



REVISTA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

www.elsevier.es/hgmx



CASO CLÍNICO

Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México



I.C. González-Salas^{a,*}, J.J. Bustamante-Rojano^b, U. Jiménez-Correa^c
y C.H. Gámez-Mier^d

^a Adscrita al Servicio de Salud Mental, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», Secretaría de Salud, México, D.F., México

^b Jefe del Servicio de Salud Mental, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», Secretaría de Salud, México, D.F., México

^c Responsable de la Clínica de Trastornos de Sueño, División de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México

^d Jefe de Vinculación de la División de Bienestar Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., México

Recibido el 3 de marzo de 2014; aceptado el 25 de junio de 2014

Disponible en Internet el 4 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Interconsulta;
Psicología de la salud;
Psiquiatría de enlace;
Salud mental;
Historia;
México

Resumen La historia de la Salud Mental y su relación con la disciplina médica tiene sus inicios en el siglo XIX en el México Colonial y con la influencia de las teorías europea y norteamericana. En el antiguo enfoque biológico-mecánico se consideraba al individuo dentro de un modelo estímulo-respuesta, ignorando que alrededor del paciente hay factores ambientales, emocionales y cognitivos.

La interacción bidireccional entre estos factores y el paciente forma parte esencial del proceso salud-enfermedad. La Psiquiatría y la Psicología se vinculan, en el área de la salud, en el estudio de las enfermedades médicas que presentan trastornos de la conducta y alteraciones psicológicas emocionales; tanto en el paciente ambulatorio como en el quirúrgico y el hospitalizado.

El diagnóstico, el tratamiento y la investigación de las enfermedades son el fundamento para integrar el equipo multidisciplinario de salud, que en un contexto de Salud Mental se conoce como «Psiquiatría de Enlace» y «Psicología de la Salud».

El objetivo de este trabajo es revisar algunos antecedentes históricos de la Salud Mental en México y en el Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» (HGM-DEL) considerando la evolución institucional y las características de los pacientes que recibe el Servicio de Salud Mental, como parte del equipo multidisciplinario de salud.

© 2014 Sociedad Médica del Hospital General de México. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Dr. Balmis 148, Col. Doctores. Delegación Cuauhtémoc. México D.F. 06726.
Correo electrónico: gonzalez-salas@hotmail.com (I.C. González-Salas).

KEYWORDS

Interconsultation;
Psychology health;
Liaison psychiatry;
Mental health;
History;
Mexico

Liaison psychiatry. Experience in the Hospital General of Mexico

Abstract The history of Mental Health and its relationship with medical discipline finds its roots in the nineteenth century in the Colonial Mexico's, end with European and North American theories influence. In the old biological-mechanical approach the individual was considered to be within and stimulus-response model, ignoring the environmental, emotional and cognitive factors around the patient.

The interaction between those factors and the patient is essential in the health-disease process. Psychiatry and Psychology are bonded in the health area, in the study of medical diseases that present behavioral disorders and emotional psychological alterations; in both outpatients and surgical patients.

The diagnose, the treatment and the investigation of diseases, are the foundation to integrate a multidisciplinary health team, that is known as Liaison Psychiatry and Health Psychology.

The objective of this work is to review the historical background of Mental Health in Mexico and in the General Hospital of Mexico "Dr. Eduardo Liceaga" (GHM-EL) considering the institutional evolution and the characteristics of the patients received by the Mental Health Service, as part of the multidisciplinary health team.

© 2014 Sociedad Médica del Hospital General de México. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La medicina moderna reconoce la importancia de la interrelación de los factores biopsicosociales en las enfermedades y enfatiza la influencia de estos factores en el pronóstico del paciente. La Salud Mental y su relación con la disciplina médica se inicia en el siglo XIX influida por las corrientes europea y norteamericana. El diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los trastornos de conducta y emocionales en las enfermedades médicas son el fundamento para integrar el equipo multidisciplinario de salud, que en un contexto de Salud Mental se conoce como «Psiquiatría de Enlace» o «Psicología de la Salud».

El modelo biopsicosocial se inició en los Hospitales Generales de Albany, Massachusetts, Colorado y Duke; estudia a la enfermedad desde lo molecular y anatómico; desde lo psicológico, analiza la personalidad, los aspectos psicodinámicos, la motivación y los estilos de afrontamiento (*coping*); desde lo social, estudiando al enfermo, en su origen étnico, ambiente cultural y familiar¹⁻³. En un Hospital General la Psiquiatría y la Psicología trabajan en conjunto en actividades clínicas, de enseñanza e investigación en Salud Mental, aun en departamentos no psiquiátricos dentro de un hospital. En el contexto de la Salud Mental el «enlace» se refiere a la comunicación entre grupos clínicos con el objetivo de lograr una integración y colaboración efectiva en beneficio del paciente^{4,5}.

