

## **Importancia económico-social de los conocimientos psiquiátricos en la práctica médica hospitalaria \***

### **Socioeconomic importance of knowledge in medical practice psychiatric hospital**

**Fidel Ilizastegui Dupuy,<sup>†\*\*</sup> Luis Rodríguez Rivera<sup>†\*\*</sup>**

---

El día 30 de Abril de 1959 ingresó en la Sala Clínica bajos del Hospital Universitario (Cátedra de Patología Médica con su Clínica, Profs. Iglesias Betancourt y J.M. Portuondo de Castro), una enferma de 19 años, blanca, soltera, con el diagnóstico de hemiplejía izquierda.

La enfermedad había comenzado una semana antes de su ingreso, cuando al recibir un susto, sufre un «ataque» caracterizado por la expulsión de espuma por la boca y pérdida de fuerzas, ignorando la madre si había perdido el conocimiento, pues la enferma permaneció con los ojos abiertos, pero sin contestar a las preguntas; no hubo incontinencia de esfínteres, convulsiones ni mordedura de lengua. La crisis duró unas 2 horas. Al día siguiente sufre una crisis similar, al tercer día se repite nuevamente, y pasa unas 12 a 14 horas en que se presentaron numerosas crisis en sucesión, de caracteres idénticos a la primera. Dos días antes de su ingreso, comienza a presentar una serie de movimientos de amplia oscilación, lentos, en brazo y pierna izquierda y pocas horas después se instala la parálisis que la trae al servicio. En su pueblo, después de varias investigaciones y tratamientos medicamentosos, los médicos informan a la familia "que se trata de un caso grave y deben traerla al Hospital".

Entre los antecedentes, el único de interés que ofrecía la enferma era el de una amaurosis súbita que cedió 2 horas después, con remedios caseros. Esto fue 2 años atrás.

El examen físico mostró una enferma bien constituida, con muy buen aspecto, con una hemiplejía izquierda acompañada de hemianestesia del mismo lado, aunque sin alteración alguna en la reflectividad y ausencia de signo de Babinski. Se hizo un fondo de ojo que fue normal. La tensión arterial y el resto del examen fueron normales. La enferma tenía una actitud peculiar de indiferencia con respecto a su parálisis.

Con estos datos hicimos el diagnóstico positivo de hemiplejía histérica (reacción de conversión) y poco después, (30 minutos), con sugestión e hipnosis superficial) (en la cual la enferma cayó fácil y rápidamente), la hemiplejía cedía totalmente y la enferma caminaba.

Pero, lo que más queremos destacar de este caso es lo que costó a la familia de esta enferma la atención de su enfermedad.

La familia campesina, de muy limitados recursos económicos.

La atención facultativa, \$14.00; un electrocardiograma, \$8.00, exámenes de sangre; \$5.00; dos sueros puestos, \$11.50; medicamentos (polivitamínicos, meprobamato, digestivos, progesterona, vasodilatadores, defenilhidantionato de sodio), \$13.99. Este fue el costo de la enfermedad mientras estuvo en su pueblo. La ambulancia para el traslado a este Hospital, \$25.00; la estancia en hospedajes de tres familiares de la enferma, por tres días, \$24.00.

El ingreso y asistencia en nuestro Hospital fueron gratuitos, y no le indicamos ningún medicamento en los dos días que estuvo ingresada.

El viaje de regreso a su pueblo, sumó \$15.20.

Por tanto, la falta de conocimientos psiquiátricos elementales de los dos facultativos que asistieron a esta enferma, le costó a una familia pobre, inútilmente, \$116.60 en unos 10 días. El tratamiento sintomático de la hemiplejía, se resolvió en 30 minutos, sin medicamentos ni exámenes complementarios.

Claro está, la enferma seguirá siendo una histérica, ya que no ha recibido psicoterapia adecuada; pero lo que queremos destacar es que lo que se quiso tratar, el síntoma de la enferma, le proporcionó esa enorme suma completamente injustificada de gastos a esta familia.

Este es sólo un ejemplo del gran número de enfermos que diariamente vemos todos los médicos, que han hecho que Weiss y English hablen "del costo de la no psiquiatría", y que han estimulado esta revisión.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Las interrelaciones de los fenómenos síquicos y somáticos fue percibida desde la más remota antigüedad. Conceptos filosóficos y una práctica médica basada en el empirismo y la magia, afirmaban y protegían tales lazos, aún cuando los conocimientos científicos estuvieran lejos de ser precisos y adolecieran de rigor científico. Con el desarrollo de las ciencias y de una práctica más depurada y consecuente, el hombre fué despejando el velo misterioso de la vida, ahondando en el estudio de todos los órganos, sistemas, células y reacciones bioquímicas. Causas materiales, externas e internas, que explicaran el disfuncionamiento y caída en enfermedad del ser humano se buscaron y analizaron. Era la época del desarrollo primario de todas las ciencias bajo el imperio de un materialismo de tipo mecanicista y metafísico. El hombre como tal fué olvidado y los médicos trataron y

tratan, olvidando las experiencias del pasado, de ponerse en contacto directo con procesos morbosos queriendo desconocer una realidad clínica insoslayable: la personalidad del enfermo.

El retraso en el conocimiento de los fenómenos síquicos está siendo superado en nuestros días. Un estudio riguroso de la actividad nerviosa superior y de los fenómenos económico-socio-culturales está dando pautas al desarrollo de un concepto más acabado de la personalidad del ser humano con el valor y el rigor científico que el estudio de las ciencias naturales nos ha dado. Experiencias clínicas y de laboratorio basadas en un materialismo más dinámico permiten asegurar que en todas las enfermedades existe siempre participación de la síquis o actividad nerviosa superior, con mayor causa primaria o secundaria del proceso morbooso. Las interrelaciones de la síquis y el soma vuelven a plantearse en un nivel superior del conocimiento.

La integración de ambos conocimientos, el síquico y el somático, no está perfectamente definida en todas sus interrelaciones; esto no impide sin embargo, que el médico pueda utilizar los conocimientos existentes para brindar, con gran sorpresa suya, beneficios incalculables a sus pacientes. Médicos de otras latitudes a través de las épocas han tratado de realizar la integración a un nivel clínico de las relaciones síquicas y somáticas, valorando aquí el papel que las emociones y la vida del paciente juegan en su enfermedad. Nosotros hemos establecido por nuestra parte las pautas clínicas que creemos indispensables para tal integración adoptando el nombre de Medicina Comprensiva.

El desconocer tal interrelación, aceptarla teóricamente y no darle una solución práctica de acuerdo a nuestros conocimientos actuales, el no considerarla o pasarla por alto, cualquiera que sean los pretextos o las circunstancias, conlleva trabajar en contra de los intereses de la salud del enfermo, rebajar el nivel científico de nuestra profesión, convertir al médico en agente productor de enfermedades y en enlace de la profesión médica con la santería y el curanderismo.

