

Problemas psiquiátricos en el Hospital General

J. L. González de Rivera

Resumen

La población atendida por los servicios médico-quirúrgicos de un Hospital General presenta algunos problemas psiquiátricos comunes a la población general, y otros que le son específicos.

Entre los primeros, diversos estudios epidemiológicos muestran una elevada prevalencia de alteraciones psiquiátricas en pacientes médicos, oscilando desde 51% hasta 84%, según los criterios diagnósticos el estudio de 493 consultas sucesivas con un equipo de consulta psiquiátrica interdepartamental permite identificar tres áreas principales: 1) la necesidad de pautas de conducta terapéutica que tengan en cuenta los rasgos básicos de la personalidad del paciente, sus conflictos y sus defensas psicológicas, 2) la identificación en el equipo terapéutico de factores psicológicos susceptibles de entorpecer la relación médico-enfermo, 3) el diagnóstico diferencial entre síntomas psíquicos primarios, tributarios directos de

un síndrome psiquiátrico, y secundarios a procesos médicos o quirúrgicos.

Abstract

Psychiatric problems in the General Hospital.

The population treated by the medical and surgical services in the General Hospital has some psychiatric problems which are common to those of the general population, and others which are specific. The high prevalence of psychiatric disorders (ranging from 51 % to 84% according to the different methodologies) indicates the magnitude of the former.

In the study of the specific problems, three important needs emerge: 1) the need to elaborate patterns of medical behavior according to the basic personality traits, and to the psychological conflicts and defenses of the patient, 2) the identification in the therapeutic team of psychological factors which

may hamper the recovery of the patient, 3) the differential diagnosis between primary psychiatry symptoms, directly related to a psychiatric syndrome, and those secondary to medical or surgical processes.

Consulta psiquiátrica interdepartamental

Llamamos Psiquiatría de consulta, o consulta psiquiátrica interdepartamental a la actividad del médico-psiquiatra en los sectores no psiquiátricos del hospital (4). Como quiera que el psiquiatra, por razón de su formación como tal, está especialmente entrenado para prestar atención a problemas psicológicos, y que en los casos por los que va a ser consultado estos problemas van a estar íntima y obviamente ligados con problemas biológicos, está claro que la orientación psicósomática es la idónea para un psiquiatra consultor.

El psiquiatra es consultado en principio para resolver o ayudar a resolver parte de los problemas que el enfermo y su actividad plantean al médico tratante. El primer obstáculo que el psiquiatra a de vencer en su actividad de consultor es la desconfianza que otros médicos puedan tener en su sentido práctico. Por eso, sus primeros esfuerzos deben ir encaminados a mostrar la valía de sus propios conocimientos, desarrollar una labor de utilidad inmediata para el enfermo, y hacerse aceptar como parte integrante del equipo terapéutico.

El psiquiatra consultor es el nexo de unión entre los médicos que se ocupan del cuerpo y los que se ocupan de la mente, y su difícil misión es convencer a unos y a otros que el ser humano no puede dividirse, y solamente una orientación holística puede ayudar al Hombre total cuando enferma.

Tenemos ya pues dos facetas de la consulta psiquiátrica interdepartamental, Una, la primera, es resolver los problemas psicológi-

cos planteados por la enfermedad y la práctica médica en el seno de un hospital general, La segunda, quizá la más importante, es propagar la orientación psicósomática, despertar el interés por el Hombre como ser social, espiritual y biológico no mediante vana palabrería, sino demostrando con su actividad que una tal orientación constituye buena medicina. Un interesante ejemplo de la importancia de factores otros que los estrictamente biológicos en la enfermedad orgánica es presentado por Egbert (1), quien en un estudio cuidadosamente controlado de 97 pacientes quirúrgicos demostró que un procedimiento tan simple como informar al paciente de la naturaleza de la operación y de sus consecuencias de la posible severidad y duración del dolor postoperatorio y de sus causas, etc., reduce significativamente la necesidad de analgésicos (es decir, experiencia subjetiva de dolor) y acelera el restablecimiento.

Por otra parte, el ejercicio de la psiquiatría de consulta, teniendo por base el hospital general y en estrecha relación con la práctica de la medicina, ofrece posibilidades incomparables para el estudio de la interrelación de variables biológicas, psicológicas y sociales, esto es, para la investigación psicósomática.

