

¿Quo vadis? Relación médico-paciente/ ¿Quo vadis? Doctor- Patient Relationship

Dr. Cs. Ricardo Ángel González Menéndez
Profesor titular y consultante de psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera,
Universidad Médica de la Habana. Hospital Psiquiátrico de la Habana Dr. Eduardo Ordaz.
Académico de Mérito y presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica.

RESUMEN

Se abordan las posibles causas de la actual tendencia mundial a subvalorar tanto la relación profesional con el paciente y sus familiares, como al método clínico, deficiencias que en el criterio del autor representan los dos talones de Aquiles de las gestiones asistenciales del equipo de salud en nuestros días. Se invita a la reflexión sobre las raíces y desarrollo de la relación médico paciente y se destaca la praxis del clásico médico de familia como paradigma de relaciones profesionales exitosas, proyección integral y profundo pensamiento clínico. Se comenta la posterior nefasta influencia de la tecnificación mal incorporada y de nuevos factores sociales que en las últimas décadas han atentado contra la vertiente compasiva de las relaciones interpersonales profesionales de los miembros del equipo de salud, como la intrusión en el contexto asistencial, de la prensa sensacionalista y los abogados caza demandas, promotores de reclamaciones cuya magnitud implica la imperiosa necesidad de cobertura mediante costosos seguros de mal practice, así como el consecuente cambio de actitud de profesionales y usuarios. Estas situaciones amenazan con transformar la histórica relación médico—paciente, en relación médico—litigante potencial, en la cual el cumplimiento de los principios interpersonales descritos por Laín Entralgo para garantizar su desarrollo exitoso, podrían devenir utopía, de no superarse las tendencias mundiales actuales.

Palabras clave: *relación médico paciente, significación asistencial y riesgos actuales.*

ABSTRACT

This paper is about the possible causes of the present tendency to disvalue the professional relationship with the patient and his/her relatives, as well as the clinical method, highlighted by the author as deficiencies that both represent "Achilles' heels" in the management of the practice of the health team in the present. An invitation for reflecting on the origin and development of the relationship doctor – patient is done and the practice of the classical family doctor as an example

of successful professional relationship are highlighted as well as the integral influence and the full of meaning clinical thinking. The unfavorable influence of the incorrect inclusion of technique and new social factors that in the last decades have attempted against the feeling of compassion of the professional and interpersonal relationships of the health team members as the intromission in the practice context, of the sensationalist press and of the lawyers seeking for complaints and promoting claims which magnitude implies the necessity of covering through high secures of bad practice, as well as the change of attitude of professionals and clients. These situations threaten with changing the historical doctor – patient relationship in a potential claimant doctor relationship in which the interpersonal principles describe by Laín Entralgo to guarantee its successful development. If the present world tendencies are not overcome, they could produce utopias.

Key words: Doctor – patient relationship, practice meaning, present risks

INTRODUCCION

En el presente trabajo, definimos operativamente la relación médico paciente como “Relación interpersonal de servicio que sirve de marco a las gestiones del equipo de salud.” Esta definición trasciende la denominación tradicional matizada por el énfasis diagnóstico curativo de la profesión, mediante la utilización del término paciente y la consideración del médico como único protagonista de la gestión de salud, aunque consideramos que la misma debe conservarse en lo semántico, por su profunda relevancia histórica y por ser la relación entre el médico y el paciente el paradigma de la gestión asistencial. Pensamos, sin embargo, que su conceptualización debe necesariamente incluir a todos los miembros del equipo de salud en sus gestiones integrales ya sean estas promocionales, protectivas, preventivas, curativas, rehabilitatorias, investigativas y docentes.

DESARROLLO

Apuntes históricos.

Cuando el australopiteco alcanzó el desarrollo necesario para *sentirse conmovido* ante la enfermedad de otro prehomínido y optó por sentarse junto a él como único medio disponible para expresarle su solidaridad,¹ seguramente ignoraba que su comportamiento se inscribiría en la pre-historia, como la primera relación de ayuda en materia de salud y que a partir de aquel momento quedarían delimitados, en su esencia, los papeles de *reclamador* y de *proveedor de ayuda* en dicho campo, con similar nitidez--en lo referente a objetivos y comunicación interpersonal--que los actuales roles de paciente y médico, o según criterios más abarcadores con el de usuarios y

miembros del equipo de salud.

