

**UNIDAD DE INTERCONSULTA  
Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO GREGORIO  
MARAÑÓN  
MEMORIA AÑO 2020**

Emilio I.  
Sánchez Díaz



## ***UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.***

### **1.- INTRODUCCIÓN.**

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace es una actividad de la Psiquiatría cuya finalidad es doble: solucionar las peticiones de consulta psiquiátrica y realizar una labor de asesoramiento tanto a Médicos no Psiquiatras como a otros trabajadores sanitarios en distintos medios asistenciales, especialmente en los Hospitales Generales; y además, ocuparse de investigar las relaciones entre los procesos mórbidos somáticos y el psiquismo. Está centrada en el análisis y tratamiento de la morbilidad psiquiátrica en los pacientes médico-quirúrgicos [1].

- **Interconsulta** es la tarea que el equipo lleva a cabo con pacientes y familiares. Es una demanda de asistencia o asesoramiento por parte de un determinado servicio a un equipo especializado que devolverá una opinión experta, diagnóstica y de consejo en el manejo de un paciente y/o familiar.
- **Enlace** es la tarea que el equipo realiza con el Servicio que ha solicitado la interconsulta (médicos y enfermeros) proporcionando información acerca de los procesos psíquicos del enfermo y su familia, sugerencias de manejo, interpretación y mediación, con el objeto de mantener la comunicación y suprimir conflictos entre el paciente y el equipo asistencial. Esta tarea supone docencia, investigación conjunta, unir grupos profesionales con objeto de colaboración y docencia. Así sucede que las actividades de interconsulta y enlace son complementarias.

Desde hace años se viene comprobando que la actividad psiquiátrica y psicológica de interconsulta y enlace hospitalaria no sólo sirve para mejorar la calidad de la asistencia médica que se presta a los enfermos, sino que además es un método muy adecuado para detectar comorbilidad psiquiátrica no diagnosticada, contribuye directamente a mantener y mejorar la formación de todos los demás médicos en este importante ámbito de la salud mental y produce resultados muy positivos en las ratios de coste-efectividad. Todo ello constituye un sólido fundamento empírico en la filosofía de las Unidades Psiquiátricas de Interconsulta y Enlace [2].

Tras el devenir de la terrible pandemia por coronavirus en los comienzos del año 2020, la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría y Psicología ha contribuido a paliar los devastadores efectos psíquicos en pacientes ingresados por COVID19, en sus familiares, y en los profesionales sanitarios.

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace es una parte emergente dentro de la especialidad de la psiquiatría y representa un lugar de encuentro privilegiado entre la Psiquiatría y el resto de la Medicina; es una forma de adentrarnos en los nuevos

parámetros que la “Economía de la Salud” nos está marcando, y hacerlo sin tener que renunciar a aplicar una atención integral al enfermo [3].

Hace ya algunos años la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace ha sido reconocida como sub-especialidad psiquiátrica en EE.UU. y, en febrero de 2009, se publicó La Declaración de Consenso de la Academia de Medicina Psicosomática y la Asociación Europea de Psiquiatría de Consulta y Enlace y Medicina Psicosomática [4] que establece, entre otras, el ámbito de la práctica, los procesos y competencias de los profesionales que trabajan en esta actividad. Puede entenderse que se trata de un paso importante para el reconocimiento en Europa de esta sub-especialidad.

## **2.- EL PORQUÉ DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA.**

La atención en interconsulta y enlace contribuye significativamente a una mejor asistencia del paciente al facilitar el tratamiento de una gran variedad de cuadros psiquiátricos en el contexto de hospital general (Pinc [5]. Siguiendo a Gómez Calle (1991) [6], entre las razones concretas, desde el punto de vista asistencial, que justifican la necesidad de las Unidades de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría se pueden citar:

- La existencia de unidades específicas altamente especializadas y que conllevan la posibilidad de aparición de trastornos psíquicos secundarios en razón de las características de los pacientes en ellas atendidos. UCI, Unidades de Trasplantes, Unidades de Quemados, U. de Coronarios, U. de Neurocirugía, U. de Hemodiálisis, etc.
- La necesidad de atención psicológica a pacientes terminales, oncológicos, crónicos, enfermos de VIH o afectos de patología de dolor crónico.
- La necesidad de cobertura psicológica a pacientes en situación de ser sometidos a intervención quirúrgica de alto riesgo, que requieren pre o post operatorios específicos (cirugía cardiovascular, trasplantes, etc.).
- La admisión de pacientes con problemas psíquicos concomitantes: depresivos, psicóticos, alcohólicos, pacientes con intentos de suicidio, etc.

A esto podemos añadir la necesidad de una atención integral y multidisciplinar en los procesos psíquicos de enfermar y de actuar como enlace entre el dispositivo de Psiquiatría y los diferentes Servicios médicos y quirúrgicos del Hospital.

Y, por último, tras la pandemia por SARS-COV-2 en el último año, hemos sido testigos de la obligatoria transformación de los hospitales en unidades monográficas de atención a pacientes con COVID 19. El sistema sanitario se ha tambaleado, tras un

colapso inicial, teniendo que adaptarse en un contexto de crisis sanitaria sin precedentes. Con este panorama, las Unidades hospitalarias de Interconsulta de Psiquiatría y Psicología han resultado de extrema necesidad para dar atención psicológica y psiquiátrica y enfrentar una situación de desolación, aislamiento y miedo en pacientes y familiares, así como el apoyo psicológico para el personal sanitario, pieza angular de nuestro sistema de salud, que en un porcentaje muy elevado (62,5%, según estudios) han manifestado alguna consecuencia emocional o trastorno psicológico tras la exposición al coronavirus en la primera ola de marzo de 2020.

El resultado ha sido un gran incremento en la demanda asistencial a las Unidades de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología.

### **3.- PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN.**

3.1.- Misión, visión y valores de la Unidad de Interconsulta y Enlace del Instituto de Psiquiatría.

#### **3.1.1.- Misión.**

La misión de las Unidades de Psiquiatría y Enlace es actuar de puente entre la psiquiatría y la medicina con la intención de ofrecer un modelo biopsicosocial de atención sanitaria y colaborar en la prestación de una asistencia sanitaria integral y de calidad que mejore la salud de los pacientes hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos.

#### **3.1.2.- Visión.**

La visión de la Unidad es garantizar la atención en salud mental y satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes hospitalizados y médicos, aplicando una atención de calidad y excelencia, con las técnicas más avanzadas y los profesionales más cualificados.

#### **3.1.3.- Valores.**

Los valores de la Unidad son: eficacia, eficiencia, equidad, confianza, accesibilidad, humanización de la asistencia, trabajo en equipo y compromiso con el paciente y los profesionales de los servicios médicos y quirúrgicos y búsqueda de la excelencia profesional.

#### **3.2.- Análisis y Matriz DAFO.**

Planificar el desarrollo de la Unidad requerirá el conocimiento y análisis del entorno, de los riesgos (amenazas) y de las oportunidades que plantea y de la propia realidad personal o empresarial, especialmente de los Puntos Fuertes y Puntos Débiles de la propia posición.

✓ **Oportunidades:**

-Inclusión en el próximo Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid en el área de nuevas formas de gestión.

-Posibilidad de responder al objetivo del Instituto de Psiquiatría de desarrollarse como área de gestión.

-Posibilidad de competir en calidad ante las nuevas exigencias asistenciales y las nuevas formas de gestión dentro del sistema asistencial público.

-Capacidad de generar nuevas respuestas a nuevos retos asistenciales, diagnósticos o terapéuticos, docentes e investigadores, desde el conocimiento científico actual. Más aún desde la necesidad de atención psicológica tan necesaria tras el impacto de la pandemia.

-Posibilidad de incrementar la presencia de la salud mental en el ámbito hospitalario, participando entre otras, en la ayuda de la gestión sanitaria de la crisis debida al COVID 19.

-Efecto mediático de cara a la opinión pública y sectores político-sociales tras la reciente y amplia experiencia en el manejo de impacto psicológico del COVID 19.

-Posibilidad de crecer en recursos, debido a la amplia demanda asistencial.

✓ **Amenazas:**

-Disminución de la financiación, con posible deterioro organizativo asistencial y riesgo de fracaso del nuevo modelo de gestión.

-Redireccionamiento de las inversiones dentro del área sanitaria, dentro del área de gestión de salud mental y dentro del propio Instituto de Psiquiatría.

-Exigencias desconocidas de nueva gestión en el proceso adaptativo al nuevo diseño de gestión.

-Demandas de intervención por parte de profesionales de servicios médicos y quirúrgicos consideradas inadecuadas/no procedentes y que no se corresponden con los objetivos del plan funcional de la Unidad.

-Escasez de recursos para afrontar la enorme demanda de atención psicológica y psiquiátrica generada tras la pandemia.

-Excesiva dispersión de la actividad asistencial debido a la participación en múltiples programas en diversas áreas médicas y quirúrgicas, ya que prácticamente todos los Servicios (neurología, oncología, cirugía, reumatología, digestivo, neurocirugía, geriatría, medicina interna, paliativos, unidad del sueño, pediatría, ginecología, UCI, ...) ya tienen programas con nosotros o proponen nuestra participación en programas conjuntos.

✓ **Fortalezas:**

-A lo largo de los últimos años se recoge un notable incremento en la necesidad de atención psiquiátrica y psicológica por parte de los distintos servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios, tanto en la modalidad de interconsulta como en relación con programas específicos de enlace.

-La Unidad ha demostrado una capacidad de respuesta y adaptación a las “nuevas demandas y necesidades” del hospital con el fin de aminorar el impacto emocional, social y psicológico de la pandemia, tanto en pacientes y familiares, como en sanitarios.

-Se trata de una actividad compleja y con alto nivel de especificidad dentro del campo de la salud mental.

-Se realizan actividades asistenciales, docentes e investigadoras.

-Cuenta con profesionales muy motivados y bien formados.

-Buena acogida e integración del equipo de la Unidad en el conjunto de los equipos de los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital.

-Buena integración de la Unidad en el Instituto de Psiquiatría del Hospital.

-La actividad potencia la integración del Instituto de Psiquiatría en el resto del Hospital y sirve de puente de comunicación entre el Servicio de Psiquiatría y el resto de los servicios médicos y quirúrgicos facilitando una atención integral.

-La actividad bien desarrollada supone una demostrada mejora en el manejo, evolución clínica y calidad de vida de los pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados que presentan una patología psíquica comórbida.

-La actividad colabora a una mejor gestión de los distintos servicios hospitalarios, entre otros motivos y además de los referidos, por generar una disminución en la solicitud de exploraciones médicas complementarias y de la estancia media hospitalaria.

✓ **Debilidades:**

-Ausencia de un plan estructural y funcional sobre la actividad psiquiátrica de interconsulta y enlace hospitalaria en los documentos oficiales que regulan la atención de la salud mental, tanto a nivel autonómico como estatal.

-Ausencia de mención en el Plan Regional de Salud Mental de la CAM 2018-2020.

-Falta de comunicación con la Oficina Regional de Salud Mental y serias limitaciones de planificación en el Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la Postcrisis por COVID dirigido por este organismo.

-Inexistencia de programas de detección de patología psiquiátrica en pacientes ingresados en servicios médico-quirúrgicos de los hospitales.

-Escasa sensibilización de los equipos directivos y facultativos hospitalarios con la salud mental.

-Escasos recursos humanos en el dispositivo en relación con las expectativas y exigencias.

-Falta de estudios sobre análisis de necesidades y demandas que permitan definir orden de prioridades en el establecimiento de programas de enlace.

-Falta de evaluación de los programas de enlace desarrollados.

-Falta de protocolos de tratamientos psicofarmacológicos en pacientes hospitalizados en servicios médicos-quirúrgicos con patología comórbida.

-Falta de estudios de investigación multicéntricos hospitalarios específicos que promuevan la adaptación de los recursos asistenciales a las necesidades objetivadas en la población hospitalaria.

Así pues, como estrategia se establece reducir los puntos débiles, afrontar o huir de las amenazas, mantener los puntos fuertes e impulsar las oportunidades.

### **3.3.- Objetivos**

#### **3.3.1.- Objetivos generales:**

- Propiciar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de los pacientes hospitalizados facilitando una atención integral.
- Mejorar la formación de los profesionales y personal sanitario que permita la detección precoz y abordaje de cierta patología psicosocial de los enfermos.
- Contribuir a la mejora de la gestión del centro hospitalario donde la unidad desarrolle su actividad.

