

11241  
29'3

LA INTERCONSULTA PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"

Tesis que para obtener el título en la  
especialidad de Psiquiatría presenta:  
Carlos Germán Barraza Gedillo.

8

FALLA DE ORIGEN

*Barraza C.*

1984

*Dr. Barraza C.*

*[Signature]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

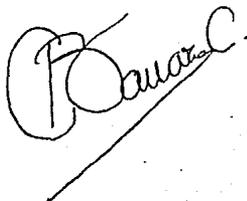
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA INTERCONSULTA PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"

Tesis que para obtener el título en la  
especialidad de Psiquiatría presenta:  
Carlos Germán Barraza Cedillo.

Handwritten signature of Carlos Germán Barraza Cedillo, written in cursive and underlined.

"LA INTERCONSULTA PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL 20 de NOVIEMBRE"

RESUMEN: Pretendiendo evaluar el nivel de conocimiento acerca de la Psiquiatría del médico no psiquiatra, se examinaron las solicitudes de interconsulta recibidas en nuestro servicio, durante el período comprendido entre los meses de Enero a Junio de 1984. Se discuten los resultados y son comparados con otros estudios.

## HISTORIA :

La medicina psicosomática, como especialidad médica, que ofrece una cierta cantidad de sistemas - más o menos dogmáticos - es una disciplina médica muy joven, de no más de unas cuantas décadas de edad, aunque cuando es definida en términos del reconocimiento de una psicogénesis parcial, a veces total, de la enfermedad, tomando en cuenta las posibilidades de la psicoterapia, los orígenes de la medicina psicosomática, se remontan mucho más lejos en el tiempo.

En el pasado distante, los sistemas de creencia fueron diferentes y no se podía hablar de medicina psicosomática en culturas primitivas, donde las enfermedades fueron vistas, básicamente como resultante no de cambios corporales o perturbaciones emocionales, sino de agentes sobrenaturales, por ejemplo: Demonios, brujos. Sin embargo al menos alguna de estas medidas de tratamiento empleadas, ahora nos parecerían de naturaleza psicoterapéutica.

La medicina Greco-Romana, la forma de medicina naturalista más antigua que conocemos fue radicalmente somática, algo muy nuevo y opuesto a todas las creencias sobrenaturales previas, por lo tanto se encuentran muy pocos elementos psicosomáticos en los trabajos de Hipócrates y sus seguidores.

Existe, claro, algún esclarecimiento psicológico y también algunas insinuaciones psicoterapéuticas sobre todo en Asclepiades, quien de acuerdo con Von Feuchtersleben (1845) es el padre de la psicoterapia. Laín Entralgo ha enfatizado que en Grecia hubo una medicina de filósofos y una de médicos que estuvo psicosomáticamente orientada - está por ejemplo, la "higiene del alma" de Pitágoras y sus seguidores hay comentarios de Platón desacreditando a los médicos griegos, quienes trataban únicamente el cuerpo, omitiendo las "palabras justas" para el alma, las cuales son necesarias para la cura, hay cartas de Séneca a las cuales Starobinski llama "consultas psicológicas" y hubo también el tratamiento en los templos de Asclepios.

Galeno, ocupado en aspectos somáticos, como sus predecesores, al menos creó en su gran sistema una noción de psicogénesis y psicoterapia, un concepto de medicina psicosomática, el cual ejerció una profunda influencia hasta el siglo XIX, por dirigir la atención sobre el papel de las pasiones en la patogénesis y el tratamiento. Las pasiones, producto del alma vital y discutidas primeramente por Platón y Aristóteles, es la sexta de las seis causas no naturales de la enfermedad en el sistema galénico.

Fue hasta 1929 que el término pasión fue reemplazado por el de emoción. De acuerdo con Galeno, las pasiones podían procurar cura y enfermedad: Las pasiones podían estar en lucha con las pasiones, la meta higiénica de Galeno fue liberar al hombre de las pasiones, su medicina espiritual supuestamente curaba el alma de la misma manera, - como la medicina corporal curaba las enfermedades corporales.

Durante la Edad Media, los árabes fueron los primeros en mantener y en parte enriquecer la herencia griega: Rhazes continuó con el interés de Galeno por dominar a las pasiones, Avicena hizo énfasis en la importancia de la confianza, Maimonides expuso que las emociones - producen cambios corporales, el tratamiento psicológico ha tomado mayor importancia que cualquier otro, la filosofía es un medicamento - importante.

Arnaldo de Vilanova sugirió que las pasiones patogénicas deberían ser tratadas por medio de otras pasiones. Henry de Mondeville, un ciurujano recomendó los encantamientos a causa de sus efectos psicológicos, aunque él mismo no creía en ellos. De Mondeville no únicamente continuó las tradiciones clásicas de la psicosomática, sino fue también representante de la perspectiva psicosomática empírica, la cual encontramos tan frecuentemente en los clínicos posteriores.

Starobinski ha llamado la atención hacia el efecto psicoterapéutico del "ora et labora" de los monjes, un aspecto incidental de la psicosomática en una sociedad en donde la medicina estaba más cercana a la religión.

Por el tiempo del Renacimiento, el cual fue más que una renovación de la medicina antigua, tendió a emancipar a la nueva ciencia y medicina de la religión, se introdujo un nuevo concepto que llegó a ser de importancia para la psicosomática, fue el de la imaginación capaz de producir y curar la enfermedad y que fue, de alguna manera, el precursor de la noción moderna de sugestión. Varios destacados médicos del Renacimiento como Cornelio Agripa, De la Porta, Cardanus, Paracelsus Johannes Wyer, Pomponatius, Libavius, todos la emplearon en oposición de las explicaciones de la enfermedad (Hechicería). No es accidental que uno de ellos, el holandés Johannes Weyer, un valeroso luchador a favor de los pobres locos "brujos", publicara un tratado sobre las pasiones: De Ira Morbo.

Robert Burton, el gran compilador del siglo XVII y uno de los más grandes de todos los tiempos, discutió las pasiones como causa de enfermedad: Primero deberá recomendarse la oración y en seguida la medicación, la confianza es el factor más importante de la terapia - para rectificar las pasiones, la tristeza deberá ser ahuyentada y el

paciente deberá discutir sus problemas con el médico.

Stahl fué un médico del siglo XVIII, cuyo sistema íntegro de la causa y tratamiento de la enfermedad, estuvo basado en el "ánima", el alma y cuya influencia sobre sus contemporáneos fué considerable, abrió una nueva era del pensamiento en los campos de la psicogénesis y la psicoterapia, su opinión de "Hipocondriasis" como psicogénica - fué compartida por Hoffman, Boerhaave, Whýtt y Pinel.

El cirujano Bilguer aseguró que cada médico debería ser también - un médico para el alma, para él la hipocondriasis era una enfermedad del cuerpo tanto como del alma y las impresiones mentales fuertes - podían traer la cura. Van Swieten aseveró que el cuerpo puede cambiar al alma y viceversa, discutiendo estos fenómenos en detalle, en lugar del razonamiento, las emociones pueden ser terapéuticamente útiles.

El ocaso del siglo XVIII y los albores del XIX contemplaron la aparición de varios tratados médicos sobre las pasiones, un clásico - del géneroes el de Falconer en el cual se enlistan las enfermedades producidas por la ira (Fiebre, apoplejía), dolor (Histeria, consunción) y las pasiones que pueden ayudar a curar las enfermedades, como el enojo (Gota) y el amor (enfermedad cardíaca, paresias) el miedo, que - puede debilitar al cuerpo, trayendo como consecuencia la diarrea o - la cirrosis, la confianza puede prevenir las plagas y curar las fiebres intermitentes.