En efecto, este antecesor del hombre, pese a carecer de pensamiento abstracto y lenguaje hablado, amén de contar solo con un esbozo de lo que hoy llamamos conciencia, cumplió magistralmente con dicha conducta los tres requisitos básicos de la relación interpersonal, descritos por Pedro Laín Entralgo un millón de años después,² pues fue capaz de ubicarse en el lugar de la otra persona (fase coejecutiva), sentir como ella (fase compasiva) y disponerse a ayudarle en la medida de sus posibilidades (fase cognoscitiva), limitadas en su etapa prehistórica a la transmisión extra verbal de involucración, al ofrecerle protección y cuidado solícito. El resto no podía ser otro que esperar la curación espontánea o la muerte. Con el paso del tiempo, dicho comportamiento devino profesión y el surgimiento de esta *responsabilidad social* esbozó, desde la comunidad primitiva, los principios humanísticos que caracterizan la praxis médica.³ Durante milenios, nuestros antecesores no pudieron hacer otra cosa que sentarse junto al enfermo, pero con dicho comportamiento establecieron la *fase de compañía*, en la historia de la relación que nos ocupa. Apréciase que a la luz de nuestros conocimientos actuales, desde entonces se manifestó no solamente la tríada planteada por Laín Entralgo, sino también los más relevantes principios de la ética médica: el respeto al paciente (autonomía), la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. También se expresó por vez primera la regla de oro de la ética médica, que es tratar al enfermo como quisiéramos nosotros ser tratados de estar en su situación.⁴ Después vino la *etapa mágica*, en la que el *shaman* pretendió usar poderes sobrenaturales en la relación y sumó a los efectos placebo--implícitos en su *rol social*--recursos como la sugestión y la catarsis, muchos milenios antes de que fuesen descritos como "herramientas" psicoterapéuticas. El desarrollo del animismo, con el consecuente politeísmo, condicionó la aparición de la *etapa mística*, donde la apreciación de las enfermedades como producto de miasmas o impurezas que debían eliminarse por medios exorcistas, condicionó la invocación a los dioses, así como la proliferación de las ofrendas y sacrificios de personas y animales, que luego evolucionaron al banquete sacramental, mecanismo que posibilitó la relativa generalización de la ingestión de sustancias psicoactivas denominadas *pharmakon*, orientadas entonces a establecer contacto con los dioses (efecto enteógeno), "privilegio" inicialmente exclusivo de los shamanes y hechiceros, "avance" que devino hito de alta relevancia en la progresiva utilización social de las drogas.⁵ Con posterioridad, la "areola" magico--mística de la relación involucionó en forma paulatina con los relevantes aportes científicos de Hipócrates, Galeno, Avicena y Averroes, hasta que en el medioevo, cuando todo era visto en razón de Dios, se estableció la *etapa clerical*, al ser los sacerdotes y monjes quienes asumieron el rol médico y los monasterios, el de prestigiosas instituciones de salud.⁶

Fue con el Renacimiento que se reforzó el carácter científico de la gestión médica y se delimitó

