

## **Resumen**

*La prevalencia de morbilidad psíquica en hospitales generales es muy alta, constituyendo un problema a considerar por sus implicancias sobre la evolución, el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, tanto durante la internación como luego del alta. Este trabajo reporta datos sobre la incidencia de problemas psicosociales, detectados a través de instrumentos de screening, en la población que ingresó a los Servicios de Medicina de un Hospital General (N= 130). La incidencia de trastornos cognitivos fue del 30%, llegando al 100% en los fallecidos (5% de la población). Presentaba depresión y/o ansiedad el 50% de los pacientes. Los pacientes con comorbilidad depresivo-ansiosa de grado moderado-severo tuvieron un promedio de estadía mayor que el promedio de la población. Sin embargo, los casos en que se solicitó interconsulta a Salud Mental bajaron su promedio de estadía en cuatro días, respecto a los pacientes con igual sintomatología que no recibieron atención psiquiátrica. La frecuencia de interconsultas a Salud Mental fue del 17%, cifra mayor que la reportada en numerosos trabajos internacionales. Reconociendo los logros obtenidos y sobre la base de los datos epidemiológicos, se plantea la necesidad de planificar, instrumentar y evaluar un modelo de trabajo integrado de los Servicios de Salud Mental en el ámbito hospitalario, en busca de lograr una mayor eficiencia y eficacia de la atención en salud, promoviendo la satisfacción y calidad de vida de los pacientes y del equipo de salud.*

## **Palabras clave**

*Incidencia  
Trastornos psiquiátricos  
Hospital General  
Psiquiatría de enlace  
CAGE  
Minimental  
HADS*

## **Summary**

*The prevalence of psychic morbidity in general hospitals is high, this having negative consequences on patients evolution, prognosis and quality of life, not only while hospitalized but also after being discharged. This paper reports data about the incidence of psychosocial problems, assessed through screening instruments, in patients who were hospitalized in Medicine Services of a General Hospital (N= 130). An incidence of 30% of cognitive disorders was detected, reaching the 100% in patients who finally died (5% of all sample). 50% of patients reported depression and/or anxiety. Patients with co morbid depression and anxiety in a moderate-severe level remained hospitalized for a longer period than the average for the sample. Yet, in those cases where consultation to Mental Health Service was requested, the average period was lowered in 4 days compared to patients with similar symptoms for whom consultation was not requested. Frequency of consultation to Mental Health was 17%, a larger number than those reported by international works. Based on these epidemiological data, there is an obvious necessity for planning, executing and evaluating a working model of Mental Health Services in General Hospitals, in order to reach a higher efficacy, fostering patients and health professionals satisfaction and quality of life.*

## **Key words**

*Incidence  
Psychiatric disorders  
General Hospital  
Liaison psychiatry  
CAGE  
MMSE  
HADS*

## **Autores**

### **Laura Schwartzmann**

Médico Psiquiatra.  
Profesora Agregada del Depto. de Psicología Médica - Facultad de Medicina - Universidad de la República

### **Bettina Caporale**

Licenciada en Psicología.  
Asistente del Depto. de Psicología Médica - Facultad de Medicina - Universidad de la República

### **Adriana Suárez**

Médico Psiquiatra.  
Asistente del Depto. de Psicología Médica - Facultad de Medicina - Universidad de la República

### **Silvia Sancristóbal**

Licenciada en Psicología.  
Psicóloga del Hospital Pasteur - MSP

Este trabajo obtuvo el Segundo Premio "Sociedad de Psiquiatría 2002", en diciembre de 2002.

## Introducción

Los pacientes internados constituyen una población altamente vulnerable a presentar trastornos psíquicos, estimándose que alrededor del 50% presenta malestar clínicamente significativo<sup>1</sup>. La propia enfermedad médica, con las limitaciones funcionales y síntomas perturbadores (por ejemplo, dolor) que pueden acompañarla, provoca reacciones emocionales que muchas veces alcanzan una intensidad patológica. La internación hospitalaria determina, por su parte, un alejamiento del entorno familiar del enfermo, introduciendo modificaciones horarias, espaciales e higiénicas, a la vez que implica el contacto con personas desconocidas. Los procedimientos diagnósticos, muchas veces invasivos y dolorosos, pueden despertar temor, a lo que se agrega las maniobras diarias de control clínico y paraclínico. El hospital público con actividad docente añade, como otro posible factor estresante, el contacto directo con otros enfermos y las continuas rotaciones de docentes y estudiantes en la sala.

En nuestro país, un estudio realizado en una muestra de pacientes internados en salas de Medicina en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela<sup>2</sup> encontró que el 88% presentaba problemas psicológicos (46% dificultades de adaptación, 32% ansiedad, 8% depresión, 12% alcoholismo, 18% trastornos cognitivos); el 76% presentaba problemas socio familiares, y el 42% presentaba problemas en el eje asistencial (26% por carencia o distorsión de la información, 12% por dificultades en la relación médico-paciente, 16% por no adhesión al tratamiento). Estas cifras, si bien indicativas, no pueden reportarse como prevalencia, ya que la misma implica encuestar al total de pacientes en un Servicio o Institución determinada para estimar el total de casos en la población en ese período. Otro estudio analizó la frecuencia de interconsultas al servicio de Psiquiatría en el Hospital de Clínicas<sup>3</sup>. Los trastornos identificados fueron: 27.7% de episodios depresivos mayores, 21.5% de trastornos adaptativos con síntomas depresivos/ansiosos, 14.3% de alcoholismo, 9.4% de cuadros confusionales, 7.7% de trastornos de ansiedad y 4.1% de demencia. La frecuencia de interconsultas a Psiquiatría fue del 3.3% en servicios médico-quirúrgicos.

Muchas investigaciones realizadas en los últimos años muestran el impacto negativo directo que tiene la morbilidad psíquica sobre las patologías médicas, siendo especialmente destacados los estudios sobre el impacto de la depresión en pacientes cardíacos<sup>4,5</sup>.

Al respecto, el DSM IV<sup>6</sup> incluye entre sus criterios diagnósticos, como una categoría específica, los “Factores psicológicos que afectan a una enfermedad médica”, incluyendo entre dichos factores a los trastornos mentales (por ejemplo, depresión, ansiedad), síntomas psíquicos (por ejemplo, síntomas depresivos o ansiosos), rasgos de personalidad o mecanismos de afrontamiento que generen conductas patógenas o maladaptativas, respuestas fisiológicas al estrés y factores no especificados (por ejemplo, creencias religiosas o culturales).

Desde la investigación, la psiconeuroinmunología<sup>7</sup> ha intentado avanzar en la última década en la relación entre los factores psicosociales, el SNC, el sistema inmune y la enfermedad, si bien la relación entre el bienestar físico y psicosocial ya había sido señalada a través de la historia y en diversas culturas<sup>8</sup>. Desde la comunidad científica y desde los legos, el paradigma mente-cuerpo ha sido lanzado a la luz pública, bien para elevarlo como un nuevo modelo explicativo de la salud-enfermedad como para denostarlo como apropiación ilegítima de antiguos cuentos de brujas sin base científica. Sin embargo, la evidencia que indica que el estrés y la depresión se asocian con cambios en la función inmune es creciente, aun cuando la relación entre estas variables sea compleja y no completamente entendida. En este sentido, se ha demostrado la asociación entre depresión, disminución de la función inmune, edad, sexo y hospitalización.

En un reciente debate entre expertos publicado en *Psychosomatic Medicine*<sup>9</sup>, uno de los autores plantea: “Se ha demostrado que las intervenciones psicosociales mejoran la calidad de vida en pacientes con enfermedades establecidas y parecen influir sobre los procesos biológicos que se creen relacionados con la progresión de la enfermedad. Los estudios clínicos reducidos son útiles para identificar en qué condiciones los factores psicosociales afectan la calidad de vida. Sin embargo, sólo estudios a gran escala pueden determinar en qué medida las intervenciones psicosociales pueden influir sobre la morbimortalidad.”