El siglo XIX atestiguó muchas aproximaciones científicas nuevas - muchos cambios en la nomenclatura y grandes conocimientos en la función corporal y la causa de enfermedad, pero la teoría y la práctica de la psicósomática permaneció en espera de ser desarrollada.

Cabanis escribió un "Reporte sobre la naturaleza física y moral - del hombre", en donde discute las pasiones con algún detenimiento y - trata las enfermedades psicósomáticas del corazón y los organos di - gestivos con el nombre de Neurosis o Hipocondriasis. Consideró que la Erisipela, Gota y Epilepsia eran enfermedades psicósomáticas expli - cando que en estos casos existe un proceso de transición de distur - bio funcional a lesión anatómica.

El organicista Rostan consideró muchas enfermedades como conse - cuencia de experiencias psicológicas como la tristeza y contempló a las pasiones como fuerzas terapéuticas poderosas.

Piorry vió claramente el papel patogénico de las emociones, hacien - do una excelente descripción de la psicoterapia de la impotencia, pe - ro advirtió que no se debía continuar haciendo diagnósticos psicoso - máticos fáciles.

Uno de los últimos grandes clínicos de Francia: Trusseau sintió que las enfermedades crónicas a diferencia de las enfermedades epidémicas requerían del estudio de la personalidad del paciente, también identificó factores psicológicos de enfermedades tales como Hipertiroidismo, diarrea, dispepsia, angina de pecho y Asma, la brillante descripción que hizo de su propia asma es un clásico de la medicina descriptiva.

Los famosos psicoterapeutas y psicólogos franceses de las postrimerías del siglo XIX incluían a Georget, Lauret, Raciborski, Laségue, Voisin, Cérise, Raynaud, Janet, Dubois y especialmente Bernheim y Charcot quien remarcó que: "El mejor doctor es aquel que inspira más confianza".

Johann Christian Reil, un pionero de la psicoterapia y de la medicina psicosomática, consideró necesario adiestrar a todos los doctores no únicamente en cirugía y farmacoterapia, sino también en psicoterapia, cada doctor, de acuerdo a Reil debería ser un médico del cuerpo y del alma, su psicoterapia es un tipo de mezcla de pedagogía aplicada y terapia conductual. Reil fue uno de los primeros en considerar al sistema nervioso vegetativo (el nombre es suyo) como puente entre el cuerpo y el alma, lo cual hace posible la influencia de la mente. La palabra "Psicosomática" fue acuñada por el psiquiatra J.C. A. Heinroth en 1818.

Schönlein estuvo familiarizado con la noción de enfermedades psicogénicas del cerebro y el corazón, él y su discípulo Von Leyden defendieron la psicoterapia en su enseñanza.

Wunderlich, quien introdujo el registro de la temperatura, contempló a las emociones depresivas como factores contribuyentes para la enfermedad cardíaca, úlcera péptica, ictericia, Diabetes, Anemia y Apoplejía. Ziemssen menciona los aspectos neuróticos del asma y las muchas afecciones a las cuales reunió con el término "Neurastenia" especialmente las del tracto gastrointestinal, las cuales le parecieron derivadas de los problemas planteados por la civilización.

Rosenbach escribió abundantemente sobre la psicogénesis y la psicoterapia y es notable que el clínico y neurologo de Leipzig, Strümpell quien entre 1833 y 1930 dominó la medicina interna alemana -- prestó gran atención a la psicosomática, Strümpell discutió las enfermedades cardíacas a las cuales los hombres de negocios están propensos y llegó a reconocer un elemento psicogénico en el Asma, úlcera péptica, Migraña, Tirotoxicosis, Diabetes e ictericia, consideró que el

número de enfermedades psicogénicas igualaba al de las enfermedades somáticas.

En la Gran Bretaña, el fisiólogo y cirujano Benjamin Brodie hizo varias contribuciones a este campo, considerando desde: "Enfermedades articulares histéricas" hasta observaciones de su propia dispepsia y ansiedad. Daniel Hack Tuke escribió un manual de medicina psicológica, un verdadero texto de medicina psicosomática y un volumen titulado: "Sobre la influencia de la mente sobre el cuerpo".

A pesar del abundante material que existe a este respecto algunos autores opinan que la medicina psicosomática no existió antes de 1900 lo cual es inexacto.

Después de la muerte de Charcot, dos de sus discípulos mejor conocidos: Janet y Freud comenzaron a desarrollar sus propias enseñanzas, mientras el primero nunca formó una escuela, Freud se mostró más activo a este respecto, algunos de sus discípulos más creativos como Jung y Adler se separaron del movimiento Freudiano alrededor de 1910 y formaron sus propios grupos. La tesis de inferioridad del órgano de Adler, estuvo cercana a una formulación psicosomática, el propio concepto de Freud de neurosis psicogénica y de los síntomas de conversión, abrieron las posibilidades teóricas para la unificación de un sistema de muchas observaciones psicosomáticas, la aparición de un trabajo colectivo sobre los diferentes métodos de psicoterapia ilustra las mismas tendencias en los E.U.

La primera guerra mundial, con sus legiones de neuróticos incrementaron la tendencia hacia el pensamiento psicogénico en general y hacia el psicoanálisis en particular.

En 1925 Oswald Schwarz publicó su enciclopedia: Psychogenese und psychoterapie körperlicher symptome, estudió todas las enfermedades psicogénicas concebibles y discutió todas las formas de psicoterapia una antología similar publicada por Adam apareció en Jena en 1921 entre las ocho contribuciones de gran interés, se suma a las de Berger, el inventor del EEG, quien siguiendo al psicólogo William James reconoció el papel de la psicogénesis y la hipnosis como una forma de tratamiento, otra antología de este tipo fue publicada por Birnbaum en 1927.

El psiquiatra Kretschmer famoso por su descripción de los biotipos, llegó a ser un psicoterapeuta activo entre los psicoanalistas - Deutsch, Grodeck, Simel y muchos otros ocupados en problemas psicosomáticos. En el período de la postguerra, la medicina psicosomática retornó a sus antiguos centros europeos; V. Von Weizsäcker, influenciado

por su maestro Krehl y por Freud basó su terapia sobre la pregunta del sentido de la enfermedad. Mitscherlinch desarrolló un ala izquierda Freudiana, aproximándose a la psicósomática. La terapia de Von Uexküll es una aplicación médica de las teorías biológicas de su padre.

La exitosa disciplina autogénica de Shultz recuerda las primeras ideas de Oscar Vogt sobre la autohipnosis.

Hasta aquí existen incontables teorías sobre la génesis de las enfermedades psicósomáticas y sobre las técnicas de psicoterapia, sobre un punto esencial se ha establecido un consenso: Que el elemento básico de la medicina psicósomática representa un dialogo entre el doctor y el paciente, su cooperación, el redescubrimiento del arte gentil de escuchar de Dunbar y la noción del doctor como placebo.

Este término de medicina psicósomática ha sufrido variaciones teóricas durante los últimos 30 años, después de las observaciones iniciales de Cannon de los cambios fisiológicos específicos que acompañan a emociones específicas. Flanders Dunbar enfatizó la relación de enfermedades específicas con la personalidad y estilo de vida, Franz Alexander introdujo la idea de la situación del inicio de la enfermedad en términos de la especificidad de conflicto y vulnerabilidad de los órganos, Wolff elaboró diseños experimentales sofisticados para investigar las relaciones de la tensión psicológica y ambiental y la reacción corporal. Mason y otros usaron nuevas técnicas de investigación hormonal para estudiar la reacción orgánica final a la tensión, otros se han enfocado sobre los procesos intracerebrales mediante los cuales la función endocrina se lleva a cabo.

