

# Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica

*Consultation and liason psiquiatry: a descriptive study of consultations to clinical psychology*

Gema Costa-Requena<sup>1</sup>, Amanda Rodríguez Urrutia<sup>2</sup>, Eva Calvo<sup>3</sup>, Gemma Parramon<sup>2</sup>

Recibido: 13/04/2015

Aceptado: 16/06/2015

## Resumen

*Introducción:* Entre las especialidades médicas es cada vez más reconocida la valoración por el equipo de interconsulta y psiquiatría de enlace de las repercusiones psicosociales de la enfermedad en el paciente hospitalizado. El objetivo de este estudio es analizar descriptivamente la intervención del psicólogo clínico en las interconsultas de un hospital general.

*Material y métodos:* Se analizan retrospectivamente a un año, con medidas de tendencia central, las interconsultas recibidas en la unidad de interconsulta y psiquiatría de enlace dirigidas a psicología clínica.

*Resultados:* Se registran un total de 131 interconsultas hospitalarias a psicología clínica. La mayoría desde la propia unidad de psiquiatría de enlace, por el psiquiatra referente interconsultor del caso (35,9 %). Con altas prevalencias de pacientes sin trastorno psiquiátrico (28 %) o con trastornos adaptativos (43 %). En la mayoría de casos se realizan entre 2 (26 %) y 3 (19 %) visitas durante el ingreso hospitalario. Al cierre de la interconsulta por psicología clínica, son aptables a domicilio sin necesidad de soporte por salud mental el 40 % de los casos.

*Conclusiones:* La figura del psicólogo clínico, con pocas intervenciones, valida recursos personales que favorecen la salud mental del paciente hospitalizado. Se requiere más investigación que pueda ayudar a planificar recursos y concretar el ámbito de intervención del psicólogo clínico en la interconsulta hospitalaria.

**Palabras clave:** Psiquiatría de enlace. Interconsulta hospitalaria. Psicología clínica. Trastorno adaptativo.

<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Servicio de Psiquiatría. Hospital general Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>2</sup>Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital general Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>3</sup>Médico Interno Residente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital general Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Correspondencia:** Dra. Gema Costa-Requena  
Departament de Psiquiatria. Hospital General Universitari Vall d'Hebron  
Universitat Autònoma de Barcelona  
Pg. Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona  
E-mail: gcosta@vhebron.net

## Summary

*Introduction: Among the medical services are becoming more recognized the assessment by the consultation and liaison psychiatry team, these were about the psychosocial impact of the illness in the hospitalized patients. The aim of this study was to describe the consultation referred to clinical psychologist at inpatients in a general hospital.*

*Methods: The consultations received to clinical psychologist at consultation and liaison psychiatry unit, were retrospectively analyzed during one year. In the statistical analysis were used measures of central tendency.*

*Results: A total of 131 hospital consults to clinical psychologist were recorded. Most of these were from the unit itself of liaison psychiatry, by psychiatrist consuler reference of case (35.9 %). There are higher prevalence of patients without psychiatric disorders (28 %), and patients with adjustment disorders (43 %). In most cases were realized 2 visits (26 %) or 3 (19 %) visits during hospitalization. At the end of the consultation by clinical psychologist, were discharges to home without mental health support for 40 % of cases.*

*Conclusions: The role of clinical psychologist empowers to validate patient's personal resources to promote inpatient's mental health. More researches are required to strengthen and narrow the field of clinical psychologist in the hospital consultation.*

**Key words:** Liaison psychiatry. Hospital consultation. Clinical psychology. Adaptive disease.

*No se puede tratar la enfermedad sin tratar al enfermo.*  
Laín Entralgo, 1964.

## INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria actual requiere el tratamiento holístico e integral del paciente hospitalizado, considerando que el manejo y tratamiento de algunas enfermedades pueden afectar al estado mental y emocional de la persona, además de requerir la cooperación entre diferentes especialidades médicas, y la necesaria implicación del paciente y su familia en la estabilización de la enfermedad (WFM, 2010).

