

11241

1 ej. 13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Y SALUD MENTAL.

BIBLIOTECA CENTRAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

TITULO: MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL  
GENERAL "DR RUBEN LEÑERO.

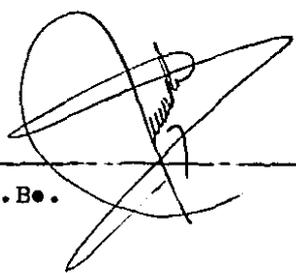
11241  
1 ej 13

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

PSIQUIATRIA PRESENTA:

DR MARCO ANTONIO RUIZ LEAL.

ASESOR: DR JOSE G. MERCADO VERDIN.

  
V. B.

(I)

A N T E C E D E N T E S .

Cabe preguntarse ante todo, si esta justificado referir se a la psiquiatría del Hospital General como algo diferente a la psiquiatría.

En los últimos años han surgido una serie de términos - no solo descriptivos sino conceptuales, que si bien no - son solo necesariamente novedosos estan destinados a -- cumplir con un objetivo específico la reincorporación - de la psiquiatría al resto de la medicina.

De los cambios importantes acontecidos a la psiquiatría en la última década, destaca la importancia que ha adquirido la práctica psiquiátrica en los Hospitales Generales. En 1971 en Inglaterra se dictaminó que cada Hospital de distrito debería contar con sus servicios psiquiátricos. Actualmente en los Estados Unidos de Norte América - el numero de ellos sobrepasa con mucho al de los Hospitales para enfermos mentales, en tanto que en México en - 1974 el plan nacional de salud recomendó que los Hospitales Generales destinaran el 5% de sus camas a la atención del paciente psiquiátrico. Lo anterior se explica por el interes que últimamente ha demostrado la psiquiatría por la medicina y por las grandes ventajas que ofrece.

Habitualmente los Hospitales Generales se localizan en zonas de fácil acceso; además de que se aprovecha óptimamente la costosa infraestructura material y humana del establecimiento, los pacientes acuden con mayor espontaneidad a la consulta, por que no cargan con el estigma social que implica recurrir a los Hospitales que atienden exclusivamente a enfermos mentales y por último, aquellos pacientes cuyo padecimiento colinda con el campo -

(2)

de otras especialidades médicas, se hayan en posibilidad de recibir un tratamiento integral. En el campo de la educación, el entrenamiento de los médicos residentes en psiquiatría y de otras especialidades puede ser más completo, por que mientras los primeros continúan con estrecho contacto con la práctica médica, los segundos se sensibilizan a problemas humanos y psicológicos, condición indispensable para un buen tratamiento de cualquier tipo de paciente.

Y en el terreno de la investigación científica, se da el ambiente propicio para el desarrollo de programas que exigen un enfoque psicosocial complejo, como es el caso del alcoholismo, la obesidad, el dolor y lineamientos de problemas del anciano enfermo.

Ha sido tal el entusiasmo sobre el tema y tanto lo que últimamente se ha escrito, que bien pudiera parecer que se trata de un movimiento que carece de tradición. Sin embargo los primeros servicios de psiquiatría en Hospitales Generales aparecieron a finales del siglo pasado y a principios del actual. En México, el primer servicio de esta clase se fundó en el Hospital Español, en 1942, en un principio funcionó compartiendo algunas camas con los servicios de Neurología y Neurocirugía, y atendiendo las interconsultas que se solicitaban, así como la consulta externa. En esa época pasaron por ahí profesores de la talla de López Calvo, Manuel Guevara Orepeza, Alfonso Millán y María Fuentes. Pero cabe mencionar que quien lo transformó en lo que ahora es, fué el Dr Ramón de la Fuente.

Quien llegó a México en 1949, después de haber realizado estudios de pos-gradó en un Hospital General de la Unión Norteamericana. Bajo su dirección, el Hospital Español se distinguió por formar especialistas en psiquiatría con la capacidad de relacionar los conceptos dinámicos psicoanalíticos, con el modelo y los conocimientos médicos vigentes. Fué posible ofrecer a los pacientes un ambiente de libertad y amabilidad. Ha servido de modelo a otros servicios, como el desaparecido servicio de psiquiatría del Hospital General del Centro Médico Nacional del IMS y los que actualmente se están organizando en los Hospitales de la Secretaría de Salud.

No se sabe a ciencia cierta cual fué la primera unidad de este tipo que haya estado formalmente constituida. Tampoco parece ser muy importante el saberlo; sin embargo, cabe mencionar que es el Guy's Hospital de Londres al que se le señala generalmente como el primero en ofrecer este género de servicios. De mayor interés es quizá señalar su proliferación. En 1978 existían en Estados Unidos de Norteamérica; un total de 22 44 servicios de esta naturaleza en contraste con solo 500 Hospitales para enfermos mentales, tanto públicos como privados. En Inglaterra esta en marcha un programa para asignar 60 camas psiquiátricas a cada uno de los hospitales Generales del distrito y en Suecia más del 60% de los enfermos mentales son atendidos en Hospitales Generales que cuentan con este servicio y el 6% de sus camas son para enfermos mentales. Este sucede en los países altamente desarrollados, pero no solo ahí, sino también en otros en vías de desarrollo.

El Hospital de la Universidad del Cairo tiene 50 camas psiquiátricas; hay 28 en el Hospital Universitario de Zaragoza España, 30 en el Hospital Nacional de Niamey Nigeria; y aún países como Zaire Occidental y la República de Togo cuenta con sus servicios de psiquiatría en varios Hospitales Generales. En México esta en marcha un programa federal con los mismos fines. De lo anterior se desprende la evidente Universalidad de éste proceso .

Una cosa es la psiquiatría de consulta y otra es la de enlace, pero lejos de excluirse mutuamente ambas se complementan y constituyen en la práctica el puente de unión entre la psiquiatría y la medicina. El psiquiatra que asume estas funciones tiene que afrontar y vencer hábilmente una serie de resistencias que frecuentemente se presentan por parte de sus colegas médicos, de los enfermos de los familiares, y no pocas ocasiones del personal paramédico. Lo que va a permitir al psiquiatra salir adelante en estas condiciones es su identidad médica.

A diferencia de otros del equipo psiquiátrico ( psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras psiquiátricas, etc ) El psiquiatra que se mantiene dentro del modelo médico comparte con los demás especialistas la esencia de sus actividades profesionales, pero puede además a través de su equipo ofrecer servicios que trasciendan al modelo médico mismo en los casos que éster resulte insuficiente, al grado que eventualmente sus servicios se hagan impresionables. Por su entrenamiento médico y por la variedad de campos del conocimiento a los que el psiquiatra está-

(5)

expuesto sus posibilidades de influencia en los hospitales Generales son indispensables. El hecho de poder entender la sociología del Hospital le permite por ejemplo, - hacerse cargo de una serie de responsabilidades y de toma de decisiones que por su complejidad son de su competencia. Rogers y Bendon han señalado una serie de problemas que confrontan los centros Médicos Académicos, los cuales requieren para su solución la participación de -- equipos multidisciplinarios. Esta área de responsabilidad a la que le han llamado medicalización de los problemas sociales, representa para la psiquiatría una tierra fértil para la demostración de sus posibilidades.

Desde luego los programas de enlace tan en boga en estos días, tiene aún por delante la obligación de demostrar -- científicamente su validez y justificación, sin embargo -- los datos preliminares son altamente estimulantes. Por -- otro lado, las necesidades psiquiátricas de enfermos admitidos a los Hospitales Generales con problemas fundamentalmente médicos o quirúrgicos han quedado plenamente demostradas, y las posibilidades de enseñanza al personal ne--psiquiátrico, tanto médico como paramédico, mediante los -- programas de enlace, empiezan a ser reconocidos.

El intercambio de conocimientos en los Hospitales es más que un ejercicio académico, representa para el psiquiatra y su equipo la posibilidad de interactuar vis-a-vis con sus colegas y de ofrecer a los enfermos el tratamiento -- interdisciplinario que merecen. Los residentes de medicina y las enfermeras son dos grupos bien identificados --

Por su interes en saber más acerca de los problemas psicológicos de sus enfermos.

Con el desarrollo del conocimiento psicobiológico y la explosión de las neurociencias, la psiquiatría no puede únicamente dedicarse a mantener tradiciones y dogmas, su destino parece ser más bien el de regresar a su origen natural, la medicina, y el desterrar las dicotomías que no han favorecido ni el desarrollo científico ni la calidad de la atención a los enfermos. Sin embargo el camino no siempre ha sido fácil incluso para aquellos países plenamente desarrollados, si el curso de la consulta de enlace en Estados Unidos de Norteamérica es examinado nos percatamos que hasta antes de 1975 la atención de los psiquiatras en cuanto a publicar trabajos de enlace, fué muy escasa, tópicos enmarcados en este tema fueron raramente presentados en las asambleas nacionales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Programas de capacitación de residencia en su totalidad no fueron mejores. En 1966 Mendeli inspeccionó estos programas en los E.E.U.U. para determinar los límites a los que fueron expuestos los residentes de psiquiatría que tuvieron que rotar por un servicio de enlace. Encontré que un 75% de 202 programas ya establecidos hasta ese entonces, ofrecían una pobre organización en cuanto a docencia y a labores asistenciales. Diez años después Shubert y McKegney encontraron solamente un pequeño aumento en el periodo de tiempo invertido a los programas de capacitación de residentes en el servicio de psiquiatría de enlace.

Corresponde al Massachusetts General Hospital un papel --

(7)

determinante para el desarrollo y organización de programas de psiquiatría de enlace y sus experiencias son aprovechadas a nivel mundial. Ya para 1970 el M.G.H. contaba con 10 médicos psiquiatras de tiempo completo dedicados a consulta psiquiátrica de enlace, 6 residentes también de tiempo completo que permanecían en el servicio -- un periodo no menor de 6 meses, además "un ejército de consejeros sociales, psicoterapeutas que llevan a cabo una llabor de sensibilización a la comunidad para la utilización de este servicio, de una manera permanente. Llegan así a distintuir diferencias entre un servicio de consulta y uno de enlace: Un servicio de consulta es una cuadrilla de rescate, este responde a las solicitudes de otros servicios, para ayudar con el diagnóstico, tratamiento e disposición de pacientes difíciles. Un trabajo malo de consulta es nada más que una breve interferencia dentro del territorio de otro servicio, generalmente termina escribiendo el plan de acción en el expediente, la intervención actual se deja al consultante. Como un bombero voluntario el consultante apaga el fuego y entonces regresa a casa. Como un voluntario de la brigada de fuego, un servicio de consulta rara vez tiene el tiempo e fuerza hombre para establecer programas de prevención e educar a la ciudadana acerca de la prueba de incendios.

Un servicio de Psiquiatría de enlace requiere trabajo hombre-dinero además de motivación, es necesario que permita al psiquiatra tiempo para su consulta, para llevar a cabo ésta y que no sea una simple entrevista con algunos pacientes difíciles.

El debe de estar disponible para atender a los cuerpos de guardia y discutir cada paciente individualmente con el consejo y llevar a cabo sesiones de enseñanza con el personal de enfermería, El trabajo de enlace es por añadidura distinguido por la actividad consultiva en aquellos pacientes que se ven con discreción por el psiquiatra, por que el consultante atiende un servicio social en el Hospital y esta capacidad para detectar el potencial de problemas psiquiátricos. Una vez organizado el servicio de enlace éste tiende a expandirse, más servicios coordinados son apreciados y su contribución es reconocida. Como quiera, aún por debajo de las mejores circunstancias, el impacto del esfuerzo de enlace rara vez se queda después de que el esfuerzo es retirado. Las lecciones que da el psiquiatra necesitan constante reforzamiento, las cuales son olvidadas por sus colegas. En un sentido esta es una ventaja desde que la misma necesita la continuidad de la presencia del psiquiatra.

Por otro lado en esta época de aumentos en reglamentos gubernamentales y la baja de fondos para servicios psiquiátricos, el servicio de psiquiatría de enlace puede generar todavía beneficios significativos para los pacientes, psiquiatras y administradores de un Hospital.

Un aumento en la proporción de diagnósticos psiquiátricos, desordenes médicos, una reducción de pacientes en cuanto a permanencia en los diferentes servicios hospitalarios, una utilización baja de servicios médicos, y el desarrollo de actividades de consulta de enlace.

Así tenemos que la psiquiatría ejercida con una orientación eclectica, dentro de un contexto holístico y con espíritu científico, podrá prescindir de términos que pretendan justificar su identidad, como una especialidad médica, por sus frutos se la conocerá.

J U S T I F I C A C I O N .

El programa de psiquiatría de enlace en el Hospital General "Dr. Ruben Leñero" tiene poco tiempo de haber sido instituido (tres años). Su finalidad es realizar una detección oportuna de aquellos pacientes que cursan con un padecimiento psiquiátrico asociado a la patología que amerité su atención dentro del Hospital General, con esto se evita una institucionalización de los enfermos mentales regresándolos a su comunidad con un plan terapéutico de acuerdo a las necesidades individuales del paciente que le asegure una atención médica y psiquiátrica continua. Otros de los beneficios que reciben los enfermos atendidos son innumerables, e incluyen entre otros la posibilidad de tener una evaluación médica completa, que sus familiares participen más activamente en su tratamiento y quedar libres de la estigmatización que la sociedad impone injustificadamente en aquellos que han estado internados en un Hospital "para locos", permitir pues el ejercicio de una medicina integral, holística y biopsicosocial. Sin embargo, debido al poco tiempo que tiene el programa de haber sido instituido, no se tienen datos estadísticos acerca de la morbilidad psiquiátrica en el mismo, por lo que concidero que este momento es el adecuado para llevar a cabo un estudio estadístico del servicio de psiquiatría de enlace del Hospital Dr. Ruben Leñero", ya que en la actualidad el servicio esta establecido y su funcionamiento es regular .

Este estudio se podrá tomar como base para estudios estadísticos posteriores con fines comparativos.

(II)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y  
OBJETIVOS.

Conocer la morbilidad psiquiátrica del Hospital General "Dr Ruben Leñero", con el fin de proponer estrategias -- nuevas que mejoren la atención del paciente, la educación médica continua y abrir líneas de investigación dentro del programa de psiquiatría de enlace.

OBJETIVOS.

General:

I.- Conocer la morbilidad de los padecimientos psiquiátricos atendidos por el servicio de psiquiatría de enlace durante el año de 1985 en el Hospital General Dr Ruben Leñero".

Específicos:

- 1).- Determinar el número total de pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría de enlace en consulta externa, urgencias, y hospitalización.
- 2).- Establecer la entidad psiquiátrica más frecuente dentro de la morbilidad general.
- 3).- Especificar la entidad nosológica médica que estuvo más asociada con patología psiquiátrica de cualquier tipo.

(12)

4).- Obtener la distribución por grupos de edad y sexo de los tres padecimientos psiquiátricos más frecuentes encontrados dentro de la morbilidad general dentro del Hospital General Dr. "Ruben Leñero".

5).- Comparar el diagnóstico psiquiátrico presuntivo elaborado por el médico tratante con el diagnóstico elaborado por el servicio de psiquiatría de enlace.

6).- Aplicar los resultados de este trabajo con el fin de mejorar la atención del paciente.

7).- Establecer una investigación que sirva como base a trabajos posteriores.

M E T O D O L O G I A .

En base a los objetivos del estudio se llevó a cabo una revisión de casos de manera retrospectiva, longitudinal y descriptiva

Dentro de las variables a manejar se considerarán :

a) Paciente psiquiátrico : Todo aquel paciente mayor de 18 años atendido en el Hospital General "Dr Ruben Leñero" que fue visto por el servicio de psiquiatría de enlace a solicitud del personal (médico • paramédico) • del mismo paciente. Se tomó como límite de edad los 18 años por que es un Hospital que básicamente atiende adultos y en los casos en que se atiende a niños , en rara ocasión se solicita la interconsulta al servicio de psiquiatría de enlace. La interconsulta al servicio de psiquiatría de enlace se solicita en un formato que llena el médico • el personal paramédico ya sea enfermería • trabajo social.

b) Padecimiento psiquiátrico : Se consideró que todo paciente que fué visto por psiquiatría de enlace tuvo una asignación diagnóstica correspondiente al área de psiquiatría, según la clasificación internacional de Enfermedades Mentales de la OMS 9a edición (ICD 9). El diagnóstico psiquiátrico que se manejó fué el que se estableció en la primera entrevista hecha al paciente por el servicio de psiquiatría de enlace.

C) Morbilidad psiquiátrica fué el total de padecimientos psiquiátricos del 1o de enero al 31 de diciembre del año de 1985.

d) Entidad nosológica médica fué el primer diagnóstico-médico establecido por el servicio de admisión (urgencias y consulta externa).

Se había contemplado en un principio incluir la variable de diagnóstico presuntivo psiquiátrico elaborado por el médico que solicite la interconsulta, pero en este caso se vió que como motivo de la interconsulta se ponían síntomas y signos pero no diagnósticos en los formularios de interconsultas.

La información de las variables arriba mencionadas se obtuvieron de la libreta de registro del servicio de psiquiatría de enlace donde se anotan las consultas realizadas por el servicio. De esta libreta se obtuvieron el número total de pacientes vistos por el servicio a partir del 1o de enero al 31 de diciembre de 1985. Una vez obtenido el número total de pacientes, se consultaron los respectivos expedientes con el fin de obtener el diagnóstico médico nosológico, el padecimiento psiquiátrico, la edad, el sexo, el servicio que solicita.

Estos datos se concentraron en un formato de concentración que contuvo los siguientes datos: número, edad, sexo, servicio solicitante, entidad nosológica médica, padecimiento psiquiátrico, personal que solicita.

Este formato de concentración fué probado con una muestra pequeña de casos con el fin de verificar su funcionalidad

C) Morbilidad psiquiátrica fué el total de padecimientos psiquiátricos del 1o de enero al 31 de diciembre del año de 1985.

d) Entidad nosológica médica fué el primer diagnóstico médico establecido por el servicio de admisión (urgencias y consulta externa).

Se había contemplado en un principio incluir la variable de diagnóstico presuntivo psiquiátrico elaborado por el médico que solicite la interconsulta, pero en este caso se vió que como motivo de la interconsulta se ponían sin temas y signos pero no diagnósticos en los formularios de interconsultas.

La información de las variables arriba mencionadas se obtuvieron de la libreta de registro del servicio de psiquiatría de enlace donde se anotan las consultas realizadas por el servicio. De esta libreta se obtuvieron el número total de pacientes vistos por el servicio a partir del 1o de enero al 31 de diciembre de 1985. Una vez obtenido el número total de pacientes, se consultaron los respectivos expedientes con el fin de obtener el diagnóstico médico nosológico, el padecimiento psiquiátrico, la edad, el sexo, el servicio que solicita.

Estos datos se concentraron en un formato de concentración que contuvo los siguientes datos: número, edad, sexo, servicio solicitante, entidad nosológica médica, padecimiento psiquiátrico, personal que solicita.

Este formato de concentración fué probado con una muestra pequeña de casos con el fin de verificar su funcionalidad

Los criterios de inclusion que se tomaron encuanta inclu-  
yeron a todos los paciente mayores de 18 años ya que el  
Hospital Genral "Dr. Ruben Leñero" atiende basicamente-  
adultos, tambien que hayn tenido un registro en el archi-  
vo atraves de expedientes del hospital, tambien que es -  
tuvieran siendo atendidos por qualquiera de los tres ser-  
vicios del Hospital como hospitalización consulta exter-  
na y Urgencias, uno mas de los criterios fue que la inter-  
consulta estuvo solicitada entre el 1o de enero de 1985  
al 31 de diciembre del mismo año, ademas que estuvieran  
captados en la libreta de registro del servicio de psi-  
quiatria de enlace.

Por criterio de exclusion se tomó a todos los pacientes  
menores de 18 años.

GRAFICOS Y TABLAS.

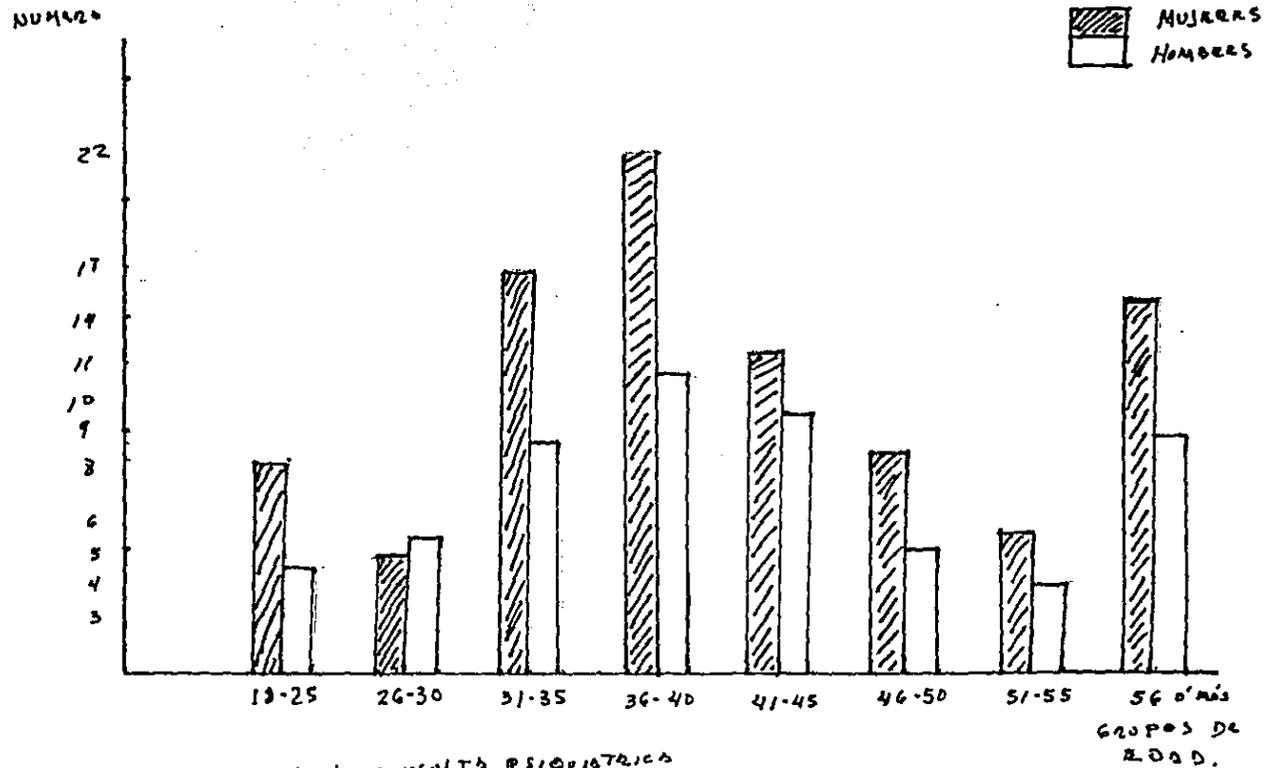
(16)

Distribución de la población total  
por grupos de edad y sexo (\*)

grupos - de edad.	Femenino	Masculino	Total.
18 - 25	8	4	12
26 - 30	5	6	11
31 - 35	17	9	26
36 - 40	22	13	35
41 - 45	14	11	25
46 - 50	9	5	14
51 - 55	6	3	9
56 • más	16	9	25
Total.	97	60	157
%	61.7 %	38.2 %	99.9 %

(\*) Tomado de la consulta psiquiátrica del  
Hospital "Dr Ruben Leñero".

GRÁFICO 3 : DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION TOTAL  
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO (\*)



(\*) TOMAS DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA  
DEL HOSPITAL "Dr. ROSEN LAUREN"

(18)

Reacción ante gran tensión.	(308)
Reacción depresiva prolongada	(309.I)
Alteraciones de las funciones- corporales originadas por fact <u>o</u> res mentales.	(306)
Depresión neurótica	(300.4)
Síndrome Post-contusión.	(310.2)
Trastorno de conversión	(300.II)
Dependencia de Cannabis.	(304.3)
Crisis de Angustia.	(300.0I)
Demencia Senil.	(290.3)
Síndrome delirante orgánico inducido por drogas.	(292.II)
Trastorno Depresivo mayor.	(296.2)
Fobia simple e aisladas.	(300.29)

En la tabla correspondiente de padecimientos psiquiátricos encontrados y su distribución en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, únicamente se pondrán los números clave correspondientes a cada una de ellos.

	Hosp.	Urgencias	Cons. Ext.	Total
(308)		41		41
(309.I)	34			34
(306)			24	24
(300.4)	2		15	17
(310.2)	12			12
(300.II)		10		10
(304.3)			5	5
(300.0I)		5		5
(290.3)	3			3
(292.II)		3		3
(296.2)		1	1	2
(300.29)			1	1
TOTAL	51	60	46	157
%	32.4%	38.2%	29.3 %	99.9 %

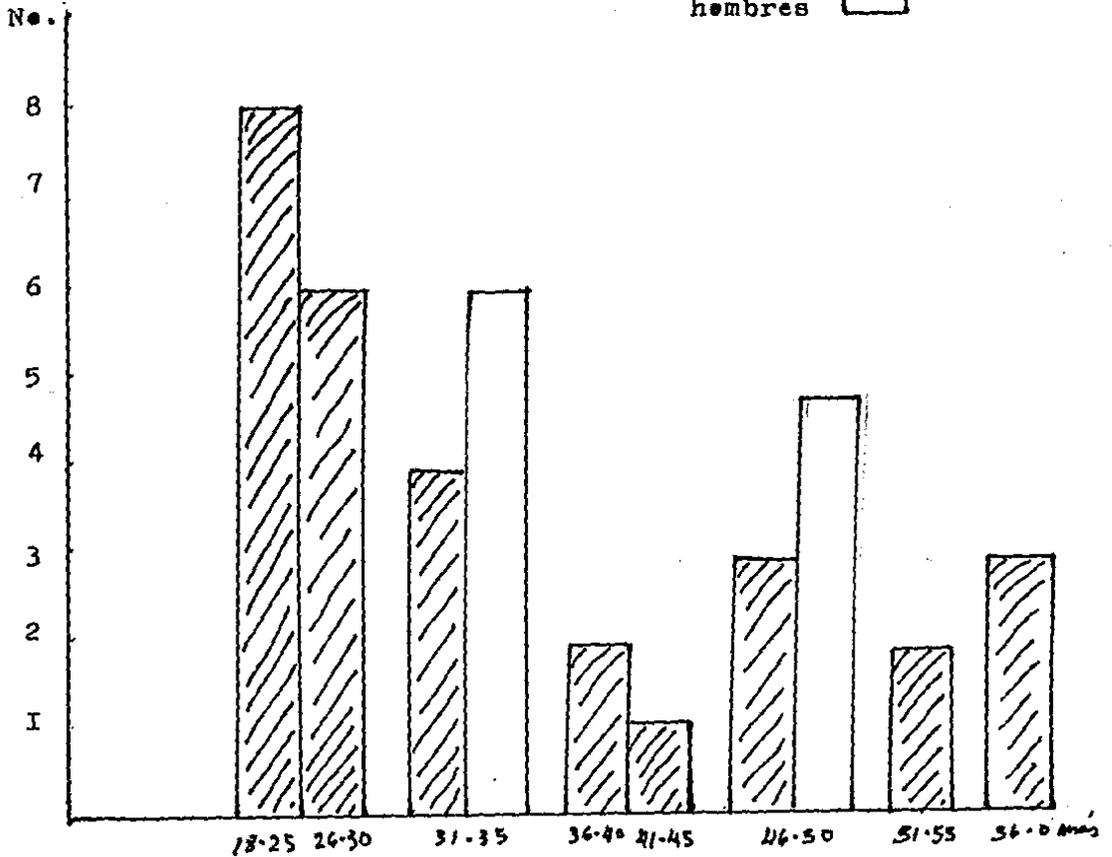
Distribución por edad y sexo de los tres padecimientos  
psiquiátricos más frecuentes ( )

Grupos - de edad.	Reacción - ante gran tensión. (308)	Reacción depresiva prolonga- da. (309)	Alt. de - las fun. corporales originada por fac. mentales.	TOTAL
18-25	8	1	1	10
26 - 30	6		1	7
31 - 35	4	6	9	30
		3	7	
36 - 40	2	5	8	22
			5	
41- 45	3	3	2	10
			1	
46 - 50	3	5	2	15
		2	1	
51 - 55	2			2
56 • más	3			3
Total.	41	34	24	99
	♀	♀	♀	
	♂	♂	♂	

( ) Tomado de la consulta psiquiátrica del H. "Dr.  
Ruben Leñero".

Gráfica

Reacción ante gran tensión (308) (\*) mujeres   
hombres 



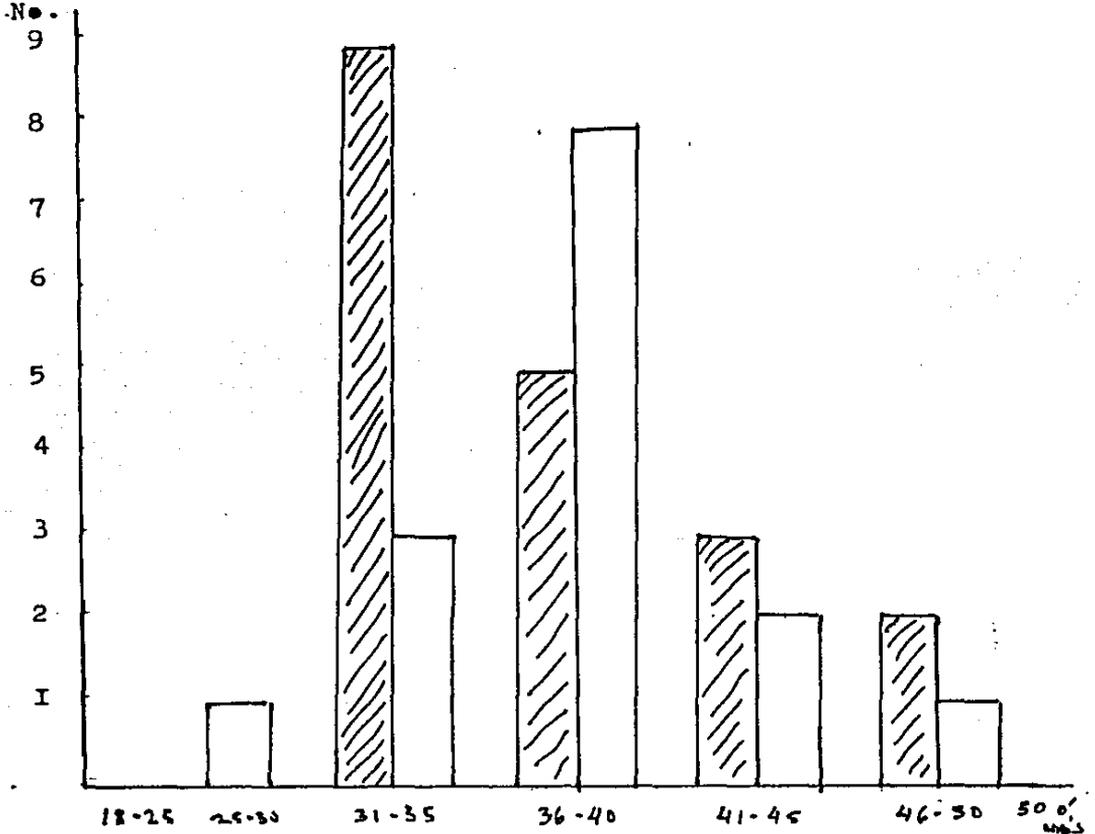
(\*) Tomado de la consulta psiquiatrica del Hospital  
Dr. "Ruben Leñero".

