

# Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas

Gonzalo Martínez Sande

Psicólogo Clínico

Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace

S. de Psiquiatría C.H.J. Canalejo- Marítimo de Oza. A Coruña

Atendiendo el título de esta comunicación a la ponencia haremos referencia en la exposición al trabajo de interconsulta y vamos a atender también a los aspectos relacionados con el trabajo de enlace. Comenzaremos repasando algunos aspectos históricos a modo de presentación.

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace ha presentado en las dos últimas décadas un importante crecimiento, al que han contribuido de forma significativa diversos factores, algunos de los cuales pueden ser:

1- El desplazamiento del campo de acción de la psiquiatría desde el hospital psiquiátrico a la comunidad y al hospital general (1), con la creación y desarrollo de las Unidades de Salud Mental (USM) y de las Unidades Psiquiátricas de Agudos en los hospitales generales.

2 - La aparición de las “**nuevas patologías psiquiátricas**” y el incremento de la demanda real de atención psiquiátrica en general. También las “nuevas demandas” que aparecen en el ámbito hospitalario (comunicación malas noticias, impacto de crisis y catástrofes (personales, familiares), vinculadas en gran medida a la “medicalización” de los “tránsitos” vitales.

3 - La elevada **prevalencia** de las patologías psíquicas entre los sujetos ingresados en las áreas no-psiquiátricas puesta de manifiesto por diversos estudios que apor-

tan cifras porcentuales que oscilan entre el 30 y el 80% (2, 3, 4). Esta variación de las cifras de prevalencia sólo se puede explicar por las diferentes metodologías aplicadas. Debemos tener en cuenta que el paciente hospitalizado puede presentar un cuadro psicopatológico coincidente con su patología física, pero también, y en mayor medida, reactivo a su patología física y/o proceso de hospitalización y/o derivado de su patología física; esto explica la alta comorbilidad, mucho mayor que en la población general.

No conviene olvidar en ningún modo la capacidad de desorganización del fuerte estrés que implica, **la hospitalización por sí misma** (en cuanto al incremento de la vulnerabilidad, sometimiento a rutinas y pruebas, pérdida de intimidad y de control sobre los rituales cotidianos,...), añadido al que ya ha producido el **motivo del ingreso** (y el subsiguiente proceso de adaptación al rol de enfermo), y las **dificultades de comunicación e interacción** (de las que con frecuencia hablan usuarios y profesionales), como elementos que enmarcan lo anterior (5).

4 - La actividad de interconsulta y enlace contribuye significativamente a una mejor **asistencia** del paciente al facilitar el tratamiento de una gran variedad de cuadros psiquiátricos en el contexto de hospital general (6).

En este sentido Gómez Calle (7), cita como razones concretas que justifican, desde el punto de vista asistencial, la existencia de las Unidades o programas de interconsulta y enlace:

- La existencia de unidades específicas altamente especializadas y que conlleven la posibilidad de aparición de trastornos psíquicos secundarios en razón de las características de los pacientes en ellas atendidos: UCI, Unidades de Quemados, U. de Coronarios, U. de Diálisis, etc.
- La necesidad de atención psicológica a pacientes terminales, oncológicos, crónicos, enfermos de SIDA o afectos de patología de dolor crónico.
- La necesidad de cobertura psicológica a pacientes en situación de ser sometidos a intervención quirúrgica de alto riesgo, que requieren pre o post operatorios específicos (cirugía cardiovascular, trasplantes, etc.).
- La admisión de pacientes con problemas psíquicos concomitantes: depresivos, psicóticos, alcohólicos, pacientes con intentos de suicidio, etc.
- Diversos trabajos demuestran que la atención en salud mental es económicamente **rentable**, dada su capacidad para reducir el coste de la atención sanitaria (8). Algunos trabajos de investigación (9,10) ponen de manifiesto que los pacientes ingresados con comorbilidad psiquiátrica generan una **estancia media** superior que aquellos que no la presentan, al tiempo que con los primeros se realiza un mayor consumo de los recursos diagnósticos.

Schustr (11), en 1992, pone de manifiesto que con la intervención de las UPIE se produce una reducción en el **tiempo de hospitalización** tanto en los servicios médicos como quirúrgicos y añade que un pequeño descenso del tiempo de estancia de cada paciente puede determinar un importante ahorro económico en el gasto sanitario. Los primeros resultados del estudio ECLW ("La efectividad de los servicios de psiquiatría de interconsulta y enlace en

el hospital general") indicaron que la precocidad de la interconsulta psiquiátrica acorta de manera muy significativa la hospitalización de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y que la estancia media de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica es superior al doble que la de los que no la presentan. Como veremos el elemento temporal, aquí presente, es uno de los datos claves sobre el que es imprescindible la reflexión de cara a la organización del trabajo futuro.

### **Objetivos del trabajo de interconsulta y enlace**

Vamos a señalar los objetivos que nos planteábamos para la UPIE en su puesta en marcha.

La finalidad de las Unidades de Psiquiatría y Enlace no es otra que la de actuar de puente entre la psiquiatría y la medicina con la intención de ofrecer un modelo **biopsicosocial** de atención sanitaria.

Para ello podemos configurar en concreto los objetivos de las UPIE agrupándolos en:

a - Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de los pacientes hospitalizados facilitando una atención **integral**.

b - Mejorar la **formación** de los profesionales y personal sanitario que permita la detección y abordaje de cierta patología psicosocial de los enfermos.

c - Contribuir a la **reducción de costes** al disminuir la solicitud de pruebas clínicas complementarias y facilitar el acortamiento de la estancia media del paciente hospitalizado en los servicios médicos o quirúrgicos.

d - Contribuir a **rentabilizar** el rendimiento de la Unidad Psiquiátrica de Ingreso de Agudos y **optimizar** el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de la Unidad de Hospitalización a Domicilio desarrollando y coordinando un Programa de Hospitalización a Domicilio de Pacientes Psiquiátricos.

### **La Demanda**

El mayor número de demandas procedentes de los servicios médicos, en contraposición con los quirúrgicos, habitual en todos los trabajos descriptivos de las UPIE no



aparece claramente explicado en ningún trabajo, si bien pueden tenerse en cuenta los siguientes factores (12): mayor sensibilidad hacia la detección de la patología psíquica en los profesionales de los servicios médicos, ingresos en los mismos más dirigidos al estudio y diagnóstico de las problemáticas de los sujetos, versus intervenciones terapéuticas más específicas y predefinidas, así como menor tiempo de contacto y comunicación médico-paciente en los servicios quirúrgicos.

