

FORMACIÓN CONTINUADA

Lo psicosomático en atención primaria

L.M. de Luis Arribas^a y F.J. Martínez Fernández^b

^aServicio de Urgencias. Centro de Salud José Aguado de León. ^bCentro de Salud de Medina del Campo.

Palabras clave: Atención primaria; Conceptos; Problemas psicosomáticos.

Introducción

Es probable que aproximarse al término psicosomático requiera un interés específico que no todos los profesionales de este escalón asistencial (ni de otros niveles) poseen. Más aún, nos parece harto comprensible que, ante un título como éste, se produzca una división o selección entre los apasionados por lo «mental» y aquellos otros que abiertamente ceden este terreno a psicólogos, psiquiatras, sociólogos...

Las razones para que esto sea así han sido analizadas en numerosas ocasiones por expertos de ámbitos médicos tan diversos como historia de la medicina (Laín Entralgo), medicina interna (Marañón), pediatría (Cobo Medina), psicología y psiquiatría, y por supuesto de la propia medicina psicosomática (en nuestro país, sobre todo, Rof Carballo).

Recientemente, la revista de la semFYC, *Dimensión Humana*, ha realizado una digna revisión y puesta al día, si bien nos parece que desde una perspectiva esencialmente divulgativa y sin demasiados argumentos técnicos.

Esta vez, en aras de la concisión y brevedad, sólo recordaremos que la mejor tradición médica ha reclamado para sí el estudio de la interconexión psique-soma, tomando dicha conexión como lo esencial del hecho humano, tanto en la salud como en la enfermedad.

Desde nuestro punto de vista, salvo en las emergencias motivadas por el riesgo vital inminente, con cesación de las funciones intelectuales superiores (principalmente el lenguaje) no podemos sustraernos de la unidad psicosomática, ni dejar de apreciar los mecanismos de su dinámica. O tal vez sí podemos (como después se intentará explicar) a costa de perder

lo más íntimo y con frecuencia lo más elemental de la queja, de la demanda de quien acude hasta nosotros en busca de ayuda, se le denomine como se quiera: usuario, cliente o paciente, y se le clasifique con mayor o menor rigor en virtud de una aproximación más o menos objetiva con el apoyo de nosologías variadísimas, que no siempre están basadas en el conocimiento científico que la medicina moderna pretende guiar todas nuestras actuaciones.

¿Enfoque científico o filosófico?

Criticar lo psicosomático, o simplemente debatir al respecto, supone cierta dosis de aceptación previa, lo cual es un buen punto de partida frente al desconocimiento o la negación sistemática.

La experiencia nos dice que lo más enjundioso del problema suele ser este dilema («ciencia o filosofía?») que tiene mucho de seudodialéctico, puesto que en uno u otro momento, casi todo el mundo reconoce que un sector significativo de nuestro quehacer está impregnado de un ¡qué se yo! ¡no sé qué!... le pasa a este o aquel paciente, y que acaba en algún cajón de sastre habitualmente denominado «lo funcional»...; todo ello sin dejar de considerar la pasmosa y acientífica paradoja de espantarle al paciente «usted no tiene nada», tras largas y costosas averiguaciones en busca del origen orgánico («mecánico?») de la demanda del paciente abordado...

Según nuestro criterio, a la hora de conceptualizar, es decisivo tener en cuenta que en la psicosomática:

– Se puede, se debe y de hecho se aplica el método científico sin obsesividad, es decir, sin la esperanza infantil del saber absoluto para el médico ni del apagamiento mágico de la queja –del paciente– por el hecho de haber utilizado todos los recursos es-

tadísticamente adecuados para la población de referencia.

– Se ha avanzado desde lo creencial –la fe de cada cual– hasta lo técnico, en aquellos capítulos más vinculados al componente psicológico. Así, hoy día es perfectamente común y cotidiano aplicar técnicas y tácticas derivadas del psicoanálisis, la psicoterapia y también, según los casos, del conductismo y las demás corrientes psicológicas orientadas a la práctica.

– La actitud psicosomática es altamente compatible con la técnica, teniendo en cuenta que es fundamental no endiosar dicha técnica o tecnología, ni prescindir de ella en virtud de lo mágico-intuitivo que tanto puede acecharnos en los enmarañados bosques de lo ilusorio.

