

LUIS FRANCISCO DE FLORÁN MONRIBOT



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1973



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTADO MENTAL DEL PACIENTE  
HOSPITALARIO

T E S I S

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

POR

LUIS FRANCISCO DE FLORÁN MONRIBOT

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1973

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE  
8<sup>a</sup> AVENIDA 12-58, ZONA 1.  
GUATEMALA, C. A.

# PLAN DE TESIS

PROLOGO

INTRODUCCION

CONSIDERACIONES GENERALES

- a) Objetivos.
- b) Material y Métodos.
- c) Definiciones.

CASUISTICA (REVISION-ENTREVISTA DE 300 CASOS)

- a) Tabulación.

ACTITUD EMOCIONAL DEL PACIENTE

- a) A su ingreso.
- b) Hospitalizado.
- c) A su egreso.
- d) Actitud positiva.
- e) Actitud negativa.

ACTITUD EMOCIONAL DEL MEDICO Y/O PRACTICANTES

- a) Positiva.
- b) Negativa.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

## PROLOGO

Asomarnos por un balcón en una mañana de primavera, significa saturar nuestros sentidos de suaves fragancias y dulce armonía de colores. Atisbar por una ventana imaginaria en el mundo de PSIQUIS, significa mucho mayor contraste que un paisaje primaveral; porque así como podemos contemplar un escenario luminoso, también podemos “VER” oscuras tormentas o la caída otoñal de las hojas. Y es que el estado de ánimo del ser humano es un constante contraste de alegría y nostalgia, de triunfo y frustración, de euforia y depresión, de dulce felicidad y terribles tormentas de neurosis. El Escenario, pues, es cambiante. Presentadme un ser humano que no haya sufrido cambios positivos y negativos en su estado de ánimo; con que no existe, puesto que el estado de ánimo, la conducta, su personalidad y todas las manifestaciones subjetivas de la esfera psíquica, son producto de constantes interacciones bioquímicas y fisiológicas, por lo que en cualquier ser viviente dichos fenómenos tendrán siempre manifestaciones bien definidas.

En el presente trabajo trataremos de llevar al lector por los diversos escenarios que ocurren en el ánimo de los pacientes, cuando están hospitalizados. Queremos por sobre todo dejar establecido que a la par de las enfermedades del área orgánica hallamos constantemente secuelas de orden emocional. El paciente en el hospital se angustia, se deprime y algunas veces puede llegar a la neurosis.

El hombre se enferma tanto de su cuerpo como de su alma y a menudo, en un centro asistencial, la escena de su espíritu es sombría.

# INTRODUCCION

“....Allí donde yo he excavado algunos antiguos templos, otros descubrirán un continente.”—*S. Freud.*

Cuando analizamos una célula nerviosa bajo las lentes de un microscopio, cuanto más perfeccionado sea éste, mayor detalle nos dará de los elementos orgánicos y biofísicos de la neurona. Sin embargo, hasta ahora el hombre no ha creado un microscopio que le revele los múltiples detalles y facetas de la emoción humana.

Hemos aquí, en sentido figurado, con una lente psiquiátrica de gran aumento, a través de la cual trataremos de ver el mayor número posible de aspectos que consigo lleva la psiquis del humano y en este caso del paciente hospitalario.

Trataremos de atisbar para saber qué se imagina el paciente, cuando ve un “brujo” de blanco, qué siente y qué piensa, cuando auscultamos su pecho, cuando palpamos su abdomen, cuando hurgamos por sus cavidades naturales, cuando se le dice que tiene que ser hospitalizado. En qué concepciones se truecan las reacciones bioquímicas más finas de su sistema nervioso central, cuando se ve en una casa ajena, frente a ojos ajenos y extraños y con todo su dolor a cuestas. Qué cambios ocurren en la personalidad de un ser humano, cuando se le dice que padece de una fiebre tifoidea, una artritis reumatoide, una diabetes, un “D. N. V.” o cuando se envuelve en términos extraños su cuadro clínico o más aún, cuando entrevé qué su enfermedad es fatal. Cuando llega a darse cuenta que es un instrumento para la formación de estudiantes y médicos y no recibir a cambio el aprecio que se merece y que por necesidad tiene que servir como objeto de experimentación.

Nuestro trabajo, pues, pretende espiar un momento dentro del intangible mundo de lo psíquico, tan susceptible a los cambios

El material para la mejor realización del presente estudio, fue un núcleo de trescientos pacientes escogidos al azar en los diversos servicios del Hospital Roosevelt y especialmente en aquéllos en los que estaba indicada la hospitalización; también utilizamos en este caso los puntos de vista y opiniones de diferentes médicos y estudiantes de medicina.

El método que utilizamos fue la entrevista personal y el interrogatorio escrito.

Seguidamente para mejor comprensión de nuestro trabajo, creemos conveniente transcribir las definiciones más aceptadas en psicología y psiquiatría, tales como ansiedad, angustia, conciencia, conflicto, conducta, depresión, personalidad, etc., etc., (4, 6, 10, 16, 20, 22, 26, 27).

*Abstracción*.—Actitud del espíritu para aislar un elemento de un conjunto.

*Actitud*.—Manera de ser en una situación.

*Adaptación*.—Conjunto de transformaciones que permiten a un individuo ponerse en armonía con el medio.

*Afecto*.—Estado de sentimiento caracterizado a la vez por una inervación perceptible del cuerpo y por una alteración específica del curso de las representaciones.

*Agresividad*.—Tendencia caracteriológica a atacar, a buscar discusión y pelea.

*Aislamiento*.—Mecanismo de defensa neurótico consistente en separar una imagen de su contexto temporal, espacial o emocional. También se dice del comportamiento de aquéllos que se apartan de la vida familiar y social.

*Alegria*.—Sentimiento de satisfacción y plenitud.

*Ambiente*.—Medio que rodea al sujeto y ejerce sobre él, una cierta acción, de orden esencialmente afectivo.

*Anancastia*.—Término utilizado para designar personalidades obsesivo-compulsivas.

*Angustia*.—Miedo sin objeto verdadero acompañado de una impresión somática de malestar intenso.

*Ansiedad*.—Experiencia tímica global y penosa, de una calidad específica difícil de describir, constituida por la asociación de trastornos afectivos, intelectuales y dinámicos y consistente en la expectación dolorosa de un peligro, sin objeto real que la justifique, que se acompaña de un sentimiento de inseguridad e incertidumbre.

*Apatía*.—Falta de reacción a los estímulos exteriores por desinterés e indiferencia.

*Asocial*.—Se le dice a todo individuo incapaz de adaptarse a las normas de vida en sociedad.

*Carácter*.—Complejo conjunto formado por los instintos, los sentimientos, las pasiones, los impulsos y las inhibiciones, se extiende o no en los propósitos, los actos y más generalmente en las actitudes positivas o negativas.

*Comportamiento*.—Conjunto de reacciones de un individuo que son accesibles al observador exterior.

*Comprensión*.—Aprehensión de una relación o una significación.

*Conducta*.—Conjunto de acciones (orgánicas y motoras, psíquicas y verbales) por las cuales un individuo intenta adaptarse a una situación.

*Conflictos*.—Estado del organismo sometido a la acción de motivaciones incompatibles.

*Depresión*.—Estado caracterizado por una baja del tono psicológico con desaliento, falta de viveza, gusto o interés, tristeza y estado de conciencia penosa que se acompaña de fatigabilidad, insomnio y anorexia.

patológicos, como el mundo de lo orgánico y que tan poca atención recibe de los "eruditos" de la medicina. Con solo que lográramos hacer meditar por un momento al lector en ese aspecto del paciente, consideraremos un éxito nuestra empresa.

Pero hay algo más que pocas veces nos atrevemos a decir y es que a la "caridad" humana en el campo de las relaciones médico-paciente, únicamente se le concede dirección en un solo sentido, es decir, del profesional hacia quien solicita sus servicios y como la "caridad" tiene raíces mágicas y por ende divinas, poco se ha dicho sobre la conducta que asumen algunos pacientes frente al médico; con que hay casos, no raros por cierto, en que el paciente pretende manipular al médico para que éste asuma la actitud que a aquél como "enfermo" le pueda convenir. Señalaremos, pues, en el curso de esta tesis, también las ocasiones en que consideremos que la "victima" es el médico.

## CONSIDERACIONES GENERALES

"Todo conocimiento que no es producto real de la observación o consecuencia de ella es enteramente infundado y positivamente ilusorio."—*Lamarck*.

Para hacer comprensible nuestro objetivo, queremos aclarar todo cuanto podamos, qué es lo que nos proponemos. Esencialmente nos hemos propuesto analizar por el método psicodinámico, las diferentes actitudes y cambios que ocurren en la personalidad y en el estado de ánimo de un paciente, cuando desde el punto de vista médico está indicada una hospitalización o un tratamiento. También queremos tratar de señalar mediante el mismo método las diversas actitudes que un médico suele asumir cuando trata a un paciente en el área hospitalaria.

Otro de nuestros principales objetivos es hacer conciencia, en la medida en que este trabajo sea leído, entre los médicos y estudiantes de medicina, personal de enfermería y trabajadores sociales, así como en todas aquellas personas que jueguen papel importante en la atención hospitalaria de un paciente para que tengan bien clara la idea de que un enfermo llega a un hospital, llevando consigo dos estructuras bien definidas, inseparables una de la otra y sujetas a cambios patológicos tan graves en una como en la otra, tal es la estructura orgánica y su personalidad psíquica, producto bioquímico de la primera con sus influencias internas y externas.

Finalmente nos proponemos puntualizar las múltiples ocasiones en que el paciente premeditadamente y escudado en su condición de tal, pretende abusar de la atención "a que tiene derecho" e incluso de la ocurrencia de abusos cometidos por pacientes (fuera de factores psicoetiológicos) contra el personal que le presta atención en un área hospitalaria.

*Deseo.*—Tendencia espontánea y consciente hacia un fin con representación del mismo.

*Distracción.*—Desplazamiento de la atención hacia un objeto diferente del que la ocupaba inicialmente.

