

INFORMACIONES PSIQUIATRICAS N.º 58 - 4.º TRIMESTRE 1973

MEDICINA GENERAL, PSIQUIATRIA y MEDICINA PSICOSOMATICA:

Enfermos orgánicos y funcionales en la Consulta de MEDICINA GENERAL del Seguro de Enfermedad^(*)

por el Dr. JORGE L. TIZON GARCIA,
del

AMBULATORIO DE LA SEGURIDAD
SOCIAL DE TRAVESERA DE DALI
(Director: Dr. Doncel)
Barcelona



Introducción

En nuestros días asistimos a un auge de la importancia concedida a las enfermedades o trastornos mentales. Tras épocas en las que fueron consideradas (y tratadas) como males sagrados y/o como manifestaciones de superioridad, manifestaciones religiosas o manifestaciones asociales, cuando no simples simulaciones, cada vez más se orienta hacia ellas una atención considerable en los países occidentales. En otro lugar me he ocupado am-

pliamente de una de las razones para que esto suceda así **: a saber, el replanteamiento que en los dos últimos decenios se lleva a cabo de las llamadas «ciencias del hombre y ciencias sociales», que debe continuarse y fundamentarse con una crítica epistemológica con el fin de instaurar una nueva problemática teórica en tal campo, y va precedido de toda una serie de cambios ideológicos y culturales.

Otras razones han sido ya ampliamente tratadas entre nosotros: por un lado, la mayor «sensibilización» médica

* Agradezco sinceramente a la señora América Arapiles del Mazo, A.T.S., la colaboración prestada en la realización de este trabajo.

** En el trabajo «Notas sobre la nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos», *Informaciones Psiquiátricas*, vol. XIV, n.º 51, marzo 1972 (pp. 5-25).

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

y social para captar (a veces para crear) tales enfermedades o, mejor, trastornos: es decir, el aumento de las posibilidades diagnósticas. Entre nosotros, LOPEZ IBOR (27) ha escrito desde hace años sobre el tema. Por otro lado, las tan repetidas «influencias de la vida moderna», supuestamente perturbadoras de nuestras funciones mentales (en mi opinión, el hincapié en tales influencias atribuidas a la «vida moderna» que tantas veces leemos en la literatura científica o, más aún, en la de divulgación, se debe más a menudo a planteamientos ideológicos que seriamente científicos, y ha dado lugar, en gran medida, a la vulgarización y proliferación de los psicofármacos a las que últimamente estamos asistiendo).

Pese a todas las discusiones habidas en tema tan controvertido, hay algo que hoy está claro: los médicos de Medicina General y los internistas cada vez encuentran más a menudo en su

práctica diaria pacientes que necesitan más o menos directamente una «consulta psiquiátrica». Las cifras varían según el país, la perspectiva estadística y la escuela y especialidad del investigador, pero las estimaciones sitúan el porcentaje de pacientes «funcionales» en tales consultas entre el 20 y el 70 % de la visita.

Por tanto, si hay algo que justifique y exija la formación psicológica del médico es el gran número de enfermos cuya afección es mental o de causa psicológica que van a consultar al médico general o a cualquier otro especialista.

En medio hospitalario es ya clásico el trabajo de SHEPHERD y cols. y sus resultados suelen considerarse característicos de lo que puede hallarse en un hospital urbano (en aquel caso, el hospital disponía, además, de numerosos psiquiatras y servicios especializados).

TABLA 1
RESULTADOS DE SHEPHERD (HOSPITAL)

	%	%
	enfermos Medic.	enfermos Cirug.
Enfermos con tr. mentales y sin síntomas de enfermedad física		
a) Reacción depresiva	17	0
b) Reac. neurót. y personalidad psicop.	21	5
c) Esquizofrenia	0	0
	} 38	} 5
Enf. con perturb. mental y enf. somática	13	16
Enf. somáticos únicamente	49	79

Como puede verse en la Tabla 1, en este caso alrededor de la mitad (51 %) de los enfermos que asisten a una

consulta de medicina general y la quinta parte de los que van a una de Cirugía General, no presentan verdadera-

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

mente una enfermedad somática, aunque la consulta suele deberse a síntomas considerados somáticos. El mayor número de trastornos psiquiátricos lo proporcionan las reacciones depresivas y neuróticas. Alrededor del 15 % de los pacientes sufrían, además, una afección orgánica. Entonces, los síntomas que los llevaban a consultar aparecían más como una exageración de una reacción patológica a la enfermedad somática que como la causa de esta enfermedad.

Cifras similares se han encontrado en otras investigaciones: por ejemplo la de HELSBORG (19), en Suecia, con 500 consultas de medicina general (el 22 %, afecciones psiquiátricas o psicósomáticas). O la de ROBERTS y NORTON en U.S.A.: 3/5 de los consultantes en un Hospital General presentan sólo trastornos «funcionales».

Fuera del medio hospitalario, en Gran Bretaña, en 1958, el Comité del Colegio de Médicos de Medicina General (citado por Delay, 12) estimó que los enfermos que consultan por causa de sus trastornos psíquicos o de causa psicológica «es del orden del 30 %». En Londres, SHEPHERD y cols. (39) realizaron un profundo estudio en un consultorio de «medicina de grupo» con 1.193 pacientes del National Health Service (por tanto, situación muy similar a la de un Ambulatorio). Entre los 1.193 pacientes de habitat urbano había 911 adultos; 620 acudieron a la consulta al menos una vez al año. En este trabajo el estudio fue doble: Por un lado, epidemiológico: existencia de trastornos mentales aunque el motivo de la consulta pudiera ser somático: 8 %. Si se añade a esta cifra los pacientes que durante el año sufrieron una afección sin causa orgánica demostrable, el porcentaje sube al 38 %. Si además se añaden los enfermos con afecciones orgánicas claramente

influenciadas por factores psicológicos, la proporción sube al 50 %. Por otro lado, en cuanto al papel de las perturbaciones mentales en la motivación de la consulta: el 6,8 % de las consultas están motivadas por afecciones mentales y el 21,4 % por afecciones sin base orgánica demostrable; o sea, un total del 28,2 % de los pacientes.

En general, las conclusiones de este tipo de estudios coinciden con las citadas por DELAY y cols. (ob. cit.): «alrededor de un tercio de las consultas son motivadas por molestias puramente psíquicas (38 % de las consultas de hospital, 28,2 % de las consultas en el despacho particular del médico). La mayor parte de estos enfermos no presentan habitualmente síntomas psicóticos, sino sobre todo molestias neuróticas, que a menudo son reacciones a situaciones conflictivas sociales o familiares. Si se añaden los sujetos que presentan una afección orgánica, pero que está influenciada por factores psicológicos (enfermedades psicósomáticas) o que experimentan reacciones psicológicas del todo patológicas (perturbaciones somatopsíquicas), se obtiene una cifra próxima al 50 %. La concordancia de los resultados obtenidos en los diferentes estudios permite considerar estas cifras como realmente válidas».

Particularmente, como psiquiatra que practica también la Medicina Psicósomática y la Medicina General, estoy sumamente interesado por el tema. Por eso mi primera intención en este trabajo ha sido comprobar por mí mismo tales hechos en una Consulta de Medicina General de Ambulatorio de la Seguridad Social. (Ambulatorio de la Seguridad Social de Travesera de Dalt, 79. — Barcelona. Director: Doctor Doncel.) Estos trabajos de conocimiento de nuestra propia realidad cotidiana no son demasiado abundantes entre

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

nosotros y, menos aún, en el Seguro de Enfermedad. Sin embargo, pienso que conferir una orientación científica a nuestra práctica cotidiana plantea como premisa indispensable tener un conocimiento lo más exacto posible de nuestra base de actuación: ¡qué menos de un médico que conocer lo mejor posible su consulta! Por otra parte, hacerlo así tiene la ventaja de que facilita el que nuestro trabajo tenga alguna significación subjetiva para nosotros. Solamente manteniendo con continuidad tal actitud de búsqueda, de profundización, de sistematización, podremos conseguir que ese significativo (nuestro trabajo) adquiera para nosotros algún significado, incluso un trabajo tan comunmente desprovisto de él como el de Ambulatorio. Por otra parte, el intentar sistematizar nuestra práctica a un nivel tan «escurridizo» como es la encrucijada Medicina Interna y General-Psiquiatría-Medicina Psicosomática o Encéfalo-visceral, nos obliga a replantearnos muchos de nuestros supuestos «conocimientos» y criterios de actuación, al tiempo que pone de relieve toda una serie de lagunas e insuficiencias tanto personales como de las ciencias y técnicas médicas y biológicas de nuestros días. Y, a nuestro entender, una actitud crítica ante nuestros propios conocimientos y los métodos y criterios que diariamente usamos siempre es beneficiosa.

Nuestro planteamiento de origen, por tanto, es sencillo: **Está claro que el número de enfermos funcionales iguala, si no supera, el de enfermos orgánicos en las consultas de Medicina General e Interna, al menos en otros países. ¿Cuál es la situación en una consulta de ambulatorio del Seguro de Enfermedad? O, generalizando: ¿Cuál es esa relación dentro de la institución**

que visita mayor número de pacientes en nuestro país?

Debido a que son de todos conocidas, no enumeramos las dificultades de colaboración, medios, tiempo, etc. que se oponen a esta comprobación dentro de la práctica ambulatoria del Seguro de Enfermedad. Sirvanos esto al menos de disculpa por lo rudimentario de los métodos y procedimientos, fundamentalmente clínicos, que hemos utilizado. Deseamos que futuros trabajos sobre el mismo tema puedan superar ampliamente los utilizados por nosotros.

Plan del trabajo

Nuestra consulta es una típica consulta del Seguro de Enfermedad. Tal vez la única peculiaridad que presentaba es que, cuando me hice cargo de ella y durante unos meses, el número de visitas diario era inferior al medio en tales consultas. Gracias a ello se ha podido en principio dedicar el suficiente tiempo a los pacientes y a la estadística elemental que luego expondré.

El número de cartillas era de 650 ± 10 . Según la «Memoria estadística de las contingencias de la Seguridad Social administrada por el INP, año 68» (septiembre de 1969) citada por el «Informe Foessa» de 1970, el número de beneficiarios por asegurado era en 1968 de 1,61, lo que representaría un número total de pacientes de $650 + (650 \cdot 1,61) = 1696$ aproximadamente en nuestra consulta. Según otras estimaciones que consideran 2,2 el número de beneficiarios por cartilla, el total ascendería a 2.080 pacientes. Nuestra zona no es una de las de más alta natalidad de la ciudad, lo que induda-

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

blemente haría subir el número de pacientes potenciales.

Estudio sobre incidencia en la consulta

Nuestro intento fundamental ha sido clasificar a los pacientes que acudían a la consulta en tres grupos: pacientes **fundamentalmente** «somáticos» u «orgánicos», pacientes **fundamentalmente** psiquiátricos y pacientes **fundamentalmente** psicósomáticos o encéfalo-viscerales.

