reglados o dependientes de la demanda específica. En general, se deben tratar los problemas psiquiátricos más frecuentemente vistos en la interconsulta: depresiones, comportamientos suicidas, manejo de psicofármacos, problemas mentales orgánicos, toxicomanías, alcoholismo y agitación.

Los equipos de psiquiatría de enlace también participan en la formación continuada del personal paramédico que trabaja en el Hospital General, ya sea con métodos de afrontamiento del estrés como con técnicas para el manejo de situaciones específicas.

Normalmente es más útil no imponer la docencia, sino participar de las actividades docentes de los servicios con los que se trabaja en interconsulta, por ejemplo, participando en sus sesiones clínicas o seminarios. Es más fácil que el *staff* pida la colaboración del psiquiatra cuando ha podido discutir el caso con él, de forma clara y sencilla.

INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE

La investigación en psiquiatría de enlace surge de considerar las necesidades de otros servicios, los objetivos del departamento de psiquiatría del que dependen, los intereses del propio equipo de interconsulta o por propuesta de los gestores de salud. Los materiales para efectuarla pueden ser tomados de las interconsultas individuales de rutina (p.ej. estudio de las peticiones de actuaciones psiquiátricas por servi-

cios), de las consultas de enlace (p.ej. estudio de la efectividad de los equipos), de los programas de enlace (resultados de estos) o de actividades de docencia e investigación conjuntas.

Podemos diferenciar tres grandes campos en la investigación en psiquiatría de enlace: la investigación clínica, epidemiológica y evaluativa. La primera tiene como objeto de estudio la relación enfermedad física/psicopatología, los trastornos somatomorfos y facticios, los síndromes orgánicos cerebrales, los factores psicológicos que afectan a la condición física y las conductas desviadas ante la enfermedad, como grandes capítulos; la segunda estudiaría la morbilidad psiquiátrica en pacientes médicos, la estabilidad de dicha morbilidad, las características de la demanda o el estudio de una patología psiquiátrica concreta (consumo de alcohol, p.ej.). La investigación evaluativa se centra en los costes sanitarios: utilidad para pacientes y consultores, ahorro de prestaciones sanitarias, mejoría de los estándares psicosociales del paciente e influencia sobre la conducta futura de los profesionales sanitarios.

DIFERENCIAS CON LA PSIQUIATRÍA GENERAL

Una de las particularidades del ejercicio de la psiquiatría de enlace es que, además de enfrentarse al problema clínico, tiene que establecer una comunicación fluida con el servicio consultor, utilizando términos asequibles en su descripción de los fenómenos psicológicos subyacentes, y con dispositivos ajenos al hospital general (derivaciones a los psiquiatras extrahospitalarios para la continuación del tratamiento, contactos con los servicios sociales, etc). En muchos casos las intervenciones terapéuticas son breves, destinadas a unos fines sencillos y es difícil observar la evolución y resolución de los problemas a lo largo del tiempo, lo que diferencia esta práctica de la práctica psiquiátrica habitual (y puede resultar, por ello, más frustrante).

La psiquiatría de enlace implica la colaboración con otros especialistas médicos, lo que resulta difícil y gratificante a la vez. En primer lugar, los métodos utilizados por los psiquiatras no son siempre bien comprendidos por el resto de los profesionales médicos, la realidad a la que se enfrentan toca muchos frentes (bio-psico-social) y el lenguaje empleado puede resultar a veces confuso. Por otro lado, en los equipos multidisciplinarios en los que colaboran psiquiatras y otros médicos somáticos, como pueden ser unidades de dolor, de donación de órganos o de problemas alimentarios, los resultados suelen ser mejores que cuando estos problemas son tratados desde un punto de vista unitario, con una colaboración laxa y sin contacto entre los profesionales.

El psiquiatra de enlace tiene cuestionado en muchos casos su papel en el Hospital General por el enfoque material, económico, que la salud comienza a

tener en la sociedad, por el mayor coste social, la crisis económica y la competitividad de la sociedad actual. Por ello es importante tener en cuenta que la mejoría de la salud integral del paciente, lo que incluye la salud mental, va a repercutir en un restablecimiento más rápido, con ingresos más breves y menor posibilidad de reingresos por las mismas causas. Levitan y Kornfeld (1981) (citados por Zumbrennen) encuentran que la colaboración de los psiquiatras de interconsulta en la recuperación de los pacientes intervenidos por fractura del cuello del fémur redujo el tiempo de hospitalización e incrementó el porcentaje de pacientes que fueron remitidos a su domicilio y no a instituciones, lo que supone un ahorro considerable (estiman cifras de 152.000 dólares para 23 pacientes tratados). Se han encontrado cifras entre 30 y 80% de trastornos psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos, así como datos que indican que los pacientes psiquiátricos tienden a presentar más quejas somáticas y hacer más uso de los servicios médicos que la población general. Pese a ello, el porcentaje de pacientes que reciben atención psiquiátrica durante el ingreso en el hospital general va desde el menos del 1 al 3-15% en los hospitales que cuentan con un buen servicio de interconsulta psiquiátrica (datos tomados de Zumbrennen, 1991).