Resumiendo las observaciones anteriores, podemos decir que la psiquiatría de consulta es la aplicación clínica y docente de la orientación psicósomática, y el medio idóneo para la investigación psicósomática y la formulación de teorías e hipótesis Psicósomáticas.

Funciones de la consulta

Las Funciones de la consulta psiquiátrica interdepartamental pueden considerarse desde sus aspectos clínicos, donde se incluyen actividades de diagnóstico y tratamiento, y desde sus aspectos docentes y de investigación. Por razones de espacio, prestaremos sólo atención, y aún de manera parcial, a las funciones clínicas de la consulta.

Actividades clínicas

Diagnóstico

La evaluación diagnóstica realizada por el psiquiatra consultor comprende en su sentido más estricto la identificación de la enfermedad mediante observación de los síntomas y signos presentes. En su sentido más amplio, se refiere a la identificación de los principales rasgos caracteriológicos del paciente, sus conflictos y defensas inconscientes y su situación psicosocial en el momento.

La contribución del psiquiatra consultor al diagnóstico, en su más estricto sentido, es importante, según Kaufman (2), quien encontró que el 61 % de los problemas planteados a su servicio de consulta psiquiátrica en el Mount Sinai Hospital de Nueva York era, de hecho, problemas de diagnóstico diferencial.

Algunos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de enfermedad psiquiátrica en poblaciones de pacientes médico-quirúrgicos

Autor	% con enfermedad psiquiátrica	Tipo de población
Kaufman	81.4%	pacientes ambulatorios (medicina de familia)
Stoeckle	84 %	pacientes ambulatorios (medicina de familia)
G. de Rivera	74 %	pacientes ambulatorios (medicina de familia)
Culpan	21 %	pacientes ambulatorios (clínica quirúrgica)
Culpan	5i %	pacientes ambulatorios (clínica médica)
Denney	72 %	pacientes hospitalizados (Hospital general)
Denney	32 %	pacientes hospitalizados
Kaufman	66.8%	pacientes hospitalizados
Querido	46.6%	pacientes hospitalizados

Un método obvio de valorar la necesidad que un hospital general puede tener de la labor diagnóstica de un psiquiatra consiste en averiguar la prevalencia de enfermedad men-

tal entre pacientes primariamente médico-quirúrgicos.

Numerosos estudios epidemiológicos han sido realizados sobre el tema, (Culpan, Denney, Kaufman, Stoeckle, Querido, Ayuso) que son desgraciadamente difícilmente comparables, por la diversidad de ambientes y de metodologías empleados. Si hubiéramos de guiarnos ciegamente por las estadísticas de algunos autores, se podría pensar que la mayoría de los pacientes que acuden al médico son en realidad pacientes psiquiátricos.

Es preciso, por el contrario, establecer con claridad qué se entiende por «enfermedad psiquiátrica» y qué ayuda puede prestar el psiquiatra según los diferentes síndromes.

Algunos de los autores citados en el cuadro siguiente incluyen en sus listas de pacientes médicos con enfermedad psiquiátrica diagnósticos tales como «personalidad asocial», etc.. cuya utilidad práctica en términos de necesidad y posibilidad de tratamiento es difícil de precisar.

Por otra parte, el médico de cualquier especialidad debe estar preparado para hacer frente a muchos de los problemas emocionales y psicológicos que sus pacientes presentan. La cuestión radica en decidir cuándo, y para qué paciente, se debe consultar a un especialista en psiquiatría. En nuestro estudio sobre la prevalencia de síntomas funcionales realizado en las consultas de medicina de familia del hospital general de Montreal, la proporción de enfermos sin patología orgánica demostrable y con sintomatología tributaria de base emocional, alcanzó el 49%, mientras que 25% de los restantes presentaban una importante superposición de sintomatología funcional en sus cuadros patológicos médicos o quirúrgicos. Sin embargo, la mayoría de estos casos pudieron ser satisfactoriamente resueltos por médicos de familia, siendo la labor del psiquiatra consultor más docente y de supervisión que directamente clínica.

Más importante resulta su intervención directa en problemas de diagnóstico diferen-

cial, que podemos clasificar de la siguiente manera:

1) Manifestaciones psicológicas de enfermedad orgánica

En ocasiones, un paciente sufriendo de enfermedad orgánica puede presentarse con sintomatología psicológica, es decir, con tras-tornos cognitivos, de percepción o afectivos, así como presentar cambios inexplicables en su comportamiento y personalidad, (Lipowski, 8).

Manifestaciones psicológicas de enfermedad orgánica. I.

ANSIEDAD:

Hipertiroidismo
Insulinoma
Feocromocitoma
Síndrome carcinoids
Porfiria
Menopausia

Manifestaciones psicológicas de enfermedad orgánica. II.

DEPRESION:

Anemia severa
Hipotiroidismo
Diabetes melitus
Cáncer de páncreas
Enfermedad de Addison
Brucelosis
Parasitosis intestinal
Fase incipiente de las enfermedades infecciosas.

Cambios de personalidad que ocurren después de los cuarenta años de edad son sospechosos de enfermedad cerebral. A nuestro servicio fue referido un paciente de 52 años, director de una importante compañía, de personalidad premórbida obsesiva-compulsiva, siempre puntual, trabajador y atildado, que repentinamente empezó a descuidar su trabajo, a vestirse como un hippie y a bromear de manera inapropiada con las secretarias de su oficina. Durante su hospitalización para seguir una revisión general, su-

frió una visión alucinatoria seguida de una fuerte experiencia de conversión religiosa, lo cual alarmó al médico tratante que nos consultó esperando que confirmásemos su impresión de esquizofrenia aguda». Un detallado examen neurológico reveló mínimas anormalidades, y subsecuente consulta con el neurólogo demostró un tumor operable prerrolándico.

Bien conocidos son los cuadros depresivos que presentan muchos pacientes con carcinoma de páncreas, muchas veces el primer síntoma, (Jiménez Díaz, 10).

En la serie de cuadros sinópticos que siguen al texto se ofrece una serie de «manifestaciones psicológicas de enfermedad orgánica».

2) Complicaciones psicológicas de enfermedad orgánica

Dentro de esta categoría entra el mal explorado campo de los síndromes orgánicos cerebrales, tanto agudos como crónicos, de origen exógeno o endógeno, que constituyen un terreno limítrofe entre la Medicina y la Psiquiatría y son por tanto de gran interés para un Servicio de Consultas Psiquiátricas. Excelentes artículos de revisión existen sobre el tema (Lipowski, Guimón, 8, 11) por lo cual no nos extenderemos más sobre el tema.

3) Reacciones psicológicas a la enfermedad orgánica

A diferencia de las complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica, (cognitivas, pero también afectivas) que son debidas a influencias directas sobre el sistema nervioso central, por intoxicación o destrucción, llamamos reacción psicológica a la enfermedad orgánica al conjunto de efectos simbólicos y afectivos que la enfermedad produce en el psiquismo del paciente.

Engel (11) considera que la lesión orgánica, o el temor a la lesión orgánica, es una categoría especial de estrés psicológico, y

como tal susceptible de desencadenar un círculo emotivo patógeno.

Una visión más amplia del diagnóstico es la ofrecida por Magraw (19) quien considera que la finalidad del diagnóstico psicosomático es identificar los mecanismos que producen los síntomas y signos que el paciente presenta y le llevan a quejarse.

No todos los pacientes sufriendo de la misma enfermedad se quejan de la misma manera ni dan la misma importancia al mismo síntoma. La identificación del tipo básico de personalidad del paciente es una parte importante del diagnóstico en su sentido más amplio. Bibring (14) describe siete categorías básicas de personalidad que pueden ser encontradas en la población atendida por el servicio de consulta psiquiátrica. Según ella, la enfermedad física puede representar un stress emocional severo, de significado diferente para cada tipo de paciente, y que en consecuencia requiere una actitud diferente por parte del equipo terapéutico, en orden de limitar su duración e intensidad.

Los siete tipos básicos de paciente, atendiendo a la personalidad, que describe Bibring (14), son los siguientes:

1. El paciente dependiente, excesivamente necesitado de apoyo afectivo. Cuando enferma, su ansiedad va a traducirse en un deseo de interés y atención sin límites, y un tremendo miedo de ser abandonado y no cuidado. Sus exigencias son tan grandes que no pueden ser satisfechas, pero las necesarias restricciones han de ser impuestas de manera que el paciente no pueda interpretarlas como falta de interés o consideración, o como un castigo.

2. El paciente ordenado y bien organizado. Cuando este paciente enferma, intensa ansiedad es producida por el miedo a perder el control de la situación y por la imposibilidad de tranquilizar la conciencia mediante el trabajo. Un enfoque científico y racional de su enfermedad por el médico, y una

explicación de la misma lo más detallada posible, junto con la posibilidad de colaborar en pequeños detalles de su tratamiento, son medidas muy apropiadas para aliviar el trastorno psicológico de la enfermedad en estos pacientes.

3. El paciente emocional y dramático, o personalidad histérica. Parece creer que su relación con el médico y otros miembros del equipo terapéutico ha de ser muy calurosa y personal, y que debe ser considerado como una persona admirable y atractiva. En mujeres, esto se manifiesta por coquetería y un peculiar modo de mostrar las debilidades que suscita la protección de las figuras masculinas.

En los hombres, la personalidad histérica se manifiesta por un excesivo interés en demostrar la hombría y el valor, y por cierto aire seductivo con las enfermeras y otras mujeres del equipo terapéutico.

La enfermedad es vivida por pacientes con este tipo de personalidad como un defecto que les resta atractivo, éxito y valía. Los hombres, sobre todo, viven en perpetuo miedo de perder partes de su cuerpo o ver disminuida su fuerza física, y deben ser tranquilizados y explicados cual es su estado real en la enfermedad, para que puedan diferenciar entre realidad (que puede ser mala) y fantasía, que es generalmente aún más pavorosa.

4. El paciente sacrificado y masoquista. Muchas veces enfermo crónico, con una larga historia de sufrimientos de la más variada categoría. Este tipo de persona aspira a conseguir cariño y aceptación, aunque se siente demasiado culpable a causa de conflictos infantiles para esperar obtenerlo «por las buenas» sin sufrimiento y sacrificio.

La enfermedad representa para estas personas una oportunidad de ser queridos «porque estoy tan terriblemente enfermo». De hecho, lo que estos pacientes quieren comunicar al médico con sus quejas es «por favor, quírame, que estoy muy enfermo». Una explicación del origen de su sufrimientos y

de los métodos para superarlos no ayuda en nada a estos enfermos, y, si acaso, les lleva a acentuar sus quejas.

Una actitud atenta y comprensiva, y una insistencia en que la curación ha de ser obtenida no por el propio beneficio del paciente, sino también para el bien de los demás (lo cual convierte el tratamiento en un nuevo motivo para sacrificarse por los demás, y así obtener cariño) son de gran alivio para estos pacientes.

5. El paciente quisquilloso y paranoide, siempre sospechando que los demás tratan de ofenderle y aprovecharse de él. Muy sensible al criticismo, incluso al mejor intencionado, y siempre a la defensiva. Este tipo de paciente tiende a culpar a los demás de su enfermedad, y a reaccionar con agresividad e indignación ante cualquier complicación en el curso del tratamiento.

Discutir con él o ignorar su actitud suspicaz no mejora su comportamiento querulante. La única manera de tratar a este tipo de paciente es convenciéndole de que el equipo terapéutico es capaz de comprender cuán difícil es para una persona de su sensibilidad soportar los inconvenientes de la estancia en el hospital. Una vez que el paciente se siente aliviado de sus temores de ser oprimido, puede hacerle notar que, aunque puede haber motivos de queja, de hecho esos son insignificantes comparados con el beneficio que el tratamiento le proporciona.

6. El paciente con aires de superioridad, que corresponde a la llamada «personalidad narcisista» y adopta una actitud arrogante, tendiendo a rodearse de una aureola de conocimiento misterioso e importante.

La enfermedad es para este tipo de paciente una seria amenaza para su imagen de perfección e invulnerabilidad.

En sus relaciones con el médico tiende a discutir el tratamiento y a tratar de imponer sus propias conclusiones sobre el criterio profesional.

Una actitud segura por parte del médico,

al mismo tiempo que reconocimiento de la valía del enfermo y de su ocasional buen criterio, son la mejor manera de tratar a este tipo de pacientes.

7. El paciente solitario y huraño, poco expresivo emocionalmente, con poco interés en las relaciones sociales, reservado y mostrando poco interés por las demás personas y los acontecimientos de cada día.

Esta personalidad esquizoide es en realidad extraordinariamente sensitiva, frágil y falta de elasticidad, y la coraza de desinterés de que se envuelve es una defensa contra esta situación interior. Es mejor no presionar excesivamente a este paciente, no exigirle que establezca intensas relaciones humanas, pero sin tampoco permitirle que se inhiba completamente y sin olvidarse de él.

Actividades clínicas

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes seguidos en Psiquiatría de consulta puede considerarse desde el punto de vista de la terapéutica estricta y concreta hasta la formulación de directiva y consejos sobre «como tratar» al paciente, lo que los anglosajones llaman «management» y que nosotros podríamos incluir bajo el epígrafe de conductas terapéuticas.

Como quiera que el consultor no puede llevar en la mayoría de los casos el peso del tratamiento inmediato del paciente, su función terapéutica en la mayoría de los casos va a consistir en proporcionar consejo y ayuda para resolver los problemas de «management» que el paciente puede presentar al equipo terapéutico consultante, e insistir en que estos criterios se incorporen al repertorio de conductas terapéuticas que cada médico va desarrollando a lo largo de su práctica clínica.

La evaluación psicodiagnóstica en su sentido más amplio es de gran ayuda en este aspecto, especialmente la delimitación del ti-

po básico de personalidad del paciente, la identificación de sus principales conflictos y defensas psicodinámicas, la interpretación del significado de la enfermedad para el paciente y de la contribución de su historia psicogenética a la precipitación y mantenimiento de la enfermedad. Todos estos datos pueden servir de orientación para prever la respuesta del paciente al medio hospitalario y establecer lo que Bibring (15) denomina «manipulación terapéutica», esto es, el empleo de los sistemas emocionales existentes en el paciente con el fin de conseguir una mejor adaptación y aumento de la eficacia terapéutica. Kahana (16), en el Beth Israel Hospital de Boston, describe un método similar, destinado a ayudar al paciente a utilizar las energías psicológicas en combatir la enfermedad en cooperación con el médico.

El psiquiatra consultor también ha de desarrollar una labor importante en cuanto al tratamiento en sentido estricto, o intervención terapéutica. En primer lugar, está la atención al paciente psiquiátrico hospitalizado en otro departamento a causa de enfermedad intercurrente, pero cuyo estado psicológico exige la supervisión estrecha del psiquiatra, como por ejemplo un esquizofrénico que durante una crisis aguda sufre de una apendicitis. Otro caso que requiere la atención inmediata del psiquiatra es el del paciente que durante una hospitalización por razones no psiquiátricas, sufre de un cuadro psicótico agudo, como, por ejemplo, una crisis confusional postoperatoria.

Estos ejemplos mencionados más arriba constituyen en realidad una pequeña parte del trabajo del consultor como terapeuta. Intervenciones terapéuticas más discretas, pero no menos importantes, son todas las intervenciones del consultor que tratan de apoyar el «Yo» del paciente. Dos importantes métodos de apoyo del «Yo», de los que desgraciadamente no se suele sacar todo el aporte que pueden ofrecer, son la clarificación y la sugestión. La clarificación no es más que la explicación hecha al paciente de

sus síntomas y del significado de su actitud, así como de las razones para los diversos tests, exploraciones y recomendaciones. Según Lipowski, la comprensión intelectual de lo que está pasando, de los procedimientos médicos y de la marcha de la enfermedad reduce en muchos enfermos notablemente la ansiedad, y en consecuencia el comportamiento anormal relacionado con ella.

La sugestión es la inducción en el paciente de ideas, impulsos y acciones, que el médico juzga conveniente para su mejoría. La sugestión puede variar desde el comentario colateral en el momento apropiado hasta el empleo de técnicas sofisticadas de hipnosis y autohipnosis en las que se potencia el efecto de la sugestión mediante la inducción de un estado hiperreceptivo de la consciencia.

En su labor terapéutica, el psiquiatra consultor tiene también que incluir con frecuencia al personal en contacto con el enfermo. Todo grupo humano tiene unas características psicológicas determinadas, y en ocasiones las que existen en una sala de hospital pueden tener una influencia negativa en el proceso terapéutico y en el establecimiento de las medidas preventivas adecuadas. Aunque el tratamiento de miembros enfermos del equipo terapéutico está fuera de sus responsabilidades mostrar al personal interesado como descubrir y eliminar los factores negativos del grupo terapéutico es parte integrante de las funciones docentes y formativas del psiquiatra consultor.

Como ilustración de la labor de un servicio de consultas psiquiátricas presentamos a continuación un resumen de las actividades clínicas del establecido en el Hospital General de Montreal (The Montreal General Hospital), un hospital docente afiliado a la Universidad McGill de Montreal (Canadá) y reconocido como centro de entrenamiento para todas las especialidades médicas y quirúrgicas, excepto pediatría, que depende del hospital filial «The Montreal Childrens Hospital», situado a unas pocas calles de dis-

tancia, y al que fue trasladado el departamento de Pediatría del «Montreal General Hospital» en 1948.

El número de pacientes referidos al servicio de Consultas Psiquiátricas durante el año del estudio fue de 493, sin contar los pacientes referidos como urgencias durante la noche o durante los fines de semana.

Excepto en casos en que, no hay necesidad de ello, cada paciente objeto de consulta es seguido durante su estancia en el hospital. El censo diario medio es de 22 pacientes, y cada semana se recibe un promedio de 8,5 nuevos casos.

Tan pronto como el paciente es referido, uno de los residentes en psiquiatría asignados al servicio visita al paciente, revisa su historial clínico y entrevista al residente o médico a cargo del paciente y a las enfermeras en contacto con él.

Después de elaborar una primera evaluación del paciente y de la situación en que se encuentra, y aportar los primeros consejos para el tratamiento y recomendaciones terapéuticas, el caso es discutido, en una reunión diaria, con el Jefe del Servicio, los demás residentes y los estudiantes de Medicina asignados al Servicio.

En el cuadro siguiente ofrecemos el desglose de las 493 consultas por servicio consultante.

Origen de los casos referidos al servicio de consulta psiquiátrica interdepartamental del M.G.H. I.

Servicio	Nº	% del total
Medicina	218	44,2
Cirugía	55	11,2
Ortopedia. Traumatología	48	9,6
Neurología. Neurocirugía	27	5,5
Obstetricia. Ginecología	27	5,5
Urología	11	2,3
Reanimación. Cuidados intensivos.	61	12,4
Otros	46	9,3
TOTAL	493	100

nº: Número de pacientes en el alto del estudio

%: porcentaje que representan en el total de casos consultados.

Origen de los casos referidos al servicio de consulta psiquiátrica interdepartamental del M.G.H. II.

Servicio	Nº	% del nº de admisiones
Medicina	218	8.2
Cirugía	55	3.5
Ortopedia. Traumatología	48	6.8
Neurología. Neurocirugía	27	11.2
Obstetricia. Ginecología	27	1.5
Urología	11	0.8
Reanimación. Cuidados intensivos.	61	4.1
Otros	46	1.1

No: Número de pacientes referidos en el año del estudio

%: Porcentaje que representan respecto a la totalidad de enfermas admitidos en el servicio que solicita la consulta.

+: Incluyendo las camas privadas. El número de pacientes de estas camas referidos para consulta a psiquiatras privados es desconocido.

La procedencia de las consultas recibidas en nuestro servicio y el porcentaje de pacientes referidos por cada uno de los demás departamentos es, en líneas generales, similar a las cifras publicadas por otros autores (17, 19).

El elevado porcentaje de casos referidos por el servicio de Reanimación y cuidados intensivos (12,4% del total de consultas recibidas) se debe a la directiva general existente en el M.G.H., de referir al Servicio de Consultas Psiquiátricas todos los pacientes que ingresan a consecuencia de un intento de suicidio.

Es del consenso general que toda persona que intenta suicidarse requiere atención psiquiátrica, y aunque nuestras estadísticas sobre el efecto del tratamiento psiquiátrico en la actividad suicidaria no son aún aplicables, reproduzco a continuación un cuadro sinóptico conteniendo los hallazgos de Geer y Bagley (1971) al respecto.

Efectos del tratamiento psiquiátrico en la repetición de un intento de suicidio

nuevo intento de suicidio	no tratamiento psiquiátrico	breve trat. tam. psiquiatr	Prolong trat. tam. psiquiatr..
NO	55%	71%	77%
SI	39%	26%	20%
LETAL	5%	2%	2%

GEER & BAGLEY, 1971 (*Brit. Med. J.* 1:310)

Diagnostico psiquiátrico de los pacientes referidos al servicio de consulta psiquiátrica de M.G.H.

Diagnóstico	Nº	% del total
Esquizofrenia	40	8.1
Psicosis maniaco-depresiva	20	4.1
Neurosis	165	33.4
Reaccion emocional transitoria	26	5.3
Trastorno caracterial	80	16.2
Síndrome confusional (delirium)	26	5.3
Demencias	74	15
Trastorno psicofisiológico	11	2.1
Otros	9	2
Ninguno	42	8.5
TOTAL	493	100

Como puede verse en el cuadro anterior, los trastornos puramente «psicosomáticos» (o psicofisiológicos, en nuestra clasificación) constituyen una proporción mínima de la labor del Servicio, solamente 2,5% del número total de consultas recibidas, observación que está de acuerdo con las estadísticas de casi todos los hospitales que no disponen de una sección específica para estos casos. Ello refleja el desconocimiento de los demás especialistas sobre las posibilidades terapéuticas del psiquiatra en los trastornos psicopsomáticos, y también que relativamente pocos de estos pacientes son hospitalizados. Al establecer al año siguiente una «unidad psicopsomática, especializada en problemas de este tipo, y presentar los métodos psicoterapéuticos eficaces en sesiones clínicas generales,

se incrementó de manera dramática las consultas de trastornos Psicofisiológicos, especialmente de casos ambulatorios.

Hay un cierto número de casos (8,5% del total de consultas recibidas) en el que no se formuló diagnóstico alguno, Algunos de estos casos fueron consultas motivadas por sintomatología psíquica de trastornos somáticos: crisis de ansiedad aguda en un paciente con feocromocitoma, distonia espástica iatrógena, etc.

Sin embargo, la mayoría de estas consultas en las que no se formuló un diagnóstico fueron motivadas por un desacuerdo entre el paciente y el personal a su cuidado, y nuestra presencia fue requerida en ocasiones con carácter punitivo, como último recurso para forzar al paciente testarudo a aceptar una rutina desagradable o el criterio de su médico. Entre estos, hubo un caso de un diabético crónico, perteneciente a los «testigos de Jehová», que rechazó la amputación de un miembro gangrenoso a causa de sus convicciones religiosas. El cirujano, convencido de que quien no acepta tan clara indicación quirúrgica no está en su sano juicio, nos llamó para que declaráramos oficialmente la incompetencia mental del paciente. En lugar de ello, conseguimos establecer un diálogo entre el médico tratante, el enfermo y sus familiares, lo que permitió llegar a un acuerdo terapéutico razonable.

Este ejemplo es un caso extremo de colisión de criterios y orientaciones vitales opuestos, pero la mayoría de los conflictos entre el personal y el paciente son mucho más sutiles, y es en ellos donde más útil nos ha resultado nuestra enfermera psiquiátrica, cuya labor formativa entre el personal paramédico es mucho más efectiva que la que los psiquiatras podemos realizar,

Muchos casos de «reacción emocional pasajera» entran también dentro de esta categoría. Es relativamente frecuente recibir una petición de consulta urgente motivada por un conflicto existente entre el paciente y el personal. Reacciones emocionales exagera-

das por parte de los pacientes con conflictos neuróticos son frecuentes, y si están relacionados con una rutina o una reglamentación particularmente apreciada por el médico o la enfermera a cargo, el terreno está abonado para una confrontación seria, creación de tensión en la sala, alta prematura, y destrucción de la relación médico enfermo.

En el grupo de las psicosis funcionales, nuestra colaboración fue requerida con frecuencia para solventar los problemas que el comportamiento aberrante de estos pacientes plantea al personal no especializado.

