

Interconsulta y salud mental: abordajes, evaluación e intervención del psicólogo clínico.

Giusti, Sheila Daiana y Altamirano, Cecilia.

Cita:

Giusti, Sheila Daiana y Altamirano, Cecilia (2025). *Interconsulta y salud mental: abordajes, evaluación e intervención del psicólogo clínico. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/538>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/zcy>

INTERCONSULTA Y SALUD MENTAL: ABORDAJES, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Giusti, Sheila Daiana; Altamirano, Cecilia
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La interconsulta en salud mental es conceptualizada como una modalidad de intervención en la que un médico solicita la participación un profesional de la salud mental, para colaborar en el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente internado o en tratamiento por otra causa clínica (Fabrissin, 2011). Constituye un dispositivo clave en el ámbito hospitalario al permitir integrar la dimensión psicológica en el abordaje de pacientes internados por enfermedades médicas. El presente trabajo se propone explorar los principales motivos de consulta y analizar el rol del psicólogo clínico.

Palabras clave

Interconsulta - Salud mental

ABSTRACT

CONSULTATION-LIAISON AND MENTAL HEALTH: APPROACHES, EVALUATION AND INTERVENTION OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST
Consultation-liaison in mental health is conceptualized as a type of intervention in which a physician requests the participation of a mental health professional to collaborate in the diagnosis, treatment, or follow-up of a patient hospitalized or undergoing treatment for another clinical cause (Fabrissin, 2011). It constitutes a key tool in the hospital setting, allowing the integration of the psychological dimension in the management of patients hospitalized for medical conditions. This paper aims to explore the main reasons for consultation and analyze the role of the clinical psychologist.

Keywords

Consultation-liaison - Mental health

LA INTERCONSULTA EN SALUD MENTAL Y LOS INICIOS EN ARGENTINA

La interconsulta en salud mental constituye una modalidad específica de intervención clínica que se despliega cuando los equipos de otras especialidades médicas solicitan la evaluación o asistencia de un profesional de salud mental frente a la presencia de síntomas psicológicos o conductas que interfieren en el curso de una enfermedad médica, con el objetivo de colaborar en el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente internado o en tratamiento por otra causa clínica (Fabrissin, 2011). En estos escenarios, el rol del psicólogo clínico adquiere particular relevancia, dado que su tarea implica no sólo valorar el estado mental del paciente, sino también considerar aspectos subjetivos que inciden en la expresión del malestar, aportar habilidades específicas para el manejo del estrés, la adaptación a la enfermedad crónica y la mejora en la adherencia terapéutica. En la misma línea Ferrari et. al, (2019) destaca el potencial de la interconsulta para fortalecer las habilidades comunicacionales de los equipos de salud. Los autores señalan que no sólo aporta una perspectiva clínica especializada, sino que también funciona como herramienta de análisis del acto médico, estableciendo vínculos con la formación profesional, el ejercicio médico y el proceso de cuidado. El abordaje del pedido de interconsulta requerirá realizar un diagnóstico de carácter situacional, considerando múltiples actores implicados: el paciente y su entorno familiar, el equipo de salud (enfermería y médicos tratantes) y la propia institución.

Respecto a los antecedentes históricos de la interconsulta, Fabrissin (2011), ubica en el siglo XIX la incorporación incipiente de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. En el siglo XX el desarrollo del psicoanálisis y la medicina psicosomática fueron factores esenciales que permitieron incluir la participación de los psiquiatras en situaciones que excedían un tratamiento psicopatológico de base. En Argentina, la interconsulta comienza a instalarse en 1960 a partir de médicos psiquiatras de orientación psicoanalítica. Sus referentes fueron el Dr. Krapf, en el Hospital Británico, el Dr. Insúa, en el Hospital Nacional de Clínicas, y el Dr. Goldemberg, en el Policlínico Aráoz Alfaro. Si bien, en la práctica clínica continúan prevaleciendo los enfoques psicoanalíticos, en la actualidad, las Prácticas Basadas en la Evidencia se encuentran en expansión de la mano de los jóvenes residentes en formación de Psiquiatría y Psicología

Clínica. La práctica de la interconsulta se ejerce en la actualidad por médicos psiquiatras como por psicólogos clínicos y por residentes de salud mental.

