

Artículo original

Caracterización de las atenciones de la unidad de psiquiatría de enlace durante seis meses en un hospital general de Lima, Perú



Jeff Huarcaya-Victoria^{a,b,*}, Victoria Segura^c, Danitza Cárdenas^c, Kathia Sardón^c,
Mónica Caqui^c y Ángela Podestà^c

^a Unidad de Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú

^b Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

^c Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de febrero de 2020

Aceptado el 5 de octubre de 2020

On-line el 29 de enero de 2021

Palabras clave:

Psiquiatría de interconsulta y enlace

Medicina psicosomática

Interconsulta

Trastornos ansiosos

Perú

R E S U M E N

Introducción: La psiquiatría de interconsulta y enlace es un área de la psiquiatría clínica cuya función es que psiquiatras lleven a cabo una serie de actividades dentro de un hospital general. En el contexto internacional, el número de unidades de psiquiatría de enlace se ha incrementado significativamente, situación que está repercutiendo en Perú. Sin embargo, este desarrollo es heterogéneo y desconocido, por lo que se requieren reportes de estudios recientes que revelen las características y los detalles de los servicios de atención clínica de estas unidades.

Objetivo: Examinar y reportar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados en la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) de Lima, Perú, y analizar la naturaleza de los cuadros sintomáticos y sindrómicos presentes.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de las interconsultas recibidas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI entre mayo y octubre de 2019; se aplicó un análisis factorial de los síntomas.

Resultados: En el total de 400 pacientes vistos en interconsulta, la media de edad fue $58 \pm 17,09$ años. El 61,5% eran mujeres. La tasa de derivación fue del 2,73%. El servicio con el mayor número de referencias fue Medicina Interna (13,9%). Los trastornos más frecuentes fueron de naturaleza ansiosa (44%); los síntomas más frecuentes fueron ánimo depresivo (45,3%), insomnio (44,5%) y afecto ansioso (41,3%). Con respecto al tratamiento, el más prescrito fue con antidepresivos (44,3%). El análisis factorial exploratorio de los síntomas mostró 3 factores o componentes sindrómicos importantes: delirio, depresión y ansiedad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jhuarcayav@unmsm.edu.pe (J. Huarcaya-Victoria).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.008>

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: El paciente típico de esta muestra es una mujer al final de su quinta década de vida, con enfermedad médica no psiquiátrica y con evidencia de trastornos ansiosos como diagnóstico principal resultante de la interconsulta psiquiátrica.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Analysis of the Care Provided Over a Six-Month Period by the Liaison Psychiatry Unit at a General Hospital in Lima, Peru

A B S T R A C T

Keywords:

Consultation-liaison psychiatry
 Psychosomatic medicine
 Referrals
 Anxiety disorders
 Peru

Introduction: Consultation-liaison psychiatry is a branch of clinical psychiatry that enables psychiatrists to carry out a series of activities within a general hospital. The number of liaison psychiatry units around the world has increased significantly, and Peru is no exception. However, this development is heterogeneous and unknown, so recent study reports are required to reveal the characteristics and details of the clinical care services provided by these units.

Aim: To describe and report the socio-demographic and clinical characteristics of patients evaluated in the Liaison Psychiatry Unit of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital in Lima, Peru, and to analyse the symptomatic and syndromic nature of the identified conditions.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Referrals to the Liaison Psychiatry Unit of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital between May and October 2019 were studied, and a factor analysis of the symptoms was conducted.

Results: In a total of 400 referrals evaluated, the average age was 58 ± 17.09 years and 61.5% of the patients were women. The rate of psychiatric consultation was 2.73%. Internal medicine (13.9%) was the service that most frequently requested a psychiatric consultation. The disorder most frequently diagnosed was anxiety (44%), and the symptoms most frequently found were depression (45.3%), insomnia (44.5%), and anxiety (41.3%). The most used treatments were antidepressants (44.3%). The exploratory factor analysis of the symptoms showed three syndromic components: delirium, depression, and anxiety.

Conclusions: The typical patient of this sample is a woman in her late 50s, suffering from a non-psychiatric medical illness, and with anxiety disorders as the main diagnosis resulting from the psychiatric consultation.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La psiquiatría de interconsulta y enlace, también conocida como medicina psicosomática en algunos países, se define como el área de la psiquiatría clínica que desarrolla actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación, llevadas a cabo por psiquiatras (con el apoyo del personal de enfermería, psicología y asistencia social) en unidades, servicios o departamentos de un hospital general¹. Desde los primeros trabajos de Lipowski¹⁻³, los objetivos, la organización y las funciones de la psiquiatría de interconsulta y enlace han experimentado un notable desarrollo. En sus inicios, la actividad clínica (diagnóstica y terapéutica) comenzó con las respuestas a interconsultas solicitadas por el personal médico no psiquiatra, lo cual fomentó, directa o indirectamente, el enfoque biopsicosocial del cuidado del paciente. En cuanto a la actividad docente, esta se centra en formar a los estudiantes de medicina, médicos residentes y asistentes, así como al personal no médico, en los conceptos básicos de la perspectiva

biopsicosocial. Por último, la actividad de investigación abarca desde los aspectos epistemológicos de la relación mente-cuerpo hasta los aspectos clínicos y prácticos⁴. Como bien señalan Alarcón y Matos⁵, «la psiquiatría del hospital general se convierte así en el pilar básico de quienes creemos en la esencia médica de nuestra disciplina».

