

Una entidad nosológica no descrita en los textos: el

Enfermo-problema

El concepto «enfermo-problema» no constituye una simple etiqueta diagnóstica sino que puede considerarse una entidad nosológica de la medicina actual cuyas dimensiones rebasan el campo de la clínica para proyectarse en el terreno de la psicología, de la moral religiosa e incluso de la sociología. A este respecto, si se ha dicho que no existían enfermedades sino en realidad enfermos, a los que hay que valorar tanto en su vertiente somática como psíquica, cabe afirmar que el enfermo no es un individuo aislado, sino miembro de una colectividad social, en la que no sólo puede reflejarse su cuadro morbosos sino constituir ella misma la razón de sus trastornos. Si bien estos cuadros morbosos que rebasan los límites del individuo aislado plantean una problemática con facetas tan amplias, es sólo el médico, en último término, quien debe hacer frente en su quehacer diario a este enfermo que le exige una solución terapéutica.

Este interesante problema actual, fue abordado en el Coloquio sobre el «Enfermo-problema» desarrollado en el Aula de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Madrid, en el que bajo la presidencia del Prof. López Ibor se reunieron internistas, psiquiatras, teólogos, psicólogos y juristas.

¿Qué es un enfermo-problema?

Prof. López Ibor:

He tratado de integrar, alrededor de esta mesa, unos puntos de vista diferentes, representados por personas que tienen actividades diversas dentro del mundo intelectual. No sólo médicos; hay aquí representantes de la psiquiatría, de la medicina interna, de la psicología; del punto de vista religioso y teológico, e inclusive del punto de vista jurídico.

El tema está enunciado con una expresión que alcanza un cierto éxito en el mundo; es el enfermo-problema, caso-problema o paciente-problema.

Antes de comenzar, quisiera aclararles a ustedes qué es lo que deseamos expresar con esta denominación, porque podría resultar una expresión tautológica: *problema es cualquier enfermo*. Pero, evidentemente, crecen de día a día los enfermos que presentan un tipo especial de problemas, y para éstos es para los que está reservada la denominación de «enfermo-problema». Se trata no sólo, o no especialmente, de aquellos enfermos que presentan un problema de diagnóstico, por insuficiencia de las técnicas.

No se trata de problemas de un caso oscuro con arreglo a las técnicas habituales de diagnóstico, sino que la oscuridad del mismo dependerá de la exploración, y la manera cómo el enfermo vive su enfermedad, esto es, los hallazgos subjetivos.

No hace muchos días me decía uno de los internistas más distinguidos del país: «Yo, hace veinte o veinticinco años, cuando exploraba a un enfermo que venía a consultarme y no encontraba nada en él, tenía una verdadera crisis de cólera. Ahora ya me resigno y pienso que es mejor para el enfermo». Pues bien, de estos enfermos, que no despiertan crisis de cólera en el investigador objetivo y sagaz porque no encuentra hallazgos suficientes para poder explicar el cuadro clínico, es de los que preferentemente nos vamos a ocupar ahora. Estos enfermos son el terreno de nadie y el terreno de todos; visitan todas las clínicas, y yo hubiera aquí deseado traer a otros especialistas para poder discutir este problema, pero ésto no ha podido ser por razones técnicas, porque entonces el coloquio hubiera resultado muy difícil, al ser demasiado numerosos los participantes; tanto más cuanto que es concebido no como una exposición científica del problema, sino como

una aproximación personal a él. Que cada cual cuente libremente sus experiencias propias en torno a esta cuestión y que nosotros podamos conversar, delante de ustedes (1), sobre esto que tanto nos preocupa.

El problema es tanto más importante cuanto que no se trata solamente de ocuparse de aquellos enfermos en los que existe esta disparidad neta, sino de aquellos otros en los que aún existiendo un hallazgo objetivo, también se intercala el otro problema, el de la subjetividad del enfermo. En definitiva, y empleando una expresión que es muy antigua y pertenece a Krehl, yo me referiría a esta cuestión diciendo que estriba en la introducción de los problemas de la personalidad en la Medicina. De siempre se nos ha dicho que no hay enfermedades sino enfermos, frase cuya significación más honda consiste en la necesidad de *personificar* nuestra actuación.

La introducción del problema de la personalidad tiene importancia desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico, y también, desde el punto de vista terapéutico. Precisamente la implicación que hay ahora entre el hecho de enfermar y las circunstancias de la sociedad presente, es lo que me ha inducido a requerir la presencia del Prof. García Valdecasas, para que nos ilustre sobre estas nuevas fronteras de la medicina. Como es natural, no voy a tratar ahora de desbrozar totalmente el tema, sino que simplemente deseo plantearlo. En muchas partes se pueden leer afirmaciones análogas a las que hizo Hegglin, en un coloquio reciente, asegurando que el 80 ó 90% de los enfermos podían ser diagnosticados exactamente sin necesidad de la exploración de los mismos; es decir, acudiendo sólo a la correcta *anamnesis* que en definitiva es, y ha de ser, *biográfica siempre*, lo cual supone la introducción del punto de vista psicológico en la recolección de datos clínicos. Hay puntos fronterizos comunes entre lo que estudia el psiquiatra y los que estudia el teólogo, lo que estudian los psicólogos y lo que estudian los internistas, y de esas zonas y puntos fronterizos vamos a ocuparnos ahora.

Ruego al Prof. Peña Yáñez, que recientemente ha publicado unos interesantes trabajos que se refieren a este tema, que nos exponga sus opiniones.

(1) Se refiere al numeroso público que presenció el coloquio.



¿El «enfermo-problema» en 1850?

Daumier tituló «los monómanos» a la serie de dibujos de la que procede esta caricatura. Seguía así la clasificación psiquiátrica de su época, basada en la enumeración de síntomas aislados e insólitos, clasificación que, por la índole misma de su vocabulario, no podía sino ignorar toda consideración psicológica. Daumier, sensible y comprensivo, consagró su talento al pretendido enfermo imaginario, mas su aguda pluma se dirigía a la medicina de la época que no tomaba en serio esta forma de estado morbosos, y sobre todo a los médicos y farmacéuticos, que de la desgracia de los demás obtenían substanciosos beneficios.

Importancia de la vertiente psíquica como factor desencadenante de síntomas somáticos

Diferenciación entre lo funcional y lo orgánico

Prof. Peña Yáñez

El enfermo-problema, a mi juicio, no es un problema nuevo de la Medicina, es un problema que hemos vivido siempre. Lo ocurrido es que en estos últimos años ha recibido caracteres especiales y sobre todo una denominación gracias a la cual los médicos tenemos, por lo menos, un vocablo al cual referirnos.

Difficil es formarse un concepto de lo que es un enfermo-problema. El mismo profesor López Ibor acaba de indicarnos dos tipos distintos de enfermos: por un lado aquéllos en los que hay disparidad entre el hallazgo objetivo y las quejas subjetivas; por otro, aquellos pacientes en los que aún hallándose datos objetivos en la exploración, la personalidad del enfermo interviene de tal manera en el cuadro clínico, que constituye un enfermo-problema.

Creo que es muy difícil establecer una definición exacta de lo que entendemos por enfermo-problema, porque al establecer como definición la tesis bastante corriente de decir que existe disparidad entre hallazgos objetivos y quejas subjetivas, ocurriría que los pacientes con jaqueca, por ejemplo, hace 30 ó 40 años serían todos enfermos-problema porque no se hubiera encontrado dato objetivo de ninguna clase; y así ocurre con todas las enfermedades de carácter funcional.

Nos encontramos en situación un poco similar al definir estos tipos de pacientes, como al definir el reumatismo. Creo que no estamos capacitados para establecer definición alguna, pero estimo que sería mucho más interesante tratar de hacer una ordenación o una clasificación de los mismos como un intento de poder profundizar en el estudio de este grupo complejo y heterogéneo de pacientes. Para ello, se me ha ocurrido que podríamos considerar, por lo menos, seis grupos distintos de enfermos.

Uno de ellos sería el que podríamos denominar *yatrogénico*, grupo que ha sido favorecido por la actuación inconsciente y equivocada del médico o médicos a los que por primera vez acudió el paciente. Este grupo es cada día más numeroso por el momento que está viviendo la medicina actual de someter a los pacientes cada vez a mayor número de exploraciones, por la facilidad que tienen, gracias a la asistencia social, de acudir al médico con mucha mayor frecuencia. Indudablemente este grupo está aumentando en la actualidad.

Hay otro grupo de enfermos que son orgánicos crónicos que soportan mal su enfermedad; por ejemplo, el enfermo hipertenso. Un día, consulta al médico por cualquier otra circunstancia y se entera que tiene una cifra de tensión alta creándose así un problema de enfermo inválido crónico. Es también el paciente que sabe por casualidad que tiene un soplo cardíaco y a partir de entonces está viviendo un enfermo-problema. Naturalmente son muchas las personas que tienen hipertensión y que lo saben y que tienen soplos y que tampoco lo ignoran, y sin embargo, no reaccionan de aquella manera. Como hablaba el Dr. López Ibor, la participación de la personalidad del paciente es la que va a determinar la creación del enfermo-problema, en este grupo de enfermos orgánicos.

Hay otro tercer grupo constituido por enfermos afectados de procesos somáticos de difícil diagnóstico, enfermos que van recorriendo clínica tras clínica hasta que pasados años, y en un momento determinado,

se les encuentra una enfermedad somática dejando entonces de ser enfermos-problema. Este grupo es aún bastante numeroso, aunque existe un número de ellos considerable, y en los que las dificultades de diagnóstico son grandes a veces, porque no tenemos medios para ello, o porque aún existiendo, no caemos en la cuenta de la enfermedad que pueda tratarse, y por consiguiente, pasa ignorada.

Otro grupo de pacientes, podrían ser los *hipocondríacos* y los que presentan estados depresivos, que inundan nuestras consultas. Los primeros, por cualquier bagatela van enseguida al médico, se preocupan de una manera excesiva de sus padecimientos, están continuamente enfermos y nunca se ponen buenos. El grupo de los enfermos depresivos, se refiere a aquéllos que presentan una serie de molestias diversas; no los enfermos depresivos graves, sino los depresivos leves que van a menudo a la consulta del médico general y de diversas especialidades; estos pacientes, a menudo no son diagnosticados correctamente y se catalogan como enfermo-problema.

Hay otro grupo, también importante, de aquéllos que tratan de buscar refugio en la enfermedad como medio para resolver sus problemas, bien sea de una forma consciente o inconsciente. Los primeros serían los simuladores; pero hay muchos que lo hacen de forma inconsciente.

Este tipo de enfermos, es muy difícil de descubrir, sobre todo cuando se trata de un problema inconsciente, y constituyen un gran problema, ya que no desean curarse de su enfermedad sino continuar con ella. Fuera de estos cinco grupos, perfectamente catalogados, podríamos considerar otro muy complejo en el que puede haber discrepancias de criterio respecto al enjuiciamiento del mismo. Son los enfermos que, sin hallazgos objetivos en la exploración, unos médicos catalogan de funcionales, otros de psicógenos y otros de *distónico-neurovegetativos*. No es tarea fácil en estos enfermos delimitar entre sí la intervención de estos tres ingredientes: lo funcional, lo psíquico y lo vegetativo. Es evidente que un trastorno funcional cualquiera, por ejemplo un extrasístole, un dolor, puede motivar una respuesta vegetativa y psíquica de intensidad y tonalidad muy diferente de unas personas a otras en relación con su historial personal, sus aspiraciones, sus vivencias, su situación anímica, sus problemas sociales, económicos y familiares, sus temores, angustias, su concepto de la vida, sus creencias religiosas, su temperamento y su manera de ser. Este es el problema que vivimos: la personalidad matiza la enfermedad y la hace vivir de una manera diferente. Es evidente, por otra parte, que un estado emocional cualquiera puede desencadenar disturbios vegetativos y trastornos funcionales: palpitaciones, sudoración, inapetencia, alteración en la secreción gástrica, en el electrocardiograma, incluso dolor precordial, etc.

Ante un cuadro clínico que se acompaña de datos objetivos, o que no se acompaña de estos datos o son mínimos e insuficientes para explicarlo, es muy fácil incurrir en la tentación de considerarlo todo como psicógeno, sobre todo si el paciente exhibe algunos rasgos psiconeuróticos previos o *sobreañadidos*. Es evidente, y no niego que pueda haber algún caso, en que la dolencia tuvo un origen psicógeno y puede, incluso, conducir a la muerte. Hay casos en que es preciso admitirlo y aceptarlo y en clínica vemos a menudo casos de estos; los más típicos que podríamos considerar son los de *impotencia psíquica*, en los que el factor emocional es lo fundamental. Pero en mis

largos años de experiencia me voy convenciendo cada día más de la importancia del factor anímico en el curso y evolución de las enfermedades, pero no en el sentido que en general se interpreta este criterio por parte de los médicos *psicosomáticos*. Difiero quizás en este aspecto del parecer de otros compañeros, pues para mí el factor anímico tiene una importancia fundamental como desencadenante y como agravante de afecciones morbosas, pero muy pocas veces interviene como factor determinante de enfermedades.

Los casos en que el factor anímico interviene como determinante causal, como factor primordial en la génesis de una enfermedad, son casos reducidos; en la inmensa mayoría de las veces el factor anímico actúa solamente como desencadenante, como agravante.

Por ejemplo, una persona tiene un estómago o intestino delicados en virtud de ligera gastritis o enteritis no objetivables que cursan de forma enteramente latente, o en virtud de una *alergia digestiva* o de alteraciones *humorales* que repercuten en el funcionamiento de otros órganos. A pesar de sus alteraciones, estos pacientes siguen bien hasta que un día sufren un disgusto o una *conmoción psíquica* y entonces sienten molestias de estómago o intestino; ¿podemos considerar por ello que el factor anímico actúa aquí como factor determinante? Creo que no; creo que lo que hizo en este caso el factor anímico, lo pudo haber hecho igualmente un resfriado, o una *intemperancia* en la comida, actuando como factor desencadenante.

El encontrar en una persona rasgos *psíquicos* típicamente anormales no es suficiente para establecer el diagnóstico de una *psiconeurosis* aun faltando hallazgos objetivos. La mayoría de las veces, es posible recoger, mediante una *anamnesis minuciosa*, que el comienzo de la enfermedad tuvo como punto de origen un *transitorio desequilibrio funcional* vulgar, sin importancia, *intrascendente*, y que muchas personas lo soportan perfectamente sin concederle una mayor atención. Puede ocurrir que una persona note palpitaciones o extrasístoles, un dolor en la región precordial izquierda sin importancia, que se da en personas sanas y que observamos con mucha frecuencia. Si estos mismos trastornos surgen en una personalidad temerosa y coinciden con la muerte súbita de algún familiar o conocido, a consecuencia de un ataque cardíaco, entonces, se añade el miedo y la angustia consiguiente, amplificándose el cuadro con la reacción vegetativa y psíquica secundaria que le agrava; y si en los primeros momentos en que busca el auxilio del médico no

es interpretado correctamente y se sigue un criterio *organicista*, se corre el peligro de crear un enfermo-problema.