Al valorar la procedencia de la demanda, existe un diferente perfil si consideramos la demanda **absoluta** (número de hojas de interconsulta de cada servicio) o **relativa** (porcentaje de solicitudes según el número de ingresos del servicio en el mismo período (13, 14)). Siguiendo a Jiménez Arriero, la demanda absoluta sitúa a los servicios con mayor número de camas en los lugares más altos de la demanda (Medicina Interna, Traumatología y Cirugía Digestiva, presentan los porcentajes más altos de solicitudes). La demanda relativa permite valorar más correctamente la demanda de cada servicio, ya que al tener en cuenta el número de ingresos, corrige el error generado por la diferencia en el número de camas de los distintos servicios del hospital. Rehabilitación, Neurología, Cirugía Cardíaca y Medicina Interna, representan los servicios de mayor demanda de Interconsulta Psiquiátrica.

Nuestras cifras, en este sentido, no difieren de lo señalado por otros autores (ver anexo).

Mayou y Sarpe (15) clasifican los **motivos de consulta más frecuentes** en tres grupos:

- El primero constituido por pacientes remitidos principalmente por síntomas psíquicos asociados a enfermedad física. Este grupo se corresponde con las peticiones que se refieren tanto a alteraciones emocionales (síntomatología afectiva y ansiedad) como a patología orgánica (confusión, agitación y delirio).
- En segundo lugar, pacientes en los que predomina la sintomatología somática pero no se encuentra explicación adecuada. Sintomatología funcional.
- En tercer lugar, se incluyen aquellos

casos con trastornos de conducta. Autolesiones, abuso de sustancias y problemas de rol-relación.

Desde nuestro punto de vista, existe un cuarto grupo constituido por las demandas de consulta en relación con las evaluaciones de incapacidades, trasplantes y determinadas intervenciones.

Debemos tener presente que con frecuencia el motivo manifiesto de consulta (lo formulado en la hoja de interconsulta) no se corresponde con lo que realmente la motiva (**contenido latente**). Según Fernández-Argüelles (16) tan sólo en el 15% de las interconsultas se encuentra un contenido latente concordante con el motivo de consulta formulado en la petición.

### Actividades de la UPIE

Partiendo del esquema de actividad asistencial, docente e investigadora, vamos a centrarnos en la descripción de las dos primeras, partiendo de la descripción y señalando posteriormente algunas de las líneas de futuro a desarrollar. Las actividades de docencia e investigación no han sido consideradas en esta reflexión.

### Interconsulta

La actividad de interconsulta, se organiza en torno a intervenciones concretas sobre una consulta formulada en relación a determinado paciente•.

La guía de actividad observa la recogida de información con el médico consultante, contacto con enfermería y personal significativo en contacto con el paciente. La consulta de los registros escritos debe ir orientada hacia la información clínica y conductual, y la información acerca de los posibles motivos contextuales/latentes de la consulta, los contenidos de la demanda del paciente (explícitos/implícitos) y el conocimiento de la información previa de la que dispone el paciente acerca de nuestra visita.

La entrevista con el paciente se orienta, en este contexto, a aspectos tales como la enfermedad actual (y particularmente la situación de la hospitalización), prestando particular atención, en la búsqueda en los

antecedentes personales y familiares, a las estrategias desplegadas e implicaciones de situaciones análogas anteriores (experiencias anteriores de enfermedad, sistemas de creencias y actitudes acerca de la enfermedad y su afrontamiento). Es evidente que simultáneamente ha de realizarse la exploración psicopatológica y un cierto registro psicobiográfico.

Siempre que sea posible se realizará una entrevista con algún miembro significativo de la familia; dependiendo del contexto y estado del paciente y de sus relaciones familiares pueden realizarse conjunta o sucesivamente, pues tiene doble objetivo: por una lado informativo/evaluativo y por otro de activación de la red relacional de apoyo (17).

### **Futuro**

Para hablar del futuro debemos partir de los elementos que nos parece que determinan el contexto de la actividad de interconsulta y enlace: el tiempo y la posición de consultante.

En relación al factor tiempo hemos de considerar la tendencia a la brevedad de las hospitalizaciones como marco que determina el modo de actuar. La mayor parte de las intervenciones que se piensan en relación a estos paciente nuestros, que se han venido en denominar “complejos” parte de la consideración de dos elementos que tiene que ver con este factor y así la mayor parte de los autores parten de la consideración que desde la hospitalización del paciente “complejo” hasta la formalización de la demanda de interconsulta psiquiátrica pasa “mucho tiempo” y la demanda se formula cuando el alta del paciente ya está “demasiado” cercana.

Desde esta perspectiva y dado que muchos de los factores que determinan la mayor o menor “rapidez” de la interconsulta psiquiátrica parecen difíciles de determinar, se han planteado esquemas de trabajo orientados a conseguir una menor dilación entre el ingreso hospitalario del paciente complejo y la demanda de interconsulta psiquiátrica, una mayor precocidad de la intervención de la UPIE con los pacientes complejos.

En este sentido pueden considerarse dos líneas de trabajo: las encaminadas a proto-

colizar la evaluación del paciente desde el momento del ingreso (instrumentos de “screening” tales como cuestionarios) y las que creen que el trabajo más de enlace (con el personal médico y el de enfermería) puede redundar en una mayor agilidad y precisión en cuanto a la demanda de interconsulta psiquiátrica. En este sentido (y volveremos a ello más adelante cuando hablemos de las perspectivas de futuro en el trabajo de enlace) uno de los trabajos claves de la enfermería de interconsulta y enlace tendría que ver con la evaluación “psi” de los pacientes por parte de enfermería de los diferentes servicios (presuponiendo que un adecuado trabajo de enlace podría tener como resultado una mejor sensibilidad de enfermería hacia la detección y el posterior manejo de las demandas de estos pacientes).

La posición de consultante implica una necesaria adaptación de los modos de intervención buscando necesariamente un contexto colaborativo. El trabajo de atención al paciente es una parte del trabajo que ha de complementarse con el trabajo con los profesionales del servicio en el que ha de seguir el paciente. Esto necesariamente plantea adecuaciones del lenguaje (en la conversación de colaboración con los profesionales) y de tener en cuenta en la planificación de la intervención también las características del propio servicio en el que el paciente complejo va a seguir su vida en los días de hospitalización. En el trabajo concreto con el paciente, los modos en la entrevista han de buscar la creación de contextos de colaboración que hagan posible la activación del sujeto y en esta línea las reflexiones de algunos autores desde planteamientos narrativos nos parecen muy interesantes (18, 19, 20, 21).

### **Enlace**

Se desarrolla mediante el contacto regular del personal de interconsulta con el equipo peticionario, y su principal objetivo es el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para reconocer, manejar, y si es posible prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente. En este sentido, se considera necesario el desarrollo de **programas específicos**, entendiendo por ellos el conjunto de actuaciones



mantenidas de tipo preventivo, asistencial y docente dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado, en relación a aquellos problemas que por su propia naturaleza, prevalencia, incidencia y/o importancia sociosanitaria lo precisen.