El objetivo de este trabajo es revisar el antecedente histórico de la Salud Mental en México y en el Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» y su actividad de interconsultante como parte del equipo multidisciplinario de salud.

Antecedentes

Conocer la historia de la Psiquiatría y de las ciencias médicas nos ofrece una comprensión de tipo social. En México, la Psiquiatría tuvo un inicio caritativo y religioso, estaba a cargo

de las órdenes cristianas europeas que arribaron al país en la época colonial y parecía encontrarse desvinculada de la medicina principalmente por el rechazo y el escepticismo de la misma disciplina médica. La Psiquiatría se ejercía inicialmente en los hospitales psiquiátricos, como el Hospital para hombres dementes de San Hipólito y el Hospital para mujeres dementes del Divino Salvador, fundados en 1566 por Fray Bernardino Álvarez y en 1687 por el carpintero José Sáyo, su esposa, el jesuita Juan Pérez y el arzobispo Francisco de Aguilar y Seijas, respectivamente⁶. Estos hospitales y otros más del interior de la República Mexicana permanecen así hasta la inauguración en el año 1910 del Manicomio General de la Castañeda^{7,8}. En 1930 los doctores Samuel Ramírez Moreno, Manuel Guevara Oropeza y Alfonso Millán proponen estudiar al paciente psiquiátrico a partir de estudios de laboratorio y de las clasificaciones internacionales para unificar criterios diagnósticos. A pesar de lo anterior, en 1968 surge el proyecto «Granjas para enfermos mentales», con 9 hospitales en diferentes estados de la República Mexicana, en los que la rehabilitación del paciente se basaba en oficios artesanales y agropecuarios; cabe mencionar que esta aproximación de «terapia ocupacional» mantuvo alejada a la Psiquiatría de la medicina⁹.

Hasta hace poco tiempo, los hospitales psiquiátricos del país se transformaron a partir de las reformas en materia de Salud Mental¹⁰, dando mayor énfasis al trabajo multidisciplinario en el que se integran equipos de trabajo con médicos de diferentes especialidades y psicólogos clínicos para la evaluación y el tratamiento del paciente psiquiátrico y con psicopatología secundaria a enfermedades de base. Este trabajo se ha llevado a cabo en los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal y en Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) en el Distrito Federal y Centros de Salud Mental (CESAME) de la Secretaría de Salud, en la República Mexicana, en los que se atiende al paciente con problemas psicológicos y enfermedades psiquiátricas desde una perspectiva multidisciplinaria en donde la Salud Mental está vinculada con la Medicina Interna, la Geriatria,

la Pediatría, la Neurología, la Neurofisiología, la terapia de lenguaje, la psicomotricidad y la psicoterapia (desde diversos enfoques teóricos).

La reestructuración global acerca de la Salud Mental, que surge en 1990 con la declaración de Caracas y que se ha actualizado hasta el 2012, enfatiza los programas de prevención en salud, incluyendo a la Salud Mental en un programa mundial¹¹ que ha promovido una importante transición institucional al integrarla como una alta especialidad dentro del Hospital General y en los Institutos. Los servicios de Salud Mental, entendidos como la vinculación de Psiquiatría y Psicología, Enfermería Psiquiátrica y Trabajo Social Psiquiátrico, tienen un avance integrativo dentro de la medicina y en materia reglamentaria para brindar una atención especializada médico-hospitalaria, por lo que se rigen dentro de las instituciones hospitalarias por la Ley General de Salud, capítulo VII, artículos 72 a 77¹², la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátrica¹⁰, así como por 2 instancias los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), creado desde 1947 bajo diferentes denominaciones¹³, y el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), creado en el año 2004^{14,15}. No es hasta el año 2012 cuando en el Sistema de Protección Social en Salud se incluye el «Seguro Popular en Salud», la cobertura en la prevención y hospitalización breve, cuando lo amerita, de los siguientes trastornos: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo, distimia, ciclotimia, estado hipomaniaco, depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos¹⁶.

La afiliación a los servicios de salud a través del Seguro Popular se da en mayor proporción en las zonas rurales¹⁷; no obstante, los servicios de Salud Mental se encuentran centralizados en su mayoría en el Distrito Federal y con escasas unidades de atención psiquiátrica dentro de los Hospitales Generales del país.