En cuanto a la evaluación diagnóstica, es importante contar con la colaboración del personal de enfermería, ya que suelen percibir los cambios de estado, signos depresivos o de ansiedad, tipo de relaciones con los familiares, calidad del sueño, etc, en ocasiones mejor que los médicos encargados del caso, ya que observan al paciente durante las 24 horas del día. Aunque esta información sea muy importante en el contexto de la psiquiatría de enlace, en muchos casos el psiquiatra prefiere tener una primera entrevista con el paciente sin conocer las notas clínicas, para no tener ideas preconcebidas sobre él, lo que mejora la relación médico-paciente. Resulta útil tener una entrevista con los familiares que atienden al paciente durante el ingreso para conocer los antecedentes personales y recoger datos sobre el ambiente familiar y el funcionamiento psíquico premórbido del paciente. Asimismo, la actitud terapéutica en muchos casos ha de ser revisada con los familiares y el médico encargado del paciente para que tenga la máxima efectividad posible.

Las entrevistas con los pacientes médicos no deben ser prolongadas, ya que el proceso de la enfermedad puede facilitar los signos de cansancio. Generalmente se focaliza sobre la preocupación principal que ha motivado la consulta. En muchos casos resulta útil el uso de entrevistas semi-estructuradas, así como de escalas para grupos de síntomas (Escala de Hamilton para la ansiedad-depresión (HADS) o Escala de Montgomery-Asberg para la depresión o *Mini Mental State Examination* para el despistaje de deterioro psicoorgánico, entre otras). Tras la entrevista, conviene hacer un resumen de la impresión

global que ha recibido el psiquiatra, así como del tratamiento que considera más adecuado y la actitud que va a transmitir al médico consultor.

Hay que tener en cuenta en el diagnóstico que la enfermedad médica puede intensificar problemas personales previos, aunque en algunos casos les distancia y hace más manejables. En otras ocasiones el paciente culpa a la enfermedad o a los médicos que le atienden de sus problemas personales, lo que les hace sentirse más inseguros y dificulta su recuperación.

En general, es previsible que el examen físico realizado por el equipo consultor sea correcto y que hayan eliminado las causas de trastornos psicoorgánicos, pero esto no excluye la necesidad de realizar un examen neuropsicológico, sobre todo en el caso de pacientes en los que es previsible un nivel fluctuante de conciencia o de atención, como en el caso de pacientes ancianos (sobre todo en los que se aprecian antecedentes de deterioro psicoorgánico), abusadores de sustancias psicoactivas o tras intervenciones quirúrgicas con circulación extracorpórea, entre otros casos.

Entre los problemas que surgen en la evaluación psiquiátrica de los pacientes ingresados en servicios médico-quirúrgicos destacan los aspectos prácticos: el lugar donde se realiza la entrevista, la falta de confidencialidad en algunos casos (por ejemplo, cuando dos pacientes inmovilizados comparten habitación), las interrupciones durante la entrevista por los procesos diagnósticos o de tratamiento que precisa el paciente, entre otras. Hay que tener en cuenta que, más que en otras circunstancias, durante un ingreso hospitalario o una enfermedad cualquier ser humano se encuentra más indefenso de lo habitual y muchas veces no comprende los procesos que están teniendo lugar en su cuerpo o los tratamientos recibidos, ocasionalmente dolorosos o vividos como humillantes. Ante esto, el psiquiatra debe mostrar una actitud empática y comprender que se encuentra ante una persona asustada que no tiene por qué entender su función.

