

El médico general como psicoterapeuta

Dr. JOSÉ ANGEL BUSTAMANTE

Director del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana.

Es opinión generalmente aceptada que los enfermos que asisten al consultorio del médico general son un elevado porcentaje (algunos lo señalan en el 60%), enfermos que aquejan algún trastorno emocional.

Por tal razón es vieja opinión común que el médico general debe ejercer en alguna medida la psicoterapia.

Por otra parte, la escasez de psicoterapeutas no ofrece el número suficiente de personas entrenadas en esta especialidad para atender el elevado número de trastornos neuróticos, realidad concreta en todas las latitudes. Es esto un hecho que asimismo tendría vigencia aun cuando se dispusiese de un gran número de psicoterapeutas de grupo, tipo de terapia que la urgente demanda de atención reclama y que en el futuro adaptándose a las necesidades sociales será una realidad que por lo menos permita una más amplia utilización de dicho proceder.

Por todo ello el médico general debe fungir como psicoterapeuta en un elevado número de casos, en la hora actual y tal vez por un tiempo impredecible, tomando control de aquellos que

ofrezcan una trama menos compleja y remitiéndolo al especialista los que por su más complicada malla neurótica demanden una atención especializada.

El hecho frecuente de que la mayoría de los casos del elevado porcentaje de neuróticos entre aquellos que van al consultorio del médico general son portadores de cuadros neuróticos reactivos o de estructura más simple, facilita esta tarea. El médico general se encuentra en magnífica

posición para dar cumplimiento a dicha tarea por su instalación en muchas ocasiones en el medio familiar, mucho más ligado al mismo que el especialista, lo que mucho significa para la adecuada relación médico-paciente.

La medicina y su rama más joven, la psiquiatría, ha atravesado una larga historia que va del manejo de sus artes por magos y sacerdotes, pasando por los filósofos hasta llegar al médico.

En el caso de la psicología Médica el proceso ha sido más lento y penoso, atravesando de magos y sacerdotes, a reyes y charlatanes, hasta alcanzar en Mesmer la primera expresión de cercanía a

() Trabajo presentado en el V. Congreso Internacional de Psicoterapia, Sesión Plenaria. 1 de Agosto de 1961. Viena.

la verdadera raíz del fenómeno, pero todo ello bajo la falsa tesis del magnetismo animal.

La concepción de Charcot de fascinación, supera en algo al aporte Mesmeriano, pero no llega al fondo de la cuestión y puede decirse, que es Berleian, con su concepto de la sugestión el que por vez primera penetra en las características de las relaciones interpersonales.

A este primer enfoque, que ya va ofreciendo elementos provenientes de la verdad total, sigue la genial aportación de Freud, su concepto sobre la Transferencia, que si bien es cierto que necesita ser superada en cuanto a su criterio básicamente erótico e iterativo, no lo es menos que es la primera vez que se plantea en términos psicológicos de profundidad la dinámica de tales relaciones. Es pues esta la genial aportación de Freud, la cual instala la dinámica de la curación en el centro de tal relación.

Posteriormente los aportes de Horney, Stack Sullivan y otros, así como las críticas de los psicoanalistas culturales, sobre todo al excesivo biologismo y evolucionismo mecánico de Freud en cuanto al concepto de iteración o necesidad de repetición, abre el cauce de tan interesante fenómeno psicológico y permite tomarlo desde muy variados ángulos con lo cual gana su interpretación dinámica, su utilización terapéutica, y el posible manejo por un mayor grupo humano.

Es esto así, pues el hecho de que sea esta relación lo fundamental, nos permite elevarnos un poco sobre las tediosas polémicas de Escuelas sabiendo que es más importante el correcto enfoque de esta relación médico-paciente, así como la personalidad de ambos y su fondo social y cultural, que algún detalle de Ja interpretación formalista.

La práctica se ha encargado de reafirmar este criterio y así en estudios comparativos realizados con los resultados de distintas técnicas psicoterapéuticas, la semejanza de estos ha sido sorprendente con lo cual se ha venido a confirmar que es indudable que la importancia de la relación-médico-paciente y su útil manejo es mayor que el enfoque de Escuela.

No creemos necesario insistir sobre la posterior evolución de estos conceptos. Las aportaciones de Alexander en el campo de psicoanálisis, la de otros muchos en igual campo, las ya señaladas y fundamentales de Horney, Stack Sullivan, las de la Escuela Cultural y las de Moreno con su criterio sobre la Tele y el Begehung, esto es, la polifacética interrelación de sujetos en contacto terapéutico, así como su carácter ambivalente, todo lo cual ha conducido al criterio hoy indiscutible de su real valor y trascendencia.

