

CONSULTA PSIQUIATRICA INTERDEPARTAMENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

Dres. José Luis González de Rivera* y Revuelta; Diane,
Moreau-Hennings**

Tradicionalmente, la Psiquiatría ha estado separada de las demás especialidades médicas, no sólo por el objeto y el método de sus investigaciones, sino también por un distanciamiento físico.

En el desarrollo histórico de la asistencia psiquiátrica, la creación de servicios de psiquiatría en el seno del hospital general aparece como un nuevo signo de madurez y respetabilidad de nuestra profesión. Por una parte, la locación de estos nuevos departamentos de psiquiatría viene a tiempo para corroborar la idea, relativamente reciente, de que los trastornos mentales son enfermedades «como las demás», y que, en consecuencia, los enfermos afligidos por estos trastornos deben ser atendidos en el mismo hospital que aquellos con enfermedades claramente orgánicas.

Por otra parte, el hospital general ofrece al público y a la profesión médica una imagen menos temible que el clásico «manicomio», lo cual se traduce en un acceso más fácil y rápido al tratamiento psiquiátrico (Mann y Vacaflor, 1972) (1).

Uno de los fenómenos resultantes de este acercamiento físico, es el descubrimiento de la interfase entre la psiquiatría y las demás especialidades. En el desarrollo de su diferenciación interna, el departamento de psiquiatría, felizmente implantado en el hospital general, acaba creando un Servicio de Consultas o de «liaison» psiquiátrica (o psicósomática, como algunos prefieren llamarlo). En ocasiones, este Servicio es el núcleo inicial, a partir del cual podrá llegar más tarde a formarse un verdadero Departamento de Psiquiatría.

Con frecuencia, del funcionamiento de este Servicio depende el prestigio de todo el departamento de psiquiatría, y la calidad de sus relaciones con los departamentos vecinos. El Servicio de Consulta Psiquiátrica es el nexo de unión entre los médicos que

se ocupan del cuerpo, y los que se ocupan de la mente, y su difícil misión es convencer a unos y a otros que el ser humano no puede dividirse, y que solamente una orientación holística puede ayudar al hombre total cuando enferma.

La primera dificultad que el psiquiatra ha de vencer en su actividad de consultor, es la desconfianza que otros médicos puedan tener sobre su sentido práctico. Por eso, sus primeros esfuerzos deben ir encaminados a mostrar la valía de sus propios conocimientos, desarrollar una labor de utilidad inmediata para el enfermo y hacerse aceptar como parte integrante del equipo terapéutico. Resolver el problema que el paciente y su actividad plantea al médico tratante, y que después de todo es el motivo de la consulta y de la existencia misma del Servicio, es la primera función del psiquiatra consultor, pero no la única ni la más importante.

Su misión fundamental es propagar la orientación psicósomática, despertar el interés por el Hombre como ser social, espiritual y biológico, no mediante vana palabrería, sino demostrando con su actividad que una tal orientación constituye buena medicina. Un interesante ejemplo de la importancia de factores otros que los estrictamente biológicos en la enfermedad orgánica es presentado por Egbert (2), quien, en un estudio cuidadosamente controlado de 97 pacientes quirúrgicos, demostró que un procedimiento tan simple como informar al paciente de la naturaleza de la operación y de sus consecuencias, de la posible severidad y duración del dolor postoperatorio y de sus causas, etc., reduce significativamente la necesidad de analgésicos (es decir, experiencia subjetiva de dolor) y acelera el restablecimiento.

PSICOSOMATICA Y MEDICINA PSICOSOMATICA

La misma palabra «Psico-Somática» parece implicar una dualidad netamente cartesiana entre la mente y el cuerpo, como dos órganos separados e independientes, cuya influencia mutua es casi sorprendente. De hecho, este es el sentido en el que la

(*) Este trabajo está basado, en parte, en la tesis de licenciatura del primer autor, realizada bajo la dirección del profesor doctor José Guimón Ugartechea, de la Universidad de Bilbao.