Hoy día existe una llamada en todo el mundo propendiente a aumentar el nivel educativo siquiátrico de las escuelas médicas a fin de saldar esta mancha de la medicina de nuestros días. Algo similar acontece en los propios hospitales, los cuales al cumplir una de sus sagradas funciones educar a su personal tratan de levantar el nivel psiquiátrico de sus médicos y crean servicios de tal índole con vistas a disminuir el porcentaje de análisis complementarios, medicinas por placebo, días extra de ingreso y operaciones innecesarias.

## **PRESENCIA DE LAS ENFERMEDADES SÍQUICAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Cualquiera que sea la concepción de la Medicina que tenga un médico, aun aquel pensamiento mecánico-organicista, aferrado a los hechos objetivos de la ciencia médica, no se le podrá escapar nunca una realidad concreta de todos los días: el gran porcentaje de enfermos que con problemas de índole emocional él debe encarar y tratar de resolver. En muchos, los factores psicológicos son primarios; en otros son factores precipitantes de causas orgánicas o derivados de manifestaciones orgánicas. El desconocimiento de estos factores, insistimos, no puede sino trabajar en contra de los intereses de los propios enfermos o de la institución donde se encuentran reclusos.

Vamos a dar algunos detalles estadísticos que vienen a confirmar tal verdad, de antaño conocida y no bien valorada aún. En la clínica Oshner y en la de Lahey un estudio minucioso de los enfermos ingresados en la policlínica demostró que de un

20 % a un 40 % no tienen hallazgos objetivos, sino molestias imprecisas. Sullivan y McKelle en la clínica Oshner encuentran que además de este 40 % sin trastornos objetivos, había un 29 % del total de enfermos que padecían de afecciones como úlceras gástrica o duodenal, cardioespasmo, hipertensión arterial, asma, colitis ulcerativa, colon irritable, donde el factor de tipo psicológico parece jugar papel etiológico en muchos casos. Quedaba un 40 % de todos los pacientes que eran única y exclusivamente orgánicos. Datos similares encontraron Alien y Kaufmann en la clínica Lahey. Esta proporción estadística no se refiere solamente a enfermos de buena posición social. Estudiando un grupo de enfermos indigentes del John Hopkins Hospital, Robert y Norton llegaron a iguales resultados. Estos fueron los siguientes:

Un 24 % de estos enfermos tenían enfermedad manifiestamente orgánica sin componente psicológico ostensible; un 49 % tenían alteraciones psicógenas sin que pudiera descubrirse, tras exploración minuciosa, enfermedad orgánica. En el 23 % restante hubo a la vez alteraciones síquicas y somáticas. La enfermedad orgánica se desarrolló sobre un fondo de inestabilidad síquica. Por último en un 4 % del total hubo a la vez signos de trastornos somáticos y síquicos, pero en ellos se trataba de personalidades estables.

En el año 1952 se realizó en Dinamarca un censo de los enfermos mentales en los hospitales generales. Un comité dirigido por E. Stromgren escrutó los ocupantes de las salas de medicina de dos grandes hospitales generales para valorar la cantidad y naturaleza de los problemas psiquiátricos encontrados en hospitales. De 264 admisiones sucesivas en cada uno de ellos, los cuales fueron examinados por una psiquiatra, se encontraron un 5.3 % de psicosis, un 25.4 % de neurosis psicopatías y un 25 % de deficiencia mental. Cerca de la  $\frac{1}{4}$  parte de todos estos pacientes necesitaban cuidado psiquiátrico especial.

Otra investigación llevada a efecto por el mismo comité con 21 médicos prácticos, analizando una cantidad de 17,000 contactos médico-paciente, encontraron que los problemas psiquiátricos estaban envueltos en un 22 % de esos contactos, los cuales ocupaban del 30 al 50 % de las horas de trabajos de dichos médicos.

En el mismo año Lewis en los Estados Unidos llamó la atención sobre la incidencia de los desórdenes síquicos en la práctica médica valorando varias estadísticas.

En 1936, Bennet y Semrad estudiaron por su parte 100 historias clínicas de enfermos siconeuróticos admitidos en el Hospital Universitario bajo el diagnóstico de varias enfermedades orgánicas. De los 100 enfermos, 72 habían sido diagnosticados como enfermedad seria de tipo gastrointestinal, y los otros como hipertiroidismo tóxico, enfermedad cerebral orgánica o enfermedad de otros sistemas del cuerpo; 170 operaciones se efectuaron en esos pacientes, siendo la mitad de ellas innecesarias. De los 100 pacientes un 70 % mejoró con tratamiento sicoterapéutico.

Este porcentaje de enfermos con manifestaciones síquicas es predominantemente mayor cuando los estudiamos en las consultas privadas y externas de los hospitales y clínicas. Así Julio Bauer dice: "Recientemente el archivo de los explorados en mi consultorio ha puesto de manifiesto que de los últimos 2, 000 enfermos vistos el 23 % eran siconeuróticos puros de distintos tipos". Con el abjetivo puro quiere significar que no están incluidas las enfermedades somáticas muy comunes con superposición de componente neurótico. "Ningún caso de úlcera péptica, hipertiroidismo o de hipertensión arterial esencial se cuenta en este 23 %. En la misma casuística la frecuencia de la hipertensión arterial es de 16.4 %. No se hizo ninguna selección de los enfermos de esta casuística de manera que puede

considerarse como representación genuina del tipo de enfermo que encuentra todo internista. Las cifras obtenidas por mi están de completo acuerdo con la de otros autores".

Lewis, B.I. en la consulta del hospital John Hopkins estudió 163 pacientes consecutivos encontrando que un 49 % presentaban desórdenes sicogénicos solamente y un 27 % mostraban una combinación de procesos somáticos y síquicos. Así un 76 % de pacientes sufrían totalmente o en parte de enfermedad emocional. Los problemas médicos fueron predominantemente crónicos y usualmente no suficientemente severos para necesitar ingreso; en otras palabras, los problemas con los cuales debe lidiar diariamente todo internista (tabla I).

| Tabla I          |                  |             |                      |         |
|------------------|------------------|-------------|----------------------|---------|
|                  | No. de pacientes | % sicógenos | Sicógenos+ orgánicos | % Total |
| Hamma, L.        | 500              | 23          | 11                   | 34      |
| Allan y Kaufmann | 1.000            | 27          | 13                   | 40      |
| Lewis, B.I.      | 163              | 49          | 27                   | 76      |
| Roberts, B.H.    | 50               | 58          | 22                   | 80      |
| Lewis, B.I.      | 151              | 20          | 41                   | 61      |
| Robinson, G.C.   | 174              | 36          | 30                   | 66      |
| Total combinado  | 2.038            |             |                      |         |