### 3.3.2.- Objetivos específicos:

- Evaluación psicopatológica y tratamiento específico de los pacientes hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos.
- Atención psicológica de los pacientes ingresados en su proceso de enfermar y apoyo a sus familiares.
- Atención psicológica a profesionales sanitarios.
- Contribuir a la detección precoz de psicopatología en pacientes hospitalizados que permita establecer medidas terapéuticas con prontitud.
- Establecer un tiempo de respuesta breve, muy breve o de inmediatez atendiendo al carácter de las peticiones de interconsulta (curso normal, preferente o urgente, respectivamente).
- Contribuir, conjuntamente con el resto de los profesionales, en la reducción de riesgos y eventos adversos e incremento de la seguridad de los pacientes hospitalizados.
- Contribuir a rentabilizar el rendimiento del Servicio de Psiquiatría al actuar como filtro selectivo en la derivación a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de pacientes hospitalizados en plantas médicas o quirúrgicas y, por otro lado, servirle como brazo de continuidad en el medio hospitalario para el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de la propia institución.
- Contribuir a la reducción de costes hospitalarios al facilitar la disminución de solicitud de pruebas clínicas complementarias y el acortamiento de la estancia media del paciente hospitalizado en los servicios médicos o quirúrgicos.



## **4.- DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE ADULTOS DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN.**

### **4.1.- INCREMENTO PROGRESIVO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.**

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace ha presentado en las últimas décadas, muy significativamente en el último año, un importante crecimiento, al que han contribuido de forma determinante diversos factores:

- La aparición de las “nuevas patologías psiquiátricas y nuevas demandas” que se producen en el medio hospitalario (comunicación de malas noticias, impacto de crisis, vivencias catastróficas), vinculadas en gran medida a la medicalización de los tránsitos vitales. La pandemia por SARS-COV-2 ha sido el factor más explosivo y exigente para nuestra Unidad a lo largo del año 2020.

- El incremento de la demanda de una atención de mayor calidad al enfermo, la frecuencia en aumento de enfermedades somáticas crónicas, y de una demanda real de atención psiquiátrica y psicológica en general que, aunque está muy lejos de la demanda potencial tiende a aproximarse.

- La elevada prevalencia de las patologías psíquicas entre los sujetos ingresados en las áreas no-psiquiátricas. Debemos tener en cuenta el incremento sustancial de la población geriátrica, especialmente de los muy ancianos, y el consecuente incremento de la prevalencia de patología psiquiátrica, particularmente de los trastornos exógenos y las demencias. Asimismo, el progresivo aumento, especialmente entre los jóvenes, de ciertos patrones de conducta perjudicial para la salud, que conlleva un aumento de la incidencia y prevalencia de trastornos mentales (abuso de alcohol y otras sustancias, droga, conductas parasuicidas, etc.).

El paciente hospitalizado puede presentar un cuadro psicopatológico concomitante con su patología física, pero también, y en mayor medida, reactivo a su patología física y/o proceso de hospitalización, y/o derivado de su patología física; esto explica la alta comorbilidad, mucho mayor que en la población general.

#### **4.1.1.- Datos sobre el incremento de actividad en nuestra Unidad de Interconsulta y Enlace:**

Los datos recogidos a través del HCIS en nuestro Hospital, también reflejan este incremento en la demanda de interconsulta a Psiquiatría y Psicología:

- Durante el año 2018 se realizaron 1.201 peticiones de interconsulta a la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría y Psicología (811 peticiones a psiquiatría y 390 a

psicología), para valorar y/o tratar a pacientes adultos ingresados en los diferentes servicios médicos o quirúrgicos.

- En 2019, se han realizado 1.431 peticiones de interconsulta de psiquiatría y psicología de adultos (910 a psiquiatría y 521 a psicología). Es decir, un aumento de la actividad del 19,2% en relación a 2018.
- Y en 2020 se han realizado 1.727 peticiones de interconsulta de psiquiatría y psicología en pacientes hospitalizados (1.172 a psiquiatría y 555 a psicología), lo que supone un incremento del 20,7% con respecto al año previo y un incremento del 43,8% con respecto a 2018.

#### **4.2.- ANÁLISIS DEL ORIGEN Y TIPO DE DEMANDA EN LA UNIDAD DE INTERCONSULTA HOSPITALARIA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA.**

Mayou y Sarpe (1991) [7] clasifican los motivos de consulta más frecuentes en una Unidad de Interconsulta de Psiquiatría hospitalaria:

- El primero constituido por pacientes remitidos principalmente por síntomas psíquicos asociados a enfermedad física, bien como reacción a la enfermedad o secundarios a la misma o a los tratamientos establecidos. Este grupo se corresponde con las peticiones que se refieren tanto a alteraciones emocionales (sintomatología afectiva y ansiedad) como a patología orgánica (confusión, agitación y delirio, entre otras).
- En segundo lugar, pacientes en los que predomina la sintomatología somática pero no se encuentra explicación adecuada (sintomatología funcional).
- En tercer lugar, se incluyen aquellos casos con trastornos de conducta, autolesiones, abuso de sustancias y problemas de rol-relación.
- Un cuarto grupo constituido por las interconsultas en relación con las evaluaciones de capacidad o competencia, y/o de idoneidad para la realización de alguna intervención médica o quirúrgica. No es infrecuente que se solicite la intervención del psiquiatra con el objetivo primordial de que se consiga convencer al paciente para que acepte la propuesta de su médico (Medrano J y Santander F, 2003) [8].

**4.2.1.- En nuestra Unidad de Interconsulta y Enlace**, de forma similar a otros hospitales generales, la mayor demanda de interconsultas proviene de aquellos Servicios con mayor número de camas:

- Medicina Interna, especialmente el área de Infecciosas, donde nos solicitan valoración de procesos adaptativos asociados al VIH, tratamientos de síndrome abstinencia, valoración de capacidades y deterioro cognitivo en encefalopatía por VIH. La enfermedad COVID19 ha determinado la demanda tras la pandemia, protocolizando nuestra asistencia a todos los pacientes COVID 19 que salen a planta desde la UCI tras un período de ventilación mecánica. El manejo del síndrome confusional y el déficit cognitivo (transitorio en su mayoría) ha precisado de un programa de estimulación cognitiva desarrollado por nuestra enfermera de enlace.
- Traumatología, destacando las intervenciones en pacientes precipitados en un contexto suicida y atención psicológica en politraumatismos tras accidentes.
- Oncología, donde ya existe un Programa de Enlace de Psico-oncología, con especial dedicación en disminuir el impacto emocional de la enfermedad.
- Unidad de Paliativos, intervención en procesos oncológicos crónicos y terminales, con apoyo a pacientes y familiares en el afrontamiento de la pérdida. También cuenta con un Programa de Enlace específico.
- Neurocirugía, principalmente en pacientes con daño cerebral adquirido, tanto para valoración y diagnóstico del deterioro cognitivo, como el tratamiento del síndrome confusional, la agitación o los síntomas psicóticos y afectivos asociados a dicho proceso.
- Cardiología (Cirugía cardíaca), donde de forma programada se atienden a los pacientes incluidos en el programa de trasplante cardíaco: valoración pre-trasplante, apoyo y seguimiento psicológico durante todo el proceso.
- Neurología, siendo especialmente relevante la solicitud de valoración de sintomatología de características conversivas.
- Digestivo, con un volumen importante de solicitudes para valoración y tratamiento de pacientes con problemas de alcoholismo, síndromes de abstinencia alcohólica, delirium, Sd Wernicke-Korsakoff, deterioro cognitivo por encefalopatía hepática. También destaca la atención psicológica en pacientes sujetos a trasplante hepático.
- Geriátrica, tanto en su Unidad de hospitalización en la zona de La clínica, como en IPR. El perfil predominante es el paciente geriátrico con trastorno adaptativo al ingreso prolongado y la pérdida de capacidad funcional, el deterioro cognitivo

asociado a enfermedades neurodegenerativas y las alteraciones conductuales secundarias a demencia.

Pero también, existen Servicios que, a pesar de un menor número de camas, requieren de nuestra intervención:

- UCI y REA, principalmente para el manejo del paciente agitado en el despertar, la atención a pacientes y familiares en situación de trauma psíquico y el apoyo psicológico al personal sanitario durante la pandemia. Debido a la crisis sanitaria por el COVID 19, además se han multiplicado las camas de UCI.
- Neumología, donde la demanda más habitual de interconsulta había sido para valoración de posibles trastornos funcionales, tras la pandemia, la práctica totalidad de las interconsultas han sido condicionadas por el enfermo COVID grave (aquellos que precisan soporte ventilatorio vital), con importante repercusión funcional, anímica y cognitiva.
- UAR (Unidad de Acceso Restringido), para la atención psiquiátrica y psicológica de pacientes hospitalizados en situación penitenciaria.
- Nefrología, destacando la intervención en el Área pos-trasplante renal.

## **5.- PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA HOSPITALARIA.**

### **5.1.- Dependencia:**

La Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología depende orgánica y funcionalmente del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

### **5.2.- Objetivo principal:**

Tiene como principal objetivo prestar asistencia en salud Mental (psiquiátrica y psicológica) a todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en cualquier Servicio Médico o Quirúrgico del Hospital que lo precise y desarrollar Programas de Enlace con los diferentes Servicios.

### **5.3.- Necesidades:**

Para la consecución de los objetivos, la Unidad de Interconsulta necesita:

- El desarrollo de un trabajo bajo un modelo integrador y facilitador de la máxima calidad de atención sanitaria.
- Una dotación adecuada de recursos humanos con alta cualificación y experiencia.
- Una buena organización y planificación que permita un uso eficiente de los recursos con una buena gestión del tiempo.
- Una estrecha colaboración y coordinación con los demás servicios hospitalarios médicos y quirúrgicos y, de una manera muy especial, con el equipo de la unidad de trabajo social hospitalaria y con el resto de las unidades y recursos asistenciales del propio servicio de psiquiatría del área.

#### **5.4.- Recursos humanos:**

Las unidades de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología, deberán estar constituidas por un equipo multidisciplinar, a dedicación plena, coordinado por un responsable con capacidad de liderazgo e integrado por psiquiatras, psicólogos y diplomados en enfermería con formación en salud mental. Evidentemente, desde un punto de vista cuantitativo, la composición del equipo debe ser proporcional a las especificidades asistenciales y tamaño (número de camas) del hospital correspondiente.

El equipo de interconsulta y enlace debe ser multidisciplinar y trabajar como una unidad identificable, accesible y también estable. La accesibilidad y la estabilidad del equipo, es fundamental. Para que este programa tenga éxito, el equipo debe ser visible, estar presente en la vida diaria del hospital y tener una plantilla estable.

El elemento más valioso de este equipo es el aspecto integrador del campo que incluye el conocimiento y manejo de distintas técnicas psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y de cuidados.

**La Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría del H. G. U. Gregorio Marañón** da cobertura a las cerca de 1.300 camas de las que dispone el Hospital, incluido el edificio del Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR) en la calle de Francisco Silvela.

Debido al progresivo incremento de la demanda de los últimos años (sobre todo desde el inicio de la pandemia en 2020), así como la creación de nuevos programas de Enlace, ha crecido en recursos humanos, con la incorporación en junio de 2019 de una enfermera de enlace y un psiquiatra con dedicación a tiempo parcial ha pasado a tiempo completo desde marzo de 2020.

Si bien es cierto que, durante los meses de marzo y abril de 2020 en la primera ola de la pandemia, la Unidad de Interconsulta contó con innumerables profesionales psiquiatras

y psicólogos de apoyo, incluidos PIR y MIR; la mayoría voluntarios de otras áreas como las Unidades de agudos, CSM y servicio infantojuvenil; posteriormente se restableció la plantilla habitual, con el refuerzo por contratos temporales COVID de 1 psicólogo a tiempo completo y otro a tiempo parcial (compartido con CSM Moratalaz).