Es bueno señalar que la humanidad ha venido haciendo uso de modo intuitivo de tal relación como todos sabemos a lo largo de la reseñada actuación de magos, sacerdotes, reyes y charlatanes hasta encontrar su verdadera ruta científica.

Ya en nuestra época, durante un largo período, el médico de familia producto de un cierto desarrollo de la organización socioeconómica y de la evolución técnica de la medicina, puede reunir en torno a su ejercicio la total suma de interrelaciones personales con una determinada familia, su ejercicio era en términos generales desarrollado en una suma de familias. En el seno de cada una de ellas tomaba control, de todas las necesarias atenciones médicas sea cual fuere el tipo de afección que sufriera una de los miembros.

La estrecha relación con el grupo familiar le permitía conocer de modo directo el desarrollo y maduración de los miembros jóvenes de la misma, desde el nacimiento pasando por la adolescencia, adultez, matrimonio y desarrollo de actividades sociales. Conocedor de los problemas serios que a dicho grupo familiar aqueja, de su situación económica, dificultades sociales, problemas emocionales entre los miembros o parientes, toma por ello parte activa en la decisión de muchos de los problemas que se presentan en su seno. Aconsejando un tipo de actividad al hijo menor, la realización de una actividad económica al padre, el matrimonio de tal tipo a la hermana segunda. Por todo ello la relación médico-paciente que en este caso era a lo individual o sea médico-paciente y a lo colectivo médico-familia, lo cual, lo ponía en contacto y disposición de atenderlas y de algún modo manejar la reacción emocional que el tipo de personalidad del sujeto afecto presentase ante el proceso morboso. De igual modo si un cuadro neurótico hacía su aparición, las relaciones médico-pacientíe se encontraban reforzados de antemano y conducía a mejor nivel el manejo de las mismas por su parte. Así como el conocimiento del tipo psicológico y características fundamentales de la personalidad en juego.

El desarrollo de la técnica va produciendo una mayor complejidad en los métodos de investigación. El propio desarrollo de la medicina va desglosando en su proceso, expansivo los sectores ó especialidades que alcanzan nivel y extensión tal, que sólo permite al que a ella se dedique su exclusiva atención surgiendo de ahí el especialista.

Este especialista va cada vez penetrando más profundamente en el campo que s» especialidad comprende; se va techni-

fiando cada vez más, pero sin lugar a dudas va perdiendo extensión al tener que abandonar esa posición señalada en el médico de familia, entrando en contacto con el enfermo de modo indirecto por medio de otro compañero, atendiendo de manera limitada la afección que deba serlo por su limitada técnica o especialidad.

No llega a instalarse en relación con el paciente en el grado de relación psicológica que mejor permita tomar en consideración sus reacciones psíquicas, reacciones que por otra parte no COUOCP dado lo imposible que le resulta penetrar en el estudio de estos factores tan aparentemente separados de la materia de su especialidad.

Es un poco bárbaro a pesar de su técnica la cual es deshumanizada y fría, por lo que sin comprender por qué, siente los obstáculos que a tal proceder se oponen dificultando y prolongando a veces su tarea curativa.

El único especialista que como es lógico suponer queda fuera de este cuadro es el psiquiatra, ya que es el único que dada la índole de su materia penetra de modo total en la valuación de la relación médico-paciente.

El estudio en profundidad de tales relaciones por el psiquiatra como consecuencia del desarrollo histórico de la técnica psicológica permite que se superen las viejas concepciones y a la intuitiva aceptación de los valores que en la misma se desenvuelven, la sustituye una manera científica de enfocar el problema y una interpretación adecuada de las fuerzas en juego, así como de las modalidades que ofrece.

Pasa a ser el manejo de las relaciones médico-pacientes un tema de enfoque científico que necesita ser atendido y que ofrece técnica apropiada y objetivos claros.

Como podemos ver el desarrollo de la medicina va ofreciendo sus etapas y modalidades y así es fácil comprender cómo la propia diferenciación de las especialidades que nos crea la situación un tanto deshumanizada que acabamos de reseñar, es también la que favorece por las razones apuntadas, el pleno dominio y control de las relaciones médico-paciente por el psiquiatra las cuales pueden ahora recogerse por el médico general sin dudas muy alejado de tales responsabilidades y por lo tanto incapacitado para realizar las tareas que tal situación pusiera en claro.

Por otra parte, tanto por poseerse en el momento actual el conocimiento científico y la técnica que permite la actividad curativa por medio de la psicoterapia como por la situación que la realidad ofrece de gran número de trastornos nerviosos de tipo medio que solo pueden ser atendidos por el médico general en la hora actual, se produce en todas las latitudes un movimiento que propenden a instalar al médico general en pleno ejercicio de sus responsabilidades atendiendo tanto los problemas clínicos, como los psicológicos.