Con la puesta en marcha de la Unidad se comenzaron a desarrollar los siguientes programas: Programa de Lesionados Medulares, P. de Implante Coclear, P. de Trasplante Cardíaco, P. de Trasplante Hepático, P. de Obesidad Patológica, P. de Impotencia.♦♦

Si comparamos las cifras de consultas realizadas en el marco de los programas de enlace comparándolas con las consultas totales de la UPIE en dos intervalos temporales nos encontramos con que mientras que el porcentaje de las primeras de programas de enlace respecto de las primeras consultas totales de la UPIE se mantiene en rangos muy similares, el porcentaje que representan el conjunto de las consultas (primeras y revisiones) de programas de enlace respecto de las consultas totales de la UPIE ha experimentado un gran incremento. De lo que se deduce que nuestro trabajo parece estar acercando más al de intervenciones a lo largo del proceso que no al evaluaciones o intervenciones más aisladas.

## CONSULTAS UPIE

PRIM. PROG. ENLACE		TOTALES PRIMERAS UPIE:	
ENERO-MAYO 2000	64	64+291=355	18,03%
ENERO-MAYO 2001	57	57+272=329	17,32%
TOTALES (PRIM+REV) PROG. ENLACE		TOTALES CONS. UPIE	
ENERO-MAYO 2000	187	187+826=1.013	18,46%
ENERO-MAYO 2001	331	331+804=1.135	29,16%

## Programas

A continuación vamos a describir y comentar con detalle alguno de los programas; mostrando también ciertas modificaciones y ajustes que en su propio despliegue y desarrollo fuimos realizando.

### Unidad de lesionados medulares

#### Descripción

El programa de enlace con la Unidad de Lesionados Medulares tiene sus características peculiares por los antecedentes de

colaboración con esta unidad por parte de otros psicólogos en el pasado y por la particularidad de su funcionamiento. En función de estas consideraciones se procuró proponer fórmulas que no implicasen modificaciones excesivas y se adecuasen al modo de funcionamiento de dicha Unidad.

Se propone un programa de asistencia psicológica que va dirigido a determinados pacientes de la Unidad así como a familiares (principalmente los que sostienen relación más cercana y son los “soportes” del paciente durante su hospitalización) y personal.

### Objetivos

Asistencia psicológica a determinados pacientes, que el personal de la Unidad valora como particularmente afectados en lo psicológico o que están afrontando inadecuadamente su proceso (22, 23, 24). En esa misma medida la consulta de apoyo psicológico puede ser solicitada para familiares.

Podríamos establecer un **modelo-secuencia**: en un primer momento más vinculado al manejo de los estreses de la fase “aguda” (UCI, transmisión información, dicho/expectativa, ajustes familiares para el acompañamiento...); posteriormente pasan a tener una mayor consideración los elementos de la transición a la cronicidad (ya cuando se pone en marcha el proceso de rehabilitación en la planta).

Hemos de considerar que muchos de los elementos descritos en este proceso de atención pueden ser aplicables a muchos procesos de convivencia con una enfermedad/lesión de carácter crónico (Daño cerebral accidental, etc..)

La atención a los familiares se suele concretar bien en entrevistas individuales con el “familiar acompañante” (que suele coincidir con el que al alta tendrá mayor relación con los cuidados del paciente) o bien haciendo entrevistas conjuntas (paciente-familiar) que permitan trabajar la relación de modo que esta sea de “soporte” evitando la sobreprotección y diseñando tareas (de cara al alta) de “descanso” que permitan evitar los problemas de “burn-out” del cuidador, que suelen producirse cuando el tipo de cuidados necesarios en la “fase crítica” se trasladan a la relación que se mantiene durante la “fase crónica” (25, 26, 27,

28, 29).

De resultados de este trabajo pueden concluirse orientaciones en cuanto a aspectos de manejo psicológico del paciente, durante su estancia en la Unidad, que se explicitan/coordinan con el personal.

### Contenidos

La canalización habitual de las demandas se realiza a través de la reunión de análisis de casos que tienen lugar semanalmente en la Unidad y a las que se ha incorporado el psicólogo. Los datos y orientaciones que deban hacerse saber al conjunto del personal suelen canalizarse allí, aunque en determinados casos particulares puede ser interesante hablar con determinadas personas en particular en función de las características de algún caso concreto.

Las intervenciones pueden conceptualizarse dentro del marco de la psicoterapia breve de apoyo teniendo en cuenta los métodos de la intervención en crisis.

En la actualidad se hace H.R.I. para cada paciente que se atiende.

Dado lo cotidiano de la relación la evaluación de la necesidad de otras pruebas (de personalidad o de valoración neuropsicológica de aspectos concretos) se determina caso a caso. En función de lo señalado anteriormente hemos considerado en varias ocasiones (teniéndolo que descartar por diversos factores) la posibilidad de la realización de grupos multifamiliares de orientación psicoeducativa a fin de discutir y elaborar mediante esta fórmula, las tensiones familiares y las disrupciones que en los planes y prioridades familiares introduce la enfermedad/lesión (25, 27, 29, 30, 31, 32).

Aunque no hemos podido desarrollar este formato, sus elementos son manejados en las entrevistas con el paciente y sus familiares.

Desde el primer momento de irrupción de una lesión medular en la familia, ésta se enfrenta con la necesidad de reorganizar sus rutinas diarias alrededor de las necesidades relacionadas con la enfermedad. Es en esta fase aguda de la lesión, coincidente con la hospitalización, cuando se establecen los principales papeles en torno al cuidado del paciente, así como las nuevas

funciones de cada uno de los miembros de la familia (quién cuidará al paciente, quién cubrirá los roles familiares críticos, qué áreas de la vida familiar serán abandonadas o restringidas...).

Es en esta fase aguda de la lesión medular cuando se han de llevar a cabo las primeras intervenciones familiares, que pretenden los siguientes objetivos generales (31, 32):

- Permitir la contención y elaboración de las alteraciones emocionales inevitables en esta fase inmediatamente posterior a la adquisición de la lesión. Con ello se pretende también evitar que esta "emocionalidad alta" (presente en esta fase) pueda tener como consecuencia "conductas de sobreprotección" que interfieran en el proceso de rehabilitación.
- Ayudar en la adaptación de la familia durante la fase de hospitalización del paciente. En esta fase hay que procurar especial atención al "cuidador primario", es decir, el que acompaña al paciente en el hospital. Está claramente establecido en la investigación (y es también evidente en la clínica) que el desempeño del papel de cuidador es un fortísimo estresor de modo que puede precipitar la aparición de psicopatología en personas particularmente vulnerables o aisladas.
- Del mismo modo se ha de prestar atención a los necesarios arreglos que han de llevarse a cabo a fin de adaptar el entorno físico en el que el paciente estará a su alta del hospital. También a los cambios que la discapacidad introduce en la familia, de tal modo que sea compatible la atención y ayuda al enfermo con el mantenimiento de un entorno de vida estable y que no comprometa el desarrollo personal de los miembros del núcleo de convivencia.