En la actualidad, los profesionales con los que cuenta la Unidad son:

- Tres psiquiatras: un 80% dedicado a la Interconsulta de pacientes hospitalizados y un 20% consulta externa.
- Tres psicólogas: un 60% dedicado a Interconsulta de pacientes hospitalizados, familiares y apoyo a personal sanitario (individual y grupal) y un 40% consultas externas.
- Dos psicólogos de refuerzo desde mayo de 2020, tras la pandemia, con contrato temporal vinculado al COVID, para prestar prioritariamente atención psicológica a profesionales sanitarios y familiares de pacientes, incluido detección y prevención del duelo patológico.
- Una enfermera especialista en Salud mental, a tiempo completo.
- Así mismo, cuenta con la rotación (4 meses) de MIR de Psiquiatría y PIR de psicología de nuestro Hospital, además de MIR y PIR de otros hospitales, con rotatorio programado desde el Hospital Rodríguez Lafora.
- También rotación (dos meses) de MIR de neurología y medicina laboral de nuestro hospital (éstos últimos, tras la pandemia han dejado de rotar con nosotros, al priorizar desde su Servicio la tarea asistencial en el mismo). Y finalmente, rotación EIR como parte de la formación de enfermería en la especialidad de salud mental.
- Por último, dispone de auxiliar administrativa compartida con otras Unidades del Instituto de Psiquiatría.

No obstante, el número de profesionales de la Unidad de IC está muy alejado de los ratios recomendables. Holmes et cols, 2011, establecen que, con el fin de proporcionar un de servicio integral y de calidad, una unidad de Interconsulta y Enlace requiere cerca de 1.0 clínicos por cada 100 camas [9].

Esta brecha entre recursos y necesidades de asistencia en salud mental se ha hecho más patente, si cabe, tras la pandemia por coronavirus.

### **5.5.- Recursos materiales:**

La Unidad dispone de un despacho común, ubicado en la planta de baja del edificio de Psiquiatría, donde se realizan las reuniones del equipo a diario, la coordinación de las interconsultas y las anotaciones clínicas en el HCIS en los 5 ordenadores de los que disponemos.

Además, se ha dotado a la Unidad de 2 ordenadores portátiles, para facilitar el trabajo en la historia clínica del paciente cuando nos trasladamos a otros Servicios a efectuar la valoración o seguimiento del caso que proceda. También disponemos de una Tablet para facilitar la comunicación paciente-familia, que ha supuesto un avance en la humanización de la asistencia a raíz de la pandemia de coronavirus.

Por último, la Unidad cuenta con tres teléfonos móviles (uno para psiquiatría, otro para psicología y otro para enfermería de enlace) para estar localizados más fácilmente en todo momento, atender las interconsultas urgentes y facilitar la coordinación con el resto de Servicios del Hospital.

### **5.6.- Ámbito de aplicación clínica:**

#### **5.6.1.- PSIQUIATRÍA:**

Según establece La Declaración de Consenso de la Academia de Medicina Psicosomática y la Asociación Europea de Psiquiatría de Consulta y Enlace y Medicina Psicosomática [4] en 6 categorías al conjunto de pacientes que constituyen el ámbito de actuación clínica de la Unidad:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos y físicos comórbidos cuando unos complican la gestión de los otros y viceversa.
- Pacientes con síntomas sin explicación médica relacionada con alteraciones psicofisiológicas o trastornos somatomorfos.
- Pacientes con patologías psiquiátricas que son la consecuencia directa de una enfermedad médica o su tratamiento.
- Pacientes con trastornos neuropsiquiátricos que requieren intensos estudios médicos complementarios o terapéuticos.
- Los pacientes con intento de suicidio y autoagresión deliberada en el entorno médico.

- Pacientes con conductas sobre su salud, la función cognitiva, las situaciones sociales o rasgos de personalidad que impiden el tratamiento efectivo de su condición médica.

#### 5.6.2.- PSICOLOGÍA CLÍNICA:

- Pacientes ingresados en diversos servicios hospitalario con antecedentes en salud mental que requieran seguimiento o, aunque nos los tengan, sí se detecten en ese momento o pueden plantear sintomatología reactiva, en ocasiones severa, como fruto de la condición que provoca el ingreso.
- Pacientes en los que puede concurrir un componente conversivo o facticio en la presentación del cuadro clínico, precisándose tanto de un diagnóstico adecuado como de un tratamiento acorde al mismo.
- Pacientes que sufren pérdidas de gran impacto, con riesgo de evolucionar hacia duelos patológicos u otras alteraciones.
- Aquellos en los que se detecta un componente psicossomático en el inicio o curso de la enfermedad.
- Pacientes con reacciones adaptativas al proceso de enfermar y/o al ingreso prolongado.

#### 5.6.3.- ENFERMERÍA DE ENLACE:

El perfil del paciente que entra dentro del área de actuación de la Enfermera de enlace es un paciente que necesita una asistencia compleja debido a la comorbilidad de procesos patológicos orgánicos con los problemas de salud mental. Esta elevada complejidad puede derivarse de un proceso psiquiátrico agudo, procesos disfuncionales socio-familiares y/o atención sanitaria excesivamente segmentada, con dificultad para mantener un adecuado seguimiento.

#### 5.7.- Funciones del profesional de enlace:

1. Ayudar al paciente y a su familia a enfrentar de la mejor manera posible la crisis constituida por la enfermedad, validándoles su experiencia emocional como una reacción legítima.
2. Ayudarlo a superar el temor y la negación.
3. Ayudar al paciente a enfrentar el dolor, la limitación funcional y en oportunidades la mutilación.



4. Facilitar la elaboración del duelo por pérdidas ocurridas con la enfermedad o como consecuencia de ésta, incluso el enfrentamiento con la muerte.
5. Ayudar al paciente a efectuar cambios en su auto imagen de tal manera que se integren aspectos de la enfermedad sin que su identidad quede limitada a este sólo asunto de su vida.
6. Aumentar la capacidad de tolerar la dependencia, la cronicidad, el aislamiento y los necesarios cambios en el estilo de vida.
7. Tratar específicamente reacciones de angustia y/o depresión, síndromes confusionales y alteraciones en el patrón de sueño.
8. Ayudar al paciente a adaptarse al rol de enfermo.
9. Servir de nexo entre el paciente y el equipo de salud, cuando se requiera.

#### **5.8.- Cartera de servicios:**

La demostrada mejora, a través del diagnóstico precoz y tratamiento inmediato, en el manejo, evolución clínica y calidad de vida de los pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados que presentan patologías psiquiátricas comórbidas, así como el significativo incremento de la demanda de atención psiquiátrica y psicológica por parte de los distintos servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios, estimulan el desarrollo de la Unidad de Interconsulta y Enlace y al mismo tiempo obligan a los equipos a diseñar intervenciones y programas flexibles y pertinentes en aras de una mejor gestión de las mismas (10).

Durante el año 2020 se ha puesto a prueba la capacidad asistencial de nuestro sistema sanitario. En consonancia a esta circunstancia, nuestra Unidad de Interconsulta, inmersa en la necesidad de atender con prontitud/urgencia un sinnúmero de pacientes hospitalizados por COVID 19, familiares y profesionales afectados por la situación de pandemia, desarrolló una serie de Programas específicos.

En el Área de Interconsulta y Enlace del Instituto de Psiquiatría del Hospital Gregorio marañón, disponemos de la siguiente cartera de servicios:

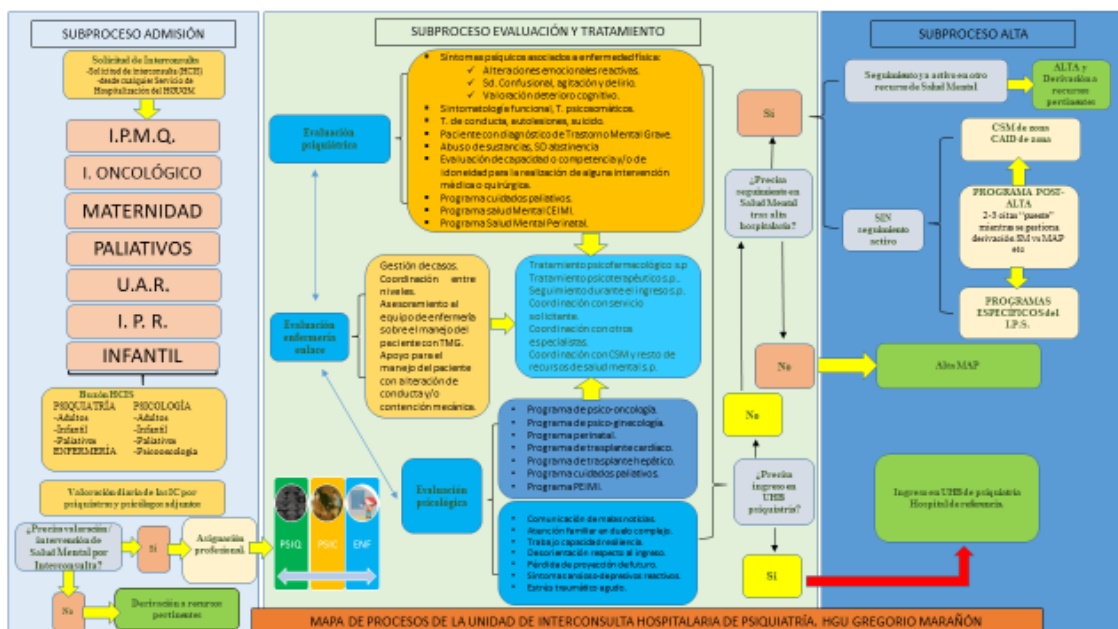
- ❖ Evaluación diagnóstica, a demanda del personal médico mediante petición de interconsulta en el HCIS, de pacientes mayores de 18 años ingresados en los diferentes servicios médicos y quirúrgicos del hospital.
- ❖ Realización de Informe de evaluación.

- ❖ Abordaje terapéutico de los pacientes que lo requieran: tratamiento psicofarmacológico, orientación y consejo terapéutico individual y familiar, y tratamiento psicoterapéutico individual.
- ❖ Comunicación de malas noticias. Atención familiar en duelo complejo. Atención psicológica en Estrés traumático agudo.
- ❖ Coordinación con el Servicio que realiza la interconsulta.
- ❖ Seguimiento del caso, cuando lo precisa, y coordinación con Trabajo social, recursos comunitarios de Salud mental (CSM, CRPS, MR, etc), CAID y Atención primaria.
- ❖ Asesoramiento al personal sanitario.
- ❖ Programas Específicos de Interconsulta y Enlace:
  - Programa psicológico de Trauma (pendiente de redefinir).
  - Programa de Psico-oncología (pendiente de actualización).
  - Programa de Evaluación de Trasplantes.
  - Programa de Psico-ginecología.
  - Programa de Peri-natal.
  - Programa de cuidados paliativos.
  - Programa de Enfermería de Enlace.
  - Programa PEIMI.
- ❖ **Programas desarrollados a lo largo del año 2020 con motivo de la pandemia:**
  - PROGRAMA DE INTERCONSULTA de Psiquiatría y Psicología COVID-19.
  - Programa de atención psicológica al personal sanitario.
  - Programa de atención al paciente COVID en situación de últimos días.
  - Programa de atención COVID POST-UCI.

- Programa de estimulación cognitiva.

## 5.9.- Procedimiento asistencial:

### 5.9.1.- Mapa de procesos:



### 5.9.2.- Procedimiento de Interconsulta:

Se trata de un conjunto de actividades a realizar de manera protocolizada como respuesta a una interconsulta a demanda sobre un paciente concreto, a instancia de un médico de cualquier servicio médico o quirúrgico del hospital. Se configura con la sucesión ordenada de los siguientes pasos, decisiones y tareas:

- 1.- Recepción de la petición de interconsulta a través de la historia clínica electrónica HCIS.
- 2.- Revisión, lectura y recogida de la información clínica sobre el paciente de la base de datos, utilizando la historia clínica electrónica (HCIS y HORUS). Deberá prestarse atención especial a los antecedentes psicopatológicos y de tratamientos psiquiátricos y psicológicos previos.
- 3.- Siempre que sea posible se realiza una breve entrevista con el médico solicitante y se establece contacto con el personal de enfermería, con el objetivo de recabar la mayor información sobre el estado clínico del paciente. Se considera muy importante poder confirmar que el paciente tenga conocimiento de la visita del consultante, y poder conocer aspectos relacionados con el motivo latente de consulta y demanda del paciente.

4.- Entrevista clínica con el paciente donde se abordan los siguientes aspectos: enfermedad actual, motivo de ingreso hospitalario, motivo de la interconsulta, antecedentes personales y familiares, personalidad premórbida, psicobiografía y exploración psicopatológica. Se recomienda disponer de una batería de screening básico de evaluación psicométrica, de ágil utilización, compuesta por: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), Escala CAMs para evaluación de delirium, Escala GAF para evaluar funcionamiento global, Test de screening para el Trastorno de Somatización de Ohtmer y DeSouza y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido DUKE-UNC.