Otras veces es una molestia abdominal leve la que despierta temor al cáncer, y la *cancerofobia* abre paso a una serie de reacciones funcionales vegetativas y psíquicas muy variables en la personalidad del enfermo, pero que dan paso al enfermo-problema. La gran dificultad de la medicina y de los médicos en el ejercicio de nuestra práctica privada es que no hay medio alguno de diferenciar lo funcional de lo psicógeno, lo funcional de lo orgánico, y que en estos pacientes que vienen a nosotros con *molessias* de carácter vago, con sus aprensiones, con su miedo, con su temor a una enfermedad determinada, no podemos tener seguridad muchas veces de saber con certeza si realmente la padece o no. Si a estos pacientes les decimos que se vayan a su casa, que no tienen nada, puede suceder que pocos meses después se mueran de un cáncer que no pudimos diagnosticar; y si nos preocupamos y les hacemos radiografías y damos medicamentos, corremos el riesgo de que no tenga cáncer y creamos un enfermo-problema. De ahí la prudencia y serenidad que debe guiar a la actuación del clínico. Toda reserva y cautela puede resultar insuficiente en algunos casos.

Este es, a mi juicio, el gran problema que tiene que vivir la Medicina, la imposibilidad de poder diferenciar en un momento determinado cuánto de somático, de funcional, de psíquico, interviene en el proceso que tiene el enfermo. Problema que tenemos que resolver cotidianamente. No se trata de plantear la discusión de si nos encontramos ante una enfermedad orgánica o funcional, sino cuánto de funcional, de orgánico y de anímico hay en el paciente para tener de esta manera una idea global de la serie de ingredientes que intervienen en las molestias de este paciente y poder hacer un tratamiento adecuado.

Prof. Lopez Ibor

Muchas gracias al Prof. Peña que nos ha ofrecido una magnífica clasificación de las diversas posibilidades que tiene un paciente para que se convierta en problema en el sentido estricto de la palabra, señalando algunos de los puntos principales que creo serán objeto del debate, tales como el valor de lo psíquico como factor desencadenante o patógeno y la diferenciación posible entre lo funcional y lo orgánico, que no debe delimitarse a un apurado empleo de los medios de diagnóstico somáticos, sino también a los medios de diagnóstico psíquicos; por lo cual los psiquiatras y psicólogos podrán aportarnos algunos puntos de vista interesantes.

Ruego al Prof. Rocha nos refiera su experiencia. Los enfermos de digestivo son seguramente uno de los grupos más interesantes a este respecto.

En gastroenterología todos los enfermos son «enfermos-problema»

Factores psicósomáticos en gastroenterología

Dr. Rocha

Empezamos por coincidir en la importancia que debe concederse a la *anamnesis* y en que el término *enfermo-problema* representa ese halo psíquico que rodea una enfermedad por poco somática que sea. Podríamos decir que en el aparato digestivo todos los enfermos son «problema». La clasificación de funcional y orgánico se hace, como dijo el Prof. Peña, con mucha dificultad a veces. Pero basta la repetición de una crisis banal para crear ya a la segunda o tercera vez un problema de aceptación del estado de enfermedad permanente. Como dice Jeanneret, todos los enfermos orgánicos tienen su «problema», pero todo depende de la manera de soportar su enfermedad. Si el enfermo, por grave que sea su afección orgánica, la acepta pacientemente, puede evolucionar sin problema; el enfermo que tiene una afección orgánico-

somática pero que no acepta su estado, que lucha para dominarle, este enfermo crea y rodea a su organicidad de un aspecto psíquico que viene a ser un problema y que deforma la historia clínica. Y una de las causas de que los casos típicos, «de libro», sean cada vez menos frecuentes estriba, en mi opinión, además de la terapéutica actual, en el hecho de que están deformadas las historias clínicas típicas por el «problema». Esta reiteración en la enfermedad y esta interpretación de los enfermos, adquiere en las *anamnesis* un gran valor, circunstancia por lo que ésta continúa estando en primer plano y estimo que el 90% de los diagnósticos en aparato digestivo pueden lograrse por una *anamnesis* bien estudiada, por lo menos con una orientación suficiente del enfermo.

Participaron en el Coloquio sobre el «Enfermo-problema» celebrado en Madrid el 27 de abril de 1963:

Prof. Arsacio Peña Yáñez. Catedrático de Patología Médica, Facultad de Medicina de Granada.

Dr. Alfredo Rocha Carlotta. Director del Servicio de Medicina del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Prof. Manuel Díaz Rubio. Catedrático de Patología Médica, Facultad de Medicina de Madrid.

Dr. Juan Rof Carballo. Internista, Madrid.

Prof. Ramón Sarró Burbano. Catedrático de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona.

Prof. Jesús Arellano Catalán. Catedrático de Filosofía y Psicología, Facultad de Filosofía de Sevilla.

Prof. Vicente Gilsanz García. Catedrático de Patología Médica, Facultad de Medicina de Madrid.

Prof. Arturo Fernández Cruz. Catedrático de Patología General, Facultad de Medicina de Barcelona.

Prof. Alfonso García Valdecasas. Catedrático de Derecho Civil, Facultad de Derecho de Madrid.

Prof. Luis Rojas Ballesteros. Catedrático de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Granada.

Dr. Vicente Alcalá, S. J. Teólogo y psiquiatra.

Dirigió: Prof. Juan J. López Ibor. Catedrático de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Madrid.



Bajo la presidencia del Prof. López Ibor, inicia el coloquio sobre el «Enfermo-problema» el Prof. Peña Yáñez.



Prof. Sarró Burbano y Dr. Rocha Carlotta.



Prof. Fernández Cruz.



Prof. Díaz Rubio.



Dr. Rof Carballo.



Prof. Gilsanz García.



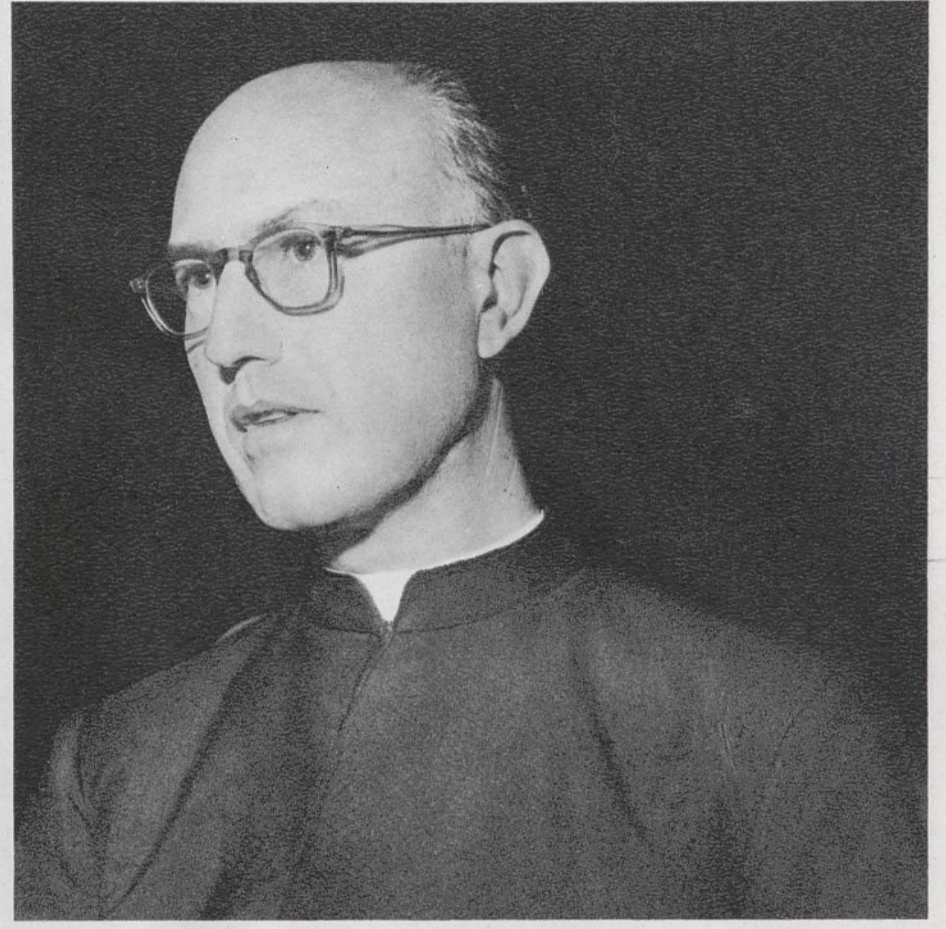
Prof. Rojas Ballesteros.



Prof. Arellano Catalán.



Prof. García Valdecasas.



Dr. Alcalá S. J.

El Prof. López Ibor durante el descanso,
conversando con el Prof. Arellano.



La anamnesis, la historia clínica, es muy difícil. Se lamentaba Fahrländer, en el último Coloquio de Zürich, de que no se tuviese preparada la juventud médica hacia el terreno de la anamnesis bien hecha, pero no tienen la culpa ni los profesores ni los libros. Para hacer una buena historia clínica se necesita algo más que lo que se enseña en los libros y en las cátedras; hay que sentir y hay que vivir la clínica; se necesitan unos años de experiencia y espíritu crítico y una vocación de paciente escucha, de saber callar, de saber encauzar prudentemente, sin violentar, sin herir a veces la susceptibilidad de los enfermos; ya desde el primer contacto, al final de un interrogatorio, que puede durar 30 minutos, acabamos siendo amigos del enfermo, si lo hemos sabido fomentar. Descubrimos, a medida que vaya evolucionando el interrogatorio, la autointerpretación de sus síntomas.

El dolor en patología digestiva, tiene un valor semiológico extraordinario. Los enfermos de digestivo vienen por el dolor; este dolor es tan discutido que estamos cansados de oír que el que sufre de algo, no sólo sufre su dolor, sino que este dolor es un estímulo que va a reflejarse al centro nervioso y tiene que reflejarse de nuevo a la periferia y a su alrededor. En patología digestiva, diversas enfermedades pueden provocar un mismo tipo de dolor y, además, está demostrado que en los grandes dolores abdominales se producen alteraciones en las ondas T del electrocardiograma, alteración observada por Gold y que hemos comprobado nosotros. Cuando ante un cuadro de dolor epigástrico queremos hacer el diagnóstico diferencial entre un infarto agudo de miocardio y una perforación gástrica, o una pancreatitis aguda, no nos sirve la organicidad del electrocardiograma, puesto que en la perforación gástrica y en la pancreatitis aguda, existen unas alteraciones electrocardiográficas similares a las que se registran en el infarto; por ello, este diagnóstico exploratorio resulta inútil como signo inicial, siendo su interpretación lo único que nos presta utilidad.

En otras crisis abdominales intensas, se han visto también vasoconstricciones difusas de los glomérulos, hasta el punto de colocar al riñón en una situación funcional de compromiso. Existen dolores aparatosos con poca o ninguna organicidad. Tenemos el ejemplo de las colitis mucomembranosas, síndromes dolorosos cargados de distonías, de signos electivamente digestivos que se caracterizan y acompañan de un abigarrado cortejo de síntomas (alteraciones afectivas, etc.). Estos enfermos están bien estudiados en la novela de Axel Munthe «Historia de Saint Michele», en que se describen las célebres señoras colíticas que se curaban con una palmadita en el hombro, con un gesto afectuoso y comprensivo de su situación; estas enfermas iban después a Plombières o a Chatel-Guyón a completar con su cura termal aquella terapéutica sedante y comprensivamente afectuosa de su magnífico médico Axel Munthe que se movía en un terreno internacional con prestigio de mago. Estos enfermos, magníficos actores, eran auténticos comediantes del dolor y, sin embargo, se curaban después de estos cuatro pases que con habilidad sabía hacerles un médico de categoría o al menos de fama.

Existen en patología digestiva unas organopatías que, como han dicho los Profs. López Ibor y Peña que me han precedido, aún siendo orgánicas, se rodean de una gran aureola (halo psíquico) que puede convertir al enfermo en auténtico «problema».

Esquemmatizando el proceso digestivo, en lo que se refiere a estas enfermedades, podríamos hablar de lo que ocurre en el úlcus gástrico. ¿Qué enfermedad más orgánica que el úlcus?, ¿qué enfermedad más auténticamente influenciada por el sistema nervioso y la interpretación del enfermo? Ha llegado a tanto este fenómeno, y estas observaciones, que se ha descrito la personalidad del úlcero. Las antiguas concepciones de Rokitansky en 1841, pasando por von Bergmann, por las de Cushing en el año 1932, en donde se incrimina la afectación del diencefalo como origen del proceso, y de la producción del úlcus a través de la vía vagal que es el que va a producir la hipersecreción, la hipermotilidad, la hipertonia del antro, la constricción vascular local, la falta de poder antipéptico, la creación por tanto de la primitiva necrosis y la fomentación y persistencia de la úlcera en el aparato digestivo.

Esta teoría vagal de hace más de un siglo ha tenido consecuencias terapéuticas y prácticas. ¿Qué son, si no, los resultados favorables de la vaguectomía? Son indis-

cutibles. Únicamente podemos quizá discutirla en sus indicaciones, pero no en su eficacia.

Respecto a este asunto, querría hacer una pequeña aclaración del origen de la vaguectomía experimental de la que tenemos el honor de haber contribuido en España a su iniciación experimental, porque en el año 1923, en colaboración con Puche, del Instituto de Fisiología de Pi-Suñer, y con la colaboración de Bellido, hicimos ya vaguectomías en perros, que yo estudiaba radiológicamente. El hecho de que no teníamos supervivientes, ya que los perros morían con gran dilatación gástrica y con hiposecreción y vómitos, nos impidió continuar la experimentación. No se publicó este trabajo, pero dos años más tarde, Dragsted publicó sus primeros trabajos experimentales y este mismo autor, en 1945, dio a conocer sus primeros resultados clínicos sobre la vaguectomía en los ulcerosos.

Otro proceso interesante son las observaciones de los hermanos Wolf que, como saben, tenían un mozo, Tom, muy conocido en la medicina gastroenterológica. Este mozo, con una fistula desde pequeño por haber ingerido un cáustico, fue objeto de los experimentos de los Wolf en su laboratorio. Era un hombre susceptible y le hacían pasar toda clase de penas y angustias; le amenazaban con despedirle porque no cumplía y provocaban en él estados de dos categorías: estados de ira, de impulso, de indignación y observaban la mucosa gástrica a través de la fistula, viendo su enrojecimiento, la ulceración y la hemorragia. En cambio, otros días — Tom era muy ingenuo y se dejaba engañar — le recibían con una actitud triste, apenada, lo que le producía tristeza y miedo; observaban entonces la mucosa que empalidecía, se aclaraba, contrayéndose los vasos y disminuyendo la secreción. Estas dos observaciones de visu fueron magníficas y primordiales. Más tarde, Margolin, en una negra llamada Helen, pudo observar lo mismo pero con una diferencia importante, puesto que la ira, el impulso, la rabia y la indignación, no siempre producían vasodilatación que, en cambio, se presentaba a veces ante el miedo. Ya se ha comprobado que las reacciones no son generalizadas, son específicas; cada enfermo reacciona de una manera distinta. En los niños fistulizados se ha observado en algunos casos que cuando se les hace preparar sus exámenes, recitar una poesía recién aprendida o realizar un esfuerzo de memoria, se produce en su mucosa gástrica una alteración semejante a la observada en Tom y Helen. La personalidad del ulceroso influye en la evolución del proceso, y así en los que son más inteligentes, más abstractos, más tímidos, más impulsivos, su pronóstico es más benigno, al contrario de aquellos que son superestables y leptosomáticos. Estos últimos enfermos, se escapan en pocas ocasiones (solamente en un 9%) a la intervención quirúrgica: en cambio, cuando son pínicos y subestables, el 40% se curan médicamente y el resto son muy influenciados a la psicoterapia y medios médicos y pocos caen en manos del cirujano.

Esta valoración de la personalidad del ulceroso es interesante, porque nos da una idea de la importancia que adquiere la anamnesis para ir penetrando en ella.

El otro problema es el de la acalasia del esófago, enfermedad orgánica en la que hay una falta de dilatación del cardias, pérdida de las ondas primarias esofágicas y falta de paso del contenido del esófago al estómago, por esta falta de dilatación. Pues bien, estos enfermos son orgánicos; se ha atribuido al sistema nervioso porque en su historia clínica existe siempre el disgusto, la contrariedad o emoción, pero existen por otra parte acalásicos sin síntoma ninguno, acalásicos manométricos como yo les llamo, en que sólo la manometría esofágica permite el diagnóstico o acalásicos radiológicos. ¿Cuándo se hacen subjetivos estos acalásicos?: en cuanto aparece un factor espasmódico. El desacreditado espasmo o cardioespasmo se ha rehabilitado con los nuevos medios electromanométricos de exploración del esófago. Según la escuela francesa (Besançon y Debray) existe un cardioespasmo que llaman reaccional ante el efecto deglutor. Este cardioespasmo reaccional es responsable de la aparición subjetiva de las molestias; a causa de emociones, de contrariedades o de estados de alteración nerviosa, el enfermo presenta un momento dado y subjetivamente lo que tiene establecido orgánicamente. Es una subjetivación de origen psíquico. Es este problema que crea en los enfermos estos estados pasajeros, por eso, el acalásico, es alternante, y no progresivo como el canceroso.

Otro proceso es el que se refiere a las colitis ulcerosas, de organicidad más grande, pero sin embargo, existe en ellas un importante factor psíquico que va desde su patogenia a las recaídas producidas por alteraciones de origen psíquico. Estos enfermos, crean un problema con su primera hemorragia, se convierten en «caso-problema» desde la

primera vez que sangran, lo que les alarma mucho. Yo he visto, como todos, bastantes casos de coincidencia de estos hechos en enfermos de colitis ulcerosa muy compensada gracias a los corticoides, pero que recaen y no se curan y que, a la larga, tienen que ser operados. Citaré el caso de una enferma que recayó después de una crisis muy lejana a consecuencia de haber fijado la fecha matrimonial; decidió casarse y empezó a recaer, se aplazó el matrimonio y volvió a mejorar, volviendo a repetirse estas recaídas y mejorías a medida que se trataba de uno u otro término de este hecho.

Ejemplos de esta naturaleza, de colitis ulcerosa, son extraordinarios y se ha querido atribuir esta alteración de la evolución de la enfermedad, a procesos nerviosos, incluso en aquellas de tipo orgánico.

El Prof. López Ibor, en su magnífico libro sobre la *angustia vital*, habla de estas fases de equivalencia en los enfermos disquinéticos cólicos y lo mismo sucede en los enfermos de colitis ulcerosas, que se ha descrito por algún autor llamando *equivalentes psíquicos* a las pequeñas molestias que hay en los intervalos de las crisis de estos enfermos. Se ha querido estudiar la personalidad a estos cólicos que se resume diciendo que tienen carácter obsesivo, con idea de limpieza, orden, puntualidad,

meticulosidad; el paciente es conformista y dotado de rigidez en el terreno moral y religioso, disminución de la actividad sexual en ambos sexos, incapaz de relaciones amistosas, pero extraordinariamente aptos a tener un afecto al que se llama «the key person», *la persona clave*. Esta amistad única es característica y en esto he encontrado coincidencia en todos los autores que se han preocupado de ese halo psíquico de la colitis ulcerosa. Estas condiciones, como decía el Prof. Peña, no son patogénicas, sino desencadenantes, de un estado que puede conducir a la persistencia del cuadro, a su agravación y, a veces, a la muerte del paciente.

Prof. López Ibor

De la interesante y brillante exposición del Prof. Rocha, merece que se destaquen dos aspectos fundamentales. Uno es que ha puesto de manifiesto la existencia de una medicina que no está en los libros y que apenas se enseña en las cátedras. Y a un catedrático de tan larga experiencia como el Prof. Díaz Rubio, quisiera preguntarle sobre este punto y los demás. El otro aspecto fundamental a que me refiero, es la magnífica experiencia gastropatológica del Prof. Rocha, que le ha permitido mostrarnos un aspecto de los más fundamentales de la medicina psicosomática.

¿Puede un enfermo correctamente diagnosticado ser un «enfermo-problema?»

Prof. Díaz Rubio

Creo que ha sido un acierto extraordinario del Prof. López Ibor, plantear estas consideraciones alrededor del llamado enfermo-problema, y ello es tanto más necesario en cuanto que

estamos viviendo en la práctica médica dos aberraciones: una, la medicina influida y presidida por el enorme número de exploraciones analíticas y de otra índole, en su mayor parte innecesarias, a las que se somete con exceso a una gran cantidad de enfermos, y la otra la medicina que muchos médicos tienen que realizar, en razón de reglamentaciones erróneas, que les obliga a «ver» a treinta o cuarenta enfermos en el plazo, por ejemplo, de una hora.

Nunca con ésta y las más de las veces con la primera, al hacerse sustantivo lo que muchas veces es adjetivo, se llega a conocer al hombre enfermo, aunque se diagnostique la enfermedad. Siendo esto último fundamental, lo es a su vez el conocerla dentro del hombre que la sufre, el como la siente y la vive, las reacciones que le determina, y que hace que frente a una misma enfermedad uno se sienta enfermo y el otro no. Pero esto exige una identificación entre enfermo y médico, que no puede nacer sino del contacto entre ambos, más profundo que continuo, comprendiendo el segundo al primero; analizando junto a lo somático, la persona. Pero para ello, es fundamental una anamnesis detenida y detallada, recogiendo ambos aspectos, y a la vez vivida, como expresan Hegglin y Fahrländer, y han insistido aquí Peña y Rocha.

Hace muchos años que vengo diciendo a mis colaboradores que si nos pusieran ante el dilema de enjuiciar al enfermo exclusivamente por la anamnesis o sólo hacer exploraciones complementarias, nos inclinariamos sin ningún género de dudas ni de reservas por aquella. Ahora bien, una anamnesis que no sea recolección de síntomas, sino que en ella, junto a recoger la historia natural de la enfermedad, en su dinámica, incidencias y detalles, se conviva y

se sienta con el enfermo lo que éste está sintiendo, frente a sus propios problemas. Sólo así puede lograrse esa unidad enfermo-médico, la cual no puede establecerse a través de la simple palpación del hígado o de la auscultación del pulmón. Tengo por ello, como norma, dedicar a la anamnesis no menos de media hora, pues ella lo exige para tal fin, incluso cuando se habla con un enfermo despierto, claro en su expresión y en expresar su sentir.

La anamnesis no sólo es preciso que nos oriente en el diagnóstico, sino que cuando es correcta nos resuelve éste, en alrededor del 70% de los casos. Partiendo de esto, yo sinceramente no tengo más remedio que decir que en mi ejercicio privado, a un buen número de enfermos les tengo ya escrito el plan de tratamiento antes de recibir los análisis. Entonces, ¿por qué les mando éstos? Porque realmente se encuentra uno sojuzgado por ese deseo del enfermo, incapaz de comprender que no se hagan, por esas propagandas y ese creer que el estudio del enfermo comienza en ellos. Esto no supone el que en otros enfermos tales investigaciones y estudios no sean necesarios; antes al contrario, pueden incluso todos ser insuficientes. Pero esto no justifica el sistema.

Una alteración anímica sobre la base de una personalidad, de uno u otro carácter y en grado variable, se ofrece en todos los casos de enfermedad somática. Ello hace que en ciertas circunstancias y a pesar de un diagnóstico correcto de la enfermedad somática, el que un tratamiento que a su vez lo es, no vaya seguido del éxito lógico y esperado. Ello exaspera no pocas veces al médico que no supo comprender al enfermo, ni supo recoger en la anamnesis, los antecedentes, la personalidad de aquél, el ambiente en que vive y circunstancias que concurren, sus propios problemas y su propia vida, su manera de sentirla y la posición de su yo en el mundo.

Pero el interés de una anamnesis realizada en tal sentido es aún mayor, en cuanto que constituye ya una primera fase terapéutica, al hacer a su través, y merced a dicha identificación, una psicoterapia intuitiva los que no sabemos hacerla técnicamente. Por ello es muchas veces más eficaz el médico-humano que el puro estudioso. Y ello lo de-

timos siendo nuestra formación netamente de somatólogo, inquieto por los procesos biológicos, que nacen en la bioquímica, en la biofísica y en el conocimiento de la lesión.

No dudamos de que existe el paciente encuadrable dentro del término convencional de enfermo-problema, en el que un diagnóstico y tratamiento correcto de su enfermedad orgánica puede seguirse de fracaso. Como hemos dicho, esto se debe a la consideración de ser y no de hombre, que con frecuencia hace el médico respecto a su enfermo. Su consecuencia es que el enfermo sigue sufriendo, mientras el médico se indigna, le rechaza y le colma de epítetos en su pensamiento, porque aquél no se ajusta en el curso de sus quejas a lo que considera su justo y científico proceder. Y mientras, el enfermo va de un médico a otro, se reiteran más y más análisis y pocos tratan de comprenderle.

Pero el problema es aún más complejo. Si como hemos insistido es una aberración considerar sólo el aspecto somático, es igualmente peligroso desatender éste, fijándose sólo en lo psíquico, y más cuando esta última postura puede conducir a algo muy grave, como es el error y la especulación. Un enfermo puede tener sus propios problemas, con su consiguiente traducción psíquica, pero a la vez una enfermedad somática e incluso grave. Incluso hay más, tal alteración psíquica puede ser consecuencia de lo último, al margen totalmente de conflicto alguno. Recuérdese, a título de ejemplo, la arteriosclerosis cerebral, y muy especialmente, entre otros, cómo un cáncer de páncreas, puede dar en su inicio, y como única manifestación, antes de originar trastornos digestivos, compresiones y otros síntomas, insomnio y profunda depresión, en una personalidad profundamente normal. El síndrome depresivo y el cambio de personalidad que sigue a muchas hepatitis agudas, consideradas como curadas, y que conforman el llamado *síndrome posthepatitis*, y que ha sido considerado como una reacción frente a la enfermedad pasada, hoy bien sabemos que se acompaña de cambios en la ultraestructura y de alteraciones de la función hepática, si bien para el reconocimiento de éstas, sea preciso el empleo de pruebas funcionales muy finas. Ello nos dice el que una exploración, por muy completa que sea, no niega el que exista una alteración funcional y orgánica. Hemos progresado en nuestra exploración, pero estamos todavía muy lejos de la cúspide del conocimiento, y por ello, si hace lustros nos encontrábamos con exploraciones negativas, que hoy en virtud del progreso resultarían o resultan positivas, también debemos pensar que en un futuro se podrá encontrar una positividad de exploración cuando todavía hoy no la hallamos. Y esto se aplica a todos los órganos y sistemas. Todo ello plantea problemas aún más interesantes, y es la razón y el porqué precisamente dicha lesión pancreática y hepática se siguen de tales tipos de reacción psíquica.

Por otro lado, no podemos dudar los clínicos, aun los más organicistas, que las agresiones ambientales, bien sean producidas por infelicidad conyugal, problemas de hijos, como consecuencia de responsabilidad, de incapacidad o de fracasos en las ilusiones o ambiciones de un hombre, tienen importancia como causa realizadora de enfermedad. Y en especial, las agresiones más agudas sobre enfermedades que son previamente orgánicas. Problema de sumo interés es el de la llamada *enfermedad subclínica*, forma de arrastrarse gran cantidad de procesos, por ello crónicos, y las más de las veces graves, los cuales, como es el caso de la arteriosclerosis coronaria, sólo se manifiestan en un momento dado, como es el infarto de miocardio, merced a una agresión, con frecuencia de aquel tipo.

En este sentido es indiscutible la proyección clínica, por un desencadenante afectivo, de esta y otras enfermedades subclínicas. Precisamente el conocimiento y despiste de éstas antes de su expresión sintomática, es para nosotros, los somatólogos, de importancia crucial, y base para una acción profiláctica de los más diversos desencadenantes del cuadro expresivo, que si unas veces es una infección aguda, un cambio meteorológico, un trauma u otra causa física, es en otras una vibración anímica.

Hay aún otro cuarto grupo y son aquellas enfermedades orgánicas que nacen como consecuencia de una alteración anímica y que se encuadran dentro de la patología psicósomática. Las modificaciones que aquéllas determinan en la personalidad vital del individuo, llevan disturbios funcionales sobre los más distintos órganos, determinantes a la larga, incluso de enfermedad orgánica. Sobre ello y su importancia para la génesis del úlcus y de la colitis ulcerosa

ha insistido aquí Rocha y no hemos de pararnos. Pero sí en el hecho de cómo el temor y la angustia sobre la existencia de procesos coronarios, proyectada ya en la más pronta juventud en forma de molestias subjetivas precordiales, con datos de exploración detenida totalmente negativos, y por ello catalogados como de neurosis cardíaca, hacen con frecuencia, pasados largos años, un verdadero infarto de miocardio. Del mismo modo, hoy sabemos de la importancia del modo de discurrir la infancia para la aparición del asma bronquial, de modo que es precisamente el hijo más mimado en el que se dará aquélla.

Todo lo anterior debe hacernos reflexionar. En todo hombre, y por lo tanto en todo hombre enfermo, existen junto a una vertiente orgánica, otra vertiente psíquica, con valoración independiente pero con influencia recíproca. De tal modo, es preciso analizar siempre ambos aspectos, con crítica, serenidad y comprensión, considerando: 1) la personalidad en que recae la enfermedad, la forma que la interpreta, la sufre y la valora, de modo distinto en cada caso; 2) el que alteraciones de ambos aspectos pueden coexistir, sin influencia ostensible o ser ésta mínima; esto puede hacer que un enfermo tenga sus propios problemas, con su consiguiente traducción psíquica, junto a enfermedad somática, incluso grave; 3) el que los trastornos psíquicos o anímicos pueden ser consecuencia exclusiva de su enfermedad orgánica; 4) el que los trastornos orgánicos pueden ser consecuencia de alteraciones anímicas primarias en especial de la angustia y tipo de vida, y más en nuestro mundo actual; y 5) el que influjos psíquicos agudos pueden desencadenar accidentes gravísimos sobre lesiones orgánicas preexistentes, pero hasta entonces asintomáticas.

Aclarar lo anterior exige conocimiento, comprensión y una anamnesis detenida.

El ver friamente a un enfermo es un mal de la práctica médica actual, como lo es el mandar veinte o treinta análisis sin finalidad; tanto una cosa como otra es tan abiológico, repugna tanto, es tanta mentira y sobre todo tan poco humano e inefectivo, que supone una aberración que es preciso evitar.

Y aún es más, supone un mal que pueden seguir generaciones futuras y que tenemos una gran responsabilidad de cortar cuantos desempeñamos cargos docentes, indicándoles a nuestros alumnos un mejor hacer.

