



Capítulo 54/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA A PACIENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Interconsulta psiquiátrica a pacientes médicos y quirúrgicos

*Nicholas Kontos, MD*

*John Querques, MD*

## Puntos clave

- La interconsulta psiquiátrica engloba la evaluación y el tratamiento de síntomas afectivos, conductuales y cognitivos de pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos de hospitales generales.
- La interconsulta psiquiátrica eficaz requiere una comunicación clara con el médico que remite al paciente para perfilar el asunto de dicha interconsulta, proporcionar una respuesta útil y facilitar una atención adecuada al paciente.
- Una orientación temporal en la recogida de la historia clínica y un enfoque jerárquico de la exploración neuropsicológica son claves para la evaluación eficaz del paciente.
- Entre algunas situaciones clínicas especiales en el ámbito de la interconsulta se encuentran el trabajo con las personas que realizan dichas interconsultas, el manejo de síntomas médicamente inexplicables y el tratamiento de pacientes difíciles y odiosos.

## Perspectiva general

El núcleo de la interconsulta psiquiátrica es proporcionar una asistencia a pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos cuyos principales cuidadores piensan que tienen un problema psiquiátrico. En esta tarea está implícita la formación de las personas que realizan las interconsultas, del personal de enfermería y de los estudiantes de Medicina sobre los trastornos afectivos, conductuales y cognitivos más frecuentes en un hospital general. Algunos especialistas en psiquiatría formalizan este papel educativo implícito llevando a cabo un trabajo de enlace, que puede incluir la función de complementarse con los equipos, prestar apoyo psicológico al personal médico y de enfermería, y aplicar principios psicológicos generales al sistema de prestación de servicios sanitarios.

Este capítulo revisa la epidemiología, las características diagnósticas, el diagnóstico diferencial, los principios de la evaluación, el tratamiento y situaciones especiales de la psicopatología de la población hospitalaria general.

## Epidemiología y diagnóstico diferencial

A pesar de la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados en hospitales generales, el porcentaje de interconsultas psiquiátricas en esta población es muy bajo y varía en función de la población de pacientes, la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, la duración de la estancia hospitalaria y los estilos idiosincrásicos de los médicos que remiten a los pacientes así como de los psiquiatras.<sup>1</sup> En el Massachusetts General Hospital, el porcentaje de interconsultas psiquiátricas es del 11-13%.<sup>1</sup> Las razones más frecuentes para solicitar una interconsulta psiquiátrica se enumeran en el [cuadro 54-1](#),

mientras que los diagnósticos del especialista en psiquiatría suelen estar incluidos en una de las cinco categorías enumeradas en el [cuadro 54-2](#).

Cuadro 54-1 Razones más frecuentes de la interconsulta psiquiátrica en un hospital general

- Depresión
- Alteración del estado mental
- Evaluación de la capacidad
- Evaluación de la seguridad
- Demencia

Cuadro 54-2 Diagnósticos diferenciales realizados por los especialistas en psiquiatría

- Manifestaciones psiquiátricas de enfermedades médicas
- Complicaciones psiquiátricas de enfermedades médicas y tratamientos
- Reacciones psicológicas ante enfermedades médicas o tratamientos
- Manifestaciones médicas de enfermedades psiquiátricas
- Enfermedades médicas y psiquiátricas independientes asociadas

## **Principios de la evaluación psiquiátrica de pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos**

Los pasos clave del proceso de la interconsulta psiquiátrica se enumeran en el [cuadro 54-3](#). Cada uno se explica en detalle a continuación.

Cuadro 54-3 Pasos en el proceso de la interconsulta psiquiátrica

- Comunicación verbal con la persona que realiza la interconsulta
- Revisión de la historia clínica
- Revisión de los tratamientos
- Recopilación de información sobre la familia y otras personas
- Entrevista con el paciente
- Evaluación del estado mental
- Exploraciones física y neurológica
- Escritura de un comentario
- Comunicación verbal con la persona que realiza la interconsulta

### **Comunicación verbal con la persona que realiza la interconsulta**

Rara vez la solicitud indicada por el médico remitente cuenta toda la historia de por qué sus principales cuidadores quieren o necesitan la asistencia de un psiquiatra. Más frecuentemente, la solicitud indicada es normalmente una «tarjeta de llamada» para que el psiquiatra acuda, una indicación que señala que el equipo reconoce que el paciente presenta alguna alteración psicológica, pero sobre la cual no pueden ser más específicos. Solo al hablar

directamente con el médico que realiza la interconsulta el especialista en psiquiatría llegará a comprender y determinará cuál es el problema «real».

### **Revisión de la historia clínica**

Los especialistas en psiquiatría que están muy ocupados deben resistir la tentación de permitir que el resumen de la historia clínica del paciente y del curso evolutivo hospitalario realizado por el médico que remite la interconsulta sustituyan una revisión exhaustiva de la historia clínica hospitalaria. A menudo, los registros escritos y electrónicos contienen datos importantes de los cuales ni siquiera el médico remitente puede ser consciente o haber prestado atención. Por ejemplo, los comentarios del personal de enfermería, nutricionistas y fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas frecuentemente no son valorados al evaluar los estados afectivos, conductuales y cognitivos de un paciente. De todos los médicos que atienden al paciente, el especialista en psiquiatría puede ser el único que estudie estas importantes anotaciones. También son útiles los informes de los «traslados» en ambulancia y los comentarios de los servicios de urgencias. Por ejemplo, saber si el paciente decidió o colaboró en el proceso de acudir al hospital puede ser sumamente útil en las evaluaciones sobre su capacidad y en las evaluaciones posteriores a los intentos de suicidio. Los informes evolutivos durante la anestesia pueden revelar períodos de hipotensión o hipoxia durante una intervención quirúrgica, lo que indicaría la presencia de una hipoperfusión cerebral clínicamente significativa. En la mayoría de los casos, los registros previos no tienen que ser revisados de manera exhaustiva, pero los registros médicos electrónicos (RME) han facilitado la forma de hacerlo; si el especialista en psiquiatría desea evitar repetir esfuerzos innecesarios, es preferible que aproveche sus ventajas.

### **Revisión de los tratamientos**

La forma definitiva de determinar los medicamentos que el paciente está recibiendo es una revisión completa del registro de administración de medicamentos (RAM). La entrada de órdenes de prescripción electrónicas y manuscritas refleja solamente los medicamentos que se ha ordenado administrar al paciente, no los fármacos que realmente está recibiendo. Al revisar el RAM, deben evaluarse las prescripciones que son permanentes, las pautadas solo en caso de necesidad y aquellas pautadas puntualmente, a fin de recoger una evaluación completa del tratamiento del paciente. Este análisis es especialmente útil en el seguimiento de la desintoxicación alcohólica, los niveles de sedación y agitación en el delirio, y ante la sospecha de una «búsqueda de medicación». También debe prestarse atención a los fármacos que el paciente ha dejado de tomar o ha tomado erróneamente. Aunque nunca ha sido tan fácil o se ha hecho más hincapié en la «verificación del tratamiento» que en la actualidad, en la práctica clínica podemos relajarnos. En el caso de ciertos grupos terapéuticos, este descuido puede ser la causa de alteraciones del estado mental de interés para el especialista en psiquiatría. Por ejemplo, en un paciente que ha recibido una benzodiacepina durante varias semanas mientras está en una unidad de cuidados intensivos, esta puede haber sido suspendida por error cuando el paciente es trasladado a una unidad con cuidados de enfermería habituales, precipitando así un síndrome de abstinencia por benzodiacepinas.

### **Recopilación de información sobre la familia y otras personas**

Los pacientes ingresados en un hospital general presentan con frecuencia pobres historias clínicas. Debido a delirios, demencia, intoxicación o abstinencia de sustancias, y otras diversas causas de alteración de su estado mental, los pacientes evaluados por el especialista en psiquiatría pueden ser incapaces de proporcionar detalles sobre sus antecedentes médicos y psiquiátricos («no pueden»). Por otras razones (p. ej., trastorno de la personalidad, trastorno facticio, simulación, vergüenza o falsa modestia), los pacientes pueden no estar dispuestos a divulgar datos personales («no lo harán»). En estos casos, la información de otras fuentes (p. ej., familiares, amigos, médico de atención primaria, médicos que los han tratado previamente y registros antiguos) es inestimable. Sin embargo, la información de estas otras fuentes no es necesariamente más fiable o válida que los datos obtenidos del paciente. Por tanto, ninguna fuente de información debe ser sobrevalorada con respecto a otra.

## Entrevista con el paciente

La entrevista psiquiátrica de un paciente en un hospital general en principio es idéntica a la realizada en la mayoría de otros escenarios. Se identificarán las áreas de análisis; se buscará un diagnóstico; y se obtendrán los factores contribuyentes a partir de otros elementos de los antecedentes del paciente, circunstancias actuales y características personales. Será útil una conceptualización longitudinal del problema ([fig. 54-1](#)). Una descripción minuciosa del problema que genera la interconsulta debe ser seguida por una evaluación de la base psicológica del paciente. Se debe preguntar al paciente cuándo se sintió la última vez como su «estado habitual» en lugar de cuándo fue la última vez que se sintió «normal» o «bien», ya que algunos pacientes no se identifican a sí mismos en estos términos. Deberían proporcionarse descripciones de esos momentos y realizarse preguntas detalladas (p. ej., «¿cómo pasaba su tiempo entonces?» y «si yo le hubiese conocido entonces, ¿notaría alguna diferencia en usted?»). El paciente debe ser invitado a especular sobre cómo su «estado habitual» podría afrontar de manera diferente su situación clínica. Si la respuesta es «de la misma forma», esto proporcionará una oportunidad para evaluar las puntos débiles de su carácter. Si no es así, esto se convertirá en una oportunidad para profundizar en la psicopatología intercurrente o la desmoralización. A continuación, se identificarán los desencadenantes o signos precursores del problema que generan la interconsulta. Por último, se obtendrán antecedentes de problemas similares en el pasado. Aunque muchos pacientes no pueden ser entrevistados de una manera tan ordenada, sin embargo, la historia puede organizarse así al registrarse la interconsulta.

Figura 54-1 Organización de la entrevista.

En la [figura 54-2](#) se presenta un esquema para comprender el alcance de la entrevista del especialista en psiquiatría. Aunque las preguntas de la persona que realiza la interconsulta deben ser tenidas en cuenta a lo largo de la entrevista, estos últimos con frecuencia identifican erróneamente la psicopatología y, por tanto, el asunto que genera la interconsulta debe tenerse en cuenta solo como una sugerencia.<sup>2-4</sup> Al mismo tiempo, el psiquiatra no debe actuar como un «experto biopsicosocial» que parece interesado en cualquier aspecto de la vida del enfermo.<sup>5</sup> Por el contrario, el especialista en psiquiatría generalmente debe situarse justo fuera del límite del círculo «OMITIDO POR LA PERSONA QUE REALIZA LA INTERCONSULTA» y justo dentro del círculo «IMPORTANTE, PERO NO CRÍTICO». Mantener la entrevista en esta área requiere un juicio clínico que excede el enfoque

simplemente «biopsicosocial». Por ejemplo, un paciente con apatía aguda después de un accidente cerebrovascular tiene necesidades muy diferentes de las de un paciente con tendencias obsesivo-compulsivas que está llevando a la confusión a su familia y al personal hospitalario después de una artroplastia de cadera ([fig. 54-3](#)).

Figura 54-2 Áreas de análisis.

Figura 54-3 Priorización de la evaluación biopsicosocial.

## Evaluación del estado mental

No hay pacientes que no puedan ser evaluados en una interconsulta psiquiátrica. Incluso en un paciente con un intenso delirium que no puede mantener su lucidez, puede evaluarse su nivel de alerta. Los aspectos no cognitivos de la evaluación del estado mental (EEM) son los mismos que en la práctica psiquiátrica habitual y se exponen en el [capítulo 2](#). Este apartado se centra en los principios de la evaluación neuropsicológica y en las pruebas de detección. Utilizamos el término prueba de detección para distinguir lo que el médico hace a la cabecera del paciente de la prueba diagnóstica, una tarea más rigurosa y cuantitativa que suele realizar un neuropsicólogo.

La evaluación neuropsicológica del paciente ingresado no comienza con la realización de pruebas de detección específicas, sino con la propia entrevista.<sup>6</sup> Los pacientes enfermos de forma aguda pueden no sentirse motivados a participar en una serie de pruebas de detección cognitivas. Dado que la motivación juega un papel clave en el desempeño de dichas tareas, el especialista en psiquiatría observará de cerca los procesos espontáneos del paciente y los evocará sutilmente durante la entrevista. Por ejemplo, el paciente que puede hablar de los detalles actuales de su estancia hospitalaria no cumplirá ninguno de los tres ítems del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein,<sup>7</sup> y no tendrá una amnesia anterógrada grave. Un principio fundamental de la evaluación neuropsicológica es que las funciones mentales son jerárquicas: es decir, algunas funciones no pueden ser evaluadas de forma válida si las facultades «superiores» a ellas se encuentran alteradas. Las mayores diferencias en esta clasificación son las de las funciones dependientes del estado frente a las dependientes del canal.<sup>8</sup> Entre las funciones dependientes del estado se encuentran el estado de alerta, la atención y la motivación. Subordinadas a estas se encuentran las funciones dependientes del canal, que comprenden el lenguaje, la prosodia, la función visoespacial, la función ejecutiva, la praxis, la conducta y las diversas formas de memoria ([fig. 54-4](#)). Ahora revisamos brevemente las funciones dependientes del estado y las dependientes del canal que son especialmente importantes para el especialista en psiquiatría.<sup>9,10</sup> La [tabla 54-1](#) proporciona un resumen.

Figura 54-4 Jerarquía básica de las funciones neuropsicológicas.

Tabla 54-1

Ejemplos de tareas de detección en determinados dominios cognitivos

Dominios cognitivos	Tareas de detección
Estado de alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obsérvese la intensidad del estímulo necesario para despertar al paciente y mantenerlo despierto</li> <li>• Describa la calidad del estado de alerta</li> </ul>
Atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba del recuento de dígitos</li> <li>• Use la recitación a la inversa de una información adquirida (p. ej., los días de la semana)</li> </ul>
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compare la conducta cognitiva espontánea frente a la provocada</li> <li>• Haga preguntas explícitas</li> </ul>
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalúe la fluidez</li> <li>• Haga afirmaciones absurdas para valorar la comprensión</li> <li>• Evalúe la repetición</li> <li>• Evalúe la nominación</li> </ul>
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga recuerdos espontáneos de acontecimientos recientes</li> <li>• Revise el recuerdo cada 5 min</li> <li>• Coloque objetos en la habitación para su posterior localización e identificación</li> </ul>
Función ejecutiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice la prueba del dibujo del reloj</li> <li>• Evalúe las maniobras manuales de Luria</li> <li>• Dibuje figuras alternantes</li> <li>• Elabore listas de palabras</li> <li>• Evalúe las tareas de ir/no ir</li> </ul>

### Estado de alerta

A menos que el paciente esté claramente despierto, el estudio comienza con una evaluación del estado de alerta. La escala de coma de Glasgow puede utilizarse en pacientes muy afectados.<sup>11</sup> Los términos letárgico, somnoliento y obnubilado deben evitarse, ya que la mayoría de los médicos los usan de forma imprecisa. Es más útil la descripción de tres parámetros del nivel de alerta del paciente:

- ¿Qué tipo e intensidad del estímulo despierta al paciente (p. ej., diciendo el nombre del paciente con un tono de voz normal o agitando enérgicamente el hombro del paciente)?
- ¿Qué calidad del estado de alerta se produce (p. ej., una verbalización coherente o una incoherente)?
- ¿Qué estímulo se requiere para mantener el estado de alerta?

## **Atención**

Los términos atención y concentración hacen referencia a la capacidad de poner en marcha estímulos adecuados evitando la distracción por estímulos externos irrelevantes. La memoria funcional es la capacidad de mantener y manipular la información seleccionada.<sup>12</sup> La función ejecutiva implica la selección de la respuesta y dirige el «trabajo» de la memoria funcional. Estas tres funciones cognitivas comparten el circuito dorsolateral-prefrontal-subcortical. La compleja superposición entre ellos se resume en la [figura 54-5](#). La evaluación de la atención comienza con la simple observación del paciente durante la entrevista, mientras se observa su distracción ante estímulos internos o externos extraños. La prueba de recuento de dígitos en progresión es el estándar de oro para evaluar la atención a la cabecera del paciente. Con el recuento de dígitos en regresión o la recitación a la inversa de una información adquirida (p. ej., los meses del año), se utiliza una información que está menos influida por la educación o la cultura que la ortografía o una tarea matemática. El «trabajo» cognitivo requerido es simple y, aunque implica una memoria funcional, se muestra ocupando un área superpuesta en la [figura 54-5](#).

Figura 54-5 Superposición de los dominios del «foco».

## **Motivación**

No hay pruebas específicas que puedan obtenerse a la cabecera del paciente que evalúen la motivación. El médico astuto suele percibir un cierto sentido de la motivación del paciente por medio de la observación y la interacción. Puede ser suficiente preguntar simplemente al paciente sobre su nivel de interés en las pruebas del evaluador. Muchos pacientes con enfermedad somática aguda indicarán con toda razón que la interconsulta psiquiátrica, por no hablar de la detección cognitiva, no está en su lista de prioridades. La comparación de las actuaciones cognitivas espontáneas y provocadas, como se ha señalado anteriormente, puede proporcionar una pista del compromiso y el esfuerzo del paciente, pero de ninguna manera es concluyente.

## **Lenguaje**

La fluidez, la comprensión, la repetición y la nominación son los componentes básicos de las pruebas del lenguaje.<sup>13</sup> La integridad de los dos primeros suele ser evidente a partir únicamente de la entrevista. La fluidez no debe confundirse con la comprensión (p. ej., los pacientes con afasia de Wernicke hablan con fluidez, pero sin sentido). La comprensión del paciente que no se comunica o lo hace mínimamente se puede discernir a veces haciendo preguntas absurdas (p. ej., «¿los helicópteros de Panamá se comen a sus crías?» [Cassem NH, comunicación personal, 2000]). La nominación debe incluir componentes de objetos (p. ej., la cara de un reloj o la tapa de un bolígrafo) así como objetos enteros (p. ej., un reloj o un bolígrafo).

## **Memoria**



Al evaluar la memoria, hay que tener en cuenta el tipo, el momento y el componente de esta que se está evaluando. La memoria declarativa o explícita, que incluye tanto la memoria episódica (empírica) como la memoria semántica (fáctica), es el tipo que generalmente se evalúa a la cabecera del paciente.<sup>14</sup> La memoria reciente opera en una escala de minutos a días, la memoria remota en una escala de días a años.<sup>15</sup> Obsérvese que los problemas de codificación, consolidación y recuperación (fig. 54-6) producen errores de recuerdo.<sup>13</sup> Antes de recurrir a rápidas respuestas, a veces es útil pedirle al paciente que «no recuerde cualquier cosa», sino que «solo intente pensar en una cosa a la vez» en lugar de en tres. Muchos pacientes se sorprenden a sí mismos. Los errores de almacenamiento y recuperación se pueden diferenciar al proporcionar al paciente rápidas respuestas categóricas, y luego de múltiples opciones. La exactitud constante ayudada por las rápidas respuestas indica un problema de recuperación en lugar de uno de codificación o de consolidación, y tal vez una alteración del circuito frontocortical en lugar de una alteración del hipocampo. Los errores de recuerdo pueden motivar la realización de otras pruebas a pie de cama, como ocultar objetos (p. ej., billetes o monedas de diferente valor, que mejorarán el compromiso afectivo del paciente con la tarea) alrededor de la habitación, y pedir al paciente que las identifique y las localice después de varios minutos.

Figura 54-6 Aspectos de la memoria.

### **Función ejecutiva**

Las funciones ejecutivas, interpretadas en sentido amplio como la selección de respuestas,<sup>16</sup> se manifiestan en la búsqueda estratégica de objetivos, el cambio de conjuntos, su independencia de las señales del entorno y el uso del lenguaje para dirigir la acción.<sup>17</sup> La alteración ejecutiva suele ser sutil, pero está muy presente en la interconsulta psiquiátrica; se encuentra presente en los síndromes neuropsiquiátricos, psicopatologías idiopáticas y enfermedades médicas en general.<sup>18</sup> Durante la entrevista, se observan signos de la alteración frontosubcortical, como la dependencia del entorno (p. ej., el paciente imita los movimientos del evaluador o manipula objetos que están a su alcance)<sup>19</sup> y un proceso de pensamiento perseverante. Este último –una incapacidad para cambiar de conjunto cognitivo– debe diferenciarse de la persistencia voluntaria en un tema que tiene prioridad en la mente del paciente. Entre las pruebas de detección más útiles a la cabecera del paciente se encuentran la prueba del dibujo del reloj,<sup>20</sup> las estimaciones cognitivas,<sup>21</sup> las maniobras manuales de Luria, las figuras alternantes,<sup>6</sup> la elaboración de listas de palabras y la tarea de ir/no ir.<sup>9</sup> Los errores en estas tareas se determinan repetidas veces, pero a menudo indican una alteración cerebral frontosubcortical, especialmente del circuito prefrontal dorsolateral. Estas alteraciones pueden producirse por lesiones funcionales o anatómicas que afectan a la corteza, los ganglios basales, el tálamo o la materia blanca intermedia;<sup>17</sup> o indirectamente por lesiones cerebelosas laterales<sup>22</sup> o por depleción de los núcleos del tronco del encéfalo de monoamina (especialmente de dopamina).

### **Herramientas diseñadas**

Cuando son dirigidas desde una perspectiva clínica, algunas sucintas herramientas diseñadas pueden aportar más rigor e importancia a la evaluación de un paciente. El MMSE de Folstein<sup>7</sup>

y la evaluación cognitiva de Montreal<sup>23</sup> son las herramientas más utilizadas; aunque más recientemente esta última ha ganado importancia por hacer de forma relativa un mayor hincapié en las funciones subcorticales frontales. El CLOX es un resumen informativo de la prueba habitualmente utilizada del dibujo del reloj.<sup>20</sup> Las puntuaciones de corte son de cierta utilidad, pero también se deberían «analizar minuciosamente» estas evaluaciones para ver dónde están los mayores problemas del paciente.<sup>24</sup> El confinamiento de errores a un dominio en concreto podría dar lugar a puntuaciones engañosamente bajas, y debería desencadenar el análisis de esa función y de otras que podrían estar enmascaradas.

## **Exploraciones física y neurológica**

El obsoleto y discutible<sup>25,26</sup> tabú de que los psiquiatras no tocan a sus pacientes sin duda no tiene lugar en la interconsulta psiquiátrica. El especialista en psiquiatría debe ser capaz de realizar una exploración neurológica competente y por lo menos una exploración física útil y dirigida. Muchas manifestaciones psiquiátricas están asociadas con causas orgánicas demostrables. Además, los pacientes psiquiátricos corren un mayor riesgo de padecer enfermedades somáticas, pero a menudo reciben escasa atención médica, sobre todo cuando tienen quejas atípicas. El especialista en psiquiatría puede necesitar abogar por estos pacientes<sup>27</sup> y carecerá de información y credibilidad si sus preocupaciones no están respaldadas por sus acciones.

## **Escritura de un comentario**

El comentario de la interconsulta debe ser un modelo de escritura sucinta y concisa, libre de jerga psiquiátrica y datos irrelevantes. Es innecesaria una larga recapitulación de la historia clínica del paciente y de la evolución de su ingreso actual; la persona que realiza la interconsulta ya conoce esta información. Un breve resumen es suficiente para indicar que el especialista en psiquiatría ha revisado y tenido en cuenta la historia clínica para formarse una opinión. Aquí, de nuevo, los RME pueden ser tanto una bendición como una maldición.<sup>28</sup> Las anotaciones no deben ser «cortadas y pegadas» en nuestro propio comentario a menos que sean revisadas y juzgadas relevantes. Los apartados sobre la impresión diagnóstica y las recomendaciones terapéuticas deben ser especialmente claros, ya que esto es «la piedra angular» de todo el proceso consultivo. Estos apartados se centrarán en lo que el médico que remite al paciente realmente quiere saber: ¿qué le pasa al paciente y cómo lo soluciono?

## **Comunicación verbal con la persona que realiza la interconsulta**

El proceso consultivo termina como comienza: con una conversación con la persona que realiza la interconsulta. Obviamente, es importante en situaciones urgentes, e incluso en las menos urgentes, y es una práctica cortés y eficaz, comunicar nuestras conclusiones en persona o por teléfono en vez de dejar un comentario por escrito.

## **Tratamiento**

Las recomendaciones terapéuticas del especialista en psiquiatría se dividen en diversas combinaciones de tres dominios: biológico, psicológico y social. Como se señaló

anteriormente, el especialista en psiquiatría utiliza el juicio clínico para estimar la relevancia ponderada de la situación de cada dominio en cada paciente.

## **Biológico**

El tratamiento biológico con frecuencia implica la recomendación de administrar fármacos psicoactivos. Lo mejor es proceder de una manera ordenada. En primer lugar, debe prestarse atención a los medicamentos que el paciente ya tiene pautados. ¿El paciente los necesita? Si es así, ¿la dosis es correcta? Si no, ¿pueden simplemente ser suspendidos o es necesaria la reducción progresiva de su dosis? ¿Están causando problemas? Solo porque un paciente estuviese recibiendo varios medicamentos psiquiátricos como paciente ambulatorio no significa que necesariamente los necesite durante su ingreso. Por ejemplo, un paciente que está muy agitado por un delirium después de una cirugía cardíaca probablemente no necesitará la medicación estimulante que estaba tomando en casa para un trastorno por déficit de atención, y muy probablemente estará mejor sin ella. El especialista en psiquiatría puede ser especialmente útil para los equipos médicos y quirúrgicos no familiarizados con los tratamientos psiquiátricos y, por tanto, recelosos a la hora de suspender fármacos que se han prescrito al paciente ambulatorio por temor a precipitar una crisis aguda. Del mismo modo, el especialista en psiquiatría a menudo tiene que aconsejar a la persona que realiza la interconsulta cuando esta no sea consciente de los efectos psiquiátricos adversos de algunos medicamentos con los que parece sentirse cómodo (p. ej., delirium inducido por efecto de la difenhidramina o acatisia inducida por efecto de la proclorperacina).

El especialista en psiquiatría puede entonces centrar su atención en los psicotrópicos que el paciente pueda necesitar mientras esté ingresado. Volviendo al paciente que está delirante después de una cirugía cardíaca, este paciente puede beneficiarse del haloperidol. Al recomendar varios fármacos, el especialista en psiquiatría debe tener en cuenta los antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente, la situación médica actual y las pruebas analíticas, así como el tratamiento que está recibiendo actualmente el paciente, para evaluar la farmacocinética, las interacciones farmacológicas y los efectos adversos. En nuestra experiencia, los pacientes considerados «psiquiátricos» tienden a ser observados atentamente ante cualquier posible signo de «alteración de su conducta» o «ansiedad». Por tanto, las dosis y frecuencia en la administración de cualquier fármaco recomendado solo en caso de necesidad deben ser claramente explicadas.

Además de los fármacos, el «tratamiento» biológico suele incluir unas recomendaciones para la realización de nuevas pruebas diagnósticas médicas generales. Este es el caso cuando se desconoce la etiología de un delirium, cuando se sospecha una psicopatología «secundaria», y cuando el personal, los pacientes y las familias necesitan conocer los fundamentos biológicos de enfermedades neuropsiquiátricas conocidas. Además, el psiquiatra tiene la obligación de estar atento a problemas médicos generales que la persona que realiza la interconsulta podría haber pasado por alto, incluso si no tienen relación directa con el motivo de dicha interconsulta. Este tema recibirá una mayor atención al abordar las situaciones especiales, más adelante en este capítulo.

## **Psicológico**

Si bien una unidad hospitalaria puede no ser un lugar adecuado para la psicoterapia analítica, orientada a la comprensión, puede ser un lugar adecuado para la psicoterapia breve y de apoyo. Un paciente que presenta un ingreso prolongado por una complicada enfermedad puede beneficiarse enormemente del reconocimiento de su sufrimiento, de un apoyo para sobrellevarlo, de refuerzos de los mecanismos adaptativos de afrontamiento y oportunidades para la ventilación y la catarsis. Incluso cuando la familia, los amigos y otras personas que lo apoyan son numerosos, el psiquiatra puede ser el único recurso disponible del paciente para esta liberación emocional y alivio. En algunos pacientes, puede ser adecuado ofrecer algunas interpretaciones de cómo experimenta la enfermedad en el contexto de sus ideas y acontecimientos biográficos. La «narrativa vital» de Viederman es una de esas técnicas y observa ciertos aspectos de los puntos débiles del paciente ingresado (p. ej., regresión, autoevaluación) como oportunidades para una intervención empática.<sup>29</sup>

El conocimiento de diferentes perfiles de personalidad es clave para trabajar con pacientes ingresados en un hospital general. El especialista en psiquiatría puede hacer una evaluación precisa y prácticamente articulada del tipo de personalidad del paciente y ayudar al equipo principal a adaptar en consecuencia sus interacciones con dicho paciente. Por ejemplo, a un paciente que necesita estar bajo control, se le puede permitir decidir cuándo recibir sus fármacos de la mañana o cuándo someterse a fisioterapia. El sentimiento del paciente de que tiene al menos cierto control sobre lo que de otra manera siente como una enfermedad fuera de su control probablemente es más importante que el momento exacto en que esa ayuda deba ser administrada. Este tema se evalúa en mayor profundidad en el [capítulo 9](#).

## Social

Las recomendaciones en el ámbito social con frecuencia implican las cuestiones enumeradas en el [cuadro 54-4](#).<sup>30</sup> Los especialistas en psiquiatría también hacen recomendaciones sobre los diversos tipos de restricciones (p. ej., sábanas de sujeción, correas de cuero, camisas de fuerza, manoplas) y sobre una observación continua individualizada de pacientes que presentan un alto riesgo de lesionarse a sí mismos o a otros.

### Cuadro 54-4 Problemas sociales frecuentes

Decisiones sobre los cuidados al final de la vida

- Órdenes de no reanimación
- Órdenes de no intubar

Planificación del alta hospitalaria

- Rehabilitación hospitalaria
- Casa con servicios
- Vivienda adaptada
- Centro de enfermería especializado
- Residencia de ancianos

Incapacidad temporal

Tutela legal

Ingreso psiquiátrico involuntario

## Situaciones especiales

Algunos de los aspectos más desafiantes de la interconsulta psiquiátrica son los generados por la propia interconsulta en sí. Aquí analizamos brevemente algunas áreas de desafío concreto y posible recompensa cuando se trabaja con profesionales que no son psiquiatras y con sus pacientes a veces «hostiles a la psiquiatría».

## **Diagnóstico, tratamiento y apoyo del paciente**

En «The Devil's Dictionary», de Ambrose Bierce, se definió al «médico» como «alguien sobre quien ponemos nuestras esperanzas cuando estamos enfermos y nuestras quejas cuando estamos bien».<sup>31</sup> Esta puede ser la situación del especialista en psiquiatría, que puede sentirse considerado como un charlatán o un planificador del estado de ánimo de un día, un dirigente de la alteración de la conducta al día siguiente. Esta representación caricaturizada capta la realidad clínica de que los conflictos ocurren a veces durante la prestación de los servicios de interconsulta; cuando ocurren entre el especialista en psiquiatría y la persona que realiza la interconsulta estarán generalmente en relación con cuestiones del diagnóstico, el tratamiento o de apoyo del paciente.

Los desacuerdos sobre los diagnósticos de los pacientes a menudo surgen de la confusión sobre la diferencia entre experiencias y síntomas, por un lado, y los diagnósticos, por el otro. Las experiencias y los síntomas pueden o no formar parte de una entidad psicopatológica. Por desgracia, muchos diagnósticos psiquiátricos habituales comparten su denominación con experiencias psicológicas y términos comprensibles.<sup>32</sup> Esta terminología puede llevar a confundir a las personas que realizan la interconsulta, que entonces estarán en desacuerdo con la evaluación del especialista en psiquiatría que no confirma su propio diagnóstico.<sup>33</sup> La [tabla 54-2](#) proporciona ejemplos de posibles síntomas que no coinciden con el diagnóstico. Cuando surgen estas discordancias, la comunicación y los aspectos educativos del papel del especialista en psiquiatría son muy importantes. A menudo la persona que realiza la interconsulta ha detectado correctamente la presencia de una psicopatología; esto puede ser destacado y posteriormente ofrecerse una aclaración. En otras ocasiones, no hay ninguna psicopatología presente, y el especialista en psiquiatría debe ser capaz de defender esta posición porque la persona que realiza la interconsulta está presumiblemente preocupada por el paciente, y, por tanto, tendrá dificultades en aceptar que «no hay nada alterado». Ambas situaciones ofrecen una oportunidad al especialista en psiquiatría de mostrar unas pautas comunes en los patrones de la práctica clínica con el resto de la medicina. Hay que reconocer la falta de disponibilidad de datos concretos y, por tanto, de certeza. Sin embargo, uno debe ser claro al comunicar cómo se obtienen el conjunto de síntomas y signos de la exploración, además de cómo se organiza de forma longitudinal la información, que conducen a los diagnósticos psiquiátricos. La mayoría de las personas que realizan la interconsulta no son ajenas a la incertidumbre en sus prácticas y deben apreciar la descripción del especialista en psiquiatría de un abordaje médico en la evaluación del paciente.

Tabla 54-2

Posible disparidad entre los diagnósticos y los síntomas

Informes/demostraciones del paciente	Conclusiones de la persona que realiza la interconsulta	Conclusiones del especialista en psiquiatría*
«Depresión»	Trastorno de depresión mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Trastorno de adaptación</li> <li>• Desmoralización</li> </ul>
«Oscilaciones del estado de ánimo»	Trastorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Trastorno de la personalidad</li> <li>• Incontinencia emocional</li> <li>• Mensajes contradictorios por parte del personal</li> </ul>
«Angustia»	Trastorno de angustia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Miedo</li> <li>• Hipoxia</li> <li>• Angina</li> </ul>
«Alucinaciones», «paranoia»	Esquizofrenia o psicosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Miedo</li> <li>• Demencia</li> <li>• Intoxicación</li> <li>• Psicosis afectiva</li> </ul>
«Ansiedad»	Trastorno de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Miedo</li> <li>• Trastorno de adaptación</li> <li>• Desinformación</li> <li>• Dolor</li> </ul>

\*- Diagnósticos diferenciales orientativos, no exhaustivos.