Históricamente, el desarrollo de la psiquiatría de interconsulta y enlace tuvo lugar en Estados Unidos durante los años veinte y treinta del pasado siglo, por influencia del movimiento psicosomático de orientación psicoanalítica, que se difundió posteriormente por diversos países del mundo⁶. En Perú, este movimiento fue introducido por Carlos Alberto Seguin, quien trabajó de 1942 a 1945 con Flanders Dunbar, figura reconocida internacionalmente por sus trabajos en medicina psicosomática⁷. El Servicio de Psiquiatría que Seguin fundó en 1945 en el Hospital Obrero de Lima —hoy Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI)— fue el primero de su tipo en Latinoamérica, y se convertiría en un centro de estudios e investigaciones con un número creciente de publicaciones nacionales e internacionales, lo

cual posicionó significativamente a la «escuela psicósomática peruana»⁸. Una de estas investigaciones pioneras fue la llevada a cabo en 1972 por José Alva, que examinó 863 interconsultas al Servicio de Psiquiatría General del HNGAI. En su estudio, el 68,49% eran varones, con una tasa de derivación del 4,15%. Los Servicios de Endocrinología, Medicina General, Cirugía General y Gastroenterología fueron los que realizaron interconsultas con mayor frecuencia. En sus conclusiones, señalaba lo siguiente: «Sorprende que muchos servicios no utilicen el recurso de las interconsultas en la medida que es posible prever por los índices de frecuencia. Es posible que en estos servicios no se dé la debida importancia a los aspectos psicológicos y psicopatológicos del acto médico»⁹.

Esta situación parece haberse mantenido hasta la actualidad. En un estudio de la *European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics*, se documentó que se había referido a servicios de psiquiatría de enlace solo al 1,4% de los pacientes ingresados en un hospital general no obstante estimarse que un 10% de los pacientes hospitalizados requerían algún tipo de atención psiquiátrica¹⁰. Por este motivo, es fundamental optimizar las posibilidades del servicio psiquiátrico a los pacientes de manera gradual. En este sentido, se ha demostrado que un enfoque sistémico, que incluya la participación de personal de las unidades de psiquiatría de interconsulta y enlace, podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir los días de hospitalización, reducir costos y humanizar las atenciones médicas, entre otros beneficios¹¹. Si bien las unidades y servicios de psiquiatría de interconsulta y enlace se han incrementado en los hospitales generales del mundo, al igual que en Perú, es evidente que en este país el desarrollo no ha sido uniforme, a lo cual se suma la escasez de investigaciones nacionales recientes sobre las características de las atenciones de interconsulta y de psiquiatría de enlace^{5,9,12}. En este contexto, este trabajo tiene como objetivo examinar y reportar las características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI entre mayo y octubre de 2019. Asimismo, como objetivo secundario, se analizaron las diferentes agrupaciones de síntomas y síndromes de las manifestaciones clínicas reportadas por los pacientes.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en el cual se analizan las interconsultas recibidas en la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría General del HNGAI de Lima, Perú, entre mayo y octubre de 2019. La presentación de los resultados sigue los lineamientos de la iniciativa STROBE¹³.

Contexto clínico

El HNGAI es el segundo hospital de la Seguridad Social del Perú según el número de camas (cuenta con un total de 815 camas hospitalarias), además de ser un centro terciario de referencia para todas las especialidades médicas, incluida la

psiquiatría. Atiende las necesidades de salud de 1.547.840 personas registradas. Debido a que atiende prácticamente todas las enfermedades, desde las más simples hasta las más complejas, fue catalogado en 2015 como Instituto de Salud Especializado III-2, máximo nivel otorgado por el Ministerio de Salud del Perú a los establecimientos hospitalarios.

El Departamento de Psiquiatría del HNGAI consta de 4 servicios. La Unidad de Psiquiatría de Enlace forma parte del Servicio de Psiquiatría de Adultos y fue inaugurada en 2010. Actualmente laboran en ella 3 psiquiatras a tiempo parcial, además de contar con el apoyo de los médicos residentes de Psiquiatría de Tercer Año, quienes realizan rotaciones académicas y asistenciales. En dicha unidad, se ejecutan 3 tipos de actividades: a) práctica clínica, a través de la cual se responde a las interconsultas solicitadas por otros servicios y se lleva a cabo un seguimiento y acompañamiento psicossocial en determinados casos; b) académicas, de entrenamiento clínico para los médicos residentes, conversatorios clínicos y aproximación con otras especialidades médicas por medio de cursos y conferencias, y c) de investigación, en la que se generan bases de datos y se desarrollan líneas de investigación, lo cual ha permitido la publicación de algunos artículos científicos¹⁴⁻¹⁷. A su vez, los servicios de Conductas Adictivas y Psiquiatría del Niño y del Adolescente cuentan con psiquiatras que responden a las interconsultas solicitadas a dichos servicios.

Participantes

En este estudio, por adecuación a los objetivos, se emplea un método de muestreo no probabilístico. Constituyen la muestra todos los pacientes mayores de 18 años hospitalizados en servicios no psiquiátricos del HNGAI para quienes se solicitó una interconsulta a la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos entre mayo y octubre de 2019.

Variables y fuentes de datos

Desde abril de 2019, el HNGAI dispone de un sistema de historias clínicas electrónicas, lo que facilitó la recolección de los datos. La Unidad de Psiquiatría de Enlace recibe las solicitudes de forma virtual. Los pacientes fueron evaluados prospectivamente a partir de mayo de 2019 mediante una base informatizada de datos clínicos, creada con Microsoft Excel y sustentada por los lineamientos propuestos por la *European Consultation/Liaison Workgroup (ECLW)* para la recolección de datos¹⁸. En la base de datos para el presente estudio, se recolectaron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo y antecedentes psiquiátricos personales.
- Características de la interconsulta: fecha, servicio solicitante.
- Variables clínicas: presencia de los siguientes síntomas según lo reportado en la historia clínica: ánimo depresivo, ánimo maniaco, afecto ansioso, irritabilidad, catatonía, alucinaciones, delirios, conducta extravagante, trastorno formal del pensamiento, afecto inadecuado, anhedonia, alogia, abulia/apatía, embotamiento afectivo, obsesiones, compulsiones, ideas suicidas, actos suicidas, insomnio,

alteración de la conciencia, alteración de la atención y deterioro cognitivo.

- Intervención y resultado:
 - Seguimiento (número de intervenciones en un paciente, solicitado por el psiquiatra en casos complejos que requieran una nueva evaluación para ajuste psicofarmacológico o acompañamiento psicoterapéutico).
 - Diagnóstico según las categorías del CIE-10.
 - Tratamiento: psicoterapia y apoyo psicosocial, antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del humor, ansiolíticos (benzodiazepinas y no benzodiazepínicos como Zolpidem; no se incluyeron los antipsicóticos, antidepresivos o estabilizadores del humor).
 - Destino (alta, seguimiento y transferencia a hospitalización de psiquiatría).

Métodos estadísticos

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, y se calcularon las medidas de resumen y de desviación estándar para las variables cuantitativas y las proporciones, para las cualitativas.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con los síntomas como variables, mediante el método de análisis de componentes principales, ajustado luego mediante rotación Varimax con normalización de Kaiser. La viabilidad de un análisis factorial de los síntomas fue evaluada mediante el criterio de adecuación factorial de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El número de factores se determinó utilizando el criterio de autovalor > 1 . El nivel de significación de este estudio fue de $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 23, de IBM.

Aspectos éticos

Este estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki. Para la recolección de datos, se contó con la aprobación de la Jefatura del Departamento de Psiquiatría del HNGAI.

Resultados

Características sociodemográficas

Se evaluó a un total de 532 pacientes examinados durante el periodo descrito. Según los criterios de selección, se excluyeron 132 evaluaciones por no haber sido realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos (63 eran del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil y 69, del Servicio de Conductas Adictivas). Quedaron en total 400 evaluaciones. La edad promedio fue $58 \pm 17,09$ (intervalo, 21-92) años. Un total de 144 pacientes (36%) eran mayores de 65 años. Otras características sociodemográficas relevantes se incluyen en la tabla 1.

Características de la interconsulta

Durante el periodo de estudio, se dio el alta del HNGAI a 14.620 pacientes. La tasa de derivación a la Unidad de

Tabla 1 – Características sociodemográficas de 400 pacientes con evaluación por la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos

Variable	
Edad (años)	$58 \pm 17,09$ (21-92)
Sexo	
Varones	154 (38,5)
Mujeres	246 (61,5)
Mes	
Mayo	68 (17)
Junio	54 (13,5)
Julio	60 (15)
Agosto	63 (15,8)
Septiembre	74 (18,5)
Octubre	81 (20,3)
Enfermedad de fondo	
Psiquiátrica	102 (25,5)
Médica no psiquiátrica	298 (74,5)

Los valores expresan media \pm desviación estándar (intervalo) o n (%).

Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos fue del 2,73%. Los servicios que más solicitaron la evaluación psiquiátrica fueron Medicina Interna (13,9%), Neumología (7,5%), Ginecología (7%), Neurología (7%) y Cirugía general (7%). Los demás servicios solicitantes pueden observarse en la tabla 2. En la tabla 3 se presentan los motivos de solicitud de la evaluación.

Características clínicas

Los síntomas mentales más frecuentes fueron el ánimo depresivo (45,3%), insomnio (44,5%) y afecto ansioso (41,3%). Otros síntomas mentales se recogen en la figura 1. En esta muestra, el diagnóstico más frecuente fue el de trastornos ansiosos (44%), seguido del de trastornos del estado del ánimo (20,8%). Más diagnósticos se presentan en la tabla 4.

Análisis factorial de los síntomas

Las pruebas de viabilidad para el análisis factorial (prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2 = 782,799$; $p < 0,001$; medida KMO = 0,700) fueron satisfactorias. Al procederse a una agrupación comprensiva, los síntomas se reducen a 3 factores síndromicos: 1 = delirio (autovalor, 2,542 con una varianza del 19,54%), 2 = síndrome depresivo (autovalor, 2,141 con una varianza del 16,46%), y 3 = síndrome ansioso (autovalor, 1,359 con una varianza del 10,45%). En la tabla 5 se muestra la agrupación de los síntomas en estos 3 factores.

Intervenciones y resultados

La principal recomendación terapéutica fue el uso de antidepresivos (44,3%), seguido por el de ansiolíticos (41,8%). Se indicó seguimiento a un total de 244 pacientes (61%), de los que 85 (21,25%) pasaron 2 evaluaciones y 27 (6,75%), requirieron 3 o más. Otras características clínicas se incluyen en la tabla 4.

Tabla 2 – Servicios de origen de las solicitudes de evaluación de 400 pacientes de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos

Servicio	n	%
Medicina Interna	55	13,9
Neumología	30	7,5
Ginecología	28	7,0
Neurología	28	7,0
Cirugía General	28	7,0
UCI	22	5,5
Geriatría	21	5,3
Dermatología	19	4,8
Endocrinología	19	4,8
Gastroenterología	18	4,5
Cirugía de tórax	17	4,3
Traumatología	16	4,0
Obstetricia	13	3,3
Reumatología	11	2,8
Nefrología	10	2,5
Trasplante renal	10	2,5
Trasplante de hígado	9	2,3
Urología	9	2,3
Cardiología	7	1,8
Oncología	6	1,5
Neurocirugía	5	1,3
Cirugía plástica	5	1,3
Inmunología	3	0,8
Hematología	3	0,8
Otorrinolaringología	3	0,8
Cirugía de cabeza y cuello	2	0,5
Infectología	1	0,3
Cirugía de mano	1	0,3
Patología mamaria	1	0,3

Tabla 3 – Motivos de evaluación de 400 pacientes de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos

Motivo	n	%
Evaluación de paciente con enfermedad psiquiátrica	70	17,5
Trastornos mentales relacionados con los trastornos somáticos	178	44,5
Trastornos mentales no relacionados con los trastornos somáticos	149	37,3
Problemas médico-quirúrgicos de los trastornos mentales (p. ej., complicaciones médicas de las adicciones, conducta suicida, anorexia, etc.)	3	0,8

psiquiatría de interconsulta y enlace^{12,19-22}. Sin embargo, debe resaltarse que en un estudio previo, realizado en nuestro hospital en 1972, se encontró una mayor frecuencia de atención a varones (68,49%). Esta diferencia podría deberse a las modificaciones en las políticas de aseguramiento de la Seguridad Social del Perú: antiguamente, el HNGAI atendía preferentemente a la población obrera, constituida en su mayoría por varones. En cuanto a edad, el 36% de la muestra la constituyen pacientes mayores de 65 años. De acuerdo con la literatura, alrededor del 30% de las interconsultas a psiquiatría son solicitadas para personas mayores de 65 años²³. No obstante, esto difiere del estudio pionero hecho en el HNGAI en 1972, donde los pacientes mayores de 60 años representaron solo un 6,37%

Discusión

Los resultados muestran una mayor frecuencia de atención a mujeres, hallazgo similar a lo observado en otras unidades de

