

Medicina interna, enfermedades emocionales y psicoterapia

J. CODERCH A. SARRÓ

En todos los campos de la medicina es necesario establecer un correcto diagnóstico antes de iniciar una acción terapéutica, si queremos que ésta sea efectiva. Las enfermedades emocionales no constituyen excepción de esta regla; requieren un diagnóstico positivo, y éste no puede realizarse simplemente por la ausencia de hallazgos patológicos en el examen clínico o en las pruebas de laboratorio. Diagnosticar una hipocondría por exclusión, es algo tan absurdo como diagnosticar un cáncer pulmonar solamente a causa de que el médico no puede poner en evidencia una tuberculosis, neumonía, bronquitis o cualquier otra enfermedad que justifique una expectoración. Hasta que el médico consiga demostrar la realidad de un cáncer, podrá sospecharlo, pero no fijar diagnóstico y de la misma manera, hasta que encuentre rasgos positivos de la existencia de una hipocondría

no podrá diagnosticarla. Hacerlo simplemente por la exclusión de datos orgánicos (en una enfermedad emocional) contribuye a enmascarar la verdadera etiología, y puede ser causa de la irreversibilidad del trastorno.

El diagnóstico preciso de una enfermedad emocional depende, primariamente, de una apropiada evaluación de los siguientes factores:

a) La naturaleza de los síntomas del paciente y su similitud con los encontrados en las enfermedades neuróticas o psicóticas.

b) La sincronización del comienzo, incremento y mengua de los síntomas, con las variaciones de los estados de tensión provocados por el medio ambiente y los cambios en la capacidad de adaptación del paciente.

c) La influencia de cualquier circunstancia coexistente, tal como alguna enfermedad orgánica.

La habilidad del médico en lograr un correcto diagnóstico depende de su pericia en elaborar una historia clínica en la cual se subrayen adecuadamente los factores emocionales y psicológicos, y de sus conocimientos psicopatológicos y clínicos.

Para asegurar un diagnóstico positivo, el médico debe comprender, en sus conceptos esenciales, la estructura de las enfermedades emocionales. Debe ser capaz de reconocer los síntomas de los trastornos psicológicos, especialmente los de la desadaptación ante las exigencias del medio ambiente, inhibiciones inadecuadas y conversión de fenómenos psicopatológicos en síntomas somáticos. Debe tener algún conocimiento acerca de los puntos más débiles de la capacidad adaptativa del paciente, guiándose por sus formas de reacción ante situaciones de «stress» que puedan haber ocurrido hasta aquel momento. El diagnóstico puede llegar a ser aún más preciso, si se halla informado del desarrollo de la personalidad del enfermo, así como de otros episodios semejantes o iguales al actual. Debe esforzarse en conocer el especial significado de los sucesos que han precipitado la enfermedad, y debe también intentar determinar, guiándose por la cualidad de las relaciones establecidas entre él y el paciente, la eventual capacidad de este último para responder a la psicoterapia, si es que ésta se muestra como la terapéutica más aconsejable. El médico no puede, desde luego, determinar todas las características estructurales y de manifestación de la enfermedad emocional desde la primera entrevista. Su comprensión inicial será en la mayoría, sino en todos los casos, parcial e incompleta. Su diagnóstico llegará a ser más exacto y preciso, a medida que nuevas entrevistas con el enfermo vayan poniendo de relieve nuevas facetas de su personalidad. Entre tanto, el médico debe demostrar la relación de los trastornos emocionales con los síntomas que presenta, puesto que los neuróticos no se hallan inmunes a las enfermedades orgánicas, y la presunción de que todas las quejas de un hipocondríaco sean debidas a su hipocondría puede conducir a un verdadero desastre. Un factor que puede complicar el proceso diagnóstico es la tendencia del paciente a sobrevalorar cualquier enfermedad orgánica, dificultando el descubrimiento de la causa fundamental. La enfermedad, como puede atestiguar todo médico práctico, es una fuente de angustia y depresión para muchos pacientes, pero en la mayoría de los casos, el orden de aparición de los síntomas es suficiente para aclarar las cosas. Cuando el grado de reacción emocional es grande, como ocurre en los enfermos afectos de psiconeurosis crónicas, puede eclipsar los síntomas de la enfermedad orgánica desencadenante.