El Congreso de Educación Médica auspiciado por la Asociación Médica Mundial dedicó todas sus sesiones al logro de un esfuerzo educacional que produzca un médico general capaz de atender sus actuales responsabilidades. Este será aquel que a su capacidad clínica añada una adecuada concepción sobre la relación médico-paciente, así como también sobre sus

posibilidades curativas, esto es, una valoración adecuada de su personalidad como medicación tal vez la de más alto valor de cuantas usa.

De ahí la importancia de que el médico conozca la Psicología no ya para el uso y manejo de la psicoterapia, sino para la adecuada atención de las afecciones clínicas y quirúrgicas de su paciente.

El médico se empeña en su diario ejercicio por curar al hombre, ser racional, por tal motivo el médico con mayor razón que otros profesionales, necesita penetrar en el estudio de la psicología y en especial de la Psicología Médica para así ser más útil en su empeño curativo.

De tal modo la Psicología Médica, aplicación de los principios y conocimientos que la Psicología aporta a la Medicina, lo sitúa en las condiciones necesarias para entender como ser humano a su paciente y no como una suma de órganos.

El hombre es, ante todo, un ser racional. El médico que no posea los conocimientos psicológicos básicos para aplicarlos en sus relaciones con sus enfermos, no puede penetrar adecuadamente en la relación interpersonal que su simple contacto establece, perdiendo por tal razón la oportunidad de conocer múltiples facetas del proceso que su enfermo sufre, así como las vías que para su propio actuar terapéutico le ofrece la relación médico-paciente.

Nos referimos al médico en relación con su enfermo clínico o quirúrgico, esto es, con el enfermo que presenta una colecistitis calculosa o que es víctima de un ataque coronario.

La serie de situaciones emocionales que dichos procesos despiertan si no son tomados en consideración o desconocí-

dos por el médico, no pueden ser manejados con la habilidad necesaria, resultando la mayoría de las veces en perjuicio del paciente.

El grupo de médicos a que nos referimos con anterioridad han aplicado de modo intuitivo los grandes principios psicológicos, razón por la que se les ha considerado tiempo atrás como portadores de “un algo” que sus pacientes no sabrían definir, pero que de todos modos sentían, achacándolo a la experiencia y al tacto en sus relaciones.

Ello es producto de una personalidad bien integrada, hecho que le otorga el equilibrio emocional necesario, así como la elasticidad suficiente para poder establecer relaciones interpersonales que permitan un adecuado actuar y reaccionar dentro de ciertos límites capaces de mantener el equilibrio, pero con la elasticidad necesaria a dinámica imprescindible ante la permanentemente cambiante realidad.

Como puede verse en la relación médico-paciente, dos personalidades o sujetos entran en contacto o relación mutua. Quiere esto decir que cada uno es objeto del otro y cada uno es sujeto del otro a la vez. Se es pues sujeto y objeto a la vez en una relación de dos sujetos. Su personalidad, quiere esto decir, el producto de la maduración y adaptación de un sujeto no es otra cosa que el resultado de sus potenciales hereditarios o genéticos otorgados por los cromosomas o genes que a lo largo de ese impulso o inercia biológica hacia el desarrollo específico de la especie son modelados por el medio ambiente. Esta maduración se produce en cuanto a las capacidades o aptitudes y en cuanto a las formas primarias de reacción la cual nos ofrece, a través de la adaptación realizada por la percepción y el aprendizaje, el carácter o forma fenotípica y

todo el conjunto final de dicha adaptación y maduración: la personalidad.

Por todos es aceptado que la personalidad, es un complejo resultado de las tendencias genéticas y la variada historia personal de cada uno, por lo tanto, al encontrarse dos sujetos y establecer una relación interpersonal, se unen dos sumas específicas de los factores antes señalados y de ello surge una muy dinámica y multifacética relación.

Insistiendo sobre el médico antiguo capaz de aplicar su personalidad al tratamiento, así como los principios psicológicos, pero de modo intuitivo, podemos decir que ello ha sido útil pero no suficiente, ya que de ese modo sólo logra tal capacidad un reducido número que por ofrecer tales características de modo señalado, resultan en la práctica capaces de aplicar lo que no conocen ni dominan de modo racional, sino que surge como consecuencia de muy señaladas condiciones.

Por tal razón debe favorecerse el desarrollo disciplinado de la capacitación necesaria para que de ese modo sea utilizado el conocimiento científicamente estructurado y la técnica para la cual debe dotarse al médico de las bases fundamentales de su aplicación.

Es esto la aplicación de los modernos conceptos que la psicología y psiquiatría actuales nos brindan en la relación del médico con sus pacientes. El reconocimiento de las facetas psicológicas en las interrelaciones humanas y el papel que estos factores juegan tanto en la relación médico-paciente como en la variada gama de matices que en cada individuo imprimen ante un determinado cuadro nosológico. La reacción de la personalidad del sujeto ante la entidad

que le aqueja tanto clínica como quirúrgica.