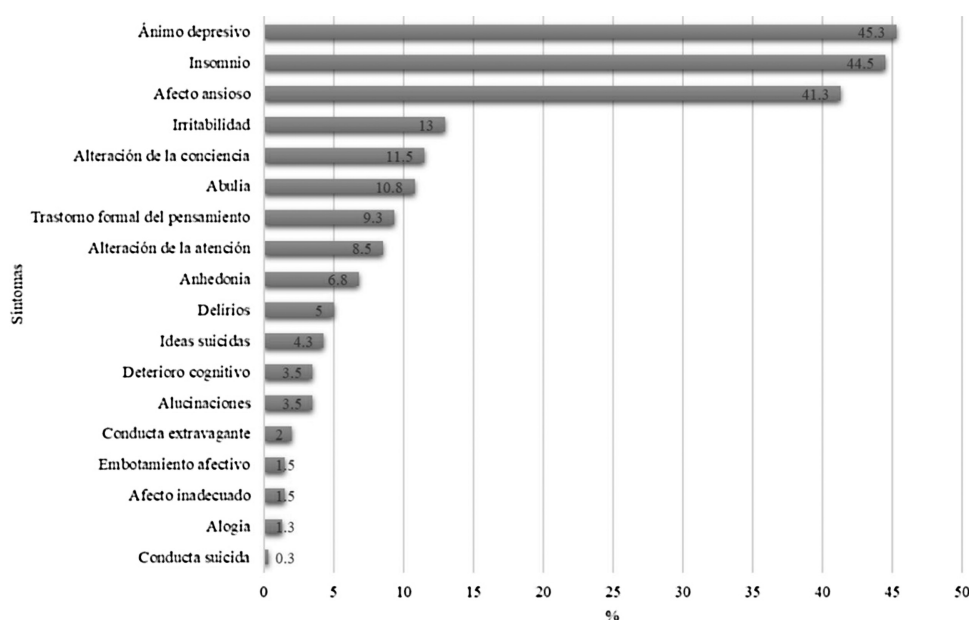


Figura 1 – Frecuencia de síntomas mentales en los 446 pacientes de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos.

Tabla 4 – Características clínicas de 400 pacientes de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos

Variable	n	%
<i>Diagnóstico principal</i>		
Trastornos del espectro esquizofrénico (F2X)	12	3
Trastornos del estado de ánimo (F3X)	83	20,8
Trastornos ansiosos (F4X)	176	44
Trastornos de la personalidad (F6X)	5	1,3
Trastornos mentales orgánicos y demencias (F0X)	67	16,8
Trastornos por uso de sustancias (F1X)	1	0,3
Discapacidad intelectual y autismo (F7X – F8X)	1	0,3
Trastornos de los instintos (F5X)	4	1
Mentalmente sano	39	9,8
Sin diagnóstico	12	3
<i>Tratamiento</i>		
No se indicó	37	9,3
Psicoterapia y apoyo psicosocial	112	28
Antipsicóticos	90	22,5
Antidepresivos	177	44,3
Estabilizadores del humor	30	7,5
Ansiolíticos	167	41,8
<i>Destino del paciente</i>		
Alta	137	34,3
Requiere seguimiento	244	61
Transferencia a psiquiatría	1	0,3

Tabla 5 – Análisis factorial exploratorio de los síntomas de 400 pacientes de la Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos. Método de extracción: análisis de componentes principales. Solución rotada Varimax con normalización Kaiser

	Factores		
	1	2	3
Trastorno formal del pensamiento	0,744		
Conducta extravagante	0,637		
Alucinaciones	0,628		
Alteración de la atención	0,575		
Alteración de la conciencia	0,572		
Delirios	0,569		
Anhedonia		0,792	
Abulia		0,711	
Ideas suicidas		0,642	
Ánimo depresivo		0,579	
Afecto ansioso			0,659
Insomnio			0,621
Irritabilidad			0,493

Factor 1: delirio. Factor 2: síndrome depresivo. Factor 3: síndrome ansioso.

de las interconsultas a psiquiatría⁹. Hoy la población geriátrica se encuentra en constante aumento, lo que se traduce a su vez en un número mayor de evaluaciones psiquiátricas en esta población²⁴⁻²⁶. En el futuro, las unidades de psiquiatría de interconsulta y enlace necesitarán profesionales capacitados en psicogeriatría para abordar apropiadamente las necesidades específicas de este sector poblacional²⁶. Un ejemplo es el *Liaison Psychiatry for Older Adults Service* del *King's College Hospital*, que desempeña un papel importante en la atención de

la salud mental de los mayores de 65 años en su institución²⁷. Cabe resaltar que, en nuestros resultados, hay mayor cantidad de interconsultas al Servicio de Psiquiatría de Adultos, probablemente debido a que en los demás servicios no existen programas específicos de enlace, lo cual revela la importancia de contar, además, con psiquiatras infantojuveniles y de conductas adictivas en las unidades de psiquiatría de interconsulta y enlace.