La anamnesis correcta es lo más difícil de enseñar; exige años. Se puede enseñar a palpar un bazo, a auscultar, a interpretar radiografía, etc., pero saber hacer una anamnesis requiere tiempo y tiempo, una vocación grande por parte del médico o del futuro médico y, sobre todo, gran cantidad de ilusiones y de sentido humano, para comprender y enjuiciar al hombre enfermo y no quedarse conforme con ponerle una etiqueta que se llama diagnóstico. Considero un acierto del Prof. López Ibor el convocarnos aquí para exponer cada uno nuestra opinión sobre el llamado enfermo-problema. Su denominación será más o menos acertada, esto es adjetivo, pero la realidad que encierra es de gran envergadura. Por ello le felicito nuevamente.

Prof. López Ibor

Quiero expresar mi satisfacción como oyente a esta altura del coloquio. Es muy importante para mí, eso que se llama «la experiencia personal de la verdad». La verdad está escrita en los libros, pero hay algo distinto de eso: la experiencia personal de la verdad, la verdadera verdad de cada uno como ser vivo. En el médico esta experiencia es mucho más importante porque se trata de un ser vivo ante otro ser vivo. Acabamos de oír algo en esta primera parte de la sesión que entra por completo de esa «experiencia personal de la verdad» a la que acabo de aludir y que ha sido expresada con especial valentía por el Prof. Díaz Rubio, haciendo afirmaciones tan ciertas como sorprendentes, como esa de la tiranía a la que estamos sometidos los médicos actuales por la técnica. El médico no tiene más remedio que hacer unos análisis por una especie de obediencia automática que deberíamos analizar psicológicamente. Es una tiranía a la que está sometido, que parte muchas veces del propio enfermo, que seducido por las circunstancias actuales en las que vive la medicina, exige que se le hagan muchas más exploraciones de las que muchas veces el médico considera que son necesarias.

Por otro lado es importante señalar el peligro —como ha sido advertido en las intervenciones anteriores— en el cual podemos caer los que cultivamos la medicina psicológica, de olvidar el aspecto somático, porque muchas veces la presencia de una enfermedad psíquica, neurótica o depresiva, puede ocultar una orgánica. Le doy las gracias al Prof. Díaz Rubio por su intervención tan cálida y verdadera, rogando al Prof. Rof Carballo nos diga algo de lo que piensa sobre este problema.

La relación médico-enfermo: problema esencial de la medicina contemporánea

Diversidad de enfermos-problema

Dr. Rof Carballo

Voy a recoger estas palabras tan acertadas del Prof. López Ibor sobre la experiencia personal de la verdad. Realmente cuando hace catorce años publiqué la «Patología Psicósomática» hubieran entonces extrañado las afirmaciones que han oído ustedes de los internistas. Hay que reconocer que la Patología psicósomática se ha ido abriendo un gran camino durante este tiempo en la mente del médico. El «problema» del enfermo-problema es ante todo práctico. Pienso que el enfermo-problema es, sobre todo, un problema de la relación médico-enfermo y como tal la voy a exponer.

Primero vamos a examinar al enfermo como problema para el médico, en segundo lugar como problema del médico, en tercer lugar el enfermo como problema de los demás, luego como problema por los demás y, finalmente, el enfermo como problema para los demás.

El enfermo, como problema para el médico, tiene dos aspectos: uno de ellos diagnóstico, el otro terapéutico.

Respecto al diagnóstico no voy a hacer más que ratificarme en los criterios de mis compañeros internistas que han hablado anteriormente; siempre pensamos que si las técnicas nuestras progresasen al máximo íbamos a encontrar algo en estos enfermos.

Hace unos días he visto a una enferma que tenía un cuadro doloroso muy intenso, que no acababa de resolverse. He publicado varios casos de porfiria aguda, pero no pensé en ello; la enferma fue diagnosticada por mi laboratorista, es decir, se le salvó la vida por un diagnóstico de laboratorio, porque si no la enferma hubiera muerto. Se han hecho estudios entre los enfermos recluidos en grandes nosocomios de los Países Escandinavos y se ha visto que un tanto por mil muy elevado tenían porfiria aguda. Lo mismo ocurre con lo que acaba de indicar el Prof. Díaz Rubio en los enfermos con un cuadro depresivo que acaban teniendo un cáncer del páncreas, e incluso cabe añadir a éstos, los enfermos que presentan una depresión y tienen trastornos de la circulación carótido-vertebral, etc. En estos casos, el enfermo constituye un problema para el médico por no disponer éste de técnicas suficientes para establecer precozmente el diagnóstico.

Pero a veces el diagnóstico es problema para el médico, y cuando uno, a cierta edad de la vida, repasa estos errores de diagnóstico, que nos duelen, pensamos que hemos cometido algunos de estos errores, quizás por no conocer entonces bastante medicina, pero la mayor parte de ellos se han debido a factores emocionales nuestros que han intervenido en el error del diagnóstico.

Ví hace poco a un señor que me dijo: «mi esposa, a la que usted vió hace años, se ha descubierto que tenía una hernia del hiato; la han intervenido y se encuentra perfectamente bien. ¿Por qué no vi yo en aquel entonces, cuando me llamaron a consulta, el hiato? Porque había sido vista por médicos muy amigos míos, que sabía que exploraban a la perfección a los enfermos, me pareció impertinente añadir una exploración más, etc. Este es sólo un ejemplo, al que añadimos constantemente otros en mis Seminarios con mis colaboradores. Tenemos por ejemplo un enfermo-problema muy peculiar, es el enfermo que viene diciendo: «tengo gran confianza en usted pero sepa que todos los medicamentos me sientan mal». ¿Qué hace uno ante un enfermo de estos, que viene con lo que llamaría un psicoanalista sus angustias paranoicas de ser intoxicado, diciendo que todo medicamento, hasta el más inofensivo, le sienta mal?

Pero, además de esto, pienso que el enfermo-problema es casi siempre un problema del propio médico y no sólo para el médico. Es un problema del médico, en primer lugar, porque el enfermo nos inquieta por factores emocionales nuestros muy profundos.

Durante largo tiempo el enfermo neurótico, el enfermo funcional, ha sido un enfermo que le ha caído mal a la medicina, que a todos les parecía irritante, desagradable y estábamos deseando quitárnoslo de encima. En virtud de los últimos progresos de la farmacología, el enfermo funcional empieza a no caernos mal. El caso más patente es el de lo que ocurre con la depresión. Al enfermo depresivo le veíamos entrar antes en la consulta y nos echábamos las manos a la cabeza. ¿Qué hacíamos con ese hombre? Hoy día, en cambio, nos ponemos muy contentos porque es uno de los enfermos con quienes tenemos un éxito más rotundo. El progreso en la Psicofarmacología ha determinado que un enfermo problema haya dejado de ser problema. Pero en cuanto al enfermo que no nos es simpático, un análisis en una reunión de control como las que en otro lugar he descrito, demuestra que esto sucede en función de problemas emocionales nuestros. Puede afirmarse que la no aceptación de las ideas psicósomáticas es en gran parte debida a que el médico se encuentra en estos casos con sus propios problemas emocionales. Se ha visto realmente que no sólo el médico llamado organicista no quiere ver a estos enfermos porque ello afecta a sus propios problemas emocionales, sino que ello incluso ocurre con el médico que se cree *ducho en psicoterapia*. Cuando a lo largo del tratamiento de estos enfermos tropieza y se atasca, si va a referir estas dificultades ante un grupo en un Seminario los competentes de este grupo acaban señalándole que si el tratamiento se obstaculizó fue por sus propios problemas, que él mismo desconocía, es decir, por problemas emocionales del médico. Así, tenemos que en este caso el enfermo es un enfermo-problema porque el médico tiene a su vez sus propios problemas, quiera o no reconocerlo.

Todos aplicamos nuestro sistema, ya seamos psicósomáticos o no psicósomáticos y encuadramos al enfermo en el esquema mental que todos poseemos; y es entonces cuando viene lo que muy bien ha señalado el Prof. Peña Yáñez como *acción yatrogénica del médico*. Esta acción no podemos censurarla, pues es indudable que el médico no tiene más remedio que ordenar la realidad que si no se presenta caótica. Bálint denomina a esta configuración de la realidad clínica por las «ideas personales» del médico: *función apologetica del médico*.

Vamos a pasar al enfermo como problema de los demás; hecho que constituye una realidad que los grandes clínicos habían siempre atisbado. Tal es el caso del enfermo que si viene no lo hace por él, sino que viene tácitamente o subconscientemente enviado por otra persona, porque el verdadero enfermo no es el enfermo, sino otro individuo que nos lo envía, a veces motivado inconscientemente por su angustioso deseo de resolver él mismo su problema.

Por ejemplo, en el seudo-Fröhlich, el enfermo que acude a la consulta no es el verdadero enfermo, éste es la madre *patógena* que lo acompaña. O el enfermo-problema que viene porque hay detrás un marido que tiene una vida irregular y nos envía a su mujer para que la tratemos, para poder decir luego: «si te ha visto fulano de tal, yo ya no puedo hacer más...» y justificar a lo mejor una vida marital desahogada o problemas personales de su vida que no quiere confesar. Es decir, el enfermo-problema que nos lo envían a nosotros pero que en realidad es problema de los demás, de desarreglos profundos en la vida de otras personas.

Y es preciso entender cuál es el mensaje de estos enfermos que en realidad traen *mensaje* de otra persona. A veces a lo que vienen no es a exponer sus dolores, sino a meterlos a nosotros dentro del círculo de su enfermedad.

El enfermo, al fin y al cabo, ha ido mal que bien trampeando, tratando de compensar los trastornos de su personalidad hasta un momento en que le fallan. Entonces, con una intuición profunda, procura *insertar al médico dentro del círculo de sus problemas,*

para que le ayude. Cuando el médico es incauto, y esto ocurre a veces con los cirujanos, entra dentro del círculo de la neurosis y llega a operar al enfermo y a lo mejor la cura, lo cual no quiere decir que aquel trastorno sea debido al apéndice más o menos enfermo que le ha extirpado, sino porque su intervención ha sido más psicoterápica que la del propio psicoterapeuta, que no ha acertado a darse cuenta de que a lo mejor había que entrar dentro del círculo de la enfermedad, pero con la conciencia de que uno entra, porque es desagradable y sobre todo inútil que a uno le hagan entrar en el círculo de la neurosis y no nos demos cuenta de ello. Sólo dándose cuenta de ello se puede actuar con eficacia. Por ello es por lo que muchas veces el médico reacciona, irritado ante el enfermo-problema, pues nos irrita porque nos damos cuenta de que quiere meternos dentro del círculo de su enfermedad, con la mejor intención, para que le ayudemos, pero para que nos metamos como una pieza de su juego. A veces hay que saber ser pieza del juego de los demás sabiendo que uno hace el juego, pero conscientemente de que lo está haciendo para poderlo dirigir.

En cuanto al enfermo como problema *por los demás* pienso que es muy frecuente que la enfermedad se presente ante nosotros como una textura social más o menos enferma, en la que existen una serie de compensaciones, diría más bien una textura compensatoria de trastornos de la vida social. Como decía el Dr. Rocha, la persona clave de la colitis ulcerosa *también está enferma*, aunque no acude a nosotros, presentándose bajo forma del paciente con colitis ulcerosa.

Pertenecen a este grupo, por ejemplo, lo que los franceses llaman «le malade qui s'alite», el enfermo que se mete en cama, en la que permanece ocho o nueve años, aunque en realidad el enfermo es otra persona que *está detrás* de la que parece más enferma. También los enfermos que afirman que no pueden trabajar por su gran astenia. Recuerdo uno que iba todas las mañanas en burro a la viña, al campo, y allí trabajaba su mujer mientras que él permanecía debajo de un árbol. Y cuando le decía a la mujer «¿no vé que es una situación insostenible?» «¿qué quiere que yo le haga —respondía ella— si él no puede trabajar?» La enferma era la mujer, naturalmente, no el que cabalgaba en el burro.

Aparte de esto, tenemos que decir dos palabras sobre el enfermo como problema para los demás. El médico no puede olvidar que en fondo es un higienista y que hay que hacer una psicohigiene. A mí lo que me preocupa mucho de los enfermos, no es sólo curarlos sino la repercusión que tienen en el ambiente familiar, sobre los hijos a los cuales su neurosis puede propagarse, transmitirse...

Estamos asistiendo a dos vivencias extraordinariamente importantes de la medicina contemporánea. Hay muchas más enfermedades hereditarias de las que suponíamos, como lo demuestran los progresos de la genética; pero también hay muchos más enfermos psicóticos de lo que pensábamos. Estamos haciendo la experiencia de que muchos de estos enfermo-problema que se nos presentan son enfermos con una modalidad de algo que, aún sin saber el título exacto llamamos fondo o trastorno psicótico, expresión de que el enfermo-problema con su problema se defiende de otro mucho más grande, que el de caer en la psicosis. ¿Hasta qué punto debe intervenir el médico en estos casos, alterando el mecanismo de compensación del enfermo? Estos son los principales problemas que el enfermo-problema plantea y que, como vemos, muchas veces son problemas de la relación del hombre con sus semejantes.

Prof. López Ibor

Como no podía ser de otra manera, Rof Carballo ha puesto sobre el tapete puntos de vista distintos de los que hemos manejado hasta ahora en este Coloquio. La relación médico-enfermo es un descubrimiento, como tema científico, de la medicina contemporánea. El problema aparece, como acabamos de ver, no sólo por parte del enfermo, sino del médico. Al médico se le convierte una situación morbosa en problemática, cuando se siente impotente frente a ella, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Los progresos actuales han desplazado las fronteras de esas situaciones graves, incómodas para el médico, en las cuales la emoción, las dudas, el propio sentimiento de culpabilidad tanto sacuden la conciencia. Se habla mucho de culpabilidad y enfermedad, es decir, del papel de la culpabilidad en la génesis de las situaciones conflictivas que engendran reacciones neuróticas o desequilibrios psicopatológicos. La culpabilidad operante como sentimiento puede estar de parte del médico. A ella alude Rof

Carballo al hablar de esas especiales situaciones emotivas que inhiben o impiden un acertado diagnóstico o una acertada terapéutica. El enfermo envía un mensaje que el médico debe recoger. Al Prof. Sarró le he oído hablar muchas veces del «mensaje» de la medicina moderna y por ello le ruego tome la palabra.

El enfermo-problema desde el punto de vista psiquiátrico

Enfermedad y pantiatria

Prof. Sarró

El sentido del término enfermo-problema no puede ser el mismo para el médico somático que para el predominantemente psiquiatra. Se comprende que si el Coloquio hubiese sido concebido por psiquiatras, el enfermo-problema habría sido el que se nos presenta bajo una fachada neurótica o psicótica encubriendo una enfermedad orgánica, v. gr. un cáncer de páncreas, o una hipertensión maligna, o un tumor cerebral, etc. Nuestra óptica es distinta de la de los internistas; por este motivo es problema para nosotros lo que no suele serlo para los internistas; en cambio, lo que para nosotros es fácil para ellos es, con frecuencia, enigmático.

Yo quiero decir que este problema no tiene fácil solución; mejor dicho, no tiene solución. Porque el problema más grave es el del médico al cual se ha referido el Dr. Rof Carballo hace un momento, pero no a los complejos del médico sino a la insuficiencia que fatalmente experimenta para abarcar el conjunto de la Medicina, porque ningún médico puede ser igualmente experto en lo somático y en lo psíquico, y, por tanto, cada uno de nosotros se halla en situación de insuficiencia.