(**) Servicio de Consulta Psiquiátrica, Departamento de Psiquiatría. Montreal General Hospital. Mc. Gill University. Montreal (Canadá).

expresión «psicosomático» fue originalmente utilizada, implicando una relación de causalidad entre fenómenos psicológicos y biológicos (3). Con el avance de nuestros conocimientos, este enfoque ha demostrado ser de limitada utilidad, tanto práctica como teórica. Los conceptos de «soma» y «psique» son abstracciones de una realidad muy concreta y tangible que es el ser humano. El dualismo que estos conceptos implican no es real, sino metodológico, y los lenguajes diferentes, el de la fisiología y el de la psicología, son necesarios para expresar diferentes aspectos de un mismo fenómeno (4). Esta manera de ver las cosas, que podríamos denominar «unitarismo bimodal», porque propugna que sólo existe un tipo de fenómenos, y que su clasificación como somáticos o psicológicos depende del método empleado en observarlos (5), tiene la gran ventaja de dejar de lado el problema de la causalidad, y de permitir la concentración de energías en la observación y descripción de los fenómenos y en el estudio de la relación entre los datos obtenidos con métodos diferentes. Esta concepción está en la base de los recientes avances en psicósomática, y de la elevación de la Psicósomática a la categoría de ciencia (6), definida como la disciplina que estudia las relaciones entre los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, en la salud y la enfermedad. Aunque esta concepción de la psicósomática como ciencia es muy reciente, el germen de la misma se encuentra en el libro clásico de Engel (internista y psiquiatra) «Desarrollo psicológico en la salud y la enfermedad» (7).

La Medicina Psicósomática, en cambio, es una orientación, en ocasiones con ribetes reformistas, que insiste en que los factores psicológicos y sociales han de ser considerados, junto con los biológicos, en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad (8).

Finalmente, podemos definir la Consulta Psiquiátrica Interdepartamental como la aplicación clínica y docente de la orientación psicósomática (sin tintes reformistas), realizada por los psiquiatras consultores en las áreas no psiquiátricas del hospital.

ORGANIZACION DEL SERVICIO DE CONSULTA PSIQUIATRICA

El personal con el que cuenta un servicio de consulta psiquiátrica, depende del tamaño del hospital y del tipo de población a la que sirve, así como de la posibilidad de encontrar psiquiatras interesados en este tipo de trabajo. El posible crecimiento del servicio depende de la aceptación que el consultor encuentre en su labor, y de su capacidad para ser útil y resolver problemas que entran dentro de su campo de acción.

Teniendo en cuenta todas estas variables, el ser-

vicio puede contar desde una sola persona, trabajando a tiempo parcial, hasta una serie de equipos a jornada completa, cada uno asignado a un departamento diferente (9).

Un elemento auxiliar importante, al que siempre se debiera incluir en el servicio, es la enfermera psiquiátrica. En nuestra experiencia (10), una enfermera competente facilita enormemente la comunicación, la solución de problemas administrativos, y el tratamiento de los pacientes. Al igual que los psiquiatras y residentes del servicio, la enfermera debe poseer no solamente sólidos conocimientos psiquiátricos, sino también una cierta experiencia como instructora. Ayudar a las enfermeras de las salas a tratar a los pacientes aquejados de trastornos mentales, instruirlos en la comprensión de fenómenos psicológicos (no sólo de los pacientes, sino de los médicos y de ellas mismas), es parte de la labor de las enfermeras adscritas a nuestro servicio, y ello redundará en una mayor efectividad de nuestro trabajo, y en un mayor beneficio para el enfermo, incluso para aquellos que no han sido objeto de una consulta, pero que disfrutaron de enfermeras capaces de apreciar sus posibles dificultades emocionales.

Los miembros del servicio de consultas han de ser extraordinariamente móviles y fáciles de localizar. Su «sala» es todo el hospital, y aparte de la visita regular a los pacientes que lo necesitan, han de estar siempre preparados para responder a la ocasional consulta urgente. Una buena comunicación entre ellos es esencial, y sus experiencias deben ser compartidas mediante reuniones diarias y sesiones clínicas semanales, con participación de miembros de otros servicios.

Asistencia más que ocasional a las sesiones clínicas de los otros servicios es recomendable, en parte, para facilitar la aceptación del consultor por el grupo médico, pero, sobre todo, porque, al mismo tiempo que recordamos a nuestros colegas los aspectos psicológicos de la enfermedad, nosotros no hemos de olvidar el lado somático. En los anales oficiosos de nuestro servicio, consta el caso del residente con excesivo celo psicoanalítico que diagnosticó parálisis histérica con intensa angustia de castración» en un paciente que pocas horas antes había sido presentado por los neurólogos como un caso típico de compresión de neurona motora inferior por tumor de médula. Más de una «conversión histérica» resulta ser a la larga un trastorno orgánico mal investigado, y cuando esto ocurre, el error está tanto de parte del médico tratante como del psiquiatra consultor.