La tasa de derivación a la Unidad de Psiquiatría de Enlace en el tiempo estudiado fue del 2,73%. Esta cifra es similar a la reportada en otros estudios en el mundo. La derivación oscila entre cifras tan bajas como el 0,006% hasta el 5,8%^{25,28-32}. Así también, en estudios previos se documentó una prevalencia de trastornos mentales en los pacientes hospitalizados del 11,8-38,7%^{33,34}. En un reciente metanálisis, se concluyó que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con un mayor tiempo de hospitalización (4,38 días, comparados con los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica), gastos médicos y rehospitalización³⁵. Por lo tanto, es importante realizar una adecuada intervención a estos pacientes, pese a las cifras tan bajas de derivación, lo cual puede deberse a diversos factores: falta de comunicación entre los psiquiatras de interconsulta y enlace, consideración de que cualquier profesional médico puede tratar los síntomas mentales, reconocimiento insuficiente de los síntomas mentales o estigmas, entre otros^{36,37}. Asimismo, es posible que los requisitos administrativos del hospital o la cobertura de seguros limiten las interconsultas, problema recurrente sobre todo en los hospitales generales, a excepción del HNGAI, ya que la Seguridad Social del Perú cubre completamente las atenciones psiquiátricas.

Según otros estudios, los servicios de medicina interna formulan la mayoría de las interconsultas^{5,9,22,25,28-30,38}, probablemente, como se indica en un metanálisis³⁶, porque los médicos internistas cuentan con mayor sensibilidad para el reconocimiento de problemas psiquiátricos³⁸. La mayoría de los estudios revisados sostienen que el segundo servicio en solicitudes de interconsulta a psiquiatría es el de cirugía general^{5,9,21,22,38}; sin embargo, este dato no se confirma en nuestra muestra: las solicitudes de los Servicios de Neumología (7,5%), Ginecología (7%) y Neurología (7%) tuvieron una frecuencia similar a las de Cirugía General (7%), lo cual puede deberse a que tales servicios cuentan con protocolos clínicos donde figura específicamente la evaluación psiquiátrica a pacientes con diagnósticos de tuberculosis, neoplasias ginecológicas y enfermedad de Parkinson. Otra posible explicación sería el tipo de afección prevalente en un país en vías de desarrollo como Perú, donde los problemas infecciosos pulmonares son muy frecuentes, patrón que puede caracterizar el HNGAI en comparación con otros hospitales del Ministerio de Salud y de las Fuerzas Armadas de Perú. La ausencia de publicaciones actuales sobre las características de las atenciones de otras unidades de psiquiatría de interconsulta y enlace en el país dificulta la comparación de los resultados.

Con respecto a la frecuencia de los síntomas mentales identificados en la muestra de pacientes, se observaron, en mayor medida, el ánimo depresivo, afecto ansioso e insomnio. Cuando los síntomas se sometieron a análisis factorial, se comprobó que podían reducirse a 3 factores sindrómicos: delirio (trastorno formal del pensamiento, conducta extravagante, alucinaciones, delirios, alteración de la conciencia y

atención), depresión (anhedonia, abulia, ideas suicidas, ánimo depresivo) y ansiedad (afecto ansioso, insomnio, irritabilidad). Si bien no existe un estudio previo con el cual comparar estos resultados, la agrupación sintomática guarda relación con los hallazgos diagnósticos. Los psiquiatras de interconsulta y enlace tienen la tarea de evaluar y tratar estos grupos de síntomas. Como sostienen Sánchez-González et al.²⁵, el foco principal de la intervención de dichos psiquiatras, independientemente de los diagnósticos, sigue siendo el tratamiento de las manifestaciones clínicas del delirio, los trastornos de adaptación y el estado de ánimo. En consecuencia, los psiquiatras de interconsulta y enlace deben colaborar de cerca con los demás médicos y facilitarles las habilidades clínicas necesarias para poder identificar adecuadamente dichos síndromes³⁹.

Respecto a los diagnósticos, se encontró una mayor prevalencia de trastornos ansiosos, seguidos por los trastornos del estado del ánimo y los trastornos mentales orgánicos. Este hallazgo coincide con otros trabajos, si bien con pequeñas variaciones. En algunos, los principales diagnósticos son los trastornos ansiosos⁴⁰; en otros, los trastornos del estado de ánimo, específicamente, depresión^{19,38,41,42}, trastornos cognitivos (delirio, demencia)⁴³ o los relacionados con el uso de sustancias²⁵. Así, en nuestra muestra, el principal diagnóstico fue el de trastornos ansiosos, resultado que coincidió con el estudio previo del año 1972, lo que indica que, pese a los cambios sociodemográficos ya descritos, el diagnóstico de trastornos de ansiedad continúa siendo el más frecuente. Asimismo, cabe recalcar que, en nuestra muestra, el porcentaje de pacientes diagnosticados con trastornos por uso de sustancias fue mínimo, ya que, como se señaló, el hospital cuenta con el Servicio de Conductas Adictivas, cuyos psiquiatras responden a las interconsultas solicitadas.