*Emoción.*—Reacción afectiva intensa que se acompaña de fenómenos neurovegetativos.

*Enervación.*—Estado de un sujeto que no puede permanecer en un mismo sitio, camina a grandes pasos, se levanta, sus movimientos son bruscos, casi ni puede controlarse el mismo.

*Ensueño.*—Estado de distracción respecto a la situación presente, durante el cual el sujeto se entrega a una actividad mental que no está dirigida por la atención.

*Escrúpulo.*—Trastorno de la conciencia que consiste en reprocharse actos de los que uno se siente culpable sin serlo o en exagerar la culpabilidad.

*Esquizofrenia.*—Psicosis gravísima constituida por un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones mal sistematizadas y las perturbaciones afectivas profundas en el sentido de alejamiento y extrañeza de los sentimientos, con tendencia global a la evolución con déficit y disociación de la personalidad.

*Estupefacientes.*—Drogas que producen efecto analgésico o una impresión de euforia rápida y que crean en poco tiempo una habituación con estado de necesidad.

*Estupor.*—Estado caracterizado por una suspensión total de la actividad motora de origen psíquico, facies inmóvil y mirada triste. El paciente, mudo e inmóvil, no reacciona a ninguna solicitud exterior.

*Euforia.*—Estado de alegría interior y de bienestar sin causa aparente.

*Fantasía.*—Término que designa la actividad creadora del espíritu no controlada por el juicio.

*Fobia.*—Es un temor que puede llegar hasta el terror o un disgusto que puede llegar hasta la repulsión, estando estos sentimientos angustiosos específicamente ligados para cada enfermo a un ser, a un objeto o a una situación que no justifican racionalmente tal reacción.

*Histeria.*—Se caracteriza por un conjunto de manifestaciones psicopseudopatológicas, preferentemente pseudosomáticas, creadas intencionalmente por el enfermo, con una parte de sinceridad, a favor de una disposición psicofísica, generalmente habitual y a veces pasajera.

*Humor.*—Es la disposición afectiva fundamental, rica en todo tipo de instancias emocionales y afectivas, que da a cada uno de nuestros estados animicos una tonalidad agradable o desagradable que oscila entre los dos polos extremos del placer y el dolor.

*Idea.*—Representación que se forma en el espíritu de alguna cosa, ya sea con existencia exterior o puramente intelectual.

*Inteligencia.*—Facultad de comprender y aptitud para captar las relaciones; también se dice que es el conjunto de todas las funciones que tienen por objeto el conocimiento en el sentido más amplio de la palabra.

*Juicio.*—Operación intelectual consistente en emitir una apreciación de valor. Se emplea también esta palabra para indicar buen sentido, sagacidad y discernimiento.

*Melancolía.*—Psicosis caracterizada por un estado de depresión intensa con inhibición, dolor moral, angustia, insomnio e ideas de suicidio que evolucionan en forma de accesos generalmente curables.

*Mental.*—Se refiere a todo aquello que concierne al espíritu.

*Miedo.*—Inquietud que se diferencia de la ansiedad, porque está en relación con un objeto bien determinado.

*Mímica.*—Expresión no verbal, especialmente facial, pero también de los gestos, a la vez emotiva, involuntaria, refleja e ideativa voluntaria.

*Nerviosismo.*—Término poco utilizado por los psiquiatras, pero empleado a menudo en el lenguaje corriente para designar un estado compuesto de irritabilidad, emotividad, impulsividad e inquietud.

*Neurosis.*—Enfermedades de la personalidad, sin sustrato anatómico conocido, caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Se acompañan de una conciencia penosa del estado mórbido. Las neurosis no establecen entre los enfermos y la sociedad la escisión que producen las psicosis.

*Orgullo.*—Valoración excesiva de uno mismo.

*Ortotípicos.*—(Medicamentos) tranquilizantes.

*Paranoia.*—Son los trastornos del carácter que se distinguen por el orgullo, la desconfianza, la susceptibilidad exagerada, los errores de juicio y una tendencia a las interpretaciones que pueden favorecer un verdadero peligro y provocar reacciones agresivas.

*Pasión.*—Sentimiento intenso, prolongado, prevalente que perturba el juicio y la conducta. La pasión domina la vida del sujeto, polariza toda la actividad cerebral y dicta su comportamiento social.

*Pensamiento.*—Proceso mental propio del hombre, que le permite reflexionar, juzgar, realizar abstracciones y proceder al análisis, a la síntesis.

*Personalidad.*—Conjunto de caracteres resultantes de la integración de los factores psicológicos (inteligencia, afectividad, pulsiones, voluntad) y biológicos (fisiología y morfología) que diferencian a un individuo determinado.

*Psicodinámica.*—Estudio de los factores causales de los procesos mentales.

*Psicópata.*—Sujeto afecto de trastornos mentales.

*Psicosis.*—Desorden grave de la conducta que se expresa por alteraciones de la percepción de la realidad y del autocontrol, que corresponden a lo que se entiende vulgarmente por locura. El enfermo no tiene conciencia del carácter patológico de los trastornos que presenta; existe una verdadera escisión entre él y la sociedad.

*Psicosomática* (medicina).—Estudio de las afecciones viscerales, orgánicas o funcionales, total o parcialmente condicionadas por factores psíquicos de orden afectivo.

*Psiquismo.*—Conjunto de características psicológicas de un sujeto.

*Pulsión.*—Erupción instintiva energética y motora que hace tender al organismo hacia un fin y le lleva a realizar o rechazar ciertos actos.

*Subconsciente.*—Se dice de todo aquello que no siendo objeto de atención consciente es débilmente consciente.

*Subjetivo.*—Lo que es sentido por experiencia íntima.

*Temperamento.*—Conjunto de particularidades orgánicas, constitucionales y hereditarias, fijas y permanentes, que diferencian a un individuo y obran sobre su carácter.

*Timidez.*—Falta de seguridad y de atrevimiento; tendencia de algunas personas a turbarse y apurarse, cuando se sienten observadas.

*Tranquilizantes.*—Medicamentos sedantes, desprovistos de efectos hipnóticos o neurolépticos, que se utilizan para la sedación de la ansiedad y de la tensión emocional.

*Voluntad.*—Es el poder de determinarse, obedeciendo a motivos o razones, con firmeza en la decisión, constancia en la ejecución y determinación segura de realizar una cierta acción.

## ACTITUD EMOCIONAL DEL PACIENTE

"El cuerpo sufre únicamente los males presentes, mas el alma sufre a la vez los males pasados, presentes y futuros."—*Epicuro.*

Cuando queremos referirnos a la actitud emocional del paciente que acude a solicitar atención médica a los hospitales públicos, queremos desde luego dirigir nuestro modesto análisis hacia la esfera puramente psíquica; aunque las condiciones de orden objetivo que están incluidas en su padecimiento orgánico, son un factor de gran importancia que también habremos de tomar en cuenta. Pero, ¿quién que haya prestado atención en una Sala de Urgencias de un hospital, se atrevería a contradecir que las consultas de orden psiquiátrico sobrepasan el sesenta por ciento? y en el resto de los casos, aún que predomine una noxa netamente orgánica, no es cierto que en la totalidad de ellos, hay siempre un componente de orden psíquico. Cualquier ente humano con una simple coriza, sufre alteración en su homeostasis biopsíquica, ¿quién puede contradecirmel?

Cuando un paciente acude al hospital, lleva consigo un bagaje de cargas objetivas las unas y subjetivas las otras. Por una parte, su enfermedad orgánica propiamente dicha, su situación económica precaria (véase ingreso per cápita del último censo general del país (12), su carga familiar, etc., etc., por otra parte sus problemas emocionales inherentes a lo citado, el temor natural ante las personas desconocidas que querrán saber pormenores de su persona y de su personalidad (el médico en este caso) y en un significativo porcentaje de los casos un problema psiquiátrico bien establecido (trastornos de la personalidad, psicosexuales, neurosis, psicosis, etc.)

La mayoría de los autores coinciden en que la primera entrevista médico-paciente es de suma importancia (2, 3, 5, 8, 13, 14, 15, 18, 27, 30, 31) en cuanto a definir la actitud del segundo con respecto del primero y a su enfermedad. En tal virtud, la facies del médico, su voz, su vocabulario, su mirada, su mimica, influyen desde un principio como recursos terapéuticos directos o indirectos en el ánimo del paciente.

La mayoría de pacientes entrevistados a lo largo de nuestro trabajo, coinciden en que su primera consulta al hospital los ha hecho sentirse "nerviosos" (angustiados, ansiosos, aprehensivos) y asimismo opinan de que, cuando la actitud del médico es de comprensión hacia ellos, inclusive sus dolores puramente físicos, disminuyen de intensidad, aun antes de aplicar analgésicos. La explicación estricta de lo que acabamos de citar, tiene íntima relación con los mediadores psicobioquímicos de la algesia (11, 24), no corresponde al presente estudio el análisis de este fenómeno.

También un alto porcentaje de los pacientes entrevistados han referido que cuando son atendidos por médicos de "mal talante", de "mala gana" o de "mal modo", lejos de tranquilizarse respecto de su principal molestia, "se sienten peor" (aumento de dolor, sensación de aumento de disnea, palpitaciones, poco o ningún efecto de los medicamentos prescritos, etc.)

Connotados internistas (5, 6, 15, 23, 29) están de acuerdo en que la actitud tanto global como pormenorizada del médico frente a su paciente, contribuye grandemente a que éste refiera una buena historia clínica y a que posteriormente, responda en forma marcadamente positiva, tanto delante del estudio clínico como de la terapéutica que se prescriba.

El ochenta y cinco por ciento de los pacientes que entrevistamos durante la elaboración del presente trabajo, afirman que se sentían desconcertados y/o afligidos, cuando el médico usaba palabras técnicas (cefalea, anorexia, DNV., etc.) y el sesenta por ciento de los mismos malinterpretaron su diagnóstico a partir del uso de tales tecnicismos, creyendo la mayoría de este último porcentaje (75%) que los médicos se referían a enfermedades malignas y que por eso hablaban delante de ellos de la citada manera. Esto ocurría ante todo si el médico examinador consultaba con un colega hacie-

do uso de tecnicismos delante del paciente. Un ejemplo característico lo hallamos con un paciente interrogado en la sala de urgencias:

— ¿Qué le dijeron que tenía?