la *etapa profesional*. De esa forma, a lo largo de un proceso transicional que duró siglos, se reafirmó la concepción científico natural de las enfermedades y su atención con el paradigma del médico de familia se perfeccionó en los siglos XVIII, XIX y comienzos del XX, período durante el cual sus marcos teóricos fueron sucesivamente somatistas, bajo la hegemonía de la ley de Virchow y el concomitante aislamiento del *Treponema palidum* en los enfermos con parálisis general progresiva, forma demencial de sífilis terciaria que hacía verdaderos estragos en la época. A principios del siglo XX, se alcanza con los aportes del psicoanálisis--la concepción psicosomática del hombre y sus afecciones, para que años después, gracias a los aportes de los psicoanalistas culturalistas y filósofos marxistas, así como de las trágicas vivencias de la primera guerra mundial, se hizo evidente la significación del medio. Esto posibilitó la visión integral bio-psico-social y la alianza para desarrollar el método clínico⁷ con proyecciones higienistas, epidemiológicas y ecologistas en el campo de la salud y la enfermedad. Cristalizó así, la *etapa integral de la relación médico-paciente* y con ella la praxis desarrollada por el médico de familia, que en su versión clásica se erigió como *paradigma de integralidad, humanismo y profesionalidad*.⁸ En efecto, este médico, que ejercía en pequeños poblados, era un profesional espontáneamente integral, pues tomaba en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de sus usuarios a la vez que utilizaba con igual maestría, recursos terapéuticos biológicos, psicológicos y sociales. Su ejercicio profesional, pese al énfasis diagnóstico-curativo, fue matizado desde inicios del siglo XIX por acciones promocionales y preventivas, así como por una incipiente concepción ecológica de la salud. Se caracterizó, además, por establecer magníficas relaciones interpersonales con pacientes, familiares y usuarios sanos, con quienes necesariamente interactuaba en su proyección comunitaria. Sus gratificaciones fundamentales, fueron vocacionales y morales, aunque su misión social fue tan reconocida por la población, que aun sin proponérselo, devenía líder comunitario de primer rango. La compasividad y la involucración integral en las problemáticas de sus usuarios alcanzaron su clímax histórico y la medicina se erigió como la más humana de las profesiones. Después vino la industrialización acelerada, la migración a las grandes ciudades y la centralización e institucionalización de los servicios médicos, con el consecuente distanciamiento entre el médico, el paciente, los familiares y otros usuarios. Se produjo así una reducción extraordinaria del caudal de información y de potencialidades integrales del facultativo, la comunicación médico-paciente-familia redujo notablemente su profundidad y muchos profesionales comenzaron a ser influidos por una creciente ola de tecnificación, que al ser inicialmente mal incorporada, les hizo llegar a pensar que sus objetivos se limitaban a la atención de los problemas que sus sofisticados equipos detectaran y a utilizar para su solución igual aparataje instrumental.⁹ La concepción del hombre involucionó hasta asumirse como un conjunto de órganos y en las

motivaciones para elegir la profesión se apreció, una peligrosa tendencia a priorizar lo económico sobre lo vocacional, compasivo y humanístico. En increíble paso de retroceso *la tecnificación exagerada afectó el pensamiento clínico, con lo que el objetivo médico fue otra vez tratar enfermedades y no enfermos*.¹⁰

En esta *etapa tecnicista*, que coincidió con la primera gran crisis de humanismo de la profesión médica, proliferaron las super especialidades, se expandió—acertadamente--el equipo de salud, *pero en el trayecto a la necesaria multi disciplinaridad, se quiso prescindir del médico coordinador e integrador* y la relación médico-paciente, despersonalizada y dispersa, fue sepultada por toneladas de papeles con gráficas e informes de exploraciones cada vez más complejas, invasivas e injustificadas, al desvincularse las mismas, del método clínico y del propósito de confirmar sus hipótesis. En forma insidiosa se enfatizó la exploración instrumental en detrimento del interrogatorio, la atenta escucha, el examen físico riguroso y los razonamientos diagnósticos. La valoración crítica de estas tendencias nos llevaría a reconocer el énfasis en la exploración estructural y molecular del paciente, en detrimento de su valoración integral como persona en busca de ayuda médica.¹¹

Este médico super tecnificado y parcialmente despersonalizado, se erigió como *antítesis* del médico de familia clásico, hasta que en las primeras décadas del pasado siglo se alcanzó la necesaria *síntesis*, expresada por el renacer del médico generalista que rescató los recursos bio-psico-sociales del médico de familia y aprovechó—esta vez en forma racional--los formidables avances conceptuales, epidemiológicos, diagnósticos, farmacológicos, exploratorios y quirúrgicos aportados por la ciencia.

La nueva fase que en nuestro libro “La psicología en el campo de la salud y la enfermedad” 6 propusimos denominar como etapa del “generalista equipado”, se complementaba en forma armónica con los servicios prestados por los especialistas en diferentes dedicaciones y tanto unos como los otros lograron, en su práctica estatal o privada, superar el “distanciamiento tecnocrático” con los pacientes y familiares. Se alcanzó así, sobre todo en países preocupados por la salud de sus ciudadanos, un ejercicio regionalizado, sectorizado y dispensarizado, que permitió al equipo de salud, el reencuentro humano con sus usuarios, incrementar sus gestiones promocionales, protectoras y preventivas con proyección higienista y utilizar en forma racional la tecnología más avanzada cuando el método clínico así lo requiriera. En el mismo proceso, sus potencialidades interpersonales y psicoterapéuticas fueron reforzadas por los aportes más relevantes de psicoanalistas, reflexólogos, cognitivo conductistas, existencialistas humanísticos y seguidores de las corrientes comunicacionales y sistémicas.

Desafortunadamente, poco tiempo después de haberse superado la crisis referida, surgieron nuevos factores cuyos efectos llevaron, en nuestra apreciación a la acertada reflexión de Lázaro, J y Gracia, D.¹² en el sentido de que en los últimos cincuenta años, la relación entre profesionales,

pacientes y familiares, sufrió cambios mucho mayores que los registrados en los 25 siglos precedentes y estos cambios por cierto, no han sido para bien. Pensamos que las raíces fundamentales de la nueva situación se vinculan a la privatización de los servicios, a la catastrófica intrusión en el ejercicio médico de la prensa sensacionalista y los abogados caza demandas, al incremento sustancial de los precios de los medicamentos y a la trágica eclosión de las cuantiosas y difundidas indemnizaciones por errores médicos, determinantes de la imperiosa necesidad profesional de recurrir como protección, a los seguros de mal practice, cuyos costos anuales son cada vez mayores. La privatización, sustentada en principios comerciales, limitan considerablemente al médico, tanto en sus potencialidades resolutivas, como en el manejo del tiempo de entrevista; indicaciones de estudios complementarios y fármacos costosos; prescripción de psicoterapia; institucionalización e intervenciones quirúrgicas mayores. Afecta además en--comparación con la práctica privada convencional--la otrora humanística actitud médica, de exonerar de pago a pacientes pobres, apoyarlos en su tratamiento con muestras médicas y en ocasiones no excepcionales hasta sufragar los gastos medicamentosos. Estas expresiones de altruismo que conocimos en nuestra adolescencia, resultan actualmente comportamientos nada factibles en el contexto privatizado, mientras que, como señalan los ex presidentes de la Asociación Psiquiátrica Americana Rodrigo Muñoz y Harold Eist en su libro *People Vs. Managed Care*¹³ las ganancias de los directivos alcanzan cifras multimillonarias.

Robin William, interpretando el personaje de un comediante televisivo, describe la situación con la mordaz crítica de que los seguros médicos cubren el costo del Viagra pero no el de los espejuelos, con la consecuencia de que se logra la erección, pero no se ve hacia donde dirigirla. En forma coincidente, pero con la seriedad de un estudio científico, Cohen, R¹⁴ destaca las limitaciones para la atención oftalmológica de muchos tipos de seguros de salud. Alexander, A.¹⁵ estudia los motivos de quejas y litigios y reporta que *comienzan con mala comunicación* y siguen con retrasos diagnósticos, insatisfacción con los resultados terapéuticos y cobro, en tanto que Frenkel, SM.¹⁶ destaca como menos estresante y costosa la alianza terapéutica y el consentimiento informado, que el tratamiento defensivo expresivo de la nueva actitud, muy poco compasiva derivada de los factores comentados. En el medio quirúrgico, Schoenfelder T; Klewer J; Kugler J¹⁷ reportan que el desempeño interpersonal de médicos y enfermeras con el paciente, la organización del acto quirúrgico y el tiempo de estadía, jugaban notable papel en la satisfacción del enfermo, mientras que Slatore, C. y colaboradores (18) destacan la relevante influencia de la buena comunicación en la satisfacción con el servicio y respuesta terapéutica en pacientes respiratorios. Desde nuestro punto de vista, el resultado mas relevante de estos cambios sociológicos manifestados en su forma mas cruda en medios neoliberales, es la frustración cotidiana tanto del