Por otra parte, se ha señalado que una dificultad para las intervenciones psicosociales es que con frecuencia los problemas no se detectan. Este fenómeno se denomina morbilidad oculta, refiriéndose a la baja identificación por parte de los médicos de los trastornos mentales, tanto en Atención Primaria como en pacientes internados. El Estudio Zaragoza<sup>10</sup> encontró que 41% de los trastornos de ansiedad y 33% de los trastornos depresivos no fueron detectados por los médicos de Atención Primaria. Como posibles factores explicativos se considera los problemas en la relación médico-paciente (el paciente requiere de una atmósfera de confianza y comprensión para plantear sus problemas), así como el insuficiente entrenamiento del profesional para realizar las entrevistas, las cuales se caracterizan por un mayor énfasis dado a los aspectos biológicos, dejando de lado los aspectos psicosociales. Desde el equipo asistencial se estima que la influencia del síndrome de desgaste (burn out) y la conflictividad intraequipo pueden ser factores coadyuvantes.

A nivel hospitalario se observa también esta infradetección como fenómeno frecuente. Existen estudios que llegan a mostrar hasta un 72% de casos no detectados<sup>1</sup>, siendo especialmente notorio para los trastornos confusionales sin agitación psicomotriz. En un estudio multicéntrico<sup>11</sup> realizado en aproximadamente 60 hospitales con una muestra de alrededor de 15.000 pacientes, se observó una muy baja tasa de consultas a los servicios de psicopatología y psiquiatría de enlace (1.5%), en contraste con un 30% de morbilidad psíquica detectada, observándose también un prolongado período de internación previo a la interconsulta. Otro estudio<sup>12</sup> mostró una tasa de interconsultas psiquiátricas de entre el 2.5 y el 4%, con una media de 11.2 días previos a las mismas. En el Massachusetts General Hospital los psiquiatras son consultados por el 6% de los pacientes<sup>13</sup>.

La infradetección de los trastornos influye negativamente sobre las medidas de resultados en salud (morbimortalidad y fundamentalmente calidad de vida), determinando a su vez una mayor tasa de consultas en servicios de urgencia, derivación a especialistas e ingresos hospitalarios, así como, también, indicaciones farmacológicas y diagnósticas innecesarias,

costosas y algunas veces, iatrógenas. También se observa una mayor duración en la internación de los pacientes con morbilidad psiquiátrica en comparación con aquellos que no la presentan<sup>14, 15</sup>, por lo que su detección precoz se vuelve fundamental. El estudio del Grupo de Trabajo Europeo de Psiquiatría de Enlace<sup>12</sup> observó que el 90% de los estudios de resultados a largo plazo muestra un aumento de la estadía hospitalaria y consumo de recursos luego del alta, existiendo hasta un 50% de pacientes con morbilidad psíquica entre el 10% de los pacientes identificados como “altos consumidores de servicios”.

En nuestro país, los estudios de prevalencia existentes corresponden a los Hospitales Maciel y Pasteur. En el Maciel, un estudio de alcoholismo reportó un 24.6% (N=719)<sup>16</sup>. En el Hospital Pasteur existe una tradición de identificación de problemas psicosociales con fines de investigación, que hasta el momento no había tenido repercusión en las rutinas asistenciales. En el año 1997<sup>17</sup> un estudio de prevalencia realizado por estudiantes de CICLIPA I en el total de la población hospitalaria detectó, a través de la utilización de instrumentos de screening, un 59% de posibles casos de ansiedad, 63% de depresión, 33% de alcoholismo y 50% de trastornos cognitivos. Un estudio posterior en el mismo centro (1999)<sup>18</sup> mostró una prevalencia de ansiedad del 54.2%, depresión 56.4%, trastornos cognitivos 22% (destacando con relación a estos últimos que fueron excluidos los casos previamente detectados por los médicos) y alcoholismo 28%. Entre las conclusiones de los trabajos anteriores se sugirió la utilización sistemática de instrumentos de screening para aumentar la detección de estos trastornos en la práctica médica.

En el momento actual, el Departamento de Medicina del Hospital Pasteur solicitó a Salud Mental la implementación de un proyecto de detección de problemas psicosociales, con el fin de evaluar el impacto de los mismos sobre la atención de los pacientes.

No existen en nuestro medio antecedentes de trabajos de incidencia, ni encontramos en la revisión bibliográfica realizada datos publicados de este tipo a nivel internacional. Todos los trabajos revisados reportan datos de prevalencia o de demanda de servicios.

## Objetivos

El objetivo de este proyecto fue realizar la detección precoz de problemas psicosociales, así como evaluar su posible influencia sobre la evolución de la enfermedad en términos de mortalidad y duración de la internación. Al respecto, diversos trabajos internacionales plantean la asociación entre estadías prolongadas y psicopatología, pero no han estado en condiciones de responder si la misma es previa o surge como consecuencia de las complicaciones que se producen durante dichas internaciones (ya que se trata de estudios de prevalencia y no de incidencia).

Se buscó también establecer la correlación entre la morbilidad psíquica y diferentes variables sociodemográficas, con el fin de definir poblaciones de riesgo sobre las cuales sería necesario estar especialmente alertas.

Se estudió la frecuencia de interconsultas a servicios de Salud Mental y su relación con la morbilidad detectada.

Además, y sobre la base de los datos obtenidos, se plantea una reflexión acerca de las formas de trabajo de Salud Mental en el Hospital General. En este sentido, nuestro país ha sido pródigo en experiencias de integración de la disciplina al ámbito hospitalario, y la importancia otorgada al abordaje de los aspectos psicosociales de la práctica médica quedó claramente plasmada en el Plan de Estudios de la Facultad de Medicina del año 1968. Entre los años 1969 y 1973<sup>19</sup> se llevaron adelante experiencias pioneras de preparación de los docentes y formación de los estudiantes, en el intento de “restituir a la medicina al campo de las ciencias antropológicas”. Dicho período contó con el asesoramiento personal de figuras como José Bleger, e introdujo en nuestro medio los trabajos seminales de Schneider y Balint. Esta experiencia se interrumpió abruptamente en el año 1973, tras el golpe de Estado y la desaparición de la autonomía universitaria. La salida de la dictadura y la euforia democrática llevaron a un nuevo salto cualitativo a través de la formulación de un ambicioso Plan Nacional de Salud Mental, colectivamente elaborado. En su punto V el Programa planteaba una transformación del modelo de atención en Salud Mental, que

rompiese con el modelo centrado en el hospital psiquiátrico para crear uno centrado en la comunidad, basado en el trabajo de equipo multi e interdisciplinario. En este período, la Clínica Psiquiátrica integró recursos estables a los Hospitales Generales, y Psicología Médica reinició su actividad curricular en Medicina, optando por una inserción clínica. Se realizaron experiencias de talleres psicosociales en diferentes hospitales y servicios, y se creó la Unidad de Medicina Psicosocial en el Hospital Maciel. En el ámbito de la Facultad de Medicina se constituyó el Área de Salud Mental tras la figura señera del Dr. Mendilaharsu. Sus integrantes provenían del campo de la Psiquiatría, Psiquiatría Infantil, Psicología Médica, Enfermería Psiquiátrica y Neuropsicología. El tiempo mostraría las dificultades para pasar de esta formulación normativa ideal a las actividades concretas. La necesidad de adecuación de las respectivas identidades profesionales, así como la conocida dificultad ante los cambios de los sistemas que tienden a la homeostasis, enlentecerían este proceso de integración.

El momento actual nos encuentra en otro punto, con un mayor desarrollo de las disciplinas participantes que, en espiral dialéctica, nos vuelve a cuestionar acerca de las formas más efectivas de responder a los problemas psicosociales de la práctica médica. En este camino se ha avanzado y la diferencia esencial en este momento es que los temas se están discutiendo entre los actores directamente involucrados, en cada centro hospitalario y en función de experiencias concretas.

En este marco, el Hospital Pasteur encara una nueva forma de trabajo que ha aunado los recursos de Salud Mental: psiquiatras y psicólogos pertenecientes a Salud Pública junto a Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina que cumplen funciones en este hospital. Los avatares del proceso de integración merecerían un trabajo aparte, pero lo real es que la conjunción del proceso histórico que mencionamos con la experiencia transitada en este centro en particular, habilitan este proceso de re-análisis de las formas de trabajo.

Partiendo de datos científicos, se intenta formular un modelo de atención adecuado a las necesidades detectadas y que sea evaluado

en sus fundamentos teóricos, implementación y resultados, como forma de avanzar en la posibilidad de generar modelos de atención efectivos y eficientes.

## Material y método

Se realizó la búsqueda bibliográfica en Medline y OVID, así como en las publicaciones nacionales: Revista Médica del Uruguay y Revista de Psiquiatría del Uruguay.