Hipócrates sabía todo el saber médico de su tiempo, pero ¿qué médico sabe hoy todo el saber médico de su tiempo? ¡Ninguno! Esto no tiene solución; el equipo tampoco lo soluciona enteramente, porque el equipo yuxtapone saberes, pero la síntesis final se tendría que hacer en una mente unitaria de un médico que fuera docto por igual en los dos grandes hemisferios de la Medicina. Los problemas psicológicos de la enfermedad, que son inmensos porque lo psíquico participa en la enfermedad en todos sus planos, individual, sociológico y espiritual, ¿cómo puede abordarlos el médico internista si el propio psiquiatra se siente desbordado por ellos? Y no hablemos de la complejidad, igualmente desbordante, de la medicina somática. La medicina actual, frente a la función que tiene que realizar, está condenada a un cierto diletantismo y es imposible que tanto el psiquiatra, por organicista que sea, como el internista por simpatía que sienta por lo psicológico, puedan superar esta situación de aficionados. Por tanto, este problema no tiene a mi juicio verdadera solución. Y este es el problema que está aquí, el de abarcar la totalidad de crear una pantiatria como decía un máximo médico español del Siglo XIX. Este es el problema del Coloquio: la necesidad y al propio tiempo la imposibilidad actual de la pantiatria.

Os ruego me permitáis ahora, para potenciar la discusión, que formule una tesis aparentemente audaz: la de que una enfermedad orgánica es también una enfermedad psíquica.

¿Quién es que responde a una agresión, sea traumática, sea química, sea bacteriana, o bien sea psíquica? Responde un sujeto. ¿Quién es el que se inflama, quién es el que se espasmodiza o convulsiona, quién se hiperpirexia, quién moviliza sus defensas orgánicas, etc. etc.? El ego, el sujeto. Y éste es un ser viviente, no un sistema físico-químico. Es un sujeto biopsíquico, y hay un coeficiente psíquico en las respuestas del organismo. Este coeficiente se puede exagerar y pretender que el que está enfermo es por su culpa, entendido en un sentido moral.

Este problema de culpabilidad y enfermedad tiene una dimensión que brindo al médico teólogo Dr. Alcalá, pero otra es esencialmente médica debido a que el sujeto que enferma es el mismo sujeto que se apasiona y que ama y que odia. El temperamento individual, lo que el gran Letamendi denominaba el coeficiente anatómico de la irritabilidad, es decir, la respuesta general organística ante la enfermedad, rige tanto para lo somático como para lo psíquico.

Yo no creo sea un disparate hablar de la psicología de la inflamación. La hipótesis de la esperanza de que gracias a mayores progresos en la Medicina se descubrirán los factores somáticos de las neurosis —los enfermos-problema de que hoy hablamos—, puede también formularse a la inversa: gracias a mayores progresos de la Psicología cabe esperar que lleguemos a descubrir en las reacciones físicas del organismo —que, vuelvo a repetirlo, siempre es un sujeto psicofísico—, el carácter individual. Cuando Víctor von Weizsaecker hablaba de las «pasiones e intenciones de las células hepáticas», parece nos movamos en la esfera de la «Science-fiction», o que nos embriagamos del romanticismo médico-filosófico alemán de Schelling y sus epígonos, pero si nos limitamos a hablar de la posibilidad de que las células del organismo, v. gr. los leucocitos, muestran un temperamento más batallador que otras, quizá no hacemos otra cosa que una extensión legítima de la doctrina de los temperamentos. No excluyo que un día diagnostiquemos el temperamento emocional en la platina de un microscopio.

Por estas razones, si me niego a hablar de culpabilidad moral en la enfermedad, quizá hablaría de culpabilidad biológica. La frase española «tal individuo se está matando» puede tener sentido hasta para la entraña del organismo.

¿Hasta dónde puede llevarnos la aceptación consecuente del programa de von Krehl y von Weizsaecker del ingreso del sujeto en la Medicina? Ya Letamendi sabía que el «orgasmo de los tejidos» —hoy diríamos la inflamación— no transcurre igual en el epicúreo, el estoico o el cristiano militante si lo son, por así decirlo, «hasta el tuétano». Sydenham consideraba muy distintas las enfermedades agudas y las crónicas. Decía que las primeras procedían de Dios, pero que las segundas son humanas. Hoy que nuestra percepción se ha aguzado y vemos con frecuencia que una enfermedad aguda aparece en una encrucijada de nuestro destino, podemos decir que todas las enfermedades son igualmente del orden natural (divino, decía Sydenham) y del humano. Debemos recordar incansablemente que, como dice Jores, de las dos mil entidades nosológicas que conocemos y de las que en la práctica sólo manejamos unas trescientas cincuenta, sólo conocemos la etiología de una tercera parte.

Con esto vuelvo al principio de mi intervención. Si en la enfermedad alienta lo somático y lo psíquico, lo espiritual y lo material, lo histórico y lo social tanto como lo natural, si la enfermedad y el enfermo constituyen un microcosmos, el médico consciente debe sentir ante esta realidad el vértigo de su insuficiencia.

El problema es cómo poner al médico a tanta altura como requiere su misión. En tiempos de Hipócrates, el problema estaba resuelto, hoy no lo está.

¿Cómo conocer una igual profundidad en el diagnóstico somático y en el psicológico? ¿Cómo mejorar la formación psicológica de los internistas y la somática de los psiquiatras?

Si Freud es un faro que está apagado ¿dónde debemos buscar la luz de la «psicología profunda»? Freud ha sido víctima de un culto de la personalidad de los más estridentes que registra nuestra época; se merecía mejor destino. Su mérito —y no poco— fue constituir un eslabón, o si se quiere varios, de una cadena a la que no han cesado de agregarse otros valiosos eslabones.

A mi juicio, el progreso debe llegarnos por vía más difícil que la freudiana, por un retorno a la gran tradición antropológica que había informado la Medicina con más o menos acierto hasta los tiempos del positivismo. En las raíces del pasado hallaremos fuerzas para configurar el futuro. Pero quizá nos vamos demasiado lejos y no deseo ir tan lejos, sino únicamente quería crear un poco de atmósfera dialéctica e inquietante para ayudar a la buena marcha del coloquio, enfrentando a la tesis ultrasomática una tesis psicologista, o mejor dicho —según creo— holista.

Prof. López Ibor

Ha dicho el Prof. Sarró algo importante y paradójico a simple vista: toda enfermedad orgánica es también psíquica. Lo cual es más evidente que paradójico. El enfermo nos ofrece sus síntomas y entre ellos se hallan los subjetivos que son psíquicos; pero el problema es más complejo. Por una parte está el síntoma subjetivo, p. e. un dolor y, por otro, la actitud que toma el enfermo ante el síntoma en la cual interviene en tanto en cuanto es persona, es decir, ser con autonomía propia sobre un mundo corporal y biológico. Desde el punto de vista psicológico hemos de analizar bien la estructura de la enfermedad, cualquiera que sea, orgánica o mental. El Prof. Arellano nos hará ahora, una excelente exégesis psicológica del «estar enfermo».

Enfermo-problema y enfermo problemático

Análisis fenomenológicos del estar enfermo

Prof. Arellano

La formulación propuesta de que el enfermo-problema está caracterizado de una manera genérica por la discordancia entre los *hallazgos objetivos* y las *quejas subjetivas* requiere, a mi juicio, que sea sometida a un análisis, al que deseo aportar el punto de vista de la psicología antropológica.

En el terreno de los hallazgos objetivos hay que distinguir los hallazgos orgánicos y los hallazgos psiquiátricos o psicopatológicos. Quiero expresar con ello que ambas series de fenómenos son igualmente objetivos. El análisis de la cuestión se vería entorpecido por la confusión indiferenciada de *hallazgo objetivo* con *hallazgo orgánico*. Contribuirá, por tanto, notablemente a su esclarecimiento operar sobre la base de la distinción indicada.

A su vez, creo que en el plano de las *quejas subjetivas* del enfermo habría de establecerse la distinción fenomenológica entre lo que llamaremos aquí *vivenciación psíquica*, es decir, el captar y la forma de captar los factores y los síntomas objetivos orgánicos o psicopatológicos; y por otra parte, lo que denominaremos la *actitud* del enfermo ante la enfermedad, o en expresión más precisa, las *vivencias interpretativas*, es decir, el valorar del enfermo su enfermedad, el juzgarla, en lo cual está incluido tanto lo que llama Jaspers *la noción de la enfermedad* que el enfermo tiene, como los diversos géneros de actitudes de tipo ético, vital, familiar, etc. . . Se nos presentan, pues, diversas maneras de ser enfermo-problema.

En general habría que decir que el enfermo-problema se caracteriza porque en él se presentan distorsiones conflictivas en la estructura psicobiológica;

distorsiones que entendemos como estado y funcionamiento disarmonico de los diversos factores y síntomas psíquicos y somáticos. Pueden manifestarse en tres formas diferentes.

En primer lugar, las distorsiones entre los hallazgos orgánicos y los hallazgos psicopatológicos o psiquiátricos. Son unas veces conflictos orgánicos que tienen etiología psíquica. Esta etiología puede ser *de origen*, y en ella insisten los psicopatológicos con apasionamiento, a la vez que es tremendamente discutida por los organicistas. Es necesario recordar aquí una afirmación de Frankl: es un error identificar, sin más, el éxito de una terapéutica psíquica con la certeza de una etiología psicogénica. Pero son más frecuentes y menos discutibles las etiologías de *desencadenamiento* o de agravación de los estados somáticos mórbidos, por las que disposiciones orgánicas se ponen en marcha en virtud de la aparición de fenómenos psíquicos.

El segundo tipo de enfermo-problema es aquel en el que las distorsiones conflictivas se presentan entre la enfermedad y la vivenciación psíquica de su estar enfermo.

Se ha dicho antes que no toda enfermedad es psíquica. Esto es cierto, pero los médicos que tienen sensibilidad saben, como decía el Prof. Díaz Rubio, que el hombre entero está complicado en su enfermedad, de tal modo que siempre aparece en él una vivenciación de sus síntomas y de su estar enfermo. Toda enfermedad provoca un repliegue sobre sí mismo y ello hace que, en el plano psíquico, se exprese como *autovivenciación*. Puede decirse que todo enfermo es un ser que se autovivencia intensamente y, casi siempre, detallada y exageradamente.

La autovivenciación es por ello una parte integrante del estar enfermo y casi siempre entra, de una manera u otra, en mayor o menor grado, como factor de la enfermedad misma. Puede haber vivenciación de los síntomas, puede haber vivenciación de las perturbaciones funcionales psíquicas y vivenciaciones de los síndromes y complejos sintomáticos, o de la personalidad total del enfermo. La autovivenciación de las enfermedades psíquicas, del estado psicopatológico, es muy compleja y puede implicarse en la enfermedad de muchas maneras, presentándonos un cuadro enormemente

discordante, en el que conviene aislar, con la máxima precisión posible, las características fenomenológicas diferenciales.

A su vez, también son vivenciadas las enfermedades orgánicas, y en este plano puede afirmarse que las vivencias angustiosas siempre son un factor opuesto a la terapia y dificultoso para el diagnóstico.

A ellas pueden contribuir, y contribuyen con frecuencia, una anamnesis o una exploración incorrectas, o la comunicación del diagnóstico en términos difícil o peligrosamente vivenciados por el enfermo («una de las enfermedades más divulgadas es el diagnóstico», dijo K. Kraus), el enfermo-problema es creado a veces por el médico. Este segundo tipo de enfermos, el que nos presenta distorsiones entre la enfermedad psíquica o somática y su vivenciación psíquica, habría de ser denominado enfermo problemático en primer grado.

En tercer lugar, tenemos el tipo del enfermo problemático propiamente dicho, distinto del enfermo problemático en primer grado y del enfermo-problema. En él aparece una distorsión entre la enfermedad y su vivenciación interpretativa.

Las distorsiones se presentan aquí entre el bloque de factores indicados hasta ahora (orgánicos, psicopatológicos y vivencias psíquicas) y la actitud del enfermo. Esta actitud puede estar integrada tanto por aspectos éticos, como psicovitales (temperamentales) o psicoespirituales (caracterológicos) de su personalidad.

Las distorsiones que caracterizan al enfermo-problema, e incluso las peculiares del enfermo problemático en primer grado son reducibles, esto es, se puede pensar que son curables mediante avances en la investigación científica, orgánica o psicopatológica, o mediante el perfeccionamiento clínico del médico mismo. Esta afirmación podría ilustrarse con datos de la historia de la medicina y de las ciencias médicas. Ahora bien, el enfermo problemático en sentido estricto no es curable, no es objeto de una terapéutica propiamente dicha. Sus distorsiones características son reducibles mediante la conjunción de acciones más profundas, vitales y existenciales, que en muchos casos pueden correr a cargo del mismo médico. Para el planteamiento correcto de esta acción sobre el enfermo lo más importante es romper un doble prejuicio que viene operando a la vez en el plano de la terapéutica y en el de la ciencia; lo que llamaríamos, por una parte, la *coralización* (interpretación moralista) de los fenómenos psicobiológicos y, por otra parte, la *biologización* (interpretación biológica) de los factores de la personalidad profunda. Cuando un médico comete la torpeza de *biologizar* la actitud (vivencia interpretativa) del enfermo, provoca, normalmente, la agravación de la enfermedad. Ello sucede, unas veces, por cómoda condescendencia con el enfermo intemperante, otras por incompreensión de la personalidad humana. Pero achacar, erróneamente, las distorsiones subjetivas al capítulo de las *quejas* es una forma práctica de interpretación *moralista* de frecuentes efectos antiterapéuticos.

Resalta, en definitiva, la necesidad de una teoría científica, aún inmadura, que proporcione al clínico las bases correctas de interpretación y de tratamiento del enfermo problemático.

Prof. López Ibor

Muchas gracias. Han oído ustedes un análisis fenomenológico muy profundo del «estar enfermo». Los avances, en la Medicina actual, hay que hacerlos desde el punto de vista orgánico y psíquico. La distinción que hace entre enfermo-problema y enfermo problemático alude a la introducción de la persona en el área del enfermo. Krehl hablaba de «modos de enfermar y personalidad». La personalidad se entiende muchas veces como constitución psíquica del ser; pero hay otros factores que aquellos, dados en el ser psíquico del hombre. Son los que se hacen. El hombre se hace más o menos problemático. Es algo que atañe a la esfera de lo personal, en la que se hallan envueltos los valores éticos.

Otro punto quisiera subrayar en lo que ha dicho Arellano: el éxito terapéutico de la psicoterapia no supone la verdad del sistema psicoterapéutico empleado. Esto ocurre en medicina con mucha frecuencia. De teorías erróneas se han obtenido excelentes hallazgos terapéuticos. Por eso, el médico anda entre verdades vitales que son un tipo especial de verdad, que no coincide exactamente con la verdad científica, ni con la verdad filosófica.

Ahora, para que el coloquio se enriquezca desde perspectivas distintas, después de haber oído a un psiquiatra como Sarró y a un psicólogo como Arellano, nos gustaría oír a un internista muy anclado en la verdad de lo somático como el Prof. Gilsanz.