Es la incorporación de los conceptos que la actual psiquiatría dinámica ha aportado y por la cual sabemos que el Yo frente al medio tanto físico como cultural pone en juego una serie de mecanismos psicológicos para superar los conflictos que la adaptación ofrece. Así como también las formaciones reactivas que van a brindar las características propias de la evolución personal de cada sujeto y que por otra parte habrán de ser las que rijan las modalidades de su reacción ante el ataque de una determinada afección en un momento dado.

Todo ello ha conducido a una también nueva concepción, la de la Medicina Psicósomática, que no es tan sólo el estudio de un grupo de afecciones que con indiscutible sintomatología somática como la úlcera gástrica, la colitis, la hipertensión arterial, tienen como origen una alteración funcional del sistema nervioso, como consecuencia de grandes tensiones emocionales, sino sobre el comprender que tanto el soma como la psiquis son dos aspectos de un mismo fenómeno.

Pero comprendido esto, sin que la denominación psicósomática guarde ni la más ínfima expresión del viejo concepto dual, para que de ese modo quede instalada sobre la base de que el fenómeno fisiológico y psicológico son tan sólo expresiones idénticas de un mismo fenómeno que ocurre en dos niveles distintos de integración, los cuales se encuentran de tal modo interrelacionados que el pase de uno a otro y viceversa es posible por lo que toda alteración o manifestación patológica somática puede alcanzar el nivel psicológico y expresarse en tensión y angustia y toda alteración psicológica puede producir su consecuente manifestación

somática: úlcera, colitis, etc.

Por tales razones no sólo es útil y conveniente que el médico general pueda dominar tan importante aspecto de la terapéutica al manejar la psicoterapia, sino que la manera de concebir en la hora actual los fenómenos fisiológicos y psicológicos, la interrelación entre los niveles somáticos y psíquicos, así como de igual modo las manifestaciones patológicas en ambas no permite que las cosas ocurran en otra forma. Quiere esto decir que no podría concebirse a un médico que en su ejercicio produzca un desglosamiento de ambos aspectos, desglosamiento que en la hora actual resulta contraproducente y artificial.

Por todo ello el médico general tiene que ser un psicoterapeuta que, si bien no tiene por qué alcanzar los niveles del especialista en este sector, como no los alcanza en otros, puede igual que actúa en los cuadros somáticos, clínicos y quirúrgicos, actuar en las alteraciones emocionales que ofrecen sus pacientes pues difícil resulta establecer tal separación y por ello puede él malamente intentar tan absurdo desglosamiento.

Las experiencias de múltiples Escuelas han puesto de manifiesto desde hace ya algún tiempo que la palabra es un instrumento de gran utilidad en las tareas orientadas a actuar sobre algunos trastornos.

La significación compleja, generalizadora e ideaciones de la palabra dice Platonov³⁾ es precisamente lo que la diferencia cualitativamente no sólo como estímulo condicionado específico del segundo sistema de señales, sino también como unidad estructural fundamental del lenguaje. En esto reside la fuerza de la palabra como estímulo condicionado

real, que actúa sobre los procesos de la actividad nerviosa superior del hombre.

A su vez la corteza cerebral tiene bajo su control todo el medio interno y como debido a las conexiones temporales la corteza dirige las interrelaciones del medio externo e interno, es lógico suponer que la acción de la palabra se extiende tanto al medio interno como a las interrelaciones corticales de ambos medios.

Según Ivanov Smolensky ⁽²⁾, es la palabra estímulo complejo del segundo sistema de señales, y es capaz de ejercer sobre la corteza cerebral una acción tan poderosa como específica.

El papel de la psicoterapia en la actividad terapéutica del médico es importante y de hecho es la intervención del mismo en la dinámica córtico-subcortical del enfermo.

La corteza cerebral que establece conexiones temporales tanto con el medio exterior como con el medio interno, es como un gran sistema dinámico que establece conexiones reflejo condicionadas con todos los sistemas, órganos y tejidos del organismo, por lo que la palabra que encuentra en dicha corteza sus conexiones específicas repercute dada las relaciones señaladas en los más diversos procesos fisiológicos y bioquímicos. No debe, por todo ello, utilizarla de modo indiferente el médico, debe por el contrario adquirir su dominio técnico, para no solo saber y poder actuar tanto en los propios procesos clínicos y quirúrgicos en cuanto a su reacción psicológica se refiere como también en las alteraciones o rasgos neuróticos, y lo que es más importante, a veces para no hacer daño.

Ahora bien, todas las Escuelas entre días psicoanalíticas y reflexológicas, es

tán de acuerdo que el factor emocional que la relación médico-paciente desarrolla, es de vital importancia en el empleo de la psicoterapia.

