

XVI REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA  
PSICOSOMATICA Y PSICOTERAPIA. GRANADA, XII-1978

**ACTITUDES PSICOTERAPEUTICAS EN LA ENTREVISTA MEDICA**

Dres. J. CODERCH DE SANS y E. JIMENEZ MARTIN \*

Nos proponemos en esta comunicación diferenciar la actitud del médico general que conlleva una acción psicoterápica, beneficiosa para el paciente, de aquellas que encierran un perjuicio psicológico para el mismo.

Es útil que clarifiquemos lo que entendemos como psicoterapia. Para nosotros, psicoterapia es aquel tratamiento en el que el instrumento curativo es la relación interpersonal, que se establece entre el paciente y el terapeuta. A través de ella, el terapeuta intenta lograr la desaparición o atenuación de los síntomas o molestias que aquejan al paciente, a la vez que modificar aquellos conflictos psíquicos que se oponen al completo despliegue de sus capacidades psíquicas, favoreciendo, por tanto, el crecimiento y desarrollo de la personalidad.

Por las posibilidades que ofrece su rigurosa metodología el psicoanálisis es, entre todas las técnicas psicoterápicas, aquella que puede alcanzar unas cotas más elevadas en la prosecución de los objetivos más arriba señalados. Las psicoterapias de inspiración analítica utilizan las hipótesis de trabajo derivadas del psicoanálisis, así como aspectos diversos de su «praxis», en forma variablemente modificada de acuerdo con las posibilidades y circunstancias existentes en cada enfermo y en el especialista que intenta ayudarlo. En ellas se persigue, igualmente, una mejoría o desaparición de los síntomas y una evolución beneficiosa de la personalidad, aún cuando con resultados más limitados que en la cura psicoanalítica. Psicoanálisis y psicoterapias de inspiración analítica forman el conjunto de las psicoterápicas comprensivas; es decir, aquellas en las que se pretende comprender el porqué de los trastornos y dificultades del pa-

\* Grupo Psicoanalítico. Barcelona.

ciente, a fin de que dicho conocimiento, compartido por ambos participantes, promueva los cambios apetecidos. Otro segundo grupo de psicoterapias está formado por las que se limitan a prender una simple mejoría sintomática, en el sentido más limitado del término, sin ningún interés en profundizar en la génesis de las perturbaciones y sin que en ellas intervengan los elementos precisos para producir cambios substanciales en la mente del paciente. Entre ellas, hipnosis, sugestión, aconsejamiento, relajación, etc.

Aun cuando el médico no psiquiatra pueda, ocasionalmente, practicar algunos de los procedimientos psicoterápicos pertenecientes al segundo grupo citado, ello no dejará nunca, por la fuerza material de las circunstancias, de ser una situación excepcional en su quehacer cotidiano y, al mismo tiempo, la repercusión del empleo de tal técnica en la vida del paciente será escasa, pese a que pueda ser de apreciable utilidad frente a un determinado síntoma y en algún peculiar momento.

Pero, en cambio, el tipo de relación que en cada instante establezca el médico con su paciente, su forma de comportarse con él, la comprensión o incompreensión que de sus procesos psíquicos muestre, las palabras que le dirija, en suma, todo lo que constituye el conjunto de su actitud y de su actuación ante el enfermo ejercerá un efecto imparable, quiéralo o no, lo conozca o no, sobre las fantasías, conscientes o inconscientes, las expectativas y las esperanzas del paciente y, por ende, sobre sus reacciones frente a la enfermedad, su forma de vivirla y su respuesta al tratamiento. Este efecto puede ser positivo para el enfermo, de manera que contribuya a disminuir sus ansiedades y temores, que le ayude a modular las respuestas emocionales provocadas por la dolencia, a comprender las fantasías de todo tipo que surgirán ante la misma, etc. Pero también, según sea ella, el corolario de la actitud del médico puede ser perjudicial para el paciente, intensificando, por ejemplo, la necesidad de castigo, estimulando los sentimientos de culpa por la enfermedad exacerbando las fantasías masoquistas, alimentando los deseos de dependencia o acrecentando, injustificadamente, la regresión que se produce en toda enfermedad.