Se realizó un estudio prospectivo del total de pacientes que ingresaron a los Servicios de Medicina del Hospital Pasteur, los cuales incluyen 7 salas (2 salas generales de mujeres y 3 de hombres; 2 salas de Cuidados Intermedios de hombres y mujeres, respectivamente), durante el período comprendido entre el 10 de junio y el 10 de julio de 2002. Los pacientes fueron entrevistados en los primeros tres días de su ingreso. No hubo criterios de exclusión. Se solicitó consentimiento informado, no habiéndose producido negativas a participar. La aplicación de los cuestionarios estuvo a cargo de dos Asistentes del Departamento de Psicología Médica y una psicóloga del equipo de Salud Mental del MSP.

La identificación se realizó mediante una ficha de identificación de problemas psicosociales (ver Anexo), el Mini-Examen Cognoscitivo para el screening de posible trastorno cognitivo, el cuestionario HADS para screening de ansiedad y depresión y el cuestionario CAGE para la detección de alcoholismo. Cuando se detectaron factores de riesgo o patologías que pudiesen interferir en el tratamiento, se informó a los médicos de la sala, sugiriendo realizar la consulta a Salud Mental. Una ficha resumen de los principales resultados se incluyó en la historia clínica.

Los datos sobre las interconsultas solicitadas durante el período de estudio fueron aportados por la Clínica Psiquiátrica y el Servicio de Psiquiatría del MSP.

Los datos sobre los días de internación y defunciones fueron extraídos de la Sección Archivos del Hospital.

## Instrumentos

1) **Hoja de identificación de problemas psicosociales:** Se utilizó una versión abreviada de la hoja de Identificación de Problemas que el Departamento de Psicología Médica utiliza para la docencia de pregrado. (Ver Anexo.)

2) **MMSE (Minimental State Examination):** Test de screening para la detección de trastornos cognitivos diseñado por Folstein et al.<sup>20</sup>. Mide orientación, atención, memoria, cálculo, lenguaje y capacidad constructiva. El punto de corte de acuerdo con la validación realizada en un trabajo anterior en nuestro medio fue de 23 para mayores de 65 años y de 27 para menores.

3) **HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale):** Escala para detección de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados; contiene 14 ítems (7 de depresión y 7 de ansiedad), puntuados en una intensidad de 0 a 3, con un punto de corte de 8 para depresión/ansiedad leve, 11 para depresión/ansiedad moderada y 15 para depresión/ansiedad severa. Se utilizó la versión en español autorizada por los autores<sup>21</sup>.

4) **CAGE:** Escala de detección de alcoholismo; consta de cuatro preguntas, obteniendo un diagnóstico positivo presuntivo con sólo una respuesta positiva. Fue validada en nuestro país en el Hospital Maciel<sup>16</sup> y en el Hospital Pasteur<sup>18</sup>.

## Análisis estadístico

Se realizó el análisis descriptivo e inferencial. Se utilizó chi cuadrado para variables categóricas y test de t para variables continuas.

## Resultados

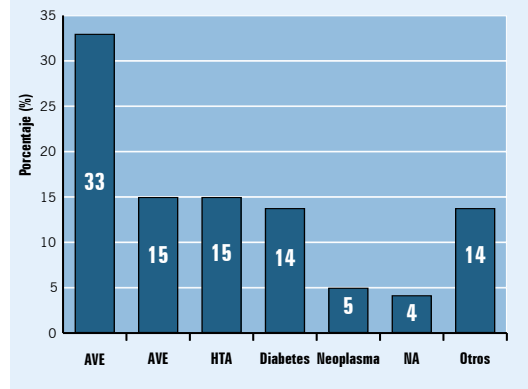
### 1. Datos demográficos

La muestra estuvo compuesta por 130 pacientes, 70 hombres (53.8%) y 60 mujeres (46.2%), con una media de edad de 61 años  $\pm$  17 (rango 16-92). El 40% de la población estaba casado o en pareja estable, 24% viudos, 18% solteros y 18% separados/divorciados. Vivía

solo el 16%. El 74% de la población tenía nivel de escolaridad primaria, 24% secundaria y 2% terciaria. Con relación a la ocupación, el 27% de la población trabajaba. El 85% de los pacientes procedía de Montevideo e ingresó por Emergencia el 81%.

Los diagnósticos médicos más frecuentes se muestran en el Gráfico 1.

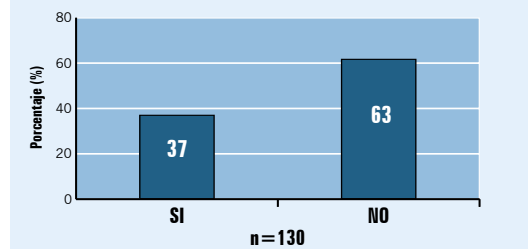
**Gráfico 1 | Motivos de ingreso**



## 2. Problemas psicosociales detectados en el screening

En el total de la muestra se identificó 37% de pacientes con trastorno cognitivo, con una frecuencia significativamente más alta en mayores de 65 años ( $p=.001$ ). (Gráfico 2.)

**Gráfico 2 | Trastorno cognitivo**



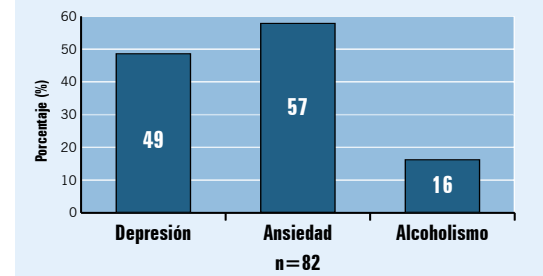
A estos pacientes (N=47) no se les aplicó el resto de las pruebas debido a la falta de confiabilidad.

La mortalidad en esta cohorte fue del 5%, y la totalidad de los fallecidos tenía un trastorno cognitivo al ingreso, confirmando el valor de la identificación de estos cuadros. Como consecuencia, en estos casos no se pudo evaluar la presencia de cuadros depresivo-ansiosos u otros factores de riesgo.

Las cifras reportadas de ansiedad, depresión y alcoholismo corresponden a la población sin trastorno cognitivo (N=82). Esto hace presumir que la incidencia sería aun mayor si se estudiaran clínicamente los pacientes portadores de trastorno cognitivo, dada la frecuencia con que la demencia se acompaña de cuadros depresivo-ansiosos en sus fases iniciales, así como la presencia de deterioro en alcoholistas crónicos.

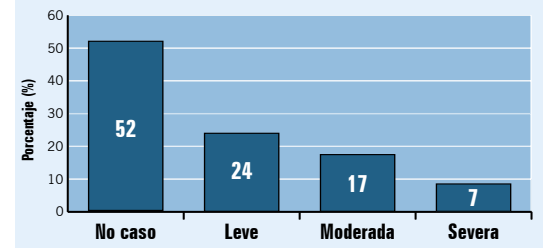
La incidencia de ansiedad, depresión y alcoholismo en la población sin trastorno cognitivo se muestra en el Gráfico 3.

**Gráfico 3**



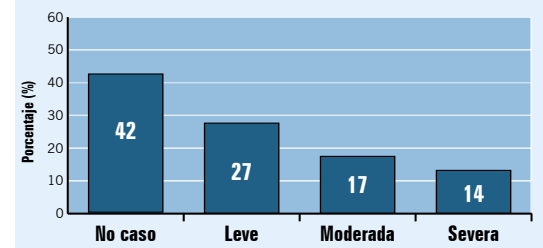
La incidencia para la depresión mostrada por la escala HADS fue del 49%, distribuida en leve (24%), moderada (17%) y severa (7%), como se muestra en el Gráfico 4.

**Gráfico 4 | Incidencia de depresión**



Con relación a los trastornos de ansiedad, en esta misma población, se reporta una incidencia del 57%, distribuida en leve (26%), moderada (17%) y severa (14%), como muestra el Gráfico 5.

**Gráfico 5 | Incidencia de ansiedad**



Contrastando con lo encontrado en estudios anteriores<sup>17</sup>, no hubo diferencias en las frecuencias de depresión y ansiedad entre sexos, con excepción de la ansiedad severa, la cual fue más frecuente en mujeres.