A medida que avanza el curso de la lesión hacia su estabilización como condición crónica, la familia necesita reequilibrar los recursos asignados a la lesión con el fin de conseguir un equilibrio óptimo entre las demandas de la condición médica y las necesidades de la familia como un todo. En este ámbito ha de mostrarse particular



atención a la pareja entre enfermo/lesionado crónico y su cuidador primario. Cuando esa es la circunstancia de la lesión se requiere un trabajo específico respecto de la dinámica de la pareja, acerca de modos de dar y recibir apoyo, compartir y comunicar con franqueza, mantener la equidad cuando las formas de la reciprocidad se han alterado gravemente... (33).

## **Cardiología, trasplante de corazón**

### **Descripción**

Aunque habría que pensar un programa de conjunto, en la puesta en marcha de la UPIE la colaboración se centró en la evaluación psicológica de los candidatos a trasplante, y por ahí comenzaremos la descripción.

### **Objetivos**

Evaluación adecuada de los aspectos psicológicos de los candidatos a trasplante cardíaco de tal manera que se cumpla con el perfil adecuado de candidato desde esta perspectiva. Además de explorar presencia de psicopatología o antecedentes psiquiátricos que pudiesen problematizar la indicación, se explora la actitud hacia el trasplante, los soportes psicosociales del sujeto, su actitud hacia los autocuidados y pautas médicas, los factores relacionados con el estilo de vida, así como la consistencia de los cambios que hubiera podido hacer el sujeto.

### **Contenidos.**

La evaluación se formaliza a través de cuestionarios y la realización de la entrevista clínica, con el siguiente protocolo:

- H. R. I.
- P. A. C. T. (Evaluación psicológica de candidatos a trasplante)

Se propone como cuestionario "final," dado que permite organizar, al evaluar la importancia de los factores psicopatológicos y los ligados al estilo de vida, el informe de "devolución" al final de la evaluación. En nuestro uso es más un "organizador" de la entrevista que un cuestionario a puntuar.

El PACT (34) nos parece de gran utilidad pues permite organizar la valoración de una serie de elementos que parecen tener relevancia en cuanto a la posible evolución de los pacientes transplantados. Este instrumento está organizado para la valora-

calas: el apoyo social (con una subescala referida a la estabilidad y otra a la disponibilidad, de la familia o los sistemas de apoyo), la salud psicológica (dos subescalas: psicopatología/factores estables de personalidad y riesgo psicopatológico), los factores ligados al estilo de vida (tres subescalas: salubridad del estilo de vida y capacidad para mantener cambios, el uso de drogas y alcohol y la adhesión a los tratamientos previos) y el grado de comprensión sobre el trasplante y el seguimiento (grado de conocimiento y receptividad a la información).

- Cuestionario de personalidad tipo A.

Dada la evidencia acumulada respecto de la importancia de este factor en cuanto predictor de la evolución parece importante su evaluación en este contexto, si bien no se plantea su uso de modo generalizado sino cuando en el curso de la entrevista encontramos elementos que lo planteen como conveniente. Como veremos más adelante este es un factor que ha ido perdiendo peso en la evaluación quedando la hostilidad como el componente que se sigue considerando.

La evaluación psicosocial de los candidatos a TC puede entenderse que tiene dos funciones primarias (35) determinadas por la escasez de donantes y lo costoso del procedimiento, y que busca, por tanto, seleccionar a aquellos candidatos que puedan tener/presentar ciertas características que hagan pensar que van a mantener cuidados adecuados en el postoperatorio (con adecuado cumplimiento del tratamiento postrasplante); de ahí la necesidad de evaluación adecuada de los factores asociados al mal cumplimiento/in cumplimiento de indicaciones/normas terapéuticas (36, 37, 38). También hay que tener en cuenta el manejo de complicaciones psicopatológicas y, por tanto, confrontar la presencia/ausencia de rasgos psicopatológicos, que pueden conllevar la exclusión del paciente en razón de las previsibles complicaciones que pudiera presentar el postoperatorio. Sobre el segundo aspecto, desde un planteamiento inicial en el que ha habido ciertas diferencias entre los criterios que sostenían los programas de diferentes centros hasta un importante consenso en la actualidad (39, 40, 41). Desde las evaluacio-

nes propuestas inicialmente muy centradas en lo psicopatológico y en los rasgos de personalidad, se han producido ciertos cambios:

- Ha perdido importancia la exploración de factores ligados al patrón de conducta Tipo A. Del complejo (variable en los diferentes autores y en el transcurrir del tiempo) de conductas que constituye la descripción de dicho patrón, se considere clave en la actualidad los ligados a la HOSTILIDAD (42).
- Se piensa (43) que la existencia de ansiedad o depresión significativas, puede tener un importante componente reactivo o situacional, de ahí que no se consideren por sí mismos buenos predictores (la presencia de rangos elevados de ansiedad en la fase de espera o en la hospitalización no constituye criterio respecto de la evolución postquirúrgica) ni deban constituir base de criterio de exclusión. En los aspectos a considerar en la exploración esto hace más relevante la diferencia de criterios de Estado vs. Rasgo.
- La evolución de los pacientes TC no se relaciona con la atribución del locus de control más interno o externo (en contra de lo que podía predecir la teoría).
- El factor que de manera más consistente mantiene valor predictivo en los diferentes estudios respecto de la evolución postquirúrgica en los TC, es el apoyo psicosocial. Esto ha sido formulado de diferentes modos: Bunzel (43) plantea en concreto la relevancia del apoyo emocional y el cariño de la pareja, manteniendo un bajo nivel de emoción en su comunicación, como operacionalización concreta del apoyo social, como el factor de más relevancia predictiva, respecto de los criterios psicosociales.
- Consideraciones del estilo de las anteriores, son las que han llevado a reformular los métodos de evaluación en los que aún manteniendo la importancia de la exploración psicológico/psiquiátrica (a fin de evidenciar la presencia/ausencia de factores psiquiátricos

de exclusión) han ido cobrando relevancia los criterios relacionados con apoyo social, cumplimiento de indicaciones médicas, mantenimiento de autocuidados,...

En este proceso de experiencia y reflexión hemos ido cambiando algunos elementos de la evaluación y así hemos dejado de lado la valoración del tipo A y hemos decidido introducir el STAI y el BDI así como un cuestionario de apoyo social (esto lo hemos aplicado también al conjunto de las evaluaciones para trasplante). En relación al apoyo social consideramos este elemento como uno de los pilares del aspecto evaluativo de la entrevista.