Enseñanza e investigación

En 1887 se dictó la primera cátedra de Psiquiatría en México. Con esto se inicia el vínculo de la Psiquiatría con la medicina y queda separada del vínculo religioso¹⁸. El plan de estudios de 1888 de la carrera de Medicina incluyó materias que posteriormente fueron consideradas como especialización con el nuevo plan de 1906, dando origen a la oftalmología, la ginecología, la dermatología, la psiquiatría, la pediatría, la bacteriología y la anatomía patológica¹⁹. En 1907 se creó la Sociedad de Estudios Psicológicos y creció el interés por las publicaciones científicas de Psiquiatría, las cuales se difundieron en la *Gaceta Médica de México*, que en la actualidad sigue vigente. Juan Peón del Valle, Enrique O. Aragón y Samuel Ramírez Moreno lograron que la Psiquiatría fuera reconocida como especialidad por la Academia Nacional de Medicina.

El siglo XX fue una época de avances en la investigación experimental de las neurociencias. Debido a la influencia de la Psiquiatría Europea, en México se trabajó en el estudio sobre las bases de las alteraciones neurobiológicas de las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva. Ejemplo de esto es que durante la Guerra Civil Española arriban a México un grupo de

médicos españoles, entre ellos el Dr. Dionisio Nieto Gómez, investigador, neurólogo y psiquiatra, quien realizó grandes aportaciones al conocimiento de la neuropatología de la esquizofrenia, de las bases cerebrales de los trastornos mentales y de la psicofarmacología, las cuales impulsaron el desarrollo de la Psiquiatría Mexicana²⁰.

En 1947, el Dr. Samuel Ramírez Moreno incorporó el Servicio de Salud Mental a los centros de salud, desde una perspectiva de estudio biopsicosocial del paciente, donde la medicina desarrolla un papel psicológico y humanista²¹. Con la misma perspectiva, los doctores Ramón de la Fuente Muñiz y Alfonso Millán crean en 1955 el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, y bajo la dirección del Dr. Raoul Fournier Villada tienen como objetivo el estudio del paciente médicamente enfermo con síntomas emocionales y conductuales con un enfoque multidisciplinario. El Dr. De la Fuente Muñiz fue el fundador de los cursos de neuroanatomía y de psicología social de la Facultad de Medicina y del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, y posteriormente, en 1979, del Instituto Nacional de Psiquiatría. Su contribución como pionero en el estudio de las adicciones fue la descripción de los trastornos mentales inducidos por drogas alucinógenas. Consideraba importante integrar a las neurociencias con la investigación clínica y social, y la interacción de la enfermedad con el entorno social^{22,23}. Actualmente, en el plan de estudios de la carrera de Medicina de las universidades del país se integra la Psiquiatría como materia obligatoria y los estudiantes rotan por hospitales psiquiátricos y por los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales y de los Institutos Nacionales de Salud.

Comorbilidad

Si revisamos la realidad de soporte de asistencia psiquiátrica en los Hospitales Generales o en los Institutos Nacionales, encontraremos que esta asistencia es limitada, debido a que se ha minimizado la reacción emocional del paciente médico-quirúrgico, olvidando que la presencia de los trastornos mentales transitorios, agudos o crónicos, durante la enfermedad médica impactan en la evolución y la adherencia terapéutica, así como en la calidad de vida del paciente, y que estas alteraciones conductuales y emocionales se pueden presentar como una comorbilidad ya sea de manera previa, durante o después de la enfermedad²⁴. Identificar en el paciente la comorbilidad durante el curso clínico de la enfermedad es importante, ya que aumenta la mortalidad, empeora el curso clínico de la enfermedad médica, afecta el pronóstico, la elección del tratamiento, los resultados postoperatorios, así como la calidad de vida en sus dimensiones física, emocional y social²⁵. La literatura menciona que pacientes que presentan enfermedad psiquiátrica comórbida —como depresión, ansiedad—²⁶ y con historia de abuso de alcohol y drogas²⁷ se asocian como un factor de riesgo en el incremento de enfermedades crónico-degenerativas²⁸⁻³³, así como dermatológicas^{34,35}.

El objetivo principal de la Psicología y de la Psiquiatría en el Hospital General consiste en el abordaje del paciente ambulatorio y hospitalizado médico-quirúrgico a afrontar su enfermedad, la estancia hospitalaria y su adherencia

al tratamiento, a partir de la información y el esclarecimiento de las ideas que tiene sobre su enfermedad actual, con las técnicas terapéuticas ya bien descritas en la literatura internacional³⁶. Las intervenciones multidisciplinarias donde se incluyen las intervenciones psicoterapéuticas benefician disminuyendo la sintomatología somática³⁷, la depresión, la ansiedad³⁸, la adherencia al tratamiento³⁹, la polifarmacia y los costos. Programas multidisciplinarios de educación terapéutica simultánea en niños y adolescentes con enfermedades crónicas y en sus padres favorecen su salud física y psicológica y su calidad de vida⁴⁰.