Con respecto al alcoholismo se reporta un total de 18 casos. Presentaban un trastorno cognitivo 5 de ellos por lo cual no se les aplicó el CAGE, pero fueron identificados por la historia clínica como portadores de patologías vinculadas al alcoholismo crónico. Cuando se aplicó el CAGE la incidencia detectada fue de 16% (13 casos), mayoritariamente en sexo masculino y población menor de 60 años. Estas cifras son menores que las reportadas en trabajos anteriores en este mismo centro, posiblemente por la exclusión de pacientes con trastornos cognitivos.

La población sin trastorno cognitivo se diferenció de la población total en los aspectos socio-demográficos sólo por la edad (57 años  $\pm$  16). Los problemas psicosociales identificados en la población sin trastorno cognitivo (N=82) fueron los siguientes:

- Sucesos vitales estresantes agudos: 39%
- Sucesos vitales estresantes crónicos: 17%
- Ingresos reiterados: 17%
- Frecuentes descompensaciones: 15%
- Internación prolongada: 5%
- Vive solo: 15%

La depresión asoció significativamente con sucesos vitales estresantes crónicos ( $p=.01$ ) y con frecuentes descompensaciones de la enfermedad de base ( $p=.02$ ). Este dato coincide con el reporte de mayor dificultad en la adhesión al tratamiento y frecuencia de descompensaciones en pacientes cardíacos deprimidos<sup>22</sup>. El alcoholismo asoció significativamente con problemas familiares, vivir solo e ingresos reiterados, confirmando el impacto de esta enfermedad sobre el clima familiar y la atención en salud.

### 3. Interconsulta

La frecuencia de interconsultas fue del 17%, evidenciándose una disminución de las solicitudes de consulta a medida que la edad aumenta y que el paciente presenta un trastorno cognitivo.

Considerando cifras internacionales esta frecuencia de consultas es elevada, reportada entre el 1.5 y 6% en otros estudios<sup>11, 12</sup>. Este dato habla de la presencia estable desde hace años de equipos de Salud Mental realizando este trabajo, y es un indicador de la calidad del servicio ofrecido. Sin embargo, debe destacarse que estas cifras reportan la incidencia de interconsultas en Servicios de Medicina, que habitualmente es más alta que en los servicios quirúrgicos. Por otra parte, el informar a los médicos de sala sobre la morbilidad detectada en el screening pudo aumentar en algún grado esta frecuencia. A pesar de ello, la relación entre psicopatología detectada e interconsulta solicitada sigue siendo baja. En la discusión analizaremos este hallazgo.

### Características demográficas y psicopatología

En la Tabla 1 se muestra las características demográficas y psicopatología de la población, diferenciando entre aquellos pacientes que requirieron interconsulta de los que no lo hicieron.

	Interconsulta SI (N=23)	Interconsulta NO (N=107)
Sexo	59% mujeres	44% mujeres
Media de edad	53 años	63 años
Escol. primaria	71%	74%
Estado civil (pareja estable)	50%	39%
Trast. cognitivo	14%	40%
Depresión	61% (33% mod. a sev.)	44% (21% mod. a sev.)
Ansiedad	61%	57%
Alcoholismo	15%	21%
Pte. difícil	6%	1%

Tabla 1

Características de la población e interconsulta

### Problemas psicosociales detectados

En la Tabla 2 se muestran los factores de riesgo psicosocial detectados, diferenciando entre los pacientes que requirieron interconsulta de los que no lo hicieron.

Se observa que la solicitud de interconsulta es mayor para las pacientes de sexo femenino, a pesar de que no se detecta una diferencia entre sexos respecto a la frecuencia de psicopatología (excepto en lo que se refiere a alcoholismo, predominante en hombres). La mayor posibilidad de las mujeres de expresar el sufrimiento emocional y solicitar ayuda podría estar explicando esta diferencia. Sin embargo, en la medida que las solicitudes de interconsulta dependen de los médicos que las solicitan, habría que analizar las razones, dependientes de los profesionales, por las que los pedidos se concentran en algunas salas (salas de mujeres 60%).

**Tabla 2**

Factores de riesgo psicosocial e interconsulta

Factores de riesgo	Interconsulta SI (N=23)	Interconsulta NO (N=107)
SVS* agudos	42%	39%
SVS* crónicos	21%	15%
Ingresos reiterados	24%	21%
Enf. crónica con frecuentes descomp.	19%	14%
Vive solo	15%	0%
Internación ant. prolongada	5%	7%

\*Sucesos vitales estresantes.

El promedio de edad es 10 años menor en aquellos pacientes por los que se solicita interconsulta, lo que seguramente está dando cuenta de dos fenómenos: la mayor posibilidad de identificación (sintonía) con los pacientes más jóvenes, así como la mayor dificultad para el diagnóstico de la morbilidad psíquica en los adultos mayores.

Si analizamos la relación entre la morbilidad psíquica detectada y las consultas solicitadas, podemos observar en primer lugar la subrepresentación de los trastornos cognitivos en las interconsultas (14% vs. 40%), así como del alcoholismo (15% vs. 21%). Estos datos también coinciden con los internacionales<sup>1</sup> que plantean la dificultad de detección de los trastornos cognitivos agudos (cuadros confusionales), fundamentalmente hipoactivos, en pacientes añosos, así como la dificultad para detectar adecuadamente el alcoholismo en etapas tempranas y considerarlo como una enfermedad médica que requiere tratamiento<sup>23</sup>.

Si tomamos en cuenta la alta morbimortalidad asociada al alcohol y los costos de salud que esto genera, así como los problemas asociados a la baja detección de cuadros confusionales, indicadores de severidad del cuadro clínico, sería lógico priorizar ambos temas en el trabajo con el equipo de salud.

Por otra parte, si bien la frecuencia de ansiedad y depresión es mayor en la población por la que se solicitó interconsulta, también es muy alta en el resto. Se detectó casi un 50% de pacientes con posible depresión, la mitad de ellos con elementos depresivos entre moderados y severos. En los estudios de 1997 y 1999 se detectó cifras de 63% y 59%, respectivamente. En ese momento consideramos que la utilización de un instrumento de screening no específico para pacientes con enfermedades médicas podría estar provocando una sobrestimación de la cifra. Sin embargo, el estudio actual, realizado con un instrumento especialmente adaptado para el uso en pacientes internados con patologías somáticas, sigue mostrando cifras elevadas, aunque algo menores que las anteriormente detectadas. Debe destacarse además que estas cifras corresponden a incidencia (número de casos nuevos en un período determinado), mientras que los estudios anteriores reportaban prevalencia (número total de casos en un período determinado).

Si excluimos los cuadros leves (seguramente trastornos adaptativos), de todos modos la incidencia sigue siendo de aproximadamente el 25%. En este grupo se solicitó interconsulta en el 30% de los casos detectados.

En el grupo de pacientes con depresión moderada o severa, se observó una alta comorbilidad con ansiedad, en especial en los cuadros severos (70% de pacientes deprimidos presenta ansiedad moderada a severa). Este grupo mostró el promedio de días de internación más alto.

Los problemas psicosociales detectados no muestran mayores diferencias entre ambas poblaciones, con la clara excepción del paciente que vive solo y no tiene apoyo social, que siempre generó interconsulta.

Con relación a los pacientes difíciles, a pesar de la dificultad para recabar el dato en el momento del ingreso, se solicitó intervención

de Salud Mental en casi la totalidad de los casos. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado en el Hospital de Clínicas, donde si bien se observó una infradetección por parte del equipo de salud de la morbilidad psíquica, esto no sucedía cuando los problemas se situaban en la relación paciente-equipo. Este estudio<sup>2</sup> encontró que la identificación de problemas psicosociales realizada por médicos y enfermeras era menor en los ejes psicológico y sociofamiliar, no siendo así en los aspectos asistenciales (conflictos en la relación con el paciente, problemas en la transmisión de información, etc.).

Por otra parte, en 10 de los 22 pedidos de interconsulta a Salud Mental referidos a los pacientes que integran este estudio, no se había identificado al ingreso síntomas depresivo-ansiosos ni trastornos cognitivos.

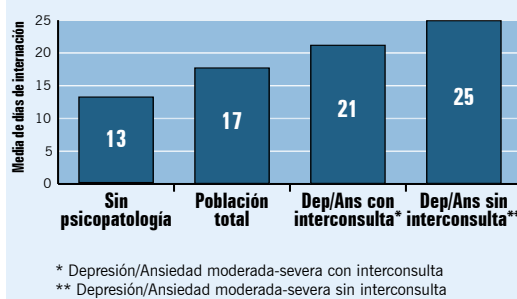
Los datos permiten inferir que, en muchos casos, el motivo de la interconsulta no radica tanto en los problemas psicosociales del paciente sino en el impacto que este provoca sobre el equipo. Retomaremos estos aspectos al proponer el modelo de atención que consideramos más adecuado.