– No por filosófico, si lo fuere, estaría invalidado este enfoque. Si bien no nos parece exigible la adscripción a un modelo o escuela concretos, debemos reconocer la asimilación que se hace de la psicosomática al denominado «humanismo médico», quizás debido más a la admiración a los maestros (Marañón, Rof, Von Weizsäcker...) que a la concreción del modelo en un conjunto de normas, mandamientos o reglas.

En los últimos tiempos se intenta asociar esta fructífera tradición al complicado mundo de la bioética. Nada objetaremos. Al contrario, nos felicitamos por la continuidad de la psicosomática, aunque sea en tan resbaladizo terreno de juego.

Aún cabe considerar algo más que puede no ser ni científico ni filosófico: a menudo, los avances y retrocesos en medicina son proporcionales a la esperanza del poder curativo que se deposita en esto o aquello. Soslayando lo que hoy nos ocupa: psique y soma no deben considerarse manifestaciones aisladas con funciones separadas en el ser humano, y aun en los extremos fenoménicos de uno u otra, siempre está presente su complementario.

Como se afirmó al principio, no podemos evitar la consideración de una supuesta medicina organicista «pura» como contrapuesta a la psicosomática. Suelen opinar así quienes, basándose en la formación más clásica: anatómica, fisiológica e histopatológica, nos dicen que achacamos a lo psicosomático lo que desconocemos por la ignorancia propia o por no descubierto todavía.

Simplemente, constataremos una vez más que esa posición es débilmente científica, como lo demuestra todo un corpus de investigación, y que quienes suelen argumentar así desconocen los componentes de este estilo: comunicación, entrevista, escucha, psicoterapia, atribuyéndolas a «habilidades artísticas» y no a técnicas específicas.

Lo biopsicosocial y lo psicosomático

Bien podía pensarse que la teoría de la medicina familiar –y esperemos que la práctica también– ya ha incorporado lo pretendidamente psicosomático en el amplísimo marco de lo biopsicosocial. Si así fuese, habríamos llegado a un estado de cosas que hace innecesario distinguir o especializar. Sin embargo, caben algunas matizaciones:

- Coleccionar datos parciales (asistencia social, enfermería, sociología...), si bien es imprescindible en algunos momentos, no soluciona por sí solo el enigma del ser humano enfermo (o consultante).
- La historia clínica moderna en sus diferentes versiones y modalidades parece más preocupada por lo descriptivo que por lo comprensivo, y precisamente aquí (en la integración interpretativa) es donde la unidad psicosomática se revela como tal.

Nada impide que un paciente tenga, por ejemplo, *Helicobacter pylori*, úlcus duodenal, tabaquismo, conflictos intrapsíquicos y un tratamiento exquisito para uno o varios de estos aspectos, sin que ni médicos ni paciente acierten a comprender por qué al final hubo que recurrir a la cirugía o simplemente la evolución fue insatisfactoria. El ejemplo es suficientemente explícito y cotidiano como para rebajarlo a la categoría de anécdota o de sesgo subjetivo, y no pretende eliminar el azar, siempre presente; sólo quiere recordar que una colección

de datos referida a un paciente adquiere su valor cuando se le da un sentido diagnóstico y recibe un tratamiento de modo integrado. Recordaremos que Rof Carballo denominaba a la medicina actual como medicina del despilfarro, tanto en los medios como en los objetivos.

Medicina familiar y medicina psicosomática

Nos parece conveniente diferenciar medicina familiar como realidad y lo biopsicosocial como modelo y método ideal. En cualquier caso, la práctica de la medicina familiar nos resulta un lugar privilegiado para observar lo diacrónico y lo no organizado aun en patología (sobre todo crónica), frente a lo esclerótico y establecido ya en alguna categoría diagnóstica. Tomamos y admiramos aquí la sagacidad de un autor como Michael Balint, que lo descubrió magistralmente en su ya clásico *El médico, el paciente y la enfermedad*.