Se desprende de todo ello que para atender el 60 al 80 % de sus enfermos todo médico debe poseer una buena preparación psicológica. Si el médico no trata de llenar esta deficiencia, o no lo hace porque la Universidad no lo preparó, corre el grave riesgo de aplicar lo que sabe para 1/2 ó S! de sus enfermos a la 1/2 ó 2/3 partes de los restantes cuyo sufrimiento no entiende, ejerciendo una acción nociva al contribuir a la cronicidad del proceso, desplegando una influencia iatrogénica aumentadora del número de enfermos. Mills en un trabajo reciente señala que según Oille el 60 % de los enfermos que consultan a un cardiólogo sufren de un estado de ansiedad, bien exagerada, bien totalmente injustificada, sobre el estado de su corazón, ansiedad que nace de una sugestión y no de un razonamiento... La mayoría de estas sugestiones provienen de observaciones torpes e imprudentes de los médicos. De igual manera se pronuncia Conner en su trabajo sobre la influencia síquica en los trastornos cardíacos, subrayando que de los cuatro factores que pueden producir una neurosis cardíaca el más importante es la motivación iatrogénica. Friedman, en su monografía sobre los trastornos cardiovasculares funcionales, asevera que, por desgracia, cuando menos un 10 % de los centenares de casos por él visto han sido causados o fijados por el médico. En un reciente informe de la Unidad de clasificación laboral de Nueva York, en que se estudian sujetos que han sido enviados por dificultades de empleo a causa de cardiopatías, se demostró que de 631 pacientes supuestos enfermos remitidos, en un 28.9 % (esto es 172) no había absolutamente ninguna enfermedad del corazón. Los autores señalan que el factor principal en el padecimiento de un número importante de enfermos había sido el propio médico, es decir, éste se había convertido en un factor de enfermedad.

Cuando el médico se concentra excesivamente sobre los síntomas sin tratar sus causas, ni de eliminarlas, está determinando enfermedades iatrogénicas.

## **PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO**

Habitualmente el médico sin preparación de tipo psiquiátrico no se atreve a realizar un diagnóstico de enfermedad "funcional" psíquica de manera positiva, como debe ser realizada, al desconocer los fundamentos de tal diagnóstico. Trata de suplir esta necesidad agotando las investigaciones de laboratorio e inclusive ordena intervenciones quirúrgicas con el consuelo de que así queden eliminadas todas las posibilidades orgánicas. Los desastres de tal conducta los veremos más tarde.

Las equivocaciones o errores en que puede incurrir un médico con conocimientos psiquiátricos, en igualdad de condiciones que otro de pensamiento organicista, siempre serán menores que la de este último carente de tal preparación. Veamos algunas estadísticas sobre el particular:

Macy y Allen, en la Mayo Clinic, revisaron las historias clínicas de 235 pacientes aproximadamente 6 años después de haberse hecho en ellos el diagnóstico de "exhaustión nerviosa crónica" con la idea de que si el cuadro clínico de la entrevista inicial era debido a afección orgánica no reconocida, dicha afección orgánica podría ser reconocida o descubierta en un examen subsecuente después de un período de años. El diagnóstico fue certero en un 94% de los casos. Es interesante señalar que en 200 de los enfermos vistos por ellos, se habían practicado intervenciones quirúrgicas.

Friess y Nelson en el New York Hospital realizaron un estudio similar en 263 pacientes consecutivos diagnosticados como psiconeuróticos, encontrando un error en solamente en 8 % de los casos. Llamaron la atención sobre el hecho de que los errores pueden ser evitados si el médico es conocedor de la necesidad de que existen evidencias positivas de personalidad neurótica y de conducta neurótica para el diagnóstico de psiconeurosis. El diagnóstico nunca deberá ser realizado sobre la base de exclusión de enfermedad orgánica.

## **FACTORES EMOCIONALES EN ALGUNAS AFECCIONES COMUNES**

La presencia del factor de índole emocional en la producción o precipitación de muchas enfermedades es bastante conocido. Como interviene este factor en algunas enfermedades puede observarse al través de algunas estadísticas.

Weis, E. en un trabajo sobre los aspectos psicósomáticos de la hipertensión dice: la tradición orgánica en medicina ha sido responsable de un punto de vista estrecho en la etiología, patogenia y tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Al estudiar 200 historias clínicas con síntomas de H.A.E. mostraron que 93 pacientes estudiados desde el punto de vista psicósomático podían ordenarse en 4 grupos de acuerdo al factor emocional presente:

- Primer grupo: 5 casos donde los factores psíquicos estaban íntimamente relacionados con el comienzo y desarrollo de la hipertensión arterial.
- Segundo grupo: 48 casos, en los cuales los factores psíquicos eran responsables fundamentales de los síntomas.
- Tercer grupo: 33 casos, donde los factores psíquicos eran parcialmente responsables de los síntomas

- Cuarto grupo: 7 casos, donde los factores síquicos no estaban relacionados con el comienzo o la producción de los síntomas.

Al analizar las conclusiones expresa que el médico deberá hacer algo más que tratar de bajar la cifra de tensión arterial. Deberá ir más allá del aspecto físico de la tensión arterial, hacia la personalidad del individuo hipertenso, a fin de ser más útil en el manejo de tales pacientes.

Boland y Corr en un trabajo sobre reumatismo sicogénico refieren que dicho reumatismo sicogénico fue la causa más frecuente de malestar en unos 450 casos consecutivos diagnosticados como artritis o una condición orgánica similar a su admisión al servicio médico del Hoff General Hospital.

Del estudio de estos 450 pacientes de afección "reumática" , al clasificarlo, el reumatismo sicógeno fué la causa más frecuente responsable de los síntomas, incluyendo al reumatismo articular agudo, la artritis reumatoidea y la osteoartritis (tabla II).

| Tabla II  |       |              |                   |              |
|---|-------|--------------|-------------------|--------------|
| Casos de quejas articulares periféricas   |       | 269          |                   |              |
| Reumatismo sicógeno puro  |       | 60 (22.3 %)  |                   |              |
| Artritis reumatoidea  |       | 56 (20.8 %)  |                   |              |
| Osteoartritis   |       | 40 (14.9 %)  |                   |              |
| Reumatismo articular agudo  |       | 38 (14.9 %)  |                   |              |
| Artritis no clasificada   |       | 35 (13.0 %)  |                   |              |
| Casos de quejas en las espaldas   |       | 181          |                   |              |
| Reumatismo sicógeno puro  |       | 32 (17.7 %)  |                   |              |
| Síndrome de las espaldas inestable (esfuerzos, anomalías congénitas, espondilolistesis) |       | 61 (33.72 %) |                   |              |
| Sacroilitis reumática   |       | 33 (18.2 %)  |                   |              |
| Osteoartritis   |       | 18 (9.9 %)   |                   |              |
| Incidencia del reumatismo sicógeno puro:  |       |              |                   |              |
|   | Total | R.S.P        | R.S. super-puesto | Total        |
| Quejas periféricas  | 269   | 60 (22.3 %)  | 16 (5.9 %)        | 76 (28.2 %)  |
| Espaldas  | 181   | 32 (17.7 %)  | 46 (25.4 %)       | 78 (43.1 %)  |
| Totales de casos  | 540   | 92 (20.4 %)  | 62 (13.8 %)       | 154 (34.2 %) |

Coleman, Hurst y Hornbein, en un trabajo sobre las contribuciones de la siquiatria al cuidado del paciente tuberculoso, señalaron y estudiaron los problemas siquiátricos envueltos o relacionados con el paciente tuberculoso desde el momento de su diagnóstico hasta su reintegro a la comunidad. Enfatizan que el conocimiento siquiátrico no es una necesidad ocasional, sino de una importancia continuada en cualquier programa de medicina comprensiva en el tuberculoso. Terminan diciendo que la constante, consistente y sistemática utilización de los recursos siquiátricos aplicados a la fases del cuidado médico y orientada hacia el entendimiento de la

persona enferma, impone una gran tarea de responsabilidad para el médico, pero promete un enriquecimiento de la práctica de la medicina y una extensión significativa del servicio terapéutico para el paciente.