Miller ha mostrado que la respuesta autonómica puede ser condicionada. Engel y la escuela de Rochester han enfatizado el inicio de la enfermedad en términos de pérdida y desarrollo de un estado de renuncia-abandono, con afectos de displacer, abandono y desesperanza.

La medicina psicósomática ha llegado a abarcar a todas las enfermedades, no únicamente las siete sagradas mencionadas por Alexander, su preocupación ha variado, del interés por eventos intrapsíquicos y enfermedad para remarcar el ambiente en que ocurre la enfermedad, un modelo de causalidad lineal, ha dado forma a un modelo cíclico, en el cual la enfermedad es vista como conducta, representando la vía final común resultante de factores interrelacionados dentro de la estructura psicológica, fisiológica y ambiental de cada individuo. Los serios esfuerzos para inspeccionar los mecanismos mediante los cuales los conflictos psicológicos son traducidos en procesos somáticos, no fueron reconocidos formalmente hasta 1939, año en que se fun-

dó la Asociación Psicosomática Americana.

Actualmente, la relación de la emoción con procesos fisiológicos - se ha establecido claramente, se observaron respuestas específicas la cia tensiones ambientales específicas, después de Selye, se pensó que la respuesta aunque puede ser simultáneamente adaptativa para el or ganismo puede también conducir a la enfermedad (Enfermedad adaptativa).

En una u otra forma, una reacción de sistemas de órganos, una vez - sensibilizada para responder a un evento estresante, puede continuar haciendolo en forma estereotipada hacia los procesos estresantes, ya sean iguales o diferentes.

La función del cerebro puede ser tanto el inicio como el product de procesos psíquicos, otra vez, la naturaleza cíclica de un proceso se pone a consideración, esto es, ya sea que la emoción pueda produ- cir un cambio biológico o este a la emoción. Este fenómeno es de par- ticular interés al considerar procesos somáticos específicos, que han sido correlacionados con estados emocionales más o menos clásicos, en tre estos están: Conducta suicida con meningioma del lóbulo frontal depresión (frecuentemente l bilidad emocional) con carcinoma de Pán- creas, delirios con astrocitoma del lóbulo temporal, episodios psicó- ticos secundarios a hipoglicemia asociada con Adenoma de Páncreas - depresión agitada con Hipotiroidismo, ansiedad con Cromafinoma, depre sión y apatía con Anemia Perniciosa, alteraciones conductuales con - enfermedad de Wilson, tensión y fátiga con enfermedad de Addison, eu- fonia y depresión con enfermedad de Cushing y depresión con Adenoma Paratiroideo.

Las relaciones entre ARN y retención de la memoria es otro aspec- to de la relación cerebro, conducta y emoción.

Al mismo tiempo que Cannon investigaba la fisiología de las emo- ciones, un grupo de investigadores estudiaban y sistematizaban la ob- servación de que muchos individuos con enfermedades específicas tam- bién tenían características y rasgos de personalidad específicos, así Dunbar revisó la literatura y recolectó datos psicosociales de más - de 1,600 pacientes para identificar un perfil de personalidad para - el que consideró 8 enfermedades con relaciones psicosomáticas: Frac- turas, oclusión coronaria, enfermedad hipertensiva, síndrome anginoso - cardiopatía reumática, arritmias, fiebre reumática, Artritis Reumatoide y Diabetes. Sobre la base de estas informaciones Dunbar formuló la - teoría de: "Especificidad de personalidad".

Ruesch relacionó una personalidad infantil como el núcleo de la - medicina psicosomática, considerando: 1) Detención o defectos del a -

prendizaje social, 2) Menoscabo de la expresión corporal canalizada a través ya sea de acción física directa o expresión orgánica, 3) - persistencia de patrones de pensamiento e ideación infantil, 4) Dependencia y pasividad, 5) Conciencia rígida y punitiva, 6) Ideales grandiosos y 7) Ausencia de capacidad para integrar la experiencia.

Friedman y Roseman identificaron una personalidad tipo A relacionada con cardiopatía.

Alexander, French y sus colegas, fueron quienes más influyeron para fusionar conceptos psicoanalíticos, con la disfunción orgánica, en la década de los cincuenta estudiaron las "siete enfermedades sagradas": Hipertiroidismo, neurodermatitis, úlcera péptica, Artritis Reumatoide, Hipertensión esencial, Asma bronquial y Colitis Ulcerativa, cambiaron el concepto de especificidad de la personalidad, por el de especificidad de conflicto, sin negar la importancia de los rasgos de la personalidad. Alexander enfatizó la existencia del factor X, el concepto de vulnerabilidad de órgano, presumido sobre las bases de la herencia y el desarrollo temprano.

Holmes y Rhae tomaron en consideración el ambiente social, Greene tomó en consideración las relaciones objetales.

Schwab ha identificado relaciones somatopsíquicas que ocurren en pacientes con enfermedades somáticas y describieron cuatro patrones de respuesta: 1) Dolor (pena) y depresión, 2) Ansiedad y negación, 3) Cambios en la autopercepción y 4) Trastornos de las relaciones interpersonales.

En general se pueden identificar actualmente tres líneas de desarrollo de la medicina psicosomática: 1) Investigación psicodinámica 2) Investigación psicofisiológica y psicosocial y 3) Psiquiatría de enlace, es sobre ésta última que habremos de enfocarnos: El término de Psiquiatría de enlace fue usado por primera vez por Billings en 1939 posteriormente su uso fue haciéndose cada vez más extenso, para describir el papel cambiante de los psiquiatras en el hospital general.

La consulta a los psiquiatras por parte de servicios médicos o quirúrgicos en los E.U. se remonta al año de 1920 con el establecimiento de servicios de consulta psiquiátrica en hospitales de enseñanza coincidiendo con un resurgimiento del interés en la medicina psicosomática.

Muchas de las solicitudes de interconsulta reflejaban la búsqueda de causas psicológicas en enfermedades orgánicas de origen desconocido, pero aún así, la relación formal con el psiquiatra y otros profesionales de la salud era escasa, el concepto del psiquiatra co-

mo un miembro del equipo, comenzó a desarrollarse después de que las unidades psiquiátricas en hospital general, se hicieron comunes en 1930 a 1940. Como una consecuencia del creciente número de psiquiatras en aquellos hospitales, los psiquiatras comenzaron a rondar a los internistas y por lo tanto llegaron a trabajar como miembros de la organización del cuidado del paciente médico, el papel del psiquiatra se hizo mucho más extenso, ya no fué contribuir como visitante, ayudar al diagnóstico psiquiátrico o evaluar pacientes potencialmente suicidas, en lugar de eso, su consejo llegó a ser solicitado en áreas como problemas de manejo del paciente, la comprensión de la respuesta del paciente hacia la enfermedad y la ayuda al paciente para enfrentar su enfermedad, además de sus funciones más tradicionales como interconsultante.

El término psiquiatría de enlace constituye otro intento de la medicina para resolver la dualidad Cartesiana entre mente y cuerpo que ha existido desde la antigüedad. En gran medida el enlace ha heredado muchos de los conceptos de una medicina psicósomática más antigua en su esfuerzo para identificar relaciones causales, más inmediatamente el enlace deriva de la interconsulta psiquiátrica y puede ser visto como el proceso a través del cual se identifican las interrelaciones sugeridas por la medicina psicósomática, son también probadas clínicamente y transmitidas a los médicos no psiquiatras.

Los laboratorios de la psiquiatría de enlace son las áreas de hospitalización y consulta externa, médicas, quirúrgicas, obstétricas en los hospitales generales.