Quiere esto decir que la palabra tiene valor, pero que no hay duda que el tono emocional que la envuelve le da matiz e influye en su acción.

Los centros subcorticales relacionados con los estados emocionales lanzan impulsos a la corteza manteniendo de este modo su tono. De igual modo la directa acción de la palabra sobre la corteza a su vez se refleja sobre la subcorteza y su correspondiente estado emotivo.

En resumen, es de valor inestimable, repetimos, la relación de personalidades y estados emocionales que aportan ambos sujetos a dicha interrelación y es de tan marcado valor la del médico como puede ser y lo es la del paciente.

Por ello, Chermoruski ⁽³⁾ ha dicho: “lo quiera el médico o no, la psicoterapia es inseparable de él, y del médico depende de qué clase será esta psicoterapia.”

Sin que puedan establecerse normas rígidas en un proceso que implica múltiples facetas como son las aportadas por las personalidades en contacto en la relación médico-paciente, es bueno no obstante tomar lo que Szagz y Hollender⁽⁴⁾ nos ofrecen como modelos fundamentales, de dicha relación. Son éstos: 1) la activa-pasiva, 2) guía-cooperación, y 3) participación mutua.

En la primera el médico actúa de modo activo y el paciente es pasivo y es propia de las situaciones de emergencia. En ella el paciente se encuentra en absoluta indefensión y por lo tanto poco puede hacer, debiendo el médico asu

mir la total iniciativa para sacarlo de la situación crítica en que se halla. Equivale a la actitud de un padre frente a un hijo pequeño e indefenso.

La segunda corresponde a situaciones agudas, pero en las que el paciente se encuentra imposibilitado de realizar una plena actividad, más no tanto como para no seguir las indicaciones que se le den.

La tercera es la que corresponde a enfermos crónicos y en las que el paciente se encuentra en condiciones de realizar las actividades necesarias a su propia ayuda. Por tanto, en ella el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo.

De todos modos, es útil insistir que la polifacética característica de la relación médico-paciente, por las razones ya señaladas, nos obliga a considerar más bien que cada contacto con un determinado paciente es una específica relación y que cada una de ellas es única, la resultante de esa determinada unión o contacto con ese determinado enfermo.

De todos modos, sí se pueden señalar de modo genérico dos modalidades que concommitan en la relación. Esto es, que la enfermedad es una cosa para el médico y otra para el paciente. El médico ve la enfermedad de modo científico y objetivo, el paciente de modo emocional y subjetivo.

La superación de esta relativa contradicción es fundamental para el adecuado manejo y utilización beneficiosa de la relación.

Cuando el médico es capaz de comprender el punto de vista del enfermo y acercarse a él, sin por ello dejar el suyo propio, y cuando el enfermo siente que el médico le comprende y ve con

agrado el desarrollo del punto de vista del médico, sin duda la mejor garantía de su curación las bases para una relación constructiva se han elaborado.

Es bueno que recordemos que el enfermo vive en síntomas y sufrimientos y se acerca al médico para que éste les dé fin a los dos. Este es su principal objetivo al crear la relación médico-paciente aun cuando es natural acepta y comprende la necesidad del médico.

Claro está que aún en este terreno hay grados y en ocasiones es tal el dolor o la ansiedad, que el paciente solo desea que lo aliviemos o le quitemos el dolor o la ansiedad, en otros, al no ser tan aguda la expresión sintomática y ser el dolor o la ansiedad menos intensa, entonces puede desear lo curemos y aún esperar que tal proceso tenga lugar.

Ahora bien, aun cuando todo esto es cierto y aun cuando el médico no puede abandonar su criterio básico que es encontrar las causas del proceso, establecer un correcto diagnóstico y poner en práctica la consecuente terapéutica, no debe olvidar que el enfermo que a él ha acudido para ser curado o aliviado, establece sin su propia participación de ese momento lo que el médico diga y como, lo diga ha de ser ya terapéutico o en caso opuesto y lamentable causa de empeoramiento.

No sólo la palabra, sino la actitud, el gesto, la manera de desarrollar la conversación, todo interviene en la estructuración de la relación.

La manera de decir una cosa, el silencio, la expresión manifiesta de seguridad y, sobre todo, la impresión dada al enfermo de comprensión, absoluto secreto de cuanto nos exponga y la caren-

cía de una valoración moral rígida son factores que influyen en el establecimiento de una relación positiva.

Pero todo ello tiene que elevarse sobre la base de una real comprensión pues sólo puede ser útil quien algún interés encuentra en la reseña del enfermo preñada a veces de situaciones absurdas y de hostilidad dirigidas hacia quien como el médico sólo se acerca al mismo, para ayudarlo. Sólo quién a pesar de las características señaladas, algún interés encuentra, en ello, es el que puede mantener la relación sin transformarse él mismo en centro perturbador por la reacción emocional que desplaza, reacción emocional creada por el displacer que la relación desagradable le crea.