La devolución del paciente o la respuesta a la demanda puede hacerse inmediatamente tras la evaluación, directamente ante el médico encargado o por escrito de manera breve y concisa, o diferida (nunca más de 24 horas), aunque debe ser, así mismo, corta y sencilla, sin que se convierta en un "tratado" sobre el funcionamiento psicodinámico del paciente, lleno de "jerga psiquiátrica". En este caso se debe realizar una breve anamnesis, recalando los aspectos claves para el diagnóstico (evitando en lo posible comentar por escrito los temas delicados o que suponen quebrantar la confidencialidad del paciente, como puede ser el funcionamiento sexual, cuando estos no son relevantes), el diagnóstico probable, normalizado con los tratados de clasificación actualizados (CIE-10 o DSM-IV) de manera que el médico consultor reciba prácticamente siempre el mismo diagnóstico ante el mismo cuadro sindrómico y las recomendaciones te-

rapéuticas (farmacológicas, de modificación del ambiente o recomendaciones familiares).

PSICOTERAPIAS

Cuando se decide establecer un tratamiento de tipo psicoterapéutico, se debe tener en cuenta que el paciente al que pretendemos ayudar en el trabajo de interconsulta es un paciente somático, tiene una enfermedad que supone, en primer lugar, una herida narcisista porque se ve a sí mismo como imperfecto. Pero, en algunos casos, la enfermedad puede ser vida como un refugio ante los requerimientos de la vida cotidiana, una época en la que las preocupaciones y los problemas cotidianos quedan suspendidos, por lo que se tendería a perpetuar tal situación de manera, frecuentemente, inconsciente. La enfermedad, sobre todo en los casos de enfermedades crónicas, es una forma de vida y como tal produce una serie de gratificaciones. El psiquiatra de enlace a veces debe enfrentarse con estos retos, lo que supone ser capaz de ofrecer gratificaciones más rentables.

El propósito del tratamiento sería que el paciente comprenda mejor el proceso de su enfermedad, sea capaz de enfrentarse a ella y responder de manera adaptada a su medio. Cuando tratamos con un paciente con un cuadro crónico, se ha de conseguir que pueda convivir con su enfermedad, llevando una vida lo más agradable e independiente posible y limitando los efectos negativos de la enfermedad sobre la vida cotidiana. En el caso de enfermedades psicósomáticas, se trata de evitar que el paciente se instale en su enfermedad obteniendo ganancias secundarias, ofreciéndole alternativas más gratificantes y maduras y ayudándole con sus puntos de conflicto.

El "self" del ser humano está formado por sus características psicológicas, lo que piensa de sí mismo, y su corporalidad, las características que atribuye a su ser físico. (Guimón, 1996). Durante la enfermedad somática, sobre todo durante un ingreso hospitalario, este ser físico se ve agredido, se siente imperfecto y no depende de uno mismo como puede hacerlo en circunstancias de salud corporal. El paciente somático ve su cuerpo invadido por los distintos métodos diagnósticos y terapéuticos (incluso la canalización de una vía, tan habitual para el personal de un Hospital General, supone una intrusión en el cuerpo del otro, una agresión ante la que no puede hacer frente, que cuestiona sus límites vitales). Esto puede cuestionar la homeostasis en equilibrio entre psique y cuerpo, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de tratar con pacientes somáticos, encamados y/o sometidos a un régimen de tratamiento inhabitual para él mismo (alimentación, horarios rígidos, pérdida de intimidad incluso para el aseo corporal...).

Hasta mediados del siglo XX no se enfatizó el papel de la experiencia de la corporalidad en relación

con uno mismo y con los demás. Ortega y Gasset definió el intracuerpo como la experiencia que cada individuo tiene de sus órganos internos invisibles. Es esta noción la que se ve afectada fundamentalmente durante el proceso de una enfermedad física, más cuanto más aguda y severa sea esta.

Las terapias corporales, relajación y *biofeedback*, estarían particularmente indicadas en la psiquiatría de enlace. La relajación se ha utilizado en grupos de pacientes con dolor crónico y en programas de rehabilitación: anginas de pecho, preoperatorios de cirugía cardíaca, cáncer, diabetes, insomnio y dermatosis. (Haynal, 1978). El *biofeedback* se utiliza en cefaleas tensionales y problemas del tracto gastrointestinal superior (espasmos esofágicos o dispepsia), fibromialgia y tortícolis espasmódica. Hay consenso en que este tipo de terapias mejoran la calidad de vida, las alteraciones emocionales y el ajuste social en pacientes médicos, aunque estos resultados no estén refrendados por datos numéricos en estudios clínicos controlados.

Las técnicas de psicoterapia de corte psicoanalítico no están normalmente indicadas en la interconsulta, por falta de tiempo, de intimidad (por motivos de espacio y por la naturaleza de la interconsulta, de la que el médico consultor espera una respuesta), de motivación por parte del paciente, por su situación, en muchos casos, regresiva ante la enfermedad y por la frecuente presencia de déficits cognitivos.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS PSIQUIATRAS DE ENLACE

Debido a la necesaria colaboración que se precisa para ejercer el trabajo de psiquiatría de enlace, se necesitan unas características especiales del psiquiatra que se va a dedicar a estos equipos: en primer lugar es necesario que pueda mantener buenas relaciones con los médicos somáticos, por lo que se precisa mucho tacto, tolerancia ante la agresividad que pueden mostrar cuando se enfrentan a pacientes "difíciles", que cuestionan sus habilidades médicas, flexibilidad en el enfoque terapéutico, conocimiento de las enfermedades somáticas que sufren los pacientes sobre los que se le consulta y de las posibles complicaciones psiquiátricas de estas o de su tratamiento, conocimiento de la farmacología de los psicótropos y las interacciones con la medicación pautaada, disponibilidad y capacidad de comunicarse de forma precisa y sencilla.

Zumbrunnen aconseja que las intervenciones sean breves, pertinentes y eficaces. Hay que tener en cuenta que el ejercicio de la psiquiatría de enlace puede parecer en algunos momentos insatisfactorio por las limitaciones del tiempo o derivadas de la patología física, la incompreensión de los otros profesionales sanitarios, la falta de elaboración de la demanda por parte del paciente, el mantenimiento del

papel del psiquiatra interconsultor en el Hospital General (sobre todo en los tiempos actuales en los que prima cada vez más una visión economicista de la salud pública).

En general, a los médicos consultores el aspecto que más les interesa de la interconsulta psiquiátrica es la interferencia de la psicopatología con su labor terapéutica (p. ej., la obtención del consentimiento para intervenir para un cirujano).

ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE INTERCONSULTA Y ENLACE

La organización de un servicio de psiquiatría de interconsulta y enlace depende de factores como la cantidad de camas del hospital de referencia, el personal de salud mental disponible, el carácter universitario o no del hospital, las relaciones entre los jefes de servicio, las condiciones históricas y geográficas del servicio de psiquiatría, etc.

Para organizar un servicio de interconsulta hay que contar con la aprobación de los médicos de los otros servicios del hospital, ya sea esta entusiasta o reticente. La organización general de hospital (p.ej. número de visitas, posibilidad de que los familiares duerman con los pacientes, ingresos de los niños pequeños con sus madres...) debe ser tenida en cuenta en la formación de una unidad de interconsulta psiquiátrica, y es interesante conocer a priori las posibilidades de modificar el funcionamiento del hospital en casos concretos.

La colaboración con los trabajadores sociales es imprescindible ya que en muchos casos aparecen problemas sociales, como falta de apoyo social o financiero en el momento del alta, que deben ser tratados por el profesional que les corresponda, ya que en muchos casos pueden dificultar la recuperación del paciente y cuestionar la validez de la función del psiquiatra.

Por otro lado, los psicólogos pueden trabajar en los programas de interconsulta, generalmente realizando técnicas de modificación de conducta, programas de relajación o tests psicológicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la responsabilidad ética, legal y médica recae sobre el psiquiatra, que es el médico encargado de la psicopatología del paciente (Cassem, 1987).

Es preciso, también, tener en cuenta la ubicación del despacho (si es posible en el Hospital General, cerca de las Unidades con las que se va a trabajar), la asistencia administrativa (secretaría, archivo de historias clínicas, admisión de volantes de IC).

En la actualidad, va tomando cada vez más importancia el aspecto económico, de valoración de los costes, ante el ejercicio de cualquier rama de la medicina. Si esto es importante para otras especialidades, resulta trascendental para los psiquiatras de interconsulta, ya que normalmente se ocupan de pacientes

que no han ingresado por problemas psiquiátricos ni han solicitado ser atendidos por psiquiatras. Estas características hacen que, aparentemente, la consulta de un psiquiatra a un paciente somático pueda ser cuestionada desde el punto de vista económico (no "cura" la patología somática, motivo del internamiento). Ante estos datos se han llevado a cabo estudios que relacionan las duraciones de los ingresos de los pacientes que, teniendo la misma patología somática, fueron atendidos o no por psiquiatras. En el estudio antedicho de Levitan, (Stotland, 1990), se encuentra que los pacientes que recibieron atención psiquiátrica tras una fractura de cadera tuvieron ingresos más breves, y por lo tanto fueron menos gravosos, que aquellos en los que no se realizaron interconsultas psiquiátricas. Así mismo, se ha podido observar que los pacientes atendidos por psiquiatras de enlace durante los ingresos tienen menos posibilidades de reingreso por la misma causa que motivó el ingreso previo. Todos estos datos suponen que la labor de interconsulta resulta rentable económicamente para el Hospital General y, en algunos casos, puede ahorrar costes de manera importante (descartando la necesidad de pruebas diagnósticas especiales ante determinados pacientes con enfermedades psicosomáticas).