Según las Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad (2018), el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación indica que todo servicio de salud mental debe regirse según lo pautado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y en la Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529 (2009). En cuanto a las interconsultas, el documento la considera como un proceso que permite elaborar un diagnóstico integral y clínico, así como contribuir a una comprensión más completa del recorrido sanitario del usuario. Se recomienda que en todo servicio hospitalario debe existir la capacidad de dar respuesta a interconsultas provenientes de otros servicios, tanto en el de salud mental como movilizándose hacia las demás áreas que soliciten la interconsulta para contribuir a una atención integral de la persona y romper con prácticas de modalidad monovalentes de atención.

MOTIVOS DE CONSULTA PREVALENTES

Diversos estudios han documentado una alta prevalencia de trastornos mentales entre los pacientes hospitalizados por patologías clínicas o quirúrgicas, lo que fundamenta la necesidad de dispositivos especializados de interconsulta en salud mental dentro de los hospitales generales. La enfermedad médica en sí misma constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de sintomatología psiquiátrica (Silverstone et al., 2003), y la comorbilidad entre trastornos mentales y enfermedades somáticas se asocia a un peor pronóstico clínico, mayor duración de las internaciones y mayores costos para el sistema de salud (Kathol et al., 2005).

Una revisión sistemática general de la literatura, realizada por van Nieker et al. (2022), tuvo como objetivo proporcionar una visión integral sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en hospitales generales. El estudio, que examinó 11,728 artículos e incluyó diez revisiones sistemáticas, encontró que alrededor de un tercio de los pacientes hospitalizados padece un trastorno psiquiátrico. Los datos extraídos mostraron prevalencias de depresión mayor (12-20%), trastorno de ansiedad generalizada (5%), trastorno de pánico (3%) y delirio (15%). La prevalencia de la demencia varió considerablemente (3-63%). Los autores señalaron importantes vacíos en la investigación para otros trastornos, pero concluyeron que la alta prevalencia confirmada es suficiente para justificar la importancia de los servicios de interconsulta en los hospitales generales. En 2010, se analizaron 107 consultas en el Hospital e Maternidade Celso Pierro (Brasil) e identificaron como principales motivos de interconsulta los “síntomas psicológicos relacionados con la enfermedad” (43%) y la “deficiencia en la adaptación del paciente a la hospitalización” (41%) (Santos, et. al 2011).

En un estudio local realizado en un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se evaluaron 116 pedidos de interconsulta realizados a una Residencia de Psicología por parte de diversas salas de internación médica en un período de 6 meses (Tela, et. al, 2024). Del análisis se desprendieron los siguientes motivos de interconsulta: 1) No explicitado: pedidos de interconsulta difusos que únicamente se menciona el diagnóstico clínico del paciente (ej: “Valoración por psicología”, “Cáncer”). 2) Pedido por parte del paciente y/o familiar. 3) Diagnóstico diferencial entre sintomatología de origen psicológico u orgánico. 4) Depresión. 5) Angustia. 6) Ansiedad (ej: “Miedo a estar sola”, “Sintomatología ansiosa”). 7) Motivo social: relacionado a violencia de género, violencia intrafamiliar, conflictos familiares. Pacientes cuya internación se prolonga por condiciones socioambientales o económicas o escasa red de apoyo. 8) Diagnóstico previo por Salud Mental, pacientes con antecedentes de autolesiones o intentos de suicidio. 9) pacientes con presencia de dolor agudo o crónico. 10) Consumo de sustancias o cuadros de abstinencia. 11) Relación médico paciente: incluyen manejo de la información por parte del equipo médico, reacción del paciente ante diagnóstico reciente, negativa del paciente a realizar tratamiento propuesto, comprensión del paciente sobre su cuadro. 12) Conductas de riesgo. 13) Síntomas psicóticos. 14) insomnio o alteraciones del sueño en contexto de internación (Tela, et. al, 2024).

EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INTERCONSULTA

Beck y Dozois (2011) destacan la utilidad de intervenciones breves y focalizadas basadas en la terapia cognitivo-conductual para reducir síntomas ansiosos o depresivos, mejorar las habilidades de afrontamiento y facilitar la colaboración del paciente con el tratamiento médico.

Además de implementar intervenciones focalizadas en el alivio del malestar emocional, el psicólogo debe realizar una evaluación cuidadosa que permita delimitar con claridad quién es el destinatario principal de la intervención. En muchos casos, el análisis del motivo de consulta revela que resulta pertinente incluir al equipo tratante y/o al entorno familiar como parte activa del proceso terapéutico. Esta ampliación del foco de intervención permite una comprensión más integral de la problemática y favorece un abordaje contextualizado de los factores implicados en el malestar.