#### 4. Impacto de la morbilidad psíquica sobre los días de internación

La media de días de internación en los servicios de Medicina en el período considerado fue de 17 días (mínimo 2, máximo 65). Los pacientes identificados como deprimidos mostraron una media de 4 días mayor que la media poblacional. El estudio del Grupo Europeo de Psiquiatría de Enlace<sup>12</sup> muestra también un aumento en la duración de la internación en pacientes deprimidos.

En nuestro estudio se observa la diferencia de estadía entre pacientes con depresión y ansiedad moderada y severa comórbida según se haya pedido o no interconsulta. En aquellos casos en que no se pidió interconsulta la media es de 25 días (8 por encima de la media poblacional), mientras que en el grupo en que sí se pidió fue de 21. En el grupo de pacientes que no presentaron psicopatología (o la misma era muy leve, N=43), se observó una media de 13 días de internación (Gráfico 6).

**Gráfico 6 | Morbilidad psíquica y estadía**



Considerando la prevalencia de depresión en los pacientes internados, si se toman los días extras de estadía por costo del día de internación, se obtiene una idea del gasto que la infradetección de estos casos implica.

Si bien se señala que los días de internación no constituyen el indicador más sensible para evaluar el impacto de la morbilidad psíquica, de todos modos se demuestra una estadía mayor en pacientes con sintomatología depresiva y fundamentalmente una diferencia a favor de aquellos pacientes por quienes se solicitó interconsulta, lo que habla del beneficio de la intervención de Salud Mental. Dado que la detección del trastorno se realizó en los primeros tres días de ingreso de los pacientes, se descarta que esta patología sea secundaria a la internación prolongada, lo que da más peso a esta asociación como factor contribuyente.

De todos modos sería recomendable, en el futuro, la inclusión de otras medidas para evaluar el resultado de las intervenciones, como es el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, dado que el objetivo central de las intervenciones en Salud en pacientes crónicos es justamente mejorar la calidad de vida.

#### Discusión de los resultados: aportes para la reflexión

El estudio realizado aporta una serie de datos para conocer el impacto de los problemas psicosociales en la población hospitalaria. Es el primer trabajo nacional que evidencia la asociación entre morbilidad psíquica y duración de la internación y, lo que es aun más importante, establece una diferencia en

la hospitalización según haya habido o no una intervención específica de Salud Mental. La importancia del tema y sus posibles repercusiones nos llevan a reflexionar sobre las condiciones para optimizar el aporte de Salud Mental a la atención de los pacientes con enfermedades médicas.

### 1. Contexto del problema

Los informes de las Oficinas Regionales de la OMS para América y Europa de las dos últimas décadas denotan preocupación por el futuro desarrollo de la cantidad y calidad de servicios asistenciales psiquiátricos y psicológicos en el entorno del hospital general, y señalan una serie de factores que generarán un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades físicas, que requerirán atención en los hospitales generales:

- a. Los cambios en las estructuras poblacionales con el incremento sustancial de la población añosa y el consecuente incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos, particularmente la demencia.
- b. El rápido incremento en los próximos años de trastornos psíquicos asociados con el SIDA, que generará necesidades especiales de atención psiquiátrica para el tratamiento de la enfermedad somática y la reducción del agotamiento del personal médico y de enfermería.
- c. La emergencia en aumento, especialmente en los jóvenes, de ciertos patrones de conducta perjudiciales para la salud que conllevan un incremento de la incidencia y la prevalencia de trastornos mentales y neurológicos, con relación a la conducción de vehículos y la conducta sexual peligrosa.
- d. La vulnerabilidad para la enfermedad, señalándose para Latinoamérica y el Caribe el crecimiento explosivo de la población y estimándose un aumento de las muertes cuya causa está significativamente relacionada con problemas psicopatológicos y psicosociales.
- e. El aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades somáticas crónicas como resultado del abatimiento de la tasa de mortalidad, producirá un aumento considerable de la morbilidad psíquica y secuelas sociales.

### 2. Características de la intervención psicosocial en el paciente con enfermedades médicas

Los problemas psicosociales incluyen aquellos factores que predisponen, inician o mantienen una enfermedad orgánica, la reacción emocional ante la enfermedad y los cambios de estilo de vida que la cronicidad o secuela exigen, así como aquellas patologías psiquiátricas pre-existentes cuya descompensación incide necesariamente en el curso de la enfermedad orgánica.

El objetivo central de la intervención psicosocial con el paciente internado apunta a crear las mejores condiciones para su atención médica integral, detectando los problemas existentes a nivel del enfermo, su familia o el equipo asistencial que puedan estar perturbando el proceso de atención así como la adaptación del paciente a su situación de enfermedad.

Este objetivo es distinto al que persigue la consulta psiquiátrica habitual, donde la demanda en la mayoría de los casos proviene del propio paciente o sus familiares ante el grado de malestar o de dificultades suscitadas, siendo la metodología adecuada el diagnóstico de esa perturbación y la indicación terapéutica al paciente y/o su familia.

La intervención del Equipo de Salud Mental en el Hospital General, por el contrario, tiene otras características:

- Habitualmente la solicitud de atención proviene del equipo tratante.
- El paciente muchas veces no tiene una demanda directa.
- El primer objetivo de la consulta es determinar si el motivo explícito coincide con la demanda real. Partiendo del hecho de que siempre hay una demanda y que, por tanto, *no existen consultas injustificadas*, es preciso determinar cuál es esa demanda y de quién parte.
- La metodología es el diagnóstico integral de situación (bio-psico-socio-asistencial) que puede o no incluir un diagnóstico psiquiátrico y que debe necesariamente incluir, además de la evaluación individual, la evaluación familiar en términos de soporte social, la calidad de la interacción con los distintos miembros del equipo de salud y la forma

en que este percibe a ese paciente. Es esencialmente un diagnóstico dinámico, de interacción, que implica el contacto con todas las partes involucradas.

- El resultado de la consulta puede ser variado. Si bien puede ser una indicación terapéutica al paciente (farmacológica o psicoterapéutica), con alta frecuencia es una indicación al equipo para favorecer el relacionamiento con el enfermo, el aporte de información que permita entender mejor cómo se siente o qué cosas moviliza en el equipo de salud así como la facilitación del contacto con el primer nivel de atención que dé continuidad al proceso asistencial.

### 3. Optimización de los recursos de Salud Mental en el Hospital General

La detección a través de instrumentos estandarizados de la morbilidad psíquica de los pacientes que ingresan, muestra una alta incidencia de trastornos cognitivos, cuadros de ansiedad, depresión y alcoholismo. Las cifras encontradas coinciden con las identificadas en estudios anteriores realizados en el mismo centro (1997-1999). Se observa además la tendencia a una mayor duración de la internación asociada a la presencia de estos factores, si bien la atribución de causalidad requiere estudios posteriores. Sin embargo, esta problemática no fue atendida en su totalidad, aun cuando se informó a los médicos sobre la posibilidad del trastorno y existiendo en el hospital recursos disponibles para esta atención.

Si se analiza los pedidos de interconsulta, se observa una baja coincidencia entre la morbilidad psíquica detectada en el screening y los pacientes por los que se solicita la misma. Estos datos confirman los planteos hechos más arriba acerca de la necesidad de cuestionarse sobre qué pacientes generan interconsulta. Nuestra experiencia coincide con otros trabajos<sup>24</sup> en el sentido de que no es siempre la necesidad del paciente la que genera la solicitud de interconsulta, sin que esto le quite ninguna legitimidad a esos pedidos.