Grafica

Reacción depresiva prolongada (309.I)

( )

mujeres   
hombres 

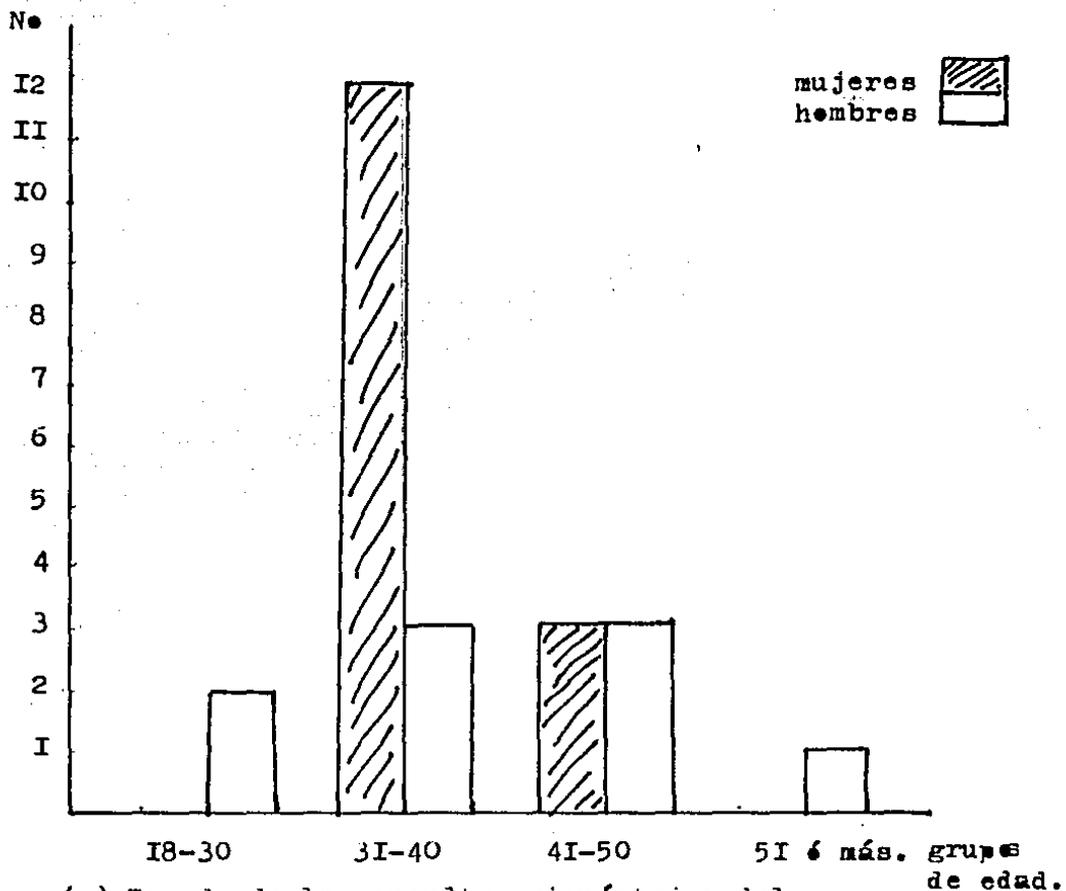


( ) Tomado de la consulta psiquiatrica -  
del H. "Dr Ruben Teñero"

Grupos de  
edad.

Grafica.

Alteraciones de las funciones corporales  
originadas por factores mentales (306) ( )



( ) Tomado de la consulta psiquiátrica del  
Hospital "Dr Ruben Leñero".

Entidades Médicas nosológicas con padecimientos psiquiátricos asociados más frecuentemente,

	No.	%
Quemaduras.	24	15.3
Amputaciones.	10	6.4
Infarto al miocardio	7	4.4
Fracturas	4	2.5
Poltitraumatizados.	4	2.5
Otros.	108	68.8
TOTAL	157	100

C O M E N T A R I O S Y C O N C L U S I O N E S .

Los grupos de edad que asistieron más a la consulta de psiquiatría fueron de 31 a 45 años.