Adherencia terapéutica y relación médico-paciente

La adherencia terapéutica es el resultado de la interacción de los 2 personajes protagonistas del drama de la enfermedad: paciente y médico. Cada participante con su propio guión, el paciente como el padeciente, como el que sufre, como el que espera algo del otro, atribuyéndole autoridad y conocimiento. Se puede equiparar la situación de un enfermo en la búsqueda de ayuda en un estado de desamparo, como a la situación en la que se encuentra un bebé que busca ser cuidado y protegido por una figura que le brinde seguridad y certeza. Esa es la esencia de la relación médico-paciente. Por otro lado, el guión del médico, a quien se le considera un supuesto saber, profesa una doctrina, tiene como atributos fundamentales la capacidad de escuchar, la empatía y la utilización del lenguaje de manera clara y sencilla. A estos ingredientes se les conoce como los factores inespecíficos de la cura, y son estos elementos los que intervienen en la interrelación entre un enfermo y su doctor.

La Psicología de la Salud y la Psiquiatría de Enlace intentan ir más allá de los modelos tradicionales de atención en medicina, sustentados en conocimientos biológicos incluyendo las perspectivas sociales y psicológicas e integrando estas formas de comprensión del ser humano de una manera balanceada. Es bien conocido y cada vez más difundido que cuando alguien enferma es porque la armonía y el balance biopsicosocial se ha perdido. No solamente ideando programas y modelos esquemáticos de atención se mejorarán las condiciones en el otorgamiento de servicios de salud, sino sensibilizando, entrenando y difundiendo, en una palabra humanizando la relación, la que finalmente es la esencia de nuestro trabajo.

Servicio de Salud Mental en el Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga»

En 1905, en los Servicios que integraban al Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» (HGM-DEL) se atendían enfermedades nerviosas; no se consideraba a los trastornos mentales como una enfermedad⁴¹. Hasta 1967, el Dr. Fernando Martínez Cortés, jefe de Medicina Interna, propuso estudiar al paciente como una unidad biopsicosocial e integró a la Salud Mental como una extensión de La Medicina Interna. Inicialmente el Servicio fue llamado Medicina Psicosomática y Psiquiatría⁴², después Servicio de Medicina Psicológica,

Tabla 1 Datos demográficos de la muestra estudiada del año 2011 al 2012

n = 207		
Edad	Sexo	Ocupación
Promedio: 43 años	Femenino: 57%	Desempleado: 43%
Rango de edad:	(119 casos)	Ama de casa: 36%
17 a 88 años	Masculino: 43%	Oficios: 18%
	(88 casos)	Profesiones: 2.4%
		Jubilado: 0.6%

Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría; actualmente su nombre es Servicio de Salud Mental y se encuentra ubicado en el pabellón 404-D⁴³. En 1967, el Servicio de Medicina Psicológica estaba conformado por el Psiquiatra Alfonso Millán y pasantes de Psicología Clínica de la UNAM. Atendían a pacientes de la consulta externa con trastorno depresivo, ansiedad, histeria de conversión, alcoholismo, asma, alergias, úlceras, colon irritable, hipertensión, crisis de angustia y trastornos de la sexualidad⁴⁴.

En un principio, en el HGM-DEL se consideraba que la Psiquiatría de Enlace únicamente era útil para mejorar la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico, por lo que el número de consultas por año era limitado. Como resultado de seminarios, cursos y conferencias se ha logrado una sensibilización del personal médico, lo que ha producido un incremento paulatino del número de interconsultas con el Servicio de Salud Mental, ahora con el objetivo general de intervenir en el manejo de los síntomas psiquiátricos y emocionales que caracterizan a otras patologías.

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental se reciben en promedio 50 solicitudes de interconsultas en un mes. Con el objetivo de contar con un panorama actual de la Psiquiatría de Enlace en el HGM-DEL se realizó un análisis de 207 interconsultas de Psiquiatría, que se presentaron de manera consecutiva durante el segundo semestre y el primer semestre del año 2011 y 2012, respectivamente.

La edad promedio de los pacientes fue de 43 años (entre 17 y 88 años), el 57% de la muestra fueron del sexo femenino y el 43% de la muestra estaban desempleados (tabla 1).

Se debe mencionar que dentro de la Institución, el Servicio de Medicina Interna es el que solicita más interconsulta (37%), seguido por el Servicio de Neumología (11%) (tabla 2).

Encontramos que el perfil sociológico que muestran las interconsultas es de una población de desempleados y adictos crónicos. La teoría menciona que la enfermedad y la pérdida del trabajo tienen una correlación en el aumento de los glucocorticoides, la adrenalina y la noradrenalina, los cuales influyen en las enfermedades físicas⁴⁵.

En la psiquiatría moderna la patología dual se refiere a la integración de más de un diagnóstico psiquiátrico en un paciente. Como patología psiquiátrica de base, se encontró que el trastorno adaptativo está relacionado con alteraciones como la reacción al estrés agudo y el trastorno de la personalidad impulsiva, entre otros, de acuerdo con el DSM-IV-R (tabla 3 y fig. 1).