5.- Siempre que sea posible, se realizará una entrevista con algún miembro significativo de la familia.

6.- Después se emite un informe que se registra en la historia electrónica HCIS del paciente.

El informe escrito, que cumple una crucial función [11], debe ser presentado en un claro formato que incluya claves comprensibles sobre los aspectos clínicos y conductuales significativos, la impresión diagnóstica (o la ausencia de diagnóstico) con su codificación correspondiente, siguiendo los criterios diagnósticos de la clasificación de las enfermedades mentales, DSM-V, con códigos CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) [12], las recomendaciones terapéuticas que se consideren oportunas, así como la especificación sobre el requerimiento o no de un tratamiento y/o seguimiento por parte de la Unidad.

7.- Finalizado el informe, se aconseja mantener nueva entrevista con el médico solicitante para realizar la devolución de la información correspondiente, indicando si el caso requiere tratamiento y continuidad o no de seguimiento por la unidad y/o, en su caso, por las unidades de salud mental ambulatorias del servicio de psiquiatría (facilitando concertación de cita e informe correspondiente reflejado en la historia clínica de paciente). En el supuesto de que se considere indicado traslado a la unidad de ingreso de pacientes psiquiátricos se informa, se organiza y programa dicho traslado en las condiciones médicas y de prontitud adecuadas.

### **5.9.3.- Procedimiento de Enlace y Programas Específicos.**

La actividad de enlace es inicialmente consecuencia natural del desarrollo de la interconsulta en el marco del hospital general y ha venido a superar algunas de las insuficiencias de ésta. Las estimaciones actuales nos indican que, de la actividad clínica global de una Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría, al menos, un 20% debería dedicarse a los programas de enlace (Lobo A y Campayo A, 2009) [2].

Se trata de un procedimiento que se desarrolla mediante el contacto regular del personal de la Unidad con el equipo petionario, y uno de sus principales objetivos es el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para reconocer, manejar, y si es posible prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente. En este sentido, se considera necesario el desarrollo de programas específicos, entendiendo por ellos el conjunto de actuaciones mantenidas de tipo preventivo, asistencial y docente dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado, en relación a aquellos problemas que, por su propia naturaleza, prevalencia, incidencia y/o importancia sociosanitaria lo precisen (10).

#### **5.10.- Docencia y formación continuada.**

- Programa de formación docente específico de la actividad de interconsulta y enlace hospitalaria al programa de formación de MIR y PIR.
- Actividades dirigidas al personal sanitario de los distintos servicios médicos y quirúrgicos del Hospital. A través de sesiones clínicas, bibliográficas y extraordinarias, introduciendo temas relacionados con la interconsulta y enlace hospitalario.
- Colaboración en formación a estudiantes de medicina, con inclusión de rotación en prácticas.

#### **5.11.- Investigación.**

Constituye un pilar fundamental. No sólo porque la investigación permite un trabajo asistencial más certero, sino porque la investigación financiada constituye un elemento que otorga prestigio a la Unidad Clínica de Gestión, ampliando sus objetivos y centrándose en el propio hospital del que forma parte.

La investigación en intervención psicofarmacológica y psicoterapias en enfermos somáticos ofrece una gran diversidad de áreas de estudio y modos de enfocarla: el de la eficacia de la psicoterapia, la comparación de la eficacia entre las diversas modalidades terapéuticas, la selección de los pacientes, la validación empírica de tratamientos y el estudio del proceso terapéutico son las áreas más investigadas.

Nos parece importante que desde el equipo de interconsulta y enlace se impulse la investigación en relación a la psicoterapia y sus componentes medibles: de proceso (cuáles son los mecanismos por los que la psicoterapia promueve el cambio) y de resultados (qué conseguimos en términos de eficacia y eficiencia) en el campo de la psicoterapia con pacientes que padecen enfermedades somáticas.

### **6.- PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA.**

## 6.1.- PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE ENLACE.

A nivel nacional, los planes estratégicos de cada CCAA incluyen la figura de la EPA como modelo para mejorar la atención a los procesos complejos en salud. En concreto, en Madrid se establece la figura de EPA de enlace a nivel hospitalario.

### 6.1.1.- OBJETIVOS

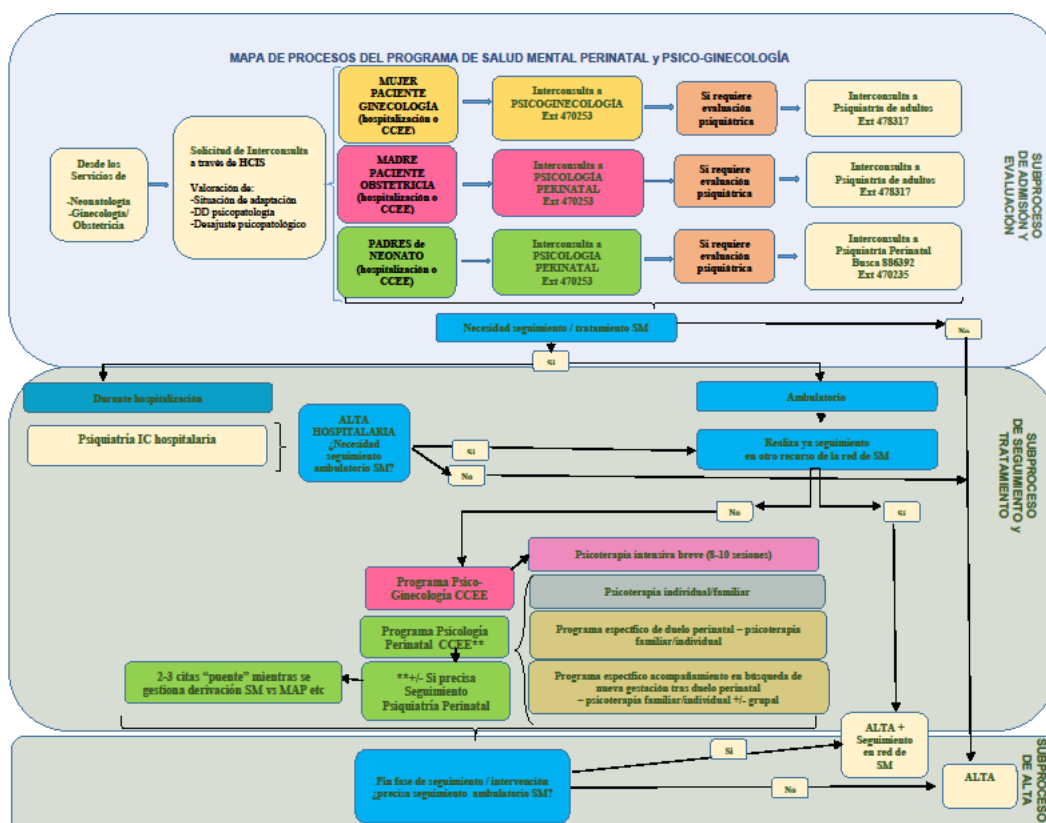
El objeto de la enfermera de interconsulta es la de ofrecer los cuidados específicos de salud mental que precisan los pacientes con enfermedad mental y sus familias cuando se encuentran en unidades de hospitalización fuera del ámbito de salud mental, sirviendo tanto al paciente como a los profesionales de otros ámbitos.

Su visión es convertirse en el eje vertebrador de los cuidados enfermeros, siendo la referencia en cuidados de salud mental para el ámbito hospitalario general y coordinando la continuidad de cuidados con los dispositivos intrahospitalarios, contribuyendo a la desestigmatización del paciente con enfermedad mental.

### 6.1.2.- INTERVENCIÓN

- Atención especializada en salud mental:
  - Valoración de enfermería por patrones
  - Elaboración de un PAE de manera conjunta con el paciente y la familia si procede.
  - Intervenciones específicas en el ámbito de la salud mental.
  - Educación para la salud.
  - Intervención en crisis.
- Programa propio de continuidad de cuidados: Gestión de casos.
  - Coordinación con otros profesionales asistenciales, equipos y/o dispositivos que participen o puedan participar del proceso.Asesoramiento en cuidados de salud mental.
  - Asesoramiento a los profesionales de la salud que desempeñan su labor asistencial en el complejo hospitalario en cuanto al manejo de conductas, al manejo de medicación específica y en la realización de procedimientos específicos, como la desactivación verbal y la sujeción.
- Formación.
  - Realizará la formación específica en salud mental en aquellas unidades en las que la asistencia a este tipo de pacientes es más habitual.

## 6.2.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL y PSICO-GINECOLOGÍA.



### 6.2.1.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL.

**El programa de Salud Mental Perinatal** tiene como objetivo la prevención, detección e intervención precoz en caso de posible desajuste psicopatológico o presencia de psicopatología materna y/o paterna en torno a las dificultades que surgen en la planificación, gestación, parto y puerperio, así como la ayuda en el establecimiento de un vínculo sano de estos padres con sus hijos, desde el embarazo hasta el primer año de vida del bebé.

El programa surge por la importante demanda de atención a padres de neonatos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital (tanto en la UCI como en la Unidad de Cuidados Intermedios) con psicopatología o en situación de adaptación y posible desajuste psicopatológico en estos contextos. Asimismo, el programa ofrece apoyo psicológico en contextos diversos, como son la dificultad para lograr un embarazo

en parejas que realizan seguimiento en la consulta de reproducción asistida, así como parejas que se enfrentan a situación de pérdida perinatal o bien adaptación a diagnósticos de malformación o síndromes en el bebé que esperan, con repercusión emocional y funcional.

Algunos de estos casos podrán requerir una **evaluación psiquiátrica**, cuya realización será llevada a cabo por parte del equipo de Psiquiatría de Interconsulta infantil, en aquellos padres cuyos bebés estén ingresados en neonatología o en pediatría y con el apoyo del equipo de Psiquiatría de Interconsulta de adultos para la evaluación psiquiátrica de madres ingresadas en la Maternidad. Si durante el ingreso requieren además seguimiento/tratamiento por psiquiatría, será también el **equipo de Interconsulta de Psiquiatría (adultos e infantil)** el encargado de esta asistencia clínica.

En el caso de que precisen seguimiento/tratamiento por parte de psiquiatría tras el alta hospitalaria y no tengan seguimiento previo en otro recurso de salud mental, serán derivados a la **consulta de psiquiatría de perinatal**, dependiente de la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría de adultos.

#### 6.2.2.- PROGRAMA DE PSICOGINECOLOGÍA.

**El programa de Psicoginecología** tiene como objetivo la prevención, detección e intervención precoz de la psicopatología y el impacto emocional que genera la patología ginecológica (ej. diagnóstico de cáncer u otras patologías de la esfera ginecológica) en aquellos casos en los que éstas presenten una dificultad para adaptarse a estos contextos de manera adaptativa y aparece una repercusión en su bienestar psíquico y funcional. Se trata de ofrecer un apoyo psicológico intensivo y breve a estas mujeres, con o sin un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico previo, con el objetivo de que las pacientes puedan enfrentarse a la situación estresante de dicha patología (al diagnóstico, tratamiento, pronóstico de la misma) a través de una mejora en sus estrategias de afrontamiento.

El programa surge por la importante demanda de atención a mujeres hospitalizadas o en régimen de tratamiento ambulatorio en el Servicio de Ginecología del hospital, con psicopatología o en situación de adaptación y posible desajuste psicopatológico en contexto de patología ginecológica (ej. diagnóstico de cáncer u otras patologías de la esfera ginecológica). Algunos de estos casos podrán requerir una evaluación psiquiátrica o psicológica, para lo cual se cuenta con la presencia de un **Psicólogo Clínico contando con el apoyo del equipo de Psiquiatría de Interconsulta de adultos** para la evaluación psiquiátrica de estas mujeres.

#### 6.3.- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA EN TRASPLANTES.



### 6.3.1.- INTRODUCCIÓN

En términos generales una propuesta de trasplante induce una serie de reacciones emocionales en extremo complejas que contienen siempre un doble mensaje, donde se superponen a la vez el estrés ligado a la amenaza del pronóstico vital y la esperanza de hallar “una nueva vida”.

La evaluación Psiquiátrica y Psicológica tiene dos papeles fundamentales:

- La búsqueda de posibles contraindicaciones.
- Un mejor conocimiento de la personalidad de cada paciente para permitir un acompañamiento adecuado antes, durante y después del trasplante.