En consonancia con lo expuesto anteriormente Fuentetaja y Villaverde (2019) agregan que toda intervención psicológica requiere el consentimiento y la implicación del destinatario. No se puede intervenir clínicamente con un paciente que no ha solicitado ayuda o que no reconoce necesidad de asistencia, aunque pueda presentar dificultades en el vínculo terapéutico o en la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, un primer paso clave es dilucidar con claridad quién necesita la intervención: en muchos casos, esta estará dirigida al profesional de la salud, más que al paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta en la intervención psicológica será la red de apoyo del paciente. Según Canga (2014), será fundamental que la familia sea considerada como una unidad básica de soporte, pero también receptora de ayuda y cuidado psicológico. La internación de un paciente impacta significativamente en la estructura familiar, afectando su funcionamiento interno, su lugar en el ciclo vital, la calidad de los vínculos y la función que el paciente cumple dentro del grupo. Variables como la causa del ingreso, la recurrencia de la enfermedad, el pronóstico y las consecuencias del proceso asistencial pueden tensionar la relación entre la familia, el paciente y el equipo médico, generando malestar emocional y desafíos adaptativos. En determinadas situaciones, la angustia familiar puede interferir en la comprensión de la información médica o en la toma de decisiones, lo cual hace necesario ofrecerles un espacio de escucha y acompañamiento emocional. Estas intervenciones facilitan la elaboración del impacto de la enfermedad, fortalecen la capacidad de afrontamiento y favorecen el funcionamiento familiar ante escenarios

complejos (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Otro contexto clínico que exige un abordaje que incluya a la red de apoyo, es cuando el paciente, por edad o condición médica, no puede expresar sus preferencias o participar activamente en decisiones terapéuticas. En tales casos, los profesionales deben acompañar y guiar a los familiares en este proceso, lo cual requiere competencias comunicacionales específicas. La calidad del vínculo entre el equipo médico y la familia —incluyendo la actitud empática, la claridad en la información y la disponibilidad para resolver inquietudes— influye de forma decisiva en la percepción de apoyo y en la satisfacción de los familiares (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

A partir de las investigaciones mencionadas anteriormente dando cuenta de los motivos de consulta prevalentes y de los objetivos de las intervenciones, así como de los aportes teóricos de áreas como la Psicología Clínica, los Cuidados Paliativos y la Psicología de la Salud, y de la experiencia clínica, se podrían sintetizar los siguientes motivos de consulta:

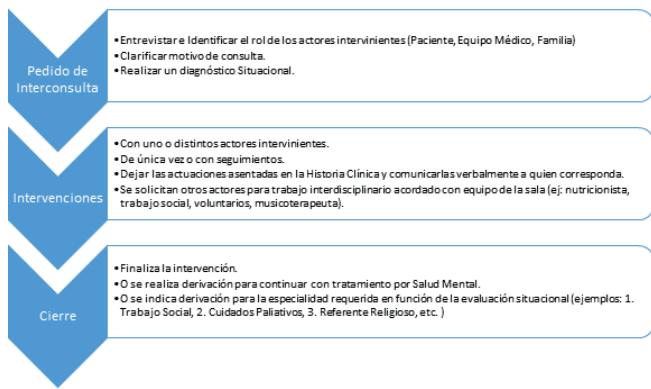
Pedidos de interconsulta/Objetivos de intervención

Centrados en el paciente	Familia	Equipo profesional/Institución
Evaluación y asistencia de síntomas psicopatológicos: previos o reactivos a internación o enfermedad médica (Trastornos mentales, sentimiento de tristeza, ansiedad, angustia, desesperanza, agotamiento emocional, evaluación de riesgo, agitación psicomotriz, consumo de sustancias).	Acompañamiento familiar y contención emocional. Evaluación y posible derivación a tratamiento de salud mental o trabajo social.	Relación médico- paciente. Dificultades en la comunicación del diagnóstico y/o pronóstico
Diagnóstico diferencial entre patología orgánica y psiquiátrica. Evaluación integral de factores psíquicos que favorecen manifestaciones corporales	Cuidado del cuidador.	Flexibilización de pautas institucionales, adaptación a características específicas del paciente para mejorar respuesta (horarios, luces, agregar calendarios).
Psicoprofilaxis. Evaluación previa a intervención médica.	Duelo	Burn out del equipo médico o síntomas psíquicos (disociación, irritabilidad, fatiga, angustia). Apoyo emocional.
Acompañamiento en enfermedades y aceptación (crisis vital).	Reorganización familiar. Fortalecer la red de apoyo.	Encarnizamiento terapéutico.
Adherencia al tratamiento médico y prevención de recaídas por falta de pautas de cuidado. Compresión de enfermedad. Toma de decisiones.	Conflictiva familiar; conflictiva de pareja, violencia.	Aporte visión psicosocial en toma de decisiones clínicas y éticas (derecho de no saber del paciente, principio de autonomía, principio de beneficencia etc).
Dolor crónico.	Claudicación familiar.	Duelo de paciente.
Duelo perinatal/gestacional.	Facilitación de la comunicación con el equipo de salud. Conflicto con equipo de salud.	
Aceptación de pérdida de órgano	Cerco del silencio.	