Nuestros medios diagnósticos comunes han sido:

1. Anamnesis lo más amplia posible, orientada.
2. Exploración clínica (incluyendo la neuropsiquiátrica).
3. En caso de dudas, interrogatorio a los familiares o conocidos que casi siempre acompañan al paciente. A partir de aquí la conducta podría ser:
 - o bien los datos eran suficientes y establecíamos un diagnóstico diferencial,
 - o bien, 4, enviábamos al paciente a los diversos especialistas (analista incluido) para que ellos emitieran su diagnóstico o, en su caso, su opinión. En cualquier caso, a partir del dictamen del especialista, realizábamos otra exploración orientada por sus hallazgos.
5. A veces complementábamos el interrogatorio con algún test tipo cuestionario, objetivo: N.A.D. de Costa Mo-

linari, Beck sobre la Depresión, Eysenck-Pinillos, etc. Tal exploración complementaria la realizábamos sólo en casos oscuros, dudosos, lo cual equivale a decir que nos fue preciso usarlos pocas veces, ya que por la extracción sociocultural de nuestros pacientes (clase obrera industrial y de servicios, pequeña burguesía, clase media baja), sus rasgos neuróticos o el fundamento mental de sus somatosis, estaba normalmente muy poco elaborado, encapsulado, racionalizado. El diagnóstico general en grandes grupos que nos proponíamos era, en resumen, relativamente sencillo, máxima después de nuestra experiencia en el Dispensario de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de la Cátedra de Patología Médica «A» (Prof. Gibert Queraltó), dirigido por el Dr. Montserrat Esteve. Mucho más sencillo, desde luego (y con menos problemas teóricos entremezclados), que un diagnóstico psiquiátrico concreto en una consulta de psiquiatría.

6. En contadas ocasiones utilizamos un diagnóstico «ex juvantibus», especialmente como medio de lograr una discriminación mayor dentro del grupo de enfermos «psiquiátricos».

7. No hay que olvidar, por último, que no pocas veces los pacientes nos venían ya orientados o diagnosticados por otros médicos o especialistas que los habían visto antes que nosotros, lo cual reducía nuestra labor a una comprobación de dicho diagnóstico.

A partir de este momento, anotábamos el diagnóstico general en unas fichas elaboradas por nosotros a tal efecto (Fig. 1).

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

Fecha	I	II	S	Pq	Mx	Psc	N	Ev	Nc
7-8-72									
8-8-72									
9-8-72									
...									

Fig. 1

(I: n.º de primeras visitas; II: n.º de segundas visitas; S: n.º de pacientes fundamentalmente somáticos; Pq: ídem psiquiátricos; Mx: n.º de pacientes mixtos —con afección S y Pq, pero independientes, no como los Ev—; Psc: n.º de pacientes psicóticos; N: ídem neuróticos; Ev: ídem encéfalo-visceroales o psico-somáticos; Nc: ídem con neurosis de carácter.)

Hasta aquí la primera parte del trabajo.

En la segunda parte, tratábamos de hacer un estudio que nos diera una idea aproximada sobre la prevalencia de trastornos mentales y encéfalo-visceroales entre nuestros pacientes. Confeccionábamos una ficha o historia clínica resumida de los pacientes «crónicos» que acudieron a nosotros durante 9 meses, comenzando un mes después de hacernos cargo de la plaza en régimen interino. Para tener un criterio sencillo, claro y lo más objetivo posible de la «cronicidad» orgánica o funcional, considerábamos a un paciente «crónico» cuando venía a nosotros más de tres veces consecutivas aquejado de un mismo cuadro fundamental no banal (como los síndromes gripales o catarrales, etc.) con un intervalo superior a dos meses, viniera a por recetas simplemente o para visitarse, o cuando su cuadro clínico era, manifiestamente o por definición, crónico. Co-

mo generalmente tales pacientes no sólo vienen esas tres veces, sino que lo hacen con regularidad (una vez cada 1-6 semanas), poco a poco se puede confeccionar así un fichero de pacientes «crónicos» (en la acepción antes definida) o «habituales» de nuestra consulta.

Problemas conceptuales

Al comenzar a estructurar nuestro trabajo, surgieron en nosotros una serie de problemas, no sólo de medios materiales, sino metodológicos e incluso conceptuales que nos gustaría al menos reseñar, aunque no podamos extendernos suficientemente sobre ellos aquí.

1. En primer lugar, el problema de los criterios para la dicotomía fundamental de nuestro trabajo: orgánico y mental, orgánico y funcional, somático y psíquico, físico y psíquico, nivel celular y nivel de la totalidad animal...

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

¿Cuáles son las bases para esta dicotomía? ¿Es realmente exacta, ya que no conceptualmente, si no al menos metodológicamente? Está claro que nuestros pacientes se ordenan en un **continuum** que va de lo más «orgánico» o «somático» a lo más «mental» o «psíquico». Pero lo que está en cuestión es no sólo el término con que designamos cada extremo de nuestro eje, sino la corrección o incorrección de postular tal eje aún a nivel metodológico.

Tal problema, podríamos apuntar, ha sido el nódulo problemático de todas las Filosofías y todas las Psicologías (y por tanto Psiquiatrías) desde sus orígenes hasta nuestros días, lo que nos exime de la tarea de pretender tan siquiera enfocarlo. Las respuestas que se han dado sobre la estructura de las relaciones entre lo somático y lo mental, o el cuerpo y el alma, o el soma y la psique son tantas como sistemas filosóficos de base han existido. Las tesis de la armonía preestablecida, la acción recíproca, el monismo neutro, el hilemorfismo, el materialismo mecanicista, el ciclomorfismo de von Weizsäcker, las tesis de la unión sustancial... han sido sucesivas respuestas al problema en la historia de la cultura y de las ciencias y su agrupamiento delimita dos campos conceptuales también sin distinción neta: **materialismo o idealismo**, complicados en mayor o menor medida modernamente por un problema metodológico: metafísica o dialéctica. Entre los psiquiatras españoles, López Ibor (27), Rof Carballo (37), etc., tienen páginas ya clásicas sobre el tema. Antonio Colodrón (11) ha intentado replantearse el problema tras una aceptación crítica de los puntos de partida reflexológicos y neurofisiológicos.

Según Colodrón (11), al estudiar la forma de movimiento propio del hombre se ha basculado entre dos posturas

antagónicas: la explicación por procesos celulares y la explicación por procesos extranaturales. En un principio se intentó circunscribir los fenómenos animales a lo puramente físico (mecanicismo). Aún abundan en el estudio del modo de acción humano concepciones mecanicistas, a pesar de que de impulsoras del conocimiento han pasado a ser su obstáculo. Sin embargo, hasta nuestros días se postula como solución de compromiso la existencia de dos niveles (psicológico y fisiológico) supracelulares definidores del modo de acción de la totalidad humana. Para nosotros, no existen niveles intermedios definitivos (y, menos aún, directamente extranaturales) en el problema que nos ocupa: la forma de movimiento de los seres superiores (animales y hombres) y la de los elementos celulares (incluidas las neuronas) que los componen.

El monismo materialista (prioridad de la materia sobre el espíritu) ha intentado eliminar el dualismo soma-psique, cuerpo-espíritu pero, concibiendo a veces mecánicamente, con exclusivismo, a la mente como una función del cerebro, en parcelas concretas oscurece, más que aclara, el problema y deja la puerta abierta nuevamente al dualismo psicofisiológico. Ahora bien: el cerebro es un órgano compuesto de innumerables células todo lo especializadas que se quiera, pero células al fin. El cerebro separado de los músculos, las vísceras, los receptores, sin embargo, no puede integrar ni elaborar experiencia. «El error de considerar al cerebro como órgano productor del pensamiento encierra una profunda similitud con el propio de las teorías localizacionistas» (Colodrón, ob. cit.). Incluso amplificado. La actividad neuronal (de ahí el término encéfalo-visceral) hace posible el pensamiento en la medida en que coordina actividades

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

celulares sobre cuyo conjunto se estructura el nivel de la acción animal o humana. El sistema nervioso es un mediador, el mediador fundamental sin duda, entre las partes y el todo. El SN es por tanto «la estructura que posibilita la inflexión involutiva del nivel celular al animal», la aparición de la psique o la mente, por tanto. De esta forma, se distinguirán unas perturbaciones celulares (orgánicas) y otras de la totalidad (de la mente, autoconciencia de esa totalidad).

La mente no es sino la materia en el grado más complejo de desarrollo. No podemos explicar totalmente sus alteraciones por las de sus células: se puede perturbar la mente humana sin perturbar para ello sus neuronas, alterando la modulación con que las variaciones ambientales inciden sobre el organismo (psico y sociogénesis). También puede restituirse la normalidad actuando simplemente al nivel que le es propio (psicoterapia).

Gracias a la aparición de las psicologías «objetivas» (reflexología, conductismo, reactología), el problema de la mente pudo plantearse con métodos similares a los usados en las Ciencias Naturales, aunque el intento de Watson para edificar una psicología unitaria apoyada en estas bases no podía triunfar, especialmente por su prematuridad. Watson, en busca de la unitariedad del objeto de su estudio, se vio en la necesidad de prescindir de las leyes y procesos internos en la acción humana. La dicotomía psicología-fisiología —nuevo aspecto del «eterno reencuentro» con el dualismo cartesiano— le obligó a ello. Los pasos de gran parte de la reflexología, incluso en nuestros días (recuérdese si no el reciente concepto de «deficiencia mesencefálica» —Valentina Myager—, propuesto como base para la explicación de las enfermedades psicósomáticas)

han sido similares. Por otra parte, otras psicologías, en especial las agrupadas bajo la denominación de «psicología profunda», han hecho demasiadas veces la elección contraria, aunque en nuestros días parte de ella (al menos, parte de las escuelas psicoanalíticas y en especial la kleiniana) parecen estar reconsiderando su posición de partida.

Vale esta digresión para comentar someramente la situación conflictiva de los conceptos de base usados en nuestro trabajo. Somático y psíquico, físico y mental, cuerpo y espíritu... e incluso términos más modernos como «orgánico» y «funcional», «nivel celular» y «nivel animal», «nivel estructural» y «nivel bioquímico»... nos remiten todos ellos a viejos problemas de la medicina y de la psiquiatría. Viejos problemas que sólo en nuestros días comienza a ser posible superar mediante una adecuada crítica epistemológica de los presupuestos de la moderna y antigua psiquiatría.* En todo caso, ante la serie de términos, todos ellos dudosos, me inclino claramente por los últimos citados. Seguramente hoy en día nadie puede afirmar que hay trastornos psicológicos sin que haya disturbios bioquímicos y neurofisiológicos, al menos en el sentido de diferente distribución de aminas cerebrales, potenciales de excitación e inhibición, ritmos electroencefalográficos... Y por el contrario, nadie puede negar la influencia patoplástica y la importancia de la psicodinamia en el tratamiento de la más «orgánica» de las afecciones psiquiátricas. Lo que nos faltan son los términos descriptivos o,

* Hemos tratado más directamente este tema en el trabajo anteriormente citado (46) o el que se incluye en la bibliografía (47).

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

mejor aún, explicativos, que den cuenta de las diferencias sin llevarnos a un nuevo dualismo cartesiano o a un nuevo monismo burdamente reduccionista y que den cuenta además de la «dialéctica de la totalidad» de la estructura animal humana.