### 6.3.2.- OBJETIVOS.

- El objetivo principal de esta evaluación es el de detectar las contraindicaciones psiquiátricas y psicosociales para el trasplante, destacando en especial el riesgo de incumplimiento en el seguimiento médico y farmacológico después del mismo.
- Ayudar al paciente a implicarse activamente en el proyecto terapéutico, con el fin de favorecer al máximo la evolución y el pronóstico, no sólo del trasplante sino de su estado psicológico.

Además de la adaptación que el sujeto ha tenido que realizar al curso evolutivo de la enfermedad y a sus complicaciones, ahora, frente a la propuesta de trasplante, tiene que adaptarse a una serie de procedimientos, de diagnósticos, de limitaciones y/o complicaciones que conllevan un cambio en el estilo de vida, provocando alteraciones en el entorno familiar, socio-laboral y ético que generan un desajuste psicológico.

### 6.3.3.- EVALUACIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE.

La Evaluación Psicosocial de los candidatos a trasplante puede entenderse que tiene dos fuentes primarias determinadas por la escasez de donantes y lo costoso del procedimiento y que busca, por tanto, seleccionar a aquellos candidatos que puedan presentar ciertas características que hagan pensar que van a mantener cuidados adecuados en el postoperatorio (con adecuado cumplimiento del tratamiento postrasplante); de ahí la necesidad de evaluación adecuada de los factores asociados al mal cumplimiento/incumplimiento de indicaciones/normas terapéuticas. También hay que tener en cuenta el manejo de las complicaciones psicopatológicas y por tanto, confrontar la presencia/ausencia de rasgos psicopatológicos de relevancia, que pueden conllevar la proposición de intervenciones de soporte que puedan ayudar al paciente en el proceso o

bien, en función de la gravedad, y de otros factores, la posible exclusión del paciente en razón de las previsibles complicaciones que pudiera presentar el postoperatorio.

La mayoría de los equipos de trasplante consideran contraindicaciones psiquiátricas:

- Las psicosis no estabilizadas.
- Personalidad antisocial.
- Depresión mayor recurrente con alto riesgo suicida.
- Toxicomanías crónicas (alcohol/drogas).
- Déficit intelectual severo.

Los programas de trasplante de corazón y pulmón consideran como posibles criterios de contraindicación la existencia de problemas en el ámbito psicosocial, del cumplimiento del tratamiento, la patología psiquiátrica y el abuso de sustancias, los programas de trasplante de hígado solo mantienen el abuso de sustancias y los de riñón no consideran esos ámbitos de problemas.

En nuestro hospital realizamos evaluación a todos los pacientes en estudio PRE-trasplante de corazón. En el caso de trasplante hepático, si existe sospecha de consumo de tóxicos o antecedentes de trastorno mental grave. Y en el caso de trasplante renal, a demanda del servicio responsable.

- La evaluación PRE-TRASPLANTE tiene por objetivo:
  - Detección de contraindicaciones psiquiátricas.
  - Evaluación de la personalidad del paciente.
  - Disponibilidad y evaluación del soporte familiar/social.
  - La comprensión de los riesgos y beneficios del trasplante.
  - Expectativas realistas sobre el procedimiento.
  - La ausencia de conductas incompatibles con el mantenimiento del trasplante.
  - La predisposición a realizar los cambios en el estilo de vida que el trasplante pueda requerir.
  - La capacidad de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

- Procedimiento:

Mediante entrevistas clínicas y cuestionarios específicos se realizará una exploración psicopatológica y se evaluará la esfera de la personalidad, el funcionamiento cognitivo, el apoyo socio-familiar y el nivel de calidad de vida, explorando:

- Datos identificadores personales: etiología de la enfermedad, época de aparición, fecha de indicación de trasplante, tiempo de espera, otras enfermedades y tratamiento actual.

- Historia de la enfermedad: impacto que la enfermedad ha provocado, repercusión personal y familiar en la evolución, nivel de conocimientos, razones de su decisión para someterse al trasplante.
- Antecedentes de trastornos mentales y del comportamiento tanto personal como familiar (Pacientes con antecedentes psiquiátricos manifiestan mayor grado de insatisfacción con los resultados del trasplante).
- Historia familiar: desarrollo, relaciones familiares y respuesta de la familia ante enfermedades anteriores que afectaron a alguno de sus miembros.
- Historia personal: relaciones sociales, intereses, inquietudes, estilo de vida, actividad laboral.
- Evaluación de la vulnerabilidad: respuesta ante factores vitales estresantes, afrontamiento de la enfermedad – actual y/o anteriores, mecanismos de defensa, valores morales.
- Actitud para el seguimiento de pautas médicas: relación médicopaciente, cumplimiento de indicaciones médicas, dietas y de tratamientos previos.
- Historia de consumo de alcohol u otros tóxicos. (el consumo de algún tipo de drogas o la existencia de las mismas en el entorno del paciente se correlaciona con un peor control del tratamiento médico).
- Exploración de síntomas psicopatológicos actuales.
- Exploración cognitiva.
- Fantasías sobre el THO: expectativas de la intervención, perspectivas de futuro, nivel de conocimientos. Actitud de ambivalencia. Curiosidades e interrogantes sobre el donante.
- Diagnóstico Psicopatológico.
- En caso de antecedentes o sospecha de deterioro cognitivo (Ej. En el caso de trasplantes de hígado si existen antecedentes de episodios de encefalopatía) se suele administrar inicialmente una batería breve compuesta por el MMSE, test del reloj, y la Escala de Evaluación Frontal. En algunos casos, para pacientes mayores de 64 años se administra el CAMCOG.
  - Se establece una decisión acerca de la Idoneidad del paciente como candidato a trasplante usando “la Evaluación Psicosocial de Candidatos para Trasplante” (PACT), que es una especie de organizador de la entrevista, y que permite puntuar distintos apartados que la investigación ha mostrado como de relevancia en cuanto a la posible evolución de los pacientes trasplantados. Este instrumento está organizado para la valoración de 4 áreas a través de varias subescalas: el apoyo social, la salud psicológica, los factores ligados al estilo de vida y el grado de comprensión sobre el trasplante y el seguimiento.
  - La Calidad de Vida y la percepción de la salud relacionada con la enfermedad se evaluarán con el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud. (Short-form, SF-36).

- Se elabora un Informe que se registra en HCIS, con la información recogida sobre el estado psicopatológico y psicosocial del paciente, junto con la valoración de la idoneidad como candidato al trasplante.

## **6.4.- PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

### **6.4.1.- OBJETIVO**

Prestar atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes hospitalizados a cargo del servicio de Cuidados Paliativos y a los familiares de dichos pacientes que lo precisen.

- a) Asesoramiento directo a los médicos y enfermería del Servicio
- b) Atención Psicológica para los pacientes y familiares que el equipo de Paliativos considere indicado y apoyo farmacológico si se estima necesario.
- c) Proporcionar información sobre accesos a recursos de ayuda, en relación a:

- Red asistencial de Salud Mental si se detectase psicopatología en familiares
- Informar sobre la posibilidad de acudir a las consultas externas del Servicio de Psiquiatría para ulterior seguimiento tras el alta.
- Informar sobre asociaciones de ayuda al duelo.

Será responsabilidad del Servicio de Cuidados Paliativos

- a) Detectar, en los casos indicados, la necesidad de evaluación psicológica.
- b) Informar a la paciente de la posibilidad de recibir atención psicológica.
- c) Gestionar en el HCIS la intervención del equipo de Psiquiatría en Cuidados Paliativos.

### **6.4.2.- PROCEDIMIENTO**

Durante el ingreso se realizará una evaluación psicológica, y se emitirá un informe de en la historia clínica. Este informe debe proponer las recomendaciones adecuadas y aconsejar un seguimiento ambulatorio, en el programa de intervención terapéutica, o bien el alta. La intervención psicológica realizada en nuestro programa, se centra fundamentalmente en una intervención de apoyo y soporte psicológico con el objetivo de la superación de la pérdida y el afrontamiento de situaciones que rodean al hecho traumático.

Pacientes que son remitidas desde las consultas de Cuidados Paliativos, se hará una evaluación psicológica en nuestras consultas externas de psicología y/o psiquiatría, valorando la idoneidad de seguimiento o no.

Tras la aplicación del programa de intervención psicológica del programa se procederá al alta del paciente derivando el dispositivo asistencial correspondiente para el seguimiento en Salud Mental si así estuviera indicado.

#### 6.4.3.- Oferta Asistencial:

Interconsulta Psicología Clínica

Interconsulta Psiquiátrica

Consulta externa psicología clínica seguimiento al alta

Consulta externa psiquiatría seguimiento al alta

Consulta Psicología Clínica para familiar

Consulta Psiquiatría para familiar

Reunión semanal de carácter clínico de ambos equipos

### **7.- PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA UNIDAD DE INTERCONSULTA A LO LARGO DEL AÑO 2020, CON MOTIVO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS.**

Debido a la pandemia por coronavirus, nuestro hospital tuvo que adaptarse a marchas forzadas para poder abordar la nueva demanda asistencial. El hospital se transformó en un monográfico COVID-19 en tiempo record. Ello supuso un incremento de camas de hospitalización, y de UCI, así como la reconversión de áreas y redistribución del personal sanitario, que trabajó y sigue haciéndolo con un elevado nivel de estrés.

La situación de pandemia y confinamiento, así como el elevado número de hospitalizados y fallecidos por COVID-19, familiares en situación de duelo y cuarentena y profesionales con una elevada carga asistencial y emocional y en contacto con pacientes infectados, ha requerido la puesta en marcha de recursos y programas específicos de interconsulta y salud mental para poder ofrecer la atención necesaria, tanto de pacientes como de familiares y profesionales.

#### **7.1.- PROGRAMA DE INTERCONSULTA COVID-19.**

A medida que la demanda se incrementaba, a mediados de marzo se puso en marcha nuestro Programa de Atención psicológica/psiquiátrica COVID-19 formado por psiquiatras y psicólogos del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Con el desarrollo de este Programa, la Unidad de Interconsulta ha prestado atención a pacientes con COVID-19, familiares de pacientes y fallecidos en nuestro hospital y profesionales sanitarios y no sanitarios de nuestro centro. Se ha ofrecido atención telefónica y presencial (en los casos que ha sido necesario), con posterior seguimiento y derivación a los recursos oportunos. También se han llevado a cabo grupos

psicoterapéuticos reducidos de profesionales sanitarios in situ, adaptándonos al setting y a la demanda.

Ha sido precisa además la estrecha coordinación entre los distintos Servicios del hospital, dispositivos ambulatorios donde las personas que hemos atendido realizaban seguimiento o serán derivados, así como la continua coordinación dentro de nuestro Servicio para ofrecer una atención integral y multidisciplinar (psiquiatría/psicología/trabajo social).

#### 7.1.1.- OBJETIVOS:

- Proporcionar una atención de calidad a pacientes ingresados por infección COVID-19, en coordinación estrecha con el resto de Servicios del hospital. Con ello se pretende atender la psicopatología de los pacientes, realizar acompañamiento psicológico y favorecer la colaboración y con ello mejoría indirecta de su cuadro clínico.
- Proporcionar una atención de calidad a los familiares de pacientes COVID-19 y fallecidos en nuestro hospital, realizando seguimiento y derivación a los recursos oportunos (en caso necesario).
- Proporcionar una atención de calidad a los profesionales en contacto con pacientes COVID-19 o afectados por la situación de pandemia y sometidos a un elevado nivel estrés, con el objetivo de ofrecer espacios de soporte emocional y evaluación y atención de psicopatología previa o emergente.
- Apoyar y colaborar con los profesionales médicos en el manejo de situaciones emocionalmente complejas a la hora de atender pacientes COVID-19.

#### 7.1.2.- FUNCIONES DESEMPEÑADAS:

Desde el día 17 de marzo de 2020, un grupo de psiquiatras y psicólogos del IPS Marañón, en turnos de mañana y tarde, de lunes a domingo, han participado en el Programa de Atención psicológica y psiquiátrica COVID-19 en el Hospital Gregorio Marañón, IPR y Hotel Ayre Colón, desempeñando las siguientes funciones:

- Atención psicológica y psiquiátrica de pacientes ingresados por COVID-19 en el HGU Gregorio Marañón, junto con dispositivos adscritos como IPR y Hotel Ayre, tanto telefónica como presencial.
- Atención psicológica y psiquiátrica a familiares de pacientes ingresados en nuestro hospital por COVID-19 o familiares de pacientes fallecidos en nuestro centro.

- Atención psicológica y psiquiátrica a profesionales sanitarios y no sanitarios de nuestro hospital (también IPR y Hotel Ayre), de forma individual y/o grupal, telefónica y presencial.