El peligro del diagnóstico por exclusión

El enfermo-problema no es sólo una personalidad conflictiva

Prof. Gilsanz

Cuando se me invitó a este coloquio, pregunté ¿qué es el enfermo-problema?, porque no sabía de qué tendría que hablar. Después, el Prof. López Ibor tuvo la amabilidad de enviarme un extracto de un coloquio desarrollado en Zürich, y allí traté de buscar afanosamente cómo se define al enfermo-problema; me desilusioné, no me convenció la definición de enfermo-problema como aquel en que se encuentra desproporción entre sus manifestaciones subjetivas y los datos objetivos. Esta definición es totalmente insuficiente e inoperante, porque una desproporción entre manifestaciones subjetivas y objetivas se presenta también, por ejemplo, en el enfermo de angina de pecho. A esa definición le falta algo, y ese algo consiste en que los síntomas subjetivos no sean lo suficientemente significativos para llevar al diagnóstico; por una anamnesis bien hecha diagnosticamos la angina de pecho, aun cuando el electrocardiograma, etc. no nos muestren signos. Aquí, la anamnesis ilumina esa desproporción de manifestaciones y nos aclara el diagnóstico.

Por ello, a dicha definición conviene añadir algo más: cuando esa desproporción no es lo suficientemente significativa para llevar a un diagnóstico. Esto traslada la definición hacia la del enfermo de difícil diagnóstico.

El Prof. López Ibor dice que el enfermo-problema es el que manifiesta esa desproporción por o con evidente alteración de la personalidad. Esto se presta también a interpretación. El Prof. Arellano se ha referido a los tuberculosos, cuya psicología, a mi juicio, ha cambiado de diez años a esta parte. El tuberculoso, hace unos años, cualquiera que fuese su personalidad previa, desarrollaba con frecuencia unos cambios de su modo de ser que le hacía antipático, era esencialmente egoísta; pacientes que antes de caer enfermos eran generosos, amantes de su familia, pendientes de la higiene, cuando enfermaban obligaban a su mujer a no abandonar la habitación, no evitaban el contagio de los hijos, etcétera.

Hoy en día ya no encontramos ese tipo de tuberculosos con tanta frecuencia porque los enfermos, incluso graves, tienen esperanzas de curación.

Otra manera de definir el enfermo-problema, que he oído aquí, es el *enfermo-caos*, el enfermo difícil, que también es un problema ahora y lo ha sido siempre.

Lo más interesante es el criterio de considerar al enfermo-problema como aquél en el cual hay un componente psicógeno, bien porque el enfermo tiene un cometido superior a sus fuerzas, o bien porque no llega a una situación que él ambiciona o por conflictos familiares, etc.

A mí, lo que me parece más trascendental es estudiar al enfermo como persona, ver su vertiente somática y psíquica y llegar a un relato, no a una etiqueta diagnóstica, que explique todas las molestias del enfermo.

Es peligrosísimo diagnosticar por exclusión. A los enfermos hay que diagnosticarlos por datos positivos y hay que tratar de objetivar esos datos positivos, y la medicina moderna permite que esa objetivación sea más lograda que lo ha sido nunca. En este sentido, los avances han sido excepcionales. Hay que tener en cuenta que un enfermo puede tener un cáncer y además ser un neurótico, porque se pueden padecer las dos cosas a la vez. Hemos trasladado al Servicio del Prof. Vara un enfermo para operar que se quejaba vagamente de ligera disnea y trastornos digestivos, todo muy impreciso. En mi Servicio, se le hicieron radiografías de tórax, electrocardiograma, etc., donde todo era negativo salvo pequeñas y antiguas lesiones tuberculosas. Entonces, se le interrogó detenidamente sobre sus conflictos, los tenía, ¡quién no los tiene! Pero aquello no me dejó satisfecho pues no era suficiente base para explicar sus molestias. Hicimos una exploración más detenida y comprobamos que tenía el estómago en el tórax. Aquí pueden ustedes ver las radiografías, son impresio-

nantes. Si no hubiéramos hecho esta exploración detenida porque no nos satisfacía el diagnóstico anterior, hubiéramos creído que sus molestias partían de un conflicto con la sociedad, pero no hubiéramos llegado a la base de su enfermedad.

A mi juicio, pues, lo fundamental es hacer diagnósticos por datos positivos, no por exclusión.

No creo que la anamnesis resuelva el diagnóstico ni en el 80% de los casos que afirma el Prof. Hegglin, ni en el 50% que le ha regateado el Prof. Díaz Rubio. Creo que hay algunas enfermedades que no exigen anamnesis de más de veinte minutos, porque son bien claras, y en cambio, hay otras en las que no son suficientes varias horas. La duración de la anamnesis hay que individualizarla.

Prof. López Ibor

Tiene razón Gilsanz al exigir que los síntomas subjetivos sean «significativos». Sobre este punto se basa toda la psicopatología actual y la teoría de las neurosis. El trauma neurótico no es un trauma más violento que los demás, sino más significativo para aquellas personas que lo sufren. En la esquizofrenia aparecen multitud de manifestaciones psíquicas y sólo se eligen como síntomas aquellas que se consideran significativas, etc., etc. La sintomatología subjetiva del enfermo-problema quiere decir algo, significa algo, un conflicto, un trastorno de la vitalidad o una frustración personal. Precisamente, lo que debemos pedir es que el médico sepa oír ese lenguaje lo mismo que sabe auscultar. Si el médico no sabe extraer de lo que el enfermo dice sobre su enfermedad, lo propiamente significativo, el diálogo con el enfermo le resulta un pesado e indescifrable galimatías. Para lograrlo se necesitan unos conocimientos y una aptitud por parte del médico. Lo curioso es que hay, a veces, una comunidad expresiva entre los trastornos orgánicos y los psíquicos, p. e. en un vértigo, en una cefalea, en un dolor o ansiedad precordial. Por eso, es necesario saber descifrar ambos lenguajes, el de lo orgánico y el de lo psíquico, diferenciándolos a pesar de sus analogías. El lenguaje de la enfermedad, en cada tiempo y en cada hora, es algo que atañe a la patología general; por eso ruego al Prof. Fernández Cruz que nos haga el honor de intervenir.

Dimensión etiopatogénica del enfermo-problema

La Medicina nueva ante el hombre nuevo

Prof. Fernández Cruz

La cuestión del enfermo-problema constituye una categoría gnoseológica, como problema de conocimiento. Exige, por lo tanto, una actitud doctrinal y criteriológica, por lo que resulta difícil que se pueda llegar en la reunión a unas conclusiones de carácter unitario, ya que es seguro que diferentes colegas tengan una posición muy lejana entre sí en la estimación de lo que es y significa el enfermo-problema.

Lo que realmente religa a todos, frente al problema que se discute, es el enfrentamiento imperativo con que la Medicina actual se coloca ante el hombre enfermo de hoy.

Las dificultades diagnósticas y terapéuticas, en estos momentos áureos de la Medicina clínica, en lo que los formidables recursos terapéuticos permiten reducir el extraordinario número de causas morbosas y restaurar el orden en las patogénesis más dispares de la patología, obedecen más a un hondo problema de actitudes que de sabiduría, y de recursos metodológicos en la exploración y tratamiento de los enfermos.

Se trata de querer tratar al hombre nuevo con la actitud de la Medicina antigua. La revolución industrial y la tecnología, han creado en la órbita de la civilización occidental, un tipo de hombre distinto al de hace 10 ó 15 lustros. El hombre nuevo tiene fundada fe en la ciencia positiva, y en el saber científico-natural. Ellos le ofrecen gran número de seguridades en lo que concierne a garantizarle frente a las inclemencias del mundo físico y a la rígida indiferencia de la naturaleza, muy convenientes facilidades de adaptación, creándole un nimbo que le pericrucunda como un nuevo nicho ecológico artificialmente creado por la técnica, que es el confort. Las superestructuras del Estado moderno, extendidas hasta las infraestructuras de la habitabilidad y del transporte, son canales cómodos del movimiento para el hombre moderno, que sabe que esto obedece al formidable poder de la ciencia.

Justificadamente el hombre tiene fe en la ciencia y en la proyección de ésta sobre la vida humana y sobre la naturaleza. Este hombre nuevo, cargado de creencias y de fe en el saber científico-natural, cuando enferma estima que se ha quebrado el orden natural, con grave error.

No conoce a la enfermedad como un proceso tan natural como la salud, y que al nacer ya viene con cualidades prospectivas para defenderse de la enfermedad, porque en el plan biológico, cuenta la enfermedad como la salud.

Cuando se siente con sufrimiento en la enfermedad, vindica con vehemencia a la ciencia la cuestionabilidad de su padecimiento y pretende vehementemente volver al estado de salud, situación que estima que es la meta natural biológica.

Esto crea una formidable fuerza de presión del paciente nuevo a la Medicina, a la que le pide una radical prontitud y eficacia en su actuación. Este hombre nuevo, además, pide a la Sociedad, al Estado político y al ambiente histórico, a la sociedad familiar y a sus relaciones interhumanas, garantías de carácter científico en el comportamiento, y con mentalidad causalista, se enfrenta con el mundo de los valores morales.

Este enfrentamiento que crea graves tropiezos: frustraciones, inadecuaciones entre el desear y el tener, entre el merecer y el poseer, ésto, le lleva a la ansiedad y a la angustia. Con estas dos características se sitúa el hombre nuevo ante la Medicina antigua.

La Medicina actual, tan llena de contenido científico y disponiendo de métodos rigurosos científicos para la exploración y tratamiento de las distintas enfermedades, se ha visto obligada por las exigencias del saber partitivo, a configurarse en especialidades que están justificadas por la dedicación que exigen las técnicas exploratorias y terapéuticas en los distintos campos de la Clínica.

Sufre, a consecuencia de ello, una crisis gnoseológica que no puede ser salvada acentuando las dificultades que los saberes parciales crean, cuando pretenden por sí mismos resolver interrogantes que proceden del centro gravitatorio y nuclear de la enfermedad y del enfermo.

Tampoco puede la Medicina actual renunciar a su formidable e impresionante eficacia y significado científico, para de forma regresiva dar un salto atrás y replantear con doctrinas arcaicas, el ya superado problema de los aspectos psíquicos y físicos del hombre, en la salud y en la enfermedad. La Medicina de hoy sabe que el hombre es corporalidad, pero que tiene una dimensión celeste junto a la terrena, como afirmaba S. Pablo, y que la corporalidad integra el psiquismo que no es propiamente la espiritualidad ya que la conciencia moral, la responsabilidad y la libertad, son tan metafísicas como metafísicas.

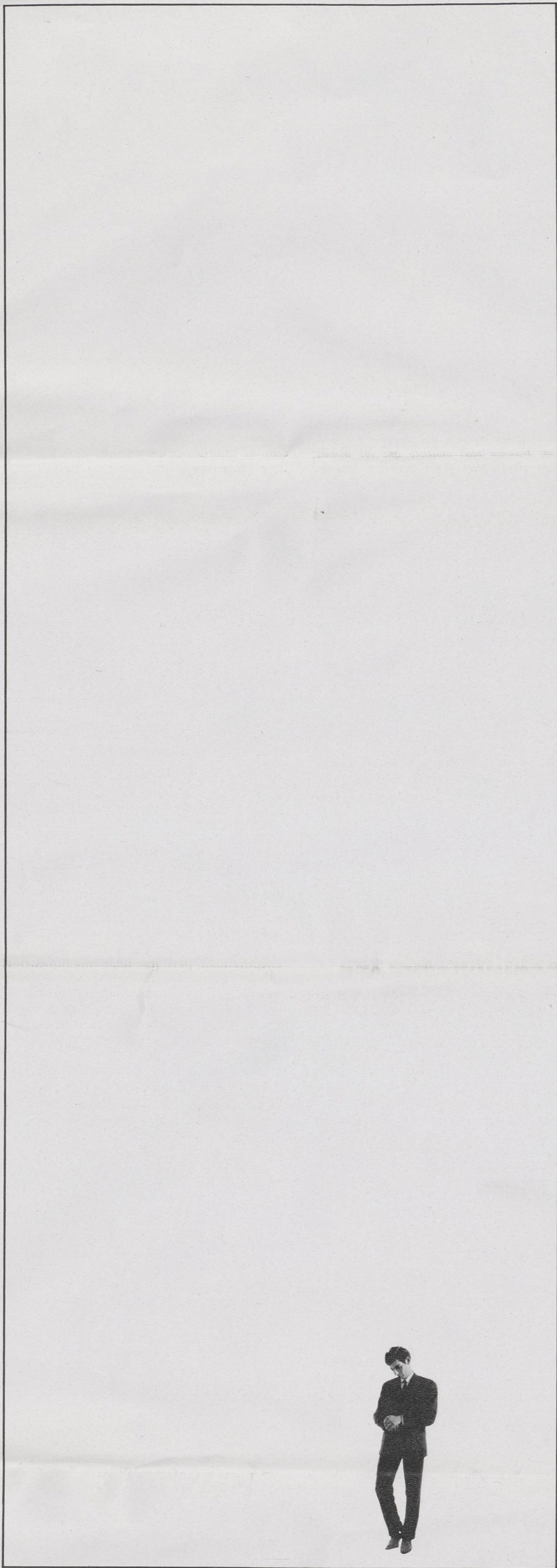
La Medicina actual, ha de dar un salto con impulsos medidos y ordenados para situarse en la comprensión del enfermo nuevo, con los medios científicos nuevos que ella posee, pero instrumentados en actitud nueva.

Esta actitud, ha de ser la de comprender holísticamente al enfermo por lo que ha de estudiarse al paciente en todos sus niveles de existencia desde la base o nivel espacio-tiempo, hasta el vértice de la pirámide en el que asienta el pensamiento del hombre, estimando al hombre en su indigencia biológica, en su capacidad de enfermar como fenómeno natural y con una conciencia proyectiva, que acepta con un determinado carácter el estar enfermo, junto a unas particularidades constituto-biológicas, que promueven en la enfermedad un proceso o patogénesis que persigue el adaptar a un nivel funcional compatible con la vida al sujeto enfermo.

La Medicina actual ha descubierto entre las causas de enfermedad un nuevo factor, que es el conceptual o psicogenético.

La Medicina psicosomática no es una visión nueva del enfermo, ni tampoco el descubrimiento de un nuevo mecanismo de enfermedad o patogénesis, sino un nuevo motivo de enfermedad, una nueva causa de enfermar, por lo que de interés y trascendencia aporta, es el de que en el ambiente del hombre, existe en el mundo de los valores morales, que tiene fuerza y capacidad de crear enfermedad.

Se encuentra la Medicina hoy en condiciones de transfigurarse en Medicina nueva ante el hombre nuevo, pues hasta en el aspecto oscuro de las reacciones psicofisiológicas puede moverse con el método científico, a través de su sabiduría sobre la psico-dinamia y de la fisiología química cerebral, así como merced a la psicofarmacología y al resultado que en la clínica se obtiene de beneficioso para los pacientes, de los fármacos psicótropos de distinta na-



Para el tratamiento de sus
«enfermos-problema» Nisidana
Armonizador
Psicovegetativo
Geigy

El Ayuntamiento de Madrid
ha acordado en su sesión de
1906

turalza, desde los tranquilizantes y anti-depresivos, a los estimulantes o psicoanalépticos y a los fármacos combinados con la psicoterapia, para el tratamiento de los desórdenes de la personalidad, así como aquéllos que son capaces de alterar la condición somato-psíquica del paciente.