CUALIDADES Y FORMACION DEL PSIQUIATRA CONSULTOR

Algunos centros, como el hospital de la Universidad de Rochester en Estados Unidos, recomien-

dan varios años de residencia medicina interna o en otra especialidad al psiquiatra que quiere ser consultor. Sin llegar a tanto, y sin pretender invadir el terreno de los demás especialistas no cabe duda que un buen conocimiento de medicina es necesario para este trabajo.

Una cualidad importante para el psiquiatra consultor, es la capacidad de relacionarse positivamente con el personal de los demás servicios. Esto requiere, sobre todo al principio, una cierta resistencia moral, ya que es posible encontrarse con actitudes de desconsideración e incluso de franco desprecio. Dos actitudes a evitar son, por una parte, el aislamiento intelectual y la hostilidad a la medicina somática, como reacción contra la actitud de algunos médicos con respecto a la psiquiatría, a la que acabamos de aludir, y, en el extremo opuesto, el excesivo celo en demostrar las habilidades médicas, relegando la identidad como psiquiatra y perdiendo, por tanto, su utilidad como consultor.

Además de una buena formación general en psiquiatría, el psiquiatra consultor debe ser un experto en métodos de terapia breve y cuya eficacia se hace sentir a corto plazo, tales como la psicoterapia focal (11), el entrenamiento autógeno (12, 13), hipnoterapia (14) y bio-feed-back (15, 16). Su habilidad para manejar las medicaciones psicoactivas debe ser excelente, especialmente teniendo en cuenta las contraindicaciones, reacciones secundarias, y reacciones cruzadas con otros medicamentos (inhibición de los anticoagulantes, disminución de la acción de los anti-hipertensivos...), así como debe tener un buen conocimiento de los posibles efectos psicótopos de la medicación no psiquiátrica.

El psiquiatra consultor es, por necesidad, ecléctico y eminentemente práctico. Resolver el problema inmediato del paciente objeto de la consulta, e instruir a médicos y enfermeras en la mejor manera de comunicar con el paciente difícil es su actividad clínica principal. Si un tratamiento psiquiátrico de más envergadura fuera necesario, ello debe proceder después del alta del paciente.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL ENTRE PACIENTES PRIMARIAMENTE MEDICO-QUIRURGICOS

Para saber la necesidad que un hospital general puede tener de un servicio de consultas psiquiátricas, hay que averiguar primeramente qué proporción de sus pacientes necesita o puede beneficiar de una consulta psiquiátrica.

Numerosos estudios epidemiológicos han sido realizados sobre el tema (17-21), que desgraciadamente son difíciles de comparar, por la diversidad de ambientes y metodologías empleadas (ver cuadro 1). Si hubiéramos de guiarnos ciegamente por

algunos autores, se podría pensar que la mayoría de los pacientes que acuden al médico son, en realidad, pacientes psiquiátricos, y que deberían ser vistos por un psiquiatra. En realidad, el concepto de «enfermedad psiquiátrica» es con frecuencia poco claro. Algunos de los autores citados en el cuadro 1, incluyen en sus listas de pacientes médico-quirúrgicos con enfermedad psiquiátrica diagnósticos tales como «personalidad pasivo - agresiva», «labilidad emocional», «psicopatía social», etc., cuya utilidad práctica en términos de necesidad y posibilidad de tratamiento psiquiátrico ignoramos.

Por otra parte, las estadísticas mencionadas nos permiten hacer hincapié en la necesidad para todo médico de estar preparado para hacer frente a los problemas emocionales y psicológicos que sus enfermos le presenten, y en saber cuándo y para qué paciente debe consultar al especialista en psiquiatría.

LABOR DE UN SERVICIO DE CONSULTA PSIQUIATRICA

El Hospital General de Montreal (Montreal General Hospital) es un hospital docente afiliado a la Universidad McGill de Montreal (Canadá) y reconocido como centro de entrenamiento para todas las especialidades, incluido psiquiatría. El Hospital consta de 968 camas, 42 de ellas adscritas al departamento de psiquiatría, y de un activo servicio de policlínicas. El departamento de psiquiatría consta de los servicios de sala, clínica externa, urgencias psiquiátricas, centro de día, psiquiatría comunitaria, consulta interdepartamental y las unidades de enseñanza e investigación. Durante el año 1973 fueron recibidas 493 peticiones de consulta, lo que corresponde, aproximadamente, al 3 por 100 del número total de hospitalizaciones. En el cuadro número 2 ofrecemos el desglose del número total de consultas por servicio consultante. Todos los pacientes son seguidos durante su estancia en el hospital, siendo el censo diario medio de 22. Cada semana se recibe un promedio de 8,5 nuevos casos.

El elevado porcentaje de casos referidos por el servicio de reanimación y cuidados intensivos (12,4 por 100 del total de consultas recibidas), se debe al elevado número de tentativas de suicidio por ingestión de drogas admitidos en dicho servicio.

La procedencia de las consultas recibidas por nuestro servicio, y el porcentaje de pacientes referidos por cada uno de los demás departamentos es, en líneas generales, similar a las cifras publicadas por otros autores (22).

En el cuadro número 3 presentamos el desglose de pacientes, de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico.

Como puede verse en dicho cuadro, los trastornos puramente «psicosomáticos» (o psicofisiológi-

cos de nuestra clasificación) constituyen una proporción mínima de la labor de nuestro servicio, solamente el 2,5 por 100 del número total de consultas recibidas, observación que coincide con las estadísticas de otros hospitales universitarios norteamericanos.

Hay un cierto número de casos en los que no se formuló ningún diagnóstico. Algunos de estos casos fueron consultas motivadas por sintomatología psíquica de trastornos somáticos: crisis de angustia en un paciente con feocromocitoma, distonia muscular iatrógena, etc.

Sin embargo, la mayoría de las consultas en las que no se formuló un diagnóstico fueron motivadas por un desacuerdo entre el paciente y el personal a su cuidado, y nuestra presencia requerida con carácter casi punitivo.

Muchos casos de «reacción emocional pasajera» entran también dentro de esta categoría. Es relativamente frecuente recibir una petición de consulta urgente motivada por un conflicto entre el paciente y el personal. Pacientes con conflictos neuróticos tienden a las reacciones emocionales exageradas, y si ello está relacionado con una rutina o reglamentación particularmente importante, el terreno está abonado para una confrontación seria, creación de tensión en el piso, alta prematura y destrucción de la relación médico-enfermo.

En el grupo de psicosis funcionales, nuestra colaboración fue requerida con frecuencia para sol-

ventar el problema que el comportamiento aberrante de estos pacientes plantea al personal no especializado, y para supervisar la farmacoterapia, siempre difícil, pero en estos casos complicada por la patología orgánica concomitante. Lo mismo puede decirse del grupo de las psicosis orgánicas, en el que, además, el psiquiatra desempeña un importante papel diagnóstico, por ser el especialista más familiarizado con los cuadros de delirio y demencia.

En el grupo de «alcoholismo» sólo están incluidos aquellos pacientes con abuso habitual del alcohol y los adictos al alcohol. Numerosos bebedores que no reúnen los requisitos para ser diagnosticados como alcohólicos presentan, en cambio, trastornos psicopáticos del carácter, y están incluidos bajo esta categoría.

De todos los pacientes seguidos por nuestro servicio en el año, sólo 39 (7,9 por 100) fueron transferidos al departamento de psiquiatría como pacientes internos, el resto recibiendo su tratamiento psiquiátrico en la sala origen de la consulta, o extrahospitalariamente.

La disposición de los pacientes con psicosis orgánica irreversible constituye un difícil problema. Solamente 9 pacientes (1,4 por 100) con síndrome cerebral orgánico irreversible fueron aceptados por sus familias, el resto (66 pacientes, 13,6 por 100 del total) hubieron de ser transferidos al hospital mental o, los que reunían condiciones apropiadas, a Casas de convalecencia o asilos para ancianos.