#### 7.1.3.- DATOS:

Datos de asistencia referidos a pacientes hospitalizados en el Edificio Central, Clínica y Oncología, incluidas las UCI, IPR y Hotel Ayre; familiares de pacientes COVID-19 atendidos por estos dispositivos y/o fallecidos en nuestro centro; y profesionales sanitarios y no sanitarios atendidos.

**Desde el 17 de marzo hasta finales de abril de 2020**, período en el que se llevó a cabo este Programa de Interconsulta COVID-19, los datos de asistencia dividido por dispositivos fueron los siguientes:

- Edificio Central, Clínica y Oncología, incluidas las UCI:

-Se atendieron un total de 199 pacientes y 152 familiares de pacientes hospitalizados.

-Profesionales: se llevaron a cabo grupos psicoterapéuticos diarios en varios turnos y en las áreas COVID (in situ), con una media de asistencia de 10-15 personas por semana. Se realizó intervención individual con 87 profesionales.

- IPR: se atendieron un total de 25 pacientes, 10 familiares y 10 profesionales.

- Hotel Ayre Colón: se atendieron un total de 47 pacientes y 4 familiares.

#### CONCLUSIONES

La intervención realizada con pacientes, familiares y profesionales del HGU Gregorio Marañón ha permitido la atención integral a aquellas personas afectadas por la situación de pandemia por COVID-19, bien sea por la infección y necesidad de ingreso, confinamiento, duelo y en el caso de profesionales del hospital, el elevado nivel de estrés.

#### 7.2.- PROGRAMA DE ÚLTIMOS DÍAS

En la situación de confinamiento y cuarentena de la población, así como el aislamiento de enfermos, tanto en su domicilio como en el hospital, ha provocado un hecho sin precedentes en el último siglo, ya que los familiares no pueden cuidar de sus enfermos, ni acompañarles ni despedirse en los difíciles momentos del final de la vida. Además del dolor emocional que esta circunstancia acarrea, se considera un factor significativo en la elaboración del consiguiente duelo.

Igualmente, la utilización de la sedación paliativa como procedimiento clínico para “la disminución deliberada del nivel de conciencia en pacientes que presenten sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable y se encuentren en fase de últimas horas /días de la vida”, se ha considerado importante.

En la medida que la prioridad sanitaria durante la primera ola centraba en salvar vidas, y para evitar que la transición a la muerte y el duelo quedaran en segundo plano, la Unidad de Cuidados Paliativos y el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, han elaborado unas “RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS Y PROTOCOLO DE CONTROL DE SÍNTOMAS Y SEDACIÓN PALIATIVA EN LA CRISIS DEL COVID-19”.

#### 7.2.1.- OBJETIVOS

- Proporcionar una atención de calidad a pacientes que están en situación de últimos días o tras su fallecimiento, a sus familiares y allegados, para llevar a cabo una despedida lo más adecuada en cada caso particular, facilitar el duelo y prevenir o aminorar en lo posible, problemas emocionales futuros en un contexto de elevado estrés sanitario.
- Apoyar y colaborar con el resto de profesionales médicos en el manejo de situaciones emocionalmente complejas a la hora de transmitir malas noticias a familiares y pacientes.

#### 7.2.2.- FUNCIONES DESEMPEÑADAS:

Desde el día 27 de marzo de 2020 hasta el 30 de abril, un grupo de psiquiatras del IPS, en turnos de 24 horas, de lunes a domingo, participaron en el Programa de Últimos días de pacientes ingresados en el Hospital Gregorio Marañón afectados por coronavirus, desempeñando las siguientes actividades:

- Información a familiares sobre mala evolución y mal pronóstico de pacientes en situación de pre-exitus. Ofrecer posibilidad de responder preguntas. Ofrecer visita informado de riesgos.
- Información y solicitud a familiares del consentimiento verbal para sedación.
- Comunicar telefónicamente el fallecimiento del paciente a los familiares. Informar de posibilidad de visita según situación del hospital y valorando riesgos. Ofrecer apoyo psicológico y dar contacto: [apsicologcovid.hgugm@salud.madrid.org](mailto:apsicologcovid.hgugm@salud.madrid.org) y teléfono 683359899.



- Notificar y/o apoyar a la familia cuando el paciente ingresado ha perdido un ser querido.
- Ayuda informativa sobre cualquier cuestión referente a los trámites que conlleva un fallecimiento, gestión del cadáver, procedimiento de las funerarias, etc...
- Seguimiento, apoyo psicológico y acompañamiento telefónico de familiares de pacientes en situación de últimos días.
- Acompañamiento de familiares durante la vista en despedida, vía telemática o presencial. El profesional de psiquiatría recibe al familiar, explica el procedimiento, facilita el acceso a la Unidad y le acompaña de nuevo a la salida, apoyándole emocionalmente y explicándole los próximos pasos.
- Apoyo psicológico en el duelo familiar tras el fallecimiento del paciente. Llamada de seguimiento tras 2-3-semanas. Enviar folleto informativo de atención en duelo.

#### 7.2.3.- DATOS.

Datos de asistencia referidos a pacientes hospitalizados en el Central, Clínica y Oncología, incluidas las UCIs. También IPR y Hotel.

Desde el 27 de marzo hasta el 30 de abril, se atendieron dentro de este programa a un total de 112 pacientes pre-exitus y/o éxitus. En el IPR 14 pacientes pre-éxitus y 8 éxitus.

En este período se realizaron 45 acompañamientos con presencia física a familiares en despedida y el seguimiento activo con apoyo emocional a los familiares de 73 pacientes fallecidos.

#### 7.2.4.- CONCLUSIONES.

El Programa de últimos días ayudó a pacientes y familiares a tener una mayor calidad de atención en momentos tan duros como la transición a la muerte, en situaciones de gran vulnerabilidad por el aislamiento y el miedo.

Quiero destacar la entrega y entusiasmo de todo el equipo de psiquiatras y psicólogos que colaboran en este Programa, la acogida que tuvimos por el resto del personal sanitario, facilitando nuestra labor en todo momento y por encima de todo, la entereza y dignidad con la que pacientes y familiares han afrontado y afrontan algo tan terrible como la enfermedad y la muerte en soledad.

### **7.3.- PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PERSONAL SANITARIO.**

En la lucha contra la COVID-19, los profesionales sanitarios pueden experimentar una serie de manifestaciones como son el estrés, la ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos, insomnio, y síntomas de estrés postraumático. Estas alteraciones psicológicas pueden estar asociadas con la alta carga de trabajo, el temor de convertirse en agente de contagio o ser contagiado, la falta de material de protección, los dilemas éticos a los que se enfrentan a la hora de tomar decisiones, una situación clínica que evoluciona rápidamente, es nueva y excede con frecuencia sus competencias, y el estado de expectación, inseguridad o incertidumbre sobre el futuro que conlleva la situación de pandemia (Shanafelt, Ripp, & Trockel, 2020).

Este programa permite el tratamiento individual y grupal de los profesionales sanitarios de los efectos a corto y medio plazo producidos por la pandemia y otros derivados de la misma, dando continuidad al Programa de Interconsulta COVID desempeñado en los primeros meses de pandemia, durante la primera ola.

#### **7.3.1.- OBJETIVOS**

El objetivo principal es el de prevenir la aparición de trastornos mentales de mayor gravedad, que acaben siendo tratados masivamente en la red de salud mental. Es importante señalar que los efectos de la pandemia en los profesionales sanitarios pueden ser tanto a corto como a medio y largo plazo, por lo que es necesario garantizar que esta necesidad puede ser adecuadamente cubierta. Además, otro objetivo que se persigue con este programa es el de normalizar y evitar estigmatizar el acceso a un primer recurso de salud mental entre profesionales.

#### **7.3.2.- OBJETIVOS GENERALES**

- Facilitar la expresión de emociones dolorosas y normalizar las reacciones emocionales.
- Proteger al individuo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- Promover la integración de los aspectos emocionales relacionados con la experiencia vivida.
- Fomentar recursos de afrontamiento con el objetivo de incrementar la percepción de dominio sobre los elementos perturbadores de la experiencia potencialmente traumática.
- Identificar a las personas con síntomas de trastorno por estrés postraumático que precisen una atención individual a largo plazo.

- Habilitar un espacio de autocuidado y facilitar el mantenimiento de este autocuidado en el tiempo.

### 7.3.3.- DERIVACIÓN

La derivación al programa se realiza por el propio profesional interesado, ya sea contactando por teléfono con la unidad o por el email institucional.

**Criterios de inclusión:** Profesionales sanitarios que necesiten de una atención psicológica relacionada con los múltiples efectos directos e indirectos de la pandemia por COVID-19, así como por otras causas que puedan interferir en su funcionamiento.

### 7.3.4.- RECURSOS

En el programa colaboran 2 Psicólogos Clínicos de la Unidad de Interconsulta que tendrían agenda de consulta 3 días por semana y dos horarios reservados para grupos de profesionales, uno en horario de mañana y otro de tarde.

### 7.3.5.- TIPOS DE INTERVENCIÓN

La intervención grupal está destinada a ser un primer recurso de atención psicológica, en el que se trabaja de forma breve (4 sesiones) y desde un formato fundamentalmente psicoeducativo, tanto el conocimiento de las diferentes reacciones a la situación potencialmente traumática vivida como recursos de afrontamiento. En algunos casos esto será suficiente, pero en otros será necesario un trabajo adicional en tratamiento individual en el que profundizar en aspectos que no pueden ser abordados en el grupo. Además, debido a que muchas veces los profesionales sanitarios serán compañeros de trabajo, por motivos de confidencialidad, puede ser necesario su atención individual.

#### **7.3.5.1.- Intervención grupal**

El enfoque de grupo en situaciones traumáticas presenta múltiples ventajas que podrían resumirse en al menos las siguientes: dar sentido a lo ocurrido, reconstruir la memoria personal y construir una memoria colectiva, compartir reacciones emocionales, expresándolas o viéndolas en otros, normalizar las reacciones como respuestas normales a situaciones anormales, evitar contextos de incompreensión o culpógenos, establecer vínculos positivos, y tener un espacio donde discutir y buscar soluciones comunes, fomentando la integración y cohesión del grupo. En este contexto, parece que trabajar las situaciones traumáticas desde un modelo que se basa, precisamente, en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, puede resultar especialmente significativo y útil.

Las sesiones de intervención grupal tienen la siguiente **estructura general**:

1. En la primera sesión: presentación de los terapeutas, participantes, normas, duración y objetivos del grupo.

2. Práctica de Mindfulness.
3. Repaso de la sesión anterior.
4. Abordaje de los temas establecidos para cada sesión.
5. Cierre y recapitulación de lo trabajado.

En la primera y última sesiones: evaluación psicométrica pre y post intervención. Cuestionarios GHQ-28 (General Health Questionnaire), DTS (Escala de Trauma de Davidson), STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

En las sesiones se abordarán los siguientes **temas y contenidos**:

1. Introducción al modelo de trauma, características y reacciones.
2. Regulación emocional.
3. Pérdidas y cambios.
4. Autocuidado.

#### **7.3.5.2.- Intervención individual**

Por otra parte, ya sea para aquellos profesionales que han asistido al grupo y que necesitan seguimiento como para los que, debido a la gravedad clínica o a otros factores como por privacidad, se valore que se beneficiarían más de un tratamiento individual existe una consulta dedicada a la atención individual de profesionales sanitarios. Además, se puede derivar a un determinado profesional de la consulta individual a uno de los grupos si se estima que esto también podría beneficiarle. Esto permite profundizar en las técnicas de regulación emocional aprendidas en el grupo y abordar las necesidades individuales de cada persona.

#### **7.4.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL AL PACIENTE COVID POST-UCI.**

Desarrollado desde el mes de mayo de 2020 (sigue activo en la actualidad) dentro del Programa de Atención Multidisciplinar del Hospital, diseñado para la atención integral de los pacientes COVID tras su estancia en UCI. Junto con la Interconsulta de Psiquiatría, participan Rehabilitación, Nutrición, Infecciosas, Medicina Interna y Neumología.

Un alto número de pacientes afectados por COVID-19 requieren ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (en una serie de casos se describe que el 26% de los pacientes hospitalizados requirieron ingreso en UCI) (13).

