

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Análisis cualitativo de los pedidos de interconsulta que llegan a la residencia de psicología de un Hospital General.

Tela, Victor Bruno, Alamanni, Lucas, Forcinito, Nadia Natasha y Rubio, Maria Florencia.

Cita:

Tela, Victor Bruno, Alamanni, Lucas, Forcinito, Nadia Natasha y Rubio, Maria Florencia (2024). *Análisis cualitativo de los pedidos de interconsulta que llegan a la residencia de psicología de un Hospital General. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.* Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/596>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/g9s>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS PEDIDOS DE INTERCONSULTA QUE LLEGAN A LA RESIDENCIA DE PSICOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

Tela, Victor Bruno; Alamanni, Lucas; Forcinito, Nadia Natasha; Rubio, Maria Florencia
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Objetivos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cualitativo con el objetivo de caracterizar las particularidades de los pedidos de interconsulta que llegan a la residencia de psicología por parte de las diversas salas de internación médica de un Hospital General desde junio 2023 a mayo 2024. **Materiales y métodos:** Se recopilaron los pedidos escritos que llegan por mensajería telefónica y correo electrónico. La información fue volcada en una matriz de análisis de excel para realizar un análisis estadístico descriptivo de los pedidos. Para la categorización de los distintos motivos de interconsulta, se aplicó la metodología de Investigación Cualitativa Consensual Modificada (CQR-M). **Resultados:** Se analizaron 116 pedidos escritos de los cuales se identifica a clínica médica como el servicio que más pedidos realizó en 76.5% (n=88). Se determinaron 14 categorías para clasificar los motivos de pedido de interconsulta, siendo el más solicitado "angustia" 20.83% (n=30). **Conclusiones:** El estudio demuestra ser valioso para la comunicación interdisciplinaria en el marco hospitalario ya que permite observar la distribución de los pedidos e identificar la multiplicidad de problemáticas presentadas.

Palabras clave

Interconsulta - Psicología - Hospital general - Interdisciplina

ABSTRACT

QUALITATIVE ANALYSIS OF REQUESTS FOR INTERCONSULTATION TO THE PSYCHOLOGY RESIDENCY OF A GENERAL HOSPITAL
Purpose: A descriptive, retrospective, cross-sectional, qualitative study was carried out with the aim of characterizing the particularities of the interconsultation requests received by the psychology residency from the different medical inpatient wards of a General Hospital from June 2023 to May 2024. **Materials and methods:** Written requests received by telephone and e-mail were collected. The information was entered into an excel analysis matrix to perform a descriptive statistical analysis of the orders. For the categorization of the different reasons for consultation, the Consensus Qualitative Research Modified (CQR-M) methodology was applied. **Results:** 116 written requests were analyzed, of which the medical clinic was identified as the service with the most requests, 76.5% (n=88). Fourteen categories

were determined to classify the reasons for requesting interconsultation, the most requested being "distress" 20.83% (n=30). **Conclusions:** The study proves to be valuable for interdisciplinary communication in the hospital setting as it allows us to observe the distribution of requests and identify the multiplicity of problems presented.

Keywords

Interconsultation - Psychology - General hospital - Interdisciplinary

Introducción

La interconsulta médico-psicológica se entiende como un espacio de intervención interdisciplinaria ante situaciones en las que el acto médico se dificulta, no logrando su cometido o excediendo lo esperable o accesible a sus herramientas teóricas y técnicas (Miracco et al, 2015). En esta modalidad de atención, se localizan al menos tres actores involucrados: el profesional que solicita la interconsulta, el profesional que recibe el pedido y el paciente a evaluar y tratar. Un primer paso en la interconsulta es aclarar el motivo por el cual se solicita, conversando con el profesional que realizó el pedido, leyendo la historia clínica del paciente, y relevando información con el paciente y/o la familia. También, el rol del psicólogo en la interconsulta implica identificar cómo se ubica en relación a ese pedido y qué tipo de respuestas puede ofrecer, operando sobre la demanda del equipo médico (Gamsie, 1998, 2004).