Siempre que sea posible, el diagnóstico debe de ser preludeo del tratamiento, ya que si éste es comenzado prematuramente, puede dificultarlo. Generalmente esta regla es violada en medicina, sólo en casos de emergencia, como cuando damos an-

tibióticos en una infección violenta antes de que los cultivos puedan revelar el germen causante. Pero en las enfermedades emocionales, debido a que la terapéutica se basa fundamentalmente en la relación médico-enfermo, ya el mismo proceso diagnóstico tiene virtudes terapéuticas. Las actitudes y comentarios del médico durante las primeras entrevistas, inevitablemente afectan al paciente en algún modo, ya sea atemorizándolo o bien tranquilizándolo. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psíquicas, nacen conjuntamente y nunca pueden ser separados por completo. Aunque el médico no lo desee, influye en el curso de la enfermedad emocional desde el momento en que se inicia el esfuerzo diagnóstico. Si antes de decidir un diagnóstico de neurosis, subraya las posibilidades de lesión orgánica, alarmando al paciente innecesariamente y alentando en él la preocupación por trastornos somáticos, convierte en mucho más difícil una ulterior terapéutica psicológica. En cambio, si comunica al enfermo una actitud de comprensión y respeto hacia sus problemas emocionales, facilita en éste la adopción de una postura adecuada respecto al tratamiento. El comportamiento del enfermo es, en muchas ocasiones, reflejo del del médico. Si éste se muestra interesado por todos los aspectos de la enfermedad, incluyendo los psicológicos, es más fácil que el paciente llegue a tener conciencia del importante papel que en sus molestias juegan sus propios sentimientos. Pero si el médico se interesa tan sólo por la exploración somática, el enfermo tenderá a rechazar toda explicación de su dolencia que no se apoye en una base orgánica.

Cuando un enfermo racionaliza su angustia como enfermedad orgánica, desplaza esta angustia hacia una parte de su cuerpo y la convierte en síntomas físicos, evitando así el tener que enfrentarse con el motivo de ella. Si renuncia a esta conversión, renuncia también a la protección que ésta le reporta, y debe enfrentarse a lo mismo que desea evitar. De aquí la resistencia del enfermo a reconocer la existencia de factores psicológicos en su enfermedad. El médico debe de anteponerse a este miedo o resistencia, y desde el momento en que sospeche la existencia de importantes componentes afectivos, guiar la actuación diagnóstica de manera que favorezca lo más posible la ulterior acción terapéutica. Esto requiere de él que, desde la primera entrevista, tenga ya presente las posibles causas o interferencias emocionales de la enfermedad, y no se limite a pensar en ellas únicamente cuando todas las exploraciones orgánicas han sido negativas.

Hay algunos conceptos fundamentales que el médico ha de tener muy presente en el momento de establecer un diagnóstico de enfermedad psíquica, a fin de poder decidir con mayor claridad de juicio sobre la conveniencia de remitirlo al psicoterapeuta.

Es de primordial importancia que el médico no

clasifique como neurótico a todo enfermo en el que los factores psíquicos desempeñen un importante papel en el inicio y configuración de la sintomatología. Se ha de entender como neurosis una reacción psíquica anormal por su duración o por su intensidad y en la cual interviene el inconsciente, siendo curable tan sólo por psicoterapia, es decir, mediante el análisis de las motivaciones inconscientes que han provocado la enfermedad, o bien por otras técnicas de psicoterapia menor o abreviada. Con extraordinaria frecuencia, el internista confunde las psiconeurosis con las organoneurosis, lo cual produce un notable entorpecimiento en el proceso diagnóstico terapéutico. Las organoneurosis son cursos morbosos en los que predomina una sintomatología corporal, casi siempre de tipo visceral y más o menos localizada en un determinado órgano o aparato, que a través de la doble vía diencefalo-vegeto vásculo-muscular, sirve de núcleo de conversión, expresión y descarga de todos los conflictos y tensiones personales. La elección de este órgano con preferencia a otros puede ser determinada por su menor resistencia biológica, o por tener su función un simbolismo concordante con el tipo de conflicto que va a expresarse.

No menos importante es que el médico internista posea una clara idea de las diferencias existentes entre neurosis y psicosis, evitando de esta manera el clasificar como enfermos mentales a pacientes cuyos trastornos sean de la intensidad que fueren, son exclusivamente de tipo emocional; o, por el contrario, considerar como personas de reacciones algo fuera de lo corriente, a enfermos mentales que por poseer una personalidad relativamente bien conservada, hacen compatible la existencia de un profundo delirio con una vida aparentemente normal. Establece una distinción fundamental el hecho de que en las neurosis, las alteraciones que presenta el sujeto se diferencian tan sólo cuantitativamente de los rasgos considerados como normales, mientras que en la psicosis, la diferencia es más profunda, podríamos decir que no existe nexo de unión con el pensamiento normal, existe una diferencia cualitativa. El neurótico sigue siendo durante la enfermedad el mismo que era antes de ella, mientras que en el psicótico existe una solución de continuidad, un cambio radical en su manera de ser, en su relación con el mundo.