Es preciso señalar que esta grilla no pretende ser una clasificación exhaustiva que abarque la totalidad de las interconsultas en salud mental o delimita de manera rígida el rol del psicólogo clínico. Por el contrario, los motivos de interconsulta son inherentemente variables, siendo la complejidad y la singularidad una característica frecuente en estos contextos.

Cabe destacar que el pedido de interconsulta explícitamente formulado puede no alinearse con el objetivo final de la intervención. Esta discrepancia se revela mediante un diagnóstico

situacional exhaustivo. Con frecuencia, las solicitudes de interconsulta son amplias, por ejemplo, ‘Diagnóstico de cáncer’, y es responsabilidad del psicólogo clínico, tras un análisis riguroso que incluye entrevistas con el equipo médico, el paciente y sus familiares, definir y priorizar los objetivos de intervención que pueden o no ser congruentes con las expectativas iniciales. Este ejercicio requiere de competencias clínicas específicas asociadas a una sensibilidad y flexibilidad significativas.



RESUMEN DEL CIRCUITO DE INTERCONSULTA

CONCLUSIÓN

La interconsulta en salud mental se ha consolidado como una modalidad de intervención fundamental en el ámbito hospitalario, evolucionando desde sus orígenes psiquiátricos y psicoanalíticos en Argentina hacia un enfoque interdisciplinario más amplio. Su relevancia se justifica en la alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes con patologías médicas, así como en la necesidad de abordar la dimensión psicológica que subyace a la enfermedad física y su tratamiento. El análisis de los motivos de interconsulta revela la variabilidad y complejidad de las demandas, que no se limitan a la evaluación de psicopatología. Por el contrario, la práctica clínica evidencia que la intervención psicológica a menudo se dirige al paciente, la familia, el equipo médico e incluso a las dinámicas institucionales, brindando acompañamiento emocional, facilitando la comunicación entre los actores involucrados, y fortaleciendo la adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, J. S., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. In K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3rd ed., pp. 254-288). New York: Guilford Press.
- Canga, A. (2014, April). Sobre los cuidadores de personas dependientes. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 1, pp. 147-150). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Chen, K. Y., Evans, R., & Larkins, S. (2016). Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry?—a systemic review. *BMC psychiatry*, 16(1). 390.
- Fabrisin, J. (2011). La interconsulta y las actividades de enlace en el hospital general: estrategias para su efectividad. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(99). 356-367.
- Ferrari, H., de Notrica, S. G., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., ... & Zalzman, D. (2019). *Vigencia de la interconsulta*. UBA. Ciencias Médicas.
- Fuentetaja, A. M. L. y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10, e1, 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>.
- Kathol, R. G., Saravay, S. M., Lobo, A., & Ormel, J. (2005). Epidemiologic trends and costs of fragmented care in medical settings: The case for treatment of mind and body. *Psychosomatic Medicine*, 67(3). 335-346.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Recomendaciones para la Red integrada de Salud Mental con base en la Comunidad*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Santos, N. C. A., Slonczewski, T., Prebianchi, H. B., Oliveira, A. G., & Cardoso, C. S. (2011). Interconsulta psicológica: demanda e assistência em hospital geral. *Psicología em Estudo*, 16, 325-334.
- Silverstone, P. H., et al. (2003). Comorbidity in medical inpatients: Prevalence and detection of psychiatric disorders. *General Hospital Psychiatry*, 25(3). 161-165.
- Tela, V. B., Alamanni, L., Forcinito, N. N., & Rubio, M. F. (2024). Análisis cualitativo de los pedidos de interconsulta que llegan a la residencia de psicología de un Hospital General. In *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.
- van Niekerk, M., Walker, J., Hobbs, H., Magill, N., Toynbee, M., Steward, B., ... & Sharpe, M. (2022). The prevalence of psychiatric disorders in general hospital inpatients: a systematic umbrella review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(6). 567-578.
- Wood, R., & Wand, A. P. (2014). The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 76(3). 175-192.