

Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago

Guillermo Hernández G¹, Paola Gallardo-Zurita¹, Rafael Sepúlveda J², Pilar Morales de Sétien G².

Liaison psychiatry in two public hospitals of Santiago

Background: Medical and surgical teams consult psychiatrists when abnormal behavior or psychopathological traits are observed in their patients. **Aim:** To describe the experience of liaison psychiatry teams in public hospitals. **Material and methods:** Analysis of 128 consultations, involving 110 patients. Eighty eight patients were subjected to the structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders - Patient Edition, the Mini Mental State score and to a search for personality disorders. **Results:** The most commonly consulted problems were depression in 44 patients, substance abuse in 29 and suicidal behavior in 21. The psychiatric study detected that 8% of patients were asymptomatic, 8% had stress reactions, 16.5% had substance abuse, 14.6% had alcohol abuse, 11% had a major depression, 10% had delirium or dementia, 9% had anxiety disorders, 4% schizophrenia, 18% personality disorders and 19% had suicidal behaviors. **Conclusions:** Psychiatric consultations in medical and surgical services are common and have a wide variety of severity (Rev Méd Chile 2004; 132: 725-32).
(Key Words: Alcohol-related disorders; Community psychiatry; Depressive disorder; Mental disorders; Substance abuse)

Recibido el 5 de septiembre, 2003. Aceptado en versión corregida el 1 de abril, 2004.

¹Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco Trudeau.

La investigación sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes de servicios médico-quirúrgicos da cifras de 20 a 62%¹⁻⁵. La coexistencia de síntomas o trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas ha demostrado ser una condición que afecta la evolución y el pronóstico de los enfermos⁶⁻⁹, el costo de las hospitalizaciones y el tiempo de estadía hospitalaria¹⁰⁻¹⁴. Varios autores afirman que la comorbilidad médico-psiquiátrica está subdiagnosticada, porque espontáneamente se solicita asistencia psiquiátrica para 0,7-10% de los potenciales pacientes^{1,3,13,15,16}.

Correspondencia a: Dr. Guillermo Hernández G. Departamento de Psiquiatría Sur, Universidad de Chile. Casilla 226, Correo 13 San Miguel, Santiago. Fono Fax: 5517906. E-mail: ghernandez@machi.med.uchile.cl

Los problemas de interfase médica-psiquiátrica, por su frecuencia y efectos, han estimulado al hospital general a destacar profesionales o a formar unidades especializadas en abordarlos².

Una investigación multicéntrica de equipos de consultoría de enlace y medicina psicosomática en Europa (56 servicios, 11 países), informó que los equipos médico-quirúrgicos piden atención para pacientes con síntomas psiquiátricos o con quejas somáticas inexplicables (57,2%), que se han auto-inferido lesiones (17%), que son abusadores de sustancias (7%) o con dificultades para afrontar la enfermedad médica (4,1%)^{15,18,19}.

El estudio psiquiátrico de los pacientes (N=14.717; CIE 10) encontró sin trastornos a 10,8%, 24,6% con trastornos neuróticos; del humor 19,5%;

psicoorgánicos 18,4%; por abuso de sustancias 15,5%; esquizofrenias y esquizotípicos 4,4%; trastornos de personalidad 4%; y eran cuadros somatomorfos y relacionados con estrés 2,2%^{15,18,19}.

Investigaciones nacionales sobre interconsulta psiquiátrica en hospitales generales encontraron cuadros reactivos y neuróticos (43 y 44,9%), desórdenes de la personalidad (35%), cuadros orgánicos (30 y 10%), psicosis (18 y 8%), alcoholismo (3,3 y 8%) y desórdenes psicofisiológicos y sexuales²⁰⁻²².

Con este estudio quisimos conocer qué problemas originan la demanda espontánea actual de los servicios médico-quirúrgicos a psiquiatría, describir los hallazgos del psiquiatra interconsultor a esa demanda y discutir sucintamente las posibilidades de la psiquiatría de enlace en los hospitales donde se hizo el estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT) presta asistencia psiquiátrica ambulatoria, con internamiento y de urgencia. Pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos y en el hospital de enfermedades infecciosas (HLC), se atienden cuando sus tratantes lo solicitan con una «hoja de interconsulta».

A 128 solicitudes recibidas en el servicio los miércoles y viernes del semestre octubre-2002 marzo-2003 por motivos asistenciales, se sumaron objetivos de investigación. Para cumplirlos, se registró la información sobre origen, fechas de emisión, recepción y respuestas; datos clínicos, psicológicos, sociales o de cualquier otro orden aportados por los consultantes en esas solicitudes.

La información referida a diagnósticos psiquiátricos, problemas o conductas que causaron las solicitudes, se recogió en los términos usados por el consultante, excepto que inequívocamente los expresara mejor algún concepto psiquiátrico, por ejemplo, incumplimiento terapéutico, afrontamiento de enfermedad, agitación psicomotora.

Se excluyeron síntomas, conductas o descripciones usados para fundamentar el diagnóstico psiquiátrico de derivación y datos adicionales al problema o situación que se pedía evaluar.

Pacientes y estudio psiquiátrico. Las 128 solicitudes identificaban a 110 pacientes. Se tomó contac-

to con 96. A 88 se les efectuó completo el estudio psiquiátrico diseñado. Este consistió en una evaluación multiaxial de cinco ejes.

I. *Trastornos mentales.* se obtuvieron administrando la versión para pacientes psiquiátricos de la «Entrevista Clínica Psiquiátrica Estructurada para el DSM IV-TR», SCID I/P^{23,24}. Los trastornos no incluidos en este instrumento se diagnosticaron de acuerdo a criterios específicos del DSM IV-TR.

Para objetivar rendimientos cognitivos y amnésicos dudosos en pacientes con sospecha de trastornos del grupo *delirium*, demencias, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos se usó el Mini Mental State Exam (MMSE)^{25,26}.

II. *Trastornos de la personalidad y retraso mental:* se evaluaron usando los criterios clínicos específicos del DSM IV-TR.

III. *Enfermedades médicas:* los diagnósticos médicos fueron proporcionados por los consultantes.

IV. *Problemas psicossociales y ambientales:* se discriminaron con la información de la encuesta abierta inicial y de la gráfica vital de la SCID I/P.

V. *Evaluación de la actividad global del paciente:* resultó de aplicar la escala de puntajes destinada a medir el efecto de la enfermedad mental sobre la actividad psicossocial, social y laboral incluida en la SCID I/P. Excluye limitaciones ocasionadas por causas físicas y ambientales.

La SCID I/P es un instrumento clínico extenso con detalladas instrucciones para su uso.

Se inicia con una entrevista abierta que recoge información biodemográfica, antecedentes psicopatológicos, psicopatología durante el mes anterior y evalúa el funcionamiento social actual, el contexto ambiental y posibles desencadenantes de la psicopatología actual. Con estos datos se formulan hipótesis de diagnósticos psiquiátricos actuales más probables y los que deben descartarse. Una «gráfica vital» complementa la información psicopatológica y la ordena en una línea temporal.

Módulos específicos exploran la presencia o ausencia de síntomas y comportamientos que exige el DSM IV-TR para diagnosticar trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos relacionados con sustancias, de ansiedad, somatomorfos, de la conducta alimentaria y adaptativos actuales o de curso de vida. El DSM IV-TR tiene códigos compatibles con la CIE 10²⁹.

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa EpiInfo 2002.

La información referente a los ejes III y V no fue incluida en este reporte.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el origen de las solicitudes. El 82,7% provino del hospital general. Medicina interna solicitó al psiquiatra más que cirugía y maternidad con 22,7, 17,3 y 13,6%, respectivamente. Los otros nueve servicios acumularon 29% de las solicitudes del hospital general. Los consultantes calificaron 20,4% de sus solicitudes como urgencias.

Los consultores respondieron a 70% de las solicitudes el día que se recibieron, 14% dentro de 48 h, 5% al tercer día y 4-7 días después de su emisión, 10%.

El 76,5% de los pacientes tuvo una visita y 23,5% entre dos y seis.

Las características biodemográficas de los pacientes se describen en la Tabla 2.

Predominaron levemente las mujeres. El promedio de edad para ambos géneros fue próximo a los 40 años, con rangos similares para ambos géneros. Menos de la mitad estaban casados. Un tercio tenía enseñanza básica o sin educación. Más de dos tercios no tenía actividad laboral. Un tercio tenía como fuente de ingresos económicos su trabajo o

Tabla 1. Servicios de origen de las solicitudes a Psiquiatría de Enlace para 110 pacientes

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
HBLT Medicina	25	22,7
Cirugía	19	17,3
Maternidad	15	13,6
Neurología	6	5,5
Traumatología	6	5,5
Ginecología	5	4,5
UTI	5	4,5
Urología	3	2,7
UCI	1	0,9
Otorrinolaringología	1	0,9
Neurocirugía	1	0,9
Otros	4	3,6
HLC Salas de HLC	19	17,3
Total Total	110	10

HBLT: Hospital Barros Luco-Trudeau

HLC: Hospital Lucio Córdova

el de su cónyuge. Un tercio vivía solo, allegados a no familiares, en la calle o en instituciones.

Los motivos para solicitar intervención del psiquiatra se describen y cuantifican con cifras absolutas en la Tabla 3. En orden decreciente fueron problemas del estado de ánimo, por uso de sustancias, alcohol o ambos, por ideación o

Tabla 2. Datos biodemográficos de 110 enfermos médico-quirúrgicos con consulta a Psiquiatría de Enlace

Variable	%
Género	
Mujeres	57,3
Edad (años)	
<49	70
50-69	23,6
>70	6,4
Estado civil	
Casado	45,4
Soltero	20
Separados	8,2
Viudos	4,5
DNC*	20,9
Escolaridad (años)	
0-4	16,4
5-8	17,3
9-12	38,2
Más de 12	6,3
DNC*	21,8
Actividad laboral actual	
No	71,8
DNC*	20,9
Ingreso económico principal	
De trabajo propio o de cónyuge	34,5
Pensionados por enfermedad física, mental o viudez	16,1
Dependientes de padres o parientes	11,8
Jubilación	6,4
Mendicidad	0,9
Otros (rentas, subsidios, ahorros, indemnizaciones)	10
DNC*	22,7
Vive con	
Familia	66,4
Solo	11,8
Otro	21,8

* DNC : Dato no consignado.

intento de suicidio, por trastornos psicóticos, por problemas relacionados con embarazo o puerperio, por agitación psicomotora o *delirium*, por ansiedad. También se pidió al psiquiatra traslado de pacientes a psiquiatría, procedimientos terapéuticos o apoyo a pacientes con síntomas emocionales; evaluación de pacientes que no adherían a tratamientos médicos o afrontaban mal la enfermedad médica, con problemas de la personalidad o retraso mental, a candidatos a trasplante de órgano o cirugía de la obesidad, con problemas psicosociales o VIH+; para diagnóstico diferencial y a pacientes agresivos o con insomnio.

Al efectuar la visita para evaluación, 20% de los pacientes no estuvo disponible para el estudio; 11 mujeres y 2 hombres habían egresado por alta; una mujer había fallecido. Dos pacientes estaban sedados con fármacos prescritos, dos intoxicados con fármacos autoadministrados, dos con *delirium* severos. Dos no fueron investigados por otras causas.

El estudio psiquiátrico completo se efectuó a 88 pacientes. El tiempo empleado en cada paciente dependió de su calidad como informante y de la complejidad de sus problemas. En minutos fue de 10-30 para 16,3%; 31-59 para 24,5%; 60-90 para 48% y de 91-120 y más para 8%.

Tabla 3. Motivos planteados a Psiquiatría de Enlace en solicitudes de evaluación a 110 pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos*

Motivos para solicitar consulta a psiquiatría	Frecuencia
Depresión/estado depresivo/síndrome depresivo	44
Enfermedad/trastorno/depresión bipolar	4
Drogadicción/adicción/poliadicción/abuso/consumo/deprivación de sustancias	11
Abuso/consumo/dependencia a sustancias y alcohol	3
Alcoholismo crónico/delirium tremens/síndrome de deprivación a alcohol	11
Detener ingesta/manejo de alcoholismo/derivación a Unidad de Dependencias	3
Tabaquismo	1
Intentos de suicidio	21
Ideación suicida	3
Crisis de pánico/angustia/síndrome ansioso-depresivo/angustia-depresión	10
Tratamiento de duelo perinatal	4
Hiperemesis gravídica/embarazo no deseado/malformación fetal	7
Evaluación de competencia materna	2
Evaluación pretrasplante de órgano/precirugía de obesidad	6
Esquizofrenia/psicosis crónica/psicopatía alucinatoria catatónica/psicosis postictal	9
Oligofrenia/retardo mental	3
Abandono familiar/violencia intrafamiliar/quiebre familiar/conflicto familiar	4
Efecto emocional/conductual de hospitalización/afrontamiento de enfermedad médica	3
Agitación psicomotora/síndrome delirioso/síndrome confusional	11
Psicosis esteroideal/prevenición de efectos psiquiátricos del uso de corticoides	6
Síndrome convulsivo psicógeno/diagnóstico diferencial de convulsiones/síndrome conversivo	3
Apoyo uso/manejo/psicofármacos (sedantes/antidepresivos)	5
Paciente VIH (+)	4
Abandono/incumplimiento de tratamiento médico	5
Solicitud de hospitalización en psiquiatría	3
Trastorno/alteración de personalidad	4
Psicoterapia/psicoterapia de apoyo	2
Paciente agresivo	3
Otros	3

*Hay solicitudes con 2 o más motivos.

La Tabla 4 recoge los resultados del estudio psiquiátrico.

Nueve enfermos no tenían síntomas ni antecedentes psicopatológicos, 10%. Nueve tenían síntomas emocionales causados por estresores de su ambiente natural, la enfermedad o la hospitalización y no calificaron para trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad alcanzaron a 28%. En este grupo 17% son fobias específicas, que en el escenario médico importan sólo si son a agujas, sangre, daño.

La dependencia actual a sustancias ilícitas: *cannabis*, cocaína y sustancias múltiples alcanzó a 18%, sin diferencias estadísticas entre hombres y mujeres. La dependencia actual a alcohol afectó a 12,8% con predominio significativo en hombres (Fisher=0,01). El abuso de alcohol afectó a 1,8% de la muestra y se dio sólo en hombres. Dependencia a benzodiazepinas se encontró en 1,1%.

Los cuadros depresivos mayores en curso, sumaron 13,5% para hombres y mujeres con predominio no significativo de mujeres. La depre-

Tabla 4. Condiciones y trastornos mentales actuales (DSMIV TR) diagnosticados por Psiquiatras de Enlace en 88 pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos*

	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin trastorno o problema	4	8,7	5	11,9	9	10,2
Reacción de estrés	2	4,3	1	2,3	3	3,4
a la enfermedad	2	4,3	3	7,1	5	5,7
a la hospitalización	1	2,2	0	0	1	1,1
<i>Trastornos mentales actuales</i>						
Depresión mayor episodio único	5	10,9	3	7,1	8	9
recurrente	2	4,3	1	2,3	3	3,4
superpuesta	1	2,2	0	0	1	1,1
Depresión menor	2	4,3	4	9,5	6	6,8
Alcohol abuso	0	0	2	4,7	2	2,3
dependencia	2	4,3	12	28,6	14	15,9
Benzodiazepinas abuso	0	0	2	4,7	2	2,3
dependencia	0	0	1	2,3	1	1,1
Cannabis dependencia	2	4,3	2	4,7	4	4,5
Cocaína dependencia	4	6,3	3	6,4	7	6,4
Sust múltiples dependencia	1	2,2	6	14,3	7	7,9
Por angustia	2	4,3	0	0	2	2,3
Fobia social	1	2,2	0	0	1	1,1
Fobia específica	14	30,4	1	2,3	15	17
Obsesivo compulsivo	1	2,2	0	0	1	1,1
Ansiedad generalizada	2	4,3	1	2,3	3	3,4
Estrés postraumático	3	6,5	0	0	3	3,4
Bulimia	1	2,2	1	2,3	2	2,3
Hipocondría	0	0	1	2,3	1	1,1
Adaptativo	5	10,8	1	2,3	6	6,8
<i>Delirium</i>	0	0	5	11,9	5	5,7
Demencia	2	4,3	1	2,3	3	3,4
<i>Delirium</i> /demencia	2	4,3	1	2,3	3	3,4
Disociativo-conversivos	2	4,3	1	2,3	3	3,4
Esquizofrenia	3	4,8	1	2,3	4	4,5
Trastorno de personalidad	8	17,4	12	28,6	20	22,7
Otro	2	4,3	2	4,7	4	4,5

* Hay pacientes con dos o más trastornos.

sión menor afectó a 6,8% y predominó en los hombres. Demencias, *delirium* y *delirium*/demencias afectaron a 12,5%. Los trastornos adaptativos afectaron a 6,8%.

El 4,5% de los pacientes presentaban esquizofrenias y 3,4% calificaron para trastornos disociativos-conversivos. Un hombre (1,1%), presentaba un cuadro hipocondríaco.

Trastornos de la personalidad, sin considerar la forma específica del trastorno, encontramos en 22%.

El 42% de los pacientes presentaba dos a cuatro cuadros psiquiátricos comórbidos.

El número total de diagnósticos psiquiátricos fue 114 y el promedio por paciente 1,4.

Los cuadros y condiciones psiquiátricas de Curso de Vida se muestran en la Tabla 5. Se trata de trastornos que habiendo estado presentes en algún momento de la vida del paciente, en la evaluación actual carecen de importancia para las acciones médicas de los clínicos a cargo. La depresión mayor de curso de vida fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (test exacto de Fisher=0,01). La dependencia y el abuso de curso de vida a alcohol afectaron sólo a hombres.

Suicidalidad: Comprometía a 21 pacientes, 12 mujeres y nueve hombres. Tres habían sido hospi-

talizados por lesiones autoinferidas con arma cortante o de fuego; 14 se habían intoxicado con fármacos sedantes, antidepresivos, anticonvulsivantes u opioides; dos habían ingerido ácidos o tóxicos; uno había intentado el colgamiento, uno se había lanzado desde altura. Nueve fueron dados de alta antes de la visita del psiquiatra. Entre los evaluados 11 eran casos con diagnóstico en varios ejes. En la historia psiquiátrica se detectó que en ellos interactuaban problemas psicosociales como del núcleo primario de apoyo en ocho pacientes; de vivienda, económicos, del ambiente de residencia en cinco; había trastornos de la personalidad en siete y dos tenían la condición VIH+. En cinco pacientes, el cuadro psiquiátrico hallado, eje I, fue depresión, en tres, dependencia a alcohol, en dos, problemas de la conducta alimentaria y uno era dependiente a sustancias múltiples.

DISCUSIÓN

La asistencia psiquiátrica a pacientes en servicios médico-quirúrgicos de los hospitales BLT y LC se efectúa de modo constante desde hace 25 años. En comparación con los resultados de un estudio anterior en los mismos escenarios²², la utilización del servicio de enlace psiquiátrico se ha multiplicado por tres. Medicina interna acumulaba casi

Tabla 5. Trastornos mentales de curso de vida (DSM IV TR) diagnosticados por Psiquiatras de Enlace en 88 pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos

Trastornos de curso de vida	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Depresión mayor	13	28,2	2	4,7	15	17
Alcohol abuso	0	0	3	7,1	3	3,4
dependencia	0	0	5	11,9	5	5,7
Benzodiacepinas abuso	0	0	3	7,1	3	3,4
Cannabis abuso	1	2,1	0	0	1	1,1
Estimulantes dependencia	1	2,1	2	4,7	3	3,4
Opioides abuso	0	0	1	2,3	1	1,1
Cocaína abuso	0	0	1	2,3	1	1,1
Sustancias múltiples dependencia	1	2,1	1	2,3	2	2,3
ASHTA	1	2,1	0	0	1	1,1
Fobia social	1	2,1	1	2,3	2	2,3
Fobia específica	2	4,3	0	0	2	2,3

2/3 de las solicitudes, hoy con 22%, está poco por encima de cirugía. Maternidad, neurología, traumatología, la UTI y el hospital de enfermedades infecciosas han aumentado sus solicitudes.

Los pacientes de psiquiatría de enlace eran mayoritariamente mujeres, actualmente son hombres y mujeres casi en igual proporción, menores de 49 años la mayoría y de bajo nivel socioeconómico y educacional.

Los problemas por los que se requiere al psiquiatra son múltiples. El listado obtenido en nuestro estudio se asemeja a lo descrito en la literatura internacional actual^{1,15,18,19} y como es de esperar, se diferencia de los datos nacionales publicados en la década 1980-89²⁰⁻²². Representa los problemas psiquiátricos de alta prevalencia en la comunidad como depresión, trastornos por consumo de alcohol y sustancias, ansiedad y concentra solicitudes para pacientes hospitalizados por conductas suicidas, 19%. También muestra el interés de los tratantes porque se les apoye en aspectos psicosociales, comportamientos ante la enfermedad y en la terapéutica psiquiátrica de sus pacientes. Los temas introducidos por psiquiatras en la última década en la maternidad del HBLT, han sido acogidos por obstetras y matronas y motivan consultas específicas²⁸. Se solicita también que el psiquiatra ofrezca apoyo preventivo con evaluaciones antes de trasplante de órganos o uso de corticoides.

En sus respuestas, el psiquiatra hace visitas en que no encuentra destinatarios; a pacientes que no están en condiciones de una evaluación psiquiátrica tradicional, y a pacientes sin psicopatología, estos correspondieron a 36% de los 110 pacientes identificados por sus tratantes para evaluación psiquiátrica. Entre los pacientes estudiados y con trastornos psiquiátricos, los de la personalidad resultaron los más frecuentes aunque menos que 35%, hallado en 1981 por Florenzano²⁰, y muy por sobre 4%, comunicado en el estudio europeo^{15,18,19}. Sigue en frecuencia, la dependencia a sustancias y muy cercanamente la dependencia a alcohol. Sumados alcanzan a 34% de todos los trastornos diagnosticados. La asociación de estos trastornos a violencia explicaría el aumento de consultas a psiquiatría de enlace

desde traumatología. La depresión mayor actual es un problema de magnitud importante. Asociada a otros trastornos, como de la personalidad o por uso de alcohol y sustancias, explicaría la alta frecuencia de suicidalidad. Los *delirium*-demenias, también frecuentes tienen entre sus causas la dependencia a alcohol. Los trastornos de ansiedad mortifican a un grupo importante de pacientes.

Resulta interesante verificar que varios problemas que constituyen motivos frecuentes de consulta a psiquiatría de enlace, encuentran correlato en los cuadros psiquiátricos hallados.

Esto habla de un trabajo de interfase médico-psiquiátrico bien encaminado.

Algunos aspectos inmediatos pueden mejorarse. Por ejemplo, la población que no pudo evaluarse podría rescatarse difundiendo entre los consultantes adecuadas recomendaciones referentes a la emisión de las solicitudes y agilizando el manejo administrativo de la derivación. Un trabajo en red y más recursos profesionales podrían dar mejores respuestas para aquellos pacientes que necesitan traslado a unidades psiquiátricas o seguimiento.

Varios de los items del listado de solicitudes hechas a psiquiatría constituyen un desafío para una unidad de psiquiatría de enlace y plantean exigencias a las tres tareas que se han definido para ésta, que algunos califican como subespecialidad de la psiquiatría: asistencia a pacientes, educación de médicos y cirujanos en aspectos básicos de la psiquiatría e investigación en temas de interfase médico-psiquiátrica. Los resultados aquí expuestos muestran que estamos cumpliendo, en alguna medida, esos propósitos. Los programas de psiquiatría de consultoría de enlace al hacerse cargo oportuna y adecuadamente de la población con comorbilidad psiquiátrica ahorrarían recursos. Ello ha difundido la actividad desde la que ejercen unidades de alta especialización dedicadas 24 h diarias a estos pacientes, hasta las que efectúan psiquiatras que conservan responsabilidades profesionales preferentes en unidades psiquiátricas dedicadas a otros temas. La psiquiatría de enlace en nuestro medio podría señalarse como en posición intermedia.

REFERENCIAS

1. BRONHEIM H, FULOP G, KUNKEL E, MUSKIN P, SCHINDLER B, YATES W ET AL. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. *Psychosomatics* 1998; 39: S8-S30.
2. DIEFENBACHER A. Implementation of a Psychiatric Consultation Service. A single site observational study over a 1 year period. *Psychosomatics* 2001; 42: 404-10.
3. HERNÁNDEZ G, IBÁÑEZ C, KIMELMAN M, ORELLANA G, MONTINO O, NÚÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1279-88.
4. HERNÁNDEZ G, MONTINO O, KIMELMAN M, ORELLANA G, NÚÑEZ C, IBÁÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 651-60.
5. TAPIA P, MICHELI C, KOPPMAN A. Morbilidad Psiquiátrica en un Hospital General. *Rev Psiquiatr Clin* 1994; 31: 99-107.
6. FRASURE-SMITH N, LESPÉRANCE F, TALAÏC M. Depression following myocardial infarction. Impact on six months survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-25.
7. FRASURE-SMITH N, LESPÉRANCE F, TALAÏC M. Depression and 18 months prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
8. MICHELSON D, STRATAKIS C, HILL L, REYNOLDS J, GALLIVEN E, CHROUSOS G ET AL. Bone Mineral Density in women with depression. *N Engl J Med* 1996; 335: 1176-81.
9. KORNFIELD D. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1964-72.
10. FURLANETTO L, DA SILVA R, BUENO J. The impact of psychiatry comorbidity on length of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 14-9.
11. HOSAKA T, AOKI T, WATANABE T, OKUYAMA T, KUROSAWA H. Comorbidity of depression among physically ill patient and its effects on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 491-5.
12. CREED F, MORGAN R, FIDDLER M, MARSHALL S, GUTHRIE E, HOUSE A. Depression and anxiety impair Health-Related Quality of life and are associated with increased cost in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002; 43: 302-9.
13. STRAIN J, LYONS J, HAMMER J, FAHS M, LEVOBITZ A, PADDISON P ET AL. Cost offset from psychiatric consultation liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1044-9.
14. HOSAKA T, AOKI T, WATANABE T, OKUYAMA T, KUROWA H. General hospital from the perspective of medical economics. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 449-53.
15. HUYSSE F, HERZOG T, LOBO A, MALT U, OPMEER B, STEIN B ET AL. Consultation Liaison Psychiatry service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 124-32.
16. GALA C, RIGATELLI M, DE BERTOLINI C, RUPOLO G, GABRIELLI F, GRASSI L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 310-7.
17. HOLMES A, JUDD F, LLOYD J, DAKIS J, CAIRNS F, KERR L, KIANG M, MCKINNON J. A contemporary view of psychiatry services in a general medical hospital. *Australasian Psychiatry* 2001; 9: 243-7.
18. HUYSSE F, HERZOG T, LOBO A, MALT U, OPMEER B, STEIN B ET AL. European consultation liaison services and their user populations: The European consultation liaison workgroup collaborative study. *Psychosomatics* 2000; 41: 330-8.
19. HUYSSE F, HERZOG T, LOBO A, MALT U, OPMEER B, STEIN B ET AL. European Consultation Liaison Psychiatric services the ECLW collaborative study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 360-6.
20. FLORENZANO R. Interconsultas psiquiátricas en un Hospital General. *Rev Méd Chile* 1981; 109: 661-7.
21. EVA P, JEREZ S, VARAS Y. Revisión de interconsultas psiquiátricas. *Rev Psiquiatr Clin* 1984; 21: 39-46.
22. HERNÁNDEZ G, LÓPEZ L. Psiquiatría y Medicina en el Hospital General. Estudio de la Interconsulta Psiquiátrica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1985; 23: 197-204.
23. FIRST M, SPITZER R, GIBBON M, WILLIAM J. *Estructured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders - Patient Edition (SCID-I/P, 2/2001 revision)* Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive - Unit 60, New York, New York 10032.
24. *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Texto Revisado. Barcelona, España 2002.
25. CASSEM N, MURRAY G. Pacientes con delirios. En: Cassem N. Massachusetts General Hospital. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales*, pp 105-127 Hartcourt Brace de España 1998.
26. FALK W, MARILYN A. Pacientes dementes. En: Cassem N. Massachusetts General Hospital. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales*, pp 129-154. Hartcourt Brace de España 1998.
27. OMS. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor, Madrid 1992.
28. HERNÁNDEZ G, KIMELMAN M, MONTINO O. Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1283-9.