Los motivos que motorizan un pedido de interconsulta a psicología por parte de los médicos u otros miembros del equipo son variados. Según Smaira, Kerr-Correa y Contel (2003), la mayoría se deben a los siguientes factores: dudas en el diagnóstico del paciente, colaboración en el diagnóstico diferencial entre patologías orgánicas y psiquiátricas, consulta por pacientes que presentan quejas continuas, comportamientos de los pacientes que dificultan el funcionamiento del personal del servicio, reacciones negativas por parte del equipo tratante hacia las actitudes del paciente, intentos o riesgo de suicidio, pacientes que presentan sintomatología psiquiátrica o que presentan antecedentes psiquiátricos. Por su parte, otros autores como Lusilla-Palacios, Castellano-Tejedor, Navarro-Marfisis & González-Viejo (2013) agrupan los pedidos de interconsulta al profesional de salud mental en calidad de colaborador en el diagnóstico del

paciente, en el tratamiento y con el alta. Además, los trabajos de Carvalho & Lustosa (2008) ; Gazotti & Prebianchi, (2014) y Osório (2004) revelan una variedad de motivos que determinan una interconsulta por psicología. De entre ellos, los más frecuentes son: dificultades en la adhesión al tratamiento, persistencia de comportamiento quejoso durante la internación, presencia de humor deprimido y ansioso, decisiones sobre el mantenimiento o interrupción de tratamientos en pacientes graves, acompañamiento de pacientes sometidos a procedimientos invasivos, evaluación del estado mental del paciente y ayudas para trazar un diagnóstico diferencial con una causa orgánica.

Catani et al. (2012) realizaron un estudio en el Instituto Central del Hospital de Clínicas de San Pablo sobre la interconsulta psicológica, identificando los motivos más frecuentes. Según sus conclusiones, los más frecuentes se producen cuando los médicos observan que sus pacientes presentan un sufrimiento psíquico o cuando no hay adhesión al tratamiento. Otro estudio sobre interconsulta en un Hospital General apunta a que los principales motivos de solicitud fueron los síntomas psicológicos relacionados al padecimiento y la adaptación a la situación de internación por parte del paciente (Santos et al., 2011). En el ámbito local, sin embargo, no son abundantes los abordajes empíricos en esta temática, registrando el estudio de Salgado et al (2014) como ejemplo. Es por eso que hacer un estudio sistemático de los registros de pedido de interconsulta se vuelve una posibilidad de hacer un abordaje epidemiológico sobre la salud mental en intersección entre el discurso médico y el campo psi. El estudio de la caracterización de los pedidos de interconsulta implica una necesidad para trabajar interdisciplinariamente dentro de la institución. La sistematización de estos datos permite una mejor comunicación entre médico e interconsultor, así como también permite una recolección de datos formalizada para futuros registros estadísticos.

Método

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cualitativo con el objetivo de caracterizar las particularidades de los pedidos de interconsulta que llegan a la residencia de psicología por parte de las diversas salas de internación médica de un Hospital General de C.A.B.A.

Es importante aclarar que los pedidos de interconsulta llegan, en su gran mayoría, por comunicación de un médico del Hospital con el equipo de psicología mediante un pedido escrito que puede ser enviado tanto a un mail como a un celular institucional. De la recopilación sistemática de estos mensajes, su análisis y debido a una falta de uniformidad en la clasificación de los diagnósticos, en gran medida por parte de los clínicos de diferentes especialidades, y en menor medida, pero también presente, por parte de los profesionales de la Residencia en Psicología Clínica, se llega, mediante la metodología de Investigación Cualitativa Consensual Modificada (Spangler et al, 2012; Hill, 2015), a la definición de las 14 categorías explicitadas a continuación. Las

mismas son el resultado del análisis del texto literal de cada pedido y el armado de categorías por parte de algunos de los investigadores que realizan el trabajo de codificación, y que luego son analizadas y recategorizadas por parte de otro grupo de investigadores que realizan el trabajo de jueces, dando sus opiniones para las modificaciones hasta llegar a un consenso. El sistema clasificatorio se modifica hasta que todos estén de acuerdo en la fidelidad de la clasificación. Las categorías consensuadas son:

1) *No explicitado*: pedidos de interconsulta confusos, en el que únicamente se menciona el diagnóstico clínico del paciente, se solicita valoración o evaluación psicológica sin un motivo explícito (ej: “Se solicita apoyo psicológico”, “Valoración por psicología”, “Cáncer”).