Acorde con lo reportado por Lücke et al.⁴², se halló que los tratamientos psicofarmacológicos más frecuentes fueron los antidepresivos y los ansiolíticos. La mayor prescripción de antidepresivos revelaría que las evaluaciones centradas en un modelo de psiquiatría de interconsulta y enlace se centran en un tratamiento y resultados a largo plazo, lo cual difiere de los patrones de prescripción de las salas de emergencia psiquiátrica, donde predomina el uso de antipsicóticos y ansiolíticos^{42,44}. La indicación de tratamiento psicoterapéutico y apoyo psicosocial secundó en frecuencia al uso de antidepresivos y ansiolíticos. Desde sus inicios, los psiquiatras del HNGAI postularon que la psicoterapia «menor», especialmente el consejo, la catarsis, el apoyo emocional y la intervención con la familia, debían estar a cargo del médico no psiquiatra encargado del paciente, dejando la psicoterapia mayor en manos del especialista⁴⁵.

En cuanto a los alcances de este estudio, es preciso referir sus limitaciones metodológicas. Por lo tanto, los resultados aquí presentados no pueden generalizarse, ya que se circunscriben a una única institución hospitalaria. Pese a que la realidad del HNGAI puede ser similar a la de otros hospitales de la Seguridad Social de Perú, es primordial investigar las características particulares de la atención en otras unidades de psiquiatría de interconsulta y enlace, presentes en los demás hospitales del Ministerio de Salud y de las Fuerzas Armadas. Por ello, para la realización de estudios futuros, se recomienda analizar variables como el tiempo de estancia hospitalaria de

los pacientes interconsultados frente a la estancia del hospital y por servicios, de manera que se pueda identificar las diferencias entre los pacientes interconsultados y los no interconsultados. Asimismo, hemos considerado la presencia (o ausencia) de los síntomas mentales según figura en la historia clínica; sin embargo, en futuras investigaciones, deberán utilizarse herramientas estandarizadas para la recolección cuantitativa de los síntomas mentales, con el fin de producir análisis estadísticos.

En síntesis, el paciente típico en la muestra evaluada por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI es mujer, a finales de la quinta década de vida, que padece una enfermedad médica no psiquiátrica y sufre ansiedad como cuadro emocional más prevalente. Este estudio, dirigido por la Unidad de Psiquiatría de Enlace de un Departamento de Psiquiatría, pionero y vigoroso propugnador de la medicina psicósomática en Perú desde hace 77 años⁴⁵, puede promover la estandarización de los procedimientos clínicos que se empleen en servicios y circunstancias similares en Perú.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su más sincero agradecimiento al Dr. Renato D. Alarcón por la revisión y las sugerencias realizadas al presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med.* 1967;29:153-71.
- Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry in general hospital. *Compr Psychiatry.* 1971;12:461-5.
- Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med.* 1967;29:201-24.
- Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry.* 1986;8:305-15.
- Alarcón R, Matos L. La interconsulta psiquiátrica. I. Aspectos clínicos. En: Peña S, Valdivia O, Alva J, editores. Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana; 1976. p. 288-99.
- Schwab JJ. Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics.* 1989;30:245-54.
- Seguin CA. Introducción a la Medicina Psicósomática. Lima: Empresa Gráfica T. Scheuch; 1947.
- Seguin CA. Seguin Periodista. Lima: Libro Amigo; 1994. p. 65-8.
- Alva J. Interconsultas a un Servicio de Psiquiatría de un Hospital General. En: Colmenares A, Valdivia O, Alva J, editores. Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana; 1974. p. 310-3.
- Lobo A, Lozano M, Diefenbacher A. Psychosomatic Psychiatry: a European view. *Eur J Psychiatr.* 2007;21:153-68.
- Grassi L, Mitchell AJ, Otani M, Caruso R, Nanni MG, Hachizuka M, et al. Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the experience of UK, Italy, and Japan. *Curr Psychiatr Rep.* 2015;17:44.
- Arias J. Las interconsultas psiquiátricas: Análisis y comparaciones. *Rev Med Hered.* 1993;4:119-24.