— Me dijeron que tenía un D. N. V.

— Y Ud. qué cree que es eso?

— Yo creo que es una lombriz,

— Grande o pequeña?

— Yo creo que es como una solitaria.

— Y le dieron remedio para sacarle esa lombriz?

— Pues cuando llegué al hospital de emergencia, me pusieron un trapo en la boca con un remedio que era de un olor muy fuerte, más que el alcohol y muy frío y como no me alivié me dieron unas pastillitas amarillas.

Cuando un paciente busca atención médica y presenta un problema orgánico evidente ( fiebre tifoidea, fiebre reumática, hepatitis, pancreatitis aguda, etc.) el diagnóstico y el tratamiento en tales casos por lo común no ofrecen dificultad y el médico, en cierta forma, encuentra satisfacción emocional en hacer un buen diagnóstico y por lo tanto instituir un tratamiento adecuado. Sin embargo, cuando la consulta es motivada por problemas subjetivos, por sintomatología que no coincide con ningún cuadro clínico preestablecido, es decir, en aquellos casos en que al médico se le dificulta satisfacer su ego con el hallazgo de una noxa evidente, entonces se exaspera y por lo general muestra cierto desprecio por el paciente que ha sido etiquetado de psicosomático. Es sumamente importante señalar que es precisamente este último grupo de pacientes quienes más necesitan de una esmerada atención. Saber escuchar, es aspecto importante de un buen clínico. Una psicoterapia efectiva (sin saberlo) puede iniciarse con una mirada amable y una sincera preocupación por las molestias del paciente. A juicio nuestro, la actitud despectiva frente a un paciente probablemente psiquiátrico, por parte del médico, puede ser un meca-

nismo de defensa de este último, para rehuir el planteamiento de una situación que requiere mucha abstracción y agudo juicio; también se debe en gran parte a la mala orientación psicosomática de los programas de la educación médica de nuestro país. Tampoco debemos soslayar que detrás de un paciente simulador, existen condiciones psicopatológicas, también tales condiciones deberán existir en el médico despectivo, agresivo y que fácilmente se exaspera delante del paciente psiquiátrico.

Una clara deficiencia de la que tuvimos conciencia a través de este trabajo, fue la absoluta falta de información para el paciente de parte de los centros asistenciales. Esto se hace tanto más evidente cuanto que un noventa y cinco por ciento de los pacientes entrevistados, revelaron una idea completamente errónea de lo que es la extracción de sangre para pruebas de laboratorio; todos creían "que les restaba mucha energía", "que era mucha la sangre que se les extraía" o que "les podía provocar anemia." El setenta y ocho por ciento ignoraban por qué se les pedía que estuvieran en ayunas. El sesenta por ciento no sabían cómo presentar una muestra de heces y orina. El noventa y cinco por ciento ignoraban qué era un uroscópico, etc. Un significativo ochenta por ciento del grupo en cuestión, tenía idea equivocada de un examen radiológico; el mismo porcentaje lo consideraban dañino.

El status emocional del paciente hospitalizado, también sufre cambios significativos si lo comparamos con el status de vida que presenta cuando se halla en su mundo consuetudinario (familia, trabajo, círculo social, etc.) Su actitud dentro del hospital está sujeta a sí mismo a factores que le son propios (personalidad, enfermedad principal, situación socio-económica, etc.), así como a sus respuestas delante de las presiones del medio hospitalario (actitud del personal médico, paramédico, estudio clínico a que se le someta, grado de conocimiento que tenga de su enfermedad y de su tratamiento, etc.)

El ingreso en el hospital constituye una situación ambivalente para el enfermo, éste desea y aprecia las mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la clínica, pero al mismo tiempo se siente desarraigado del ambiente habitual y trasladado a circunstancias extrañas, donde son muchas las coacciones. Muchos enfer-

mos se sienten extraños en el hospital y se ven desamparados y a merced del ambiente. El paciente que no se atreve a preguntar muchas cosas y se encuentra intimidado por la jerarquía del hospital, deja de comprender todo cuanto acontece a su alrededor. En las salas de varias camas, nadie se pregunta si los pacientes allí internados van a armonizar entre sí. Cualquier buen observador se daría cuenta de la aparición de reacciones psicofísicas cuando los pacientes son espectadores forzados de la muerte o de la agravación de otro enfermo. En los pacientes confinados a la cama pueden instaurarse reacciones vergonzantes y sentimientos de dependencia, inutilidad, inferioridad por el hecho de tener que excretar en la cama y por no poder lavarse (9, 31).

La aparición de reacciones de angustia depende de muchos factores, por ejemplo, del carácter progresivo de la enfermedad, de la situación vital y de la actitud del paciente y de sus allegados, pero sobre todo también de la atención del médico dirigida a la enfermedad como objeto o al paciente como sujeto. Se observan reacciones de rebeldía y de resistencia contra la coacción en aquellos enfermos que no pueden armonizar la subordinación al médico y a las enfermeras, con su amor propio. Toda enfermedad grave constituye una situación regresiva, porque da lugar a una restricción de la esfera de intereses que puede llegar a la infantilización del mundo del paciente. La gravedad de la afección, la identificación con el papel de enfermo; los factores personales y los antecedentes condicionan el tipo y la intensidad de la regresión. Las formas de conducta pasiva e infantil pueden ser tanto más pronunciadas cuanto más autoritario sea el proceder de los médicos y del personal asistencial frente al paciente. Cuando el enfermo no se integra conscientemente como colaborador del proceso terapéutico, cuando se da cuenta de que no es más que objeto pasivo de decisiones superiores, cuando no hace más que recibir prescripciones e instrucciones cuya significación no tiene bien clara, las reacciones regresivas pueden revestir alarmante gravedad (1, 9, 19).

Los enfermos se lamentan de que durante la visita no entienden al médico. Consideran que el contacto humano y la información son demasiado escasos durante la visita, que para ellos significa el punto culminante del día. Los médicos se preocupan

ante todo de los aspectos somáticos, prestan poca atención a las quejas del enfermo y dedican todo su interés a las gráficas y a los hallazgos objetivos. De este modo se van atrofiando las relaciones humanas. Pueden resultar especialmente nocivas para la vida emocional del enfermo las visitas de doctores eminentes, inflamados por el celo del diagnóstico diferencial, que barajan términos abstrusos y discuten entre sí sin reflexionar sobre las consecuencias de su comportamiento para el principal interesado, que yace silencioso, sumido en la tensión y en la angustia (9). Cabe aquí hacer mención de que hay algunos enfermos que prefieren callar sus viejas molestias o nuevas por temor a seguir internados en el ambiente hospitalario que, para algunos es inhóspito.

Para informar al paciente, el médico debe actuar cautelosamente de modo que no quede el enfermo abrumado por un diagnóstico sombrío ni permanezca en la total ignorancia (5, 25).

Se trata también aquí de adaptarse a la individualidad del paciente. El diagnóstico comunicado de sopetón y sin una simultánea interpretación que disipe el temor angustioso resultará incomprendible o será mal interpretado y en ambos casos puede ocasionar grave perjuicio. Para muchos enfermos el conocimiento de un diagnóstico enigmático y amenazador, es mucho más difícil de soportar que las mismas molestias de la enfermedad, las cuales a su vez reaccionan desfavorablemente por la preocupación del enfermo. Por otra parte es absolutamente imprescindible informar al paciente de las medidas diagnósticas y terapéuticas. Si se pregunta al paciente qué le ha dicho el médico de la sala sobre los resultados de los exámenes (radiografías del estómago, del riñón, E. C. G., pruebas de Laboratorio) se podrá constatar a menudo la absoluta falta de información, aunque se trate de hallazgos normales que hubieran podido tranquilizar al paciente. Lo mismo puede decirse y aún con mayor motivo, de la terapéutica. Por supuesto el paciente no debe especializarse en farmacología durante su internamiento, pero por lo menos conviene que sepa que este medicamento mejora su función cardíaca, mientras que el otro, sirve para disminuir la cantidad de grasas de la sangre (9, 30).

Pudimos comprobar a través de nuestro interrogatorio que es causa predominante de angustia en el paciente el hecho de hallarse en un medio completamente nuevo y desconocido y algunas veces hostil. Especialmente el paciente quirúrgico sufre marcada angustia pre-operatoria; las técnicas complicadas de diagnóstico que requieren gran aparato, también suelen infundir angustia en el ánimo del paciente. Es frecuente hallar actitud marcadamente negativa hacia procedimientos como lavado gástrico, curva de acidez, biopsia hepática, tacto rectal o vaginal, proctosigmoidoscopía, etc., ante todo si uno o más compañeros de sala refieren al paciente experiencias propias o ajenas en tal sentido. Aquí también cabe señalar, como ya lo hicimos anteriormente, una marcada falta de información para con el paciente. Un doce por ciento de los entrevistados había sido previamente instruido, a su nivel, respecto de técnicas de diagnóstico que se les efectuaron eventualmente y en ellos la angustia fue menor o estuvo ausente en relación con el ochenta y ocho por ciento de los que fueron sometidos a pruebas de diagnóstico sin previa explicación y en todos los cuales apareció diverso grado de angustia.

Conviene señalar asimismo que hay un marcado descuido hacia el aspecto psíquico de los pacientes, hecho este que se hace tanto más grave cuanto que el Hospital Roosevelt, que es un hospital general, no cuenta con un departamento de Psiquiatría para el manejo de los pacientes con problemas secundarios o principales de esta índole.

Cuando un paciente egresa del hospital, si su problema fue primordialmente orgánico y hubo diagnóstico y tratamiento específico y/o adecuados, generalmente egresa curado o mejorado y en algunos casos "controlado" (asma, diabetes mellitus, psoriasis, insuficiencia cardíaca, etc.) pero, si el problema básico del paciente que egresa del hospital ha sido de orden psíquico, la mayoría de las veces (setenta y siete por ciento) no obtienen mejoría y en el resto, la hospitalización en sí ha constituido psicoterapia y con ello sus manifestaciones psicosomáticas ante todo, se hacen menos severas.