2) *Pedido por parte del paciente y/o familiar*: pedido de interconsulta con psicología solicitado por el paciente o familiar del mismo. El pedido es escrito por el médico pero este lo refiere explícitamente a una demanda del paciente o su familia (ej: “Paciente solicita asistencia psicológica”).

3) *Diagnóstico diferencial*: pedido de interconsulta en el que se solicita la evaluación del paciente con el objetivo de realizar diagnóstico diferencial entre sintomatología de origen psicológico o clínico: psicósomático, cuadros confusionales (ej: “Evaluación por posible sintomatología psicósomática”).

4) *Depresión*: síntomas del Episodio Depresivo Mayor según el DSM 5 tales como estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer, aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse (ej: “anhedonia + llanto”, “Presenta ánimo deprimido”).

5) *Angustia*: labilidad afectiva, malestar anímico, inestabilidad emocional, tendencia al llanto, preocupación e intolerancia a la incertidumbre (ej: “Inestabilidad emocional”, “Está con angustia en base a la incertidumbre de su enfermedad”).

6) *Ansiedad*: miedo entendido como respuesta emocional a una amenaza inminente real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Pensamientos de peligro inminente, preocupación excesiva, conductas evitativas. Presencia de crisis de pánico (ej: “Miedo a estar sola”, “Sintomatología ansiosa”).

7) *Motivo social*: se define por motivos de interconsulta relacionados a violencia de género, violencia intrafamiliar, conflictos familiares. Pacientes cuya internación se prolonga por condiciones socioambientales o económicas, escasa red de apoyo. Reciente fallecimiento de familiar o dificultades para ejercer rol familiar (ej: “Relata violencia de género por pareja”, “Tiene un hijo de 4 años, no puede cuidarlo”).

8) *Diagnóstico previo por Salud Mental*: pacientes que presen-

tan antecedentes de diagnóstico o tratamiento por salud mental. Pacientes con antecedentes de autolesiones o intentos de suicidio (ej: "Refiere tener antecedentes de depresión").

9) **Dolor:** pacientes con presencia de dolor agudo o crónico (ej: "Cefalea con mal manejo del dolor").

10) **Consumo de sustancias:** consumo de alcohol, tabaco, marihuana o diversas sustancias. Presencia de cuadros de abstinencia (ej: "Consumo cocaína y tabaco").

11) **Relación médico paciente:** los motivos de interconsulta incluyen manejo de la información por parte del equipo médico, transmisión de diagnóstico al paciente, reacción del paciente ante reciente diagnóstico, negativa del paciente a realizar tratamiento propuesto, comprensión del paciente sobre su cuadro clínico o motivo de internación (ej: "No acepta la terapéutica planteada ni su diagnóstico, niega amputación").

12) **Conductas de riesgo:** aquellas conductas que supongan un riesgo cierto e inminente para el paciente (ej: "Evaluación psicológica por sobreingesta medicamentosa").

13) **Síntomas psicóticos:** presencia de delirios o alucinaciones (ej: "Síntomas psicóticos").

14) **Trastornos del sueño:** insomnio o alteraciones del sueño en contexto de internación (ej: "Insomnio").

Se destaca que, en algunos pedidos, figuraron más de un motivo de consulta (ej: "Estado emocional alterado + dolor crónico a la espera de material quirúrgico").