ENFERMERÍA DE ENLACE

El entrenamiento de la enfermería en actividades de enlace psiquiátrico, como se ha observado en experiencias de funcionamiento conjunto, juega un papel importante en dicha actuación psiquiátrica, ya que permite elevar la sensibilidad acerca de las necesidades psicológicas de los pacientes, aumentar la tolerancia hacia las conductas desviadas de los pacientes psiquiátricos, evitar los conflictos derivados de conductas poco ortodoxas, identificar precozmente las complicaciones psiquiátricas e influir en el *staff* médico para remitir los pacientes al psiquiatra.

En general, el ATS de enlace se requiere que posea formación en psiquiatría general, experiencia en el manejo de pacientes psiquiátricos, buena capacidad de relacionarse socialmente, con autonomía y seguridad y capacidad de comunicación verbal, estabilidad emocional, interés por la docencia e identidad profesional propia, con capacidad de integrarse en distintos equipos de trabajo.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

El campo donde parece más clara la necesidad de colaboración entre el equipo médico-quirúrgico y el psiquiatra es el comprendido en la Medicina Psicósomática, como rama de la medicina que considera los factores psicológicos y los fisiológicos inmersos en un todo, el ser humano, y, por tanto, indisolubles e incomprensibles por separado.

El objetivo de la medicina psicosomática es plural: enfermedades orgánicas que cursan con trastornos psicológicos (enfermedades hormonales o neurológicas), aquellas que suelen implicar una reacción psicológica importante (neoplasias o traumatismos graves), trastornos fisiológicos asociados a reacciones somáticas ante estímulos estresantes (taquicardia o hipertensión) y enfermedades psicosomáticas propiamente dichas, que suelen aparecer o recidivarse en momentos de crisis vitales.

Las enfermedades propiamente psicosomáticas son aquellas previamente denominadas “funcionales”. Suelen aparecer en momentos de cambio vital, cuando el equilibrio individual se rompe por las nuevas demandas de ajuste personal (escolarización, adolescencia, matrimonio, nacimiento del primer hijo, crisis de la mitad de la vida, menopausia y jubilación son los grandes hitos en la vida de una persona que pueden poner en peligro su equilibrio “psicosomático”).

La hipótesis de la que parte la Medicina Psicosomática es la unidad funcional soma-psyque, la interacción de los principios alma y cuerpo, objeto de reflexión desde Anaxágoras. En muchas teorías filosóficas se ha entendido que el alma y el cuerpo son dos entidades separadas con un funcionamiento autónomo e incluso se han pretendido negar los mecanismos psicológicos desde el materialismo radical. Pese a ello, la mayoría de las filosofías admiten la unidad del psiquismo y el cuerpo. Desde este punto de vista, cualquier enfermedad podría ser considerada “psicosomática”: en enfermedades infecciosas como la gripe, la respuesta del organismo puede estar condicionada por razones psicosociológicas que incrementen la resistencia del organismo frente a la infección.

En la génesis de las enfermedades psicosomáticas hay que tener en cuenta que las emociones tienen un correlato fisiológico a partir de las vías del sistema nervioso autónomo y de la secreción hormonal mediada por el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, a corto y largo plazo respectivamente. El hipotálamo y el sistema límbico, conectados formando la posible sede “orgánica” de la vida emocional, proyectan axones hacia el cortex, desde donde también los reciben, haciendo al ser humano consciente de sus emociones y del control de estas. Las complejas relaciones de estimulación-inhibición entre las estructuras previas podrían ser la base sobre la que aparecen los trastornos psicosomáticos cuando alguno de los factores modifica su homeostasis.

Asimismo, los modelos conductuales de análisis de la conducta explican las enfermedades psicosomáticas desde el punto de vista del aprendizaje. Según el condicionamiento clásico o pavloviano, un estímulo inicialmente neutro se asociaría de manera inadecuada con una reacción fisiológica, resultando que tras posteriores presentaciones del estímulo neutro, sobre todo cuando estas son prolongadas en el

tiempo, el organismo reacciona de la manera que ha aprendido, produciendo un funcionamiento patológico.