Del grupo de pacientes entrevistados que egresaron del hospital, establecimos claramente que el cuarenta por ciento de los mismos (mujeres en su mayoría), presentaban importantes pro-

blemas del área psíquica. En el veinticinco por ciento de este mismo grupo, los problemas psíquicos eran severos y en el resto (setenta y cinco por ciento) el problema orgánico era básico, no obstante, sin excepción alguna, había un componente emocional (angustia de leve a moderada, insomnio, anorexia, llanto fácil "nerviosismo".)

Debemos aclarar que cuando nos referimos a problemas psíquicos severos, los hacemos en base a diversas clasificaciones que aparecen en distintos tratados de Psiquiatría (4, 8, 10, 16, 18, 20, 22, 27) y en los cuales se definen como tal los cuadros clínicos que requieren un prolongado tratamiento psiquiátrico por significar trastornos evidentes de la conducta del paciente (neurosis, psicosis, referidas éstas a maniacodepresivas, ananeastas, impotencia, homosexualidad, etc.)

En ningún caso del total de pacientes entrevistados (cien) a su egreso del hospital, se había indicado consulta alguna para seguimiento terapéutico con el psiquiatra; huelga decir que el veinticinco por ciento citado de pacientes con problemas psiquiátricos de importancia o severos, persistieron en su totalidad con su problema de base, sin ninguna solución, habiendo adquirido como única ventaja de su período de hospitalización una mayor tolerancia a tranquilizantes mayores o menores, hallándose más o menos idiotizados según el caso.

Es ineludible para completar nuestras modestas consideraciones que nos refiramos en base a nuestra experiencia personal de practicantes hospitalarios y en base a la experiencia referida por varios condiscípulos, a los aspectos que hacen negativa la actitud de un paciente y que pueda entorpecer el reconocimiento de enfermedad psiquiátrica y aún orgánica en el grupo de aquéllos que asumen dicha actitud. Queremos referirnos con esto a las ocasiones, no escasas por cierto, en que pacientes de diverso estrato socio-cultural, acuden a un hospital de atención gratuita con la exigencia de querer ser atendidos los primeros, de que se les efectúe exámenes que ellos mismos sugieren o que se les prescriba medicamentos que ellos suponen son los indicados para "curarse." También ocurre, por qué no decirlo, que en ocasiones algunos pacientes asumen actitud despectiva ante médicos que les parecen

muy jóvenes, inexpertos o de estrato social inferior al suyo y acontecen, esto no es raro, demostraciones no del todo veladas de discriminación racial, ¿podría negarlo el lector?

También suele ocurrir que los pacientes o los familiares exijan ser hospitalizados, cuando no hay una razón clínica que justifique el internamiento y que lo hagan en tales circunstancias para rehuir responsabilidades de orden legal, familiar o laboral. Tampoco faltan los pacientes que tratan de seducir al médico entrevistador (con coqueteos si es del sexo opuesto o con lisonjas si es del mismo sexo) esto para poder lograr encaminar la actitud del facultativo hacia lo que el paciente o allegados suponen que conviene a sus intereses. Por supuesto, que estas y otras actitudes aparentemente tendenciosas de los pacientes y/o familiares hacia los médicos, siempre tendrán una explicación, ante todo desde el punto de vista psiquiátrico, es indudable que detrás de un simulador siempre hay un psicópata, pero para tener una clara concepción de las referidas eventualidades, la educación del médico debe contar con un mayor enfoque hacia la comprensión de las diversas facetas de la personalidad humana.

## CASUISTICA (REVISION-ENTREVISTA DE 300 CASOS)

"La ciencia de la cifra es el mejor camino para llegar a la verdad."—*L. de Florán*.

El motivo principal del capítulo a desarrollar, es en realidad, el principal tema de nuestra humilde tesis y esperamos que con la tabulación comparativa de los pacientes que entrevistamos al azar, el lector se forme clara idea del sufrimiento que para muchos enfermos representa la reclusión en un hospital y deseamos muy sinceramente que el médico, algún día, llegue a estar plenamente consciente de la responsabilidad que conlleva el hecho de serlo al estar frente a una unidad indivisible que antes que materia es alma y a la cual casi siempre se le ve despectivamente en los hospitalares.

La presente tabulación está hecha en base a un cuestionario (vide infra) elaborado previamente y que fue presentado a los pacientes en diferentes departamentos del Hospital Roosevelt, (salas de Medicina, Cirugía, Urgencias, Consulta Externa, etc.)

1.—Deseaban hospitalizarse. . . . .	240	80.00%
No deseaban hospitalizarse. . . . .	60	20.00%
2.—Creían que su enfermedad era grave. . .	290	96.66%
No creían que su enfermedad fuera grave	10	3.33%
3.—Deseaban saber qué enfermedad tenían. .	300	100.00%
4.—Sabían qué enfermedad tenían. . . . .	95	31.66%
No sabían qué enfermedad tenían. . . . .	205	68.33%
5.—Les hicieron exámenes para diagnóstico. .	300	100.00%

6.—Sintieron miedo de algún examen. . . .	215	71.66%
No tuvieron miedo de los exámenes. . . .	85	28.33%
7.—Les causó molestia algún examen (dolor)	300	100.00%
8.—No se opusieron a los exámenes. . . . .	295	98.33%
Se opusieron a determinados exámenes. .	5	1.66%
9.—Fueron vistos por varios médicos. . . . .	300	100.00%
10.—Les caían bien los médicos tratantes. . .	125	41.66%
Les caían mal o indiferentes. . . . .	175	58.33%
11.—Les hicieron caso los médicos (ya internados) al hablarles de su enfermedad. . . .	180	60.00%
No les hicieron caso o muy poco. . . . .	120	40.00%
12.—No entendían lo que los médicos hablaban de su enfermedad. . . . .	291	97.00%
Entendían aunque fuera poco. . . . .	9	3.00%
13.—Sabían qué medicina les administraban. .	37	12.33%
No sabían qué medicina les administraban.	263	87.66%
14.—Sintieron mejoría con el tratamiento. . .	198	66.00%
No sintieron mejoría o muy poca. . . . .	102	44.00%
15.—Les pareció buena la atención del hospital	256	85.33%
No les pareció buena la atención. . . . .	44	14.66%
16.—Se sentían a gusto en el hospital. . . . .	99	33.00%
No se sentían a gusto. . . . .	201	67.00%
17.—Deseaban que el hospital fuera diferente.	261	87.00%
No opinaron o les era indiferente la arquitectura del hospital. . . . .	39	13.00%
18.—Estaban preocupados por problemas de familia o de otra índole. . . . .	189	63.00%
Dijeron no estar preocupados por problemas. . . . .	111	37.00%

19.—Sintieron atracción por el sexo opuesto entre el personal del hospital. . . . .	75	25.00%
Dijeron no haber sentido atracción. . . . .	225	75.00%
20.—Tuvieron dificultad para entrar al hospital	49	16.33%
No tuvieron dificultad. . . . .	251	83.66%
21.—Se sentían mal al usar tecnicismos delante de ellos. . . . .	255	85.00%
No se sentían mal o les era indiferente. .	45	15.00%
22.—Tenían idea errónea sobre los exámenes de Laboratorio. . . . .	285	95.00%
23.—Ignoraban por qué debían estar en ayunas antes de los exámenes. . . . .	234	78.00%
24.—No sabían cómo presentar una muestra de heces ni de orina. . . . .	180	60.00%
25.—Tenían idea equivocada de un examen de radiología. . . . .	240	80.00%
26.—Habían sido previamente instruidos con respecto a las técnicas de diagnóstico. . . . .	36	12.00%
No fueron instruidos previamente. . . . .	264	88.00%
27.—Creían que su enfermedad era maligna. .	114	38.00%
28.—Les gustaría internarse de nuevo en el hospital en caso de enfermar. . . . .	177	59.00%
No desean estar internados de nuevo. . . .	123	41.00%
29.—Se mostraron temerosos ante el interrogatorio por medio del cuestionario que utilizamos. . . . .	71	23.66%
No se mostraron temerosos. . . . .	229	76.33%

Juzgue el lector las cifras anteriores y entonces, tal vez, dé la razón a Ph. Solomon, cuando dice: "El buen médico trata no sólo a la enfermedad sino al individuo que la tiene. Para esto escribe una historia de sentimientos y eventos, examina las emo-

ciones, lo mismo que los signos físicos y prescribe para conducir al paciente la paz espiritual al igual que la corporal" (27). Pero, en nuestro medio (hospitalario) ni siquiera al anotar la historia clínica se citan los datos referentes a la vida socio-emocional del paciente y mucho menos la tendrán presente en el tratamiento que instituyan dentro del hospital; al paciente se le ve como uno de tantos y casi siempre de mal modo (aunque no se exteriorice) todo esto se evidencia en notas de evolución y negligencias para su terapéutica racional. Cuando algunos médicos residentes ven que sus internos proporcionan trato fraternal a un paciente, lo critican y lo tildan de sentimental y hasta de cursi y alegan que le gusta perder el tiempo y que por ello se porta así, además que es lento en su trabajo, ya que para ellos el prestigio dentro del hospital se obtiene por el volumen de pacientes que se logre "ver" (aunque sean mal atendidos!).

A continuación se presenta la lista de los pacientes entrevistados en el presente estudio, para lo cual se escriben las iniciales de su nombre y apellidos, así como su número de historia clínica.