Creemos, por tanto, que al margen de que el médico aprenda algunas técnicas especializadas que puedan serle útiles en determinadas ocasiones, lo radicalmente esencial en lo que concierne al nivel psicológico es que aprenda a conocer y a modificar su actitud y su trato con el paciente

de forma que ejerza sobre él una acción terapéutica que se añada a las formas de tratamiento que, según su especialidad, instaure. Y, en este caso, es cuando a tal actitud y forma de relacionarse con el enfermo puede considerárselas como formando parte de un proceso psicoterapéutico, aun cuando éste transcurra de forma no explícita para los participantes.

Para posibilitar el esclarecimiento de los aspectos psicoterapéuticos que pueden darse en la entrevista médica, comenzaremos por el intento de esquematizar, en tres apartados, aquellas formas de comportamiento, frecuentes en el ejercicio de la medicina, que consideramos que con mayor razón pueden ser calificadas como **antipsicoterápicas**.

a) Actitud exclusivamente receptora de la catarsis.

En ella, el médico estimula y favorece la expresión de los conflictos, ansiedades, temores, etc., por parte del enfermo, con la esperanza de que ello comportará un alivio de la sintomatología. Implícitamente, se fundamenta en la convicción de que la enfermedad es algo que se ha apoderado del paciente y que éste algo debe ser expulsado a través de la extirpación o la evacuación. En sí misma, esta actitud no es forzosamente anti-terapéutica, e incluso es indudable que la verbalización de sus estados de ánimo, pensamientos y fantasías ayuda al enfermo no sólo desde el punto de vista de la descarga emocional que permite, sino también por facilitar una más clara formulación de los procesos psíquicos. Pero sí puede considerarse como antipsicoterápica cuando, como ocurre a menudo, el médico se limita a tal actitud, resignándose a desempeñar el papel de receptor de la descarga catártica del paciente, sin retornar a éste la comunicación recibida tras una elaboración que la haga más fácilmente comprensible.

b) Actitudes directivo-autoritarias.

Nos referimos a ellas cuando el médico impulsó desmesuradamente las tendencias regresivas que acompañan a toda la enfermedad. No sólo asume posturas autoritarias que mantienen al paciente en un estado de dependencia, sino que se siente llamado a proponer a éste su propia ideología acerca de los problemas, que la vida puede plantearle. En estos casos el médico actúa llevado por sus propias necesidades y fantasías, en lugar de atender realmente a las peticiones del paciente.

c) Actitud fraccionadora.

El médico se limita a inquirir que es lo que no funciona y se dispone a tratarlo. No establece ningún otro vínculo personal. La vida y los sentimientos del paciente, el significado que tiene su enfermedad para él, sus expectativas, etc., no son tenidas en cuenta. El médico fracciona al paciente en sus órganos y trata al órgano enfermo aislado del resto de la persona.

Es una actitud estimulada en instituciones, en las que la existencia de un gran acúmulo de especialistas la facilita. Es frecuente que en el trabajo institucional, el primer contacto del enfermo sea con el personal auxiliar que realiza una anamnesis tipificada, que esquiva aspectos biográficos importantes del paciente.

Con esta actitud, incluso el reconocimiento de que los síntomas que presenta el paciente son la expresión de trastornos psíquicos, lleva a la cosificación del psiquismo.

Esta actitud está también favorecida por el desarrollo tecnológico propio de la sociedad industrial, que ha invadido la medicina. Entre el médico y el paciente se interponen una serie de complejas y sofisticadas máquinas, que si bien es cierto que tienen utilidad, también lo es que son utilizadas profusamente por el médico, que así huye del contacto emocional con el enfermo.

Planteadas las principales actitudes antipsicoterapéuticas que con extraordinaria frecuencia dominan el escenario de la entrevista médica, tal vez nos sea más fácil comprender los **elementos psicoterapéuticos positivos** que puede introducir el médico en ella. Similarmente a lo realizado hasta ahora, integraremos estos elementos en tres apartados fundamentales en la entrevista médica.

#### **La demanda y la respuesta**

En cualquier relación humana la comprensión de la demanda antecede a la respuesta. En la dinámica de la entrevista médica, la demanda viene reducida y determinada por el tipo de respuesta que el paciente sabe que hallará. Intentaremos aclarar esta afirmación.

En la formación que el médico ha recibido en la Facultad de Medicina se le ha enseñado un tipo de respuesta determinado, mucho antes de que la demanda por parte del paciente haya tenido lugar. Y, en virtud de la enseñanza técnica impartida, esta respuesta es una en la que el enfermo queda reducido a un esquema anatomofisiológico al que es posible clasificar según unas categorías diagnósticas establecidas de antemano, y manejar de acuerdo con unos principios de reparación que se dirigen, específicamente, a la compostura de la pieza alterada. Toda dimensión psicológica se halla incluida o limitada a un breve programa de psicología académica. La omnipotencia narcisista se manifestará a través del diagnóstico, con el que se domina el cuerpo y la mente del paciente, y con la prescripción medicamentosa o quirúrgica con la que se actúa sobre él. Los fármacos, muy especialmente, serán los portadores del poder mágico del médico.

Posteriormente a la salida de la Facultad, conforme a su interés y peculiar vocación, el medio ambiente en que ejerce y las reales posibilidades de formación que éste le ofrece, el médico se adscribe a una u otra tendencia del pensamiento médico. Y sólo en el caso de que se esfuerce en procurarse una capacitación, al margen de la medicina oficializada, que le permita acercarse al psiquismo del paciente, estará en condiciones de ofrecer una respuesta distinta de aquella para la que se le ha preparado.

El enfermo, tanto por la influencia cultural recibida como por su experiencia en el trato con médicos en anteriores ocasiones, conoce cuál es el tipo de respuesta que puede esperar de los médicos en términos generales, y, consecuentemente, adecuará su demanda al tipo de respuesta que sabe que puede obtener. Así, para poner el ejemplo más sencillo, se verá obligado a transformar cualquier tensión emocional, inquietud, agresividad, malestar familiar o laboral, etc., en síntomas y quejas físicas, porque sabe que la respuesta del médico consistirá, indefectiblemente y al margen de la situación personal en la que él se halle, en exploraciones corporales, análisis, radiografías, diagnósticos somáticos y tratamientos destinados a producir algún efecto sobre un órgano supuestamente enfermo. Es decir, el paciente no puede expresar una demanda para la cual no encontraría respuesta. Por lo tanto, el enfermo se ve obligado a ofrecer únicamente aquellos síntomas que sabe serán aceptados por el médico y provocarán en él alguna respuesta de ayuda, aun cuando esta ayuda no sea la idónea para sus trastornos. De lo contrario, si la

demanda no se dirige a una clase de respuesta ya preformada en el médico, lo único que se obtendrá será un rechazo. Ello hace que el paciente se sienta impulsado a hablar en un lenguaje que él supone que es el lenguaje del médico, haciendo referencia, por ejemplo, a una supuesta ideología anatomo-clínica.

Lo dicho hasta aquí nos permite comprender que si el médico es capaz de brindar una amplia gama de respuestas que trascienda el rígido encuadre a que nos hemos referido, la entrevista experimentará un cambio cualitativo comparativamente a las pautas habituales en que se desenvuelve la entrevista médica más habitual. En esta otra forma de entrevista, que podemos llamar psicoterapéutica, la demanda del paciente no se verá supeditada a un número limitado y monocorde de respuestas por parte del médico. Contrariamente, el enfermo podrá hablar en su propio lenguaje, encontrando en el médico un interlocutor sensible a cada uno de los matices emocionales adscritos a su expresión. Si el médico, a su vez recibe de su paciente una comunicación plena y auténtica, no distorsionada por la necesidad de adaptarse a una réplica que se anticipa reducida a unas pautas prefijadas de clasificación y tratamiento, podrá comprenderse el sentido de la misma y, con su intervención libre e individualizada, lograr que el enfermo pueda entender y tolerar sus propias reacciones ante su dolencia y ante la situación que le ha llevado a la consulta.