En múltiples ocasiones el médico general que siente verdadera aversión por lo absurdo de la reacción emotiva, que le hiere y frustra al observar que no puede manejar un enfermo que le resulta enigmático, llega a resultarle tal enfermo un sujeto odioso y pesado. Ante esta relación no podrá dejar de ser víctima de su reacción emocional, y lógicamente arremeterá contra el mismo originando una relación caótica que mucho podrá parecerse a una pelea entre dos sujetos, pero nunca una relación médico-paciente y mucho menos capaz de realizar obra alguna de tipo psicoterapéutico.

En oportunidades el médico luce más neurótico que el propio enfermo y es que a veces lo es, aun cuando sus compensaciones no lo hayan dejado poner de manifiesto cosa que el desequilibrio producido al contactar al enfermo lo desencadena.

Dos motivos pueden conducir a esta lamentable situación caótica que en psicoterapia no sólo no hacen bien, sino que daña, pues no le permite actuar de modo adecuado y capaz de ayudar y por

otra parte rompe ó disminuye el prestigio de la relación cuyo daño aún no se desplaza en otro médico si es abandonado el primero. Múltiples elementos puede manejar el médico, pero es bueno señalar que como es lógico los procedimientos especializados quedan para el especialista, pero pudiendo el médico general] usar la sugestión, la persuasión, la psicoterapia racional, incluso la hipótesis y sobre todo aprender el manejo de la relación médico-paciente.

Demás está decir que la simple presencia del médico, el reconocimiento físico, los resultados de los exámenes complementarios, la comunicación al paciente de datos acerca de la enfermedad que lo aqueja, son etapas del desarrollo clínico que ofrecen el terreno propicio para el desarrollo de una concomitante acción psicoterapéutica.

La forma de hacer indicaciones, la aclaración sobre el pronóstico, la comunicación que un acto quirúrgico es necesario, la reacción frente a la actitud del paciente ante alguna etapa del tratamiento, ante el hecho quirúrgico mismo. Las indicaciones del post operatorio. Esto es, en todas y cada una de las etapas del interrogatorio, examen, diagnóstico, indicaciones bien sean medicamentosas o higiénicas, las prohibiciones, el establecimiento de dietas, en fin, en todo el proceso del tratamiento, la relación médico-paciente ha de ofrecer múltiples oportunidades para su manejo y la útil acción psicoterapéutica. ⁽¹⁾ Como es lógico suponer muy complejas y variadas son las situaciones que se presentan y demandan una reacción espontánea e instantánea por lo cual sólo garantizando un mínimo de condiciones en la personalidad que ha de ejercerla y asimismo un mínimo de conocimientos que

facilitan su adecuada utilización, es que la acción psicoterapéutica puede ser útil.

Por todo ello consideramos que partiendo de la tesis que el médico general debe ser psicoterapeuta, apoyando dicha tesis en razones sociales de difícil logro de un número suficiente de psicoterapeutas, razones médicas de la brillante posición del médico general frente a gran número de enfermos, tanto en zona urbana, pero con mayor razón en zona rural, y razones económicas de más fácil preparación, por todo ello tenemos que revisar la actual situación del médico general y sus condiciones para que pueda realizar a cabalidad la nueva responsabilidad que la hora actual le depara.

Bien aclarado que nos referimos al tipo de psicoterapia necesaria a toda afección clínica o quirúrgica y aún neurótica de malla menos compleja, quedando la serie de alteraciones y casos más complejos como en toda rama médica para el especialista. Aun así, el médico general en la mayor parte de los países y en su mayor número no se encuentra capacitado para asumir esta responsabilidad.

Quiere esto decir que después de referirnos en varias ocasiones a lo largo de este trabajo a la urgente necesidad de que el médico general asuma esta responsabilidad, no de modo accidental como hasta ahora, sino de modo organizado y capaz, al final vamos a concluir que ello es imposible?

No, de ninguna manera, todo lo contrario, pero es necesario que nos situemos adecuadamente frente al problema y no dejemos escritos unos cuantos lugares comunes recomendando de modo vago algo que mucho deseamos, pero que no puede realizarse.

Tenemos que partir de estas dos realidades: es necesario que el médico general sea psicoterapeuta en la forma que venimos diciendo y no se encuentra el médico general en términos generales capacitado para ello.

¿Qué hacer para superar esta contradicción?

En primer lugar, es bueno que recordemos que el médico recibe en una enorme cantidad de Facultades de Medicina de muy distintos países una educación psicológicamente insuficiente. Gran número de Facultades no tienen en su curriculum la Psicología Médica, es más las tienen algunas casi como excepción. La Psiquiatría, en muchas de ellas, es muy reducida aún en la hora actual. Y como es natural en muy pocas se hace énfasis tanto en el valor de la entrevista y de su técnica como de la actividad psicoterapeuta en los procesos clínicos y quirúrgicos.

Por otra parte, el estudiante que entre en las Facultades actuales se orienta por su marcada vocación bioquímica, quirúrgica o definidamente clínica, pero como es natural muy poco psicológica ni siquiera tomando en consideración de que su futuro ejercicio habrá de ser un continuado y permanente contacto con seres humanos en actitud de solicitar ayuda para sus males.

La personalidad del estudiante de medicina del futuro médico, como es sabido salvo rarísimas excepciones no es motivo de selección. Por todo ello un gran número de personalidades no apropiadas algunas con muchos rasgos neuróticos y en conjunto un gran alumnado que no recibe apenas los conocimientos básicos para tan compleja función, nos crea un grupo humano incapaz en su mayoría para tales tareas.

La solución es pues para nosotros plantearnos como necesidad y conve-

nencia que el médico general actué como psicoterapeuta en lo que hemos considerado su campo de acción, pero que para ello es imprescindible que se verifique la necesaria reforma en las Facultades de Medicina. Desde la selección inicial del estudiante, inclusión de la Psicología Médica, en el curriculum, desarrollo más amplio de los conceptos psiquiátricos y como es natural del manejo práctico de la entrevista y del uso de la relación médico-paciente.

Cuando todo ello se haya logrado es que podremos decir que se han dado los primeros pasos firmes en pro de su consecución.

En nuestro país la Reforma Universitaria que acaba de producirse como reflejo de nuestra Revolución, ha realizado algunas de las tareas que señalamos y en breve plazo esperamos tengan lugar las complementarias que nos abrirá las vías a tan loable propósito.

Dejemos ante este Congreso la sugerencia de que se recomiende el propiciar que el médico general haga la psicoterapia que su ejercicio demanda en beneficio de la sociedad en que ejerce y que se tomen las medidas necesarias para que el médico general que produzcan nuestras Facultades de Medicina esté adecuadamente preparado para poder realizarla.

S U M A R I O

Se plantea la necesidad de que el médico general asuma la responsabilidad de hacer psicoterapia a toda una serie de enfermos que tiene que manejar y que sufren de trastornos neuróticos de carácter ligero.

Destaca la escasez de psicoterapeutas y de igual modo señala que aun utilizando la psicoterapia de grupos en la que

se puede atender mayor número de pacientes, de todos modos, la participación del médico general resulta obligada.

Considera que el médico general se encuentra en una magnífica posición en el medio familiar lo cual le favorece para una adecuada relación médico-paciente.

El antiguo médico familiar ejercía esta función psicoterapéutica por conocer a todos los miembros de la familia, así como todos y cada uno de sus problemas. Este médico ejercía un tanto instintivamente la psicoterapia de igual modo el clínico de fama y de éxito al cual se le asignaba una cualidad especial a la que se denominaba "ojo clínico"; no era otra cosa que un psicoterapeuta instintivo ya que entonces (y más ahora) un alto porcentaje de enfermos demandaban su atención.

El desarrollo técnico de la medicina crea las especialidades y con ello surge el especialista que cada vez profundiza más en el ángulo de su sector, pero que paralelamente abandona la posición antes señalada separándose tanto psicológicamente de su paciente que apenas puede utilizar de modo adecuado dicha relación.

El desarrollo de la psiquiatría y la psicología ha ofrecido un mejor conocimiento de la relación médico-paciente y ha brindado los elementos técnicos necesarios para un buen manejo de esa relación.

Es necesario mantener la división que del desarrollo de la medicina surge y en modo alguno se pretende desconocerla, pero para evitar la deshumanización del trato con el paciente, de la relación médico-paciente, es imprescindible que el médico conozca psicología no sólo para la psicoterapia, sino para la adecuada atención de las afecciones clínicas y quirúrgicas de su paciente.

Señala la importancia de la relación médico-paciente, esto es, la unión o contacto de dos personalidades de lo cual surge una muy dinámica y multifacética relación.

Destaca el papel de la palabra y su fuerza como estímulo de múltiples reflejos condicionados.

Señala los tipos de relación médico-paciente:

- 1) Activo-pasivo.
- 2) Guía-cooperación.
- 3) Participación mutua.

Destaca que una palabra del médico, su silencio, el modo de realizar una exploración, la indicación de análisis complementarios, la formulación de la dieta, la indicación de un acto quirúrgico, el post operatorio ofrecen al médico la oportunidad de realizar la psicoterapia,

Claro está que en sus casos clínicos y quirúrgicos y en las neurosis menos complejas, pasando al psiquiatra las neurosis más complejas.