<i>Paciente.</i>	<i>Hist. Cl.</i>	<i>Sexo</i>	<i>Paciente.</i>	<i>Hist. Cl.</i>	<i>Sexo</i>
1 C. O.	488159	M	2 B. N.	467755	M
3 M. C.	463792	"	4 R. C.	178683	"
5 E. G.	469280	"	6 E. G.	467579	"
7 P. M.	463611	"	8 H. R.	468291	"
9 L. R.	166506	"	10 J. C.	468178	"
11 M. C.	309078	"	12 J. S.	468806	"
13 F. S.	462097	"	14 F. G.	462097	"
15 H. R.	468291	"	16 N. G.	466379	"
17 C. S.	466235	"	18 E. B.	417718	"
19 F. H.	68226	"	20 C. S.	463916	"
21 J. N.	439760	"	22 D. C.	458066	"
23 L. C.	465688	"	24 J. P.	263225	"
25 P. G.	467752	"	26 M. G.	467785	F
27 I. J.	435927	F	28 M. R.	408328	"
29 M. D.	465654	"	30 B. V.	451791	"
31 V. R.	231201	"	32 M. B.	466441	"
33 I. M.	467990	"	34 A. C.	463049	"
35 M. A.	89620	"	36 G. Ch.	463294	"
37 A. G.	320776	"	38 E. L.	468337	"
39 G. C.	293558	"	40 R. G.	466432	"
41 M. I.	385527	"	42 L. C.	465660	"
43 J. G.	465583	"	44 D. V.	452292	"
45 R. G.	467428	"	46 J. R.	466793	"
47 I. R.	412860	"	48 M. S.	467099	"
49 N. M.	443945	"	50 C. A.	2297	"
51 C. C.	466525	"	52 L. S.	458251	"
53 M. X.	218193	"	54 M. S.	201149	"
55 C. A.	467430	"	56 F. R.	414529	"
57 M. S.	468651	"	58 E. G.	466416	"
59 B. T.	468651	"	60 M. M.	465599	"
61 M. G.	216161	"	62 J. F.	308245	"
63 R. A.	464980	"	64 P. O.	466184	"
65 B. M.	464982	"	66 M. C.	466956	"

Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.
67 F. B.	461985	F		68 A. P.	462566	F.		133 A. L.	464801	F		134 B. S.	173693	F	
69 D. Ch.	469112	"		70 J. R.	467987	"		135 A. M.	467642	"		136 M. V.	123133	"	
71 J. M.	469129	"		72 A. R.	339007	"		137 B. V.	468661	"		138 Y. M.	468673	"	
73 J. P.	340500	"		74 M. S.	16191	"		139 M. F.	467972	"		140 L. D.	72071	"	
75 M. T.	384452	"		76 R. G.	369772	"		141 M. A.	468334	"		142 R. P.	225937	"	
77 M. O.	377718	"		78 R. Y.	444664	"		143 M. M.	207376	"		144 L. M.	469418	"	
79 R. G.	449936	"		80 M. B.	449943	"		145 Z. S.	367784	"		146 A. P.	462566	"	
81 A. S.	77821	"		82 M. P.	449858	"		147 L. B.	457107	"		148 M. O.	469589	"	
83 O. V.	450270	"		84 N. J.	450189	"		149 M. L.	448293	"		150 M. G.	371618	"	
85 Z. E.	450188	"		86 F. A.	397291	"		151 F. R.	450285	"		152 S. G.	470665	"	
87 B. M.	450197	"		88 M. S.	164683	"		153 R. F.	166044	"		154 E. S.	467500	"	
89 R. E.	445857	"		90 D. L.	364890	"		155 I. A.	470803	"		156 M. G.	470685	"	
91 D. G.	450556	"		92 E. O.	323699	"		157 M. M.	471015	"		158 A. G.	203374	"	
93 M. A.	450570	"		94 A. M.	450572	"		159 A. L.	76061	"		160 A. E.	470365	"	
95 M. H.	450770	"		96 E. S.	450782	"		161 A. O.	47142	"		162 P. J.	460881	M	
97 I. H.	323259	"		98 M. C.	450502	"		163 F. G.	460851	M		164 J. R.	158495	"	
99 I. A.	350792	"		100 O. O.	448534	"		165 C. P.	60321	"		166 A. B.	456578	"	
101 M. A.	451214	"		102 M. M.	299716	"		167 A. C.	460735	"		168 J. P.	462174	"	
103 R. R.	409273	"		104 M. G.	451677	"		169 A. R.	462168	"		170 E. S.	357829	"	
105 C. L.	294401	"		106 R. P.	323586	"		171 M. S.	460207	"		172 F. C.	287700	"	
107 M. S.	451823	"		108 C. V.	365220	"		173 J. J. R.	457851	"		174 A. M.	461656	"	
109 Y. A.	44392	"		110 M. C.	451989	"		175 J. L.	462174	"		176 I. L.	441012	"	
111 M. R.	451998	"		112 C. M.	452199	"		177 C. R.	443076	"		178 A. O.	457846	"	
113 M. P.	364713	"		114 D. R.	441886	"		179 P. B.	461954	"		180 J. S.	461934	"	
115 M. B.	452781	"		116 F. L.	460318	"		181 M. B.	439985	"		182 F. P.	451669	"	
117 G. M.	462146	"		118 E. C.	460877	"		183 C. P.	459293	"		184 M. T.	460442	"	
119 I. T.	463841	"		120 C. G.	463978	"		185 H. H.	431033	"		186 A. M.	463176	"	
121 C. L.	458480	"		122 E. G.	466416	"		187 F. C.	459294	"		188 F. L.	461949	"	
123 I. S.	435927	"		124 C. A.	467430	"		189 D. G.	450400	"		190 D. E.	459965	"	
125 M. M.	400077	"		126 M. M.	467495	"		191 F. P.	460447	"		192 B. H.	462444	"	
127 M. G.	302467	"		128 L. R.	322394	"		193 R. P.	461648	"		194 E. T.	460460	"	
129 M. S.	201149	"		130 M. S.	468651	"		195 L. S.	352089	"		196 E. A.	344381	"	
131 F. R.	419525	"		132 M. Y.	218193	"		197 E. I.	462437	"		198 J. A.	463325	"	

Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.	Paciente.	Hist.	Cl.	Sexo.
199 C. G.	456633	M		200 A. I.	461650	M		265 M. S.	464922	M		266 C. R.	461441	M	
201 L. L.	460567	"		202 E. H.	460585	"		267 M. M.	466849	"		268 P. P.	232826	"	
203 M. M.	463045	"		204 T. S.	462802	"		269 D. C.	466982	"		270 J. O.	464460	"	
205 B. P.	462105	"		206 J. G.	461247	"		271 J. C.	462580	"		272 A. A.	468493	"	
207 O. O.	208125	"		208 J. S.	463615	"		273 M. R.	460741	"		274 J. F.	457574	"	
209 M. Ch.	459411	"		210 M. M.	381216	"		275 H. M.	469101	"		276 R. P.	469099	"	
211 E. C.	446144	"		212 A. Ch.	463476	"		277 G. A.	467823	"		278 G. C.	40559	F	
213 J. V.	464814	"		214 V. B.	463915	"		279 E. G.	405663	F		280 J. M.	405770	"	
215 R. M.	364809	"		216 G. S.	364995	"		281 G. P.	405577	"		282 I. R.	406683	"	
217 J. A.	462108	"		218 C. Q.	463608	"		283 M. F.	406890	"		284 A. J.	406898	"	
219 J. R.	450837	"		220 J. O.	464460	"		285 M. S.	407145	"		286 Z. M.	407473	"	
221 E. W.	464036	"		222 J. D.	134973	"		287 C. R.	407817	"		288 M. M.	408211	"	
223 A. A.	77056	"		224 C. T.	463936	"		289 B. A.	408329	"		290 F. G.	49046	"	
225 B. S.	464681	"		226 H. Ch.	465456	"		291 M. G.	411218	"		292 B. L.	412182	"	
227 M. H.	456854	"		228 E. H.	462102	"		293 B. P.	401853	"		294 S. R.	463073	"	
229 M. Ch.	459411	"		230 F. C.	466012	"		295 V. B.	Sin Hist.	"		296 J. H.	409902	"	
231 J. A.	463233	"		232 E. G.	463632	"		297 N. M.	410368	"		298 C. P.	410371	"	
233 A. R.	465480	"		234 F. R.	463699	"		299 J. E.	Sin Hist.	"		300 G. L.	411055	"	
235 P. Z.	469918	"		236 E. V.	335593	"									
237 R. C.	463040	"		238 R. B.	465915	"									
239 V. A.	170400	"		240 M. J.	464519	"									
241 V. F.	453857	"		242 N. C.	460882	"									
243 A. M.	464834	"		244 R. F.	466870	"									
245 A. P.	465780	"		246 A. C.	463467	"									
247 P. Q.	466023	"		248 E. R.	459731	"									
249 R. S.	465783	"		250 E. C.	458144	"									
251 E. M.	454750	"		252 L. P.	463968	"									
253 L. M.	465960	"		254 O. M.	464047	"									
255 F. B.	309539	"		256 J. G.	465680	"									
257 P. H.	465197	"		258 T. R.	295682	"									
259 J. G.	463235	"		260 F. B.	64607	"									
261 A. P.	466865	"		262 N. R.	466236	"									
263 J. M.	429385	"		264 F. R.	16226	"									

Las edades de la lista de pacientes citada anteriormente, oscilaron entre los trece y los ochenta y ocho años. Los diagnósticos de ingreso fueron muy variados, desde la desnutrición crónica del adulto hasta leucocisis, pero entre ellos no había un sólo diagnóstico psiquiátrico, ni siquiera una descripción somera de la personalidad de los pacientes.

## CUESTIONARIO ENTREVISTA PACIENTES

Nombre..... N. Hist. Clínica.....

Edad..... Sexo..... E. Civil.....

SI NO

- 1.—¿ Sabe Ud. qué es lo que tiene? \_\_\_\_\_
- 2.—¿ Desea saber qué enfermedad tiene? \_\_\_\_\_
- 3.—¿ Cree Ud. que su enfermedad es grave? .....
- 4.—¿ Desea o deseaba Ud. hospitalizarse? .....
- 5.—¿ Le han hecho algún examen hasta ahora? \_\_\_\_\_
- 6.—¿ Sintió miedo por algún examen? .....
- 7.—¿ Le ha causado molestia algún examen? .....
- 8.—¿ No se opuso a que le practicaran exam.? \_\_\_\_\_
- 9.—¿ Cuántos médicos lo han visto hasta hoy? .....
- 10.—¿ Le han caído bien los médicos? .....
- 11.—¿ Le hacen caso los médicos cuando Ud. les habla de su enfermedad? .....
- 12.—¿ Comprende Ud. lo que los médicos hablan sobre su enfermedad? .....
- 13.—¿ Sabe qué medicinas le están dando? ....
- 14.—¿ Ha sentido mejoría hasta el momento? .....
- 15.—¿ Le parece buena la atención del hospital? .....