El 61.7 % fueron del sexo femenino, mientras que el -- 38.2 % fueron del sexo masculino, lo que da una proporción de 1.6 ; 1.

Los tres padecimientos psiquiátricos más frecuentes fueron: Reacción ante gran tensión (308) con un total de 41 Reacción depresiva prolongada (309.1) con un total de - 34; Alteraciones de las funciones cerebrales originadas por factores mentales (306) con un total de 24.

Al revisar los expedientes y la libreta de concentración, el autor se percató que el número de consultas dadas era superior ( 340) al la morbilidad reportada en el presente estudio, sin embargo muchos de los pacientes - cantados eran subsiguientes , otros de ellos tenían un diagnóstico que no correspondía a la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS (ICD 9) y algunos más ni siquiera tenían diagnóstico.

Pese a que el servicio de psiquiatría de enlace funciona regularmente desde hace tres años, aún se encuentran muchas limitaciones para que su funcionamiento sea optimo, como es el hecho de que no se cuenta con un consultorio fijo para la consulta, teniendo los residentes de psiquiatría que adaptarse a horarios de otros especialistas para ocupar sus consultorios cuando éstos los - dejan libres, de esto se percatan los pacientes y suscita incomodidad en ambos, terapeuta y enfermo.

Además muchas de las interconsultas se hacen en una forma verbal y esto hace que no exista un control adecuado. Sin embargo revisando la literatura al respecto, vemos - que esto ha pasado en casi todos los servicios de enlace que existen actualmente cuando estos han sido iniciados, y en algunos de ellos han tenido que pasar décadas para que en realidad sea algo funcional de beneficio a la comunidad y al mismo psiquiatra que ejerce esta disciplina.

Por otro lado y como dato curioso en el rubro que explica reacción ante tensión en donde se contempla reacción emocional ante catástrofes, aunque está reportado en el presente estudio como uno de los tres padecimientos psiquiátricos más frecuentes, el número de pacientes es menor al que se esperaría encontrar, ya que sabido es por todos que en México sufrimos una catástrofe natural, cuyas consecuencias a mediano y largo plazo aún ignoramos quedando este dato ahí para un análisis posterior.

Por todo lo anteriormente expuesto se sugieren los siguientes puntos para un mejor funcionamiento del servicio de psiquiatría de enlace.

- 1) Tener un consultorio fijo con rótulo que especifique que es de psiquiatría.
- 2) Promover al servicio personalmente por medio de pláticas expofese al personal médico y paramédico.
- 3) Que los residentes de psiquiatría adscritos al servicio de enlace lo hagan por lo menos durante 6 meses.
- 4) Que las guardias de los residentes de psiquiatría sean en el servicio de enlace el tiempo que dure su rotación.

El autor considera que el paso por el servicio de psiqui  
atría de enlace es valioso para la formación del residen  
te en psiquiatría con todo y las limitaciones que ahí  
tiene, y es un reto para el residente vencer las resis -  
tencias de sus colegas médicos y el personal paramédico,  
con su trabajo cotidiano, llevado a cabo con entusiasmo,  
y dignamente, hará posible una continuidad, creando la --  
tanto tiempo buscada integración de la psiquiatría a --  
la medicina.

B I B L I O G R A F I A .

- 1).- Psychiatric consultations in a Dutch University hospital; a report on 1814 referrals, compared with a literature review., Hengeveld MW. Gen Hosp. Psychiatry 1984 Oct; 16(4):266-70
- 2).- McCarney CF; Evans DL; Richardson W  
Library collection of the psychosocial publications in consultation-liaison psychiatry. Gen. Hospital Psychiatry 1985 Jan; 7(1):66-72
- 3).- Mitchell WD ; Thompson TL 2d  
Some methodological issues in consultation-liaison psychiatry research. Gen Hosp. Psychiatry 1985 Jan(7):73-82
- 4).- Slaby AE ; Polly S ; Bridenbaugh H .  
Advantages and disadvantages of cross-hospital consultation liaison services.  
Gen Hosp Psychiatry 1986 May; 8(3) ; 183-9
- 5).- Hales RE; Goldberg RJ.  
Psychiatric consultations in a military general hospital  
A report on 1065 cases  
Gen Hosp Psychiatry 1986 May; 8(3):173-82
- 6).- Pava GA; Wise TN; Melnar G.  
The medical-psychiatric unit: a novel psychosomatic approach, Psycheter Psychosom 1985 Jul; 7(3):194-201
- 7).- Reflections on psychiatry in the general hospital setting, Sanders C.A., Hosp Comm Psychiatry, 30: 185-189, 1979
- 8).- Eaton JS Jr.  
Consultation -liaison psychiatry: unfinished business (editorial), Psychosomatics 1986 May; 27(5):323-4.

(29)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9).- Práctica de la psiquiatría en hospitales generales,  
C. López Elizondo, Psiquiatría, pag.31-36

10).- La psiquiatría del hospital general, De la Fuente Ra  
mírez, J.R. ,Salud Mental 2(1):17-18, 1982.

11).- La práctica psiquiátrica en Hospital General, Campi  
lle Serrano, C. Práctica Psiquiátrica en hospital general  
vol II7 No 7 283-289 Júl 1981.