Para la mayoría de los pacientes y sus familias un ingreso en la UCI es un evento inesperado que puede causar un gran estrés psicológico. Entre las consecuencias de dicho

ingreso se encuentran estados confusionales agudos, ansiedad, depresión, trastornos adaptativos y trastornos de estrés agudo y postraumático (TEPT) (14). Se habla de “síndrome post-cuidados intensivos” para referirse a un conjunto de síntomas que sufren los pacientes tras ser dados de alta de la UCI y que se caracteriza por altas tasas de ansiedad (25-46%), depresión (43%) o TEPT (20%) (15).

Muchos pacientes ingresados con COVID-19 en UCI desarrollaran un cuadro confusional agudo. Además de los propios factores presentes siempre en la UCI y la propia neurobiología del COVID-19, esta pandemia ha generado circunstancias de extremo aislamiento, provocando un gran distanciamiento de cualquier contacto humano, incluidos los familiares, contribuyendo así a aumentar el riesgo de confusión (16).

Asimismo, en pacientes con COVID-19, existe un gran riesgo de otras complicaciones como deterioro cognitivo adquirido en la UCI, depresión y TEPT (16). No existe gran literatura sobre las consecuencias psicológicas/psiquiátricas tras un ingreso en UCI por COVID-19, pero la crisis actual nos obliga a tomar medidas y garantizar una adecuada atención por parte de los profesionales de Salud Mental a este tipo de pacientes.

#### 7.4.1.- OBJETIVOS.

- Proporcionar una atención integral en Salud Mental a pacientes que han tenido un ingreso prolongado en Unidades de Cuidados Intensivos por COVID-19.
- Evaluar la presencia de delirium, la posible afectación cognitiva y el grado de deterioro funcional.
- Vigilar la posible aparición de psicopatología en pacientes con riesgo tras un ingreso en UCI por COVID-19.
- Mitigar el impacto emocional tras el trauma secundario al ingreso en UCI y ofrecer acompañamiento ante posibles necesidades adaptativas en el proceso de ingreso hospitalario.

#### 7.4.2.- POBLACIÓN DIANA.

- Pacientes adultos que durante su estancia en UCI han requerido ventilación mecánica y han sido trasladados a plantas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón con diagnóstico de COVID-19.

#### 7.4.3.- PROCEDIMIENTO.

1. Se solicitará una petición de interconsulta a través de la Historia Clínica Electrónica (HCIS), en función de las características clínicas del paciente, a los servicios de “Interconsultas de Psicología” o de “Interconsultas de Psiquiatría Adultos”. La petición se hará por parte de los médicos responsables para los pacientes que hayan requerido un ingreso en UCI por COVID-19 una vez hayan sido trasladados a planta.

2. En la descripción de la petición de interconsulta deberá hacerse referencia a que se trata de un paciente que fue ingresado en UCI por COVID-19 y a las características clínicas actuales.
3. Se llevará a cabo una primera valoración del paciente por parte del equipo de Psicología o Psiquiatría de Interconsulta. Se realizará: una anamnesis y una exploración psicopatológica completas con el objetivo de detectar sintomatología de alarma. Se realizará la escala GAF (Global Assessment of Functioning) (17) para medir el funcionamiento psicosocial, el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (18) para evaluar el estado cognitivo y la escala CAM (Confusion Assessment Method) (19) para detectar la presencia de delirium.
4. Tras una primera valoración los equipos de Interconsulta de Psicología y de Psiquiatría decidirán conjuntamente si el paciente se beneficiará más de un tratamiento psicofarmacológico y/o de una intervención psicológica, además de su inclusión en el programa de estimulación cognitiva (principalmente para pacientes con déficit cognitivo o delirium).
5. Se realizará un acompañamiento y seguimiento del paciente a lo largo del ingreso. La periodicidad de las visitas vendrá determinada por las necesidades y características clínicas del paciente.
6. Se realizará una evaluación final del paciente antes del alta médica a domicilio. En dicha valoración se realizará nuevamente la escala clínica para valorar la evolución que ha tenido a lo largo del ingreso. En esta evaluación final se determinará además si el paciente se beneficiaría de continuar tratamiento con Psicología o con Psiquiatría en un Centro de Salud Mental (CSM) de zona o por el contrario no es necesario que continúe seguimiento por parte de Salud Mental.
7. Durante todo el ingreso se mantendrá una adecuada coordinación multidisciplinar con los médicos responsables y otras especialidades implicadas.
8. Si a lo largo del ingreso se considerara que el paciente podría beneficiarse de la realización de un estudio neuropsicológico completo se solicitará interconsulta a Neuropsicología.
9. Si es conveniente que el paciente continúe tratamiento en un CSM de zona se dejará escrita la derivación en el comentario de evolución en HCIS. Esto debe quedar reflejado en el informe de alta en formato de papel que reciba el paciente.

#### INDICADORES DE RESULTADO:

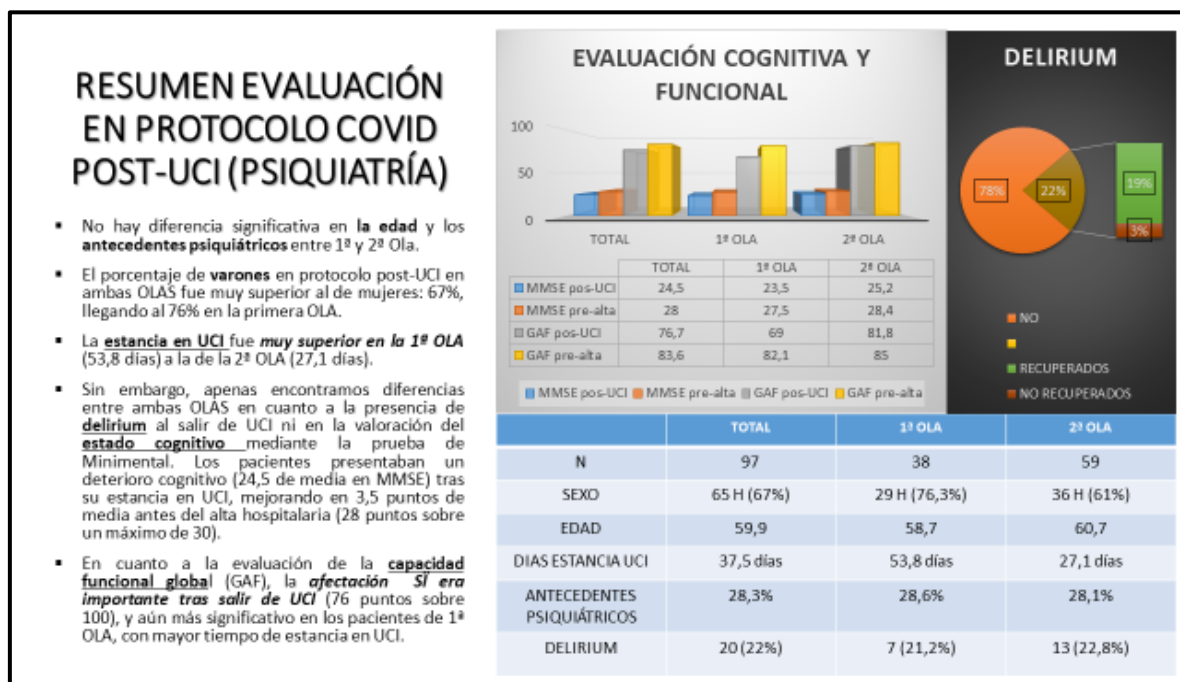
1.- Mejoría en funcionamiento global del paciente:

- Porcentaje de pacientes en los que mejora puntuación en la escala GAF.
- Incremento medio en la puntuación de la escala GAF

2.- Mejoría en el rendimiento cognitivo del paciente:

- Porcentaje de pacientes en los que mejora la puntuación en la escala MEC.
- Incremento medio en la puntuación de la escala MEC.

#### 7.4.3.- RESULTADOS.



#### 7.5.- PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

Se trata de un programa de estimulación cognitiva, englobado dentro del protocolo de asistencia al paciente tras ingreso en UCI consecuencia del COVID y liderado por Enfermería de Salud Mental del servicio de Psiquiatría Interconsulta y enlace del HGUGM con objetivo de facilitar la mejora cognitiva al paciente.

##### 7.5.1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La irrupción del nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, ha supuesto una grave amenaza para la salud pública, declarándose Pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020.

Un alto número de pacientes afectados requieren Ingreso en unidades de cuidados intensivos. Dicho ingreso puede causar un impacto psicológico y neuropsiquiátrico importante (forma parte del síndrome post-UCI).

##### 7.5.2.- PACIENTES SUSCEPTIBLES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Dos perfiles de pacientes candidatos a una intervención:

- Paciente con datos sugestivos de presentar un Síndrome Confusional Agudo (SCA), para los que conviene establecer medidas que fomenten la reorientación y la recuperación de un nivel de atención que les permita realizar el resto de actividades necesarias para su recuperación funcional.
- Paciente que, sin presentar un claro síndrome confusional, presenta puntuaciones en Minimal test más bajas de lo esperado por rango de edad o estado previo.

#### 7.5.3.- OBJETIVOS:

- Facilitar la reorientación y recuperación cognitiva del paciente con secuelas tras su paso por UCI.
- Disminuir las complicaciones derivadas de un síndrome confusional agudo (SCA).
- Colaborar con el equipo asistencial que atiende al paciente con pautas de actuación ante estado cognitivo alterado.
- Dotar de una asistencia global de calidad al paciente.

#### 7.5.4.- PACIENTE CON SCA.

Para el paciente que presenta un SCA derivado del ingreso en UCI, se plantearán unas medidas y recomendaciones para el personal de enfermería que atiende al paciente. Dichas medidas van encaminadas a orientación, seguridad del paciente, actividades de la vida diaria y regulación del ciclo circadiano. Adicionalmente, se realizará por Enfermera especialista en Salud Mental ejercicios de estimulación cognitiva adaptados a la capacidad del paciente.

#### 7.5.5.- PACIENTE SIN CRITERIOS DE SCA, PERO CON AFECTACIÓN COGNITIVA LEVE O MODERADA.

Tras una entrevista con el paciente, se establecerán unos ejercicios de estimulación cognitiva que podrá realizar el paciente en su habitación, adaptados al estado actual y a su reserva cognitiva previa al ingreso.

### **7.6.- UNIDAD CLÍNICA HOSPITALARIA MULTIDISCIPLINAR COVID-19 (CoMCovid-19 ADULTOS).**

La Unidad de Interconsulta de Psiquiatría forma parte de la UNIDAD CLÍNICA HOSPITALARIA MULTIDISCIPLINAR COVID-19 (CoMCovid-19 ADULTOS).



Son Unidades establecidas en todos los Hospitales adscritos al Servicio Madrileño de salud tras la resolución 378/2020 de 5 de junio de 2020 por la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

En nuestro hospital quedó constituida el 16 de junio de 2020.

#### 7.6.1.- OBJETIVO.

Mejorar la esperanza de y la calidad de vida de los pacientes que han sufrido la enfermedad Covid19, implementando planes terapéuticos, rehabilitadores y de cuidados individuales, a través de unidades clínicas hospitalarias multiprofesionales, que faciliten una atención integral e integrada en el sistema sanitarios y social de la Comunidad de Madrid.

#### 7.6.2.- FUNCIONES.

La función principal de las Unidades Clínicas Hospitalarias Multidisciplinares Covid 19 será evaluar a los pacientes complejos que precisen rehabilitación o seguimiento hospitalario, con carácter previo o, una vez que hayan sido dados de alta del proceso agudo de Covid19.


Para cada paciente complejo se evaluará su plan terapéutico multidisciplinar (plan de salud individual) y su ruta asistencial específica, con un modelo de atención integrada que permita ajustar los tratamientos a las necesidades y expectativas de cada paciente, respetando su manera de vivir la enfermedad y su autonomía.

## **8.- DATOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE INTERCONSULTA DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DURANTE EL AÑO 2020.**

### **8.1.- DATOS DE ASISTENCIA POR PROGRAMAS VINCULADOS AL COVID 19.**

DATOS ASISTENCIALES COVID 19 POR PROGRAMAS AÑO 2020	PACIENTES	FAMILIARES	PROFESIONALES	
			At. Individual	Grupal
PROGRAMA COVID (17-3-20/ 30-4-20)	271	166	97	75
PROGRAMA ULTIMOS DÍAS (27-3-20/30-4-20)	134	113		
PROGRAMA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A SANITARIOS (1-5-20/31-12-20)			221	99
PROGRAMA ASISTENCIA COVID POST-UCI (14-5-20/31-12-20)	97	12		
<b>TOTALES</b>	<b>480</b>	<b>291</b>	<b>318</b>	<b>174</b>

## 8.2.- DATOS DE ASISTENCIA GLOBALES TRAS LA PANDEMIA REALIZADOS POR LA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA: PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES DESGLOSADO POR MESES.