Habitualmente los pedidos se generan por las siguientes razones:

a. *Los pacientes “difíciles”*: Aquellos pacientes generalmente portadores de un trastorno

de personalidad, con pautas de interacción muy rígidas, que frente a la situación de enfermedad se descompensan evidenciando sus trastornos a través de conductas hostiles y/o excesivamente demandantes, lo que crea malestar y frustración en el equipo tratante. Destacamos que estos pacientes generalmente no son identificados a través de los instrumentos utilizados, ya que estos detectan síntomas y no rasgos patológicos de carácter. De todos modos, el porcentaje de pacientes detectados como pacientes difíciles generó consulta en su totalidad.

b. *Los pacientes “que no parecen de hospital”*: Aquellos pacientes que por su edad, patología, nivel socio-cultural, etc., ponen en marcha movimientos de identificación que generan angustia en el equipo tratante. Citemos, por ejemplo, el paciente joven (de edad similar a los residentes) con una enfermedad maligna o terminal, o la identificación del paciente con un hijo de la misma edad o una abuela querida que acaba de fallecer. Al tratarse de un estudio de incidencia, realizado en los primeros días de ingreso de los pacientes, estas situaciones quedaron ocultas. Se observa si la tendencia a consultar más por los pacientes más jóvenes.

c. *Las situaciones de “impotencia” o “sobrecarga” en el equipo*: Aquellos pacientes frente a los cuales la sensación es de que “no hay nada para hacer” y esto incluye tanto la situación de pacientes terminales como situaciones de desamparo social. Se observa que los pacientes que viven solos, sin soporte, generaron consultas en la totalidad de las situaciones. En otro orden de cosas, son también las consultas que se generan en períodos de vacaciones o de rotación en los servicios, donde muchas veces la asistencia queda a cargo de internos o residentes de 1ª rotación. En estas situaciones la interconsulta se solicita más como un pedido de soporte personal o grupal, aunque esto nunca es explícito.

Es preciso entonces incorporar a los criterios de atención de los problemas psicosociales las situaciones de malestar o sobrecarga de los equipos asistenciales, cuya preservación es esencial para asegurar la calidad de atención de los pacientes.

Si no se utiliza un diagnóstico de situación para entender y responder a la interconsulta,

muchas de estas situaciones quedan ocultas tras el informe de que “el paciente no presenta patología psíquica”.

Por otra parte, a nivel de las salas de Hospitales Generales es clásico reconocer que el paciente “tranquilo”, “que no molesta”, “que duerme toda la mañana”, “que hace caso”, habitualmente no genera interconsulta al Servicio de Salud Mental. Sin embargo, surge de los resultados que dentro de ese grupo existe un número no despreciable de pacientes confusos, deprimidos, alcoholistas, que se beneficiarían de la intervención de Salud Mental.

Asimismo, tradicionalmente, se observa que los pedidos de interconsulta se hacen en forma tardía, muchas veces en el momento que el paciente va a ser dado de alta, lo que limita la posibilidad de responder adecuadamente a la demanda.

5. ¿Cuál sería entonces la organización asistencial que permitiría una mejor respuesta a esta demanda heterogénea?

Un trabajo pionero de J. Strain<sup>25</sup> resume diversos modelos de relación entre Salud Mental y las Clínicas Médico-Quirúrgicas:

- Modelo interconsulta: método tradicional de consulta a solicitud del consultante, a propósito de un paciente particular.
- Modelo de enlace: los integrantes de Salud Mental se integran al equipo médico y, además de responder a la interconsulta tradicional, se agregan actividades de formación para médicos y residentes con el fin de mejorar sus conocimientos y habilidades psicosociales.
- Modelo puente: el personal de Salud Mental pertenece a un Departamento formal de Salud Mental y desempeña la mayor parte de su actividad en una unidad médico-quirúrgica.
- Modelo híbrido: la enseñanza de los aspectos psicosociales se hace desde un equipo de Salud Mental con diversas pertenencias (psiquiatra, psicólogo, asistente social y médicos con formación psicosocial).
- Modelo autónomo: se contrata a demanda los servicios de un psiquiatra para responder a la asistencia, sin que este tenga un vínculo formal con un departamento de Salud Mental.

- Modelo de entrenamiento de postgrado: los médicos se forman en la detección, diagnóstico y tratamiento de los aspectos psicosociales en servicios especializados.

Strain destaca una clara diferencia entre la interconsulta y el enlace (liaison), ya que la primera incluye solamente al paciente, sin que exista mayor vínculo con el consultante. El enlace implica la asistencia a instancias clínicas conjuntas (rounds) y la inclusión en el equipo asistencial, lo que pone en contacto con toda la morbilidad psíquica del ámbito donde trabaja, y no sólo con el paciente por el que se consulta.

En sus clásicos trabajos, Lipowsky<sup>26</sup> menciona los diferentes modelos de consultas:

- Consulta orientada al paciente.
- Consulta orientada a la crisis.
- Consulta orientada al consultante.
- Consulta orientada a la situación de interacción médico-paciente.
- Consulta expandida, incluyendo a todos los involucrados en la situación.

Otros trabajos<sup>27</sup> refuerzan la opinión de que la consulta eficiente basada en el enlace tiene como objetivo fortalecer los roles terapéuticos de los equipos médicos, ya que muchos de los problemas psicosociales que aparecen en el Hospital General son mejor manejados por estos. Proponen realizar actividades de educación en los diferentes servicios, transmitiendo herramientas básicas para médicos y enfermeras (para detectar delirium, depresión, ansiedad, manejo de trastornos de conducta, comunicación de malas noticias, alcoholismo) e indicaciones para la derivación. Respecto al estilo de respuesta a la interconsulta, plantean un modelo de coparticipación del médico tratante con el psiquiatra, compartiendo la atención del paciente. También aconsejan el abordaje en forma interdisciplinaria. Un aspecto interesante de esta propuesta es la organización de rounds destinados a tratar las reacciones emocionales conflictivas que el paciente provoca en los miembros del equipo asistencial, los cuales estarían integrados por el psiquiatra de enlace, el equipo médico, estudiantes, nurses y enfermeras, asistente social, personal administrativo, jefe de la unidad, representante de los pacientes y de la administración hospitalaria. Este modelo

es similar, en muchos aspectos, al que se usó en los Talleres Psicosociales realizados en el Hospital de Clínicas a fines de la década de los 80 y comienzo de los 90.

Por su parte, A. Lobo<sup>28</sup> plantea un modelo de detección precoz de morbilidad psíquica. Según este autor<sup>29</sup>, el modelo de atención que se proponga deberá tener en cuenta:

- *la necesidad del servicio*
- *la eficacia y la eficiencia*
- *la accesibilidad al servicio de todos los pacientes que lo requieran*
- *la calidad de la atención*
- *la evaluación de resultados.*

Más allá de los distintos modelos y diferentes enfoques, hay acuerdo en que el modelo de interconsulta se refiere exclusivamente a una acción directa sobre el enfermo, similar a la de cualquier otra especialidad, mientras que la tarea de “enlace” implica la integración del psiquiatra a un equipo médico o quirúrgico, en una función docente-asistencial del paciente y del personal de salud que lo asiste.

## 6. Hacia un modelo local factible y evaluable

El desarrollo existente en nuestro medio, así como la disponibilidad de técnicos con capacitación actual o potencial muy adecuada, nos hace pensar en la posibilidad de implementar modelos de atención que permitan el diagnóstico de situación, el diagnóstico psiquiátrico cuando se requiera, la detección de morbilidad oculta y la indicación de pautas terapéuticas al paciente, la familia o el equipo, que respondan al objetivo de mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de pacientes e integrantes del equipo de salud.

Como señalamos en la introducción, en nuestro medio se han llevado adelante múltiples experiencias de trabajo conjunto, sin que, sin embargo, los distintos modelos hayan sido evaluados en su resultado como para permitir la generalización.

Sería deseable diseñar un modelo piloto que tomara como fundamentos los expuestos más arriba, diseñara una implementación factible y la evaluara junto a sus resultados. Este proyecto permitiría avanzar en las formas de

atención eficaces y eficientes a los pacientes con enfermedades médicas, en particular las crónicas, que son hoy el desafío esencial a la atención a la Salud.

El reconocimiento de la existencia de múltiples situaciones que no se identifican muestra que el modelo clásico de respuesta únicamente a la interconsulta no satisface las necesidades de atención.

Los estudios de morbilidad oculta muestran además que las dificultades de identificación de problemas son mayores a medida que la edad de los pacientes aumenta.

Asimismo, algunos trabajos sobre la posibilidad de los médicos de incorporar en forma continua las destrezas psicosociales<sup>30</sup>, muestran que, aun cuando se logra, las mismas se mantienen en tanto existe la relación con un equipo consultante y se comparte la tarea de sostén al paciente, tendiendo a extinguirse en la medida en que este vínculo desaparece.