En el aprendizaje operante la respuesta del ambiente depende de las acciones del sujeto. Mediante ensayos que utilizaban este paradigma, se ha puesto de manifiesto que el ser humano puede controlar, al menos hasta cierto grado, variables como la frecuencia cardiaca, la presión arterial, el ritmo alfa o la permeabilidad de las vías respiratorias. Según esta teoría, un individuo que aprende a reaccionar de manera inadecuada ante el estrés, con respuestas fisiológicas ante este, cuando se enfrenta a un montante importante de estimulación puede llegar a producir cambios históricos en su organismo. Las teorías del aprendizaje explicarían fenómenos como la generalización (p.ej. transformación de una alergia circunscrita a una polivalente).

Desde la perspectiva psicodinámica se describe el concepto de conversión como una defensa ineficaz ante el conflicto, mediante la cual la carga energética de las emociones se encuentra reprimida (por su contenido inaceptable para el yo) y se desplaza, transformándose en trastornos somáticos, ya sea por la vía piramidal (que afecta a la musculatura esquelética en forma de parálisis, convulsiones o espasmos: histeria de conversión) o a través del sistema nervioso vegetativo, ocasionando síntomas psicosomáticos.

Alexander en 1952 elaboró una teoría que relacionaba los conflictos desde una perspectiva psicoanalítica con ciertas modificaciones fisiológicas (Guimón, 1996). Ante actitudes crónicas de agresividad, rivalidad u hostilidad reprimidas, el sistema vegetativo simpático experimentaría una sobreestimulación. Cada uno de los grandes síndromes psicosomáticos se correspondería a una forma de expresión de la fijación patológica a una fase del desarrollo (úlceras gastroduodenales: fijación a la fase oral, deseo de permanente ingestión, que nunca llega; hipertensión: emergencia de tendencias agresivas propias de la fase sádica; asma: grito de llamada a la madre, dependencia; estreñimiento: fijación en la fase sadomasoquista). Cada individuo convierte su neurosis hacia el órgano “débil”, aquel representativo de la fase en la que ha quedado fijado o a la que regresa ante requerimientos del ambiente que vive como agresivos. La musculatura voluntaria sería el soporte de síntomas de conversión de tipo histérico.

Para Wolff la especificidad se encontraría en la respuesta funcional del individuo: ante una situación amenazante se ponen en marcha respuestas viscerales adaptativas, protectoras, defensivas u ofensivas, que implicarían distintos órganos (Haynal, 1978). Para otros autores de corte psicoanalítico (Kubie, Margolin, Grinker) la base de los problemas psicosomáticos es la regresión a etapas anteriores de la vida donde la diferenciación entre lo biológico y lo psicológico es aún insuficiente; así, los cuadros graves se derivarían de la regresión a un punto de fijación pre-

genital (“psicosis de órgano” para Meng). Según Mitscherlich la elección del órgano en las enfermedades psicosomáticas satisfaría los deseos libidinales y los deseos de castigo (Hernández, 1989).

La escuela de Marty sostiene que los enfermos psicosomáticos son personas hiperadaptadas a su entorno, con un pensamiento operatorio. La regresión sería un mecanismo de defensa primitivo ante las fuertes tendencias autoagresivas y autodestructivas relacionadas con el instinto de muerte (Hernández, 1989). Esta fijación a un nivel narcisista y la fusión sujeto-objeto compromete la relación objetal, ya que el sujeto se identifica totalmente con el objeto. El resultado sería una persona caracterizada por la alexitimia, definida como inhibición neurótica. Mynard sostiene que la patología psicosomática aparece ante una hiposimbolización de los afectos y los conflictos personales, frente a las teorías que suponen esta patología un modo de expresión de los afectos.

En el momento actual, se tiende a una explicación que integra los modelos previos, como la teoría general de sistemas, que supone un procesamiento en paralelo de toda la información disponible y de todos los mecanismos implicados en la conducta normal o patológica humana. Una teoría inmunológica del origen de la colitis ulcerosa no invalidaría la participación de factores psicológicos, así como en el asma la etiología alérgico-infecciosa, junto con una predisposición hereditaria, se uniría a factores psicológicos y sociales. Actualmente se considera que en la patología psicosomática intervienen varios factores: *factores inespecíficos*, que perturban el sentimiento de seguridad del individuo (heridas narcisistas), como puede ser la pérdida de un ser querido; *condicionamientos orgánicos*, probablemente por la participación del sistema neurovegetativo, con una disregulación a nivel general; *determinantes de órgano*, condicionamientos precoces sobre el órgano afectado o significación específica del órgano, expresión de conflictos intrapsíquicos, del simbolismo del lenguaje del cuerpo o de expresiones de actitudes previas.