La interconsulta es un sistema habitual de relación entre los servicios asistenciales hospitalarios, que ayuda a las distintas especialidades médicas al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados (Montero-Ruiz & López-Álvarez, 2011). En este sentido, la enfermedad física es un factor de riesgo para la manifestación de sintomatología ansioso-depresiva significativa, más en el caso de patologías crónicas que requieren en un momento determinado del ingreso hospitalario. La constante vivencia entre salud y enfermedad, las situaciones límites que se producen, y los problemas éticos que acarrear, pueden suponer una amenaza al equi-

librio psicológico de la persona, que necesita de la valoración de las repercusiones psicosociales de la enfermedad (Lobo, Lozano & Diefenbacher, 2007; NICE, 2009).

La intervención psiquiátrica o psicológica cuando se padece una enfermedad somática es cada vez más reconocida en el ámbito hospitalario, así, el *European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatric and Psychosomatics* considera que aproximadamente un 10 % de todos los pacientes ingresados un día cualquiera en un hospital general requeriría una consulta con el especialista de psiquiatría de enlace, mientras solo son valorados el 1,4 % de los pacientes ingresados en un hospital general (5). La práctica de la Psiquiatría de Enlace atiende en el ámbito hospitalario a pacientes con síntomas o síndromes psiquiátricos, incluyendo entre otros aspectos problemas adaptativos, psicopatologías desencadenadas o coincidentes con repercusiones somáticas, trastornos mentales orgánicos, confrontaciones bioéticas ante la enfermedad; además, entre sus objetivos se encuentra el estudio de la relación médico-paciente y su re-

percusión en evolución de la enfermedad (Leentjens, Rundell, Diefenbacher, Kathol & Guthrie, 2011).

Desde el equipo de psiquiatría de enlace e interconsulta, la atención integral en el ámbito del hospital general se garantiza con las tareas asistenciales que se dirigen a dar respuesta a la consulta puntual de otro especialista, propiamente denominado interconsulta. Mientras las funciones realizadas por el equipo interconsultor en programas específicos de intervención mantenidos en el tiempo se reconoce como psiquiatría de enlace, destacando los programas de neuropsicología y psico-oncología en el ámbito de la psicología clínica. En el equipo de interconsulta hospitalaria es considerada la inclusión del psicólogo clínico como lo hace en los programas específicos del ámbito hospitalario (Strain, Easton & Fulop, 1995). En este sentido en el sistema nacional del salud, por mediación del Real Decreto 2490/1998, se creó y reguló el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica, siendo el primero en reconocer la formación del psicólogo clínico por el sistema de residencia como forma de especialidad sanitaria, además, garantizado por mediación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (BOE, 2003). Así, dentro del programa de formación del psicólogo interno residente se realizan recorridos por áreas de formación específicas, que capacitan al psicólogo clínico en el ejercicio interdisciplinario que requiere una concepción multidimensional de los procesos de salud y enfermedad, contemplando, por tanto, que el campo de intervención de la psicología clínica no se limita hoy en día solo al ámbito del trastorno mental (BOE, 2009). De hecho, varios autores ponen de manifiesto la estrecha relación de la psicología clínica y psicología de la salud en aspectos técnicos y metodológicos, que resulta difícil de diferenciar en el marco conceptual y de aplicación (Belar & Deardorff, 2009; Belloch, 2008).

El objetivo planteado en este estudio es analizar descriptivamente, durante un año, la demanda específica de interconsultas realizadas a psicología clínica.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo donde se analizaron las interconsultas recibidas en la uni-

dad de interconsulta y psiquiatría de enlace del servicio de psiquiatría en un hospital general de tercer nivel, y dirigidas a psicología clínica de adultos en el período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2014.

El modelo de interconsultas sigue una plantilla propia del hospital que recoge datos sobre el nombre del paciente, número de historia, fecha de nacimiento, sexo, cama de ingreso, especialidad y facultativo que realiza la interconsulta; además, de la fecha en que se realiza la interconsulta, motivo de la solicitud y diagnóstico primario del ingreso hospitalario. Los datos analizados son, el servicio de origen de la interconsulta, a quien se dirige la interconsulta (si es al paciente o la familia), datos socio-demográficos del paciente, diagnóstico psiquiátrico si procede, número de visitas realizadas y qué tipo de derivación se realiza en el momento de cierre de la interconsulta, si es a domicilio, domicilio y consultas externas del hospital (psiquiatría, psico-oncología), derivación al centro de salud mental de zona o fallecimiento del paciente.

En el análisis estadístico se realiza un análisis descriptivo de los datos con el programa SPSS 15.0.

## RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron, específicamente, un total de 131 interconsultas hospitalarias a psicología clínica. En un porcentaje similar de prevalencia de género entre pacientes, hombres 43,5 % (n=57) y mujeres 56,5 % (n=74), con una media de edad de 52 años, en un rango de 16 a 92 años. Se hizo petición de atención psicológica dirigida al paciente en el 76 % (n=99) de los casos, mientras soporte a la familia se explicitó en el 24 % (n=32) de las peticiones.

En una agrupación general de diagnósticos primarios que provocaron el ingreso hospitalario del paciente, la atención psicológica demandada en el 32 % (n=42) de los casos fueron por enfermedades oncológicas, en el 14,5 % (n=19) por politraumatismos, y por procedimientos relacionados con el trasplante de órganos en el 8,5 % (n=11) de los casos. En general, las especialidades con mayor demanda de atención psicológica fueron desde la propia unidad de psiquiatría de enlace por el psiquiatra referente interconsultor del caso (35,9 %). Desde otras especialidades, la mayor demanda de

atención psicológica fue por medicina intensiva (12,2 %), y traumatología (9,1 %) que integra, entre otras, las unidades de lesión medular y cirugía maxilofacial, véase Tabla 1. En la mayoría de casos atendidos desde psicología clínica no hay diagnóstico psiquiátrico registrado 28 % (n= 37), en otros casos son frecuentes los trastornos adaptativos (43 %), trastornos depresivos (8,5 %) y trastornos de ansiedad (6 %), véase Tabla 2. El número de visitas realizadas a cada paciente/familia durante el ingreso hospitalario oscila en un rango de 1 a 40 visitas, siendo la mayor frecuencia de 2 visitas en el 26 % (n=34), 3 visitas en el 19 % (n=25), 4 visitas en el 14,5 % (n=19) y 5 visitas en el 13 % (n=17) de los casos.

Al cierre de la interconsulta por psicología clínica, son altables a domicilio sin necesidad de soporte por salud mental el 40 % de los casos (n=52), altados desde la interconsulta pero que permanecen con ingreso hospitalario en el 23,6 % de los casos (n=31), fueron alta a domicilio con deriva-

**Tabla 1**

**Distribución de frecuencias de interconsultas dirigidas a psicología clínica por distintos servicios médico-quirúrgicos del hospital general.**

SERVICIO DE DERIVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
PSIQUIATRÍA	47	35,9
MEDICINA INTENSIVA	16	12,2
TRAUMATOLOGÍA	12	9,1
NEFROLOGÍA	10	7,6
CIRUGÍA HEPATOBILIAR	8	6,1
GINECOLOGÍA	8	6,1
UROLOGÍA	7	5,3
ENDOCRINOLOGÍA	6	4,6
NEUROLOGÍA	6	4,6
CIRUGÍA COLORECTAL	5	3,8
OTROS	6	4,7

**Tabla 2**

**Agrupaciones de diagnósticos psiquiátricos de las interconsultas a psicología clínica recibidas del conjunto de servicios médicos (n=131), y específicamente del psiquiatra interconsultor (n=47).**

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	TOTAL DE INTERCONSULTAS		INTERCONSULTAS DE PSIQUIATRÍA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
No evaluado por psiquiatría	37	28,3	2	4,3
Trastorno Adaptativo	56	42,7	25	53,2
Trastorno Depresivo	11	8,4	8	17
Trastorno de Ansiedad	8	6,1	5	10,6
Trastorno de Personalidad	9	6,9	3	6,4
Síndrome confusional	2	1,5	—	—
Insomnio	2	1,5	1	2,1
Otros	6	4,6	3	6,3

ción a unidades hospitalarias de consultas externas de psiquiatría, psicología clínica o psico-oncología el 17,5 % de los casos (n=23). Pacientes con alta a domicilio y derivación a centro de salud mental de zona fueron el 10 % de casos (n= 13). Fueron *éxitus* y atendidos en estadio final de vida un 9 % de pacientes (n=12).

## DISCUSIÓN

La aplicación de la psicología clínica al trabajo multidisciplinar en el hospital general faci-

lita la implementación del modelo biopsicosocial en la atención sanitaria (Martínez Sande, 2001).