Cornblett y Brown, estudiaron las manifestaciones dermatológicas en los desórdenes psiquiátricos señalando como las enfermedades mentales (sicóticas y siconeuróticas) presentaban manifestaciones dermatológicas peculiares, en tanto que los trastornos emocionales pueden manifestarse exclusivamente con expresiones dermatológicas inespecíficas.

Hinklen y Wolf, en un trabajo sobre el valor de los factores emocionales en el curso y manejo de la diabetes mellitus demostraron que los "stress" de la vida pueden conducir a cambios metabólicos en personas con diabetes y que estos cambios a su vez pueden acompañarse de alteraciones emocionales y de la conducta. La historia de la vida de tales pacientes muestran que muchas de las fluctuaciones espontáneas en el síndrome son el resultado de "stress" en sus vidas.

El tratamiento dirigido a las alteraciones de la conducta y de la actitud del paciente en relación con su medio ambiente es útil en abolir fluctuaciones incontrolables en el curso de la diabetes labil y en prevenir episodios recurrentes de quetosis que requieren hospitalización.

En todos los casos de diabetes, prosiguen, un entendimiento del paciente y su situación vital es necesaria a fin de comprender el curso de la enfermedad, las limitaciones de la terapia y el objetivo que puede ganarse.

Snorf, por su parte, al estudiar los factores emocionales en los desórdenes gastrointestinales señala que no solamente los desórdenes funcionales sino también lesiones orgánicas groseras del tractus gastrointestinal pueden ser causadas por estímulos emocionales. Los desórdenes funcionales incluyen vómitos, anorexia, diarreas, constipación y colon irritable.

Los estados funcionales pueden llevar a lesiones orgánicas como ser: úlcera péptica, colitis ulcerativa. El conocimiento de los factores emocionales y su tratamiento por el médico garantiza un éxito mayor, y en muchos casos, lo único que lo garantiza.

### **LO QUE CUESTA A LOS HOSPITALES EL NO ATENDER A LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DE LOS ENFERMOS**

Las estadísticas anteriores nos han permitido tener una idea aproximada de la presencia de los problemas emocionales con los enfermos vistos en la práctica médica. Con Wies y English puede aceptarse que un 33 % de los pacientes con afecciones crónicas que consultan a un médico general caen en el grupo de "afección funcional pura"; otro 33 % tienen síntomas que son dependientes de factores emocionales, aun cuando esté presente una afección orgánica. En el 33 % restante caen enfermedades como la úlcera, la hipertensión arterial, el asma y la migraña.

La falta de una adecuada atención por parte del médico de ese factor emocional y una conducta displicente y discriminadora contra este tipo de paciente en los hospitales generales sólo puede traer como resultado una disminución de la función primaria de todo centros hospitalarios: la atención al enfermo.



Ello a menudo representa docenas de visitas con consultas inútiles a especialistas, cientos de dólares perdidos en trabajo de laboratorio, prescripciones innumerables de placebos y barbitúricos, así como frecuentes intervenciones quirúrgicas. Una política hospitalaria mejor entendida podría solventar tales errores, permitiendo unas horas de entrevista personal con el paciente de acuerdo a los criterios de la medicina comprensiva.

En un artículo de Bennett y Engle sobre el tratamiento psiquiátrico en los hospitales generales dichos autores señalaban que el olvido frecuente en la práctica médica diaria de las indicaciones psiquiátricas llevaban a un descrédito de nuestro valer profesional. Un alto porcentaje de pacientes le hacen crítica a la medicina debido a que ésta no intenta un reconocimiento psiquiátrico de sus problemas.

La obvia y gran necesidad para una mejor integración de la Psiquiatría con la Medicina lleva frecuentemente al establecimiento de departamentos que permitan dentro del hospital todas las facilidades.

Señalaremos una revisión por estos autores de 500 historias clínicas, de pacientes protegidos por la Voluntary Health Insurance y admitidos consecutivamente en un hospital general en 1950, en un intento de demostrar la cantidad de pacientes que con disturbios emocionales eran erróneamente tratados por desórdenes orgánicos y el costo de esos errores a los planes de la Insurance.

El 10 % de las historias clínicas mostraron enfermedad emocional definitiva tratada como trastornos orgánicos y otro 5 % tenía un mínimo de hallazgos orgánicos y necesitaban valoración psiquiátrica. El diagnóstico del "síndrome menopáusico", por ejemplo, sirvió para ocultar una melancolía involutiva en un paciente tratado sin alivio por dilatación y curetaje, por lo que el seguro pagó \$130.00.

El diagnóstico de "apendicitis crónica" a menudo ocultaba franca histeria de conversión. Hemorroidectomias fueron realizadas para aliviar casos de ansiedad o depresión. A veces los procedimientos médicos y quirúrgicos intentaron tratar síntomas somáticos frecuentes: la colitis fue tratada puramente como síntoma físico en completo abandono del estado tensional del paciente.

Las historias clínicas de estos pacientes no mostraron una apreciación médica del rol jugado por factores emocionales. Tan erróneo proceder, costó en este pequeño grupo al plan de la Insurance \$5,400.00. De haber sido apropiadamente tratados los factores emocionales causales, el costo hubiera sido menor. Y concluyen diciendo: el incremento de la intervención psiquiátrica en la medicina hace necesario el cuidado de los trastornos emocionales en los hospitales generales. Como los factores emocionales están presentes en el 25 a 50 % de las enfermedades, cada hospital general deberá tener un servicio psiquiátrico. Los hospitales de 100 a 200 camas necesitan de una pequeña unidad o de camas no asignadas para el cuidado específico de tipo psiquiátrico, más una consulta externa para detectar precozmente y tratar los casos leves o medianos.

En el año de 1946, Bennett, en un trabajo sobre manejo imperfecto de síndromes psiquiátricos simulando enfermedades orgánicas dice: "los errores en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con desórdenes funcionales, psicósomáticos, siconeuróticos o psicóticos son tan comunes como para desacreditar los resultados satisfactorios de la profesión médica.