Considerando a las adicciones como patología psiquiátrica de base, se encuentra una relación importante con otros trastornos como el delirium y el trastorno depresivo moderado, entre otros (fig. 1).

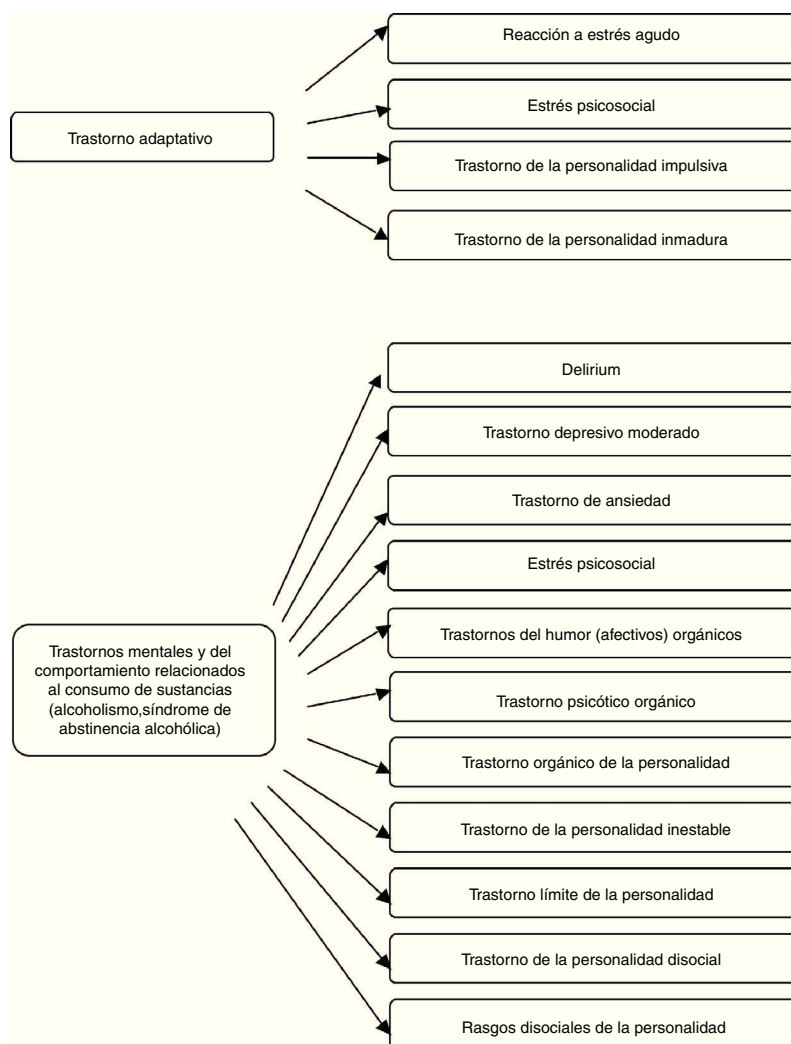


Figura 1 Patología dual diagnosticada en las interconsultas de Psiquiatría.

Tabla 2 Porcentaje de interconsultas solicitadas al Servicio de Psiquiatría por cada Servicio del HGM-DEL del año 2011 al 2012

n = 207	
	Interconsultas (%)
1. Medicina Interna	37.2
2. Neumología	11
3. Cirugía General	9.3
4. Endocrinología	7
5. Consulta Externa y Urgencias	6
6. Infectología	5
7. Trasplantes	5
8. Reumatología	4
9. Otros	15.5
Total	100

Tabla 3 Diagnóstico psiquiátrico para los pacientes que recibieron interconsulta por el Servicio de Psiquiatría (de acuerdo con el DSM-IV-R) del año 2011 al 2012

	%
1. Trastorno adaptativo	12
2. Trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de sustancias (alcoholismo, síndrome de abstinencia alcohólico)	10.5
3. Trastorno psicótico	9
4. Trastorno ansioso-depresivo	5
5. Trastornos del humor (afectivos) persistentes (distimia)	5
6. Episodio depresivo moderado	5
7. Reacción a estrés agudo	5
8. Delirium	4
9. Episodio depresivo leve	4
10. Otros	40.5
Total	100

El Servicio de Salud Mental actualmente brinda atención psiquiátrica y psicológica al paciente médico-quirúrgico en diferentes Servicios del HGM-DEL; se trabaja con aspectos como la confianza y la comunicación entre el médico y el paciente, la adherencia terapéutica, la disposición a seguir las indicaciones médicas, la estigmatización de las enfermedades y la aceptación del diagnóstico. Las intervenciones terapéuticas son con el enfermo y con el equipo terapéutico evitando la fragmentación del paciente aportando información y enseñando maneras de pensar al paciente de manera integral. El impacto del diagnóstico (simbología de la enfermedad) y la respuesta emocional durante el proceso de los tratamientos son parte de la enfermedad, pero también del proceso de recuperación.