Vemos, por lo tanto, que el médico ha de poseer esta actitud global de comprensión del enfermo como un ser unitario que se nos ofrece desde una doble vertiente somática y psíquica y sin la cual es imposible establecer un verdadero contacto con el mismo. Pero, por otra parte, es también indispensable que posea una formación psicológica básica, sin la cual es igualmente imposible una correcta orientación diagnóstica y terapéutica. Esto no quiere decir que el internista deba poseer unos conocimientos tales que le permitan hacer un diagnóstico diferencial psiquiátrico minucioso o llevar a

cabo toda clase de tratamientos psicoterapéuticos, sino que un mínimo de conocimientos psicológicos, como se ha esbozado anteriormente, son imprescindibles para el correcto enfoque del enfermo, o para que el médico pueda resolver por sí mismo, como se dirá más tarde, algunos problemas de desadaptación ambiental, imposibles de solucionar si no se tienen en cuenta los conceptos anteriormente expuestos.

Pasaremos ahora a estudiar en qué ocasiones y bajo qué circunstancias debe el enfermo ser remitido al psicoterapeuta. Trataremos de precisar en qué ocasiones resulta útil, cuando puede resultar contraproducente y, por último, la forma en que debe efectuarse.

Trataremos en primer lugar de aclarar por qué consideramos que en algunos pacientes puede resultar incluso contraproducente remitirlos a la consulta psiquiátrica. Por ejemplo, aquellos enfermos afectados de un proceso psíquico crónico, con una sintomatología de larga evolución y que ha llegado a constituir una parte de su personalidad, de tipo irreversible y que además está relativamente compensada por el contacto con su médico de cabecera. En este caso, poco se puede ganar con la consulta, que por otra parte puede incluso traumatizar al enfermo al enfrentarle con problemas que él ha reprimido con tal intensidad.

Existen también una serie de problemas de tipo superficial que pueden y deben ser resueltos por el médico de cabecera, entendiéndose por problemas superficiales aquéllos en que el trastorno subyacente es de poca importancia, o sea, que no nos guiamos por la sintomatología, que puede ser todo lo polifacética y abundante que se quiera, sino por la causa de la misma. En efecto, pequeños trastornos de adaptación y problemas ambientales sin importancia pueden manifestarse en ocasiones por grandes crisis de tipo angustioso o pitiático.

En suma, el médico debe resolver los pequeños problemas de adaptación al medio laboral o familiar, crisis angustiosas transitorias e incluso problemas superficiales de personalidad.

Para precisar en qué ocasiones debe solicitarse la colaboración del psiquiatra nos guiaremos por dos criterios: uno diagnóstico y otro referente a la profundidad del trastorno.

En cuanto al diagnóstico es evidente que todas las neurosis graves y las psicosis deben ser vistas por el especialista. Cualquier retraso en esta misión puede hacer más sombrío el pronóstico del cuadro ya que en estos casos, como en toda la medicina, el enfermo se beneficia de la precocidad del tratamiento. Quedan exceptuados aquellos casos a los que nos hemos referido anteriormente, en los que dado el extraordinario tiempo de evolución del cuadro es ya prácticamente imposible la remisión.

Concretándonos ahora al segundo criterio, o sea al de la profundidad del trastorno, debemos aclarar de nuevo que nos referimos únicamente a la

gravedad de la perturbación emocional profunda, no a sus manifestaciones, que pueden no corresponder con ella. Es frecuente, como hemos dicho, que pequeñas alteraciones psíquicas se manifiesten con una gran sintomatología, mientras que graves psicosis, con un profundo trastorno de la personalidad, pueden en ocasiones manifestarse exteriormente con un solo síntoma. Así, por ejemplo, lamentarse el enfermo únicamente de cefalea y al interrogarlo a fondo nos damos cuenta de que cree que ello es debido a que sus enemigos se la provocan por medio de aparatos especiales, poniéndose de relieve una grave esquizofrenia paranoide que sin un interrogatorio definido hubiera pasado inadvertida.

Un problema especial se plantea con el enfermo presunto suicida. Aunque no existe una regla sobre ello debemos señalar que la expresión verbal de este deseo, aunque siempre indica un menor riesgo de que se realice, no excluye el que pueda llevarse a cabo. En el caso en que se expresen ideas de suicidio, como regla general, lo más prudente es remitir el enfermo al psiquiatra, ya que existe el peligro de confundir una trivial fobia al suicidio con un impulso esquizofrénico o una depresión reactiva trivial, con una profunda psicosis endógena.