Las recomendaciones terapéuticas surgirán tras la evaluación diagnóstica del especialista en psiquiatría. A menudo la persona que realiza la interconsulta ya ha iniciado el tratamiento antes de pedir ayuda. El especialista en psiquiatría debe estar preparado para recomendar la suspensión de cualquier fármaco innecesario. Estos pueden ser tratamientos psiquiátricos, en el caso de un diagnóstico y un tratamiento incorrectos antes de la interconsulta, o no psiquiátricos, en el caso de un delirium de origen desconocido y exacerbado de forma yatrógena (v. [capítulo 18](#)). En pacientes y familiares que luchan contra el dolor, el miedo u otras consecuencias psicológicas normales secundarias a una enfermedad grave, la

aportación psiquiátrica puede ser de gran valor. En estos casos, sin embargo, no se le hace ningún favor a nadie cuando se considera que el psiquiatra debe asumir un papel de «psicoterapeuta». El paciente es inherentemente «considerado enfermo» al ser empujado al dominio del psiquiatra, el médico tratante es inadecuadamente absuelto de su participación en aspectos importantes de la relación médico-paciente, y el psiquiatra corre el riesgo de confundir su papel con el de la «unidad humanista holística».<sup>5</sup> Un psiquiatra puede tener una considerable habilidad al identificar y atender las necesidades psicológicas de algunos pacientes. Sin embargo, tiene una capacidad mucho más importante al ayudar a los pacientes y sus médicos a abordar problemas no psicopatológicos por sí mismos.

Los especialistas en psiquiatría pueden también necesitar abogar por una adecuada atención médica general de los pacientes psiquiátricos, especialmente en el caso de enfermos mentales crónicos. La enfermedad mental grave proporciona un sustrato conveniente, pero peligroso, para la aplicación de la navaja de Occam a manifestaciones médicas complejas. Por tanto, las presentaciones atípicas, la manifestación propia extraña (o ausente) y los prejuicios sobre la enfermedad mental pueden poner en peligro la salud de los enfermos mentales graves.<sup>34</sup> El especialista en psiquiatría debe estar atento a la manera en que el paciente expresa su angustia, a incongruencias entre la información objetiva y el cuidado del paciente y su propio papel como médico. Desde luego, no se espera que un psiquiatra tenga un conocimiento completo de cada especialidad médica, pero la vigilancia médica general es parte de la misión del especialista en psiquiatría. Cualquier preocupación debería estar respaldada por hallazgos específicos de la EEM y de la evaluación del estado físico, además de disponer de pruebas analíticas y radiológicas. Simplemente decir: «Creo que este paciente está enfermo» no es aceptable y causará frustración en todos los aspectos.<sup>35</sup>

## Trastornos de síntomas somáticos

Los pacientes con síntomas médicamente inexplicables (SMI) suelen acudir al psiquiatra mediante interconsultas y no por iniciativa propia. A menudo se sienten confundidos o enfadados por su derivación, reflejando el desconcierto o la irritación de la persona que realiza la interconsulta hacia estos pacientes, quienes por iniciativa propia son los que más utilizan la mayoría de los servicios médicos, salvo los servicios psiquiátricos.<sup>36</sup> Las causas más frecuentes de derivación a la consulta psiquiátrica de estos pacientes se enumeran en el [cuadro 54-5](#). El diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con SMI son tan desafiantes para el psiquiatra como lo son para el que no lo es. Las diferentes ideas de lo que son causas somáticas primarias excluyentes pueden conducir a preocupaciones interrelacionadas y generadoras de ansiedad en el paciente, el médico que lo remite y el psiquiatra ([fig. 54-7](#)). La conciencia médica general –además de una comunicación más frecuente, coloquial y asertiva, pero humilde con la persona que realiza la interconsulta– es la mejor forma de llegar a un acuerdo sobre las prioridades competitivas. Cuando se trata de evaluar a pacientes con SMI, es muy importante que el especialista en psiquiatría haga lo siguiente:

- Estar satisfecho con la evaluación médica realizada hasta la fecha.
- Determinar si el paciente está afectado de forma significativa por SMI o persigue atención médica desordenada debido a estos.
- Diagnosticar un trastorno de síntomas somáticos del DSM-5,<sup>32</sup> si está presente.
- Si no es así, conceptualizar el problema de otra manera que sea útil para la persona que realiza la interconsulta.<sup>37</sup>

#### Cuadro 54-5 Razones para la remisión a psiquiatría de pacientes con síntomas médicamente inexplicables

- Descartar un trastorno somatomorfo
- Descartar simulación
- Descartar psicopatología asociada
- Valorar «factores estresantes»
- Convencer al paciente de que el problema es psiquiátrico
- Evitar que el paciente siga en manos de la persona que solicita la consulta

Figura 54-7 Preocupaciones en conflicto en las interconsultas a pacientes con síntomas médicamente inexplicables.

Las opciones terapéuticas del paciente con trastornos de síntomas somáticos y otras presentaciones del SMI problemáticas se tratan en el [capítulo 24](#). Sin embargo, hay algunas intervenciones específicas dirigidas que el especialista en psiquiatría podría recomendar a los pacientes con SMI. Al hacer esto, el psiquiatra debe respetar la oposición, a menudo feroz, que estos pacientes pueden organizar ante cualquier desafío a sus ardientes convicciones de una etiología «física» de sus dolencias. Al mismo tiempo, el psiquiatra también debe ser consciente de que estas convicciones pueden estar asociadas con peores resultados clínicos.<sup>38</sup> La aceptación de los diagnósticos por los pacientes no tiene cabida en la codificación de los esquemas diagnósticos,<sup>39</sup> sino que, en la interacción clínica con los pacientes con síntomas somáticos, puede ser útil una postura de neutralidad etiológica. El psiquiatra puede ayudar al paciente y a la persona que realiza la interconsulta a:

- Diagnosticar y tratar los trastornos del estado de ánimo y ansiedad asociados.
- Remitir al paciente, cuando corresponda, a terapia cognitivo-conductual con el fin de controlar los síntomas.<sup>40,41</sup>
- Ayudar al paciente y la persona que realiza la interconsulta a «dar un sentido» a la experiencia del paciente.<sup>42,43</sup>

En particular, el «dar un sentido» puede ser delicado aunque rentable. Ayudar al paciente a entender cómo la genética, los acontecimientos vitales y el tipo de personalidad se unen para producir estados fisiológicos normales y alterados, así como las experiencias individuales de esos estados ([fig. 54-8](#)), puede situar los síntomas en un contexto más amplio con más puntos posibles para la intervención.

Figura 54-8 Esquema para entender la conducta de la enfermedad.

#### **Pacientes reticentes**

En la interconsulta psiquiátrica, los pacientes generalmente no piden ver al psiquiatra. Además, rara vez hay medidas legales coercitivas que fuercen la interacción, como puede ocurrir en los servicios de urgencias psiquiátricas y en centros hospitalarios. Como resultado de ello, muchos pacientes presentan una especie de «seudocompromiso», por lo que hablan con el psiquiatra de una manera educada pero superficial o cautelosa. Estos pacientes podrían ser desestimados al considerarse «difíciles de historiar» si no se está atento a posibles signos y causas de seudocompromiso ([cuadro 54-6](#)).



## Cuadro 54-6 Signos y causas de «seudocompromiso»

### Signos

- Respuestas muy breves o evasivas
- Presentación propia categóricamente positiva (o negativa)
- Improbable o incongruente positividad (o negatividad)
- Inconsistencia en la historia explicada a los diferentes profesionales
- Inconsistente información de fuentes colaterales
- Irritabilidad sin abierta hostilidad
- Continua reiteración de un tema psicosocial concreto

### Deseos

- Atención en un área de importancia personal
- Información/educación/reconfortación sobre la situación médica
- Paz y tranquilidad (por parte del psiquiatra, la familia y/o los médicos)
- Control de sustancias
- Ganancias económicas
- Alivio de obligaciones sociales

### Miedos

- A ser «analizado»
- A ser psiquiátricamente marcado
- A ser psiquiátricamente medicado
- A no ser tomado en serio por sus médicos principales
- A que se usen medidas coercitivas (p. ej., ingreso o tutela psiquiátrica)
- A que uno mismo u otros lo consideren «débil»

Los obstáculos para el compromiso genuino de pacientes con niveles normales de su estado de alerta y atención casi siempre implican deseos o temores no declarados (o indicados indirectamente) por parte del paciente. En general, la calidad de la entrevista mejorará mucho si el psiquiatra aborda directamente estas cuestiones con el paciente. No es muy importante que la intuición del psiquiatra sea correcta. La mayoría de los pacientes aprecian el esfuerzo, que puede por sí mismo disipar su reticencia o llevarlos a discutir sus preocupaciones reales. Una excepción es el paciente con un propósito basado en el engaño (p. ej., simulación). En estos casos, el psiquiatra debe completar la entrevista, sin embargo ya comprometida, antes de airear sus sospechas. Esta táctica le permite ganar tiempo para la autoevaluación de los motivos personales que debe «exponer» el paciente, lo que puede conducir a decidir no confrontar al paciente en absoluto. Si se decide confrontar al paciente, ya se habrá obtenido la información clínica antes de que el compromiso sea sabotado, o el paciente pueda someter al psiquiatra como rehén expresando nuevas ideas suicidas u otras quejas subjetivas urgentes.

## **Pacientes difíciles y odiosos**

A veces, en el hospital, puede parecer que Jean-Paul Sartre estaba en lo cierto al decir que «el infierno son los otros».<sup>44</sup> A medida que aumentan el alcance, la legitimidad y el reconocimiento de la enfermedad mental, se recurre más a la consulta psiquiátrica, con esperanza o desesperación, como un remedio ante diversas formas de situaciones interpersonales desagradables. El lenguaje utilizado para describir a los pacientes involucrados en estas situaciones desagradables ha cambiado significativamente a lo largo de los años, con el adjetivo más intelectualizado de «difícil» ahora preferido sobre el más límbico (y probablemente más honesto) de «odioso». En concreto, los dos términos parecen describir en esencia al mismo grupo de pacientes, y la [tabla 54-3](#) compara la conceptualización original de Groves con aquella a la que se llegó en una revisión más reciente.<sup>45,46</sup>

Tabla 54-3

Pacientes odiosos y difíciles

Categoría de Groves: «odioso»	Categoría de Koekkoek: «difícil»	Abordaje
Demandante experto	Demandante de cuidados exigente	Evite enfrentamientos por derechos Identifique los obstáculos para un «mejor cuidado»
Acérrimo dependiente	Buscador-reclamante ambivalente de demandas	Evite las fantasías de poder/rescate Establezca límites claros y no amenazantes
Rechazador de ayuda y manipulador	Buscador de cuidado ambivalente	Comparta el pesimismo Afirmar el compromiso
Negador autodestructivo	Evitador de cuidados reticente	Basado en el carácter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconozca la propia aversión</li> <li>• Reconozca las limitaciones</li> </ul> Basado en psicosis, depresión, demencia, etc.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trate la patología subyacente</li> <li>• Evalúe la capacidad</li> </ul>

Adaptado de Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 298:883–887, 1978, y Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. “Difficult patients” in mental health care: a review. *Psychiatric Serv* 57:795–802, 2006.

Los especialistas en psiquiatría son a menudo llamados a evaluar a pacientes que crean problemas en su propio cuidado, alteran el cuidado de otros pacientes o simplemente molestan a sus médicos. Esto último puede ser importante, pero por sí mismo no es un motivo para la acción clínica, y rara vez es la única razón que existe detrás de la solicitud de estas interconsultas. En cambio, nuestra formulación general para un paciente odioso y difícil es aquella en virtud de la cual los objetivos declarados de un paciente y las expectativas con respecto a su propia salud y los deberes de los profesionales no están acompañados por demostraciones reales de ese paciente en inversión en su salud y respeto por los cuidados de los profesionales ([fig. 54-9](#)).<sup>47</sup>

Figura 54-9 Privilegios y deberes en juego con pacientes odiosos y difíciles.

Las intervenciones en estas situaciones, desde un punto de vista médico, dependen del diagnóstico (v. [tabla 54-3](#)). Por tanto, el especialista en psiquiatría debe determinar primero qué psicopatología, si es que la hay, está impulsando la conducta del paciente. La irritabilidad y la inadecuación del paciente maníaco se tratan de manera muy diferente de las de un paciente no afectado desde un punto de vista psiquiátrico. Es importante tener en cuenta este último escenario, ya que la conducta indeseable no es una evidencia ipso facto de psicopatología. En la zona gris de los trastornos de la personalidad, lo que parece «definir un límite» razonable es un problema de juicio clínico. Una vez más, algunos consejos básicos se encuentran en la [tabla 54-3](#). El afrontamiento estará reservado a pacientes que serán evaluados como responsables de su conducta; se llevará a cabo una interacción entre adultos respetuosos y honestos; y, para ser tratados de forma responsable, se centrará únicamente en el desequilibrio entre los privilegios y los deberes descritos previamente.<sup>47</sup>

Finalmente, para ayudar a un paciente difícil u odioso, la interconsulta psiquiátrica podría presentarse bajo la apariencia de una solicitud de evaluación de su capacidad, la cual es una clave reflejo de cualquier dilema ético. Entre los prototipos de estas situaciones se encuentran unos donde los valores de un paciente no están en sintonía con los de su médico, donde el odio del paciente conduce a una indulgencia paradójica por su mala conducta, o cuando las decisiones/deseos de un paciente ejercen demandas injustas sobre el «sistema» o ponen a su familia en una posición injustificada. A veces, una vez que las cartas de todos están sobre la mesa, resulta que el paciente no es en absoluto difícil y pueden alcanzarse acuerdos. En otras ocasiones, el especialista en psiquiatría puede ser útil para identificar el problema real y participar, pero no necesariamente, en su resolución. Estas situaciones pueden implicar desafiar las presunciones médicas sobre la neutralidad de los valores, permitir la ecuanimidad evasiva de la ira o considerar el mayor impacto de las decisiones tomadas por y para pacientes individuales.<sup>48</sup> En la [tabla 54-4](#) se muestra un modelo esquemático de estos tipos de problemas.

Tabla 54-4

Dilemas éticos en los pacientes odiosos y difíciles

	Principio	Problema	Sentimientos del médico	Resolución
Autonomía«frente a»	Beneficencia	Valores paciente-médico incongruentes	Paternalista	Llegue a comprender los valores del paciente
	No maleficencia	El paciente provoca aversión	Culpable	Actúe basado en unos límites razonables
	Justicia	Demandas razonables no del paciente (respecto al sistema)	Conflictos sobre las obligaciones	Mantenga una conversación franca con el paciente
	Autonomía (de otros)	Demandas razonables no del paciente (respecto a la familia)	Neutral	Hable con el paciente y la familia

Adaptado de Kontos N, Freudenreich O, Querques J. Beyond capacity: identifying ethical dilemmas underlying capacity evaluation requests. *Psychosomatics* 2013;54: 103–110, 2013.

## Conclusiones

- Las enfermedades psiquiátricas son muy prevalentes entre pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos de hospitales generales.
- Los especialistas en psiquiatría eficaces deben tener en cuenta una gran variedad de fuentes y dominios de información en la evaluación de cada paciente.
- El hospital general presenta retos y oportunidades especiales para la prestación al paciente de una atención eficaz y meditada desde un punto de vista médico.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Querques J, Stern TA, Cassem NH. Psychiatric consultation to medical and surgical patients. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 3 Boston: MGH Psychiatry Academy Publishing; 2012:525–527.

2. Margolis RL. Nonpsychiatrist house staff frequently misdiagnose psychiatric disorders in general hospital inpatients. *Psychosomatics*. 1994;35:485–491.
3. Boland RJ, Dias S, Lamdan RM, et al. Overdiagnosis of depression in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18:28–35.
4. Shulman LM, Taback RL, Rabinstein AA, et al. Non-recognition of depression and other non-motor symptoms in Parkinson’s disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2002;8:193–197.
5. Murray GB. The liaison psychiatrist as busybody. *Ann Clin Psychiatry*. 1989;1:265–268.
6. Malloy PF, Richardson ED. Assessment of frontal lobe functions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6:399–410.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189–198.
8. Weintraub S. Neuropsychological assessment of mental state. In: Mesulam MM, ed. *Principles of behavioral and cognitive neurology*. ed 2 New York: Oxford University Press; 2000:121–173.
9. Ovsiew F, Bylsma FW. The three cognitive examinations. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2002;7:54–64.
10. Freedman M, Stuss DT, Gordon M. Assessment of competency: the role of neurobehavioral deficits. *Ann Intern Med*. 1991;115:203–208.
11. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2:81–84.
12. Baddeley A. Working memory. *Science*. 1992;255:556–559.
13. Devinsky O. *Behavioral neurology 100 maxims*. Boston: Mosby–Year Book; 1992.
14. Squire LR. Mechanisms of memory. *Science*. 1986;232:1612–1619.
15. Cummings JL, Mega MS. *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press; 2003.
16. Robbins TW. Dissociating executive functions of the prefrontal cortex. *Phil Trans R Soc Lond B*. 1996;351:1463–1471.
17. Mega MS, Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6:358–370.

18. Schillerstrom JE, Horton MS, Royall DR. The impact of medical illness on executive function. *Psychosomatics*. 2005;45:508–516.
19. Lhermitte F. Human autonomy and the frontal lobes. Part II: patient behavior in complex and social situations: the “environmental dependency syndrome. ”. *Ann Neurol*. 1986;19:335–343.
20. Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: an executive clock drawing task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;64:588–594.
21. Shallice T, Evans ME. The involvement of the frontal lobes in cognitive estimation. *Cortex*. 1978;14:294–303.
22. Schmahmann JD. The role of the cerebellum in cognition and emotion: personal reflections since 1982 on the dysmetria of thought hypothesis, and its historical evolution from theory to therapy. *Neuropsychol Rev*. 2010;20:236–260.
23. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695–699.
24. Jefferson AL, Cosentino SA, Ball SK, et al. Errors produced on the mini-mental state examination and neuropsychological test performance in Alzheimer’s disease, ischemic vascular dementia, and Parkinson’s disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14:311–320.
25. McIntyre JS, Romano J. Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Arch Gen Psychiatry*. 1977;34:1147–1151.
26. Patterson CW. Psychiatrists and physical examinations: a survey. *Am J Psychiatry*. 1978;135:967–968.
27. Johnson R, Anath J. Physically ill and mentally ill. *Can J Psychiatry*. 1986;31:197–201.
28. Hartzband P, Groopman J. Off the record—avoiding the pitfalls of going electronic. *N Engl J Med*. 2008;358:1656–1658.
29. Viederman M, Perry III SW. Use of a psychodynamic life narrative in the treatment of depression in the physically ill. *Gen Hosp Psychiatry*. 1980;3:177–185.
30. Querques J, Stern TA. Approach to consultation psychiatry: assessment strategies. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 6 Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010:7–14.
31. Bierce A. *The collected writings of Ambrose Bierce*. New York: Carol Publishing Group; 1994.

32. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5 Washington: American Psychiatric Press; 2013.
33. Kontos N, Freudenreich O, Querques J, et al. The consultation psychiatrist as effective physician. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:20–23.
34. Freudenreich O, Stern TA. Clinical experience with the management of schizophrenia in the general hospital. *Psychosomatics*. 2003;44:12–23.
35. Kontos N, Freudenreich O, Querques J. Ownership, responsibility and hospital care: lessons for the consultation psychiatrist. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:257–262.
36. Barsky AJ, Orav J, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:903–910.
37. Meador CK. *Symptoms of unknown origin*. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005.
38. Bentall RP, Powell P, Nye FJ, et al. Predictors of response to treatment for chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry*. 2002;181:248–252.
39. Starcevic V. Somatoform disorders and DSM-V: conceptual and political issues in the debate. *Psychosomatics*. 2006;47:277–281.
40. Allen LA, Woolfork RL, Escobar JI, et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:1512–1518.
41. Barsky AJ, Ahern DK, Bauer MR, et al. A randomized trial of treatments for high utilizing somatising patients. *J Gen Intern Med*. 2013 Mar 14; [Epub ahead of print].
42. Ogden J. What do symptoms mean? *BMJ*. 2003;327:409–410.
43. Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med*. 1979;91:63–70.
44. Sartre J-P. *No exit and three other plays*. New York: Vintage International; 1989.
45. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*. 1978;298:883–887.
46. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. Difficult patients” in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*. 2006;57:795–802.
47. Kontos N, Querques J, Freudenreich O. Fighting the good fight: responsibility and rationale in the confrontation of patients. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:63–66.
48. Kontos N, Freudenreich O, Querques J. Beyond capacity: identifying ethical dilemmas underlying capacity evaluation requests. *Psychosomatics*. 2013;54:103–110.