Los trastornos adaptativos son los más frecuentes en el paciente médico-quirúrgico, y no es de sorprender, pues la modificación de la salud por un proceso mórbido implica un cambio biográfico y un acontecimiento vital estresante. En nuestras estadísticas, solamente un porcentaje muy bajo de los pacientes son pacientes recién diagnosticados: la mayoría son personas que cursan con procesos de larga evolución y que ya habiéndose acostumbrado a la cronicidad, son sorprendidos por las recidivas o por la aparición de nuevas comorbilidades. La combinación de síntomas ansiosos, depresivos y conductuales está presente en estos pacientes, prevaleciendo sobre todo los trastornos adaptativos ansioso-depresivos. El tratamiento de los trastornos adaptativos se ha basado en las estrategias cognitivo-conductuales y en las estrategias orientadas a la realidad; es bien conocido que cuando el paciente encuentra en el médico tratante a una persona que puede esclarecer sus dudas, la sintomatología fundamentalmente ansiosa y/o depresiva mejora y desaparece por el hecho de que, en la relación, el paciente encuentra a un interlocutor de confianza.

Los trastornos mentales y del comportamiento relacionados al consumo de sustancias son por mucho los problemas más frecuentes tanto como primer diagnóstico y también como comorbilidades. La sustancia de mayor abuso es el alcohol, pero la combinación de distintas sustancias ilícitas es lo que predomina en la vida de los pacientes en los que se explora esta área de las costumbres adictivas. Dentro de todos los diagnósticos relacionados con el consumo de sustancias, el más frecuente fue el síndrome de abstinencia por alcohol. La sintomatología producida por los efectos de las drogas y su supresión se han difundido ampliamente en la medicina de Hospital General, y por lo tanto son cada vez mejor tratados, tanto en los servicios de medicina interna como en los servicios quirúrgicos. Desde el punto de vista de la interconsulta, el psiquiatra de enlace sensibiliza al equipo tratante a vislumbrar el problema adictivo del enfermo además como problema social y familiar en el que puede intervenir comprendiendo el fenómeno adictivo no solamente como un fenómeno biológico, sino como resultado de las condiciones sociales adversas. No nos sorprende que en nuestra casuística la mayoría de nuestros pacientes con trastornos mentales por consumo de sustancias sean personas desempleadas, en condiciones de pobreza importante y de marginalidad, siendo el uso de sustancias una manera de sobrellevar lo invivable.

La sensibilización al equipo de salud va dirigida a que estos miembros, a su vez, se familiaricen con las condiciones socioeconómicas que generan estos problemas de salud

pública y conozcan que el tratamiento que mejor funciona en este tipo de situaciones son los grupos en cualquiera de sus modalidades, sin olvidar la importancia del papel que el médico primario tiene en el sistema de apoyo de un paciente.

En el caso de las psicosis, en nuestra estadística logran el 9% del total, siendo el diagnóstico más frecuente el de psicosis reactiva breve y después el trastorno esquizofrénico. La mayoría de las interconsultas solicitadas por esta condición ya vienen bien especificadas, porque a su ingreso a cualquier servicio médico quirúrgico el paciente psiquiátrico médicamente enfermo ya ha sido bien diagnosticado en una unidad psiquiátrica, incluso en un alto porcentaje con buena adherencia terapéutica. Otros diagnósticos menos frecuentes han sido el trastorno bipolar y el trastorno de ideas delirantes persistentes.

Los trastornos mixtos ansioso-depresivos se refieren a categorías en donde están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente, ni tiene la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado. Lo mismo sucede con las somatizaciones, de tal manera que en el ámbito del paciente médicamente enfermo esta tríada sindrómica (ansiedad, depresión, somatización) nos ofrecerá dificultades diagnósticas si nos empeñamos para fines de clasificación en tratar de llegar a diagnósticos puros, cuando se trata de condiciones que generalmente van de la mano. Aunque la causa de la depresión, de la ansiedad y de las somatizaciones puede tener una explicación distinta, impresiona por su afinidad y por su comorbilidad tan frecuente como procedentes de situaciones comunes.

En el caso del paciente médicamente enfermo, ya sea porque comienza con una nueva patología, ya sea porque se exagera la sintomatología, o aparecen síntomas nuevos, la reacción a propósito de la incertidumbre puede estar matizada de ansiedad, y al mismo tiempo está acompañada de una sensación de pérdida del equilibrio que el paciente había adquirido durante la remisión.