Finalmente la palabra enlace ha venido a ser sinónimo de la palabra enseñanza, como enseñanza su papel ha sido enfatizar la aproximación comprensiva al entendimiento de la enfermedad, su desarrollo inicio y tratamiento.

## ANTECEDENTES:

Existe, desde hace tiempo, la inquietante convicción, entre los médicos no psiquiatras, de que han sido adiestrados inadecuadamente, con un conocimiento y destreza superior, en cuanto a la elaboración del diagnóstico clínico y de laboratorio. Han sido enseñados para buscar manifestaciones raras de enfermedades raras, lo cual los desalienta al enfrentar la realidad de la práctica diaria.

La realidad es que quizá la mayoría de sus pacientes tienen componentes psicosociales de su enfermedad y que no responden rápidamente al tratamiento de sus enfermedades médicas únicamente.

Los pacientes en quienes los factores psicosociales son de especial importancia - si no los únicos - comprenden un grupo de más de la mitad de los pacientes en la consulta externa y una tercera parte de los hospitalizados.

En un estudio realizado por Novack, las causas psicosomáticas de algunos síntomas fueron las siguientes: Dolor abdominal 40%; dolor torácico 26%, cefalea más del 50%, fatiga 50%, dolor de espalda 22%, nerviosismo 85%, vértigo 40%.

Engel propuso como primer paso hacia la solución del problema un cambio de actitud básico, la medicina actual es practicada y enseñada dentro de un modelo bionédico de la enfermedad, este modelo asume que la enfermedad puede ser completamente evaluada por desviaciones de la norma o variables biológicas medibles, las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales son excluidas de esta tarea.

Se ha hecho evidente que los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan a diferentes niveles en el proceso de desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, el modelo Biopsicosocial de la enfermedad reconoce esto y Engel solicita la adopción de ésta tarea más amplia como una guía hacia la investigación diagnóstica y terapéutica.

La adopción de este modelo ofrece muchos beneficios potenciales - a diferencia del hecho de ser frustrado, por pacientes quienes tienen muchas quejas pero escasa evidencia objetiva de enfermedad.

Los médicos que evalúan los factores psicosociales de manera organizada tendrán un mayor entendimiento de la enfermedad de sus pacientes y una guía más clara hacia la terapéutica.

Los pacientes manifiestan la interacción adversa de factores biológicos, psicológicos y sociales en una variedad de formas:

1) Hay aquellos quienes advierten su ansiedad y depresión y solicitan una guía del médico.

2) Hay aquellos cuyas enfermedades están influenciadas por algún factor psicológico específico y que pueden tener advertencia de tal influencia, por ejemplo: Pacientes con hipertensión lábil, asma o colitis ulcerativa.

3) Aquellos pacientes cuyas enfermedades causan problemas emocionales al enfrentarla, estas reacciones pueden intensificar los síntomas e interferir con el régimen terapéutico, por ejemplo: La depresión experimentada comúnmente después del infarto del miocardio y las transgresiones dietéticas llevadas a cabo por algunos pacientes diabéticos adolescentes.

4) Existen pacientes en quienes los factores conductuales son determinantes en la formación de síntomas, estos pacientes generalmente tienen poca advertencia del origen de sus síntomas: Por ejemplo: Aquellos que son hipocondríacos, quienes tienen reacciones de conversión o cuyos síntomas son un equivalente depresivo.

En todas estas instancias es importante valorar los factores psicosociales y evaluar su contribución a la enfermedad del paciente antes de formular un régimen terapéutico.

Esto ha sido propuesto por la medicina psicosomática que tiene tres factores interrelacionados que definen su enfoque:

1) Esta es una disciplina científica interesada en el estudio de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad.

2) Es un cuadro de postulados y guías que incorporan una aproximación holística de la práctica de la medicina.

3) Abarca la Psiquiatría de Enlace.

Este último término de psiquiatría de enlace, se refiere al área de la práctica psiquiátrica, la cual involucra la interconsulta y la colaboración con médicos no psiquiatras y otros trabajadores de la salud en todo tipo de escenario donde se presta atención médica, pero especialmente en los hospitales generales. La colaboración comprende: Atención al paciente, enseñanza de los aspectos psiquiátricos y psicosociales de la medicina y la investigación en los límites entre la psiquiatría y la medicina. La interconsulta se refiere a proporcionar consejo experto sobre diagnóstico, manejo y prevención de los desordenes mentales, tensión psicológica y alteraciones de la conducta entre pacientes tratados por médicos no psiquiatras. El paciente enfermo, lesionado o incapacitado es el foco especial de la actividad de la interconsulta. El enlace en este contexto implica el contacto regular de un psiquiatra u otro profesional de la salud mental, con el equipo clínico, con el propósito de dilucidar los aspectos

psicosociales de la atención del paciente.

Como algún autor ha asegurado, parte de la tarea del psiquiatra es dirigir la relación bilateral entre los componentes somáticos y psicosociales de la enfermedad (Krakowski).

El psiquiatra puede estudiar la reacción del paciente hacia el ambiente del hospital y la relación entre el médico y otros profesionales de la salud y el paciente.

Kimball llamó a la psiquiatría de enlace: "Un análisis general sistemático en la interpretación de la enfermedad y la determinación de la intervención más apropiada y efectiva, después de tomar en consideración varios factores - Biológicos, psicológicos y sociológicos - que conforman el estado total del paciente.

Lipowski escribió, que la interconsulta médica involucra: 1) Operación en el contexto de servicios al cuidado de la salud, administrativa y conceptualmente, 2) Adherencia a la aproximación psicósomática, la que propone que la salud y la enfermedad humana son el resultado de la interacción de factores biológicos psicológicos y sociales y - 3) Un enfoque sobre la gente cuyos problemas psiquiátricos están relacionados con enfermedad física e incapacidad o sobre quienes comunican su angustia en términos de síntomas somáticos.

Lipowski hizo una clasificación general de los tipos de situaciones diagnósticas con que se puede encontrar un psiquiatra:

- 1) Presentación psicológica de una enfermedad orgánica con ansiedad o depresión posiblemente enmascarando la enfermedad subyacente.
- 2) Complicaciones psicológicas de una enfermedad orgánica, por ejemplo: Delirium como resultado de abstinencia (alcohol o drogas) cirugía de corazón abierto o cirugía de ojo.
- 3) Reacción psicológica hacia una enfermedad orgánica.
- 4) Resultados psicológicos del Estrés, tales como afectos displacentes (Ansiedad, culpa, desesperación), estados patológicos de larga duración o intensidad excesiva, el uso de mecanismos de defensa del Ego contra el afecto displacentero, la evaluación inadecuada y evitación de tensiones externas como una posible consecuencia de los mecanismos de defensa, efectos somáticos dañinos de los concomitantes fisiológicos de afectos disfóricos, los cuales pueden traer como consecuencia por ejemplo, dolor precordial y los efectos de la retroalimentación positiva de la psicopatología resultante sobre el estrés original.
- 5) Presentación somática de trastornos psiquiátricos, por ejemplo: insomnio, dolor, cefalea y palpitaciones que pueden enmascarar una depresión.

## 6) Trastornos psicosomáticos.

El centro de la contribución de la psiquiatría de enlace al manejo médico, es un análisis comprensivo de la respuesta del paciente hacia la enfermedad, sus recursos psicológicos y sociales, su enfermedad psiquiátrica (si la hay) y su forma de enfrentarlo.