Estas comunicaciones confirman el desarrollo vivido en el contacto con los equipos médicos en nuestro medio. Al comienzo de nuestra práctica, teníamos la fantasía de que, con una buena tarea docente, los médicos pasarían a hacerse cargo de los problemas psicosociales de sus pacientes, y que la tarea de “enlace” desaparecería dejando lugar sólo a la interconsulta más propiamente especializada. Posteriormente, nos fuimos dando cuenta de que esta tarea y en particular el manejo a largo plazo de pacientes con enfermedades crónicas, requieren el trabajo de un equipo interdisciplinario, donde los distintos miembros aporten desde sus especificidades y puedan sostenerse mutuamente para preservarse del llamado “síndrome de desgaste”. Este fenómeno ha sido observado en nuestro medio en personal que trabaja con infancia carenciada<sup>31</sup>. Frente a las dificultades se ha propuesto un tipo de apoyo específico de destrezas y sostén afectivo (“maternaje para materner”). Asimismo, un reciente trabajo en nuestro medio muestra la existencia de menor desgaste profesional en ámbitos donde, a pesar de trabajar con pacientes de alto riesgo, se asiste como equipo multidisciplinario integrado<sup>32</sup>.

Afirmamos, pues, que, al menos en las condiciones de nuestros hospitales públicos, la tarea asistencial implica para el profesio-

nal de salud un enorme desgaste personal, y que el ideal de un médico que sepa todo y que además pueda con todo es una demanda omnipotente que en los hechos se constituye en un freno para la apertura hacia lo psicosocial. Ya años atrás, en un trabajo con el Prof. Marcos Lijstenstein<sup>33</sup>, señalábamos la necesidad de la formación para trabajar en equipo como uno de los pilares básicos para el futuro profesional: "...promover en el médico el reconocimiento de las variables intervinientes en el campo configurado por el encuentro médico-paciente, reconocimiento que no siempre implica posibilidades de manejo, sino conocimiento de los límites y, por tanto, aptitud para el trabajo en equipo".

Las reflexiones precedentes llevan entonces a plantearnos la necesidad de un modelo integrado, respetando nuestras peculiaridades históricas, que dé satisfacción a estos distintos aspectos:

- La presencia de miembros del equipo de Salud Mental en las salas en forma permanente y no sólo ante la demanda.
- El funcionamiento conjunto de los recursos específicos de Salud Mental en el Hospital General.
- La realización sistemática de detección de morbilidad psíquica, al menos en pacientes mayores de 65 años, donde tiende a aumentar la morbilidad y a disminuir su identificación.
- La participación en las actividades de formación a través de la práctica diaria (pase de visita, rounds y ateneos de discusión de pacientes) con el objetivo de promover el análisis integral de los problemas de salud-enfermedad y vivir junto a los médicos los desafíos que la práctica asistencial plantea en todos los planos.
- La atención de la interconsulta tomando en cuenta las peculiaridades del paciente con una enfermedad médica, comenzando en forma sistemática con una entrevista con el solicitante antes de ver al paciente, que permita tener elementos para evaluar la demanda real y poder responder adecuadamente a la misma.
- La realización sistemática de un diagnóstico de situación integral (bio-psico-socio-asistencial) que permita identificar los diversos

niveles de intervención, así como un informe de interconsulta que establezca orientaciones para el manejo de los equipos de salud ante el paciente, además de las indicaciones terapéuticas pertinentes para el enfermo. Dicho informe complementará la necesaria devolución individual al o los solicitantes de la interconsulta.

- La atención a las situaciones de tensión y sobrecarga que se dan al interior de los equipos asistenciales, ayudando a la prevención del síndrome de desgaste y contribuyendo a la promoción de la reflexión en torno a la práctica, a fin de crear el necesario puente entre la Medicina basada en la evidencia y la Medicina basada en valores y centrada en el paciente<sup>34</sup>.
- La posibilidad de responder adecuadamente a muchas situaciones que requieren intervenciones especializadas psicofarmacológicas, psicoterapéuticas o de manejo de dinámicas grupales. Esta respuesta adecuada debería tener en cuenta qué miembro del equipo de Salud Mental, en función de sus perfiles de formación específicos, está en las mejores condiciones de satisfacer esta demanda, de modo de optimizar la utilización de los recursos.

Si bien estas pautas pueden no ser originales, lo novedoso es su transformación en objetivos operativizados y pasibles de ser evaluados.

En función del modelo establecido, cabría reflexionar sobre la formación requerida para realizar esta tarea. Las pautas de Formación en Psiquiatría de Enlace de la Academia Americana de Psicología<sup>35</sup> establecen la conveniencia de incorporar esta formación durante el Postgrado o Residencia. Igualmente, se establece que para que dicha formación sea más productiva, no se realice al comienzo de la Residencia, sino luego de obtener la formación en aspectos psiquiátricos específicos, necesaria para poder realizar un diagnóstico diferencial: "Dada la complejidad de las actividades de interconsulta y enlace en poblaciones con enfermedades médicas, la formación en psiquiatría de enlace debería impartirse a los residentes con más experiencia". Igualmente, el Grupo Europeo de Psiquiatría de Enlace y Psicología<sup>11</sup> destaca la importancia de la formación específica de los psiquiatras en este campo.

Es imprescindible que el consultante tenga habilidades de comunicación, dominio de la técnica de entrevista individual y familiar, capacidad para realizar diagnóstico situacional y psiquiátrico cuando corresponda, establecer pautas terapéuticas, farmacológicas o psicoterapéuticas (aunque no necesariamente llevarlas a cabo), así como destrezas para trabajar con los médicos en aspectos educativos.

Desde el punto de vista de la formación de los psicólogos, las perspectivas de la psicología de la salud y de enlace pueden contribuir a fijar los requerimientos<sup>36</sup>. La psicología de la salud es definida en 1980 por Joseph Matarazzo como la “contribución profesional, científica y en educación de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y el diagnóstico correlacionado con la salud y la enfermedad y disfunciones relacionadas y al análisis y perfeccionamiento de las políticas y el sistema de salud”.

La psicología de enlace, por su parte<sup>36</sup>, que estudia el rol de los factores psicológicos en los procesos de salud-enfermedad, debe generar modelos teóricos de aproximación a estos procesos con soporte en la investigación. Por tal razón, el psicólogo que trabaja en esta área debe estar capacitado para utilizar instrumentos de evaluación y diagnóstico específicos, adecuados y debidamente validados, identificar factores de riesgo, utilizar estrategias terapéuticas focalizadas y promover factores de protección vinculados a la salud. Desde este perfil, su aporte es esencial en la detección de factores de riesgo, requiriendo el manejo de instrumentos de tamizaje y diagnóstico, pudiendo tener a cargo la tarea de detección de la morbilidad oculta al momento del ingreso. Debería poder realizar intervenciones psicoterapéuticas específicas, tomando en cuenta las características de los problemas en el marco de la enfermedad orgánica y manejando diversas técnicas en función de las necesidades del paciente. Igualmente, debería estar familiarizado con técnicas grupales que permitan el seguimiento de los pacientes a nivel hospitalario o comunitario, dirigidas en particular a favorecer los cambios de estilo de vida necesarios. Debería estar en condiciones de colaborar en el manejo de situaciones grupales de estrés a nivel de los

equipos y en la prevención del desgaste de los mismos, por medio de técnicas de intervención grupal. Sería deseable el manejo de instrumentos para evaluar los resultados de las intervenciones.

La conjunción de estas formaciones, junto a la participación de Asistentes Sociales, permitiría utilizar los recursos existentes en forma eficiente y con mayor satisfacción también para el propio equipo de Salud Mental.

La implementación de este Programa debería establecer objetivos claros con logros mensurables en términos de calidad de vida de los pacientes e indicadores de calidad de atención (satisfacción de usuario, días de internación). Los resultados de este Programa Piloto, debidamente evaluados, podrían servir de base para la organización posterior de la atención al paciente con enfermedades médico-quirúrgicas, permitiendo optimizar una atención que tiene ya una amplia historia de desarrollo en el Río de la Plata.

## Agradecimientos

Agradecemos a los compañeros del MSP y de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina por el aporte de los datos de las interconsultas realizadas por el Servicio de Salud Mental del Hospital Pasteur en el período comprendido en nuestro estudio.

## Bibliografía

1. **Lobo A, Montón C, Campos R, García Campayo J, Pérez Echeverría M.** Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento E.A.D.G. Madrid: Luzán, 1994:16-17.
2. **Ceretti T, Ibáñez A, Abreu M, Francolino C, Dapuetto J, Bernardi R.** Prevalencia y diagnóstico de problemas psicosociales en población internada en hospital general. Rev Med Uruguay 1995; 11(3):176-186.