Otra de las consideraciones importantes de cara al futuro es la considerar las intervenciones adecuadas a cada fase del proceso del trasplante que tengan en cuenta los elementos informativos y de apoyo. Ante esta perspectiva hay algunos autores que se plantean qué intervenciones psicológicas son plausibles en la "espera" (preoperatoria) y en la fase posterior a la cirugía que pueden contribuir a que el desarrollo exitoso del proceso. Pasar de la evaluación del candidato (que finaliza con su inclusión/exclusión) a intervenciones que contribuyan a mejorar el desarrollo del procedimiento (favoreciendo la acomodación del sujeto).

Algunas de las que se consideran son:

1. importancia de medidas que optimicen estrategias de afrontamiento y autoeficacia durante el tiempo de espera: desde la relajación hasta el "modelado informal" que implica el mantener conversaciones con personas que ya hayan pasado por el procedimiento; aspecto este que puede trabajarse de modo más o menos formalizado: desde la toma de contacto con pacientes ya transplantados (a través de asociaciones) a la realización de grupos psicoeducativos con la colaboración de transplantados y familiares, teniendo en cuenta elementos de estructura y procedimientos de los grupos multifamiliares de afectados por enfermedades crónicas (31, 32).
2. posibles intervenciones de reestructuración cognitiva respecto de las cogni-



ciones erróneas o negativas que aparecen en el proceso.

- trabajo con grupos de pacientes (y/o familiares) que ayuden a comprender mejor el proceso (y sus avatares: estresores..etc) y favorezcan la adecuada organización de las tareas de atención/cuidados y de la organización del apoyo. Se puede hipotetizar que la presencia de diferentes personas en situaciones análogas respecto de la situación médica puede facilitar este proceso respecto de intercambiar criterios y formas de organizarse y resolver problemas, quizás con una mayor facilidad de apertura.

Una de las posibles organizaciones sería a través de grupos con familias de orientación psicoeducativa en la línea de lo señalado anteriormente en el apartado sobre el trabajo con lesionados medulares; no conviene perder de vista que en programas americanos de trasplante está incluido el seguimiento a través de grupos de autoayuda a los que el paciente acude regularmente.

### Futuro

La consideración del futuro en el trabajo de enlace debería considerar dos elementos: en lo referente a la actividad / organización (cómo afrontar) y en lo referente a los objetivos (programas a desarrollar).

En lo referente al primer aspecto tenemos pendiente lo que significará para el funcionamiento de la UPIE la incorporación de enfermería. El trabajo de enfermería-UPIE con enfermería de los otros servicios no psiquiátricos debería enfocarse no sólo de cara a la posible elaboración / formalización de posibles instrumentos de evaluación / observación de pacientes complejos (de cara a la enfermería de servicios no psiquiátricos que pudiera así ayudar a precisar y por tanto a “agilizar” (en el sentido que planteábamos más arriba) la intervención de la UPIE). Pensamos también en el trabajo específico de enfermería-UPIE con enfermería de otras plantas/servicios que permitiera afinar el trabajo sobre habilidades de comunicación/relación, entrevista, etc... orientadas más hacia el “manejo” del día a día del paciente complejo, objeto de

día a día del paciente complejo, objeto de nuestras intervenciones, en servicios no psiquiátricos. Este trabajo también debería complementarse con el que en esa misma línea se desarrolle enfocado hacia familiares/acompañantes. Debería observarse por un lado “pautas generales” y por otro “trabajo de caso;” pudiendo esto dar origen posteriormente al trabajo específico de enfermería en interconsulta (dentro del programa de la UPIE).

En relación a los posibles nuevos programas a desarrollar la experiencia parece habernos convencido de ciertos cambios en las prioridades respecto de lo que pensábamos al poner en marcha la Unidad (ver al principio del apartado sobre el enlace). Pensamos ahora que debería darse prioridad al trabajo con Rehabilitación, y dentro de esta línea pensamos en particular en dos: Programa de Daño Cerebral Accidental (que incluyese tanto a los pacientes que hayan sufrido Traumatismo craneoencefálico como a los que hayan padecido accidentes cerebrovasculares) y otro Programa de Amputados. En la línea de lo expuesto al desarrollar varios de los programas anteriormente comentados deberían orientarse estos ahora señalados hacia una intervención **a lo largo del proceso** que permita ayudar al paciente y a los familiares en el proceso de reacomodarse a los cambios implicados por su nueva situación. Aún teniendo en cuenta los aspectos neuropsicológicos, tanto el apartado de la evaluación como en el de la intervención, no debe perderse de vista nunca (44) que el hilo organizador central ha de observar siempre lo psicoterapéutico y el trabajo con la familia (46, 47, 48). No ha de perderse nunca de vista el aspecto global y ha de evitarse la “ceguera” o fijación parcial del “especialista”.

Al hilo de lo anterior una última reflexión acerca de la técnica.

Dejando de lado los aspectos de desarrollo y de evaluación de programas, el enfoque predominante en el desarrollo de la psicología de la salud ha sido el del desarrollo de técnicas de intervención ligadas a patologías concretas (con el desarrollo de programas de intervención específicos), esto quizás crea una imagen de campo muy especializado y concreto, y no se tiene en cuen-

ta los aspectos generales que hacen de marco, lo que puede inducir a confusión: la gente puede acceder a sofisticados programas de intervención acerca de patologías muy concretas, pero pierde de vista los aspectos de creación de colaboración, de contención y elaboración de emociones (en situaciones de pérdida y grave estrés), de establecimiento de redes y apoyos, etc. Es decir se hacen programas de intervención “muy clínicos” y concretos pero se pierde de vista la consideración de la intervención psicosocial como un conjunto. Por esto me parece importante señalar cuáles son los elementos que me han resultado de utilidad a la hora del trabajo psicológico en un hospital general en el marco de la interconsulta y el enlace.

Dentro de estos elementos de marco quisiera destacar:

- La teoría de la crisis y la intervención en crisis y el concepto de duelo y trabajo/elaboración del duelo. Son marcos que permiten estructurar el trabajo de encaje en la enfermedad y la pérdida, el proceso de cambio/adaptación implicado por la presencia de una enfermedad/hándicap crónicos, etc.(49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57), en un contexto en el que la limitación temporal de la intervención (implicada por la hospitalización) suele ser clara.
- Por el peculiar lugar de trabajo y la importancia en determinadas situaciones de la información y su manejo es también importante la formación y capacitación en formas de trabajo en la línea del consejo psicológico, “counseling” (58) (además de la formación específica como terapeuta de la que uno pueda disponer).
- Por la posición de consultante en la que uno accede a los casos, creo de particular importancia el trabajo desde esquemas de búsqueda de colaboración y de potenciación de la agencia de los pacientes. En este sentido las orientaciones de Pakman (18) o de los Griffith (19) me han resultado de gran utilidad.
- Las características del trabajo en un marco médico implican ciertas peculiaridades en cuanto al manejo de psíquico/somático, esa “compleja interface” que decía alguien. En este punto, de

particular relevancia en las entrevistas con pacientes (psico)somatizadores y otros cercanos o “asimilables” me han resultado muy valiosos los trabajos de McDaniel y otros (59, 60) y los de los Griffith (19).