SI NO

- 16.—¿ Se siente Ud. a gusto en el hospital? ....
  - 17.—¿ Ud. desearía que el hospital fuera diferente? .....
  - 18.—¿ Se siente preocupado por algún problema? \_\_\_\_\_
  - 19.—¿ Le gusta alguna enfermera (o médico)? .....
  - 20.—¿ Tuvo dificultad para entrar al hospital? .....
  - 21.—¿ Sabe Ud. por qué se hacen los exámenes de Laboratorio? .....
  - 22.—¿ Sabe Ud. por qué debe estar en ayunas cuando se le van a hacer exámenes? ....
  - 23.—¿ Sabe Ud. qué hacer cuando le piden muestra de orina y heces? .....
  - 24.—¿ Sabe Ud. para qué sirve un examen de Rayos X? .....
  - 25.—¿ Fue informado por algún médico en qué consistían los exámenes que se le iban hacer? .....
  - 26.—¿ Se siente mal, o cree Ud. que su enfermedad es maligna si los médicos utilizan delante de Ud. palabras que no entiende? .....
  - 27.—¿ Desearía estar internado otra vez en este hospital en caso de enfermar de nuevo? .....
- Observaciones: .....  
.....  
.....

## ACTITUD EMOCIONAL DEL MEDICO Y/O DEL ESTUDIANTE

"Si la vida de un médico no llega a ser vocación divina, entonces, ninguna vida es vocación y nada es divino."—*Paget.*

Este romántico epígrafe de Paget, lleva al extremo de la expresión literaria lo que debe ser la vida y vocación de un médico. Sin embargo, lo divino, entendido como tal en el pensamiento mágico de los hombres, que han creado diversas imágenes de Dios, que es la máxima expresión como divinidad; es difícil, decimos, lograr tal ideal en un ser humano, y el médico lo es con todos sus defectos y atributos que determinan, de acuerdo con su inteligencia, las diversas variantes de su comportamiento como profesional y no es ajeno el médico a ninguna de las pasiones, así como a ninguna de las virtudes de todos los seres humanos dedicados a las diversas actividades de la historia antropológica.

En el capítulo anterior (*ud retro*), hemos perfilado el tema que se refiere a la actitud del médico frente al paciente como factor determinante en el propósito básico del ejercicio de la medicina: CURAR, ALIVIAR y PREVENIR. Es decir, como ya señalamos, que siendo positiva la actuación del médico (conocimientos, experiencia, clara conciencia de su tarea, etc.) cuando es consultado, los resultados de su cometido frente al paciente, tendrán mayores posibilidades de ser también positivas, que si aquélla (su actuación) fuera negativa.

Los problemas del contacto entre el médico y el enfermo, comienzan—como ya se dijo—en el momento del ingreso. Por desgracia se ha convertido en un hecho de rutina el registro de la anamnesis en una sala donde hay tres, cuatro o más pacientes,

olvidando que la anamnesis ejerce por sí sola una función terapéutica. No hemos querido darnos cuenta de lo que representa para muchos pacientes el tener que responder a nuestras preguntas y el tener que someterse a exploraciones en presencia de espectadores. Si se pregunta a los enfermos su impresión acerca de la primera consulta, muchas veces dirán que ni siquiera en los primeros minutos se les permitió hablar a sus anchas. No pocas veces el médico se muestra impaciente e interrumpe al enfermo, cuando éste no se limita a enumerar hechos. Para muchos médicos las molestias de los enfermos no son más que epifenómenos. Pero, sería necesario e interesante averiguar también qué significan las molestias para el enfermo, cómo las ha asimilado e interpretado. Por otra parte, muchos médicos tampoco se dan cuenta de la impresión que producen en los enfermos. Ya el estudiante de medicina debería aprender a modular su comportamiento de acuerdo con cada caso concreto y preguntarse qué impresión producen las prisas y ajetreo sobre un enfermo canceroso abatido y reservado, o qué impresión causan el malhumor y pesimismo sobre un enfermo hepático, cuya cirrosis le ha llevado a un estado de ánimo "hipocondríaco." De esta forma se obliga al enfermo a adaptarse al papel estereotipado del médico, cuando debería ser a la inversa (32).

Un buen ejercicio de la profesión señala que el tratamiento debe basarse (cuando sea posible) en la evaluación de los síntomas y signos, la formulación de un diagnóstico y el entendimiento de los factores etiológicos. El médico debe hacer sus observaciones, llevar a cabo los exámenes adecuados, ordenar pruebas diagnósticas, evaluar y correlacionar los datos y finalmente llegar a una interpretación del problema del paciente y qué hacer para ello. La habilidad del médico para hacer esto competentemente se incrementa con el conocimiento de sus propias reacciones emocionales hacia sus pacientes (27).

En la actualidad nadie pone en duda—por lo menos en público—el valor de la medicina psicológica. El problema, pues, puede centrarse en los métodos de integración de estos conocimientos en la práctica diaria. Es aquí donde tropezamos con las principales resistencias. El conocimiento de sí mismo es indispen-

sable para un buen médico. Las resistencias a este conocimiento, al igual que en otras situaciones psicológicas, son inconscientes, y esto es difícil de inculcar a los médicos. Algunos creen que orientan psicológicamente su ejercicio profesional, pero en la práctica podemos constatar que el enfoque psicológico se limita a unas breves palabras, "una dosis" para el contacto social, que no guardan conexión alguna con las verdaderas actividades clínicas del médico. Otros afirman que en su consultorio (y por qué no decirlo nosotros? en nuestros hospitales generales) utilizan la medicina psicológica, pero ésta se reduce al hábil empleo de los medicamentos tranquilizantes. Reconocen la intervención de un proceso psicológico en el cuadro clínico y estiman que la respuesta adecuada consiste en recetar un medicamento. Otros afirman que utilizan la medicina psicológica, pero ésta parece consistir simplemente en el abuso de la transferencia al psiquiatra como medio para quitarse de encima a los enfermos incómodos (32).

En nuestro medio (Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios") cuando se logra afinar diagnóstico y se queda el médico con problema psiquiátrico de su paciente, lo que se hace es llamar a uno de los psiquiatras asociados a los hospitales citados y éste, sólo llega a dar diagnóstico final, dar leve tratamiento (más que todo sugerir) y, se olvida que los encargados del enfermo no conocen, ni siquiera, los tecnicismos psiquiátricos, lo que hacen es quedarse sencillamente admirados de la habilidad del psiquiatra, pero ¿qué será de aquellos pacientes que no son capaces de responder a una psicoterapia breve?

Para poder hacer objetivas nuestras observaciones en el presente trabajo, decidimos encuestar un grupo más o menos representativo de médicos y practicantes que laboran en un área hospitalaria. Cincuenta médicos fueron entrevistados y su opinión se recavó por medio de un cuestionario elaborado previamente y cuyo formato transcribimos (vide infra). También incluimos aquí la transcripción de las manifestaciones conductuales que pudimos observar en maestros y condiscípulos a través de nuestro paso por los hospitales en la práctica estudiantil.

Los análisis de población de los hospitales generales han indicado que entre el veinte y el sesenta por ciento de los internados, presentan problemas psiquiátricos que requieren asistencia (32).

Para determinar la naturaleza de tales necesidades y su prevalencia se han efectuado estudios en hospitales generales (Porot y col) (25).

Entre las observaciones que logramos efectuar en nuestros entrevistados, pudimos constatar que el médico que hace práctica hospitalaria en las diversas especialidades (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, etc.) desconocen la incidencia citada ud retro.

Una de nuestras preguntas en el cuestionario citado, se refiere al conocimiento que médicos y estudiantes tienen respecto de conceptos básicos de las ciencias de la conducta (psiquiatría, psicología, psicoanálisis, etc.), sólo un quince por ciento habían incluido entre sus lecturas esporádicamente artículos del tema en cuestión; el resto mostraron un marcado desprecio por este aspecto de la medicina. El ochenta y ocho por ciento de los encuestados nunca incluyeron una descripción clínica de la personalidad de sus pacientes en su primera entrevista; el mismo porcentaje, como consecuencia lógica, no tiene clara idea de las diversas entidades clínicas de orden psiquiátrico que suelen darse en la práctica diaria de la medicina.

El treinta y tres por ciento, ante todo, entre médicos jóvenes y practicantes, coincidió en que debería ampliarse los programas de ciencias de la conducta en el currículum facultativo, ante todo, hacia el conocimiento de la Psiquiatría propiamente dicha. La mayoría de médicos de más de cuarenta años de edad, conceden poco o ningún valor a la ciencia de Freüd como auxiliar del tratamiento médico (sesenta y cinco por ciento). El veinticinco por ciento estuvo de acuerdo en que existe urgente necesidad de crear un departamento de Psiquiatría adjunto a cada hospital general. Cabe mencionar aquí que en nuestro país no existe ninguna unidad bien organizada de atención psiquiatra para el grueso de la población hospitalaria en cuestión y esto se hace tanto más grave cuanto que los problemas del área psíquica son inherentes a todos los seres humanos, independientemente de su condición socio-económica. Una neurosis ansiosa, una esquizofrenia, una hipomanía, etc. se dan sin respetar cualquier bolsillo.