#### **Sustitución del activismo médico por la promoción de la toma de conciencia por parte del paciente**

La concepción tradicional que de su papel tiene el médico basada, por un lado, en la formación recibida durante sus estudios, y, por otro, en la necesidad de mantener lo más elevada posible su omnipotencia narcisista, le lleva a desplegar un activismo directivo e intervencionista frente a todos los aspectos de la vida del paciente. Prescribe tratamientos, extiende certificados, da recomendaciones acerca del trabajo, el descanso y la forma de vida en general, intenta actuar, con mayor o menor éxito, sobre el ambiente familiar o social, y remite al enfermo a numerosos especialistas para que efectúen otras tantas pruebas y emitan juicios e informes a menudo contradictorios. Aun cuando, aparentemente, es el enfermo quien solicita esta actividad por parte del médico, no debemos olvidar que esta supuesta petición tiene su origen en la desesperanza de

que aquél pueda ofrecerle otra cosa ni que acepte otro tipo de demanda. Pero, dado que en su fuero interno no se siente realmente satisfecho con lo que recibe, abruma al médico con nuevas y repetidas reclamaciones que sobrecargan su trabajo y resultan imposibles de solventar, por cuanto son únicamente la manifestación externa y medicalizada de otros deseos no reconocidos por uno ni otro.

Debemos tener en cuenta que, en muchas ocasiones, aun cuando el médico habla en lugar de actuar, sus palabras transmiten explicaciones «científicas» u órdenes y quedan, por tanto, encuadradas dentro de un acto médico en el significado más estricto y tradicional del término. Dar explicaciones, en el sentido que nos referimos, implica imponer al paciente una concepción de la enfermedad, de su génesis y de su tratamiento, concepción que, frecuentemente, es distinta y aun contrapuesta a la del paciente. A causa de esta disparidad, dice Balint que en cada caso existen dos enfermedades, la del paciente y la del médico, es decir, la que éste impone de acuerdo con sus concepciones y esquemas científicos. Pues bien, en estas actividades verbales del médico, explicativas o para transmitir órdenes, la actitud del médico no ha variado, el modelo utilizado continúa siendo el mismo.

Para adoptar una actitud psicoterapéutica el médico debe dejar de relacionarse con el enfermo como con un «objeto», una «cosa» que es necesario reparar, adoptando en cambio, el modelo de relación interpersonal, en el cual, si por un lado el paciente es considerado como una totalidad, por otro la enfermedad, las ansiedades, las expectativas, temores y esperanzas le son devueltas después de haber sido elaboradas por el médico para que pueda asumirlas. Esta actitud psicoterapéutica no consiste por tanto, en utilizar determinadas técnicas especiales que aparten al médico del ejercicio habitual de su práctica y que exijan un tiempo, un marco y un proceder distintos de los que ha menester en su quehacer cotidiano. No estriba, tampoco, en la adopción de una ideología psicogénica, a través de la cual considere la posible etiología psíquica de las dolencias de sus enfermos. La actitud psicoterapéutica no es algo que precisen únicamente los pacientes neuróticos o los psicósomáticos, sino todos los pacientes en general, por más orgánicamente condicionados que se hallen sus trastornos, ya que también ellos presentan ansiedades, distorsiones de la realidad, negaciones, fantasías y temores que influyen en sus sufrimientos y en la evolución de su enfermedad. La actitud psicoterapéutica exige la adaptación a un modelo de relación interpersonal