Hay pocos estudios que analicen descriptivamente la tarea asistencial de las interconsultas a psicología clínica (Martínez Sande, 2001). En general, la intervención del psicólogo en interconsulta abarca tres áreas, una dirigida hacia el paciente incluyendo la intervención en la familia, otra área dirigida a la relación médico paciente o al equipo médico referente (Valera, 2002). En este estudio un gran porcentaje de interconsultas se

hizo directamente para atención psicológica del paciente, otro porcentaje nada despreciable del 24 % va dirigido al soporte a la familia, lo que reconoce la afectación que puede provocar la enfermedad en el ámbito socio-familiar del paciente. Además, de favorecer la red natural de apoyo del paciente al implicar algún miembro significativo de la familia (Martínez Sande, 2001).

A tenor del tiempo de estancia hospitalaria del paciente el número de intervenciones suele ser reducido, de 2 o 3 visitas mayoritariamente, y en más del 40 % de casos se cierra la interconsulta sin necesidad de soporte posterior por unidades de salud mental. Un porcentaje considerable de pacientes atendidos por psicología clínica no tienen registro diagnóstico psiquiátrico o manifiestan trastorno adaptativo. Estos resultados plantean que la mayoría de casos son reacciones de adaptación a la enfermedad sin psicopatología significativa, donde la intervención se centraría en validar recursos personales del paciente, trabajo nada desmerecedor de una formación especializada. Considerando que el no tratamiento de sintomatología depresiva se asocia con un peor manejo de la enfermedad física, a la vez que el deterioro funcional de algunas enfermedades aumenta el riesgo de manifestación de sintomatología depresiva (NICE, 2009).

Dentro de los programas específicos de psiquiatría de enlace en el hospital general, es habitual la existencia del programa de psico-oncología, donde se contempla el tratamiento de aspectos emocionales en el manejo de la enfermedad oncológica (Plan director de oncología, 2009). Los resultados de este estudio señalan, así mismo, que un alto porcentaje de interconsultas dirigidas al psicólogo de interconsulta son referidas por enfermedades oncológicas (32 % de los casos), no asumidas todavía por el programa específico de psico-oncología, lo que señalaría la necesidad de ampliar esta intervención.

En futuros trabajos, profundizar en datos descriptivos de la intervención del psicólogo clínico en el ámbito del hospital general puede ayudar a planificar recursos y concretar su ámbito de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Belar CD, Deardorff, WW.** Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook. (2nd Ed). Washington DC: American Psychological Association, 2009.
2. **Belloch, A.** (2008). Psicología y psicología clínica: sobre árboles y ramas. *Análisis y modificación de conducta*, 34 (150-151), 67-94.
3. **Boletín Oficial del Estado.** 22 noviembre 2003. Nº 280, pag: 41442-41458.
4. **Boletín Oficial del Estado.** 17 de junio de 2009. Nº146, pag: 51210-51236.
5. **Generalitat de Catalunya.** (2009). Plan director de oncología: Modelo para la organización de la atención psicooncológica hospitalaria. Barcelona: Departament de Salut.
6. **Laín Entralgo, P.** (1964). La relación médico-enfermo: Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente.
7. **Leentjens, A.F.G., Rundell, J.R., Diefenbacher, A., Kathol, R., y Guthrie, E.** (2011). Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists or psychosomatic medicine specialist. *Psychosomatics*, 52, 19-25.
8. **Lobo, A., Lozano, M., y Diefenbacher, A.** (2007). Psychosomatic Psychiatry: a European view. *European Journal of Psychiatry*, 21(2), 153-168.
9. **Martínez Sande, G.** (2001). Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas. *Norte de Salud Mental*, 4 (13), 69-82.
10. **Montero Ruiz, E., y López-Álvarez, J.** (2011). La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Medicina Clínica (Barc)*, 136 (11), 488-490.
11. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009).** Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management. NICE clinical guideline 91. Available at [www.nice.org.uk/CG91](http://www.nice.org.uk/CG91) [NICE guideline].
12. **Strain, J.J., Easton, M., Fulop, G.** (1995). Composition and Funding. *Consultation-Liaison Psychiatry Services. Psychosomatics*, 36, 113-121.
13. **Valera, B.** (2002). ¿Qué es la psicología de enlace?. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, VI (2), 63-72.
14. **World Federation of Mental Health.** (2010). Mental health and chronic physical illnesses: The need for continued and integrated care. (accedido 27 Feb 2015). Disponible en: [wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf).