



¿Por qué los médicos de hospital no refieren a sus pacientes a consulta de psiquiatría de enlace?  
Una revisión sistemática

### ► Antecedentes

En el 2012, el Instituto Australiano de Salud y Bienestar Social informó que las personas con alguna patología física y mental significativa tienen más probabilidad de ser hospitalizados en comparación con los pacientes que únicamente presentan una patología física o bien una mental. Existe una prevalencia entre el 26.1% y 38.7% de pacientes hospitalizados que padecen de manera independiente de algún trastorno psiquiátrico, de los cuales de 5.1% a 33.5% presentan trastorno depresivo y un 5.8% presentan trastorno de ansiedad. La gravedad de la comorbilidad psiquiátrica se asocia con la duración de la estancia en el hospital. También está demostrado que en los pacientes que presentan un deterioro cognitivo la duración de la estancia hospitalaria se ve incrementada. La psiquiatría de enlace puede ayudar a mejorar los resultados en los pacientes con comorbilidades psiquiátricas, a pesar de ello, las tasas de interconsulta al servicio de psiquiatría de enlace (PE) es muy baja, siendo de un 0.72% a un 5.8%. Dicho servicio se dedica a promocionar la educación y la atención psiquiátricas a los departamentos no psiquiátricos de los hospitales.

### Metodología

Se realizó una revisión de la bibliografía, buscando en Medline, PsychINFO, CINAHL y SCOPUS. Se utilizaron

**Tabla 1.** La posible influencia de factores sistémicos para la interconsulta con psiquiatría de enlace.

Factores sistémicos	
Incremento referencia PE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicio de PE dedicado.</li> <li>2. Vínculo activo del psiquiatra de PE.</li> <li>3. Colaboración en el tamizaje de los pacientes hospitalizados.</li> </ol>
Decremento referencia Psiquiatría de enlace	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de estrategias detalladas para la prevención de suicidio.</li> <li>2. Pobre comunicación por PE.</li> </ol>
Influencias poco claras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presión en el trabajo.</li> <li>2. Presencia de enfermera en salud mental.</li> </ol>

**Tabla 2.** La posible influencia de factores de referencia para la interconsulta con psiquiatría de enlace.

Factores de referencia	
Incremento referencia a PE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Especialidad de medicina interna.</li> <li>2. Actitud positiva hacia PE.</li> <li>3. Disconformidad en la competencia de valoración y manejo.</li> </ol>
Decremento referencia a PE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad joven.</li> <li>2. Estigma.</li> <li>3. Creencia de que otros profesionales de la salud mental lo pueden hacer igual de bien.</li> <li>4. Preferencias del paciente.</li> <li>5. Pobre rapport por parte del psiquiatra.</li> <li>6. Creencia de que la referencia se puede manejar sin auxilio psiquiátrico.</li> <li>7. Pobre reconocimiento de enfermedades mentales.</li> </ol>
Influencias poco claras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expectativas distintas de la impartición del servicio de PE.</li> </ol>

ciertas palabras clave como consulta psiquiátrica de enlace, medicina psicosomática, consultoría, pacientes hospitalizados. La búsqueda se definió en un periodo entre el 1 de enero de 1965 hasta el 30 de septiembre del 2015, incluyendo sólo artículos que estuviesen en inglés.

### Resultados

De los 408 artículos encontrados en las diferentes fuentes de información, se seleccionaron 35 que cumplían con los criterios de búsqueda. Para definir las causas de la falta de consulta al servicio de psiquiatría de enlace, se definieron tres categorías: factores sistémicos (Tabla 1), factores de referencia (Tabla 2) y los factores inherentes a los pacientes (Tabla 3).

Los factores sistémicos se definieron como los factores del entorno, que son externos a los médicos y a los pacientes. De los factores sistémicos encontrados principalmente se enmarca la falta de un servicio de PE, la pobre comunicación que hay con el servicio de psiquiatría, la falta de capacitación y, en general, la falta de un servicio de consulta de psiquiatría de enlace; la falta de una estrategia para la gestión de los pacientes psiquiátricos contribuye a una baja tasa de interconsulta, uno de los ejemplos que se presenta es el caso de Corea del Sur, en donde, por una falta de estrategia para la detección de intentos suicidas, existen tasas elevadas de casos no detectados de suicidio, en comparación con otros países en los cuales se ha podido disminuir la tasa de intentos suicidas. Otro de los factores sistémicos, que aún no se ha logrado confirmar, es sobre la influencia de la carga

**Tabla 3.** La posible influencia de factores inherentes de los pacientes para la interconsulta con psiquiatría de enlace.