mediante el cual la enfermedad se remite al interior del propio paciente, al mismo tiempo que se considera a éste de forma global a la vez que peculiar e individualizada. Para ello, el médico renuncia a las actividades directivas e intervencionistas, y se constituye en el empeño de retornar a los pacientes los sentimientos que le han sido proyectados, clarificados en lo posible, así como el perfil específico de sus conflictos. A la vez, el médico se ofrece a sí mismo como una imagen de identificación adulta, no provista de capacidades especiales para la resolución de cualquier problema, sino simplemente comprensiva a fin de que el paciente pueda apoyarse en ella para llegar a un enfoque maduro y ajustado de sus dificultades. Para esta tarea el médico ha de tener en cuenta que si el psicoterapeuta especializado se dirige, ante todo, al conocimiento y modificación del área inconsciente de la personalidad, él ha de darse a sí mismo como un objeto de la realidad y trabajar a nivel de lo consciente, utilizando las partes sanas y autónomas del paciente para que éste pueda adaptarse, lo mejor posible, al conjunto de su situación, a su enfermedad y a sus reacciones subjetivas frente a la misma.

#### **Comprender al enfermo y ayudarlo a comprenderse**

Frente a todo fenómeno hay dos clases de comprensión, la intelectual o cognoscitiva o la emocional. Cuanto más nos acercamos al dominio de las ciencias humanas mayor es la necesidad de que a la comprensión intelectual, basada en conocimientos teóricos, experiencias previas, etc., se añada la comprensión emocional. En ella no basta con comprender al otro, sino que es necesario que el observador preste, además, atención a lo que el comportamiento y emociones del observado significan para sí mismo, y a los sentimientos y fantasías que de tal observación se derivan. Toda actitud terapéutica, como también toda psicoterapia de orientación dinámica, se fundamenta en la comprensión, por parte del terapeuta, de su paciente, no sólo en el plano intelectual, sino también en el emocional. En la base de esta clase de comprensión encontramos siempre el proceso de identificación. Para lograr ésta, el terapeuta debe aceptar la interiorización de los mensajes verbales o subverbales, que su paciente le dirige y a través de los cuales proyecta, con finalidad comunicativa, una parte de sus propios contenidos mentales en él. Sólo así logra el médico hacerse cargo de los sentimientos y pensamientos del paciente. De esta forma, si la identificación se consigue, médico y paciente alcanzan una experiencia mutua, en la que cada uno comparte, dentro de ciertos



límites, los estados anímicos del otro. Gracias a esta experiencia el médico puede devolver al paciente aquellos sentimientos y fantasías que le han sido proyectados, pero desprovistos del carácter confusional, aterrador o amenazador que les caracterizaba, a fin de que aquel los reciba de nuevo de forma que le sea posible tolerarlos y darles una expresión más adecuada dentro del conjunto de su realidad. En esta segunda fase el paciente debe incorporar la actitud del médico como respuesta a las proyecciones de las que él mismo le ha hecho objeto.

Ahora bien, al mismo tiempo que el médico recibe de su paciente las proyecciones que le permiten comprenderlo, debe, simultáneamente, abandonar la identificación que ellas promueven para conservar la objetividad necesaria para la intelección profesional del caso. Todas las formas de psicoterapia exigen este esfuerzo bifásico, y la actitud psicoterapéutica del médico no puede soslayar tal exigencia. Este trabajo en dos fases, identificación seguida de una vuelta a la objetividad, es una de las características que diferencian la relación del médico con su paciente de las que este último puede establecer con cualquier familiar o amigo que intente ayudarlo.