Un aspecto interesante reviste la asistencia de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales (8, 10, 32). Al mirar a un individuo enfermo, consciente o inconscientemente, se hace responsable a alguien (al paciente, su familia o al médico incompetente), nunca se piensa en que la responsabilidad recae directamente en el sistema socio-político anárquico que claudica momento a momento en la dirección de la salubridad de nuestro pueblo. La mayoría (noventa por ciento) de los incluidos en nuestra entrevista, desconocía por completo la dosis terapéutica mínima y la dosis letal media de los más comúnmente empleados tranquilizantes menores y mayores. A propósito de esto último, el setenta y cinco por ciento desconocía la diferencia entre un tranquilizante mayor y uno menor, citados como tales en los textos de farmacología y psicofármacos (7, 11, 20, 21, 24, 28).

El noventa y cinco por ciento de los médicos y estudiantes incluidos en la presente encuesta se mostraron sorprendidos (las manifestaciones variaron entre la estupefacción hasta la cólera velada) ante la pregunta: «Cree Ud. que su actitud frente a sus pacientes encierra un fuerte componente sexual? la reacción típica a nivel de la gente de más de cuarenta años de edad se encierra en la respuesta de un facultativo especialista de la Ginecología: "yo ante todo soy médico." La contrarespuesta nuestra fue: "ante todo es Ud. un sér humano doctor." El once por ciento de los incluidos aquí, más que todo los médicos jóvenes, aceptaron que sí influye el aspecto sexual en la actitud frente a los pacientes.

Es típico observar la diferencia (aún en la facies) de actitud mostrada por los practicantes en la emergencia ante un humilde campesino que ante una bella muchacha. ¿Quién puede opinar lo contrario? Este factor (psicosexual) es un aspecto ineludible que influye recíprocamente en las relaciones médico-paciente y en el ejercicio de la medicina, determina, incluso la especialidad a que cada quien decidió dedicarse; un viejo maestro nuestro de psiquiatría solía decirnos: "el Ginecólogo nace, no se hace."

Buscando factores que contribuyen a ser positiva la actitud del médico en la atención general, encontramos que en el cien por ciento de los casos se espera muestras de gratitud al prestar asistencia; el sesenta y ocho por ciento prefiere atender adultos; al setenta y dos por ciento le gustaría atender sólo pacientes

jóvenes. El noventa por ciento opina que debe haber atención siquiátrica constante en las salas de urgencias (siquiátrica de turno). El noventa y ocho por ciento coinciden en que debe haber un mejor salario para el médico. El ochenta por ciento de los que suelen hacer guardia de más de 24 horas consecutivas, refieren que sólo las primeras 12 horas de trabajo tienen óptima eficiencia, en el resto de horas de guardia decrece la eficiencia para realizar anamnésis y estudios clínicos urgentes. El noventa por ciento querrían que mejorara el área física de los hospitales (más espacio, mejor equipo, más personal asistencial, ambiente más pulcro, etc.) El setenta y ocho por ciento creen que debe desaparecer la asistencia gratuita.

El noventa y cinco por ciento de los incluidos en la encuesta, no recibieron nunca docencia específica respecto de las relaciones humanas, contacto con los pacientes, relaciones con los allegados del paciente, manera de cobrar honorarios o cálculo objetivo de sus emolumentos salariales. Es decir, que los programas curriculares descuidan tales aspectos, aparentemente poco significativos, pero que en última instancia determinan la subsistencia del médico cuando egresa de las aulas universitarias. El cinco por ciento restante refirieron haber recibido instrucciones en tal sentido de manera indirecta (contacto con médicos de más experiencia).

La actitud emocional del médico frente al paciente, en cualquier caso, se ve influída por aspectos que son inherentes a su condición de tal, tanto como a su condición propiamente humana. Así hemos podido observar que su actuación varía, influída por su preparación académica, por su experiencia, por su status socio-cultural y por los factores más o menos que estructuran su personalidad.

El médico en general, espera en su primer contacto con un paciente, cierta sumisión, condición ésta que le hace sentir que es necesaria su ayuda. Esto queda corroborado con la experiencia que todo médico ha vivido más de alguna vez (generalmente con pacientes asmáticos, diabéticos, etc.) cuando un paciente le consulta por primera vez y trata de encaminar la opinión del profesional en cuanto a diagnóstico y tratamiento y, complicaciones; la actitud del médico en ese momento es de contrariedad, puesto

que ve reducido el margen que a su juicio debe superar al paciente el cual lo hace experimentar mayor seguridad en su actuar.

Factores por demás positivos en la actitud emocional del médico, lo constituyen la vocación y la predisposición a servir a los semejantes, la conciencia clara de que la ciencia es el único camino hacia el descubrimiento de las diversas incógnitas del ente humano, su estabilidad económica que reduzca al mínimo su preocupación en este sentido y condiciones óptimas para el trabajo clínico del hospital (área adecuada, etc.)

Finalmente, el manejo adecuado de los eventuales problemas de personalidad que pueda presentar como ser humano, también es factor influyente en su que hacer diario y esto último si viene a ser una clara responsabilidad de las escuelas de medicina en que los profesores encargados de la enseñanza en el área de las ciencias de la conducta, deberán observar estrecha vigilancia para orientar en caso necesario al futuro médico, cuando éste presente problemas conductuales más o menos fáciles de detectar.

La necesidad emocional de combatir las enfermedades puede ser bien una ayuda o un obstáculo para el ejercicio bien equilibrado, efectivo y maduro de la medicina. El médico debería reconocer que la elección directa o indirecta de sus pacientes podría estar relacionada con sus necesidades emocionales dentro de sí mismo.... Deberá preguntarse repetidamente si su atención al paciente se mantiene al nivel de las necesidades del mismo o de las suyas (27). Señores médicos, desvirtuemos la sentencia psiquiátrica que dice: "Bien se dice en psiquiatría que el médico hace más por su propia moral que por el bienestar de sus pacientes."

El médico general cuenta con grandes posibilidades de ser un psicoterapeuta, puesto que generalmente es el enlace entre el paciente y sus familiares, especialistas e/o instituciones cuyo concurso se necesita en el tratamiento de un enfermo; por lo tanto los programas de docencia médica deben incluir además del aprendizaje del nombre, dosis y vía de administración de los psicofármacos; la tendencia a incrementar el conocimiento de los pacientes como humanos con sus diversas variantes patológicas, de tal modo que el médico recién-egresado esté en capacidad de decidir cuándo deberá referir sus pacientes al especialista de la psiquiatría.

## CUESTIONARIO ENTREVISTA MEDICOS

Grado académico..... Edad..... Sexo.....

Especialidad:..... Jerarquía en el Hospital:.....

Sí No

- 1.—¿Le gusta atender pacientes en el área hospitalaria? .....
- 2.—¿Cree Ud. que hay enfermedades estrechamente orgánicas y estrechamente psíquicas? .....
- 3.—¿Cree Ud. que una enfermedad estrechamente orgánica (cáncer, neumonía, etc.) conlleva problemas psíquicos? .....
- 4.—¿Conceden valor terapéutico a los recursos psicoterápicos en todos los pacientes hospitalarios? .....
- 5.—¿Le gusta más atender pacientes jóvenes o viejos? .....
- 6.—¿Le gusta atender más a pacientes de su propio sexo o de sexo diferente? .....
- 7.—¿Cree Ud. que atiende uniformemente a todos los pacientes que acuden al hospital? .....
- 8.—¿Durante un período de guardia, cree que decrece su eficacia en la atención de los pacientes? .....
- 9.—¿Cree Ud. que el trabajo es excesivo en el hospital? .....

	Sí	No
10.—En los servicios de urgencias, después de varias horas de trabajo, ¿cree que presta buena atención a un paciente psiquiátrico?	—	—
11.—¿Incluye usualmente diagnóstico psiquiátrico entre los diagnósticos iniciales de un paciente que hospitaliza?	—	—
12.—¿Como parte de la historia clínica anota Ud. la descripción de la personalidad de los pacientes?	—	—
13.—¿Cree Ud. que su actitud frente a sus pacientes encierra un componente sexual ya sea fuerte o moderado?	—	—
14.—¿Le explica usualmente a sus pacientes en qué consiste su enfermedad?	—	—
15.—¿Le parece que hay pacientes que abusan de su condición de tales?	—	—
16.—¿Espera Ud. muestras de gratitud por la atención que presta?	—	—
17.—¿Cree Ud. que debería incluirse en los programas de estudio, materias sobre orientación psicológica?	—	—
18.—¿Desearía Ud. que se impartieran cursillos o se realizaran congresos sobre psicología médica?	—	—
19.—¿Cree Ud. que es necesario crear un departamento de psiquiatría en los hospitales generales?	—	—
20.—¿Ha recibido Ud. docencia específica respecto de las relaciones humanas entre pacientes, familiares, etc.?	—	—

	Sí	No
21.—¿Cree Ud. que debe suprimirse la atención médica gratuita?	—	—
22.—¿Cree Ud. que su sueldo es lo justo que devenga por su trabajo en el hospital?	—	—
23.—¿Desea Ud. que mejoren el área física de los hospitales?	—	—
24.—¿Le proporciona plena satisfacción el ejercicio de su profesión?	—	—
25.—¿Cree Ud. que el estado anímico de los pacientes hospitalarios sufre alteraciones?	—	—

A continuación presentamos la tabulación correspondiente al cuestionario utilizado para la entrevista de médicos y estudiantes de medicina.