En mi Clínica Universitaria, son miles los pacientes que en los Departamentos de Endocrinología, Reumatología, Alergia, Aparato Digestivo y Circulatorio, se configuran como enfermos-problema.

En el Departamento de Reumatología, en una estadística de 3.462 pacientes, hemos agrupado a un grupo de síndromes con el término de enfermos del aparato locomotor de origen psicógeno, y a los que el Director del Departamento Dr. Rotés-Querol, ha estudiado con expertos procedentes de la Clínica Universitaria de Psiquiatría de nuestra Facultad de Medicina, que dirige el Prof. Sarró.

En estos pacientes, se han utilizado los tests de Cornell y de Bell y se ha podido observar cómo en la dorsalgia benigna o insuficiencia vertebral de Schanz, en el síndrome de Barre-Lieou, en la acroparestesia nocturna, en el síndrome de la parestesia agitante nocturna de los miembros inferiores, se presentaban desórdenes psíquicos constantes, frente a la ausencia en las exploraciones bioquímicas, radiográficas y biópsicas de desórdenes que respaldasen las enfermedades agrupadas en la tipificación clínica descrita.

En el Departamento de Alergia, dirigido por el Dr. Farrerons-Co, hemos estudiado asimismo, gran número de enfermos afectados de disnea paroxística ligados a la Alergia y en el que los sujetos ofrecían en la exploración psíquica, rasgos en su persona-

lidad constantes, como eran la personalidad hipo-agresiva en el 75,6% de los casos, y la hiperagresividad de la madre en 86,4% de los casos.

El enfermo-problema ha emergido en la Medicina actual en medio del eje binomial que sostiene a la Medicina clínica en todos los tiempos, que es el médico y el enfermo, pero más que un significado negativo y que una auténtica dificultad, representa un verdadero descubrimiento, y un reto que abre una oportunidad, para que la Medicina actual se ponga a punto con sus formidables recursos y a través del método científico y de la comprensión humana para atender y curar el sufrimiento humano en la enfermedad y al enfermo, de acuerdo con la figura que nos ha trazado la historia en el hombre nuevo.

Prof. López Ibor

El Prof. Fernández Cruz ha hecho una afirmación revolucionaria: Necesitamos una medicina nueva para el hombre nuevo que están fraguando las actuales circunstancias históricas. ¡Qué gran verdad! Jores llamó la atención sobre el desequilibrio actual de los libros y enseñanza de la medicina, puesto que se estudian dilatadamente cuadros raros y demasiado someramente tipos frecuentes del enfermar como este del enfermo-problema. La socialización de la medicina está transformando la fachada de nuestras enfermedades. Los psiquiatras saben cómo las neurosis cambian su faz a tenor de las circunstancias históricas. No era lo mismo la historia de Charcot que la de la última guerra en la que aparecieron no cuadros históricos, sino psicósomáticos. Esta observación ya la hicimos durante nuestra guerra civil. En muchas enfermedades pertenecientes al área de la medicina interna ocurre algo análogo. Por eso quisiera oír a un jurista, buen conocedor de la estructura de la sociedad contemporánea, algunas palabras sobre la sociología de la enfermedad.

Un nuevo problema en derecho: el enfermo-problema

El derecho a la salud

Prof. García Valdecasas

El Profesor Fernández Cruz, nos ha dicho que existe hoy en el ámbito de la cultura occidental un hombre nuevo que le pide a la sociedad y al Estado la solución de todos sus problemas. Efectivamente, este es un fenómeno nuevo y lo es no sólo en el campo de la medicina. Si hoy el miembro de la colectividad le pide a ésta que le defienda su salud, en otras manifestaciones de la vida le pide actualmente al Estado que le resuelva sus problemas y a la sociedad que le satisfaga sus apetitos. Esta actitud es perfectamente inversa de aquella otra, muchas veces milenaria en la historia del hombre, en la que él aceptaba como irremediable la situación en que se encontraba. Y por lo que respecta a la enfermedad, pensaba muchas veces que la mandaba Dios y que había que aceptarla como venía. Entre otras causas, esta actitud en el ser humano ha tenido su origen en ese gran desarrollo de la técnica que ha permitido resolver multitud de cuestiones que antes parecían invencibles, y en el crecimiento de la socialización humana, expresada sobre todo en la creciente intervención del poder del Estado que ha ido cada vez asumiendo más funciones e interviniendo prácticamente en todo. Correlativamente; el miembro de la colectividad ha pensado que tenía en el Estado a quien acudir a pedir la satisfacción de todas sus necesidades. Si antes ponía la esperanza, no ya última, sino inmediata, en Dios, ahora, por lo tanto, piensa que la organización social puede resolverlo todo.

Esto significa, en relación con nuestro tema, que el individuo ya no cree que la enfermedad sea una cosa que sólo le afecta a él o a lo más a los inmediatos que le rodean, a su familia, sino que piensa que su enfermedad le pasa también a la sociedad en que vive y que la sociedad ha de interesarse por él.

Ahora bien, la sociedad ha tardado en interesarse por la enfermedad. Sólo cuando la enfermedad constituía un peligro para la sociedad misma, se produce la reacción social. La defensa ante la epidemia y contagio de la que saldrá la higiene y sanidad, es la primera manifestación de reacción jurídica de la sociedad frente a la enfermedad, reacción que fue muchas veces brutal. Por ejemplo, ante el enfermo de lepra, la sociedad, en muchos ordenamientos jurídicos, reacciona negándole la capacidad jurídica y excluyéndole de la sociedad; le hace llevar una campanilla para que nadie se acer-

que a él, y no le reconoce ningún derecho. También los enfermos mentales tuvieron que interesar pronto a la sociedad. Por su conducta, el loco, el furioso, el mentecato, podía lesionar a los demás.

La reacción social tuvo carácter casi punitivo y lo ha conservado hasta ayer mismo en ciertas formas de tratamiento médico de los enfermos mentales (el encierro, la camisa de fuerza, etc.) Pero la sociedad, después de reconocer peligros en la epidemia o la locura, acabó por reconocer que positivamente la salud del conjunto que la componía era también un valor, un «activo» de la sociedad, y por eso había de interesarse por ella.

Cabe señalar etapas en este proceso. Se comienza por examinar el estado de salud de los que han de hacer el servicio militar; después, un proceso importante, se relaciona la salud con la capacidad productiva de los trabajadores. Luego se llega a comprender que la salud de todo miembro de la sociedad, importa a la propia sociedad y, finalmente, que la salud de cada uno importa a la humanidad como especie. Cuando en las Naciones Unidas se crea la Organización Mundial de la Salud, se proclama que todo individuo humano, cualquiera que sea su raza, su religión, su posición social o económica o sus creencias, tiene derecho a la mayor salud que sea posible darle. Y a estas declaraciones oficiales corresponde en los individuos ese sentimiento de que la salud es un derecho que puede exigir a la sociedad. Evidentemente, no todos los seres humanos tienen ese sentir, pero sí aquéllos que son partícipes de estas sociedades occidentales que han alumbrado aquella creencia. El sentimiento de que su salud le es debida, transforma un poco su actitud ante la enfermedad. Se torna un tanto exigente, jurídicamente exigente frente a la comunidad y a aquellos miembros de ella llamados a velar por su salud, es decir, frente a los médicos. Pero a su vez, el médico que presta sus servicios en esa relación puede entenderlos como un derecho de la sociedad que él está llamado a ejercitar respecto y aún frente al enfermo.

Hay así una nueva realidad social que repercute en interesantes problemas jurídicos en el ámbito de la relación entre médico y enfermo.

Y, es que, realmente, nosotros, cada uno de nosotros, seremos un compuesto somático y psíquico, pero, además, somos constitutivamente sociales. Cada ser humano

empieza por adquirir una serie de creencias y de formas de conducta, desde su formación en la niñez, que le vienen dadas por la sociedad en la cual crece y se desarrolla. Cualquiera que explore lo que en sí mismo hay que no es suyo personal, sino que es un resultado de creencias, tendencias y costumbres recibidas, tiene que reconocer que somos como un centro de decisión, centro de dolor y alegría en el que se anudan herencias biológicas, efectos ambientales, y también creencias y hábitos, que nos vienen dados por la comunidad social en que vivimos. Y entonces, se nos revela que todo este ingrediente que hay en nosotros tiene también su parte en la propia salud, o en la propia enfermedad. El Profesor Díaz Rubio aludía a dos grandes peligros de la medicina contemporánea. Uno es el que viene dado por la burocratización de la Medicina, por la reglamentación del Estado; peligro evidente, real y que hay que combatir, pero sin perder de vista que la necesidad que ha querido atender el nuevo carácter social de la Medicina, constituye hoy una necesidad social que es indeclinable. El hecho de que la Medicina se socializa y tiene que atender a ese derecho que hoy se reconoce en todos los miembros de la colectividad es un hecho de tal fuerza, que la cuestión es, cómo lo hemos de atender. Una de las maneras de hacerlo es la organización y la reglamentación por el Estado. La reglamentación del derecho muchas veces es una cosa tosca, sobre todo cuando se enfrenta con problemas nuevos; hay sin duda mucho que corregir en estos problemas de reglamentación y organización de la Medicina por el Estado.

Señalaba el Profesor Díaz Rubio otro aspecto de la cuestión que es el exceso de pruebas, de exámenes, de análisis, que muchas veces al enfermo le dan la sensación de estar convertido en un cuerpo vil, traído y llevado, mientras le falta ese contacto insustituible de alma a alma con el médico, que es el que le podrá conducir a la salud, y que, en todo caso, le conduce a sentirse un ser humano y no simplemente un problema técnico o científico para el médico a que se acude.

Los dos aspectos sociales que hemos examinado pueden muchas veces hacer de un enfermo un enfermo-problema. Y dicho con carácter más general: si existe una disparidad o una tensión entre los contenidos de creencias, hábitos, preferencias, etc. de un sujeto y los del contorno social en que viene a encontrarse, se puede producir, muchas veces se produce, una enfermedad con manifestaciones psíquicas y muchas veces también somáticas.

Muchos de los casos que se han citado en este coloquio y que aparecían como manifestaciones psíquicas de una enfermedad somática, hacían referencia al ambiente, al medio social, a las realizaciones del enfermo con otros elementos de la colectividad, quizá con la familia, quizá con un nuevo contorno social en que se había encontrado, quizá con una sociedad distinta de la suya de origen. Enfermedades como el reumatismo, según han dicho, denuncian una cantidad de problemas de inadaptación, de choque social, en las personas que los padecen; un asma ha podido originarse en una infancia de niño mimado, de persona que no ha sentido a tiempo su propia responsabilidad y quizá haya quedado así disminuida para hacer frente a los problemas de la madurez. Y así la situación social puede hacer muchas veces de un enfermo, un enfermo-problema.

Este otro aspecto social de la etimología de la enfermedad nos interesa especialmente a los juristas y a los sociólogos, porque nos hace ver la responsabilidad que los hombres de derecho y los gobernantes, y todos los que tienen acción en la cosa pública, contraen respecto a la salud de todos y cada uno de los miembros de la colectividad.

Prof. López Ibor

Ha sido muy interesante la intervención del Prof. García Valdecasas dándonos la respuesta a este hecho del hombre nuevo y a las relaciones de la Medicina actual con el hombre nuevo. —El Prof. Fernández Cruz nos ha proporcionado datos sorprendentes, diciéndonos que tiene 8.000 enfermos-problema—. Y es que este Coloquio lo hemos organizado porque el «tema» está candente, por que la sociedad lo ha planteado. El hombre nuevo es un enfermo-problema.

Yo he dicho alguna vez que, en cierto sentido, la sociedad actual se está neurotizando. El hombre cambia las relaciones con su propio cuerpo, sano o enfermo, al mismo tiempo que cambia la estructura de la sociedad en la cual vive. La aportación de la psiquiatría al conocimiento de estos hechos es evidente. El Prof. Rojas Ballesteros nos dirá seguramente algo importante sobre el enfermo-problema desde el punto de vista del psiquiatra.

Enfermo-problema y medicina-problema

Prof. Rojas Ballesteros

El enfermo-problema es el que nos plantea la problemática de su estado por no corresponder a nuestros conocimientos y experiencia. En realidad, el enfermo-problema es el que nos coloca en un aprieto. Hablaríase mejor de Medicina-problema: aquella que habiéndose propuesto un exclusivo camino de objetividad, científico, no sabe qué hacer ante tanta y tanta queja subjetiva como tiene todo lo patológico y la vida misma. La Medicina se ha echado encima la pesada carga de resolver multitud de problemas del hombre, con más o menos apariencia patológica, y por el camino de las ciencias naturales.

Por eso se oye con frecuencia decir el médico a su enfermo: «usted no tiene nada». Ya que nada encontró en su búsqueda de elementos objetivos de diagnóstico. Mientras tanto, el enfermo habla su lenguaje específico: se queja.

La Medicina de hoy se ha hecho problema, y problema incómodo —ya lo dijo Freud— en cuanto que como cultura se ha revestido de la inseguridad y empeño científico de nuestro tiempo, del malestar de nuestra cultura.

La moderna Medicina posee un fabuloso arsenal de conocimientos y experiencias, pero se va haciendo inesquivable la necesidad de un cambio de la misma. Está orgullosa de sus conquistas, y quiere seguir el camino emprendido con los mismos elementos metodológicos. Con ello va distanciando cada vez más el enfermo de su médico. Entre ambos existe ya un abismo ocupado por riquísimo arsenal de instrumentos y teorías. Es necesario volver al contacto simple del hombre enfermo y su médico, que es el principio nuclear de todo acto médico. Por eso todos estamos de acuerdo en la necesidad de reivindicar una anamnesis personal. Recordamos una joven enferma afecta de una dificultad respiratoria (asma psicógeno) de la que quedó liberada tras media hora de anamnesis. A nuestros alumnos —frecuentemente sorprendidos ante lo escueto de nuestro consultorio— recomendamos como elementos de exploración, el sillón y paciencia. Cuando de él nos levantamos para hacer la exploración, llevamos hecho ya un buen trecho del diagnóstico. La anamnesis nos permite vivir el diagnóstico, una faceta —sin duda por todos practicada— pero de la que no se habla. Vivir el diagnóstico es vivir el acontecimiento patológico que se nos muestra en su línea histórica. Esto es ya, además, un comienzo de terapéutica. Por Rof se ha hablado de los errores diagnósticos condicionados por factores emocionales, lo que considero un gran acierto.

Se estima al médico primordialmente como diagnosticador. Sin embargo, es ante todo un instrumento terapéutico cuya eficacia reside en varios factores, entre los que juega papel importantísimo su madurez afectiva y en consonancia, su capacidad de entender, sentimentalmente, los problemas del hombre enfermo.

¡Cuántos enfermos se curan con gran sorpresa del mismo médico!

El lado mágico del hombre, sano o enfermo, no es prudente despreciarlo. Ocupa demasiado lugar aún para esquivar su presencia, y no es susceptible de ser objetivado ni aún siquiera comprendido con la lógica vigil. Es preciso sentirlo. Por esto hay que cultivar cada vez más el sentido fenomenológico del médico como un instrumento de gran eficacia terapéutica. El médico moderno lee incansablemente, estudia difíciles libros y revistas, está ansioso de la ajena experiencia, pero vive poco la clínica y la enfermedad.