El mismo Lipowski, en 1967, enlistó los siguientes problemas de manejo con que el psiquiatra se puede encontrar:

- a) Amenaza e intento de suicidio.
- b) Conducta gruesamente alterada (psicosis o Delirium)
- c) Reacciones emocionales exageradas (Miedo, rabia, depresión).
- d) Renuencia a cooperar debido al miedo, la rabia, la depresión o conflictos médico-paciente.
- e) Convalecencia retardada. (Angustia de separación, apego al papel de enfermo)
- f) Conflictos entre el paciente y el personal.
- g) Paciente con historia psiquiátrica, aunque no haya problemas relacionados con ésta (Los médicos y enfermeras frecuentemente temen a este tipo de pacientes).
- h) Efectos colaterales de las drogas, de orden psiquiátrico.
- i) Selección y preparación de pacientes para cirugía electiva y hemodialisis.
- j) Disposición (Convalecencia, rehabilitación, continuación del tratamiento psiquiátrico).

Existen tres estrategias básicas de la psiquiatría de enlace, el psiquiatra puede usar las tres o cualquiera de ellas: 1) La aproximación orientada hacia el paciente, en el cual éste es el interés principal, 2) La estrategia orientada hacia la consulta, en la cual las motivaciones del médico que refiere al paciente y sus expectativas hacia la consulta son el interés principal. y 3) La aproximación orientada hacia la situación en la cual la relación interpersonal entre los miembros del equipo clínico, involucrados en el cuidado del paciente son tomados en cuenta cuando se hacen las recomendaciones.

**ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ENLACE:** Su importancia ha llegado a ser una promesa en atención a proporcionar servicio clínico y enseñanza eficiente y para facilitar la investigación, es esencial tener un servicio de enlace organizado en base al departamento de psiquiatría de un hospital determinado. En el pasado, tales servicios fueron relativamente pocos y la mayoría de ellos confinados a hospitales de enseñanza, la consulta psiquiátrica era proporcionada sobre

una base ad hoc por psiquiatras, que ni tenían experiencia, ni tenían interés por trabajar en la interfase de la medicina y la psiquiatría como un resultado la consulta tuvo mala reputación e hizo poco para animar la colaboración entre psiquiatras y otros médicos o para llenar la función de enseñanza. Está claro que únicamente un servicio de enlace organizado que cuente con psiquiatras, enfermeras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales puede proporcionar una liga adecuada entre psiquiatría y medicina.

Un servicio de enlace ofrece varias ventajas: Las interconsultas pueden ser proporcionadas eficiente y prontamente, se puede organizar la enseñanza y el enlace sobre bases regulares, se pueden llevar a cabo proyectos de investigación, obtenerse datos estadísticos, dirigir negociaciones con jefes de servicio y administradores, ninguna de estas ventajas será factible donde no exista un servicio organizado, tal servicio es un equipo de trabajadores psiquiátricos quienes poseen especial interés y experiencia y juegan roles complementarios - se apoyan los unos a los otros en un tipo de trabajo que es a veces difícil y frustrante, las frustraciones están relacionadas con actitudes de indiferencia cuando no de rechazo y hostilidad hacia tales trabajadores.

Si se acepta la premisa de que un servicio o equipo de enlace organizado es lo óptimo, entonces ¿ Como podría llenar mejor sus funciones como una liga vital entre el servicio de psiquiatría y los demás servicios de un hospital general?. La respuesta a esta pregunta dependerá en gran medida de las metas principales que uno contempla. Las opiniones en la consideración de este punto crucial están divididas, pero todos los psiquiatras de enlace estarán de acuerdo en que su meta principal es elevar los niveles de atención psicosocial al paciente, sin embargo habrá diferentes estrategias para la consecución de esta meta. Algunos autores consideran que la educación del equipo no psiquiátrico y la prevención de morbilidad psiquiátrica entre pacientes médicos y quirúrgicos como los principales objetivos - otros enfatizan el proporcionar servicio clínico en la forma de interconsulta y psicoterapia al paciente encamado, como las funciones principales de los psiquiatras de enlace, esta aproximación, concede menor importancia a la enseñanza y los aspectos interpersonales que involucran al paciente y al equipo.

Greenhill ha descrito varios modelos operacionales de los servicios de enlace que descansan sobre dos modelos básicos: El de la interconsulta y el del enlace, el primero implica que el psiquiatra se

reduce a proporcionar las consultas requeridas por sus colegas, pero sin intentar educarlos de manera sistemática. El modelo del enlace - en contraste contempla la asignación de uno o más trabajadores de enlace a una guardia particular, alguna unidad especial, algún caso y a la enseñanza.

Del trabajador de enlace se espera que se reúna regularmente, a veces diariamente con el equipo clínico al cual ha sido asignado y del que ha llegado a ser miembro, estará interesado no únicamente en la consulta al paciente, sino también en las relaciones del equipo, entre sus miembros y de estos con el paciente.

La dirección de este modelo muestra lo valioso que es para la enseñanza, resolución de conflictos y prevención de morbilidad psiquiátrica.

**OBJETIVOS PARA LOS RESIDENTES:** Los expertos en educación han recalcado la importancia entre el tener objetivos claramente especificados en un programa educativo eficiente y efectivo, tales expertos sostienen que los objetivos bien contruidos, sirven para las siguientes - funciones importantes: 1) Ayudar a maestros y alumnos a trabajar en colaboración para la consecución de las metas, 2) Facilita el diseño de métodos de enseñanza relevantes, 3) Desarrollar instrumentos de evaluación para el monitoreo y la modificación de los esfuerzos de - la enseñanza.

Los programas sin objetivos adecuados pueden sufrir una falta de enfoque, insuficiencia o redundancia en el curriculum, la mala elección de procedimientos para la instrucción y metodologías para la evaluación.

En respuesta a la ausencia notoria de objetivos de adiestramiento coherentes en el area de la interconsulta y la psiquiatría de enlace varios autores han desarrollado un cuadro de objetivos de adiestramiento mínimos para residentes.

Estos objetivos basados en la competencia fueron contruidos de - acuerdo a los principios de la teoría educativa de que los objetivos operativamente útiles, son concretos, útiles para guiar la enseñanza - disponible (dando tiempo y recursos específicos y medibles (para evaluación del resultado). El contenido actual cubierto por los objetivos fué decidido por varios factores, incluyendo: La frecuencia con la cual cualquier objetivo particular era incluido en diferentes programas de adiestramiento, la comprensión por parte del grupo de trabajo de la literatura de la psiquiatría de enlace y las experiencias

clínicas y de enseñanza de los miembros del grupo.

La meta fué crear un cuadro de objetivos de adiestramiento mínimos que representen el conocimiento y destreza básica requerido para las interconsultas médicas, que cada residente debe de tener antes de graduarse, más aún, se intentó crear un cuadro realista y práctico de objetivos que guiarían la enseñanza, el desarrollo de programas y la evaluación en el campo de la psiquiatría. El trabajo futuro incluye la organización de un estudio interdisciplinario, el diseño de evaluación apropiada y un estudio de la respuesta a este cuadro de objetivos.

El objetivo terminal, es proporcionar consulta competente al personal médico no psiquiatra, considerando problemas médicos y conductuales en los pacientes médicos, esto requiere la maestría e integración de conocimiento específico, con un amplio rango de destrezas clínicas

Los objetivos de conocimiento son: El proceso de la interconsulta las dimensiones biopsicosociales de la práctica médica, los síndromes clínicos, los cuales incluyan las condiciones psiquiátricas y las conductuales, los tratamientos, tanto los tratamientos psiquiátricos orgánicos para pacientes médicos y los tratamientos no orgánicos. Los objetivos en cuanto a las destrezas clínicas abarcan: La obtención de datos, la formulación del caso y la intervención.