usuario como del profesional, el primero, por responsabilizar al médico de su insatisfacción y el segundo, al apreciar que en el contexto de la privatización, resultan cada vez menos frecuentes las trascendentes vivencias médicas expresadas por Esculapio como el sentirse gratificado con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece o con la paz de un moribundo a quien se oculta la llegada de su muerte. Dicho con otras palabras, el resultado más trágico de la influencia de los aspectos abordados, es el establecimiento de estereotipos relacionales viciados por factores extra médicos, en los que la hostilidad del usuario y el estrés del facultativo implícito en la limitación de decisiones que son exclusivo patrimonio de su conciencia profesional, conducen al apagamiento progresivo de sus potencialidades compasivas y de involucración ante la problemática integral del paciente y ello en nuestro criterio, implica la notable reducción del mas importante reforzador de la vocación médica que es la satisfacción ante el deber cumplido, derivada en la práctica, de la satisfacción del usuario ante el trascendente servicio recibido. Se origina, de este modo una pendiente resbaladiza en la que el vínculo interpersonal deja de ocurrir entre el médico y el paciente, para devenir relación médico--litigante potencial, en la que toda posibilidad compasiva resulta utópica y se afecta por ello, la piedra angular de la relación de servicio que en el ejercicio médico se califica como profesión y sacerdocio. De igual forma, los trascendentes pasos de la entrevista médica resultan cada vez mas subvalorados cuando se llaman números de historias clínicas en vez de personas; se producen recepciones mas que frías "congeladas" e interrogatorios limitados al motivo de consulta. Los exámenes físicos se miniaturizan, proliferan las indicaciones mecánicas de complementarios innecesarios, se "olvidan" las informaciones ansiolíticas y se despide al paciente sin recurrir al estrechón de manos o la palmada en la espalda, recursos interpersonales de relevante valor por ser paradigmas adultos del contacto piel con piel de tanta significación durante nuestro desarrollo infantil.¹⁸

Estas vivencias llevan--por retroalimentación--a preocupantes tendencias evidenciadas en prestigiosos centros formadores de profesionales de la salud, que en muchos países dan como frutos del proceso enseñanza aprendizaje, *a egresados cada vez mas actualizados pero menos compasivos; cada vez mas técnicos pero menos involucrados; cada vez más entrenados pero menos disponibles; cada vez mas equipados pero menos reflexivos; cada vez mas informados pero menos solidarios; cada vez mas prácticos pero menos virtuosos; y cada vez más capaces de hacer pero menos capaces de estar, aliviar y consolar. La última, pero no por ello menos importante característica, es la de ser cada vez mas burócratas pero menos clínicos.*¹⁹ Por diferentes razones, en los días que corren, muchos profesionales en sus relaciones con los usuarios, se alejan cada vez más de las concepciones de nuestro apóstol José Martí sobre el

ejercicio médico, cuando sentenció que “de besos han de llevar los médicos las manos llenas” o al destacar que “a veces vale mas una frase afectuosa que la mejor fórmula medicinal” y también cuando en clara referencia a la relevancia de la inteligencia emocional en las relaciones interpersonales legó su brillante aforismo: “Virtudes se necesitan más que talento.”²⁰ Con propósitos conclusivos consideramos que no podemos renunciar a los efectos placebo o inespecíficos de la relación médico paciente, que incluyen el renacer de la esperanza, el aumento de la seguridad personal, la mejoría como gratificación inconsciente al terapeuta y la sugestión espontánea derivada de nuestras potencialidades para curar, inspirar, aliviar y consolar, acciones que gracias al eje córtico, neuro, inmuno, hipotálamo, hipófiso, adreno, gonadal permiten además, incrementar los niveles de anticuerpos, acelerar la cicatrización, resolver trastornos inmuno-alérgicos, controlar desbalances endocrino-metabólicos, transformar procesos catabólicos en anabólicos, incrementar la calidad y duración de la vida y hasta contribuir al enfrentamiento exitoso al cáncer.²¹