BIBLIOGRAFIA

1. MANN A. M., y VACAFLOR, L.: "Treatment of schizophrenia in a University teaching hospital". Presentado en el symposium sobre esquizofrenia, Asociación Mundial de Psiquiatría, Londres, agosto 1972.
2. EGUERT, L. D.; BATTIT, G. E.; WELCH, C. E., y BARTLETT, M. K.: *N. Eng. J. Med.* 270: 825-827, 1964.
3. KIMBALL, C. P.: "Conceptual developments in psychosomatic medicine". *Ann. Internal Med.* 73:307-316, 1970.
4. GRAHAM, D. T.: "Health, disease, and the mind-body problem: Linguistic paralelism". *Psychosom. Med.* 29:52-71, 1967.
5. RUSELL, B.: "Los Problemas de la Filosofía". Labor, Barcelona, 1970.
6. LIPOWSKY Z. J.: "Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine". *Psychosom. Med.* 30:395-422, 1969.
7. ENGEL, G. L.: "Psychological Development in Health and Disease". W. B. Saunders, Philadelphia, 1962.
8. LEVI, L. (Ed.): "Society, Stress and Disease". Oxford University Press, London, 1971.
9. KIMBAL, C. P.: "Liaison psychiatry in the University Medical Center". *Comprehen. Psychiat.* 14:241-247, 1973.
10. MOREAU, D.; KAHN, P., y LAL, S.: "Role of a nurse on a psychiatric consultation service". *Can. Psychiat. Assoc. J.* 19:453-456, 1974.
11. ORNSTEIN, P. H. y ORNSTEIN, A.: "Focal psychotherapy: its potential impact on the psychotherapeutic practice of medicine". *Psychiat. Med.* 3: 311-325, 1972.
12. LUTHE, W. (Ed.): "Autogenic Therapy". 6 Vols. Grune&Stratton, New York, 1969.1971.
13. DE RIVERA, J. L. G.: "Métodos autógenos en el tratamiento de las neurosis fóbicas". En: J. Guimón (Ed.) *Neurosis Fóbicas*. Sadgacolor, Barcelona, 1974.
14. FRANKEL., F. H.: "The effects of brief hypnotherapy in a series of psychosomatic problems". *Psychother. Psychosom.* 22:269-275, 1973.
15. SHAPIRO, D. BARBER, T. X., Dr CARA, L., KAMIYA, J. y MILLER, N. E. (Editores): "Biofeedback and Self

- Control". *Aldine, Chicago*, 1974.
16. BLANCHARD, E. B., YOUNG, L. D. y JACKSON, M. S.: "Clinical applications of biofeedback training". *Arch. Gen. Psychiat.* 30:573-589, 1974.
 17. KAUFMANN, M. R. "The Psychiatric Unit in a General Hospital". *Internat. Univ. Press*, New York, 1965.
 18. STOECKLE, J. D. y DAVIDSON, G. E.: "The quantity and significance of psychological distress in medical patients". *J. Chronic Dis.* 17:959-973, 1964.
 19. CULPAN, R. y DAVIES, B.: "Psychiatric illness at medical and surgical clinics". *Comprehen. Psychiat.* 1:228, 1960.
 20. DENNEY, D.: "Psychiatric patients in medical wards". *Arch. Gen. Psychiat.* 14:530, 1966.
 21. QUERIDO, A.: "Forecast and followup: an investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment". *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 13:33, 1959.
 22. ANSTEE, B. H.: "The pattern of psychiatric referrals in a general hospital". *Brit. J. Psychial.* 120: 631-634, 1972.

CUADRO 1

ALGUNOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA EN POBLACIONES DE PACIENTES MEDICO-QUIRURGICOS

A u t o r	% con enfermedad psiquiátrica	Tipo de población
Kaufman	81,4	pacientes ambulatorios de medicina
Stoeckle	84	” ” ” ”
Culpan	21	” ” quirúrgicos
Culpan	51	” ” médicos
Denney	72	” hospitalizados públicos
Denney	32	” ” privados
Kaufman	66,8	” ”
Querido	46,6	” ”

CUADRO 2

ORIGEN DE LOS CASOS REFERIDOS AL SERVICIO DE CONSULTA PSIQUIATRICA INTERDEPARTAMENTAL DEL M. G. H. (1972)

SERVICIO	Número	% del total	% de admisiones
Medicina	218	44,2	8,2
Cirugía	55	11,2	3,5
Ortopedia & Traumatología	48	9,6	6,8
Neurología & Neurocirugía	27	5,5	11,2
Obstetricia & Ginecología	27	5,5	1,5
Urología	11	2,3	0,8
Reanimación & Cuidados Intensivos ...	61	12,4	4,1
Otro	46	9,3	1,1
TOTAL	493	100	

CUADRO 3

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE LOS PACIENTES REFERIDOS AL SERVICIO DE CONSULTA PSIQUIATRICA DEL M. G. M (1972)

DIAGNÓSTICO	Número	% del total
Esquizofrenia	40	8,1
Psicosis maNaco-depresiva	20	4,1
Neurosis	165	33,4
Reacción emocional transitoria	26	5,3
Trastorno caracterial	80	16,2
Síndrome orgánico cerebral (reversible)	26	5,3
S. O. C. (Irreversible)	74	15
Trastorno palco-flatoldgico	11	2,1
Otro	9	2
Ninguno	42	8,5
TOTAL	493	100