A pesar del creciente interés por la psiquiatría de enlace, que ha llevado al conocimiento de los puntos aquí expuestos, existe aún la necesidad de estudios diseñados para aclarar la interacción entre el ambiente de hospital, físico y psicológico, el curso médico del paciente y sus rasgos de personalidad solo así puede ser posible optimizar el tratamiento de los pacientes, tomando en cuenta su personalidad y su ambiente óptimo.

Se puede ahora decir que los límites de la psiquiatría general y la psiquiatría de enlace han comenzado a desaparecer.

¿Cual es entonces el papel apropiado de los psiquiatras generales en el futuro? La respuesta a esta pregunta puede estar en el reconocimiento de que se necesitan médicos que vadeen la brecha entre las ciencias médicas por un lado, y las ciencias conductuales y sociales por el otro. Un doctor que sea capaz de hablar con los doctores y enseñarles, que conozca las ciencias de la conducta, que entienda las complejidades de la organización de un hospital, la personalidad del paciente y las interacciones entre los factores médicos y psicossociales, este es un papel importante ya que dejar de lado la dimensión psicossocial, frecuentemente tiene como resultado un tratamiento inefectivo.

PROBLEMA: Una vez aclarado el campo y definido los conceptos básicos en base al cúmulo de información que acerca del desempeño del psiquiatra en el hospital general y que denota el gran interés de éste ha cobrado, nos planteamos la siguiente hipótesis:

¿ Es adecuado el nivel de conocimientos que tiene acerca de la psiquiatría tiene el médico no psiquiatra ?

Esta evaluación fué llevada a cabo en el C.H. "20 de Noviembre" - y podía hacerse básicamente en dos formas: Primero: La evaluación directa a través de la aplicación de un examen sobre los conocimientos básicos de la materia, haciendolo de esta forma nos enfrentamos a varios problemas, uno de ellos era la resistencia que provoca en los médicos no psiquiatras, otro problema, quizá el principal, la falta de un instrumento de evaluación adecuado,

Como segunda alternativa, la posibilidad de evaluarlo indirectamente a través del estudio de las solicitudes de interconsulta a nuestro servicio y de esta manera enfrentamos con otro tipo de problemas: en primer término, el que unicamente se haya podido recuperar la información referente al primer semestre del presente año que fué a final de cuentas el material examinado, segundo la falta de un criterio uniforme para el diagnóstico en nuestro servicio.

Las ventajas que de esto podían obtenerse eran varias: Conocer aspectos sociodemográficos de los pacientes hospitalizados vistos por nuestro servicio, ahondar en los factores que intervienen en la evaluación del servicio de psiquiatría, con el resto de los servicios del hospital y finalmente el aspecto que nos ocupa que es el nivel de conocimiento del médico no psiquiatra para evaluar a su paciente en su dimensión psicosocial, la importancia que esto reviste ya ha sido ampliamente revisada en los antecedentes.

En nuestro país existen pocos estudios sobre este aspecto todos ellos llevados a cabo en otras instituciones, en el caso del ISSSTE no existe ninguna información al respecto.

El estudio de los datos se hizo a través de un diseño transversal no experimental.

MATERIAL Y METODO: Se revisaron las solicitudes de interconsulta recibidas en nuestro servicio en el lapso comprendido entre los meses de Enero y Junio del presente año, obteniendose primero, el motivo de la interconsulta, la impresión diagnóstica del médico solicitante, el diagnóstico elaborado en nuestro servicio y secundariamente los datos sociodemográficos de los pacientes, por lo que toca a las consultas -

solicitadas por el servicio de urgencias, se menciona unicamente la cantidad de interconsultas por sexo, global y los internamientos en Hospital Psiquiátrico.

RESULTADOS: Fueron revisadas 95 solicitudes de interconsulta, el total de las recibidas en nuestro servicio durante el lapso Enero - Junio del presente año.

69 (72.6%) de las interconsultas provenían del servicio de Medicina Interna, 13 (13.6%) del servicio de Cirugía General, 4 (4.2%) de Ginecología y Obstetricia, 4 (4.2%) de Pediatría y 1 (1.0%) de cada uno de los siguientes servicios: Oncología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Cirugía Pediátrica y Unidad de Trasplantes.

De este total de interconsultas 39 (41%) correspondieron a pacientes del sexo masculino, 56 (59%) a pacientes del sexo femenino.

40 (42.10%) tenían anotada la impresión diagnóstica del médico - que refería al paciente, 55 (57.89%) no tenían anotada la impresión diagnóstica.

De las interconsultas que contenían impresión diagnóstica, las más frecuentes fueron: Demencia 2 (5%), Alcoholismo 8 (20%), Depresión 20 (50%), Histeria Conversiva 6 (15%), Psicosis 1 (2.5%), SOC 2 (5%) y Esquizofrenia 1 (2.5%).

De las solicitudes que no tenían impresión diagnóstica, los motivos de las interconsultas fueron : Alucinaciones 2 casos, Agresividad 2 casos, Trastornos de la conducta 2 casos, Intento suicida 6 casos, ideas delirantes un caso, desorientación dos casos y solicitando terapia de apoyo dos casos, esto hace un total de 18 (32.7%), las 37 (67.2%) restantes contenían unicamente el diagnóstico médico, sin precisar un motivo específico para la interconsulta.

Comparando con los diagnósticos psiquiátricos por mes los más frecuentes fueron:

Enero: Alcoholismo crónico 4 casos.

Depresión etílica 1 caso.

Depresión 3 casos.

SOC 3 casos.

Neurosis de ansiedad 2 casos.

Intento suicida 1 caso.

Síndrome ansioso depresivo 1 caso

Histeria conversiva 1 caso.

Esto hace un total de 16 interconsultas.

Febrero: SOC 5

Depresión 3

Síndrome Ansioso depresivo 3

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Histeria conversiva 1  
Esclerosis lateral amiotrófica 1  
Enfermedad de Parkinson 1  
Trastorno de personalidad 1  
TOTAL 15

MARZO Depresión 3  
Síndrome ansioso depresivo 3  
SOC 2  
Crisis convulsivas 1  
Intento suicida 1  
Neurosis de ansiedad 1  
Histeria 1  
TOTAL 12

ABRIL Depresión 8  
SOC 4  
Alcoholismo crónico 2  
Apnea del sueño 1  
Intento suicida 1  
Epilepsia 1  
TOTAL 17

MAYO Depresión 6  
Síndrome Ansioso Depresivo 2  
Impotencia 1  
Adicción a fármacos 1  
Esquizofrenia 1  
SOC 1  
Histeria 1

JUNIO Depresión 5  
Alcoholismo 3  
SOC 2  
Neurosis de Ansiedad 1  
Brote psicótico 1  
TOTAL 12

Las interconsultas faltantes correspondieron a aquellos casos que no ameritaban la interconsulta o bien, que habían sido dados de alta antes de ser vistos por nuestro servicio.

Considerados globalmente, los siete diagnósticos más frecuentes - fueron:

1) Depresión	28
2) S.O.C.	17
3) Sin. Ansioso depresivo	9
4) Alcoholismo	9
5) Neurosis de Ansiedad	4
6) Histeria conversiva	4
7) Intento suicida	3

Por lo que respecta a los pacientes vistos en urgencias, fueron un total de 318. 116 (36.4%) correspondieron a pacientes del sexo masculino, 202 (63.6%) a pacientes del sexo femenino.