Resultados

Se lograron reunir los datos de 116 pedidos de interconsulta a la residencia de Psicología Clínica, durante el periodo comprendido entre junio 2023 a mayo 2024. Para una mejor exposición y sistematización de los resultados obtenidos, los datos fueron categorizados en los siguientes aspectos: **a) motivo de la interconsulta; b) género de los pacientes; c) periodo de tiempo en el que se realizó el pedido de la interconsulta; d) servicio que solicitó la interconsulta.**

1. **Dentro de los motivos de interconsulta** se observó que lo más frecuente fue que se solicitó la IC por *angustia* 20.83% (n=30), seguido de un 17.36% (n=25) ante el *pedido del paciente o familiar*. En el 15.97% (n=23) el *motivo no fue explicitado*, mientras que el 10.42% (n=15) fue por *síntomas depresivos*. En el 7.64% (n=11) de los pedidos el motivo de interconsulta estuvo asociado a la *relación médico paciente*, el 6,25% (n=9) a *síntomas de ansiedad*, mientras que otro 6,25% (n=9) corresponde a un *motivo social*. Un 4.17% (n=6) corresponde a pacientes con un *diagnóstico previo por salud mental*, al igual que los pedidos de interconsulta por *dolor* 4.17% (n=6). En un 2.78% (n=4) les siguen aquellos pedidos en los que se solicita a la residencia de Psicología Clínica evaluación de *diagnóstico diferencial* y un 2.08% (n=3) fue por *consumo de sustancias*. Por último, se halló que los pedidos de interconsulta menos frecuentes fueron por síntomas psicóticos 0.69% (n=1), conductas de riesgo 0.69% (n=1) y

trastornos del sueño 0,69% (n=1). Los resultados se sintetizan en la *tabla n°1*.

2. **En relación a la distribución por género** de los pacientes, el mayor número corresponde a femenino 50% (n=58), siendo el 47.41% masculino (n=55), y el 3.48% no explicitado (n=3).
3. En cuanto al **periodo de tiempo** en el que fueron solicitadas las interconsultas, se encontró que en el período de Junio a agosto 2023 hubo un total de 22 pedidos (18,97%), entre septiembre a noviembre 2023 un total de 37 pedidos (31.90%) siendo el periodo con mayor número de interconsultas. En el periodo de diciembre 2023 a febrero 2024 hubo un descenso de solicitudes, siendo 28 los pedidos (24.14%), mientras que en el periodo de marzo a mayo 2024 no hubo cambios significativos y los pedidos fueron 29 (25%)
4. Por último, con respecto a los **servicios** que solicitaron la intervención de psicología, los pedidos fueron solicitados principalmente por las unidades de internación de clínica médica en un 76.5% (n=88). Luego las salas de Neurología con un 8.6% (n=10). En tercer lugar se encuentra la Unidad de Terapia Intensiva con 7.8% (n=9), Otorrinolaringología con un 3.45% (n=4), Unidad Coronaria 1.72%. (n=2) y las menos frecuentes por parte de Cuidados Paliativos 0.86%. (n=1) y Ginecología 0.86%. (n=1).

Tabla 1. Principales resultados sobre motivos de solicitud de la interconsulta.

Motivo de Interconsulta	N (total)	%
Angustia	30	20.83%
Pedido del paciente y/o familiar	25	17.36%
Motivo no explicitado	23	15.97%
Síntomas depresivos	15	10.42%
Relación médico paciente	11	7.64%
Síntomas de ansiedad	9	6,25%
Motivo social	9	6,25%
Diagnóstico previo por Salud Mental	6	4,17%
Dolor	6	4,17%
Diagnóstico diferencial	4	2,78%
Consumo de sustancias	3	2,08%
Síntomas psicóticos	1	0,69%
Conductas de riesgo	1	0,69%
Trastornos del sueño	1	0,69%
Total	144	100%

Discusión

Basándonos en el conocimiento que tenemos como residentes de psicología de diferentes corrientes teóricas, insertos en la formación clínica hospitalaria y en contacto con el discurso médico de diversas especialidades, nos propusimos identificar cuestiones clínicas referidas al entrecruzamiento de los pedidos médicos que consideran pertinentes para una interconsulta psicológica y las interpretaciones de esos pedidos, posteriormente agrupados en las categorías acordadas.