Factores del paciente	
Incremento referencia a PE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia previa de referencia a psiquiatría.</li> <li>2. Edad joven.</li> <li>3. Contexto urbano.</li> <li>4. Psicosis funcional.</li> </ol>
Decremento referencia a PE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicosis orgánica.</li> <li>2. Contacto previo con psiquiatría en el mismo hospital.</li> </ol>
Influencias poco claras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastornos de personalidad (referencia temprana).</li> <li>2. Depresión (retraso en la referencia).</li> <li>3. Estatus racial y socioeconómico.</li> <li>4. Estigma.</li> </ol>

excesiva de trabajo y la interferencia que genera para realizar la interconsulta con el servicio de psiquiatría de enlace. Los factores de referencia se definieron como los factores que se asocian con las características de los profesionales que potencialmente pueden utilizar los servicios de PE.

Se encontró, a través de una encuesta realizada a 200 médicos, que existe un 35% de respuesta por parte de los médicos de hospital hacia el servicio de psiquiatría de enlace. Las principales razones por las cuales no se tiene una respuesta adecuada por parte de los médicos se engloban en tres aspectos: el estigma que hay sobre el servicio de psiquiatría por parte de los médicos y de los pacientes, la falta de comunicación que hay con los psiquiatras y la creencia de que otros profesionales de la salud mental podrían hacer un bien a la salud del paciente a un costo inferior al que lo harían los psiquiatras.


Se ha identificado que los pacientes jóvenes son más propensos a tener una relación inadecuada con el psiquiatra. También se encontró que las especialidades de cirugía y de ginecología son los dos servicios que menos solicitan una consulta a psiquiatría. En el otro extremo está el servicio de medicina interna, donde aún se mantienen las consultas con el servicio de psiquiatría. Por último, se encontró que los factores inherentes a los pacientes más susceptibles a ser referidos tienden a ser jóvenes, pacientes con antecedentes psiquiátricos y pacientes que viven en un entorno urbano. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos tienen tres veces más probabilidades de ser remitidos a la consulta psiquiátrica; sin embargo, si el paciente tuvo un contacto previo con el equipo psiquiátrico en el mismo hospital, es posible que no se haga la interconsulta al servicio de psiquiatría de enlace. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno psicótico como la esquizofrenia y la depresión psicótica, eran fácilmente referidos al servicio de psiquiatría, pero los pacientes con una psicosis de causas orgánicas como demencia y *delirium* son menos referidos a ese servicio. Así mismo, se encontró que existe una tasa menor de referencia en pacientes hispanos en comparación con los grupos anglosajones, de etnias negra y asiática. Pero esto cambió en los casos con depresión y suicidio, donde los hispanos fueron los más referidos a psiquiatría.

Sin embargo, lo más importante es que sigue existiendo un gran estigma por parte de los médicos y de los pacientes al servicio de psiquiatría, por lo que no se realizan las interconsultas oportunas.

Alfonso Cabrera Lagunes

#### Bibliografía

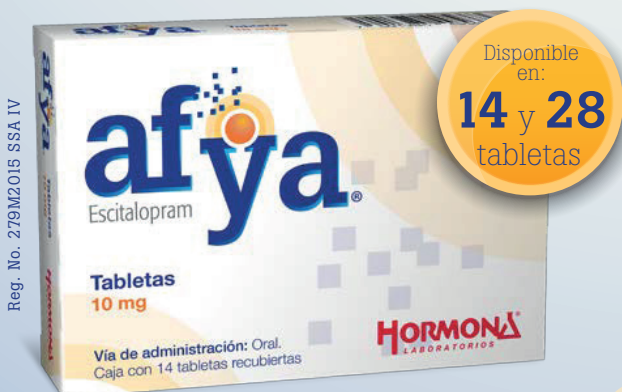
Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry? – A systemic review. *BMC Psychiatry*, 2016, Vol. 16:390.



**afya**<sup>®</sup>  
Escitalopram

Transforma el **ánimo**  
de su **Paciente**

- En depresión y ansiedad generalizada, **eficacia** y **rápido** inicio de acción<sup>1,2,3</sup>
- **Baja interacción** medicamentosa y **amplio** margen de **seguridad**<sup>2,4,5</sup>
- La **alternativa accesible** que favorece el **cumplimiento terapéutico**



**El antidepresivo prescrito en más  
de 240 millones de pacientes<sup>2</sup>**

**Referencias:** 1. Dhillon S, Scott L, Plosker G. Escitalopram. A Review of its Use in the Management of Anxiety Disorders. CNS Drugs 2006; 20 (9): 763-790. 2. Zhong H, Haddjeri N, Sánchez C. Escitalopram, an antidepressant with an allosteric effect at the serotonin transporter—a review of current understanding of its mechanism of action. Psychopharmacology (2012) 219:1-13. 3. Murdoch D, Kean S. Escitalopram A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder. Drugs 2005; 65 (16): 2379-2404. 4. Información para prescribir Afya. 5. Culpepper L. Escitalopram: A New SSRI for the Treatment of Depression in Primary Care. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:209-214.

Para reportar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada al uso de nuestros medicamentos, comunicarse al teléfono 01800 726 3371 o al correo [ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx](mailto:ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx)