

El por qué de la psicología médica

Por el Dr.: RICARDO GONZÁLEZ MENÉNDEZ²⁰

González Menéndez, R. *El porqué de la psicología médica*. Rev. Cub. Med. 13: 3, 1974.

Se valoran los factores que condicionan la aparición de la psicología médica como ciencia, así como sus aportes a la formación del médico integral. Se plantea un criterio evolutivo en la historia psicosocial, orientado sobre todo al *aquí y ahora* del paciente, en un servicio no psiquiátrico.

Cien años atrás era frecuente que un médico de pueblo recogiera datos como éstos en su registro de pacientes: "Hoy visité a Juan el farmacéutico. Desde hace 15 días presenta palpitations y disnea. Estaba muy angustiado porque tenía una insuficiencia cardíaca. Yo le recordé que estos síntomas aparecieron después de la muerte de su hijo cardiópata".

"Felipe, el hijo de Eusebio el panadero, vino a consulta desesperado por un dolor en la pierna derecha. Resultó ser una simple mialgia de esfuerzo; pero se angustiaba porque pensaba en la amputación que le practiqué a su padre cuando hizo la embolia".

Sin duda, las palabras de aquel médico tenían un efecto especial sobre Juan y Felipe, ya que el primero "le debía" la vida a su esposa, y Felipe lo consideraba su segundo padre desde que lo salvó de aquella "neumonía doble".

Además, el médico de nuestra historia, por sus conocimientos y bondad era un orientador popular en la villa, donde desarrollaba una vida social muy activa, enterándose (aunque no lo pretendiera) de cuanto sucedía en los

alrededores y en la intimidad de los hogares: *era el típico médico de familia*.

Al valorar las condiciones especiales en que ejercía su profesión, se hace evidente que a pesar de carecer de entrenamiento psicológico alguno, disponía de enorme cantidad de datos bio-psico-sociales de sus pacientes, establecía relaciones médico-enfermo de una profundidad extraordinaria⁵ (por ser para sus pacientes la imagen del padre, el hermano o el amigo), y tenía presente en su práctica la repercusión somática de las noxas psicológicas (palpitations por la muerte de un hijo) y las reacciones psicológicas en los pacientes predominantes somáticos (angustia ante la mialgia).

Además, como fundamentaba sus esfuerzos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en todos elementos, se comportaba, a pesar de su poco desarrollo científico, como un médico integral, mucho antes de que este adjetivo alcanzara el extraordinario significado que hoy tiene.

De entonces acá, la industrialización, con la consecuente migración a las grandes ciudades, el incremento numérico de las poblaciones, y la centralización del trabajo médico en clínicas y hospitales, fueron

20 Instructor de psicología médica y psiquiatría. Escuela de medicina, Universidad de Ote.

paulatinamente rompiendo los estrechos lazos que unían al médico con sus pacientes, y dificultando que aquel utilizara en su práctica el valioso caudal de relaciones e información que tanto esfuerzo evitaba y éxito garantizaba.

Al mismo tiempo, la tecnificación de la medicina junto con el desarrollo de los medios diagnósticos y terapéuticos, determinó que el médico comenzara a valorarse de acuerdo con los recursos diagnósticos de que dispusiera y nada más, tratando los pacientes de acuerdo con la patología somática que aquellos medios diagnósticos evidenciaron y casi nada más. Los aspectos psicológicos y sociales fueron utilizándose cada vez menos, y la medicina entró en su apogeo somatista. Y se corrió el riesgo de que el paciente alterado por la muerte de su hijo, fuese explorado exhaustivamente sin que muchas veces se le preguntara si algo lo estaba afectando; o el hijo del amputado mantuviera su angustia y mialgia por semanas, sin que en su manejo se tuviera en cuenta el porqué de su angustia ante una mialgia banal.

Es en estos momentos históricos cuando surge la psicología médica como respuesta a una necesidad, y se establece como la ciencia que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en la práctica médica,¹ teniendo como metas fundamentales: aportar al médico los conocimientos que le faciliten la recolección de datos bio-psico-sociales, el establecimiento de relaciones médico-pacientes exitosas, el manejo adecuado de los mal llamados pacientes "psicosomáticos" y "somatopsíquicos", y la comprensión más profunda de la psicopatología.

Como la primera meta se logra en la práctica, transmitiendo al médico las técnicas de la entrevista y la historia psicosocial,^{2,3,6*7} psicólogos y psiquiatras comenzamos a ofrecer esa información, sin tener muy en cuenta que quien la recibiría y utilizaría según la *demonstración práctica de su utilidad* era el

médico integral que desarrolla sus actividades en un contexto donde el tiempo limitado juega un importantísimo papel, y aspirábamos a que explorara y utilizara datos que, aunque indispensables para el manejo de un paciente psiquiátrico, reportaban poca utilidad en la mayoría de los pacientes tributarios de un manejo no especializado.

Hacíamos énfasis en investigar el desarrollo y los rasgos de la personalidad, actitudes básicas y elementos dinámicos de su cuadro, sin recordar que el esfuerzo necesario para evidenciar y utilizar estos elementos en muchos pacientes clínicos, sería prácticamente imposible.

El sentido práctico del clínico y su escaso tiempo disponible, determinó en nuestra experiencia docente que la historia psicosocial fuese desarrollada sólo por razones de disciplina.

La experiencia nos llevó a pensar un poco más como médico que como especialista, y nuestro equipo de trabajo comenzó a seguir una nueva orientación hacia la situación de aquí y ahora del paciente hospitalizado en una sala de clínica.

En nuestro servicio, la historia psico-social al estilo psiquiátrico, ha sido reducida a la recolección de datos suficientes para tener una visión práctica del paciente y su medio, y se ha enfatizado la exploración de otros aspectos directamente relacionados con la enfermedad, que pueden servir al médico (cualquiera que sea su especialidad) para planificar la ayuda psi-cosocial que su enfermo requiere.

Veamos nuestro modelo de historia clínica psicosocial en una paciente ingresada por una valvulopatía reumática de intensidad moderada donde llamó a la atención la desproporcionada disnea presentada desde su ingreso.

Identificación. Paciente de 20 años, soltera, ama de casa, escolaridad: cuarto grado, procede de Mayarí Arriba.

Nacimiento y desarrollo. Nació de un parto distócico domiciliario, con aplicación de fórceps; demoró en caminar y hablar hasta los dos años.

En su infancia padeció acidosis, pero nunca tuvo convulsiones ni traumas craneales importantes. A los ocho años presentó el cuadro de tumefacción articular descrito anteriormente.

Creció en un hogar campesino pobre, a pesar de que su padre era muy trabajador y dedicado a la casa. Su madre educó cuatro hijos (ella es la menor), y considera que su hogar fue estable y armonioso, y no hubo discriminaciones en el aporte de cariño.

Desarrollo escolar. Estudió desde los siete a los doce años; alcanzó el cuarto grado. Dejó la escuela para ayudar a su madre luego de repetir el último grado.

Historia laboral. No ha tenido experiencia laboral extrahogareña, aunque tiene en sus planes incorporarse a una granja avícola cuando se cure.

Historia psicosexual. Tuvo una menarquía indolora y 110 sorpresiva, ya que fue advertida por su madre. Sus menstruaciones son normales. Tiene actualmente un enamorado que la visita sin oposición familiar. Es su primera experiencia amorosa.

Integración, recreación y creencia. Su padre es dirigente político de la zona y toda la familia está integrada. Prefiere el baile como diversión, pero refiere que desde que sabe que tiene un soplo se cansa al bailar.

Nunca ha tenido ideas religiosas.

PREGUNTAS ESPECIALES

1. —¿Ha tenido tendencia a preocuparse por las enfermedades?

Desde pequeña se creía enferma de distintos órganos vitales (dice su madre que se parece mucho a una tía que siempre tiene algún dolor).

2. —¿Conoce alguna persona que haya tenido molestias parecidas a las suyas?

¿Qué le dijeron que tenía? ¿Qué tratamiento recibió? ¿Cómo se siente ahora?

Un primo, desde muy niño, padece un soplo y siempre ha sido muy enfermizo; a veces escupía sangre, se ponía grave y había que ingresarlo; actualmente está en un hospital en La Habana, y dicen que lo van a operar. El le ha hablado de las placas y análisis que le hacen; dice que siempre tiene que estar en reposo. La familia no quiere que se opere porque opina que no va a resistir la operación.

3. —¿Alguien que no sea médico le ha hablado sobre su enfermedad? ¿Qué le dijo?

Una vecina me dijo que si se trataba de un soplo era una "tara", porque mi primo tenía la misma enfermedad.