Lo mismo puede decirse del grupo de las psicosis orgánicas, en el que además el psiquiatra desempeña un importante papel diagnóstico, por ser el especialista más familiarizado con los cuadros de delirio y demencia.

En cuanto a los trastornos del carácter, una buena parte de ellos está comprendida por alcohólicos y drogadictos. Nuestra estrecha colaboración con organizaciones no médicas dedicadas a estos problemas (Alcohólicos anónimos, Alternativas, etc.), nos ha permitido constatar la eficacia de medidas educativas y de presión grupal en estos trastornos.

De todos los pacientes seguidos en el hospital durante el año del estudio, 39 (7,9%) fueron transferidos al departamento de Psiquiatría como pacientes internos para recibir tratamiento hospitalario por su trastorno psiquiátrico.

De estos casos, 21 (52%) procedían de la Unidad de Cuidados intensivos y constituían un serio riesgo de suicidio.

La disposición de los pacientes con psicosis orgánica irreversible constituye un difícil problema debido a la falta de instituciones adecuadas. Solamente 9 pacientes con demencias irreversibles fueron aceptados por sus familias (1,4% del total). El resto (66, pacientes, 13,6% del total de pacientes referidos a nuestro servicio) fue transferido sea al hospital mental o, los que reunían condiciones apropiadas, a casas de convalecencia o a asilos para ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. EGBERT L.D., BATTIT G.E., WELCH C.E., y BARTLETT M. K.: *N. Eng. J. Med.* 270: 825-827, 1964.
2. KAUFMANN M.R.: *The Psychiatric Unit in a General Hospital.* Internat. Univ. Press. New York, 1965.
3. STOECKLE J.D. y DAVIDSON G.E.: *The Quantity and significance of psychological distress in medical patients.* *J. Chronic Dis.* 17: 959-973, 1964.
4. GONZÁLEZ DE RIVERA J. L. y MOREAU D.: *La Consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General.* *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 7: 34-44, 1975.
5. CULPAN R. y DAVIES B.: *Psychiatric illness at medical and surgical clinics.* *Comprehen. Psychiatr.* 1: 228, 1960.
6. DENNEY O.: *Psychiatric patients in medical Wards.* *Arch. Gen. Psychiat.* 14: 530, 1966.
7. QUERIDO A.: *Forecast and follow-up: an investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment.* *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 13: 33, 1959.
8. LIPOWSKY Z.J.: *Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine.* *Psychosom. Med.* 30: 395-422, 1969.
9. LIPOWSKY Z.J.: *Consultation-Liaison Psychiatry An Overview.* *The American Journal of Psychiatry*, 131: 623, 1974.
10. JIMÉNEZ-DÍAZ C.: *Los métodos de exploración clínica y su valoración.* Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1951.
11. GUIMÓN, J. y REGO A.: *Los síndromes cerebrales orgánicos.* En: *Manual de Psiquiatría.* J. L. González de Rivera. A Vela y J. Arana Eds. Karpos, Madrid, 1982.
12. ENGEL G.L.: *Psychological development in health and disease.* W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1962.
13. MAGRAW R.M.: *Psychosomatic medicine and the diagnostic process.* *Postgrad Med.* 25: 639, 1959.
14. BIBRING G.L. and KAHANA R.J.: *Personality Types in Medical Management.* In *Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital,* Zinberg, E.N., Ed, Internat Univ.

- Press New York 1964,*
15. BIBRING G. L.: *Psychiatry and Medical practice in a general hospital. New Engl. J. med.* 254: 366, 1956.
 16. KAHANA R.J.: *Teaching medical psychology through psychiatric consultation. J. Med. Educ.*, 34: 1003, 1959.
 17. ANSTEE B.H.: *The pattern of psychiatric referrals in a general Hospital. Brit. I. Psychiat.* 120: 631-634, 1972.
 18. GONZÁLEZ DE RIVERA J.L.: *Psicosomática. En: Manual de Psiquiatría J.L.G. de Rivera, A Vela, J. Arana (Eds.). Editorial Karpo, Madrid 1980, pp. 765-854.*
 19. AYUSO J.L. y RIVERO M.S.: *La urgencia psiquiátrica en el contexto de la interconsulta psiquiátrica del Hospital General Psicopatología 1: (3) 252-258, 1981.*