Tanto en medicina general como en psiquiatría es complejo diferenciar las patologías verdaderas de los trastornos de somatización, y también diferenciar los denominados síntomas somáticos, equivalentes depresivos de la depresión.

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una alteración somática, para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que existen pruebas de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. Estos padecimientos se han relacionado con el llamado «misterio médico». Los pacientes, en una actitud de demanda de atención médica sobredimensionada, terminan resentidos con sus médicos al no poderlos convencer de su enfermedad, a pesar de las constantes revisiones médicas y de los repetidos exámenes de laboratorio y de gabinete.

Los trastornos somatomorfos más frecuentes en la práctica del Hospital General son el trastorno por somatización, el trastorno conversivo, la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal. El síntoma cardinal de las somatizaciones es la alexitimia, que tiene que ver con la incapacidad de la persona para poder poner en palabras sus sentimientos, así como una incapacidad para simbolizar.

Conclusiones

El tratamiento de las enfermedades mentales, de los trastornos de conducta o de los estados emocionales disfuncionales se ha transformado drásticamente al cabo de los siglos. Esta transformación se ha caracterizado por una cada vez mayor y mejor interacción entre las disciplinas enfocadas al estudio de la mente y el cuerpo (psicología y medicina, respectivamente).

Lo anterior ha permitido el desarrollo de campos de estudio como la psicofisiología, la psiconeuroendocrinología, la neuropsicología, la psicología médica y la psiquiatría de enlace, entre otras. El desarrollo de estas disciplinas ha hecho posible el crecimiento del campo del conocimiento a través de la investigación básica o clínica, así como la formación de recursos humanos especializados.

La tendencia actual de tratar de comprender la psicopatología asociada a las enfermedades médicas en términos de la neurobiología le ha dado a la medicina psicosomática un lugar importante dentro de la salud, porque el estudio de lo biológico en el proceso de salud-enfermedad es, en la actividad docente, elemento fundamental de comprensión, por lo que ubicarnos en cómo pensar a los pacientes desde su proceso psíquico no debe ser una actividad fragmentaria.

Aunque los avances en diversas áreas de las ciencias, se han pronunciado más a favor de las explicaciones biológico-mecánicas del enfermar, en nuestra área, la psiconeurobiología es de invaluable utilidad, al ayudar en la disminución del sufrimiento ocasionado por la sintomatología psiquiátrica, en la cual se incluyen los síntomas psicológicos, conductuales y emocionales.

Hasta el momento, la combinación de la psicofarmacología y la psicoterapia, en sus diferentes modalidades, para el tratamiento de los trastornos mentales ha mostrado una efectividad superior que con el manejo aislado. Ahora sabemos que uno de los aspectos que la psiquiatría de enlace o la interconsulta psiquiátrica aporta a la medicina general es el valor que tiene la relación del enfermo con su médico primario y con el equipo terapéutico, así como la influencia que tiene en los procesos de mejoría y/o empeoramiento de la enfermedad.

En la psiquiatría de enlace, el psiquiatra que forma parte del equipo de salud en el Hospital General y que atiende al paciente médico-quirúrgico utiliza todo su conocimiento para tratar de integrarse al equipo médico. Observa y piensa a sus enfermos en términos de su necesidad de adherencias y de comprender la relación médico-psicológica entre el paciente, su médico y el equipo terapéutico, ocupándose de aportar una comprensión total del proceso salud-enfermedad, integrando lo biológico, lo psíquico y lo social, al enfrentarse a la sintomatología psíquica, afectiva y conductual del paciente con una enfermedad orgánica de base.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría. En: Ciencias de la Conducta/Psiquiatría Clínica. España: Wolters Kluwer Health; 2008. p. 5.
2. Costa G, Ballester R. El inicio de la psico-oncología: una breve revisión. C Med Psicosom. 2011;99:21-8.
3. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. Gaceta Médica de México. 1991;127:3-6.
4. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. Psychosom Med. 1967;29:153-71.
5. Grover S. State of Consultation-Liaison Psychiatry in India: Current status and vision for future. Indian J Psychiatry. 2011;53:202-13.
6. Flores S. La atención hospitalaria en la Ciudad de México en el siglo XIX. En: Díaz de Kuri M, Viesca C, editores. Historia del Hospital General de México, 1905-2010. 2010. p. 33-4.
7. Ríos Molina A. La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. Ensayo. Históricas 84. Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas UNAM 2009; Enero-abril: 28-35.
8. Maya González JA. Reseña bibliográfica del libro de Andrés Ríos Molina. La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General la Castañeda, 1910-1920. México. El Colegio de México, 2009. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México 2010;40:127-135.
9. Sacristán C. La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. Salud Mental. 2010;33:473-80.
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
11. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Organización Panamericana de la Salud 2009 [consultado 20 Nov 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
12. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Texto vigente. Últimas reformas publicadas DOF 07-06-2012. p. 21-23 [consultado 5 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
13. Secretaría de Salud. Servicios de Atención Psiquiátrica [consultado 3 Dic 2012]. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/servicios/sap_servicios.html
14. Diario Oficial de la Federación DOF: 21/07/2004. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Mental [consultado 5 Dic 2012]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=667135&fecha=21/07/2004
15. Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Consejo Nacional de Salud Mental [consultado 5 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/unidades-de-la-subsecretaria/consame.html>
16. Secretaría de Salud Seguro Popular Carta de derechos y obligaciones. 2012, 9,11.
17. Dinámica demográfica de México 2000-2010. Consejo Nacional de Población (CONAPO) [consultado 20 Nov 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Dinamica_demografica.de.Mexico.2000.2010
18. Rivera C. La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. Historia. México: Tusquets; 1910-1930. pp. 21-23, 25-27, 37-39, 41, 42, 44, 209.
19. Rodríguez ME. Los Estudios Médicos en México. Período Virreinal y siglo XIX. Bol Mex His Fil Med. 2001;4:16-22.
20. Escobar A. Dionisio Nieto y la investigación científica. Salud Mental. 2008;31:331-4.
21. Calderón Narváez G. La Psiquiatría en México. Principios del siglo XIX (1900-1950). Arch Neurocién (Mex). 1996;1:27-34.