Más tarde se señala que si bien es necesario que los médicos generales hagan psicoterapia, hay que reconocer que los médicos que actualmente salen de la mayor parte de las Escuelas de Medicina no están capacitados para tal tarea.

Esta contradicción se resuelve planteando que en las Escuelas de Medicina se incluya en su curriculum la Psicología Médica, se ofrezcan mayores conocimientos psiquiátricos y sobre todo de modo práctico el dominio de la relación médico-paciente.

Destaca que la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana ya ha realizado las primeras gestiones en tal sentido y se espera que en breve plazo ofrezca sus frutos y complete la obra.

Sugiere al Congreso que se recomiende que el médico general haga Psicoterapia y que se realicen las modificaciones en las Escuelas de

Medicina para que el médico general adquiriendo las enseñanzas que lo capaciten pueda ejercerla.

S U M M A R Y

The necessity for the general practitioner to assume the responsibility of carrying out psychotherapy treatments, on a number of patients under his care suffering from slight neurotic disturbances, is established.

The scarcity of psychotherapists is pointed out, and it is also indicated that though psychotherapy treatments could be carried out by arranging groups, where a higher number of patients could receive attention, in any case the participation of the general practitioner would be compulsory.

It is taken into account that the general practitioner holds a splendid position in the family medium which helps him build up an adequate physician-patient relation.

The old family doctor practiced this psychotherapeutical function through his knowledge of all the members of the family as well as each and every one of their problems. This physician carried out psychotherapy treatments somewhat by instinct, just as the famous and successful general practitioner to whom a special qualification so-called "clinical eye" was attributed to; he was nothing else but a psychotherapist by instinct, since at that time (and more so at the present time) a high percentage of patients demanded his services.

The technical development of medicine creates specializations and from them comes forth the specialist who deepens even more into the phase of his specialty, but who, at the same time, abandons the aforesaid position by psychologically separating from his

patient to such an extent that he can hardly make use of this relation adequately.

The development of psychiatry and psychology has offered a better knowledge in connection with the physician-patient relation and has provided the necessary technical elements for a good handling of that relation.

It makes it necessary to admit the division that appears from the development of medicine, and it is not intended in any way to ignore such a division, but to avoid inhumanity in dealing with the patient and in the physician-patient relation the knowledge of psychology on the part of the physician is essential, not only in regards to the psychotherapeutic treatment but also to render an adequate service in the case of clinical and surgical troubles affecting his patient.

The importance of the physician-patient relation, that is, the union or contact of two personalities from which comes forth a very dynamic and a multi-aspect relation, is indicated.

The role of the word and its strength is pointed out as being a stimulant to a series of conditioned reflexes.

It lists the various types of physician-patient relation:

1. Active-passive
2. Guide-cooperation
3. Mutual participation

It is pointed out that a word on the part of the physician, his silence, the manner in which an exploration is carried out, the recommendation of complementary analyses, the prescription of a diet, the advice for surgical operation, and the post-operative state, offer the physician the opportunity to carry out psychotherapy treatment; provided, of course, that it involves the less complex

neurosis in his clinical and surgical cases, passing on to the psychiatrist the more complex cases of neurosis.

Furthermore, it is indicated that though it becomes necessary for the general practitioner to carry out psychotherapy treatments, it must be realized that the physicians who presently graduate from most of the Medical Schools are not qualified to perform such a task.

This contradiction may be solved by including the subject of Medical Psychology in the curriculum of the Medical Schools, by providing a greater knowledge on Psychiatry, and above all by the mastering of the physician-patient relation through practicing methods.

It is pointed out that the Medical School of the University of Havana has already taken the preliminary steps leading to that end and it is hoped that shortly benefits may be derived and the work will be completed.

It is suggested that the Congress make the corresponding recommendation to the general practitioner so as to practice Psychotherapy and that modifications be made in the Medical Schools in order that the general practitioner may acquire the knowledge which will qualify him to put it into practice.

BIBLIOGRAFIA

- 1— HOLLENDER, M. H.—The Psychology of Medical Practice. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1958.
- 2- IVANOV-SMOLENSKI—Sobre la correlación entre el 1ro. y 2do. sistema de «lización en alguna» condición fisiológica y patológica. Fisiologuchi V-5 URSS- 1919.
- PLATONOV, K.—La palabra como factor fisiológico y terapéutico. Edición en lengua extranjera. Moscú. 1958.
- ! SZAI, F. E., HOLLENDER, M. H.—A contribution to the Philosophy of Medicine. The basis and of the Doctor-Patient relationship. A. M. A. Archives of Interest Medicine 97-585 New York 1956.
- r, STACK, SILKIVAN, H.—The Interpersonal Theory of Psychiatry. W. W. Norton Co. New York. 1953.