BIOÉTICA

Uno de los problemas actuales con los que se enfrenta el colectivo médico, y como tal, la psiquiatría de enlace, es la ordenación jurídica de su actuación y, en un nivel superior, la ética que rige sus actividades.

La bioética se ocupa de la relación médico-enfermo, la confidencialidad y el consentimiento informado del paciente para que le sean administrados determinados cuidados.

El psiquiatra de interconsulta muchas veces es consultado por otros profesionales de la Medicina para la evaluación de la competencia de un paciente para dar dicho consentimiento informado, asesorar en procesos grupales y examinar el estado mental y del carácter de una persona. Generalmente partici-

pa, asimismo, en los Comités de Ética asistencial y Comités Éticos de Investigación que deben estar en marcha en los diferentes dispositivos asistenciales.

El psiquiatra de enlace puede encontrarse ante un dilema ético en su actividad, aunque debe poseer estrategias únicas para asistir en la clarificación y resolución de los dilemas éticos de los otros profesionales (Engel, 1992), ayudando a tener una posición realista en una decisión, clarificando los aspectos emocionales.

En ocasiones el psiquiatra, fundamentalmente en su labor de interconsulta y enlace, es utilizado por los otros clínicos como “experto legal”, en casos en los que se precisa el asesoramiento de otro clínico, y no de un abogado estrictamente, o en casos en los que la petición es reducir la ansiedad ante la práctica clínica que requiere también una visión legal, como puede ser la evaluación de la competencia, consentimiento informado y capacidad para aceptar o rechazar un tratamiento, medidas restrictivas, etc. (Ruiz, 1997).

El consentimiento informado supone que el paciente acepta que se le realice una determinada prueba diagnóstica, exploración o tratamiento, basándose en la información que ha obtenido del equipo médico-quirúrgico que lo trata. Los casos en los que no es necesario este consentimiento para la labor del médico son los siguientes: incompetencia del paciente, situación de emergencia, renuncia del derecho o “privilegio terapéutico” (la información en estos casos deterioraría la salud física o mental del paciente). Este último punto no queda recogido en la legislación española y debe ser utilizado de forma muy restrictiva, no sólo ante la ansiedad que genere la información.

Una de las características del consentimiento informado es que debe ser voluntario, intentando evitar la coacción que puede producirse en la transmisión sesgada de la información.

La competencia para tomar decisiones es específica y limitada a un acto concreto. En general, en el ámbito médico se utiliza el término “competencia” en referencia a la capacidad de toma de decisiones, ya que la declaración de incapacidad tiene que ser derivada de una resolución judicial. En la valoración de la capacidad por parte del psiquiatra de enlace se deben tomar en consideración los beneficios y los riesgos de una determinada actuación asociado a la decisión negativa o positiva del paciente a que dicha actuación sea realizada sobre él.

Aunque en la actualidad no son demasiado frecuentes las demandas contra los psiquiatras, es previsible que se incrementen en el futuro. Ruiz (1997) destaca como causas más frecuentes de denuncias la conducta suicida, la accidentalidad y heteroagresividad de los pacientes, los efectos secundarios derivados de los psicofármacos y la actuación en urgencias psiquiátricas. Cita a Cabrera, que recomienda que se expliquen los efectos secundarios de los fármacos administrados.

COSTE DE LAS ACTUACIONES DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE

En los últimos años ha crecido el interés por evaluar el impacto económico de las intervenciones psiquiátricas en los medios médicos (Guggenheim, 1984 y McKegney, 1981).

Entre las razones que explican este interés podemos destacar la introducción de los grupos GDR, pago prospectivo y casemix en EE.UU., los estudios de Schlensinger (1983) y Humford (1984) que han puesto de manifiesto la relación significativa entre la utilización de servicios médicos y de salud mental, los trabajos de Hill (1979) y Levitan (1981), en EE.UU. que ponen en evidencia que las intervenciones psiquiátricas en el Hospital General disminuyen el tiempo de estancia hospitalaria.