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones									
JULIO 2020									
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIC* en el mes		
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes			
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	93	207	64	89	16	42	0		

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones								
AGOSTO 2020								
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIIC* en el mes	
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes		
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	36	117	34	46	12	17	0	

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones								
SEPTIEMBRE 2020								
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIIC* en el mes	
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes		
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	67	166	32	48	7	16	0	

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones								
OCTUBRE 2020								
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIIC* en el mes	
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes		
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	34	125	54	76	14	26	0	

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones								
NOVIEMBRE 2020								
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIIC* en el mes	
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes		
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	48	146	53	68	17	29	0	

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones								
DICIEMBRE 2020								
Centro	Profesionales		Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)		Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental		Nº de pacientes con citación ARSUIIC* en el mes	
	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes		
INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA Hospital General Universitario Gregorio Marañón	42	151	47	63	11	30	0	

### 8.3.- DATOS DE ASISTENCIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS A TRAVÉS DE LA INTERCONSULTA.

DATOS RECOGIDOS EN PETICIONES DE INTERCONSULTA A TRAVÉS DEL HCIS.

#### 8.3.1.- PSIQUIATRÍA ADULTOS:

	2017 23-4 al 31-12	2018	2019	2020
<b>INTERCONSULTAS PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	444	811	910	1.172
<b>RATIO MENSUAL</b>	54,1 IC/mes	67,6 IC/mes	75,8 IC/mes	97,7 IC/mes

#### 8.2.- PSICOLOGÍA ADULTOS:

	2017 23-4 al 31-12	2018	2019	2020
<b>INTERCONSULTAS PSICOLOGÍA ADULTOS PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	187	390	521	555
<b>RATIO MENSUAL</b>	23,4 IC/mes	32,5 IC/mes	43,4 IC/mes	46,25 IC/mes

En los datos del año 2020 no se han incluido 200 interconsultas de pacientes adultos hospitalizados no registradas en HCIS (tras el inicio de la pandemia en marzo-abril 2020, registradas en Excel de IC).

En los últimos tres años, prácticamente se ha duplicado el volumen de peticiones de interconsulta de pacientes adultos hospitalizados a nuestra Unidad.

## **9.- MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE HOSPITALARIA.**

Hablar de calidad significa aglutinar excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, generar un mínimo riesgo para los pacientes y alcanzar alto grado de satisfacción e impacto final en la salud de los pacientes (10).

La OMS entiende que una atención sanitaria es de calidad cuando “identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. Pues bien, las Unidades de Interconsulta y Enlace deben establecer la calidad como un elemento integrador de la gestión de las mismas y asegurar que satisface las necesidades del paciente y de los demandantes habituales de la actividad específica (personal médico de los distintos servicios hospitalarios).

### **9.1.- Indicadores de calidad y sistemas de evaluación:**

Desde el punto de vista de la gestión clínica, para conocer los niveles de eficacia y eficiencia de la propia unidad, una vez establecido de manera clara y bien definida los objetivos de la misma, es necesario disponer de adecuados indicadores de evaluación de resultados. Entre ellos.

➤ **Medidores de actividad asistencial:**

- Numero de primeras interconsultas.
- Número de revisiones de interconsultas.
- Relación primeras consultas/revisiones de interconsultas.
- % de pacientes hospitalizados atendidos por la Unidad.
- Número de pacientes atendidos en programas de enlace.
- Número de revisiones de pacientes atendidos en programas de enlace.
- Relación entre pacientes atendidos a través de interconsultas y pacientes atendidos a través de los programas de enlace.
- Tiempo de respuesta de la Unidad a las demandas de interconsulta por parte de un servicio hospitalario. Atendiendo al carácter de las peticiones de interconsulta, la prontitud de la respuesta como medidor de calidad es uno de los objetivos específicos de la Unidad. De esta manera se establece que las peticiones de interconsulta con carácter normal se respondan en un plazo máximo de 48 horas, las solicitadas con carácter preferente se respondan en un plazo máximo de 24 horas y las de carácter urgente se respondan el mismo día de la solicitud.

- Indicadores centinela que midan aspectos relevantes en el medio hospitalario como pueden ser suicidios y tentativas de suicidio de pacientes hospitalizados en los servicios médicos y quirúrgicos.
- Encuestas de satisfacción y calidad percibida como medidor de la calidad de la actividad:
  - A través de las encuestas de satisfacción de los profesionales demandantes de la actividad (médicos de los diferentes servicios).
  - A través de cuestionarios a los pacientes.

## **10.- FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO**

### **10.1.- Estudiar la posibilidad de implantar en todos los Servicios del Hospital los siguientes protocolos y guías de práctica clínica:**

- Protocolo de actuación en el paciente con síndrome confusional.
- Protocolo de actuación en paciente con riesgo de suicidio (de aplicación en la Unidad de Hospitalización de psiquiatría).
- Protocolo de contención mecánica (ya disponible en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría).
- Guía de práctica clínica para detección precoz del delirium.
- Guía de práctica clínica en pacientes con deterioro cognitivo.
- Guía de práctica clínica en pacientes con trastornos por dependencia de sustancias.
- Protocolo de traslado e ingreso a la Unidad de Hospitalización de psiquiatría para pacientes hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos.

### **10.2.- Complementar los Programas de Enlace ya existentes con el desarrollo de nuevos Programas:**

- Programa de Enlace de Daño Cerebral Adquirido.
- Programa de Enlace para manejo psicofarmacológico del paciente confuso y/agitado.
- Programa de Enlace del CEIMI.
- Programa de mindfulness online para profesionales (ya iniciado en marzo de 2021).

- Programa de Atención Psiquiátrica a Domicilio.

### **10.3.- Desarrollo del sistema de calidad según el modelo EFQM y un modelo a Asistencial y de Gestión por Procesos:**

- Diseño del mapa de procesos de la Unidad de Interconsulta y Enlace de adultos.
- Establecimiento de indicadores de Calidad de Procesos y de Resultados.

### **10.4.- Potenciar la Investigación que ya se viene realizando en el Instituto de psiquiatría:**

- Aplicar una hoja de registro individual en forma de Anexo en la historia clínica electrónica (HCIS), recogiendo datos socio-demográficos, motivo de consulta, Servicio de procedencia, diagnóstico y procedimiento realizado.
- Diseño de un estudio descriptivo, utilizando la hoja de registro individual, con el fin de conocer y analizar en profundidad la realidad asistencial de la Unidad de Interconsulta y Enlace, así como detectar nuevas necesidades.
- Estudio del impacto cognitivo y funcional tras ingreso en UCIs de pacientes COVID 19. En desarrollo.

## **11.- CONCLUSIONES**

- La complejidad de las tareas de interconsulta y enlace requiere un equipo multidisciplinar estable, coordinado y con objetivos previamente determinados que haga frente al reto de los difíciles y variados problemas de la Medicina actual.
- La Interconsulta de psiquiatría y psicología de Enlace es considerada una subespecialidad dentro de la Psiquiatría y la Psicología clínica.
- En los últimos años, la Unidad de Interconsulta y Enlace del Instituto de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón ya había aumentado discretamente en recursos, para intentar adaptarse a los exigentes requerimientos de atención integral y adecuarse a los nuevos modelos de Gestión por Procesos.
- Además, la demanda está creciendo considerablemente en los últimos años, con principal énfasis en la creación de nuevos Programas de Enlace. La irrupción del COVID 19 ha supuesto un reto para la Unidad debido a la ingente demanda asistencial desde todos los ámbitos hospitalarios

- Tras la pandemia por SARS-COV-2 ha sido capaz de dar respuesta a las necesidades psicológicas de pacientes, familiares y profesionales sanitarios
- La Unidad de Interconsulta y Enlace es una pieza clave del Instituto de Psiquiatría y escaparate de la salud Mental para el resto de los Servicios del Hospital.

## 12.- CONCLUSIÓN FINAL.

Por todo lo expuesto anteriormente y para finalizar, es importante indicar que la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría y Enlace del Hospital Gregorio Marañón reúne las condiciones para convertirse en Sección (en los Hospitales relevantes de nuestro entorno y con características similares ya lo es), pues se trata de una Unidad Asistencial con una Organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y profesionales cualificados necesarios, que desempeña una actividad sanitaria específica y diferenciada del resto de Servicios o Unidades de Psiquiatría.

## 13.- BIBLIOGRAFÍA

1. Holmes A, Handrinos D, Theologus E, Salzberg M (2011) Service use in consultation-liaison psychiatry: guidelines for baseline staffing. *Australasian Psychiatry*, 19:254-258.
2. Lobo A y Lozano M. (2007) Psiquiatría de Enlace. En: Palomo T. Jiménez-Arriero. (Editores). *Manual de Psiquiatría*. Pp 651. Madrid.
3. Gómez Reino I (2008): Aspectos psiquiátricos y psicológicos de los pacientes médico-quirúrgicos. Ourense. Fundación “Cabaleiro Goás”.
4. Leentjens A, Rundell JR, Wolcott DL, Guthrie E, Kafhol R, Diefenbacher A. Reprint of: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: Scope of practice, process, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic. Medicine (APM). *Journal Psychosomatic Research* 70 486-491.
5. Pincus H, Lyons J, Larson D (1991): The benefits of consultation-liaison psychiatry. In: Judd/Burrows/Lipsitt (eds.). Elsevier Science publisher B. V. (Biomedical Division).
6. Gómez Calle A.(1991): Unidades de Salud Mental en el Hospital General. Siso/Saúde. Monográfico. Septiembre.



7. Mayou, R.; Sharpe, M. (1991): Psychiatric problems in the General Hospital. Cap. 2 En: Judd/Burrowa/Lipsitt (ed).:Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry. (pp. 11-28). Oxford.: Elsevier Science Publisher B.V.
8. Medrano J y Santander F (2003). La valoración de la competencia de los enfermos: un nuevo reto de la psiquiatría. En Baca E, Hechos y valores en psiquiatría. Madrid, Ed. Triacastela, Pp.386-97.
9. Holmes A, Handrinos D, Theologus E, Salzberg M (2011) Service use in consultation-liaison psychiatry: guidelines for baseline staffing. *Australasian Psychiatry*, 19:254-258.
10. Iglesias Gil F y cols. Marco de gestión clínica de un Unidad psiquiátrica hospitalaria de interconsulta y enlace. *Avances en Salud Mental Relacional - Vol. 11 - Núm. 2 - Julio 2012*.
11. Alexander T, Bloch S. (2002) The written report in consultation-liaison psychiatry: a proposed schema. *Aust NZ J Psychiatry* 36:251-258.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra. OMS.
13. González-Castro A, Escudero-Acha P, Peñasco Y, Leizaola O, Martínez de Pinillos Sánchez V, García de Lorenzo A. Intensive care during the 2019-coronavirus epidemic. *Medicina intensiva*. 2020 Mar 30. PubMed PMID: 32362424. Epub 2020/05/05. Cuidados intensivos durante la epidemia de coronavirus 2019.
14. Rose L, Muttalib F, Adhikari NKJ. Psychological Consequences of Admission to the ICU: Helping Patients and Families. *Jama*. 2019 Jul 16;322(3):213-5. PubMed PMID: 31310279. Epub 2019/07/17.
15. Kredentser MS, Blouw M, Marten N, Sareen J, Bienvenu OJ, Ryu J, et al. Preventing Posttraumatic Stress in ICU Survivors: A Single-Center Pilot Randomized Controlled Trial of ICU Diaries and Psychoeducation. *Critical care medicine*. 2018 Dec;46(12):1914-22. PubMed PMID: 30119073. Epub 2018/08/18.
16. Kotfis K, Williams Roberson S, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Ely EW. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Critical care (London, England)*. 2020 Apr 28;24(1):176. PubMed PMID: 32345343. Pubmed Central PMCID: PMC7186945. Epub 2020/04/30.

17. Aas IHM, Sonesson O, Torp S. A Qualitative Study of Clinicians Experience with Rating of the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. Community mental health journal. 2018 Jan;54(1):107-16. PubMed PMID: 27904986. Epub 2016/12/03. eng.
18. Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
19. González M, de Pablo J, Fuente E, Valdés M, Peri JM, Nomdedeu M, et al. Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the Confusion Assessment Method. Psychosomatics 2004; 45(5):426–431.

BORRADOR