4. —¿Qué cree usted tener?

Bueno, un soplo, es una enfermedad del corazón; debe ser el corazón débil.

5. —¿Qué análisis o pruebas cree usted que se le realizarán?

Bueno, eso me preocupa porque deben ser iguales a los de mi primo.

6. —¿En qué cree que consistirá el tratamiento?

Si es de operación, me dijeron en la casa que me sacaban de aquí.

7. —¿Cómo cree que evolucione la enfermedad?

A mí me preocupa que me suceda igual que a mi primo, que cada día está peor.

8. —¿Ha tenido otros familiares hospitalizados?

Sí, mi tío murió en este hospital de un "repunte de embolia".

9. —¿Qué le ha resultado más difícil de su hospitalización?

El estar lejos de mi mamá, y cuando se muere alguien en la sala.

10. —¿Ha notado si sus molestias aumentan cuando tiene impresiones o preocupaciones?

Sí, entonces siento que se me aprieta el pecho.

11. —¿Se ha sentido intranquila o triste últimamente?

Sí, desde que me dijeron eso del soplo.

12. —¿Tiene alguna otra preocupación? Bueno, mi novio que no ha venido a verme.

El primer paso ha sido dado. En manos del médico integral están los elementos que le permiten conocer la situación actual de su paciente. Su condición de especialista en clínica o cardiología lo ubican en la mejor

posición para que simultáneamente con las prescripciones farmacológicas e higienicodietéticas, atenúe las angustias de su enferma mediante simples recursos:⁴ informativos, sugestivos, persuasivos y de apoyo, que combatirán respectivamente la información distorsionada, la sugestión negativa, los razonamientos pesimistas y la inseguridad de la paciente. Seguramente el médico que actúe de esta forma al evaluar los resultados, comprenderá el porqué de la psicología médica.

SUMMARY

González Menéndez, R. *The uihy of medical psychology?* Rev. Cub. Med. 13: 3, 1974.

Factors which condition the appearance of medical psychology as a Science, as well as its contributions to the formation of an integral physician are evaluated. An evolutive criterium in psychological history, mainly directed toward the "here" and "now" of the patient at a non-psychiatric Service, is exposed.

RESUME

González Menéndez, R. *Le pourquoi de la psychologie médicale.* Rev. Cub. Med. 13: 3, 1974.

On met en relief les facteurs qui conditionnent la psychologie médicale comme une Science, ainsi que ses apports á la formation du médecin. Le critère évolutif de l'histoire psychosociale est orienté surtout vers l'étude d'ici et maintenant du malade dans un service non psychiatrique.

FE3ME

roH3ajie3 MeH6Hjie3 P. S^eM HyicHa MejmmmcKaH nciixojioriw.
Rev. Cub. Ked. 13: 3, 1974.

oneHHBaioTBCH \$aKTopn odycoBHBiune noHBJieHue MejomHHCKoro nenxojio- thh K3K Haymi a
TQK se eé sHa^eHiie b odmewi odpasoBaHUH Bpa^a.CTa BHTCfl Bonpoc 0(5
3BOJHOUIIOHHOM KpHTepHÍ B nCHXOCODJiajIHOH HCTOpHH -
ócumoro .ocoéHHO od oóc^yscmaHrai naHueHTOB He HyHflaionme B non - xojionreecKOñ noMonp

BIBLIOGRAFIA

1. —*Bustamante I.* Psicología Médica, Instituto del Libro, La Habana, 1966.
2. —*Córdova, A.* Conferencia de la Cátedra de Psiquiatría, Universidad de La Habana, 1961.
3. —*Galigarcía, J.* Conferencias de la Cátedra de Psiquiatría, Universidad de La Habana, 1961.
4. —*González, R.* Algo sobre psicoterapia para el médico integral. Revista del Hospital psiquiátrico de La Habana, vol. XII, 2, Mayo-Agosto de 1971.
5. —*González, R.* Algunos aspectos de las relaciones humanas del médico. Revista del Hospital psiquiátrico de La Habana, vol. XII, No. 1, Enero-Abril, 1971.
6. —*Meninger, K y D.* A manual for psycliia- tric case study. Irine and Stratton, New York, 1962.
7. —*Pedro Pons, A.* Tratado de patología y clínica médicas. Editorial Salvat, Barcelona, 1969.