Sólo he pretendido con estas humildes reflexiones compartir las dudas y pensamientos que a partir del ejercicio del día a día en la clínica han ido surgiendo, en el intento de continuar con los intercambios que nos permitan tratar de enriquecer nuestra práctica y por ello la calidad de la atención que pretendemos dar a nuestros pacientes.

En fin, para acabar, una cita de Oscar Wilde:

**Los que ven alguna diferencia entre el cuerpo y el alma es que carecen de ambos.**

Agradezco a la organización la oportunidad, que me ha concedido gracias a su invitación, de poder volver a encontrarme con la gente.

#### Notas

- A manera de protocolo, se formaliza una Hoja de Registro Individual (HRI). La HRI (Cfr. Anexo 2), siguiendo el modelo utilizado por la UPIE del Hospital 12 de Octubre (Madrid) y adaptado a nuestro Hospital, recoge seis grupos de ítems, a saber:
  - Primer grupo: datos de filiación del paciente (12 ítems).
  - Segundo grupo: Variables sociodemográficas (7 ítems).
  - Tercer grupo: Motivo de consulta (5 ítems: servicio remitente, riesgo médico actual, motivo de consulta, origen del motivo de consulta, desencadenante del motivo y tiempo de hospitalización).
  - Cuarto grupo: antecedentes psiquiátricos (3 ítems: antecedentes personales psiquiátricos, tratamientos psiquiátricos previos y antecedentes familiares).
  - Quinto grupo: valoración diagnóstica (2 ítems: diagnóstico sindrómico del motivo de consulta y diagnóstico codificado CIE-10).
  - Sexto grupo: la actuación de interconsulta (5 ítems: actuación terapéutica

fundamental, tratamiento farmacológico, días de seguimiento en interconsulta, derivación desde interconsulta y valoración de interconsulta: psicopatología-gravedad somática-dinámica relacional asistencial y sociofamiliar).

- Séptimo grupo: aplicación docente (2 ítems: interés docente y comentario).

•• En aquel momento considerábamos como propuestas a desarrollar posteriormente la puesta en marcha de los siguientes: P. de Pacientes Terminales, P. de Diálisis y Trasplante Renal, P. de Quemados, P. de Pacientes V.I.H. y P. de Diabetes. Al final del apartado veremos que estas prioridades quizás hayan de ser reconsideradas en función de lo que nos ha ido enseñando la asistencia y el día a día.

••• Otros programas:

### **Implante coclear**

#### **Descripción**

Evaluación psicológica centrada en las actitudes y expectativas del candidato respecto del implante coclear. Esto implica no sólo las actitudes hacia el implante en sí, sino también las que han de mantenerse hacia el trabajo posterior de rehabilitación, que suele ser arduo y por un tiempo importante.

Se propone sólo la realización de la valoración previa, no habiéndose planteado la posibilidad de asesoramiento o seguimiento posterior mientras el sujeto acude a rehabilitación foniatría.

#### **Objetivos**

Ayudar a definir candidatos que cumplan perfil adecuado para el implante coclear y el trabajo de rehabilitación posterior que conlleva.

#### **Contenidos**

La entrevista se realiza con la presencia de algún familiar. Se busca valorar la existencia o no de psicopatología previa, la actitud hacia el implante. Puede usarse algún test breve para la valoración de aspectos de inteligencia. Actualmente usamos el de Matrices progresivas de Raven.

Se formaliza para cada uno de los candidatos que se evalúan H.R.I.

No se suelen realizar otras pruebas de personalidad o de exploración de aspectos específicos (ansiedad...) salvo en el caso de que en el curso de la entrevista detectemos

elementos que las hagan aconsejables, en función de ello pueden manejarse diferentes pruebas.

### **Trasplante hepático**

#### **Descripción.**

Es un programa de evaluación psicológica dirigido al estudio de candidatos a trasplante hepático.

#### **Objetivos**

Ayudar a establecer el perfil adecuado del candidato a trasplante hepático mediante la valoración de los aspectos psicopatológicos y biográficos, etc. Al igual que en el caso del trasplante cardíaco la exploración de estos aspectos se hace a través de entrevista, teniendo en cuenta el "guión" que establece el P.A.C.T, si bien prestando especial atención a los factores relacionados con el estilo de vida y los apoyos /soportes psicosociales y la actitud hacia los autocuidados. Otro aspecto importante, en determinados casos en los que el deterioro hepático haya sido consecuencia del hábito alcohólico, cobra especial relevancia la exploración de los cambios previos realizados por el paciente (en el abandono de dicho hábito) así como su consistencia. También se destaca como importante la actitud hacia las indicaciones y consejos médicos que ha mantenido en el pasado.

#### **Contenidos**

Desde el principio la valoración se estructura en base a:

- H. R. I.: En la entrevista se prestará especial atención a los aspectos relacionados con el estilo de vida.

- P. A. C. T.: Hemos ido añadiendo, valoración cognitiva en caso de precedentes de Encefalopatía (por lo menos Mini-mental); también, al igual que lo señalado para el trasplante cardíaco, STAI, BDI, APOYO SOCIAL.

Poco a poco hemos ido convenciéndonos también de la importancia de ir operativizando el proceso del apoyo social de cara al conjunto del procedimiento y, en la misma línea de lo planteado respecto del trasplante cardíaco, el pensar la tarea en relación a intervenciones a lo largo del procedimiento más que intervención meramente evaluadora.

### **Obesidad patológica**

#### **Descripción.**

Valoración, previa a la intervención quirúrgica, de los aspectos psicológicos. Se trata

de evaluar la presencia o no de elementos psicopatológicos o rasgos de personalidad que pudiesen problematizar la indicación de la gastroplastia. También parece relevante la importancia y consistencia en los cambios de hábitos que el paciente pudiera haber realizado en el pasado.

### Objetivos

Ayudar a establecer el perfil de adecuación del candidato para dicha intervención.

### Contenidos

Las expectativas hacia los resultados de la operación y los relacionados con el estilo de vida constituyen un elemento de valoración importante que también debe estudiarse en la entrevista de valoración que se mantenga con el candidato. Un elemento que suele ser de importancia en este contexto es del grado de presencia de la ansiedad en la determinación de las conductas del paciente y el manejo que este hace de

dicho elemento. Su exploración a través de cuestionarios específicos se determina en cada entrevista en razón de las informaciones que en ella surgen. Por ello hemos ido introduciendo cambios en la evaluación introduciendo ciertos cuestionarios (STAI, BDI, BIFE...). Además deberían también valorarse los aspectos relacionados con el control. En este sentido un cierto tiempo de DIETA en el periodo de espera es considerado por algunos autores (61).