Me encontré hace pocos días con una enferma que brevemente voy a resumir: Es soltera y nunca mostró gran interés por dejar de serlo. Todo su deseo maternal lo ha proyectado muy intensamente, y muy satisfactoriamente por su parte, en su hermana menor, a la que lleva quince años. Hace un año que comienza a padecer su estado actual por el que viene a la consulta; se encuentra inquieta, y desasosegada, ha perdido el sueño, etc. Comenzó esta situación a raíz de haber estado en peligro la hermana, a la que le nombra «ni niña», con motivo de su primer parto. Pero la exploramos y encontramos un rigor en el brazo derecho

con su correspondiente aquinesia expresiva, cosa comenzada también a raíz del acontecimiento emotivo. No hay antecedentes que nos demuestren la posible existencia en otra época de una encefalitis epidémica. Ahora nos preguntamos: ¿ha sido el impacto emocional el que ha puesto en marcha el Parkinson? ¿Es el Parkinson en latencia lo que ha condicionado la aparición de un síndrome angustio-depresivo? No es fácil responder. Weisszäcker le hubiera llamado, por ejemplo, «Amor y destino», dando así por terminada la cuestión.

Nuestra afectividad, al modo de un cosmos atmosférico personal, está sometida a continuas variaciones que la persona percibe a través de su estado de ánimo que con frecuencia canaliza por el camino visceral.

Pero más importante aún —aunque parece que más escasa— es la frecuencia con que molestias de este orden obedecen a una etiología epiléptica. El electroencefalograma, junto a la agudeza clínica, nos ha detectado multitud de acontecimientos de este orden, en los que campea su aire paroxismal. No menos importancia tiene la etiología social, es decir, la atmósfera afectiva que se crea entre dos que se encuentran. Es curioso que sobre esta importancia haya llamado la atención un profano, el Profesor García Valdecasas. Sin duda, juega un papel de gran rango en la etiología moderna de las enfermedades, la civilización en que el hombre se desenvuelve y que en una no despreciable medida nos ha llevado a la actual situación de incomodidad cultural.

Todos estos factores, y otros que quedan en silencio, han llevado a Fernández Cruz a hablarnos de un nuevo enfermo. En efecto, el hombre permanece, pero cambian los motivos y con ellos las reacciones psicológicas.

Es evidente que estamos en los umbrales de una Nueva Medicina. Esta ha empezado ya a practicarse y ha salido del seno de la psiquiatría. Esta nueva actitud del médico equivale al difícil equilibrio entre tantos factores convergentes y, especialmente, entre lo objetivo y subjetivo del hombre-enfermo.

La Medicina científica ha logrado un preciado tesoro de conocimientos que no se puede descuidar. Es y será una aspiración el saber sistematizado del hombre enfermo. Pero no es suficiente. En el manejo de estos elementos está ese difícil equilibrio.

Prof. López Ibor

Nuestra afectividad, dice Rojas, está sometida a variaciones que la persona percibe a través de su estado de ánimo. Siempre me ha parecido un gran tema de la patología contemporánea,

Cierra el Coloquio el Profesor López Ibor

Va a terminar el Coloquio, y creo que todos ustedes tendrán la misma impresión que yo y es que nos hemos enriquecido extraordinariamente en nuestros puntos de vista. Necesitamos una nueva Medicina que enseñar a nuestros alumnos. Los libros de Medicina se entretienen en la descripción de las dos mil o dos mil quinientas entidades distintas de las cuales el médico general ve sólo muy pocas, y se concede extraordinaria importancia a algunas que son verdaderas curiosidades, dejándose en cambio de estudiar a fondo aquellas que son más frecuentes, tales como los enfermos-problema, enfermos con su estructura psicológica y su subsuelo biológico. El problema de las depresiones es capaz de rebasar el área de la Medicina. Crisis vocacionales, conflictos conyugales o laborales, pueden montarse sobre una depresión. Eso que se llaman «crisis existenciales» cuando son auténticas, van montadas sobre una oscilación negativa de la vitalidad —tristeza, angustia, tedio, vértigo, asco, etc.— Sobre ese fondo vital se monta una estructura psíquica. La presencia de ese fondo vital de raíz fisiológica, aún en las neurosis, como he tratado de demostrar en otras publicaciones, es lo que explica la actuación de la terapéutica farmacológica, que no tendría razón de ser si se tratase de puros conflictos psicológicos; pero la superestructura psíquica exige, por otra parte, la psicoterapia y tal superestructura psíquica se halla no sólo en las depresiones y neurosis sino en muchas enfermedades orgánicas. Las neurosis han cambiado de modo de presentarse. Unas enfermedades desaparecen y otras

el de los estados de ánimo o patología de la vitalidad. Las depresiones y las neurosis cada día son más fundamentalmente reconocidas, como los dos grandes núcleos de la psicopatología actual. Un depresivo es un enfermo, a veces grave, en el que los hallazgos objetivos son nulos y, que, sin embargo, se cura rápidamente mediante una terapéutica somática. Los depresivos acuden con frecuencia a otras clínicas que a las psiquiátricas, llevados por la prevalencia de un síntoma, dolor, cansancio, ansiedad precordial, etc. es decir, de la angustia que necesita ser descifrada. El enfermo necesita que le curen, pero también que le descifren el enigma de su enfermedad y ese enigma es la angustia. Por razones parecidas acuden depresivos y neuróticos, enfermos de la vitalidad, al confesionario, buscando un alivio moral a sus males, cuando éstos no se viven en el plano somático sino en el psíquico, como obsesión o sentimiento de culpabilidad. El P. Alcalá, teólogo y psiquiatra, nos hablará de esta cuestión.

El enfermo-problema ante el consultor espiritual

Necesaria colaboración con el médico

Dr. Alcalá, S. J.

Ante los temas insinuados por el Prof. López Ibor, me voy a limitar al enfermo-problema en la práctica pastoral.

El enfermo-problema, no es privativo de las consultas médicas; también el sacerdote, el director de almas, se encuentra en la práctica diaria de su ministerio pastoral con casos problemas que son en realidad enfermos-problema y que necesitan, por tanto, de la colaboración del médico.

Si le ha sido difícil al médico no especialista en psiquiatría ir cambiando su mentalidad sobre la etiología de ciertas anomalías en la conducta y estado de ánimo de determinados pacientes, es muy comprensible que el sacerdote, alejado del campo de la patología, tenga que realizar mayor esfuerzo para reconocer y aceptar estas nuevas adquisiciones de la ciencia psiquiátrica. Por ejemplo, no hay nada más desconcertante para el médico no especialista que el comportamiento de ciertos enfermos depresivos. Difícilmente logran sustraerse a la tentación de analizar una situación en función de la psicología, cuando se trata en realidad de algo que pertenece al campo de la patología. En las grandes depresiones no suele haber problema; en ellas, la distorsión de la realidad es tan flagrante que no da lugar a dudas, pero la deformación depresiva es a veces muy sutil y tan bien articulada con hechos reales, que es fácil de-

jar se convencer ayudado, en parte, por el esfuerzo incansable del depresivo en este mismo sentido. Estamos entonces muy cerca de admitir con el enfermo que la visión de sí mismo y del mundo es objetiva y que su pesimismo es lucidez. Es, pues, grande en estos casos el peligro de un error diagnóstico tomando el efecto por la causa. El sacerdote carente de formación médica y psicopatológica, está expuesto más justificadamente que el médico a tratar estos seres con armas no adecuadas al caso. En él serán las puramente espirituales o ascéticas, sin que pase por su mente que se encuentra ante un cuerpo enfermo y no un alma enferma.

Podemos decir que la quimioterapia de los estados depresivos, al desmontar a los ojos del enfermo y del médico la construcción morbosa, actúa como un alambique que separa a veces en pocos días lo verdadero de lo falso, lo accidental de lo permanente.

En el fondo no es nada nuevo, puesto que la curación espontánea hace lo propio, pero la rapidez con que ésta se produce, y la relación manifiesta del cambio de su estado de ánimo con la medicación, son factores privilegiados que nos han de hacer pensar en la etiología endógena de estos cuadros patológicos que pueden ser tenidos como reacciones conflictuales. Claro está, que esta

concepción no puede aplicarse, ni mucho menos, a todos los cuadros psiquiátricos. En la neurosis, aun admitiendo la existencia de factores biológicos predisponentes, el papel etiológico de los factores psicológicos conflictuales, de educación y ambiente es capital. Con los medicamentos antidepressivos, en general, está sucediendo a los psiquiatras algo semejante a lo que ocurrió con la aparición de los antibióticos. A la vez que rendían un gran servicio a los enfermos, no dejaba de ser algo, llamémosle descorazonador, para los médicos de gran fama, ver que cualquier otro compañero conseguía los mismos éxitos que ellos en muchos de los casos. Hoy, el médico general comienza a conocer los medicamentos antidepressivos, la psicofarmacología. No sólo por la literatura de los laboratorios, sino porque ven los resultados a veces espectaculares que obtienen los psiquiatras con los enfermos que ellos les envían. Cabe el peligro de que, debido a su aparente simplicidad técnica, estos tratamientos sean aplicados al margen de un control psiquiátrico que pueda valorar y superar sus dificultades y complicaciones. No obstante, este éxito terapéutico ha desempeñado un papel didáctico muy útil. Hasta hace poco le costaba mucho imaginar a un gran sector de la Medicina, que las enfermedades nerviosas pudieran ser como las otras; para ellos los enfermos nerviosos eran gente de otro tipo con los que no había gran cosa que hacer; eran los mentales.

En realidad, muchas afecciones nerviosas tienen un origen y una evolución biológicas que no se distinguen fundamentalmente de otros procesos de la patología. La diferencia radica más bien en su semiología tan particular que se manifiesta en el terreno psicológico. No es fácil valorar cuál ha sido el paso de más trascendencia a que ha dado lugar la farmacología moderna. Si el beneficio práctico reportado a los propios enfermos, o la gran adquisición que ha hecho la Medicina ante la nueva visión del médico general respecto a la psiquiatría. Por último, si como afirma el Prof. Sarró en su prólogo al libro «Personalidad y Enfermedad», el médico en cumplimiento estricto de su función profesional llama al sacerdote para que lleve a término aquello que él no puede hacer, una *suprema terapéutica*, yo diría que igualmente el sacerdote, en cumplimiento de su misión pastoral, debe llamar al médico para ese otro tipo de terapéutica que escapa enteramente a su competencia. La misma generancia que al médico no especialista, hay que hacerle al sacerdote. Es necesario llegar a una amigable y científica colaboración con el psiquiatra, colaboración que sume ambos esfuerzos en vez de restarlos, como aún sucede con excesiva frecuencia; adoptando una actitud de mutua comprensión, creando una mentalidad de trabajo en equipo, en bien del paciente, que de esta forma dejará de ser, en gran número de casos, un enfermo-problema.

aparecen. Se dirá que esto depende del punto de vista de los médicos; pero no sólo de su punto de vista sino de su acción, de su potencia sobre la enfermedad. Los factores psicológicos y biológicos se imbrican. Los éxitos terapéuticos actuales se producen sobre todo en las enfermedades agudas; la puericultura y la pediatría evitan la gran mortalidad infantil de otras épocas. El hombre, como ser social, reacciona ante estos hechos. Lo cierto es que la población es cada vez más vieja y que hay cada vez más enfermos crónicos. En todos ellos la importancia de los factores psicológicos es más evidente. A medida que la vida es más humana, se carga de contingencias psicológicas.

La Medicina, precisamente por ese cambio que está operándose en la estructura de la sociedad, por ese cambio en la propia morfología del enfermar, nos plantea nuevos problemas.

Esta Medicina nueva exige una nueva formación del médico, en la que sin descuidar sus fundamentos científico-naturales atiende a los aspectos psicológicos y sociales. Apenas puedo resumir ni hacer alusión a los numerosos puntos de vista expuestos. Existe una cierta *comunidad expresiva* entre los síntomas de origen somático y psíquico. Un enfermo con «angor» siente angustia precordial, como un enfermo angustioso sin lesión alguna. La medicina apura los medios de exploración somática para detectar los hallazgos orgánicos que sirven de base al cuadro; pero éstos no llegan a descifrarlo totalmente. A veces, un enfermo por una anomalía electrocardiográfica ha sido separado de su trabajo y reducido en sus posibilidades vitales, cuando veinte años después se ha visto que aquella carecía de significación. No pienso con ello

quitar importancia a los avances en el diagnóstico que se realizan por el perfeccionamiento técnico. Evidentemente, son imprescindibles, pero es necesario ahondar también en las técnicas psicológicas. Quizás muchos problemas diagnósticos quedarían más claros, si se integraran entre las técnicas diagnósticas las psicológicas. No hay que pensar que me refiero al decir esto a los «tests», sino al análisis fino, fenomenológico de los síntomas y a la anamnesis biográfica. Esa *Comunidad expresiva* se halla, además, enriquecida por el problema de la equivalencia. Hace ya muchos años que traté de mostrar cómo en el círculo de las enfermedades de la vitalidad, tales equivalencias se establecen. Un dolor de cabeza, una crisis de vértigo, un ataque de asma o una colitis aparecen como variantes sustitutas de una fase depresiva o ansiosa. La nueva farmacología de las depresiones y de la angustia han demostrado hasta qué punto es importante este conocimiento, puesto que ha abierto nuevos caminos que al mismo tiempo que terapéuticos, son nuevas vías en la investigación clínica. No olvidemos que la sintomatología subjetiva de las enfermedades puede considerarse como una verdadera *prueba funcional*. La Medicina actual busca el diagnóstico precoz de las enfermedades, porque así incrementa las posibilidades de los éxitos terapéuticos; pues bien, al lado de las pruebas funcionales en las que se apela al laboratorio, se hallan las otras, en las que se apela a la vida misma del enfermo en su mundo: fatiga, disnea, dolor, incapacidad de varias formas, etc. etc.; todo eso, que pertenece a la subjetividad, adquiere un valor objetivo al examinar el cuadro clínico. La existencia del enfermo-problema exige, según todo lo que acabamos de oír en este Coloquio, los siguientes postulados:

- 1) una mayor perfección y conocimiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- 2) una mayor profundización en el estudio de la personalidad del enfermo y en la anamnesis.
- 3) una intervención de la propia personalidad del médico. La relación médico-enfermo se coloca en el primer plano. La medicina como arte debe convertirse en otro aspecto científico de la Medicina. El conocimiento del enfermo debe ser lo más completo posible.
- 4) la consideración de la estructura de la sociedad en la cual se halla inmerso el enfermo y del nivel histórico de la misma.
- 5) un mayor conocimiento, por parte del médico general, del fondo timopático y psíquico que existe, unas veces autónomamente, y otras como acompañante del cuadro clínico orgánico. El conocimiento de la estructura de las depresiones y de las neurosis deben pertenecer a la educación del médico general, lo mismo que el conocimiento de la patología general de las enfermedades infecciosas, por ejemplo.
- 6) un conocimiento de los medios actuales psíquicos y farmacológicos necesarios para enfrentarse con las nuevas situaciones morbosas. A ellas se ha de agregar las que provienen de la nueva organización de la medicina (Hospitales más elásticos en su funcionamiento, seguros sociales, asistencia social, etc. etc.).

Y para terminar quiero expresar mi gratitud a todos estos amigos y maestros por lo que nos han enseñado. Los oyentes se suman a mí, con toda seguridad, en esta expresión de gratitud.

**Geigy Sociedad Anónima
Barcelona**