En cuanto al armado de las clasificaciones de los pedidos, hubo debate acerca de la categoría “no refiere”, ya que se agrupan tanto los pedidos que no tienen más información que la sala médica, número de cama del paciente y su diagnóstico clínico como también aquellos pedidos que piden valoración por psicología o apoyo psicológico. Se consensuó agruparlos en esta categoría debido a que, si bien se solicitaba una evaluación o intervención psicológica, no se explicita en referencia a que problemática corresponde la necesidad de dichas prácticas. Los motivos por los cuales fue alta la tasa de “no refiere” son desconocidos.

Otra de las categorías que generó controversias fue “angustia” por su inespecificidad y posible solapamiento con ansiedad y/o depresión. Se identificó que, si bien corresponde a una evaluación más exhaustiva el otorgar diagnósticos de trastornos depresivos y de ansiedad, la clasificación de angustia describe mejor el malestar emocional reactivo a la situación de internación e impacto del malestar físico en el ánimo. En varios pedidos, los médicos utilizaron la palabra textual “angustia”, y en otros pedidos se utilizó, por ejemplo, “labilidad emocional” o “se lo ve lloroso”. Esta categoría fue el motivo de pedido más solicitado, por lo cual podría tener cierto correlato el impacto de la situación de internación a la afectación transitoria del estado del ánimo. En este sentido, se halla una correlación con los resultados de Catani et al (2012), ubicando como motivo de consulta más frecuente cuando los médicos observan que sus pacientes presentan un sufrimiento psíquico.

En relación a las categorías “pedido del paciente y/o familiar” y “motivo social”, destacamos su necesidad de inclusión y no hallamos correlación con otras investigaciones o literatura académica que estudie estas variables y su impacto en la evaluación y atención de las interconsultas.

En referencia a la cantidad significativa de pedidos de interconsulta desde el servicio de clínica médica, se sostiene la hipótesis de que por un lado, sea un servicio que presenta mayor prevalencia de internaciones prolongadas y genere mayor impacto en la salud mental de los pacientes, como por otro lado que sea un servicio que tiene mayor caudal de pacientes. Queda para futuros estudios profundizar sobre este resultado y sus posibles explicaciones.

Conclusión

El estudio demuestra ser valioso no solo para la identificación de la distribución de los pedidos de consulta y la multiplicidad de problemáticas presentadas, si no también para la mejora de la comunicación interdisciplinaria en el marco hospitalario. Consideramos necesario el estudio de la clasificación de los pedidos de interconsulta solicitados y posteriormente evaluados por los interconsultores en futuras investigaciones, profundizando tanto en la clasificación los pedidos realizados por médicos ajenos al ámbito de la salud mental, como también las diferencias en las evaluaciones de psicólogos de diferentes marcos teóricos sobre esos mismos pedidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Fabrissin, J. (2011). La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXII, 356-367.
- Gamsie, S. (2004). Interconsulta. Una práctica del malestar. Capítulo 4. Editorial Filigrana, Buenos Aires.
- Hill, C. (2015). Consensual Qualitative Research (CQR): Methods for Conducting Psychotherapy Research. 10.1007/978-3-7091-1382-0_23.
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 473-483. doi:10.1037/ccp0000083
- Lusilla-Palacios, P., Castellano-Tejedor, C., Navarro-Marfisis, M. C., & Gonzalez-Viejo, M. A. (2013). Interconsulta y Psiquiatría de Enlace en una Unidad de Lesión Medular: Aspectos teóricos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 106, 43-53
- Miracco, et al., (2015). Interconsulta y terapia cognitivo conductual El rol del psicólogo en el hospital. Ficha de cátedra. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Salgado, M., Martínez Didolich, L., Calvete, C., Fornaciari, V., Di, M., Romano, C., Marcó, M., Bertinatto, M. (2014). Interconsulta: ¿qué, cuándo, cómo y por qué?. 10.13140/RG.2.1.3098.0962.
- Smaira, S.I. y cols. (2003). Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1), 18-25.
- Spangler, Patricia & Liu, Jingqing & Hill, Clara. (2012). Consensual Qualitative Research for Simple Qualitative Data An Introduction to CQR-M.
- Tenconi, J. C. (2003). El abordaje de las crisis: Urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XIII, 97-102.