3. **Díaz N.** Estudio epidemiológico de la población asistida en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas (período 1999-2001). Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 2001. Monografía de Asistente Grado II de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.
4. **Stoudemire A, Hales R.** Psychological factors affecting medical conditions and DSM IV: an overview. EEUU: American Psychiatric Press 1995:1-17.
5. **Ferketich A y cols.** La depresión como antecedente de cardiopatías entre mujeres y hombres en el Estudio Nhanes I. Arch Intern Med 2000; 160:1266-8.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>o</sup> ed. Washignton DC; American Psychiatric Association, 1994.
7. **Keller S, Scleifer S, Bartlett J, Schiflett C, Rameschwar P.** Stress, Depression, Immunity and Health. In: Goodkin K, Visser A. Psychoneuroimmunology: Stress, Mental Disorders and Health. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000:1-25.
8. **Solomon G.** Whither Psychoneuroimmunology? A new era of immunology, of psychosomatic medicine and of neuroscience. Brain Behav Immun 1993; 7:352-366.
9. **Markovitz J.** Resolved: Psychosocial Interventions Can Improve Clinical Outcomes in Organic Disease. Moderator Introduction. Psychosom Med 2002; 64(4):549-51.
10. **Lobo A, Campos R.** Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Emisa, 1997:23-39.
11. **Lobo A, Crespo M, García Camba E, Huyse F, Herzog T, Malt U y cols.** El estudio multicéntrico transcultural europeo sobre Servicios de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. Arch de Neurobiología 1997; 2:7-21.
12. **García Camba E y cols.** Resultados del European Consultation Liaison Workgroup en España sobre efectividad en los servicios de psiquiatría de interconsultas y enlace. Datos preliminares. Arch de Neurobiología 1997; 2:23-33.
13. **Hackett T, Cassem N, Stern T, Murray G.** Beginnings. Consultation psychiatry in a General Hospital. In: Cassem N, Stern T, Rosenbaum J, Jellinek M. MGH Handbook of General Hospital Psychiatry. 4<sup>a</sup> ed. EEUU: Mosby-Year Book, 1997: 1-9.
14. **Fulop G, Strain J, Vita J et al.** Impact of psychiatric morbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminar report. Am J Psychiatry 1987; 144:878-82.
15. **Huyse F, Strain J, Hammer J.** Psychiatric comorbidity and length of hospital stay. Letter to the editor. Am J Psychiatry 1988; 145(10):1319.
16. **Dapueto J, Iusin S, Russi D.** Utilización de cuestionarios en el diagnóstico de alcoholismo en un hospital general. Rev Med Uruguay 1992; 8:120-6.
17. **Schwartzmann L, Lucero R, Francolino C, Riva J, Labarthe A, Atchugarry M.** Trastornos mentales frecuentes en el Hospital General: Herramientas de diagnóstico. Hospital Pasteur. Presentado en Jornada Científica en Laboratorio Gramón Bagó; Montevideo, 11 diciembre 1997 (inérito).
18. **Schwartzmann L, Francolino C, Werba M.** Prevalencia de alcoholismo y comorbilidad psíquica en población hospitalaria. Rev Psiquiatría Uruguay 2000; 64 (3):395-401.
19. **Bernardi R.** El desarrollo de la Psicología Médica en el marco de un plan nacional de Salud Mental. Comunicación personal.
20. **Folstein M, Folstein S, Mc Hugh P.** Minimental State Exam: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. J Psychiatr Res 1975; 12:189-98.
21. **Zigmond A, Snaith R.** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6):361-70.
22. **Ziegelstein R, Fauerbach J, Stevens S, Romanelli J, Richter D, Bush B.** Patients With Depression Are Less Likely

- to Follow Recommendations to Reduce Cardiac Risk During Recovery From a Myocardial Infarction. *Arch Intern Med* 2000;160(12):1818-1823.
23. **Cleary P, Miller M, Bushe B, Warburg M, Delbanco T, Aronson M et al.** Prevalence and recognition of alcohol abuse in primary care population. *Am J Med* 1988; 85(4):466-471.
  24. **Toksoz B, Karasu M.** Utilization of a psychiatric consultation service. *Psychosomatics* 1978; 19(8):467-73.
  25. **Strain J.** Liaison Psychiatry. In: Rundell J, Wise M. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. EEUU. American Psychiatry Press. 1996:39-48.
  26. **Lipowsky Z.** History of Consultation-Liaison Psychiatry. In: Rundell J, Wise M. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. EEUU. American Psychiatry Press. 1996: 3-11.
  27. **Bass M.** The role of liaison Psychiatry. In: House A, Mayou R, Mallinson C. *Psychiatric Aspects of Physical Disease*. Royal College of Physicians y Royal College of Psychiatrists. Salisbury. Cathedral Print Services. 1995:91-99.
  28. **Lobo A, Huyse F, Herzog T, Malt U, Stein B, Slaets J y cols.** Los nuevos estudios europeos y nacionales sobre servicios de psicopatología y psiquiatría de enlace en el hospital general. *Arch de Neurobiología* 1997;2:35-36.
  29. **Lobo A.** Servicio de psiquiatría: unidades de medicina psicopatológica y/o psiquiatría de enlace. In: Asenjo M, Bohigas L, Trilla A y cols. *Gestión diaria del hospital*. Barcelona. Masson, 1998:199-213.
  30. **Jiménez J.** Introducción al estudio de la satisfacción de los médicos con la Práctica Médica. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2002. Comunicación personal del autor.
  31. **Bernardi R, Schwartzmann L, Canetti A, Cerutti A, Roba O, Zubillaga B.** Cuidando el potencial del futuro. Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo: Graphis, 1996:39-83.
  32. **Silveira N.** El estrés laboral asistencial y el síndrome de desgaste en un equipo de salud del Hospital de Clínicas. Un estudio cuali-cuantitativo. Tutor: Schwartzmann L. Informe final Becas de Iniciación a la Investigación. Llamado 2000. Comisión Sectorial de Investigación Científica.
  33. **Lijtenstein M, Schwartzmann L, Gril S.** Identidad del médico-identidad del Psicólogo Médico (o quienes pueden emprender acciones psicoterapéuticas en el campo de la Psicología Médica). Presentado en la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica, 30/6/1995.
  34. **Epstein R.** Mindful practice. *JAMA* 1999 Sep 1; 282(9):833-9.
  35. **Gitlin D, Schindler B, Stern T, Epstein S, Lamdan R, McCarty T et al.** Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatry Training in Psychiatry Residency Programs: A Report from the Academy of Psychosomatic Medicine. Task Force on Psychiatric Resident Training in Consultation-Liaison Psychiatry. Position Paper. Academy of Psychosomatic Medicine. [www.apm.org](http://www.apm.org)
  36. **Varela B, Bernardi R.** Psicología de la Salud, Psicología Hospitalaria, Psicología Médica. Presentado en el 1º Congreso Uruguayo de Psicología Médica y Medicina Psicosocial (1-3 de octubre de 1998). Publicado en la revista del Congreso (pp. 107-113).

## ANEXO

Hoja de identificación de problemas psicosociales

Se dio prioridad a aquellos problemas que de acuerdo con la bibliografía y la experiencia clínica inciden en la evolución de los trastornos orgánicos, asociándose con peor evolución y estadías más prolongadas.

- a) Eje biomédico
  - Enfermedad aguda
  - Enfermedad aguda con riesgo de muerte
  - Enfermedad crónica
  - Enfermedad crónica con frecuentes descompensaciones
  - Enfermedad terminal
  - ETS
- b) Eje psicológico
  - Trastorno cognitivo:
    - Retardo mental
    - Demencia
    - Cuadro confusional
  - Trastorno del estado de ánimo:
    - Ansiedad
    - Depresión
  - Alcoholismo y otras drogodependencias
- c) Eje socio-familiar
  - Sucesos vitales estresantes, agudos o crónicos
  - Soporte social disponible
- d) Eje asistencial
  - Ingresos reiterados
  - Dificultad en la adhesión al tratamiento
  - Internaciones anteriores prolongadas
  - Dificultades en el contacto con el sistema de salud extrahospitalario
  - Paciente “difícil” (problemas en la relación con el equipo)
  - Hospitalismo