1.—¿Les gusta atender pacientes en el área hospitalaria?	50	100%
2.—¿Creen que hay enfermedades estreictamente orgánicas y estreictamente psíquicas?	50	100%
3.—¿Creen que una enfermedad estreictamente orgánica conlleva problemas psíquicos?	50	100%
4.—¿Conceden valor a las ciencias de conducta como auxiliar en el tratamiento médico?	19	38%
No conceden valor o muy poco.	31	62%

5.—¿Prefieren atender sólo pacientes adultos? .....	34	—	68%		16.—¿Aceptan que hay pacientes que abusan de su condición?.....	15	—	30%
¿Prefieren atender sólo a niños?.....	13	—	26%		17.—¿Esperan muestras de gratitud por parte del paciente?.....	50	—	100%
¿Les es indiferente atender niños o adultos? .....	3	—	6%		18.—¿Opinan que debe incluirse orientación psicológica en los programas de estudio? .....	16.5	—	33%
6.—¿Les gustaría atender sólo a pacientes jóvenes? .....	36	—	72%		19.—¿Desean que se impartan cursillos o se realicen congresos sobre educación médica? .....	45	—	90%
7.—¿Les gustaría atender más a pacientes de su propio sexo?.....	3	—	6%		20.—¿Creen necesario un departamento de psiquiatría en los hospitales?.....	25	—	50%
¿Prefieren atender pacientes del sexo opuesto? .....	47	—	94%		21.—¿Han recibido docencia específica respecto a relaciones humanas de su profesión? .....	000	—	000%
8.—¿Creen que atienden uniformemente a todos los pacientes?.....	43	—	86%		22.—¿Opinan que debe suprimirse la atención gratuita?.....	39	—	78%
9.—¿Creen que decrece su eficacia durante un período de guardia?.....	40	—	80%		23.—¿Opinan que su sueldo que devengan en el hospital es justo?.....	000	—	000%
10.—¿Creen que el trabajo es excesivo en el hospital?.....	50	—	100%		24.—¿Desean que mejoren el área física de los hospitales?.....	45	—	90%
11.—¿Creen que prestan buena atención a un paciente psiquiátrico en la emergencia después de varias horas de trabajo? .....	2	—	4%		25.—¿Les proporciona plena satisfacción el ejercicio de su profesión? .....	48	—	96%
12.—¿Incluyen usualmente diagnóstico psiquiátrico entre los del ingreso?.....	0	—	000%		26.—¿Opinan que el estado anímico del paciente hospitalizado sufre alteraciones? .....	44	—	88%
13.—¿Como parte de la historia clínica anotan la descripción de la personalidad de sus pacientes?.....	12	—	6%					
14.—¿Aceptan que influye el aspecto sexual frente a los pacientes?.....	5.5	—	11%					
15.—¿Les explican usualmente a sus pacientes en qué consiste su enfermedad?.....	4	—	8%					

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

- 1<sup>a</sup>—Actualmente hay un desconocimiento total del aspecto emocional del paciente hospitalario por parte del personal que tiene a su cargo la atención institucional de la salud.
- 2<sup>a</sup>—Hay dos factores que el paciente muestra al médico, su cuerpo físico y su plano psíquico. El primero es relativamente fácil de percibir; el segundo está completamente inexplorado y por ende se hace caso omiso de él.
- 3<sup>a</sup>—La hospitalización puede ser terapéutica positiva de problemas orgánicos y puede serlo negativa para problemas emocionales.
- 4<sup>a</sup>—La hospitalización puede significar el alivio de una neurosis o la causa de una reacción de ansiedad.
- 5<sup>a</sup>—Es indiscutible que hay médicos que no saben tratar a sus pacientes y también lo es que hay pacientes que no saben tratar a su médico.

## RECOMENDACIONES

- 1<sup>a</sup>—Se hace imprescindible la inclusión de mayor número de asignaturas relacionadas con la ciencia psiquiátrica en los programas de educación médica.
- 2<sup>a</sup>—Es muy necesaria la instauración de Unidades psiquiátricas con equipo humano y técnico completo en los hospitales generales de mayor volumen de población de Guatemala.

3<sup>a</sup>—Debe darse instrucción y orientación periódicas a todo el personal hospitalario que juega papel importante en las relaciones del paciente con el medio.

4<sup>a</sup>—En las salas de urgencia de los hospitales, siempre debe haber un psiquiatra de turno.

5<sup>a</sup>—El médico general debe ser obligado a conocer principios básicos de psiquiatría.

6<sup>a</sup>—Es necesario la enseñanza de la psicofarmacoterapia específica.

7<sup>a</sup>—Es urgente una orientación académica de los factores psicosexuales entre el médico y el paciente.

BR. LUIS FRANCISCO DE FLORÁN MONRIBOT.

DR. OCTAVIO AGUILAR,  
Asesor.

DR. JULIO DE LEÓN,  
Revisor.

DR. JULIO DE LEÓN,  
Director de Fase III.

DR. CARLOS A. BENHARD,  
Secretario.

Vº Bº,

DR. CÉSAR A. VARGAS,  
Decano.

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

(1).—Beiser, M.—Assests and affects. Archives of General Psychiatry, 27(4) : 545-46, Oct. 1972.

(2).—Borrayo, R. A.—Vivencias de la mujer frente al aborto, Tesis.—Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.

(3).—Caplán, G.—Principios de Psiquiatría preventiva.—Buenos Aires.—Edit. Paideia, 1966, pp. 172-73, 228-275.

(4).—Cavanagh, J. R., McGoldrick, J. B.—Psiquiatría fundamental, traducida por Luis Lamolla, Barcelona, Editorial Luis Mircale, 1963, pp. 217-26, 259-85, 353-417.

(5).—Cecil-Loeb.—Tratado de Medicina Interna, traducido por Alberto Folch y Pi, 12<sup>a</sup> ed., México, Editorial Interamericana, 1968, pp. 1-3, 1490-1510.

(6).—Conn, H. F. y Clohecy, R. J.—Diagnóstico clínico actual, Traducido por Santiago Pi Suñer, Barcelona, Editorial Labor, S. A.—1969, pp. 750-58.

(7).—Coppen, A.—The comparative depressant value of L-tryptophan and imipramine, Archives of General Psychiatry, 26(4) : 234-40, Ap.—1972.

- (8).—*Chapman, A. H.*—Trastornos psiquiátricos en la práctica médica, traducida por Enrique Sarret Grau, Barcelona, Editorial Spax, 1967, pp. 35-55, 153-200.
- (9).—*Engelhardt, K.*—El hospital, la enfermedad y el enfermo, Städtisches Krakenhaus, Kiel, Dbre. 1972.
- (10).—*Ey, H.*—Tratado de Psiquiatría, traducido por C. Ruiz Ogarra, Barcelona, Editorial Toray, S. A.—1969, pp. 37, 58, 112-35, 417-427, 584-98.
- (11).—*Goodman, L. S. y Gilman, A.*—Bases farmacológicas de la Terapéutica, traducida por A. Palacios López, 2<sup>a</sup> edición, México, Uthea, 1963, pp. 123-56.
- (12).—Guatemala, Dirección General de Estadística, publicación parcial sobre el último censo general de población y producción, 1972.
- (13).—*Haar, E.*—Characteristics of physicians who have had psychotherapy, Archives of General Psychiatry, 27(4) : 705-10, Nov. 1972.
- (14).—*Harkins, H. N. et al.*—Principios y prácticas de cirugía, traducida por Roberto Folch Fabe, 2<sup>a</sup> ed., México, Editorial Interamericana, S. A., 1963, pp. 184-88.
- (15).—*Harrison, T. R.*—Medicina Interna, traducida por Carolina Amor de Fournier et al, México, La Prensa Médica Mexicana, Enero 1973, pp. 3-7, 322-30, 365-98.
- (16).—*Hofling, C. K.*—Tratado de Psiquiatría, traducido por Luis A. Méndez, México, Editorial Interamericana, S. A., 1965, pp. 8-18, 45-73, 105-30, 197-216.
- (17).—*Hornstra, R. K.*—Patients and professionals. Archives of General Psychiatry, 27(4) : 553-57, Oct. 1972.
- (18).—*Klein, M. y Riviere, J.*—Las emociones básicas del hombre, Buenos Aires, Editorial Nova, 1960, pp. 134-157.
- (19).—*Kumasaka, Y.*—Criteria for involuntary hospitalization. Archives of General Psychiatry, 26(5) : 399-401, May. 1972.
- (20).—*Löö, P. y Löö, H.*—Las consultas diarias en Psiquiatría, traducida por Víctor Hernández E., Barcelona, Toray-Masson, S. A., 1970, p. 182.
- (21).—Medicamentos nuevos; evaluados por el Consejo sobre Drogas de la American Medical Association. México, La Prensa Médica Mexicana, 1969, pp. 130-148.
- (22).—*Noyes, A. P. y Kolb, L. C.*—Psiquiatría clínica moderna, traducida por Leopoldo Chagoya B., 3<sup>a</sup> ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1963, pp. 22-5, 48-68, 69-82, 93-110, 147-70, 360-430, 513-35, 560-66, 631-46.
- (23).—*Pichot, P.*—Les aspects symptomatiques de états dépressifs schéiz. Arc. Neurol. Neurochir. Psychiat. 94: 392, 1964.
- (24).—*Plestcher, A.*—Experimental and clinical biochemistry IN HIS: Neuropsychopharmacology, 2and. ed. Amsterdam, Elsevier, 1965.
- (25).—*Porot, P.*—Et al, Annales Medico Psychologiques, 1: 39, Mayo 1972.
- (26).—*Smirnov, A. A.*—Et al, Psicología, traducida del ruso por Florencio Villa Landa, 3<sup>a</sup> ed. México, Editorial Grijalbo, 1965, pp. 355-82, 473-78.

- (27).—*Solomon, P. y Patch, V. D.*—Manual de Psiquiatría, traducido por Armando Soto R., México, Editorial El Manual Moderno, 1972, pp. 5-12, 16-25, 104-97, 202-234.
- (28).—*Sulser, I.* — Drogas antidepresivas, Biochem. Pharmacol. 8:16, 1961.
- (29).—*Suros, J.*—Semiología médica y técnica exploratoria, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona, Salvat Editores, S. A., 1972, pp. 1123-40.
- (30).—*Usdin, G.*—Practical lectures in psychiatry for the medical practitioners, Springfield Illinois, 1968, pp. 5-16, 55-70.
- (31).—*Van Roy, F.*—El niño impedido, traducción de Federico F. Monjardin, Buenos Aires, Editorial Kapeluzs, 1960, pp. 153-65.
- (32).—*Zabarenko, R. N. y Zabarenko, L.*—Psicología en la práctica médica; la formación psicoterapéica en la medicina general. Rev. CIBA. Dbre. 1972, pp. 1-2.

Impresa en el mes del aniversario

de la Imprenta

Sánchez & de Guise

al cumplir 80 años de servir a la cultura  
de Guatemala.

1893

1973