48 de estos pacientes requirieron internamiento en hospital psiquiátrico, lo que representa el 15.09% del total de pacientes atendidos en dicho servicio. Su distribución por mes, fué de la siguiente manera:

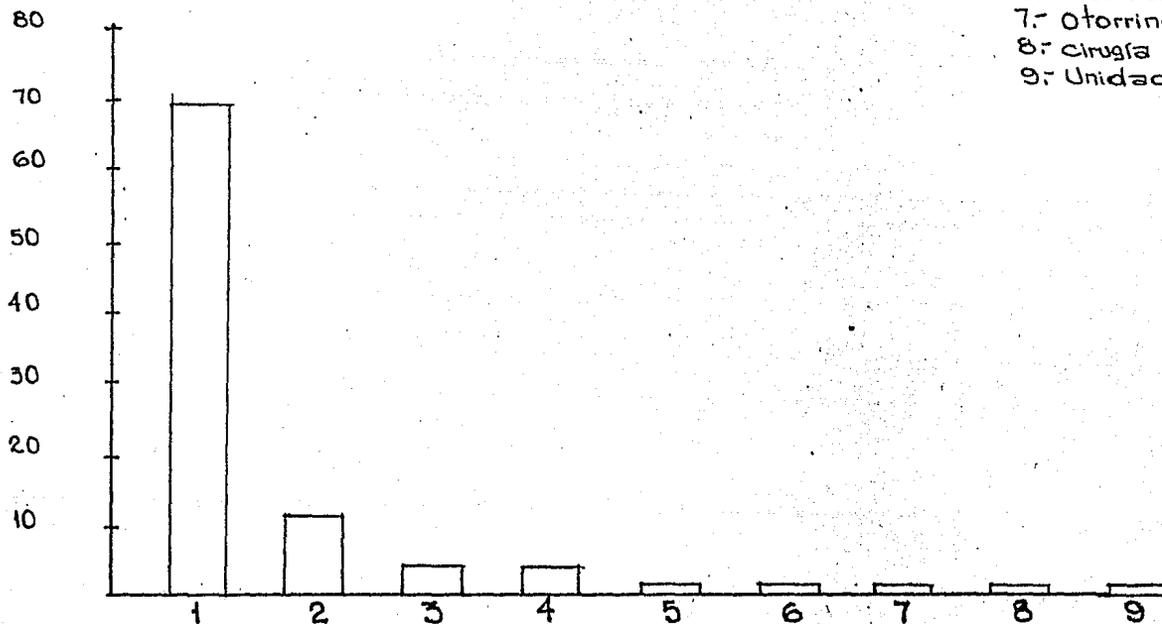
En el mes de Enero, 4 pacientes requirieron internamiento en psiquiátrico, en Febrero 10, en Marzo 14, en Abril 9, en Mayo 4 y en el mes de junio 7 pacientes.

Se anexan tablas y un gráfico conteniendo esta información.

TOTAL DE INTERCONSULTAS ENERO - JUNIO 1984.

MES	SERVICIO									TOTAL
	Medicina Interna	cirugía	G.O.	Oncología	Pediatría	Neuro-cirugía	O.R.L.	cirugía pediátrica	Unidad de trasplante	
Enero	12	3	2	1						18
Febrero	10	3	1			1				15
Marzo	10	2								12
Abril	17		1		3			1	1	23
Mayo	9	5			1					15
Junio	11						1			12
TOTAL.	69	13	4	1	4	1	1	1	1	95

Nº de interconsultas



- 1: Medicina Interna
- 2: Cirugía
- 3: Gineco-obstetricia
- 4: Pediatría
- 5: Oncología
- 6: Neurocirugía.
- 7: Otorrinolaringología.
- 8: cirugía pediátrica.
- 9: Unidad de trasplantes.

Servicio  
solicitante

Distribución de interconsultas por sexo			
MES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Enero	8	10	18
Febrero	9	6	15
Marzo	4	8	12
Abril	10	13	23
Mayo	4	11	15
Junio	4	8	12
TOTAL	39 (41%)	56 (59%)	95

Interconsultas con o sin impresión diagnóstica			
MES	con Idx.	sin Idx.	TOTAL
Enero	9	9	18
Febrero	6	9	15
Marzo	6	6	12
Abril	7	16	23
Mayo	4	11	15
Junio	8	4	12
TOTAL	40 (42.10%)	55 (57.89%)	95

Diagnósticos más frecuentes de los servicios solicitantes

DIAGNOSTICO .	MES						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Demencia		1				1	2 (5%)
Alcoholismo	4	1		1		2	8 (20%)
Depresión	3	2	5	4	1	5	20 (50%)
H. Conversiva		1	1	2	2		6 (15%)
Psicosis					1		1 (2.5%)
SOC	1	1					2 (5%)
Esquizofrenia	1						1 (2.5%)
<b>TOTAL.</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>40</b>

TOTAL DE CONSULTAS EN URGENCIAS.

MES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Enero	14	58	72
Febrero	16	24	40
Marzo	32	45	77
Abril	21	38	59
Mayo	16	20	36
Junio	17	17	34
<b>TOTAL</b>	<b>116 (36.4%)</b>	<b>202 (63.6%)</b>	<b>318</b>

## DISCUSION:

Aunque con serios y evidentes defectos metodológicos, los resultados obtenidos en la presente observación, aporta información digna de tomarse en consideración, con respecto a los factores que intervienen en el desempeño de la psiquiatría en un hospital general.

Se debe hacer resaltar que aún careciendo de un criterio uniforme para el diagnóstico, las causas que motivaron la interconsulta psiquiátrica no difieren de aquellas encontradas por algunos autores en estudios, ahora clásicos sobre este tema, realizados en países con mayores recursos, con registros precisos y con todo rigor metodológico.

Entre la principales causas se encontró la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales, los cuadros en los que la ansiedad es un rasgo sobresaliente, las conductas gruesamente anormales, todas ellas enmarcables dentro de la clasificación de las urgencias psiquiátricas hecha por Wayne en 1966.

También se hace evidente la falta del conocimiento psiquiátrico del médico no, psiquiatra, que lo imposibilita para detectar los factores psicosociales que intervienen en los pacientes médicos o quirúrgicos, quienes son estudiados bajo el enfoque del modelo biomédico, un modelo lineal de causalidad, únicamente, cuando los rasgos de trastornos psiquiátricos son muy aparatosos, se solicita la presencia del psiquiatra en los servicios médico-quirúrgicos,

Esto puede apreciarse en toda su magnitud si nos remitimos a las cifras totales obtenidas: En un semestre fueron 95 las interconsultas solicitadas en los diferentes servicios y 318 en el servicio de urgencias. Si se tiene en cuenta que únicamente en el mes de Agosto se registran los siguientes datos con respecto a las actividades del hospital: El servicio de Medicina Interna tuvo un total de 379 ingresos, en cirugía 906 ingresos, en Ginecología y Obstetricia 620 ingresos, en Pediatría 537 ingresos, lo que hace un total de 2,442 ingresos al hospital, únicamente durante el mes de Agosto del presente año, se reportan también 990 actos quirúrgicos realizados durante dicho mes. Como se podrá notar, en alguno de estos servicios, en un solo mes hubo más ingresos que el total de pacientes vistos por nuestro servicio tomando en cuenta los del servicio de urgencias.

Es difícil pensar que únicamente esta insignificante proporción de pacientes requieren de ayuda psiquiátrica, lo que confirma la afirmación anterior de que el paciente es visto únicamente en su dimensión biológica, dejando a un lado sus dimensiones psicológica y social.

En esto intervienen factores que no se pueden atribuir únicamente a la laguna de conocimiento psiquiátrico del médico no, psiquiatra que nos remonta a la poca o nula importancia que se concede a los factores psicosociales de la salud y enfermedad, en su educación de pregrado, pese a los esfuerzos de quienes intervienen en la articulación de objetivos dirigidos hacia ese fin, en los planes de estudio de la medicina general.