Los avances médicos recientes en técnicas quirúrgicas, quimioterapia y desórdenes metabólicos han dejado a un lado el diagnóstico y tratamiento de un grupo de pacientes, aquellos con desórdenes emocionales, debido a que el médico ignora

todavía los métodos y los conocimientos de la psiquiatría y los beneficios que de ellos derivan.

Este reporte trata de 150 casos seleccionados como los más típicos de 500 casos similares finalmente tratados en el departamento psiquiátrico del hospital general. El estudio demuestra como una enfermedad básicamente síquica no fue reconocida hasta su desarrollo como un síndrome psiquiátrico. Tratamientos múltiples e impropios se utilizaron con el objeto de resolver los síntomas atribuidos a enfermedades orgánicas de cada uno de los sistemas del cuerpo. Cuando, al fin los pacientes fueron tratados bajo una disciplina psiquiátrica el alivio fue dramático y el resultado a veces se consiguió en poco tiempo. De los 150 casos, 121 fueron mujeres y 29 fueron hombres.

De las 121 mujeres, 111 habían sido tratadas por supuestas enfermedades gastrointestinales, 88 por supuestos trastornos endocrinos, 31 por supuestas enfermedades del corazón, 6 tenían todos los dientes removidos, 57 habían sufrido largos períodos de reposo en cama, 37 habían recibido mucho sedativo y estaban sufriendo de intoxicación crónica por bromuro y 58 habían ido al curandero. Solamente 17 habían recibido algún tratamiento psiquiátrico como ellas se merecían.

Se habían realizado unas 205 operaciones; 84 sobre los órganos pélvicos, 40 sobre el apéndice, 11 sobre vesícula biliar, 17 sobre la glándula tiroidea, 5 sobre adherencias, 3 sobre el riñón, 21 sobre recto y 24 sobre las amígdalas y tejidos nasales.

De los 29 hombres, recibieron tratamiento y dietas para supuestas enfermedades de vesícula, estómago e intestino, fueron tratados por quejas prostáticas, recibieron inyecciones de hormona sexual, por afecciones cardiovasculares, por cefaleas, 22 tuvieron períodos de reposo, tónicos e inyecciones de suero para el reuma, 8 excesiva sedación y 13 fueron al curandero. En estos enfermos se realizaron 31 operaciones quirúrgicas; 14 de tipo mayor (apendicectomía, colecistectomía, estómago) y 21 de tipo menor (nasales, tonsilas, rectales)".

Como resultado de estos datos los autores concluyen que en los hospitales generales deben ser establecidas divisiones para la observación y tratamiento de problemas siconeuróticos y sicosomáticos.

Collin y Van Ordstrand, revisaron 1,000 casos de "colon irritable" encontrando que unos 204 de los pacientes habían sufrido 2 ó 3 operaciones sin alivio de sus síntomas; 163 tenían una "apéndice crónico" removido.

Wolff, en su trabajo sobre cefalea y otros dolores demuestra en un estudio de 500 pacientes de un hospital general que un 30 % de estos enfermos con problemas médicos y quirúrgicos tenían su personalidad lo suficientemente alterada como para modificar el curso de la enfermedad e interferir con su vuelta al trabajo. De manera interesante, la duración de la convalecencia en el grupo con la personalidad alterada fue más prolongada en el hospital, un tiempo tres veces mayor que el necesario a su enfermedad.

Por su parte, Dunbar, cita a un hospital norteamericano sostenido por el erario público, cuyo psiquiatra trataba anualmente un término medio de 146 pacientes entre 3,500 ingresos. Gracias a su intervención el período medio de hospitalización de estos casos quedó reducido en un 44 %, ahorrando al hospital \$8,464.45 dólares al año. Estudios análogos efectuados demuestran que la asistencia psiquiátrica debería hacerse accesible al 80 % de todos los pacientes. Si en el

hospital mencionado se hubiera seguido tal política, el Estado se habría ahorrado o economizado \$170,000 pesos al año.

Muchos directores de hospitales que comprenden el valor de los problemas siquiátricos estarían conformes con incorporar a su cuerpo médico a un siquiatra o a un médico comprensivo, pero se abstienen pensando en el gasto que ello podría ocasionarle. A juzgar por las cifras y trabajos señalados con anterioridad parecería más bien que lo que los directores no puedan permitirse es el lujo de no tener un médico comprensivo o un siquiatra. Cualquiera de los dos, trabajando en las salas y en la consulta externa de un hospital general, compensa ampliamente su salario, si se tiene en cuenta el número de días de ingreso que ahorra el hospital, de exámenes complementarios fútilmente realizados y de operaciones innecesarias efectuadas.

Bykov por su parte expresa: "los médicos experimentados de nuestros días ven la necesidad como en los días de su fundación, lo que la medicina ha señalado como relación entre el fenómeno síquico y el fenómeno somático. Un médico nunca debiera olvidar un factor importante al considerar a un paciente; su estado síquico. La poca atención a la personalidad del paciente invariablemente trae como resultado un diagnóstico incompleto e imperfecto, un pronóstico erróneo y tratamiento infeliz". De ello se desprende los gastos innecesarios que ocasiona el no tener en cuenta la personalidad del paciente.

### **SICOTERAPIA POR EL INTERNISTA**

Habitualmente el médico internista, el médico general o el especialista consideran que la sicoterapia debe ser dejada en manos de médicos especializados; que se trata de una labor muy ardua y fuera de su alcance. Nada más erróneo. La técnica sicoterápica no es una actitud terapéutica que el médico puede o no de dejar de efectuar. Siempre, cualesquiera que sean las circunstancias, el médico ha de ejercer algún tipo de sicoterapia aun cuando su mentalidad sea 100 % organicista. Lo ha señalado Sagredo perfectamente: "ningún médico puede prescindir de ser en alguna forma psicoterapeuta; de hecho todo médico, quiéralo o no, sépalo o no, está haciendo sicoterapia". Toda relación médica lleva en sí algún tipo de sicoterapia. Si el médico desatiende de ello, la sicoterapia que realiza, no pauta ni guiada por las condiciones específicas de su paciente, no alcanzará nunca los niveles que éste necesita y puede trabajar por el contrario en contra del restablecimiento del enfermo. El médico tiene que realizar sicoterapia y debe, al ejercerla, velar porque sea de la más alta calidad terapéutica.

Walter Álvarez, clínico americano, se expresa así a este respecto: "cada médico deberá conocer mucho acerca de la medicina sicosomática; si lo hace; evitará realizar muchos diagnósticos erróneos, ordenar muchas operaciones innecesarias. El médico deberá saber que muchos de sus pacientes están enfermos debido a sus nerviosismos, características constitucionales, excesiva tristeza o amargura y a los esfuerzos excesivos. El deberá saber también que ningún *test* de los que utiliza habitualmente para el diagnóstico le podrá revelar una neurosis o una sicosis o una fatiga nerviosa. Hay necesidad de tomar buenas historias clínicas y conversar largamente con el paciente".