Pero ante problemas de teoría científica, el clínico o el investigador de ciencia aplicada, por modesto que éste sea, tiene que decidirse, y no puede sino escoger los términos de referencia de más útil aplicación a su trabajo y de más fácil difusión. Por eso hemos escogido el par «orgánico-funcional», simultaneándolo con el «somático-funcional» (entendiendo por pacientes «funcionales» el conjunto de los «psiquiátricos» y los «encéfalo-visceral» o «psicosomáticos»). Nuestras razones son simples: por un lado cualquier otra terminología hubiera exigido una exhaustiva justificación. Por otro, ha sido la postura terapéutica la que nos ha decidido: **¿Este paciente necesita un tratamiento fundamentalmente psiquiátrico (propio de la especialidad de la psiquiatría, tal como hoy la conocemos) o no?** Esta es la razón, además, de que en el estudio de la incidencia, dentro del epígrafe «Pq» (fig. 1) incluamos los pacientes «Ev», cosa que no hacemos al estudiar nuestros pacientes «habituales» o «crónicos».

II. En segundo lugar, ¿cómo diferenciar in extremis a muchos pacientes hipocondríacos de los pacientes encéfalo-visceral o psicosomáticos? O bien ¿las algias de los histéricos son problemas e-v? ¿Cuántos de nuestros pacientes vienen aquejados de dolores musculares de los que es difícil discernir una base hipocondríaca o bien encéfalo-visceral! ¡Y qué decir de los múltiples dolores viscerales (cefalalgias, dolores cólicos intestinales, etc.) de nuestras pacientes histéricas! En

definitiva, lo que se plantea es el **concepto y límites de lo que entendemos por afección psicosomática o encéfalo-visceral**. Daremos sólo unas breves indicaciones sobre el tema.

Para VON BERGMAN la **alteración funcional** era el puente entre lo orgánico de un lado y lo psicógeno por otro. Con su distinción, hay una serie de diagnósticos que entran en crisis: neurosis cardíacas, neurosis vasomotoras, neurosis gástricas, ptosis de estómago y otras vísceras, espasmos intestinales, etc. Más tarde, VON WEISSAECKER llegó a sistematizar así el tránsito entre la psicopatología y la somatopatología: 1. Excitación psíquica. 2. Alteración funcional. 3. Disregulación motora y secretora. 4. Inflamación. 5. Úlcera. 6. Necrosis visceral, carcinoma o esclerosis. 7. Muerte.

La neurología visceral se reforzó a partir de las doctrinas de EPPINGER y HESS sobre vagotomía y simpatectomía (1920). La meta del esfuerzo psicosomático era entonces determinar si predominaba en el enfermo uno u otro tono inervatorio y poner en relación la alteración con dicha «disonía». Pero a medida que se fue avanzando en los conocimientos neurofisiológicos, especialmente sobre el diencefalo, se vio que numerosas veces el nódulo patógeno era central y no periférico. Gracias a ese tipo de avances clínicos y neurofisiológicos hoy podemos determinar mucho más claramente el ámbito de la Medicina Psicosomática.

La Medicina Psicosomática o encéfalo-visceral, dentro del amplio campo de las ciencias médicas busca las causas e influencias mentales, encefálicas, de las enfermedades (**psicogénesis y psicodinamia**). Hablamos de enfermedades psm o ev, para referirnos a todas aquellas en las que se puede señalar o admitir una psicogénesis. Sin embargo, hoy lo psicosomático y

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

lo psicogenético parecen menos directamente ligados: hay factores sólo indirectamente psicogenéticos que afectan a las enfermedades: por ejemplo, los perfiles psico-sociológicos de las enfermedades, los factores situacionales, etc. Lo cierto es que aparentemente la distinción entre neurosis y enfermedad e-v parece establecida: las neurosis introducen procesos de simbolización en tanto que las enfermedades psm consisten en alteraciones de las regulaciones vegetativas (ALEXANDER, citado por LOPEZ IBOR). Tal distinción es similar a la que clásicamente se hacía entre psiconeurosis y organoneurosis.

Sin embargo, la medicina ev no sólo estudia la causalidad mental de las enfermedades, sino también su **condicionalidad mental**, con lo que nuestra distinción vuelve a hacerse confusa. Así, estudios de personalidad han llevado al establecimiento de **perfiles psicósomáticos** de las diversas enfermedades. Pero, ¿puede decirse que todos los enfermos (y por lo tanto, todas las enfermedades) para las que existe un «perfil» estadístico demostrado son enfermedades psicósomáticas o encéfalo-visceroales? En definitiva, como afirma LOPEZ IBOR, «la verdadera Medicina Psicósomática supone más que una ampliación de los conocimientos, un cambio de actitud (...) En la interpretación de los cuadros orgánicos, la medicina psicósomática trata de lograr el enlace entre los **síntomas** y la **biografía**». Según esto último, y según los tres grupos en los que WEISS y ENGLISH clasifican a los pacientes, del ámbito de la patología psicósomática no pueden excluirse los enfermos orgánicos, ya que en muchos de ellos intervienen factores mentales; ni tampoco muchas neurosis de angustia, que configuran la personalidad de base de los enfermos del grupo I. A nosotros,

sin embargo, nos parece excesiva esta ampliación del campo de la Medicina ev, sobre todo cara a una práctica clínica diaria.

Quizá el problema pudiera aclararse un poco gracias al estudio de los llamados «perfiles psicósomáticos»: como ya dijimos, determinado tipo de personalidad se relaciona con determinado trastorno psm. De los «perfiles psm» quizá los más conocidos sean los de DUMBAR, aunque después la bibliografía sobre el tema ha sido (y sigue siendo) abundante (COBB, DEUTSCH, CHANDLER, MURRAY, SULLIVAN, WEISS, WOFF...). Así, según la mayoría de los perfiles, un hipertenso psm debería ser, en un tanto por ciento elevado de veces, inofensivo, vividor, trabajador esforzado, asustadizo ante las responsabilidades; un ulceroso gastroduodenal sería tenso, angustiado, con elevado nivel de ambiciones, agresividad e independencia, etc.

Desgraciadamente, los resultados de tales estudios no son todos coincidentes y su metodología deja mucho que desear numerosas veces. Además, hay indudables analogías entre los diversos perfiles descritos: abundan la inmadurez, la insuficiencia en relación con el mundo, la dependencia, la angustia más o menos aparente, alteraciones en la esfera de la agresividad... Y en estos casos ¿dónde acaba el trastorno psicósomático y empieza el trastorno mental?

Estas consideraciones y otras similares nos han decidido a adoptar un criterio pragmático en nuestra división: consideramos pacientes ev todos aquellos en los que existe un cuadro somático u orgánico indudable pero en cuyo tratamiento juzgamos indispensable introducir elementos propios de la psiquiatría, tal como hoy la conocemos. Quedarán (en nuestro estudio) fuera de lo Ev, los casos que, aunque hoy

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

sabemos que en su origen se trata de trastornos ev, por su evolución u organicidad ya son sólo susceptibles de tratamiento «somático», los casos en los que el tratamiento psiquiátrico ya no es indispensable: hipertensos de larga evolución, algunos casos de asma bronquial crónica de larga evolución y con imágenes lesionales radiológicas, el reumatismo crónico deformante... (Y ello sabiendo que tal criterio pragmático es harto discutible desde la Medicina Psm).

Los casos en que coinciden en un mismo paciente trastornos ev y trastornos mentales (casi siempre neurosis), los clasificaremos dentro de su apartado de trastornos mentales ya que, 1) el tratamiento pq será su tratamiento fundamental (por eso en esta primera parte del trabajo incluso clasificamos dentro del epígrafe Pq a los enfermos Ev) y 2) en la base está el trastorno de personalidad (a menos que la perturbación Ev sea marcada e independiente). Trastorno ev y síntoma neurótico a nuestro entender no son sino significantes simbólicos de núcleos conflictivos de la personalidad, de ahí nuestro criterio clasificatorio.

El psicoanálisis ha realizado un acercamiento entre afecciones psm, psicosis y neurosis de tal forma que su separación tajante se vuelve aún más problemática. En los tipos primeros de afecciones (enfermedad ev y Psc) la naturaleza de la transferencia es comparable (intensa y frágil, creadora de grandes lazos de dependencia). Las relaciones entre trastorno psm y neurosis vienen ejemplificadas en la controversia sobre el puesto de la histeria en relación con las afecciones ev o psm. Según ALEXANDER, la histeria (y dentro de ella, las algias histéricas) pertenece a la patología de la **expresión voluntaria**, mientras que los hechos psm pertenecen a la patología

de las **reacciones vegetativas**. Así, el síntoma de conversión histérico es una expresión simbólica propia de una organización evolucionada; la enfermedad psicósomática es una «conversión» mucho más profunda del conflicto: a nivel de las funciones tisulares. Todo esto sería muy claro... si hoy la «realidad» de los trastornos viscerales de los histéricos no estuviera fuera de duda. Así que espasmos, algias, trastornos tróficos ya no pueden achacarse a simulación, efectos de las crisis o pitiatismo... sino a trastornos ev. ¿Cómo trazar entonces esquemáticas líneas divisorias o justificar a ultranza las trazadas con criterios pragmáticos? Si consideramos el trastorno ev como un **significante**... ¿cómo separarlo tajantemente de los trastornos de ese paciente —el histérico— que habla «el lenguaje de los órganos» con especial facilidad? En este caso sólo nos queda el viejo —e incompleto— recurso de separación del que arriba hablábamos: **¿hay lesión observable por alguna de las técnicas conocidas?** Y además, **¿qué es lo fundamental: los trastornos de la vida de relación por el trastorno de personalidad o el trastorno psm tal vez por ese mismo u otro semejante trastorno de personalidad?** ¿Qué tratamiento fundamental necesita el paciente: psiquiátrico, no psiquiátrico, combinado?, ¿y en qué proporción?

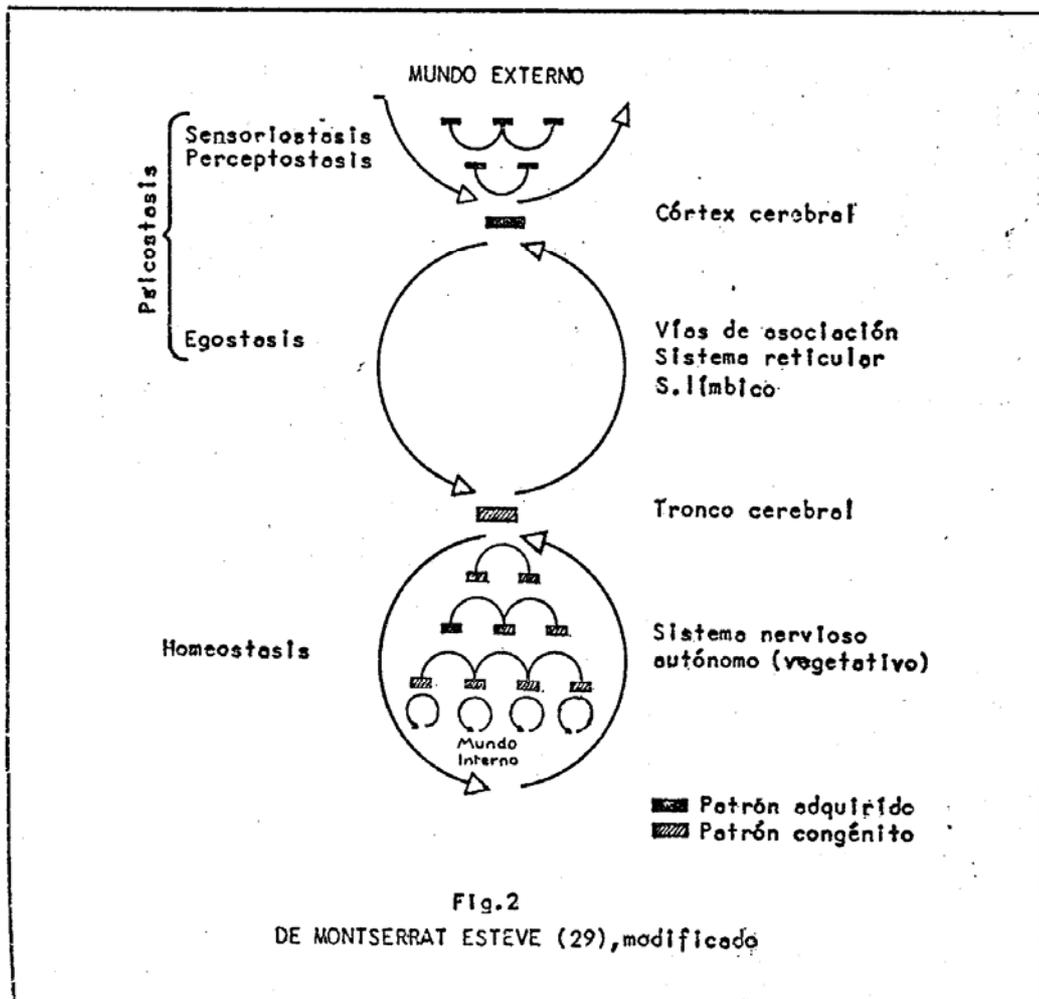
Y es natural que se nos planteen tales problemas conceptuales, ya que esas encrucijadas no son sino transmutaciones al plano de lo psicológico de hechos neurofisiológicos hoy cada vez más conocidos. Cada vez más la neurofisiología de nuestros días se está polarizando precisamente en el estudio de esas encrucijadas dentro de su propio nivel. Así, el estudio de una importante encrucijada, el sistema límbico, el rinencéfalo, nos orienta en el

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

mismo sentido de lo dicho hasta el momento sobre la estrecha interrelación entre la personalidad profunda, los trastornos neuróticos y los trastornos ev.

Hoy se conocen cada vez más claramente las **funciones del sistema límbico**. Cada nuevo paso en el estudio de tales funciones, y de las relaciones de este subsistema con el resto de subsistemas encefálicos y con la totalidad abona la creencia de que es un

sistema de fundamental importancia para la vida pulsional y las relaciones encéfalo-visceral en el hombre (figuras 2 y 3). A este subsistema encefálico de peculiaridades características neurofisiológicas (particular registro eléctrico al despertar, opuesto al del neocórtex; tendencia a la sincronización neuronal, riqueza en serotonina y mayor intensidad de metabolismo proteico de sus neuronas, etc.) se le atribuyen hoy una serie de funciones



DR. JORGE L. TIZON GARCIA

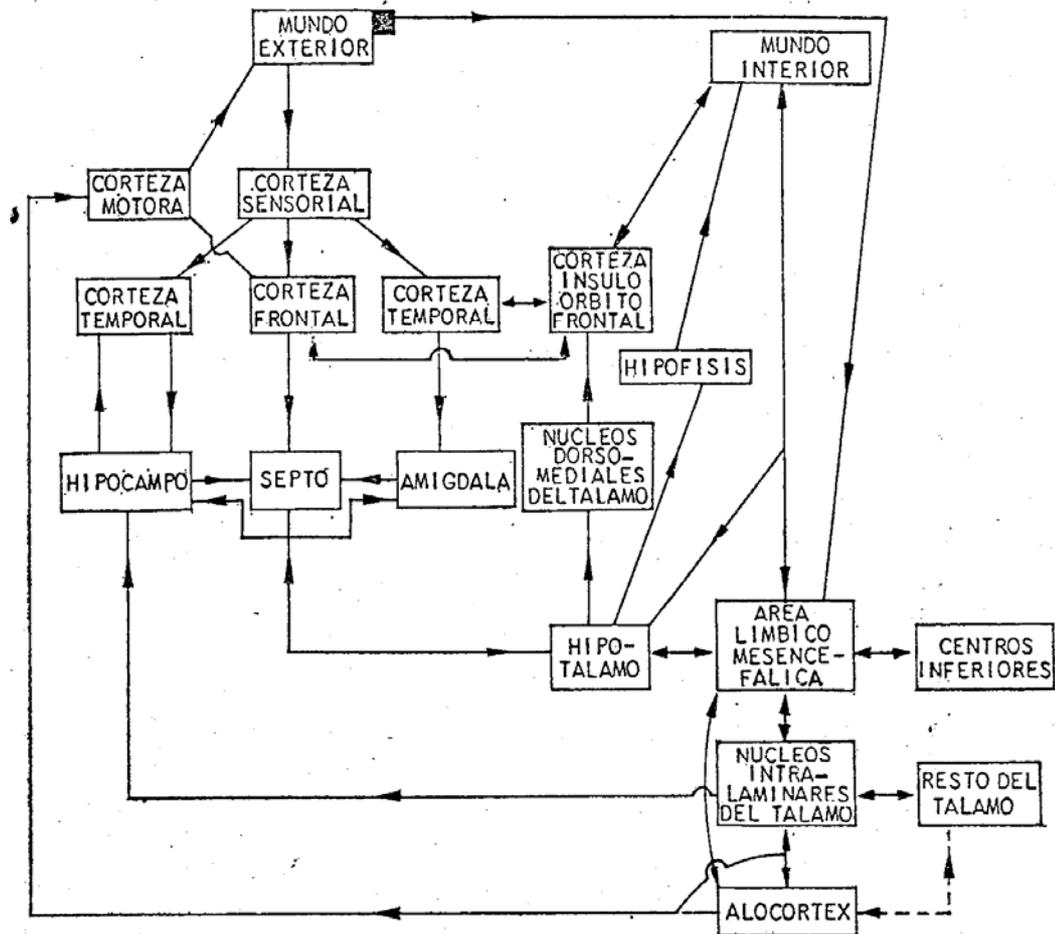


Fig. 3. (De SMYTHIES, modificado por ROF CARBALLO)

clave para nuestro tema, que según MAC LEAN pueden agruparse en dos funciones generales: las protectoras de la integridad del individuo (circuito de la amígdala) y las funciones defensivas de la continuidad de la especie (circuito del septo), con toda la ramificación de conexiones y actividades que tales funciones implican. Así, el SL tendría:

1. Un papel fundamental en la memoria y el aprendizaje, en particular a través del hipocampo: memoria per-

sistente, participación en el condicionamiento temprano, «constitutivo» (relación con la persona tutelar), integración de la experiencia en el tiempo personal (WOFF, SMYTHIES, ROF CARBALLO, GRASYAN, LESSE, OLDS y OLDS...).

2. Papel fundamental en las relaciones neurohumorales: conexiones con el SN Vegetativo a través del hipotálamo y la formación reticular por un lado y relaciones con el sistema endocrino a través del conjun-

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

to diencefalo-hipofisario y el hipocampo (MONNIER y GANGLOFF, MAC LEAN...). Por lo tanto, como señalan AJURÍAGUERRA y KUBIE, el sistema límbico está en estrecha relación con los problemas neurobiológicos de los «instintos» y pulsiones.

3. Intervención en las **actividades orificiales y conductas de oralidad** (actividad exploratoria, actividad de vigilancia, actitudes defensivo-agresivas...). En este aspecto hay que destacar la estrecha relación entre la amígdala y el par agresión-sometimiento (BARD y MOUNTCASTLE, PRIBRAM, RODRIGUEZ DELGADO, SMYTHIES...). (También por medio de la amígdala el sistema límbico funciona como un intermediario entre las señales que proceden del neocórtex, indicadoras de las modificaciones del medio circundante y las señales provenientes de las vísceras, que nos indican la situación del medio interno —las necesidades «instintivas»—: PRIBRAM y KRUGER.)

4. Sus estrechas relaciones con el lóbulo frontal, de importancia fundamental en la función simbólica, ponen en relación toda esa tupida red afectivo-pulsional-visceral-humoral con el mundo de lo simbólico, con el mundo de los otros y de la cultura (LEVINE, SMYTHIES, PRIBRAM...).

Por ello, si a esta rápida visión funcional de un subsistema cerebral de decisiva importancia en las correlaciones afectivo-pulsionales-viscerales le añadimos las posibilidades de interpretación e investigación basadas en modelos cibernéticos como los de las figuras 2 y 3, podemos estar seguros de que cada vez estamos más cerca de la posibilidad de una explicación de las afecciones psm o ev a nivel de sus mecanismos neurofisiológicos. Lo que no excluye, ni mucho menos —hemos de decirlo desde ahora—, la ne-

cesidad de la comprensión psicósomática, que se sitúa a otro nivel, ni la necesidad de la psicoterapia en el tratamiento.

Similar orientación tienen hoy día las conclusiones extraídas del estudio de la **Fase Paradójica (FP) del sueño** (Sueño Paradójico, SP). Hoy la FP se considera un momento fundamental del sueño y de la vida humana (DEMENT, BOURGIGNON, BARRAQUER-BORDAS). Durante ella ocurren los ensueños. Durante esta «alerta singular» que son las FP, coexisten una inhibición de lo motor, la conducta, con una expresión psicosensores, una «actividad fantasmática» y una reactividad pulsional aumentadas (DEMENT, BOURGIGNON). Se trata de auténticos períodos (con sus componentes tónicos y fásicos) de actividad «hacia adentro» (DEMENT), con máxima actividad del sistema límbico, lo que conlleva una activación máxima de los engramas instintivo-afectivos y neurohumorales, incluidas las reminiscencias infantiles (HERNANDEZ PEON). De ahí los ensueños y la clásica observación de la duplicidad de su contenido: manifiesto y latente (FREUD). Ahora bien, en esta situación de inhibición de la conducta y gran actividad pulsional, si, como dice BOURGIGNON, hay una mayor descarga por las vías somáticas (como en el recién nacido), tenemos la base neurofisiológica de la patología e.v. Las FP ya de por sí son psicósomáticamente stressantes, como demuestra el hecho confirmado por HARTMAN de que las crisis de asma nocturna ocurren siempre durante las FP del sueño; como lo demuestran las modificaciones neurovegetativas que acompañan a dicho SP: aumento en nivel y excreción de 17-hidrocorticosteroides, etc. Cada FP, con su función básica de interrelación e integración de

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

los restos diurnos (gratificaciones-frustraciones), las pulsiones básicas, la vida psm y las relaciones Consciente-Inconsciente, es una «enfermedad psicósomática en miniatura».

Y este tipo de estudios para nosotros tiene la doble ventaja siguiente: por un lado es explicativo sobre los mecanismos neurofisiológicos de la patología e-v; por otro, el hecho de que están basados en las relaciones entre neurofisiología y explicación psicoanalítica, indispensables para todo replanteamiento futuro (tan necesario) de la Medicina psm y, por lo tanto, de sus relaciones con la patología orgánica y la patología psiquiátrica propiamente dicha. Sólo a partir de aquí podremos tener claras esas relaciones, para nosotros hoy tan problemáticas, y por lo tanto podremos comenzar a construir una nueva clasificación de las enfermedades e-v y «mentales» y de las relaciones entre las mismas (suponiendo que persista esta división, que no es seguro). Por eso, mientras tanto, son explicables nuestras dudas en cuanto a la clasificación, determinación o discriminación de algunos pacientes. Y por eso también aquí un criterio práctico ha resultado ser el tratamiento: un paciente es e-v si, teniendo una afección «somática» o «lesional», en su

tratamiento ocupan un lugar fundamental las medidas psiquiátricas.

Ahora bien, aquí surge otro problema imbricado con el anterior y citado antes de pasada: ¿Cuándo consideraremos un trastorno e-v «enfermedad psicósomática o encéfalo-visceral»? No necesitamos extendernos aquí sobre el hecho de que ante muchas emociones o situaciones de represión de las emociones respondemos por vía somática con diversas variaciones: vómitos, lipotimias, pujos, polaquiuria, taquicardias, temblores, contracturas, etc. Está claro que tales manifestaciones no pueden ser consideradas auténticas «enfermedades e-v o psm», pero también está claro que hay pacientes que acuden a nosotros aquejando precisamente esos trastornos (en mayor número, o con mayor profundidad, o sentidos como más graves). Apliquemos el criterio dado anteriormente: si hay una historia suficientemente clara, consideraremos a esos pacientes enfermos mentales. Si no, no podremos considerarlos, a menos que medien nuevos signos o síntomas, como «enfermos e-v» según el criterio que vamos definiendo.

De ahí la utilidad de basar nuestras ideas de patología psm sobre los «trastornos psicósomáticos», entendiendo dentro de ellos tres grados según la profundidad (ver tabla 2), si-

TABLA 2

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

APARATO DIGESTIVO .

EE: anorexia, bulimia, náuseas, vómitos, constipaciones, diarreas, cólicos y dolores rectales, cardioespasmos, espasmos esofágicos...

TF: patología digestiva menor a partir de esos trastornos pasajeros. Colitis espástica. Colon irritable. (Anorexia nerviosa.)

SL: enfermedad ulcerosa gastroduodenal, colitis ulcerosa, rectocolitis hemorrágica (BONFILS, MARTY, FAIM: «Enciclop. méd. chir.», CAIN y SARLES).

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

APARATO RESPIRATORIO

EE: suspiro, taquipnea, tos, modificaciones de la palabra...

TF: angustia con sensación de opresión torácica, toses neuróticas, disneas asma-tiformes, tartamudez, muchas afonías y voces bitonales... Asma, zona límite entre TF y SL, según la forma del síndrome.

SL: asma bronquial (KORILSKY y GENDROT, WOLFROMM y ALBY), tuberculosis pulmonar (WITTKOWER, RECAMIER, BEGOIN)...

APARATO CARDIOVASCULAR

EE: taquicardias, hipotensiones, hipertensiones pasajeras...

TF: palpitaciones y dolores precordiales, lipotimias, angor sin trastornos ECG...

SL: enfermedades coronarias (JOUVE y DONGIER), muchas hipertensiones arteria-les (FAIN, FENICHEL), taquicardia paroxística (JOUVE y DONGIER)...

APARATO LOCOMOTOR

EE: tensión e hipotonía muscular, temblores, calambres, contracturas...

TF: raquialgias, lumbalgias, muchas astenias, muchas cataplejías y síndromes de «restless legs»...

SL: muchas colagenosis agudas, subagudas y crónicas (DUMBAR, MARGOLIN)...

APARATO CUTANEO-ALERGIA

EE: reacciones vasomotoras, horripilación...

TF: placas eritematosas, prurito, hiperestesias, anestесias...

Alergias: hay variabilidad de alérgenos en el mismo sujeto, posibilidad de reac-ciones a los sentimientos (asma de TROUSSEAU ante la cólera), a las imágenes (asma de Proust), a los sueños...; también paradojas en el tratamiento (el alérgico reacciona a todo o a nada). Todo ello nos orienta hacia la «personalidad alérgica» (GRACIANSKI y STEIN, WOLFROMM y ALBY).

SL: numerosos eczemas (BRUNER y SCHWED, IKURI, NAKAGAWA y HIGUCHI), psoriasis (BOLGERT y SOULÉ), alopecias, hipertrichosis...

SISTEMAS METABOLICO Y ENDOCRINO

EE: fluctuaciones emocionales de la glicemia, poliuria emocional, perturbaciones vasomotoras adrenalínicas, fluctuaciones de la TA...

TF: amenorrea, fluctuaciones ponderales, glicosurias transitorias, canicie...

SL: existen factores psm en la diabetes, el hipertiroidismo, hipercorticismos «fun-cionales», obesidad psm...

OTROS SISTEMAS Y APARATOS

SN: cefaleas, migraña, algias diversas, «astenia psíquica», insomnios, «distonías»...

APARATO GENITOURINARIO: algunas retenciones urinarias, cistalgias, enuresis nocturna, eyaculación precoz, impotencia sexual, frigidez, vaginismo, pruritos genitales, algunas esterilidades, leucorreas y amenorreas, síndromes premens-truales, algias lumbopélvicas, seudociésis, trastornos de la gestación...

PATOLOGIA OCULAR: FAIN ha estudiado los aspectos psm del glaucoma.

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

guiendo en líneas generales el esquema de EY, BERNARD y BRISSET:

- El grado más ligero corresponde a la manifestación emocional trivial (**Experiencia emocional, E.e.**) que con propiedad no podemos considerar «enfermedad e-v».
- En un grado más profundo están los **Trastornos Funcionales (TF)**, «respuestas elaboradas ya de un organismo que busca una vía somática para la expresión de emociones reprimidas». Con cierta frecuencia se habla en estos casos de **disonías neurovegetativas y trastornos vago-simpáticos**. Este nivel es el más relacionado y entremezclado con las neurosis y, en particular, con la histeria: de ahí las dificultades de discriminación de las que antes hablábamos, que sólo podrán vencerse en el futuro mediante una explicación que use los dos niveles fundamentales en patología e-v: el de la psicología profunda o psicoanálisis y el de la neurofisiología.
- Si la represión emocional prosigue, la expresión somática toma un aparato o sistema preferente, de forma similar a los rasgos de carácter, con lo cual puede llegarse a los llamados **Síndromes Lesionales (SL)**, auténticas enfermedades psicósomáticas sin duda alguna.

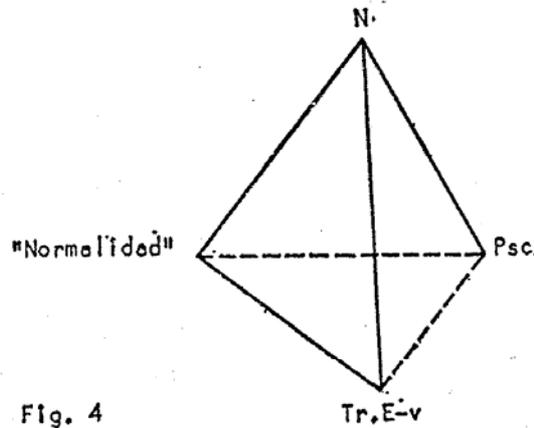
De esta forma, en la tabla 2 presentamos una lista de los principales trastornos psicósomáticos o encefaloviscerales que refleja nuestra orientación en esta parte del trabajo. A lo largo de éste, a menos que existieran importantes manifestaciones de personalidad relacionadas con el TF, procuramos considerar enfermos psm sólo a los SL. En la valoración de todas las observaciones, por último, hemos tenido muy en cuenta la «personalidad

psicósomática» en el sentido de HAL-LIDAY.

III. **En tercer lugar**, otro problema que hemos tenido que afrontar es el hoy común a toda psiquiatría que se replantea sus fundamentos científicos: la discriminación entre normalidad y neurosis o entre neurosis y psicosis o entre normalidad y psicosis. Sobre esta última diferencia hemos tratado más extensamente en otro trabajo (47), hablando a propósito de la anti-psiquiatría. Hoy tales relaciones, normalidad-neurosis-psicosis, no están claras, ni mucho menos. Por ejemplo, si la antipsiquiatría ha puesto en duda la línea divisoria normalidad-psicosis, al menos como la entendía la psiquiatría tradicional, la clínica de cada día pone en duda las otras: normalidad-neurosis y, en ciertos casos, neurosis-psicosis. ¿Hasta qué punto no están discutidos y vueltos a discutir los clásicos criterios para la división entre N y Psc que da por ejemplo SPOERRY: afectación total o parcial, pérdida o no de la capacidad de comprensión, rendimiento y relación, exógenas o endógenas, comprensibles o no...? Para nosotros estas dificultades no son sino manifestaciones del «impasse» en el que se encuentra hoy la ciencia aplicada psiquiátrica, «impasse» que sólo podrá ser superado tras una nueva acumulación y estructuración de conocimientos y tras una auténtica crítica epistemológica de sus fundamentos (uno de los cuales precisamente es esa división triangular —o piramidal, según muestra la figura 4—) que indudablemente hoy no queda más remedio que replantearse.

Desarrollo del trabajo

Como queda dicho, para el estudio sobre la incidencia usamos el modelo



de anotación expuesto en la figura 1 con las dificultades de clasificación que acabamos de tratar. Para la clasificación general de nuestros pacientes «crónicos», tanto a efectos estadísticos como clínicos y terapéuticos, hemos utilizado la clasificación del INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) de 1967. En las tablas 4 y 5 podemos ver los resultados de su aplicación. Las ventajas de esta clasificación sobre las normalmente usadas (entre ellas la del PANAP) nos parecen evidentes, máxime para nuestro trabajo: se trata de una derivación de la clasificación de la OMS y adaptable con ella, pero más acorde con la moderna clínica psiquiátrica «comprensiva», y lo suficientemente detallada y concisa como para poder encuadrar en ella la amplia gama de trastornos psiquiátricos y encefalo-visceroles que se presentan en una consulta de medicina general. Es de destacar, por otra parte, que tal clasificación, en su epígrafe 14, incluye los trastornos psm, lo que está de acuerdo con el criterio pragmático, basado en las necesidades terapéuticas, que hemos adoptado en la primera parte de nuestro trabajo.

En cuanto a esa **primera parte del trabajo**, queríamos hacer constar asi-

mismo una serie de apartados que en principio contabilizábamos, pero que más tarde debimos abandonar:

1) **Absentismo laboral** como motivo oculto de la consulta: de todos es sabido el aumento creciente del absentismo laboral en las empresas de los países desarrollados. A nuestro entender, tal absentismo se trata de una reacción ante las condiciones laborales y el tipo de trabajo que esas empresas imponen en y a nuestra sociedad. Parecería como si paralelamente al desarrollo y a la cierta «paz social» que éste conlleva, la protesta —más o menos inconsciente— se orientara en la dirección del absentismo, dada la presión sociopolítica que se ejerce contra otros tipos de protesta. De cualquier modo, lo cierto es que en nuestra consulta el número de visitas por esa causa era bajísimo (o al menos, las que captábamos): del orden de una cada ocho o diez días, por lo que nos inclinamos a abandonar este parámetro. Indudablemente, el hecho, a primera vista paradójico en una zona «industrialmente desarrollada», tiene mucho que ver con la política salarial vigente que grava fuertemente el salario percibido tras cualquier tipo de ausencia laboral.

2) En segundo lugar, otro paráme-

TABLA 3

	I	II	T	S	Pq	Mx	Psc	N	Ev	NC
5-VIII										
1	1	7	8	6	3	1	2	2	1	1
2	1	12	13	11	6	4	2	1	2	1
3		6	6	4	2	2	2	2	1	
4		10	10	9	5	4	2	2	1	
5	1	10	11	8	3		1	1	1	
6	4	10	14	9	5	1		4	1	
7	1	5	6	5	2	1		2		
8	3	6	9	6	3		1	2		
9	5	12	17	8	10	1	1	6	2	1
10	2	8	10	8	3	1		2	1	
11	3	3	6	6				2	2	
12	3	9	12	12	4			2	2	
13	3	8	11	10		1		1	1	
14	3	9	12	10	2	1		1	2	
15	4	7	11	10	2	1		1	1	
16		13	13	11	6	4	1	3	2	1
17	4	8	12	7	5			2	2	
18	3	6	9	6	5	2	1	3	1	
19	2	6	8	6	2		1	1	1	
20	3	8	11	7	4			3	1	
Totales	46	161	207	155	72	20	12	37	20	3
\bar{X}	2,3	8,85	10,35	7,75	3,60	1	0	1,85	1	0,15

	I	II	T	S	Pq	Mx	Psc	N	Ev	NC
7-X										
1	7	11	18	16	4	2		3	1	1
2	14	5	9	6	3			1	2	
3	11	15	26	20	6		1	2	3	
4	3	5	8	6	2			1	1	
5	12	6	18	18	4	4		3	1	
6	5	6	11	9	3	1		3		
7	9	9	18	15	3			3		
8	3	9	12	10	3	1	1	2		
9	5	7	12	7	6	1	1	4	1	
10	4	9	13	12	2			1	1	
11	2	5	7	7	2	1		4	1	
12	4	6	10	9	4	3		3	1	1
13	7	11	18	10	9	1	1	5	2	1
14	4	5	9	9	1	1		1	1	
15	7	5	12	12	3	3		2	1	
16	5	6	11	9	2	2		1	1	
17	3	8	11	8	4	1		3	1	
18	2	4	6	5	2	1		1	1	
19	5	8	13	8	5		1	2	2	
20	3	6	9	7	2			1	1	
Totales	115	146	261	213	68	20	5	41	21	1
\bar{X}	5,75	7,30	13,05	10,65	3,4	1	0,25	2,05	1,05	0,05

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

tro abandonado fue el de «ansiedad materna coincidente con los cuadros psiquiátricos o psicósomáticos infantiles y puberales». Este parámetro exigía una elaboración más seria para poder considerar válidos sus resultados, lo que implicaría cambios de metodología que no hubiéramos podido realizar dados los condicionamientos de nuestro estudio. Señalaremos, sin embargo, la estrecha correlación apreciada entre ambos parámetros.

3) Otro apartado de nuestra ficha diaria fue durante un tiempo «trámite burocrático». También este apartado fue abandonado en aras a una clara definición de los datos. Aunque en la consulta, salvo excepciones justificadas, no pasamos las recetas de médicos que no estén en nuestra pirámide de especialistas, es difícil discriminar si el suministrar recetas a un paciente crónico, conocido de años, es o no un puro trámite burocrático. Por otro lado, numerosas veces, en un interrogatorio realizado en una de esas visitas o a cualquier persona que acude a nosotros para que le rellenemos cualquier certificado, aparecen datos clínicos inesperados y valorables.

4) Por último, nuestro trabajo también incluye un estudio sobre el tipo de tratamientos más eficaces, según nuestra experiencia, para los enfermos psiquiátricos y encéfalo-visceral de esta clase de consulta: preparados, dosis, relación con el cuadro clínico, etc. Todo ello deberá formar parte de una comunicación futura. Bástenos indicar aquí los brillantes resultados conseguidos mediante el medacepan en los pacientes e-v y similares (aunque hemos podido comprobar con cierta frecuencia la aparición del fenómeno de taquifilaxia, sobre todo en los períodos de tratamiento posteriores al primero).

En el estudio sobre la incidencia se

intentaron despistar una serie de influencias conocidas: estación del año y horario, entre otras. En cuanto a lo primero, los datos se recogieron, como indica la tabla 3, en dos períodos: uno de verano y otro de otoño. Nuestra impresión es que durante el verano disminuye el número de visitas, pero que tal disminución se hace por igual en los dos grupos: S y Pq, mientras que en invierno la cifra sube por encima de lo normal debido a los cuadros banales estacionales: síndromes gripales y catarrales, etc. En la tabla 3 puede observarse también el aumento del número de pacientes, sobre todo del grupo S, durante el otoño, motivado por similares circunstancias.

En invierno-primavera hemos obtenido una media de 16 visitas/día (pero hay que hacer constar que el número de visitas en nuestra consulta, según observaciones de las ATS encargadas de la misma, se ha casi duplicado desde que nos hicimos cargo de la misma).

En cuanto al problema del horario (influencia sobre el número de pacientes y su distribución) está compensado en parte porque durante nuestro estudio se realizó un cambio de horario: del primitivo de 12 a 13 pasamos a la tarde, de 17 a 18.

Aunque no consta en los cuadros transcritos, el número de mujeres que consultan duplica al de hombres. Ahora bien, a nuestro entender esta desproporción, antes que con una patología diferencial general (que sí psiquiátrica), está directamente relacionada con:

1) Las condiciones laborales de nuestro país: la mayoría de las mujeres de nuestra consulta no pertenecen a la población activa (al menos a la contabilizada oficialmente como tal). Y en cuanto a los hombres, en muchas empresas el acudir al médico es ob-

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

jeto de descuentos y vigilancia, y los propios trabajadores sobrevaloran su trabajo con respecto a sus problemas de salud física o mental.

2) La situación social de la mujer en nuestra sociedad, tema sobre el que nos gustaría profundizar (pero no es éste el lugar para hacerlo).

Otro dato que creemos conveniente señalar: se ha llamado la atención numerosas veces sobre el efecto «polarizador» que un facultativo tiene sobre su consulta. Así, dada nuestra especialidad de Psiquiatría y Psicología clínica, era posible que paulatinamente nuestros pacientes fuesen viniendo cada vez más «polarizados» y se alterasen los porcentajes relativos estudiados (hecho que podemos comprobar efectivamente en la época en que estamos redactando nuestro trabajo). Por ello, el estudio lo realizamos en los 9 primeros meses de hernos cargo de la consulta, con lo que tal inconveniente queda también en parte paliado.

Un hecho en apariencia paradójico si observamos los datos de la tabla 3 es el número de pacientes que vinieron a nuestra consulta directamente a por el volante para el especialista en psiquiatría: solamente 2 en ambos períodos. Este hecho está en indudable relación con el bajo nivel de cultura sanitaria de nuestro país por un lado (idea de las enfermedades mentales, del psiquiatra y del tratamiento psiquiátrico) y con un cierto grado de «hipocondrización» de nuestra sociedad, que aquí sólo podemos apuntar y cuya demostración plantea dificultades metodológicas.

Por último, en esta primera parte del estudio hablamos de «estudio sobre incidencia» y no «estudio de la incidencia» porque, según el método empleado, no podemos determinar sino estimativamente la incidencia real, ya

que algunos de los pacientes vuelven a visitarnos dentro del período observado, con lo cual no podemos determinar exactamente «el número de casos nuevos que se producen durante determinado período» (KRAMER, 1967).

Por otra parte, como puede verse en las tablas, en esta parte del trabajo, dado el criterio de orientación terapéutica escogido, hemos considerado a los pacientes e-v incluidos dentro del grupo Pq.

En cuanto al estudio sobre prevalencia relativa hay una serie de hechos que creo necesario señalar (tablas 4 y 5).

1) Una investigación un poco profunda de algunas algias musculares, aparentemente e-v, de nuestros pacientes, nos ha hecho clasificarlos numerosas veces entre las neurosis histéricas. Más arriba hemos aludido al por qué de esta actitud.

2) A nuestro parecer, la mayor parte de los casos de hipocondría deben clasificarse dentro del apartado de neurosis angustioso-fóbica. Sólo cuando existe una nosofobia concreta, circunscrita y sin angustia generalizada (sólo ante las situaciones fóbicas) hemos incluido a tales pacientes dentro del grupo de las Neurosis Fóbicas.

3) Porque, como se deduce de lo anterior, un criterio fundamental en la clasificación dentro del grupo de las neurosis, es el de la **efectividad de las defensas contra la angustia** o, lo que es lo mismo, la mayor o menor estructuración de esas defensas (naturalmente, aparte del tipo de las mismas). Por eso, si una N con manifestaciones histéricas o fóbicas no nos parecía suficientemente estructurada en sus defensas, pues seguía existiendo angustia generalizada, la colocábamos en el grupo anterior en cuanto a estructuración. Así hemos sepa-

TABLA 4
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES OBSERVADOS

01. Psc. Maníaco-Depresiva	01.0. Acc. melancólico	m	1	
	01.3. Melanc. de involución	m	2	
02. Esquizofrenia crónica	02.0. Simple	m	2	
	02.1. Hebefrénica	h	1	
	02.5. Residual	h	2	
03. Delusión crónica	03.0. Paranoica	h	1	
	03.2. Psc. cr. alucinatoria	m	2	
05. Psicosis alcohólica	05.5. Borrach. patológicas	h	1	
	05.2. S. de Korsakov	h	1	
06. Tr. mentales de la epilepsia (Epilepsias, OMS 345. 5 m y 2 h)	06.2. Tr. de personalidad epilépticos	m	2	
		h	1	
07. Estados de debilidad de la senilidad y dem. pres.	07.0. Demencias seniles	m	1	
	07.1. Dem. senil. arteriop.	m	1	
		h	1	
	07.3. Debilidad no demenc. de la senilidad	m	2	
08. Tr. ment. sintom. a otras afecciones cerebrales	08.5. Enferm. degenerativas: corea de Huntington	m	1	
09. Tr. ment. sintom. a otras afecc. somáticas generales	09.0. Psc. puerperales	m	1	
	09.1. Afec. endocrinas	m	2	
	09.3. Afec. gen. infecciosas	h	1	
10. Neurosis y tr. neuróticos	10.0. Neurosis de angustia	m	26	
	NHA	4 m	h	11
	NAF	2 m		
	NA pura ...	20 m, 11 h		
	10.1. N. histérica	m	23	
		h	4	
	10.2. N. fóbica	m	3	
		h	6	
	10.3. N. obsesiva			
	10.4. Neurastenia	m	6	
	10.5. Estado neur. hipocondríaco	m	4	
		h	3	
	10.6. Estado agudo reactivo con sint. neurótica	m	4	
	10.7. Idem crónico	m	2	
		h	1	
	10.9. No clasificables			
	Totales N	m	68	
		h	25	
11. Caracteropatías y pers. patológicas	11.1. N. de carácter	h	3	
	11.4. Toxicomanías	m	1	
		h	1	
12. Alcoholismo	12.0. Crónico simple	h	3	
	12.1. Ligado a caracteropatía	h	2	
	12.3. Dipsomanía	h	1	
13. Estados depresivos no psicóticos	13.0. Neuróticos	m	7	
		h	3	
15. Tr. aislados no clasificables	m	1	
16-19. Retraso mental	16. Borderline	h	1	
	17. R. M. ligero	h	1	

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

TABLA 5
14. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Número de trastornos clasificados	m	47
	h	20
Número de pacientes	m	32
	h	15
Enfermos mixtos Pq-Ev	m	11
	h	3
14.0. Cutáneos	m	5
	h	1
14.1. Aparato locomotor	m	10
	h	2
14.2. Respiratorios	m	7
	h	6
14.3. Cardiovasculares	m	5
	h	1
14.4. Hemáticos		
14.5. Digestivos	m	9
	h	8
14.6. Genitourinarios	m	4
	h	1
14.7. Endocrino-Metab.-Alim.	m	5
	h	1
14.8. Organos de los sentidos	m	2
14.9. No clasificables		

rado dentro de la Neurosis de Angustia (NA) tres grupos: Neurosis de Histero-Angustia (NHA), Neurosis Angustioso-Fóbica (NAF) y Neurosis de Angustia Puras (NAP). Queremos hacer constar además el número relativamente elevado de esos grupos mixtos, NHA y NAF dentro de nuestra consulta en población trabajadora, lo cual, a nuestro entender, debe estar en relación más o menos directa con el bajo nivel socio-cultural y de intelectualización de nuestros pacientes por un lado y, por otro, con el grado de cronicidad de muchos de dichos cuadros.