Una posibilidad de trabajo hacia el futuro podrían ser grupos de orientación psicoeducativa. En ocasiones también hemos empleado el modelado informal a través de conversaciones con personas que ya han pasado por el conjunto del procedimiento.

••• DRAE: diligencia, solicitud/2. encargo u oficio de agente; no es un anglicismo.



## Bibliografía:

1. Jiménez, M.A.; Ibáñez, C.:Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: perfil clínico y terapéutico(II). *Psiquis* ,16(2): 47.
2. Mayou, R.;Hawton, K.:(1986): Psiquiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 149: 172-190.
3. Fedman, E.; Mayou, R.; Hawton, K.; Arden, M.; & Smith EBO (1987). Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 241:405-412.
4. Lipowski, J.Z.; Wolstar, M.D.; (1981)Liaison Psychiatry: Referral Patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry*, 12: 1608-1611.
5. Rodríguez, J.; Zuriaga, R.:(1997) *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada, EASPJ unta de Andalucía, .
6. Pincus y cols. (1991) The benefits of consultation-liaison psychiatry. In Judd/Burrows/Lipsitt (eds.) *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*. Elsevier Science publisher B. V. (Biomedical Division).
7. Gómez, A.(1991) Unidades de salud mental en el hospital general. *Siso/Saúde*. Monográfico,Septiembre .
8. Lyons, J.; Hanner, J.S.; Larson, D.B; Petrait, J.; Strain, J.J.; (1988)Treatment opportunities on a conltation/liaison service. *Am. J Psychiatry*. 145:1435-1437.
9. Fulops y cols. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical-surgical patients: a preliminary report. *AM J Psychiatry*, 1987 144; 878-882.
10. Levenson J.L et als (1990) Relation of psychopatology in general medical impatients to use anual cost of services. *AM. J. Psychiatry* 147: 1498-1503.
11. Schustr, J.M.(1992) A cost effective model of consultation-liaison psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 330-332.
12. Padierna, JA; Marcos, JJ. Aristegui Ruesca E, Medrano Albeniz J.(1995) Interconsulta psiquiátrica: patrones de la demanda y factores en la derivación. *Anales de psiquiatría*. 6: 209-214.
13. Jiménez MA, Ibáñez C. (1994) Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: perfil clínico y terapéutico (II). *Psiquis*, 16: 47 -59.
14. Jiménez, M. A.; Ibáñez C.(1995): Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el Hospital General: aspectos metodológicos (I). *Psiquis*, 16:11-23
15. Mayou R, Sharpe M. (1991) Psychiatric problems in the general hospital, en Judd/Burrowa/Lipsitt (ed.), *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*. Oxford, Elsevier Science Publisher B.V., 11-28.
16. Fernandez-Argüelles, P y colaboradores (1989) El contenido latente en la interconsulta psiquiátrica interdepartamental, *An. Psiquiatría*, 5: 135-138.
17. Sluzki C.(1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa,
18. Pakman M. In vestigación e intervención en grupos familiares. Una perspecti va constructivista, en Delgado JM y Gutiérrez J (Comps.), (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis, 359-77
19. Griffith JL y Griffith ME. La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas, en Pakman M. (comp.) (1997). *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II), Barcelona, Gedisa, 87-105.
20. Martínez Sande G. Recursos y terapeutas “¿Qué hay de nuevo, viejo?”. II Jornadas Luso-Galaicas de Terapia Familiar. Vigo. Xuño. 1997.
21. Martínez Sande G. *Perspectiva sistémica del trabajo de interconsulta y enlace*. III Jornadas Luso-Galaicas de Terapia Familiar (Narrativas e dilemas do corpo). Porto, 28 de Noviembre de 1998.
22. Salas Márquez, J.R.(1995). El rol del psicólogo en la Unidad de lesionados medulares. *Apuntes de Psicología*, 43:65-7.
23. Bas, P.; Gala León, F.J y Díaz, M (1994). Depresión y Ajuste Psicosocial en lesionados de Médula espinal. *Clínica y Salud*, vol. 5, 3: 259-71.
24. Stewart, Th. D.: El paciente con lesión de la médula espinal. En Cassem NH(comp.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, 1994: 583-99.
25. Navarro J.Terapia familiar con enfermos físicos crónicos, en Navarro Góngora J y Beyebach M (Comps.) (1995). *Avan* -