22. Medina Mora ME, Lara C, Villatoro J. En: Díaz Martínez A, editor. El contexto social de las adicciones: contribuciones del doctor Ramón de la Fuente. 2005. p. 1-7.
23. Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente Muñiz». Secretaría de Salud. Fundador del Instituto [consultado 25 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/inprf/fundador.html>
24. Jacobson J, Jacobson AL. Secretos de la psiquiatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 435-8.
25. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*. 1970;23:455-68.
26. Palmer SC, Vecchio M, Craig JC, et al. Association between depression and death in people with CKD: A meta-analysis of cohort studies. *Am J Kidney Dis*. 2013;62:493-505.
27. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, et al. Prevalence of major depressive episode in CKD. *Am J Kidney Dis*. 2009;54:424-32.
28. Bouteyre E, Loue B. L'adhésion thérapeutique chez l'adolescent atteint de maladie chronique: état de la question. *Arch Pediatr*. 2012;19:747-54.
29. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, et al. Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:281-5.
30. Mannie ZN, Williams C, Diesch J, et al. Cardiovascular and metabolic risk profile in young people at familial risk of depression. *Br J Psychiatry*. 2013;203:18-23.
31. Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Domínguez-Cabello E, et al. Biopsychosocial functioning in liver patients of alcoholic etiology as a function of self-perceived pain level. *Transplant Proc*. 2012;44:2612-5.
32. Tsai YC, Chiu YW, Hung CC, et al. Association of symptoms of depression with progression of CKD. *Am J Kidney Dis*. 2012;60:54-61.
33. Black DW, Shaw M, McCormick B, et al. Pathological gambling: Relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. *Compr Psychiatry*. 2013;54:97-104.
34. Filaković P, Petek A, Koić O, et al. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders — therapeutic aspects. *Psychiatr Danub*. 2009;21:401-10.
35. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, et al. Psychodermatology: Psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek*. 2008;65:244-8.
36. Nemet D, Ben-Haim I, Pantanowitz M, et al. Effects of a combined intervention for treating severely obese prepubertal children. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2013;26:91-6.
37. Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, et al. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: A cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82:106-19.
38. Forlani G, Nuccitelli C, Caselli C, et al. A psychological support program for individuals with type 1 diabetes. *Acta Diabetol*. 2013;50:209-16.
39. Bitsko MJ, Bean MK, Bart S, et al. Psychological treatment improves hemoglobin A1c outcomes in adolescents with type 1 diabetes mellitus. 2013;20:333-42.
40. Tubiana-Rufi N. Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. *Presse Med*. 2009;38:1805-13.
41. Fernández del Castillo F. El Hospital General de México. Antecedentes y Evolución. México: Instituto para la Organización de Congresos Médicos; 1946. p. 40.
42. Barragán Mercado L. Historia del Hospital General de México. México: Lerner Mexicana; 1968. p. 152.
43. Díaz de Curi M, Viesca C. Destrucción y modernidad. En: Díaz de Curi M, Viesca C, editors. Tiempos de estabilidad. Historia del Hospital General de México, 295. 1994. p. 306.
44. Millán A. El Servicio de Medicina Psicológica del Pabellón 29. *Revista Médica del Hospital General de México*. 1967;XXX: 91-8.
45. Pinel J. Biopsicología. Madrid: Paerson; 2007. pp. 480-482, 487, 490-491.