4) Naturalmente, según la clasificación usada, no incluimos como pa-

cientes psiquiátricos a los epilépticos (lo cual es discutible), sino cuando presentan trastornos de personalidad.

5) Dentro del apartado de trastornos psm o ev hay que hacer constar que la clasificación no es unívoca, como en los trastornos mentales: pueden darse varios trastornos en un solo paciente, razón por la que aparecen mayor número de trastornos que de pacientes.

6) El número de pacientes «crónicos» señalados es sobre la base aproximada que indicábamos al principio: unos 2.000 asegurados entre «titulares» y «beneficiarios». De éstos, un porcentaje difícilmente determinable

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

pero que nosotros estimamos equiparable al 10-20 % del número de pacientes que se visitan, no acuden a nuestra consulta sino que van a otros médicos o a instituciones fuera del Seguro de Enfermedad, máxime ante nuestra actitud frente a las «recetas».

7) También hay que tener en cuenta la «población variable»: traslados, cambios de domicilio, bajas en la Seguridad Social... que afectan de forma compleja nuestra estadística. El por-

centaje de tales hechos en nuestra consulta en los períodos señalados creemos que oscila alrededor del 2 % de los asegurados.

Discusión y conclusiones

En cuanto a la primera parte de nuestro trabajo (distribución de los pacientes que acuden a nuestras consultas) destacamos los siguientes datos (tablas 3 y 6):

TABLA 6

	1.º Período	2.º Período	\bar{X}	% (T=12) *
T	10,35	13,50	11,92	
S	7,75	10,65	9,20	71
Pq (+Ev)	3,60	3,40	3,50	29
N	1,85	2,05	1,95	16
Ev	1,00	1,05	1,02	8

* Redondeados y descontados los pacientes Mx (Tr. S+Tr. Pq)

1) El gran número de segundas visitas, que la mayoría de las veces sólo acuden a renovar sus recetas, pero que hacen subir enormemente el número de pacientes que acuden a cada consulta, con los inconvenientes naturales que de ello se derivan. A nuestro entender, éste es un problema de difícil solución con la estructura actual del Seguro de Enfermedad, si se guarda una mínima ética profesional en cuanto a la receta de medicamentos.

2) El porcentaje de visitas por trastornos que clasificamos como «necesitados de tratamiento psiquiátrico» (aunque pocas veces el motivo de la consulta sea directamente un síntoma psiquiátrico) es mayor de la cuarta parte de la consulta: 29 %, comparable a los porcentajes hallados por HELSBORG en Suecia en Consultorios de Medicina General (22 %) y muy similar a la cifra del Comité del Colegio de Médicos de M.G. de Gran Bretaña (30 %).

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

TABLA 7

SHEPHERD, G. B. (HOSPITAL)	% enfermos de Medicina
Enfermos con tr. mentales y sin síntomas de enfermedad física	
a) Reacción depresiva	17
b) Reacción neurótica y personalidad psicopática	21
c) Esquizofrenia	0
	} 38
Enfermos con perturbación mental y enfermedad somática	13
Enfermos únicamente somáticos	49
SHEPHERD, G. B.: CONSULTA DE M. GENERAL EN EL N.H.S.	
N.º de pacientes/N.º que se visita al año	1193/620
Incidencia	
a) de trastornos mentales	8
b) de enf. sin causa org. demostrable	30
c) de enf. org. influenciadas por factores psicológicos	12
	} 38
	} 50
Motivos de la consulta	
a) por trastorno mental	6,8
b) por enf. sin causa org. demostrable	21,4
	} 28,2
HELLSBORG (SUECIA): CONSULTA DE MEDIC. GENERAL	
Enfermos exclusivamente Pq o Ev	22
ROBERTS Y NORTON, U.S.A (HOSPITAL)	
Pacientes con trastornos funcionales	60
COMITE DEL COLEGIO DE MEDICOS DE MED. GEN., G. B.	
Trastornos de causa psicológica	30
ESTIMACIONES DE DELAY Y COLS.	
Consultas por molestias puramente Pq	
a) en hospital	33
a) en despacho privado	28,2
Añadiendo los tr. ev. y somatopsíquicos	50

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

3) El número de pacientes que consultan por trastornos e-v, según la definición que más arriba hacemos, varía entre la décima y la duodécima parte de la consulta diaria.

4) El número de neuróticos es aproximadamente doble que el de pacientes e-v y abarca más de la mitad de los pacientes que acuden a nuestra consulta con trastornos Pq.

5) Como puede observarse en la tabla 7, en cuanto al motivo de la consulta, SHEPHERD halló en un centro del National Health Service que el 6'8 % de los pacientes se visitaban por trastornos mentales (lo que «a grosso modo» coincide con nuestras estimaciones, no expuestas en los cuadros) y el 21'4 % por enfermedades sin causa orgánica demostrable. Obsérvese el porcentaje total (28'2 %) y el conseguido por nosotros en cuanto a causas diagnósticas de la visita (29 % entre trastornos psiquiátricos y e-v). A nuestro entender éste es un

dato más para profundizar en la exploración psiquiátrica de los individuos que aquejan enfermedades sin causa orgánica demostrable: coincidimos con DELAY en que la mayoría de las veces encontraremos en ellos trastornos mentales evidentes, necesitados de tratamiento, máxime en el tipo de enfermos propios del Seguro de Enfermedad, tan acostumbrados a ocultar y minusvalorar el sufrimiento mental con respecto del físico (y hacemos constar que, por motivos éticos y científicos; procuramos restringir lo más posible, en todos nuestros pacientes y en la población en general, el diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento psiquiátrico).

En cuanto a la **distribución de nuestros pacientes habituales («crónicos»)**, además de lo ya expuesto en las tablas 4 y 5, señalaremos como datos más llamativos los siguientes (tabla 8):

TABLA 8

	Nº	% del total	M y H	% relativos M y H	edad media	variación
S	114	37'5	M-63 H-51	55 45	40 48	7-72 8-68
Pq	143	47'0	94 49	66 34		
Ev «puros»	47	15'4	32 15	68 32	45 29	13-70 8-57
Tot Nº~1500	304	100	189 115	62 38		
N	93	30'5	68 25	73 27		7-68 10-50

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

1) El altísimo porcentaje que los enfermos pq representan sobre la prevalencia patológica de conjunto en nuestros asegurados en el período considerado. (Hay que señalar que nuestras cifras aquí son sólo orientativas con respecto a la prevalencia exactamente considerada —número de casos de una enfermedad que existen en una población en un momento determinado—, dado que nuestro estudio es de tipo diacrónico y no hemos podido estudiar sincrónicamente a todos nuestros pacientes «habituales».)

Como era de esperar, nuestros datos (47 % en enfermos pq y 15'4 % de enfermos e-v, o sea, un total de 62'4 % de pacientes «el origen de cuyo padecimiento es de tipo psicológico», de enfermos «funcionales») se acercan más a los datos obtenidos en hospital: SHEPHERD obtuvo 51 % de trastornos mentales y enfermos mixtos en sus pacientes de Medicina de hospital; ROBERTS y NORTON en U.S.A. hallaron un 60 % de pacientes con trastornos funcionales, etc. Nuestras cifras son por lo tanto sensiblemente similares a las de estos estudios y guardan una concordancia evidente (dentro de los casos «crónicos») con las estimaciones de DELAY (tabla 7).

2) También existe semejanza entre el tanto por ciento de N: 21 % en el trabajo hospitalario de SHEPHERD y 30'5 en nuestro caso, aunque nuestras cifras vuelven a ser ligeramente superiores.

3) Sin embargo, hay grandes diferencias entre el porcentaje de reacciones depresivas hallado por SHEPHERD (17%) y el hallado por nosotros (3%). La causalidad de tales diferencias debe ser múltiple: diferencias socio-culturales y psicosociales por un lado; diferencias en cuanto al medio en el que se han diagnosticado a los pacientes (dentro o fuera de hospitales);

una cierta tendencia autoobservada a clasificar como N los síndromes Depresivos Neuróticos, ya que, una vez solucionada la depresión, más o menos pasajera, lo que nos resta son los trastornos de personalidad y rasgos neuróticos. Por otro lado, además, un cuadro depresivo bien tratado puede solucionarse en relativamente poco tiempo, con lo que las posibilidades de ser clasificado como «crónico» en un estudio de 9 meses de duración son menores que en los casos de trastornos neuróticos, de evolución más tórpida y con recaídas más tempranas.

4) Señalaremos, por último, el gran número de mujeres entre nuestros pacientes crónicos (62 %), sobre todo a base de enfermas Pq (66 % del total Pq) y e-v (68 % del total e-v). Como ya antes apuntábamos, esta alta incidencia de padecimientos crónicos sobre todo Pq y E-v en nuestras aseguradas, a nuestro entender está en relación con problemas psicosociales de la mujer en el tipo particular de formaciones económico-sociales en que vivimos.

5) En general, tanto en esta parte del estudio como en la anterior, hemos observado una cierta tendencia a que los porcentajes de enfermos funcionales sean algo mayores en nuestro trabajo que en los estudios de referencia, lo que creemos que está en relación directa con el hecho de que en nuestro caso provenimos de la psiquiatría y la psicología clínica, al contrario que los autores de algunos de los estudios citados.

Comentario

A nuestro entender, de todo estudio científico hay que extraer consecuencias. No se realizan investigaciones

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

por el puro placer de investigar, sino para sacar consecuencias válidas para la comunidad. Por eso mientras redactaba el presente trabajo, han ido surgiendo una serie de puntos que, indudablemente, tienen relación con sus conclusiones. De entre ellas sólo citaré dos:

1) Del primero de ellos ya hemos tratado: hoy en día no percibimos con claridad las diferencias y relaciones entre trastornos e-v, pq y somáticos por un lado, y entre trastorno psiquiátrico y normalidad por otro. Tanto uno como otro aspectos apuntan a un problema general de tipo epistemológico de la psiquiatría de nuestros días, que cada vez va siendo más necesario afrontar.

2) Si la realidad múltiples veces comprobada es que un alto porcentaje de los pacientes que acuden a las consultas de Medicina Interna, General o incluso Cirugía son pacientes funcionales o psiquiátricos, ¿cómo es que la formación psiquiátrica y psicósomática de los médicos se mantiene a un nivel tan elemental desde los mismos planes de estudio? Indudablemente, la orientación mecanicista-idealista de la enseñanza de la medicina no es ajena a este problema. Sería necesario, por un lado, incrementar grandemente los conocimientos psiquiátricos, psicósomáticos y psicoterápicos de los licenciados en Medicina. Por otro, mientras tanto, aumentar el número de especialistas en psiquiatría y médicos con formación psicósomática en el Seguro de Enfermedad y facilitar y agilizar de alguna forma las relaciones y comunicaciones entre los especialistas entre sí y con el médico de M.G. y especialista en Pq, en particular dentro de los ambulatorios (la falta de trabajo coordinado es una de las causas de que tal tipo de pacientes se diagnostiquen mucho peor

en Ambulatorio que en Hospital, con las consecuencias personales, sociales y sanitarias que el ir de especialista en especialista y de tratamiento en tratamiento tiene).

Por último queremos señalar que indudablemente nuestro trabajo tendrá no pocos errores y lagunas metodológicas, al menos parte de ellos, conscientes para nosotros en el momento de redactarlo. Otros no, y esperamos la oportuna crítica sobre tales errores. A modo de justificación (parcial, desde luego), aludiremos al aislamiento en que forzosamente hemos trabajado, a la penuria de medios materiales y tiempo, y a nuestro deseo de realizar un estudio preliminar con todo lo criticable que pudiera ser antes que dejar pasar la oportunidad de aportar nuevos datos al conocimiento de nuestra situación sanitaria.

Tras haberlo realizado, al menos personalmente ya tenemos una idea más aproximada que la puramente intuitiva sobre el tipo de pacientes de nuestra consulta de Ambulatorio, de esos pacientes cuyas características más importantes ya hemos señalado: **Mujeres en las dos terceras partes de los casos, que nos visitan ante todo por problemas pq o e-v encubiertos bajo las más variables quejas y cuya evolución posterior, de no mediar un diagnóstico adecuado, irá marcada por un continuo traslado de especialista en especialista y de fármaco en fármaco con las consecuencias personales, económicas y sociales que la generalización de esta situación hace vislumbrar.**

Aunque con nuestro trabajo sólo consiguiéramos llamar nuevamente la atención sobre este problema, nuestro esfuerzo no nos parecería estéril, a pesar de las insuficiencias y errores, causadas ya inicialmente por el criterio escogido, fundamentalmente clíni-

DR. JORGE L. TIZON GARCIA

co, y que desde hoy esperamos ver criticados y superados.

Conocer, tomar conciencia lo más exacta posible de la situación, del punto de partida, de los datos previos, es el primer momento de un desarrollo

científico. De ahí la importancia de los estudios de tipo epidemiológico, a los que hemos querido hacer nuestra modesta aportación. Al fin y al cabo... «Se hace camino al andar».

Barcelona, junio 1973

RESUMEN

En este trabajo se hace un estudio de los porcentajes relativos de pacientes «orgánicos» y «funcionales», o «somáticos» y «psiquiátricos + encefalo-visceral» que acuden a una consulta de Medicina General de un Ambulatorio de la Seguridad Social. El trabajo consta de dos partes: incidencia en

la consulta diaria y clasificación de los pacientes habituales. El resumen de los resultados se expone en las tablas 4, 6 y 8. También se abordan una serie de problemas conceptuales surgidos durante el desarrollo del trabajo y se extraen algunas consecuencias.

SUMMARY

ORGANIC AND FUNCTIONAL PATIENTS IN SOCIAL INSURANCE GENERAL PRACTICE

In this report, a study is done relating to relative percentages of «organic» and «functional», or «somatic» and «psychiatric + encefal-visceral» patients assisting to a physician consulting office of a Social Insurante Ambulatorium. The work is divided into two parts: incidence in the daily prac-

tice and classification of habitual outpatients. An extract of results is showned on tables 4, 6 and 8. A series of conceptual problems araised during the study developpement is also assessed and a few conclusions are stated.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAQUER BORDAS, L.: «Visión neuropsicológica de la fase paradójica del dormir y de los ensueños». *Med. clínica*, Vol. 60, núm. 4, 1973.
2. BASTIDE, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI. Méjico, 1967.
3. BENNET, A. E. y otros: *The practice of psychiatric in General Hospitals*. University of Calif. Press. Berkeley, 1956.
4. BOURGIGNON, A: *Neurophysiologie du rêve et théorie psychoanalytique*. *Psychiat. enf.*, 9: 1, 1969.

ENF. ORGAN. Y FUNCIONALES EN CONSULTA DE M. GENERAL DEL SEGURO

5. BREMER, J.: A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway. *Acta Psychiat. (Kbh)*, Sppi. 62, 1951.
6. BRISSET, Ch.; SAPIR, M. y otros: *Médecine Psychosomatique*. Enc. Méd. Chir. (Psychiat.), 37400 A10.
7. BUCKLE, D. et al.: *La salud mental de la familia en Europa*. O.M.S., Cuadernos de Salud Pública, número 28. Ginebra, 1966.
8. CASTETS, B.: Les malades posant des problèmes d'assistance psychiatrique dans les hospitaux généraux. *Tech. hospitl.*, 172, 1960.
9. CHAMPION, Y.: *Migration et maladies mentales*. Librairie Arnette, 1958.
10. COLODRON, A.: *La medicina córtico-visceral*. Ed. Península. Madrid, 1968.
12. DELAY, J.; PICHOT, P.: *Manual de psicología*. Toray-Masson. Barcelona, 1966.
13. DEMENT, W.; COHEN, H.; FERGURSON, J. y ZARCONE, V.: A sleep's research odyssey: The function and clinical significance of REM sleep. En: «*Psychodynamic implications of the physiological studies of dreams*», ed. por L. Madows y L. H. Snow. Ch. Thomas. Springfield, 1970.
14. EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, Ch.: *Tratado de psiquiatría*. Toray. Barcelona, 1969.
15. FARIS, R. E. L. & DUNHAM, H. W.: *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. University of Chicago Press. Chicago, 1939.
16. FISHER, Ch.: Some psychoanalytic implications of recent research on sleeping and dreaming. En: «*The psychodynamic implications of the physiological studies on dreams*», ed. por L. Madows y L. H. Snow. Ch. Thomas, Springfield, 1970.
17. FOESSA: *Informe sociológico sobre la situación social de España*. Madrid, 1970.
18. HARTMANN, E. L.: The pharmacology of dreaming sleep and its psychiatric implications. En: «*Psychodynamic implications of the physiological studies of dreams*», ed. por L. Madows y L. H. Snow. Ch. Thomas, Springfield, 1970.
19. HELSBORG, H. C.: Psychiatric investigations of patients in a medical department. *Acta psychiat. Scand.*, 33, 1958.
20. HERNANDEZ PEON, A.: A neurophysiological model of dreams and hallucinations. *J. nerv. ment. Dis.*, 141: 623, 1966.
21. HOLLINGSHEAD, D. & REDLICH, F. C.: Social stratification and schizophrenia. *Amer. sociol. Rev.* 19, 302, 1954.
22. HOLLINGSHEAD, D. & REDLICH, F. C.: *Social class and mental illness: a community study*. Nueva York, 1958.
23. I.N.P.: «Memoria estadística de las contingencias de la Seguridad Social administradas por el I.N.P., año 1968». I.N.P., septiembre 1969.
24. I.N.S.E.R.M.: *Classification des troubles mentaux*, 1968.
25. KESSEL, W. I. N.: Psychiatric morbidity in a London general practice. *Brit. J. Prev. soc. Med.* 14, 16, 1960.
26. LIN, TSUNG-YI; STANDLEY, C. C.: *Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría*. O.M.S. Ginebra, 1964.
27. LOPEZ IBOR, J. J.: *Lecciones de psicología médica*. Paz Montalvo. Madrid, 1963.
28. MAC LEAN, P. D.: *The CNS and behaviour*. Brazier. New York, Macy, 1959.

DR. JORGE L. TIZÓN GARCÍA

29. MONTSERIAT-ESTIVE, S.: Contribución al estudio cibernético de la patología obsesiva. En: «Patología Obsesiva». I Ponencia del XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga, 1971.
30. O.M.S.: **Epidemiología de los trastornos mentales**. Octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos nº 185. Ginebra, 1960.
31. O.M.S.: **Los trastornos psicósomáticos**. Serie de Informes Técnicos nº 287. Ginebra, 1966.
32. PARR, D.: Alcoholism in general practice. *Brit. J. Addict.*, 54, 25, 1957.
33. PRIBRAM, K. H.: **Languages of the Brain**. Prentice-Hall, Englewood-cliffs. New Jersey, 1971.
34. REID, D. D.: **Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales**. O.M.S. Cuadernos de Salud Pública nº 2. Ginebra, 1964.
35. RICHMAN, A.; THYURST, J. S.: Où on est la psychiatrie dans les hôpitaux généraux?. «L'hôpital d'aujourd'hui», nº 10, octubre 1966.
36. ROBERTS, B. H. y NORTON, N. M.: Prevalence of psychiatric illness in a medical out-patient clinic. *New Engl. J. Med.*, 246, 1952.
37. ROF CARBALLO, J.: **Biología y Psicoanálisis**. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1972.
38. SASLOW, G. y MATARAZZO, J. D.: A psychiatric service in a general hospital: a setting for social learning. *Int. J. of Social Psy.*, 8, nº 1, 1961-1962.
39. SHEPHERD, M.: The epidemiology of neurosis. *Int. J. soc. Psychiat.*, 5, 26, 1960.
40. FISHER, M.; STEIN, L. & KESSEL, W. I. N.: Psychiatric morbidity in a urban group practice. *Proc. roy. Soc. Med.*, 52, 269, 1959.
41. SMYTHIES, J. R.: **Brain mechanisms and behaviour**. Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh, 1970.
42. SPOERRY, Th.: **Compendio de psiquiatría**. Barcelona, 1965.
43. SROLE, L.; LANGNER, T. S.; MICHAEL, S. T.; OPLER, M. K. & RENNIE, T. A. C.: **Mental health in the metropolis: the Midtown Manhattan study**, McGraw-Hill. Nueva York, 1962.
44. STEIN, L.: Psiquiatric morbidity in a London general practice: social and demographic data. *Brit. J. prev. soc. Med.*, 14, 9.
45. STOKVIS, B. y JORES, A.: **Progresos en Medicina Psicósomática**. Toray. Barcelona, 1966.
46. TIZÓN, J. L.: Notas sobre nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos. *Inf. Psiq.* XIV, 51, 1972.
47. TIZÓN, J. L.: El discurso antipsiquiátrico. R. Laing: De la fenomenología a la crítica social. *Inf. Psychiat.*, XIV, 55, 1973.
48. WEISS y ENGLISH: **Médecine psychosomatique**. Delachaux y Niestlé. Ginebra - París, 1952.
49. WEITBRECHT, H. J.: **Errores del diagnóstico psiquiátrico en la práctica médica**. Toray. Barcelona, 1968.
50. WITKOWER, E. D. & FRIED, J.: A cross-cultural approach to mental health problems. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 423, 1959.