Por otra parte un siquiatra norteamericano, Ziskind se expresa de la manera siguiente: "cada médico deberá estar entrenado en sicoterapia y esperará usarla en su práctica. Esta sicoterapia no será la misma que la que usa el siquiatra, sino una sicoterapia modificada a las necesidades especiales del clínico particular y su paciente. Es esencial darse cuenta que todos los médicos ahora practican algún tipo

de sicoterapia; en algunas instancias ésta es pobre y puede ser mejorada. Sin embargo la sicoterapia inadvertida y esporádica no llena las necesidades eficientemente y ella deberá ser planeada concienzudamente para obtener los mejores resultados".

Groom expresa: "la más importante necesidad de hoy, es mejorar la destreza sicoterapéutica de los médicos y asegurar una más constante utilización de tal conocimiento".

En cuanto a la práctica de la medicina nos encontramos con que el número tan crecido de trastornos emocionales impide que los siquiátricos por si solos puedan cumplir con tan gigantesca labor. Un factor más en apoyo de la tesis de que la sicoterapia es patrimonio común de toda la medicina y no de una rama en particular.

Así Barhash, al referirse a las necesidades de la población en cuidados siquiátricos expresa que esta labor no puede ser cumplida exclusivamente por el siquiátrico, existiendo la necesidad de que médicos generales, especialistas e internistas, comprendan el rol de la emoción en la producción de la enfermedad y la guía para tratar a estos pacientes.

Wortis, por su parte expresa: "existe una marcada necesidad de siquiátricos y debe ser patente que ellos no pueden ni intentan, por ellos mismos, suplir todas las necesidades para la enorme tarea que se les tiene asignada. De ello se desprende que el médico práctico o el especialista no pueden abdicar a sus responsabilidades para con sus pacientes refiriéndoles todos al cuidado del siquiátrico. Con la incrementada complejidad de los conocimientos médicos, la fragmentación de la práctica, y la valorización de los factores sociales y psicológicos en la producción de la enfermedad, el médico de buena gana ha consentido en asumir responsabilidades de siquiátrico. Debiera ser aparente que no sólo el médico tiene rol preventivo, sino que él está obligado a manejar los problemas sociales y psicológicos que afectan a sus pacientes. En suma, él tendrá que tomar a su cargo el tratamiento adecuado a los casos ligeros y de intensidad mediana".

Groom, señala que solamente un porcentaje muy pequeño de pacientes neuróticos necesitan ser vistos por el siquiátrico. La mayoría de ellos pueden ser tratados como hasta hoy se ha hecho por los médicos en otros campos de la medicina. Se ve claramente que una integración de los conceptos siquiátricos básicos con la medicina se hace esencial si el médico desea aumentar su efectividad en ese otro 50 % de su práctica médica. Para el siquiátrico que intenta practicar sin adecuado conocimiento de los principios de la práctica médica pudiera existir más vulnerabilidad a los errores de diagnóstico, y de manejo, que el internista que sólo tiene vagos conocimientos de los principios siquiátricos fundamentales.

Nosotros habíamos sospechado que el valor de la sicoterapia se encontraba principalmente en la relación médico-paciente más bien que en las escuelas y técnicas utilizadas; por tanto la sicoterapia ejercida por el médico general o el internista podría, de ser bien ejercida, aportar resultados saludables. La literatura parece soportar esta hipótesis. Así Wortis, señala: muchas compilaciones estadísticas de resultados sicoterapéuticos claman que cerca del 1% de los casos mejoran, no importa qué forma de sicoterapia sea utilizada. En una larga serie de casos Denker, encontró los mismos resultados cuando los enfermos eran manejados por médicos generales comprensivos que por los siquiátricos.

Hoch, reportó en un reciente artículo, que en el campo de la terapia psiquiátrica diferentes métodos basados en diferentes interpretaciones de la naturaleza de esas enfermedades y la acción de la terapia recibida daban resultados similares en términos de recuperación promedio. Concluyendo así mismo que el efecto beneficioso de la sicoterapia está probablemente relacionado con otros factores que aquellos asumidos por las diferentes doctrinas de los terapeutas representados y de que la naturaleza de esos factores es esencialmente desconocida. Finalmente, muchos pacientes, no importa el tipo de sicoterapia utilizado, enseñan alguna mejoría. Este hecho podría sugerir que debe haber algo similar en los diferentes acercamientos sicoterapéuticos. Los trabajos de Fiedler, indican que terapeutas con experiencias pertenecientes a diferentes escuelas mostraron más similitudes en sus resultados que los novicios y expertos de una misma escuela.

Otro estudio llevado a efecto por Heine demostró que los pacientes que recibieron sicoterapia por terapeutas pertenecientes a tres escuelas diferentes (sicoanalítica y de Roger y Adleriana) reportaron cambios similares.

Una oportunidad poco usual se presentó en si misma hace poco para evaluar los resultados de la sicoterapia aplicada por clínicos a pacientes con varios desórdenes en una clínica de tipo médico del New York Hospital. El trabajo fue realizado por Pinsky, Grace y Wolff y duró un período de 7 años. El trabajo consistió en valorar en un grupo de 1,154 enfermos la terapéutica a base del arsenal terapéutico habitual y la de la sicoterapia, con el empleo de tal armamento, de hacer falta.

En el grupo de pacientes diagnosticados como siconeuróticos "el resulta<sup>1</sup>do de la terapéutica por los internistas que se empeñaron con especial énfasis en aliviar los *stress* de la vida del paciente, se comparó favorablemente con los reportes de otras clínicas donde el tratamiento se realizó sólo por siquiatras experimentados". Los resultados señalan que en las manos de un médico comprensivo aproximadamente las T! partes de los pacientes se recobraron o enseñaron mejoría y una S! parte no mejoraron. Este resultado es prácticamente igual al obtenido en siconeuróticos por siquiatras y sicoanalistas en otras partes del mundo.

En ciertas entidades como úlcera péptica, colitis ulcerativa y asma los resultados de la terapéutica por aquellos médicos comprensivos fueron, en todo, superiores a los obtenidos por aquellos que estuvieron en manos de médicos que utilizaron la dieta y la medicación exclusivamente. En los meses iniciales de tratamiento se gastó más tiempo con los pacientes bajo sicoterapia que los tratados con el método usual; sin embargo en un período de un año hubo una reversión en el tiempo consumido y la terapéutica usual empleó más tiempo en resolver los problemas que la sicoterapia.

Los hallazgos señalan "que los internistas-comprensivos, los siquiatras y sicoanalistas todos son efectivos en la misma extensión en el tratamiento de las siconeurosis". Este sugiere que un común denominador es un médico sincero y comprensivo y una buena relación médico paciente más bien que la utilización de una técnica especial. Esta teoría se refuerza por las observaciones de Milles y Barrabee, que en un estudio de 63 pacientes notaron que los residentes e internos de siquiatría eran tan efectivos en la terapéutica como los siquiatras experimentados.