Digamos, por último, como ha de actuar el médico cuando sea como este solicita la colaboración del psiquiatra o del psicoterapeuta, y lo que se debe o lo que no se debe decir al enfermo para evitar una situación excesivamente traumática. En general, la técnica variará en cada caso, dependiendo de las razones que tenga el médico para pedir tal colaboración. En el caso de que él crea que puede continuar el tratamiento por sus propios medios, pero que necesita una ayuda técnica o conceptual, lo mejor es expresarlo directamente al paciente. El hecho de saber que su médico no se lo está «quitando de encima», sino que está buscando ayuda para su mejor provecho, contribuye a darle seguridad. Por lo general, estos casos no plantean problema alguno mientras que, en cambio, la situación es más compleja cuando se intenta enviar al enfermo para un tratamiento psicoterapéutico.

Debe evitarse, en estos casos, el decir frases o comentarios que puedan traumatizarle o herir su sensibilidad, dificultando el tratamiento ulterior. No deben decirse al enfermo frases como la que sigue: «Hemos hecho todas las pruebas y análisis posibles, con resultado negativo, veremos, por lo tanto, si el psiquiatra puede hacer algo». El paciente adquiere la sensación de hallarse ante la última posibilidad de salvación, ante el fin de una larga serie, aumentando, por lo tanto, su angustia y recelo, mientras que si lo enfocamos de una manera positiva, la situación adquiere un matiz diferente, con mayor seguridad para el enfermo. Así, podemos decirle que le enviamos al especialista, no sólo porque no hemos encontrado nada orgánico sino porque hay en su enfermedad una serie de sín-

tomas que indican que la situación se beneficiaría con una mayor atención a su esfera emocional.

Debe evitarse el transmitir al enfermo ideas preconcebidas acerca de su enfermedad; no puede decirse que se conoce exactamente la naturaleza de la misma y el tratamiento que llevará a cabo el psiquiatra, ya que en este caso el paciente puede preguntarse porqué se le remite a él si se conoce tan bien su caso. Por otra parte, puede crearse una situación difícil en el caso de que el criterio del médico de cabecera no coincida con el del especialista, creando un conflicto en el enfermo que duda entre el nuevo criterio y la lealtad y confianza que profesa a su médico, dando lugar a dificultades de índole emocional que interferirán con el tratamiento. En el caso de que existan diferencias de opinión, deben ser resueltas sin el conocimiento del enfermo, mediante una consulta privada, con lo cual se evita la formación de recelos y temores a los que tan propenso es el enfermo psíquico.

Este último aspecto es de frecuente observación, ya que son numerosos los pacientes que acuden al psiquiatra con una idea diagnóstica o terapéutica equivocada y, en general, transmitida por su médico y de la cual es casi imposible o muy difícil desprenderles debido a la confianza que ya le profesan. Prepararles adecuadamente para la consulta o el tratamiento, hacerles una breve explicación sobre lo que será la entrevista, tranquilizándoles respecto a los tratamientos a emplear, redundan en beneficio del éxito terapéutico.

Deben evitarse los conceptos extremos, o sea el afirmar que sus molestias son únicamente físicas o psíquicas. Debe evitarse, especialmente en los casos en que existan importantes manifestaciones somáticas, afirmar que todo es de origen psíquico, con lo cual el enfermo considera que se le insinúa que todo está «en su cabeza», en su imaginación. Debe dársele a entender que en toda enfermedad hay dos vertientes, una física y otra emocional, y que en ocasiones puede resultar ventajoso para el médico abordar el problema por la vía psíquica.

Un error estrechamente emparentado con el anterior es el de catalogar sus molestias como imaginarias. El paciente puede creer que se le acusa de simulador, no sintiéndose comprendido en su enfermedad. Debe decirse que sus molestias, aunque de origen psíquico y sin causa orgánica determinada, son tan reales y molestas como si fueran debidas a un proceso orgánico real. Es siempre útil en estos casos explicar mediante esquemas o breves nociones, cómo causas emocionales pueden producir cambios corporales. Un buen símil que puede utilizarse es el de explicar la serie de perturbaciones que se producen como consecuencia de un susto, palpitaciones, sudoración, palidez, etc., sin que exista ninguna anomalía orgánica. La atención adecuada, por parte del internista, a este tipo de enfermedades, evitan la encronización innecesaria de muchos pacientes.