Existen también factores atribuibles al desempeño del servicio de psiquiatría en el hospital general, como lo es la falta de un plan de estudios estructurado para la residencia en Psiquiatría, reflejado por la ausencia de criterios uniformes para el diagnóstico.

Además la labor de la interconsulta psiquiátrica, ya que podrá llamarse de cualquier forma a la intervención de nuestro servicio en el hospital general, menos psiquiatría de enlace, es dejada en manos de psiquiatras que, o bien tienen poco interés o poca experiencia en el asunto, cuya intervención se reduce a la atención directa al paciente, haciendo un lado la labor de enseñanza, no solo a los médicos no-psiquiatras, sino también a los mismos residentes de psiquiatría cuya preparación en este aspecto, que día con día cobra mayor importancia, dependerá únicamente de su interés personal.

La responsabilidad de que esto suceda recae en gran parte sobre la institución que ha delegado la responsabilidad de la enseñanza a los residentes de psiquiatría, en el plan de estudios de la U.N.A.M. complemento teórico de la enseñanza que deberá adquirirse en la práctica diaria, en el contacto con el paciente.

Así es que por lo que a la institución respecta, de no ser por unas cuantas personas capacitadas e interesadas en la enseñanza y que la ejercen movidos exclusivamente por interés personal, en una manera altruista, esta sería completamente nula.

Abriéndose un poco a la especulación, otro factor que podría intervenir, sin que sea plenamente comprobable, por lo menos ahora en nuestro medio, es la tendencia del psiquiatra de aislarse del resto de las especialidades médicas y el desinterés por los aspectos estadísticos involucrados en la práctica de la Psiquiatría, lo que hace que los métodos de registro sean más bien deficientes, haciendo harto difícil, la recuperación de la información para observaciones como la presente.

## COMENTARIO:

Queda mucho por decir acerca del ejercicio de la psiquiatría en el hospital general y de los complejos factores que en esto intervienen pero esta clara la importancia que reviste el conocimiento de la psiquiatría, aún para aquellos dedicados a la práctica de otras especialidades médicas y la necesidad de la creación de servicios de psiquiatría de enlace, por las ventajas que ofrece y que por estar plenamente comprobadas quedan fuera de discusión, entre las principales que ésta práctica de la psiquiatría tiende a disminuir el costo de la atención del paciente, pero más importante, el hecho de contribuir al aspecto humanístico de la práctica médica.

Debido a que el trabajo en una institución de salud se encamina a la práctica de la medicina en grupo, es importante entender el papel del psiquiatra en dicha práctica, sus relaciones y su importancia en la ecuación del cuidado médico.

Ya en 1973 Louis Joylo West auguraba: "Los psiquiatras del mañana mientras conservan su acostumbrada experiencia en la psicodinamia y la psicoterapia serán más neurobiólogos, endocrinólogos y estudiosos de la conducta, de lo que lo son ahora... En consecuencia, la educación psiquiátrica debe aportar una gran cantidad de conocimiento, sin sacrificar su humanismo... Los médicos deberán llegar a estar mejor equipados para utilizar el conocimiento de la psiquiatría en la práctica de la medicina, lleguen o no a ser psiquiatras y los especialistas en Psiquiatría deberán estar mejor adiestrados a la luz de los últimos avances en el campo... Se debe estar seguro para, en el futuro, enseñar a los estudiantes no únicamente el valor de la psiquiatría sino también sus limitaciones y el riesgo que entraña atender las expectativas exageradas por parte de los médicos y del público".

Queda también patente la necesidad de estudios más rigurosos acerca de la Epidemiología en relación con la psiquiatría, porque en base al conocimiento que estos aporten se hará un óptimo uso de los recursos disponibles, además de que servirán de base para la elaboración de estudios de diseño gradualmente más complejo aportando conocimiento más valioso y fortaleciendo a la vez las ligas entre la medicina y la psiquiatría.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Ackerknecht Erwin H.  
The History of psychosomatic medicine.  
Psychological medicine 2 1982 17-24
- 2.- Allen J. Enelow.  
Liaison Psychiatry. Comprehensive textbook of Psychiatry.  
Kaplan, Freedman, Sadock. Williams and Wilkins III Edición.  
Tomo II Cap. 26 Pags. 1981-1985
- 3.- Becker E. Robert  
Psychiatry in undergraduate medical education.  
Am. J. Psychiatry Mayo 1973 130:5
- 4.- Cohen Cole Steven; Jack Haggerty, David Raft.  
Objetives for residents in consultation psychiatry, recomendations  
of a task Force  
Psychosomatics Vol. 23 No.7 Jul.1982 699-703
- 5.- Crawford W. James, Crawford Susan.  
Psychiatry and group medical practice, the diagnostic process  
referral patterns.  
Am. J. Psychiatry junio 1976 130:6 637-642.
- 6.- De la Fuente Muñiz Ramon.  
Psicología médica , primera edición 1959 .  
Fondo de Cultura Económica.
- 7.- De la Fuente Muñiz Ramon.  
La enseñanza de la psicología médica en la facultad de medicina  
Depto. de Psiquiatria y Salud Mental U.N.A.M. 9/VI/78
- 8.- Engel George L.  
The clinical application of the Biopsychosocial model.  
Am. J. Psychiatry 137:5 Mayo 1980 535-544
- 9.- Gunther Meyer S.  
The psychopathology of psychiatric consultation A different view.  
Comprehensive psychiatry Vol. 20:2 Marzo 1979 187-198
- 10.- Leigh Hoyle, Morton F Reiser.  
Major trends in psychosomatic medicine.  
Annals of internal medicine Vol. 87 1977 233-239
- 11.- Lipowski E.J.  
Psychosomatic medicine in the seventies: An overview  
Am. j. Psychiatry 143:3 Marzo 1977 233-244
- 12.- Lipowski ZJ  
Consultation Liaison Psychiatry: Past failures and new opportunities  
General Hospital psychiatry. Elsevier North Holland inc. 1979

- 13.- Lipowski ZJ  
Holistic medical foundations of american psychiatry a Bicentennial  
Am.J.Psychiatry 138:7 Julio 1981 888-895
- 14.- Lipowski ZJ  
Current trends in consultation liaison Psychiatry.  
Canadian Journal of Psychiatry Vo. 28 N. 5 Agosto 1983 329-338
- 15.- López Ibor J.J.  
Medicina psicósomática. Acta psychosomatica J.R.Geigy 1960.
- 16.- Novack Dennis H.  
Psychosocial aspects of illness.  
Southern Medical Journal Vol. 11 Nov. 1981 1376-1380
- 17.- Padilla GP, Ezban BM, Medina Mora ME, Campillo SC.  
El médico general en la detección de trastornos emocionales.  
Salud Pública México 26 1984 138-145
- 18.- Patterson Kimball Chase  
Conceptual developments in psychosomatic medicine. 1939:1969  
Annals of internal medicine 73:2 1970 307-316
- 19.- Patterson Kimball Chase  
Liaison Psychiatry; Of approaches and ways of thinking about Behavior.  
Psychiatric Clinics of North America Vol. 2 N.2 Agosto 1979 201-209
- 20.- Reiser F. Morton.  
Psychiatry in the undergraduate medical curriculum.  
Am. J. Psychiatry 130:5 mayo 1973 565-567
- 21.- Romano John  
The teaching of psychiatry to medical students.  
Am. J. Psychiatry 130-5 mayo 1973 559-562
- 22.- Schiffer Randolph B.  
Psychiatric aspects of clinical Neurology.  
Am. J. Psychiatry 140:2 Feb. 1983 205-207
- 23.- Joylon West Louis  
The future of psychiatric education  
Am. J. Psychiatry 130:5 Mayo 1973 587.