De estos datos se desprende que los internistas pueden realizar un trabajo efectivo en aliviar a los pacientes de sus *stress* en la vida con el consiguiente alivio de sus síntomas. Ello sugiere que los internistas deben intentar asumir más responsabilidad para sus pacientes en términos de aliviar estas tensiones, y que usen al siquiatra como experto y consultante para aquellos pacientes que ellos no

sean capaz de ayudar, más bien que referir todos los pacientes con interés al siquiatra.

Es muy posible que la incorporación de siquiatras e internistas comprensivos a los Hospitales de nuestro medio que aún no los poseen, traerá como consecuencia enormes beneficios en el orden asistencial, científico, económico y de protección a la profesión.

Es así mismo altamente deseable que la educación y preparación siquiátrica de internistas, cirujanos y especialistas, sea más completa en nuestra Escuela de Medicina; tanto para el pre-graduado como para el postgraduado. Esta orientación, con el estímulo permanente para la formación de médicos de criterio y práctica integralistas, es imprescindible en esta época.

## **CONCLUSIONES**

1. Aún cuando las relaciones entre el soma y la siquis no estén perfectamente definidas, un nivel de integración clínica de tales conocimientos es esencial y provechoso para el mejor tratamiento de los enfermos.
2. La presencia de las enfermedades síquicas, con alteraciones mentales o con manifestaciones somáticas exclusivamente, es considerable, abarcando casi el 40 % de los enfermos ingresados, y de un 60 a un 80 % de los enfermos de consulta externa atendidos por el clínico.
3. Los errores de diagnóstico son mayores en los internistas organicistas, que en aquellos con preparación siquiátrica o mejor, de tipo siquiátrico.
4. Los factores emocionales son predominantes y a veces determinantes en los tipos más comunes de enfermedades observadas en la práctica.
5. El conocer la presencia del proceso emocional, o el no darle la debida atención después de reconocido, conlleva una pérdida de tiempo, dinero y salud para el enfermo, así como gastos innecesarios en los hospitales o clínicas en los cuales estos pacientes se encuentran atendidos o protegidos.
6. El médico general, el internistas y los especialistas están obligados a asumir mayor responsabilidad en el tratamiento de los problemas siquiátricos de sus pacientes, con la convicción de que el empleo de una sicoterapia adecuada por ellos puede traer resultados hasta cierto punto comparables al de siquiatras y sicoanalistas.
7. Se aboga por una mayor integración de la medicina con la siquiatría, tanto en el nivel asistencial como en el educacional.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alexander L. Objective Approaches to Treatment in psychiatry. Charles C. Thomas Publisher, 1957.
2. Allison DR, GORDON, RG: Psychoterapy its uses and limitations. Oxford University Press, 1948.

3. Alvarez WC. The Neuroses. Saunders Company, 1955.
4. Alvarez WC. Psychosomatic Medicine that every Physician Should Know. JAMA, 135-704, 1947.
5. Alexander F, French TM. La terapéutica Psicoanalítica. Editorial Paidos, 1956.
6. Aldrich K. The Physician and the Neurotic Patient. Med Clin North Amer. Marzo 555-1958.
7. Ananiev B G. Psychology in the Soviet Union. Stanford University Press, 1957.
8. Allen CL. Modern Discoveries in Medical Psychology. Macmillan and Company, 1949.
9. Appel GE, Scheflan A. The General Practitioner and the Discharged Mental Hospital Patient. JAMA. 1955;159:1278.
10. Bauer J. La personalidad del enfermo. Editorial Modesto Uson, 1957.
11. Bauer J. El diagnóstico diferencial de las enfermedades internas.
12. Bauer J. Teaching Psychoterapeutica Medicine. Harvard University Press, 1952.
13. Ballak L. Psychology of Physical Illness. Gruenc & Stratton, 1952.
14. Bykov K, Gantt WT. The Cerebral Cortex and Internal Organs. Chemical Publishing Co. Inc., 1957.
15. Berg CH. The First Interview with a Psychiatrist. Allen & Unwin, Londres, 1955.
16. Bernal del Riesgo A. Psicología Humana. Imprenta de la Universidad de La Habana, 1946.
17. Braceland EJ. Psychiatry- Psychosomatic Medicine and the General Practitioner. Med Clin North Amer. Mayo 939-1958.
18. Braceland FJ. Psychiatry and the Future Medical Education. JAMA, 157-1377, 1955.
19. Poland WE, Corr W P. Psychogenic Rheumatism. JAMA, 123-805, 1943.
20. Bartemier LH. The Attitude of the Physician. JAMA, 145-1122, 1951
21. Bennett AE, Engle B. Psychiatric Treatment in General Hospital. JAMA, 147-1019, 1951.
22. Bennett AE, Semrad. Comun errors in Diagnosis and treatment of Psychoneurotic patients. Jorn Amer. Nebraska, 21-90, 1936.
23. Bennett AE. Faulty Management of Psychiatric Syndromes Simulating Organic Diseases. JAMA, 30-1230, 1946.

24. Barhash AZ. Psychiatric Techniques in Medical Practice. JAMA, 146-1584, 1951.
25. Braceland FJ. Present Status of Preventive Psychiatric. JAMA, 159-1187, 1955.
26. Beecher HK. The Powerful Placebo. JAMA, 159-1602, 1955.
27. Carballo R. La Medicinas Actual. Editorial Labor, 1954.
28. Carballo R. Cerebro Interno y Mundo Emocional, Editorial Carballo R. Labor, 1952.
29. Carballo R. Patología Psicosomática, Editorial Labor, 1956.
30. Cornbleet T, BROWN M. Dermatologic Manifestations in Psychiatric. Disorders. JAMA, 136-152, 1948.
31. Coleman JV, Hurst A, Hornbein R. Psychiatric Contributions to care of Tuberculosis Patients. JAMA, 135-649, 1947.
32. Dunbar F. Las Emociones y los Fenómenos Somáticos.
33. Frolov Y P. La Actividad Cerebral, Editorial Psiquis, 1955.
34. Fried PH, Rakoff AE, Schopbachrr. JAMA, 145-1329, 1951.
35. Fowler EP, Xeckela. Psychosomatic Aspect of Meniere's Disease. JAMA.
36. Freedler FE. The Concept of Ideal Therapeutic Relationship. Jor Consul Psychology, 14-239, 1950.
37. Freedler FE. Comparison of Therapeutic relationship in Psychoanalytic, non directive and adlerian Therapy Jor Consult Psycho, 14: 463, 1950.
38. González Martín D. Factores Económicos-Sociales en las Enfermedades Mentales y Nerviosas y la Actitud del Higienista ante los mismos. Tesis para el Doctorado en Medicina, 1952.
39. Gemelli A, Zunini. Introducción a la Psicología, Editorial Luis Miracle, 1953.
40. Introductory Clinical Psychology. Macmillan Company, 1957.
41. Gavrilov K. El psicoanálisis a la luz de la reflexología, Edit. Paidos, 1953.
42. Groom D. Some Applications of Psychiatry in General Medicine. JAMA, 135:403, 1947.
43. Hollander MH. The Psychology of Medical Practice, W.B. Saunders Company, 1958.
44. Higgins JW, Kaplan SM. Some effects of hospitalization on the clinical status of patients. JAMA, 152:109,1952.
45. Hinkle LE, Wolff S. Importance of life Stress in Course and Management of Diabetes Mellitus. JAMA, 148:513,1952.