Existen, sin embargo, otras diferencias que distinguen la actitud psicoterapéutica del médico de cualquier otro vínculo interpersonal en el que pueda tomar parte el paciente. No vamos a enumerarlas todas, pero nos detendremos un momento en la cuestión del marco de la entrevista médica y de los límites de la participación emocional. El marco de la entrevista médica señala las fronteras espaciales y temporales de la relación médico-enfermo. La conexión que une a ambos no es extensiva a todo el ámbito de sus vidas, sino que se reduce a determinado momento y lugar. Esto permite, a la vez que una objetivación más nítida, también, lo que generalmente es menos evidente, que la comunicación entre uno y otro permanezca a salvo de las contaminaciones que se derivarían del hecho de que ambos protagonistas mantuvieran otros contactos que los estrictamente profesionales. El médico trabaja en el «aquí y ahora» de la entrevista médica. Es decir, con lo que el paciente aporta en el momento y lugar de la entrevista médica, de sus sentimientos, de sus expectativas, de sus fantasías y angustias, y lo que el paciente trae a una entrevista y más en una primera entrevista es mucho; es toda su forma de establecer relaciones con los demás y consigo mismo. Por supuesto que el médico debe preguntar los datos que considere necesarios para el diagnóstico, pero se pueden intercalar estas preguntas cuando el discurso del

paciente de lugar a ello, o bien la que no tiene cabida en esos momentos puede postergarse a lo que sería un segundo tiempo de entrevista.

Pensamos que la Psicología que se enseña en las Facultades de Medicina tendría que capacitar al médico en la realización de la entrevista.

En lo que concierne a los límites de la participación emocional debemos tener en cuenta, en primer lugar, que el intercambio comunicativo se reduce al plano verbal, con prescripción de todo contacto físico no estrictamente necesario para las exploraciones adecuadas. El paso al acto no es jamás estimulado, lo cual significa que la relación terapéutica es esencialmente frustrante y que el paciente deberá obtener la gratificación de sus impulsos en otro tipo de intercambios personales. Todo intento de ofrecer gratificaciones en la situación terapéutica fatalmente convierte a ésta en una simple relación privada, desprovista de todo carácter profesional.

Otro aspecto de los límites a los que nos hemos referido estriba en que, forzosamente, la implicación emocional del médico debe ser mucho menos intensa que la de su paciente. Puede comprender los sentimientos de este último, participar de ellos hasta cierto punto y, especialmente, concienciar los estados de ánimo y fantasías que sus palabras y actos despiertan en él mismo, pero si los compartiera plenamente se disolvería la diferencia entre médico y paciente y, por tanto, el primero carecería de la objetividad científica precisa para entender y actuar terapéuticamente.

Además, el médico debe estar limitado en otro aspecto. El de que toda relación con su paciente ha de estar fundamentada en las necesidades de éste, no en las propias. Esto es especialmente importante en lo que se refiere a los deseos de los médicos de dar algo a sus pacientes, de asegurarse a sí mismos que son capaces de dar algo bueno y valioso. Aunque este deseo sea razonable en líneas generales, es menester que el médico se sienta suficientemente aceptado por su paciente y, a la vez, lo bastante satisfecho y seguro por su trabajo como para no verse arrastrado por el impulso incontenible de dar algo bueno a toda costa, no porque aquél lo precise, sino para gratificar sus propias fantasías, conscientes o inconscientes, de bondad, omnipotencia, etc., para defender su autoimagen y su narcisismo. Lo único que, de acuerdo con una verdadera actitud psicoterapéutica, el médico ha de estar dispuesto a otorgar a todo trance, son su honestidad, su preparación profesional, su tiempo limitado

pero no menos del requerido para hacerse justamente cargo de lo que el paciente le presenta, su atención total durante la entrevista y su respeto sin reservas hacia la persona que se somete a sus cuidados.

Con respecto a lo que acabamos de decir es conveniente recordar que, aun cuando en muchas ocasiones el médico es capaz de comprender la génesis de una situación patológica o de ciertas dificultades en las relaciones personales del enfermo, no siempre esta comprensión es eficaz desde el punto de vista terapéutico, e incluso el intento de forzar indiscriminadamente una explicación intelectualizada puede conducir a una agravación de los síntomas. Solo en la medida en que el médico pueda plasmar su global aprehensión de la situación psíquica del paciente en su forma de relacionarse con él, será capaz de proporcionar a éste una experiencia creadora que le permitirá modificar sus actitudes, sentimientos y pautas de reacción en un sentido más satisfactorio para la curación de sus trastornos.