Los principales indicadores del resquebrajamiento de la Relación Médico Paciente y del método clínico, determinantes de *insatisfacción del enfermo y con ello, de la consecuente “eliminación” de los más importantes reforzadores de la vocación médica*, son los frecuentes cuadros de burn out en los miembros del equipo de salud, vinculados al estado de frustración que Koch, T y Jones, S.²² atribuyen además, al dilema ético confrontado por los profesionales que eligen la carrera movidos por una profunda vocación médica y entran en un sistema laboral que instruye para evitar involucrarse emocional ni personalmente con los pacientes y familiares que atiende. De no superarse las tendencias actuales, la relación médico paciente, una vez despojada de sus trascendentes componentes vocacionales, humanísticos e interpersonales, podría fácilmente ser sustituida por softwares interactuantes en computadoras de última generación y con ello la más humana de las profesiones desaparecería de la faz de la Tierra. Afortunadamente sabemos que el revertir estas tendencias está a nivel mundial entre las prioridades no sólo de los profesionales dedicados a la ética médica y la bioética, sino también de los grandes maestros de la clínica y de la inmensa mayoría de los integrantes del equipo de salud, capaces de percibir el apagamiento progresivo de los estrechos vínculos afectivos con sus usuarios y de la frustración vocacional que ello implica. Ninguno de ellos se cruzará de brazos ante el nefasto trayecto emprendido por la relación médico paciente y el método clínico por ser los más firmes puntales de la profesión que abrazamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acarín N. El cerebro del Rey. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2008.

2. Lain Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Editorial Triacastela; 2003.
3. Lolas F. Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
4. Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.
5. Escohotado A. Historia General de las Drogas. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 1998.
6. González R. La Psicología en el Campo de la Salud y la Enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
7. Moreno M. Ética, Tecnología y Clínica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado Sept 2008]; 32(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso
8. González R. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet. 2006 [citado Sept 2008]; 32 (3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011
9. González R. Humanismo, espiritualidad y ética médicas. La Habana: Editorial Política; 2006.
10. González R. Terapéutica Psiquiátrica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
11. González R. La Relación Médico, Paciente, Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
12. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia". Anales Sis San Navarra. 2006.
13. Muñoz R, Eist H. People vs. Managed Care. Washington, D.C.: Edit. A.P.A. Alliance Care; 2000.
14. Cohen R. "Impact of type of insurance plan on access and utilization of health care services for adults aged 18-64 years with private health insurance: United States, 2007-2008". NCHS Data Brief. 2010; (28):1-8, Feb.
15. Alexander AA. Complaints, grievances, and claims against physicians: does tort reform make a difference? J Healthc Risk Manag. 2010; 30(1):32-42.

16. Frenkel SM. Consensual medicine and the therapeutic partnership: reducing the costs of defensive medicine and litigation. *J Med Pract Manage.* 2009; 25(2):78-9, Sep-Oct.
17. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables". *J. Surg. Res.* 2010, 164(1): 53-9, Nov.
18. Slatore CG, Cecere LM, Reinke LF, Ganzini L, Udris EM, Moss BR, Bryson CL, Curtis JR, Au DH. Patient-clinician communication: associations with important health outcomes among veterans *Chest.* 2010,138(3):628-34, Sep.
19. González R. Humanismo y gestión de salud en el siglo XXI. ¿Avanzamos o retrocedemos? La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
20. Batlle J. José Martí. Aforismos. La Habana: Centro de estudios martianos; 2004.
21. Arce S. Inmunología Clínica y Estrés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
22. Koch T, Jones S. The ethical professional as endangered person: blog notes on doctor-patient relationships. *J Med Ethics.* 2010, 36(6):371-4, Jun.
23. Bayou N, M'rad R, Ahlem B, Béchir Helayem M, Chaabouni H. Autism: an overview of genetic aetiology. *Tunis Med* 2008; 86(6):573-8.
24. Autism Genome Project Consortium (AGPC), Szatmari P, Paterson AD, Zwaigenbaum L, Roberts W, Brian J, Liu XQ, et al. Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nat Genet* 2007; 39(3):319-28.

Enviado: 22 de noviembre de 2012.

Aprobado: 3 de enero de 2013.

Ricardo Ángel González Menéndez. Hospital Psiquiátrico de la Habana Dr. Eduardo Ordaz. Correo electrónico: isaric@infomed.sld.cu