46. Hart AD. Iatrogenic and Cardiac Neurosis. A critique. JAMA, 156:1133,1954.
47. Hoch PH. Progress in Psychiatric Therapies. Amer J Psychiatric, 1955;112:247.
48. Ivanov-Smolensky. Essay on the Phatho-psysiology of the Higher Nervous Activity. Moscow, 1954.
49. Ischlondsky NE. Cerebro y conducta. Edit. Paidos, 1953.
50. Ilizastigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. Un nuevo peldaño en la concepción de la medicina integral: la medicina comprensiva. En preparación.
51. Heine RW. A comparison of Patients Reports on Psychotherapeutic experience with Psychoanalytic, non Directive and Adlerian therapist. Amer Jour Psychoaterapy, 7: 16, 1953.
52. Kakalnn SM. Laboratory Procedures as an emotional stress. JAMA, 161:677, 1956.
53. Kaufmann NR. Psychotherapy in General Practice. Indications and limitations. Med Clin North Amer. Mayo 741-1958.
54. Krasnogorsky NI. El Cerebro Infantil. Edit. Psiques, 1953.
55. Krause HD. Integrating Approaches to Mental Disease. Hoeber-Harper, 1958.
56. Kamman GR, Kram CH. Value of Psychometric Examinations in Medical Diagnosis and Treatment. JAMA, 158:555,1955.
57. Korb L. The Psychiatric Viewpoint in training Residents. JAMA, 161:21,1956.
58. Liebman S. Management of Emotional Problems in Medical Practice. Lippicott Company, 1957.
59. Lauchlin HP. The Neuroses in Clinical Practice. Saunders & Company, 1956.
60. Levine M. La Psicoterapia en la Práctica Médica. El Ateneo, 1951.
61. Lennox WG, Markhan CHH. The Socio Psychological Treatment of Epilepsy. JAMA.
62. Lewis BI. Psychiatric Disorders in Medical Practice. JAMA, 150:776,1952.
63. MILLS, B.I.: The Family Physician and the Heart Disease. JAMA, 153-910,1953.
64. Mira López E. Psiquiatría Básica. El Ateneo, 1953.
65. Mears A. The Medical Interview. Charles C. Thomas, 1957.
66. Matussek P. Fundamentos Doctrinales de la Psicoterapia. Paz Montalvo, 1953.
67. Mental Disease (Disorders): Diagnostic and Statistical Manual. American Psychiatry Association, 1952.

68. Musser MJ. Early Diagnosis of Emotional Conditioned Illness. JAMA,147:1037,1951.
69. Noyes AB, Kolb LC. Modern Clinical Psychiatric. Saunders Company, 1958.
70. Mac Eachern ML. Hospital Organization and Management. Psysician Record Company, 1957.
71. Osborn LA. Psychiatric Service in General Hospital. JAMA, 153:359,953.
72. Osarin LD. The Comunity and Rehabilitation of the Hospitalized. Psychiatric Patient. JAMA, 161:940, 959.
73. PAVlov IP. Conditioned Reflexes and Psychiatric. Vol. I y II. International Publishers, 1941.
74. Pons AP. Patología y Clínica Médica. Tomo IV. Enfermedades Nerviosas, Neurosis y Medicina Psicosomática. Salvat, 1952.
75. Rosenbaum N, Eisser M. Principles of Management of Psychosomatic Disorders. Med Clinic North America. Mayo 769-1958.
76. Sagredo O. Métodos terapéuticos aplicables por el médico no psiquiatra (lección IV, curso M. 92-b. Escuela de Verano de la Universidad de La Habana, 1954. Transcripción de la grabación tomada en clase con cinta magnética).
77. Stringer E. Census the Mental Disorders. JAMA, 158:1309,1955.
78. Snorf LD. Emotional Factors in Gastrointestinal Disorders. JAMA, 162.857, 1956.
79. Seguin CA. Introducción a la Medicina Psicosomática. Emp. Gráfica, Lima, Perú, 1947.
80. Sicco A. Las Neurosis. El Ateneo, 1954.
81. Seguin CA. Bases de la Psicoterapia. El Ateneo, 1954.
82. Sollier P, Courborn P. Práctica Semiológica de las Enfermedades Mentales. Ed. Modesto Usnón, 1957.
83. Speransky AD. Bases para una Nueva Teoría de la Medicina. Edit. Psique, 1954.
84. Schonfeld WA. Management of Male Pubescent. JAMA, 131:177,1943.
85. Terhane WE. Integración de la Medicina y la Psiquiatría. Ed. Paz Montalvo, 1953.
86. Velazquez J. Curso Elemental de Psicología. Minerva, 1957.
87. Weiss E, English H. Psychosomatic Medicine. Saunders Company, 1958.
88. Wortis J. Basic Problems in Psychiatric. Grune & Stratton, 1953.

89. Wortis J. Soviet Psychiatry. Williams & Wilkins, 1950.
90. Wolff w. Introducción a la Psicología. Fondo Cultural Económico, 1953.
91. Woodworth RS. Contemporary Schools of Psychology. The Ronald Press Company, 1948.
92. Weiss E. Psychosomatic Aspect of Hypertension. JAMA, 20:1081,942.
93. Walkins AL, Finsindger JE. Psychiatric Aspect of Physical Medicine. JAMA, 135-1050, 947.
94. Wheeler E, White P, Reede E, Cohen M. Neurocirculatory Asthenia Anxiety Neuroses, Effort Syndrome, Neurastenia. JAMA, 142:878,1950.
95. Whitehor JC. Basic Psychiatric in Medical Practice. JAMA, 148:329,1952.
96. Wolf H. Headache and other heard pains Oxford University Press, 1948.
97. Ziskind E. Training in Psychoterapy for all Physician. JAMA, 147:1223, 1951.
98. Watts M, Wilbor DL. Clinical Management of Funtional Disorders. JAMA, 148,704,1952.
99. Watts M, Wilbor DL. Treatment of Functional Disorders . JAMA, 152:1192,1952.
100. Sleeper HE. Psychiatry in General Hospital Today. South Medic Jour,51: 312,1958.

\*Reproducido de: Ilizastegui Dupuy F, Rodríguez Rivera Luis. Importancia económico-social de los conocimientos psiquiátricos en la práctica médica hospitalaria. Archivos del Hospital Universitario. Vol XI. No. 2:108-27.

\*\* Residentes de Medicina del Hospital Universitario "Gral. Calixto García". Años después fueron figuras paradigmáticas de la medicina cubana.