13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12:1495-9.
14. Huarcaya-Victoria J, Cano-Uría B, Villanueva-Ruska A, de la Cruz-Oré J. Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educ Med*. 2019;20Supl2:59-66.
15. Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Castillo C. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. *Psychiatry Res*. 2020;289:113052.
16. Huarcaya-Victoria J, Podestà-Ampuero A. Síndrome de Cotard, catatonia y depresión: reporte de un caso. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81:135-40.
17. Huarcaya-Victoria J, Sancho Dávila-Palacios J, De la Cruz-Oré J. Relación entre la actitud hacia la homosexualidad y actitud religiosa en médicos de un hospital general. *An Fac Med*. 2018;79:138-43.
18. Lobo A, Huysse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC, The ECLW. Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. European Consultation/Liaison Work group. *J Psychosom Res*. 1996;40:143-56.
19. Arbabi M, Laghayeepoor R, Golestan B, Mahdanian A, Nejatisafa A, Tavakkoli A, et al. Diagnoses, requests and timing of 503 psychiatric consultations in two general hospitals. *Acta Med Iran*. 2012;50:53-60.
20. Costa-Requena G, Rodríguez-Urritia A, Calvo E, Parramon G. Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *C Med Psicom*. 2015;115:11-5.
21. Hernández G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda R, Morales de Sétien P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev Méd Chile*. 2004;132:725-32.
22. Ríos-Morales J, Martínez-Salazar I, Flores-Vásquez J, Domínguez-Cabañas P, Valdepeña-López M. Análisis del Servicio de Psiquiatría de enlace e interconsultas durante tres meses en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit Mex*. 2016;70:173-9.
23. Lipowski ZJ. The need to integrate liaison psychiatry and geropsychiatry. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1003-5.
24. Ramos-García MI, Lozano-Montoya I, López-Ibor JJ. Psiquiatría de enlace en geriatría: estudio descriptivo de la demanda de interconsulta psiquiátrica de un servicio de geriatría. *Psicogeriatría*. 2011;2011:4.
25. Sánchez-González R, Baillès-Lázaro E, Bastidas-Salvado A, Lligoña A, Herranz-Villanueva S, Pérez-Solá V, et al. Características clínicas de los pacientes derivados a un servicio hospitalario de psiquiatría de enlace e interconsulta: un estudio observacional evaluando cambios a lo largo de un período de 10 años. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46:58-67.
26. Anderson D, Nortcliffe M, Dechenne S, Wilson K. The rising demand for consultation-liaison psychiatry for older people: comparisons within Liverpool and the literature across time. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:1231-5, <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2667>.
27. Mujic F, Cairns R, Mak V, Squire C, Wells A, Al-Harrasi A, et al. Liaison psychiatry for older adults in the general hospital: service activity, development and outcomes. *BJPsych Bull*. 2018;42:30-6.
28. Goyal SG, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile and psychiatric diagnosis of patients referred to consultation-liaison psychiatric services of general hospital psychiatric unit at a Tertiary Care Center. *J Mental Health Hum Behav*. 2017;22:45-9.
29. Hales RE, Polly S, Bridenbaugh H, Orman D. Psychiatric consultations in a military general hospital: A report on 1065 cases. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8:173-82.
30. De Giorgio G, Quartesan R, Sciarra T, et al. Consultation-liaison psychiatry-from theory to clinical practice: an observational study in a general hospital. *BMC Res Notes*. 2015;8:475.
31. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*. 2005;46:47-57.
32. Saraiva S, Guthrie E, Walker A, Trigwell P, West R, Shuweihdi F, et al. The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: a multi-site cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:308.
33. Weichert I. The prevalence and impact of psychiatric comorbidity in inpatients admitted to a district general hospital in England: a 1-week cross-sectional study. *J R Coll Physicians Edinb*. 2019;49:237-44.
34. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res*. 2001;50:199-204.
35. Jansen L, van Schijndel M, van Waarde J, van Busschbach J. Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13:e0194029, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194029>.
36. Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry? — A systemic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16:390.
37. Alarcón RD. Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28:818-25.
38. Su JA, Chou SY, Chang CJ, Weng HH. Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of operation of a newly-opened hospital. *Chang Gung Med J*. 2010;33:292-300.
39. Grover S, Sahoo S, Aggarwal S, Dhiman S, Chakrabarti S, Avasthi A. Reasons for referral and diagnostic concordance between physicians/surgeons and the consultation-liaison psychiatry team: An exploratory study from a tertiary care hospital in India. *Indian J Psychiatry*. 2017;59:170-5.
40. Elisei S, Pauselli L, Balducci PM, Moretti P, Quartesan R. Mood disorders in general hospital inpatients: one year data from a psychiatric consultation-liaison service. *Psychiatr Danub*. 2013;25 Suppl 2:S268-71.
41. Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23:124-32.
42. Lucke C, Gschossmann JM, Schmidt A, Gschossmann J, Lam AP, chneider CE, et al. A comparison of two psychiatric service approaches: findings from the Consultation vs. Liaison Psychiatry-Study. *BMC Psychiatry*. 2017;17:8.
43. Wand APF, Wood R, Macfarlane MD, Hunt GE. Comparison of consultation-liaison psychiatry services for inner-city, district or regional general hospitals using a common tool: Does one size fit all? *J Psychosom Res*. 2016;84:13-21.
44. Grover S, Sarkar S, Avasthi A, Malhotra S, Bhalla A, Varma SK. Consultation-liaison psychiatry services: Difference in the patient profile while following different service models in the medical emergency. *Indian J Psychiatry*. 2015;57:361-6.
45. Alva J. Reflexiones en torno a los aportes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima a la Psiquiatría de Enlace en nuestro medio. En: Zambrano M, González L, Castillo A, editores. *Anales del XII Congreso Nacional de Psiquiatría*. Lima: Biblioteca de Psiquiatría Peruana; 1992. p. 61-3.