- ces en terapia familiar sistémica, Barcelona, Paidós, 299-336.
26. Navarro J.(1996). *Intervención en redes sociales y profesionales para enfermos físicos hospitalizados*, en VV. AA., III Jornadas: Orientación Familiar. Intervención en familias y grupos de personas afectadas por enfermedades o deficiencias, Madrid, Univ. Pont. Comillas - Fund. Mapfre Medicina, 75-86.
  27. Navarro J. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia, en Ríos JA (Coord.) (1998). *La familia: realidad y mito*, Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, 71-98.
  28. Navarro J. Pareja y enfermedad: una revisión, en Navarro Góngora J y Pereira Miragaia J (Comps.) (20 00). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona, Paidós, 121-49.
  29. Rolland J. El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad, en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A y Ugidos Domínguez TM (Coords.) (1999) *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 305-38.
  30. Steinglass P, Temple S, Lisman, SA y Reiss D. (1982). Coping with spinal cord injury: the family perspective. *Gen Hosp Psychiatry*, 4: 259-64.
  31. González S, Steinglass P, y Reiss D. (1989). *Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illness*. Fam. Process, 28: 69-98.
  32. Steinglass, P.(1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst and Health* 16: 55-70.
  33. Cutrona, CE. Social support in couples. *Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
  34. Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. (1989). The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clin Transplantation*, 3: 164-9.
  35. Kay J, Bienenfeld D. (1991). The clinical assessment of the cardiac transplant candidate. *Psychosomatics*, 32: 78-87.
  36. Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG, Kormos RL, Trzepacz PT, Griffith BP. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 48S-61S.
  37. Dew MA, Roth LH, Thompson ME, Kormos RL, Griffith BP. (1996). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 15: 631-45.
  38. Paris W, Muchmore J, Pribil A, Zuhdi N. (1994). Cooper DKC. Study of relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *J Heart Lung Transplant* 13: 424-32.
  39. Olbrisch ME, Levenson JL. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *J Heart Lung Transplant* 10: 948-55.
  40. Levenson JL, Olbrisch ME. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34: 314-23.
  41. Menchón, JM; González; Aymamí, N; Barjau, R; Serrano, F. El trasplante, en Rojo Rodés JE, Cirera, E (Drtres) (1997). *Interconsulta psiquiátrica*, Barcelona, Masson, 50l-11.
  42. García, AM (1996) Medición del constructo Hostilidad, en Palmero F Codina V (Eds.), *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los factores emocionales*, Valencia, Promolibro, 341-63.
  43. Bunzel B, Wolleneck G. (1994). Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery?. *Thorac Cardiovasc Surg* 42: 103-7.
  44. García Álvarez, MA (1999). Cuestiones de psicoterapia en rehabilitación con personas discapacitadas por dano cerebral sobrevivo. *Cadernos de psicología*, 25: 19-28.
  45. Muñoz, JM y Fernández, S. (1999). La familia y la rehabilitación de las persona afectadas por daño cerebral, en VVAA, *La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar*, Barcelona, Fundació Institut Guttmann, 87-99.
  46. Bruna i Rabassa, O. (1996). Orientación, terapia y apoyo a los familiares de personas afectadas por daño cerebral traumático, en VV. AA., *Daño cerebral traumático y calidad de vida*, Madrid, Fundación MAPFRE Medicina, 279-97.
  47. Bruna i Rabassa O; Mataró, M y Junqué Plaza C. Impacto e intervención en el medio familiar, en Plegriñ C, Muñoz Céspedes JM y Quemada JI. (1997), *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático*, Barcelona, Prous, 331-46.
  48. Junqué, C; Bruna, O; Mataró, M y Puyuelo, M. (1998). Traumatismos craneoencefálicos. Un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia. *Guía práctica para profesionales y familiares*. Barcelona, Masson,
  49. Caplan, G. *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona, Paidós, 1.993.
  50. Espina Eizaguire, A. Abordaje ecosistémico de la crisis, en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A. y Ugidos Domínguez T M (Coords.) (1999). *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 95-108.
  51. Langsley DG, Pittman III FS, Machotka P y Flomenhaft D. (1968). Crisis family therapy: Results and implications. *Fam Proc*. 7: 145-68.
  52. Pittman FS, Langsley DG, Flomenhaft K, DeYoung CD, Machotka P y Kaplan, DM. (1980). Técnicas terapéuticas de la unidad de tratamiento familiar, en Haley J (Ed.), *Tratamiento de la familia*, Barcelona, Toray, 216-26.
  53. Pittman, FS. (1990). Momentos decisivos. *Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires, Paidós.
  54. Espina, JA. Psicoterapia del duelo patológico y de las enfermedades graves", en Navarro Góngora J, Fuentes Martín A. y Ugidos Domínguez T M (Coords.) (1999). *Prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Amarú, 369-81.
  55. Martínez, G. Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 1.997, 4: 151-8.
  56. Martínez, G. (1997). Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica (II). Aspectos de intervención desde la terapia familiar. *Cuadernos de Atención Primaria*, 4: 212 - 22.
  57. Martínez, G. *Experiencia e perspectivas no enlace*, en Iglesias Gil de Bernabé F (Coord.),. Experiencias e situación en Galicia de interconsulta y psiquiatría de enlace hospitalaria. XI Jornadas científicas da Asociación Galega de Saúde Mental. Psiquiatría de interconsulta e enlace, Santiago de Compostela, 22-23 de xuño de 2001.
  58. Barreto P, Arranz P y Molero M. Counselling: Instrumento fundamental en la relación de ayuda, en Martorell MC y González R (Eds.), (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid, Síntesis, 83-104.
  59. McDaniel SH, Hepworth J y Doherty WJ. (1995). Medical family therapy with somaticizing patients. The co-creation of therapeutic stories. *Fam Proc* , 34: 349-61.
  60. McDaniel S, Campbell TL y Seaburn DB. (1998). Orientación familiar en atención primaria. *Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud*. Barcelona, Springer - Verlag Ibérica.
  61. Larañaga Barrera E. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, en García-Camba E, (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*, Barcelona, Masson, 365-82.



**ANEXO:**

**INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA (C.H.J.C.)  
(ENERO/ 1996 A JUNIO/ 1998 --2 AÑOS)**

**Nº TOTAL DE INTERCONSULTAS  
(1ª consultas en pacientes ingresados y  
mayores de 14 años): 1.653**

RELACIÓN REVISIONES / PRIMERAS CONSULTAS: 12				
RELACIÓN Nº DE INTERCONSULTAS / Nº DE INGRESOS HOSPITALARIOS:				
HOSPITAL	PERIODO	Nº INTER.	Nº INGR.	%
C.H. JUAN CANALEJO	1.993	(1 año)	29.870	
	1.994	(1 año)	29.746	
Noviembre 95 a Oct. 96	(1 año)	581	32.363	1,8
Enero 96 a Junio 98	(2 años)	1.053	100.397	1,05

SEXO:  
-Varones: 718 ----- 50%  
-Mujeres: 597 ----- 49%

MOTIVO DE CONSULTA	Nº	%
1.- AFECTIVO:	389	23
2.- ANSIOSO:	150	9
3.- DELIRANTE ALUCINATORIA:	63	4
4.- CONFUSIÓN LACITADO:	144	9
5.- TÓXICO:	71	4,4
6.- FUNCIONALIDAD:	73	4,6
7.- RELACION:	97	6
8.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:	134	8
9.- SUICIDIO:	119	7,3
10.- PROGRAMAS ESPECÍFICOS:	272	16,5
1.- T.C:	39	5,4 %
2.- T.B:	112	6,8 %
3.- ULM:	25	1,5 %
4.- OBES:	23	1,4 %
5.- IMPOT:	20	1,2 %
6.- OTROS:	13	0,8 %
<b>11.- OTROS:</b>	<b>110</b>	<b>17</b>

**MODALIDAD DE PETICIÓN:**

- Normal: 83,33 %
- Preferente: 7,64 %
- Urgente: 9,03 %

**DIAGNÓSTICO (DSM-IV)**

	Nº	%
DELIRIUM:	142	8,6
DEMENCIA:	106	6,5
T.RELACIONADO CON SUSTANCIAS:	168	10
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS:	99	6
TRAST. DEL ESTADO DE ANIMO:	233	14
TRAST. DE ANSIEDAD:	81	5
TRAST. SOMATOMORFOS:	46	2,8
TRAST. DISOCIATIVOS:	20	1,2
TRAST. ADAPTATIVOS:	309	18,7
TRAST. DE LA PERSONALIDAD:	67	4
OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS:	140	8,5
NO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:	242	14,7

**SERVICIOS DEMANDANTES**

	Nº	%
MÉDICOS:	1058	64
QUIRÚRGICOS:	595	36

**ACTUACIÓN TERAPÉUTICA FUNDAMENTAL**

	Nº P	%
• TTO. PSICOFARMACOLÓGICO	744	45
• APOYO PSICOLÓGICO	496	30
• DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN	710	25
• INGRESO PSIQUIÁTRICO	24	1