Según el estudio de Lyons y Strain, el *timing* (momento en que se realiza la interconsulta psiquiátrica), correlacionaría positivamente con el acortamiento de las estancias hospitalarias a través de una fórmula matemática que proponen:

$$\text{Timing} = \frac{\log(\text{días previos a la interconsulta})}{\log(\text{días de estancia domiciliaria})}$$

Así, para 500 pacientes, con un *timing* de 0,5, una estancia media de 30 días y un tiempo previo a la interconsulta de 11,2 días, la reducción del *timing* de 0,5 a 0,4 disminuiría la estancia media en 1,5 días, con una reducción de estancias de 750 días. Si suponemos un coste de 30.000 pts/día, esta disminución del número de estancias supondría un ahorro de 22.500.000 pts.

En el análisis de los costes del departamento de psiquiatría de enlace hay que tener en cuenta los costes directos derivados de la plantilla, la medicación y las pruebas diagnósticas, los costes indirectos:

tiempo dedicado por los psiquiatras, personal de enfermería y por los familiares.

Para la demostración de la compensación del coste (*cost offset*) debe observarse que el trastorno psiquiátrico se asocia con un aumento esperado de utilización médica y de costes (Ackerman et al, 1988, en esta línea estimaron que los pacientes con un trastorno depresivo mayor en el Hospital General están ingresados 2,5 días más de lo esperado), el tratamiento psiquiátrico debe mejorar el trastorno psiquiátrico y debe reducirse el aumento antedicho del uso de los servicios médicos.

Se ha llevado a cabo un estudio multicéntrico, transcultural europeo sobre los costes producidos por la psiquiatría de enlace e interconsulta (Lobo et al, 1997). Aunque los resultados son aún provisionales se ha realizado en cerca de 15.000 pacientes y se ha observado como rasgos comunes en todos los países europeos:

—Una baja tasa de consultas (inferior al 1,5% de los ingresos).

—Larga estancia hospitalaria hasta que el paciente es remitido a psiquiatría.

—Estancia media mayor que en los pacientes no remitidos.

—Alta tasa de pacientes en edad geriátrica.

Una de las conclusiones principales del estudio ha sido destacar la importancia de la detección temprana de los pacientes con factores psicológicos que puedan complicar el curso de la hospitalización.

Los resultados españoles de dicho estudio (García-Camba et al, 1997) destacan la baja petición de interconsultas psiquiátricas (2,5-4% de los pacientes ingresados) frente a los datos de prevalencia de enfermedad mental en pacientes médicos, que suelen alargar la estancia media. De hecho, la precocidad en la intervención del psiquiatra se ha relacionado con un acortamiento del tiempo medio de estancia.

Bibliografía

1. Cassem NH. Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry. Mosby Year Book, St. Louis. 3ª Ed. 1987.
2. García-Camba E, Crespo MD, Lobo A, Montoya J, González Cajal J, García Rodríguez P, et al. Resultados del estudio del European Consultation Liaison Workgroup en España, sobre efectividad de los servicios de psiquiatría de interconsulta y enlace. Datos preliminares. Arch Neurobiol 1997; suppl 2: 23-33.
3. Guimón J (ed.). The body in Psychotherapy. Karger. International Congress, Ginebra; 1-3 febrero 1996.
4. Haynal A, Pasini W. Abrégé de Médecine psychosomatique. Ed. Masson, París 1978.
5. Hernández Martínez J. Introducción al concepto de Medicina Psicosomática. IM&C, Lab. Delagrangue, Murcia 1989.
6. Lobo A, Crespo MD, García-Camba E, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, et al. El estudio multicéntrico, transcultural europeo sobre servicios de psicopatología y psiquiatría "de enlace" (E.C.L.W.). Arch Neurobiol 1997; suppl 2: 7-21.
7. Rojo Rodes JE, Cirera Costa E. Interconsulta psiquiátrica. Ed. Masson, Barcelona 1997.
8. Ruiz S. Psiquiatría de enlace: aspectos legales. C Med Psicopatol 1997; 42 (43): 105-112.
9. Rundell JR, Wise MG. Textbook of Consultation-liaison Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. Washington 1996.
10. Santo-Domingo J. Psiquiatría de interconsulta y enlace y costes sanitarios. Arch Neurobiol 1997; suppl 2: 57-68.
11. Soria J, Cañas F, López-Ibor JJ, Santo-Domingo J, López-Ibor JM, Acosta E. Liaison Psychiatry in toxic oil syndrome.
12. Stotland NL, Garrick TR. Manual of Psychiatric Consultation. American Psychiatric Press, Inc. London, 1990.
13. Ullersperger JB. La historia de la Psicología y la Psiquiatría en España, desde los más remotos tiempos hasta la actualidad. Madrid 1954.
14. Zumbrennen R. Psychiatrie de liaison. Ed. Masson, París 1992.