Si se dan las condiciones, en la realidad, el modelo y el método, ningún obstáculo para prescindir de la medicina psicosomática, pero si no es así, o la patología ya está organizada en su concepción psicosomática más clásica (asma, úlcus, fiebre de origen desconocido, reumatismo inespecífico, afecciones dermatológicas...), habría que contar con profesionales orientados –no necesariamente especializados– hacia este modelo. Asimismo, puede contarse con esta orientación para las demandas «difíciles» o incluso para todo lo que actualmente se incluye en el ámbito de la bioética.

Antes o después, todos nos encontraremos con la evidencia de que tomar decisiones no es tan complicado como tomarlas con todos los elementos implicados en las mismas. Quiere decirse que la farmacología, los especialistas, la derivación o cualquier otra «vía de escape» no dejan de ser modos de «resolver»... seguramente la angustia del profesional, y casi siempre de manera provisinal...

Formación básica y continuada

Como en las demás áreas, la formación constituye un elemento clave. No descubrimos gran cosa al recordar las lagunas que sigue presentando la licenciatura en este aspecto. Nos sentimos plenamente solidarios con el propósito de incluir la medicina familiar en el pregrado, y apoyamos todos los intentos serios de fomentar la praxis de las técnicas ya mencionadas antes.

Pero nuestra apuesta más querida es la formación continuada asequible, accesible y de calidad; desde lo elemental e inespecífico, principalmente como información y reflexión grupal, hasta lo más específico, incluida la posibilidad de investigar, tal como se está haciendo ya en Zaragoza por parte del profesor Lobo (psiquiatra) y un grupo de médicos de familia, o también en Cataluña por Tizón, Borrell, etc. Con todo, nuestra oferta se concreta en la posibilidad de formar un grupo Balint (o los que se demanden) en Castilla y León, sin excluir ninguna de las anteriores perspectivas.

Coordinación con atención especializada

Uno de los grandes campos de batalla de nuestro presente como MF es este capítulo siempre abierto y pendiente de remedios. Hay que alabar en primer término todos los esfuerzos que se hacen al respecto. Y no dejar de reconocer que los avances son muy pobres y escasos. Desde lo más genérico a lo más peculiar (que hoy tratamos como psicosomático) la clave de esta coordinación debiera estar en un intercambio racional y comprensivo de la información y no en una jerarquización apriorística del internista, psiquiatra, cirujano o psicólogo, que puede redundar en una infantilización del MF frente al gran especialista.

Del mismo modo, el paciente cosificado, designado como objeto misterioso a descifrar por sabios provistos de muchos aparatos y poca escucha (y poco conocimiento transferencial y comprensivo de su historia) pudiera verse envuelto en extraños, complicados y a menudo perjudiciales juegos de pimpón (o quizás más complejos) entre unos y otros niveles, sin que ello se traduzca en una mejora asistencial individual ni colectiva.

Como expresión final de deseo, no de crítica estéril, apuntamos hacia la creación de verdaderas unidades de coordinación basadas en todo lo dicho, en lugar de oficinas burocráticas que, tras arduos trabajos (?), todo lo más que elaboran es alguna hojita de recogida de datos y, eso sí, un cursillo con vino español.

Como decíamos al principio, es probable que aproximarse al término psicosomático requiera un interés específico, pero esperamos que ahora ese interés se haya visto incrementado.

Bibliografía general

Alexander F. Psychosomatic medicine. Nueva York: Norton, 1950.
Anguera de Sojo Peyra I et al. Medicina psicosomática. Barcelona: Doyma, 1988.
Balint M. El médico, el paciente y la enfer-

- medad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1971.
Cobo Medina C. Psicopatología dinámica. Madrid: Roche, 1983.
Lobo A et al. La medicina psicosomática hoy. Dimensión humana. Barcelona: semFYC-Ergón, 1996.
Luban Plozza B, Pöldinger W. El enfermo psicosomático y el médico práctico. Barcelona: Roche, 1975.
Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. París: Payot, 1980.
Othmer E. DSM-IV. La entrevista clínica. Fundamentos. Barcelona: Masson, 1996.
Rof Carballo J. Teoría y práctica psicosomática. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1984.
semFYC. Documento n.º 5. Relación entre niveles asistenciales. 1995.
Shepherd M. Epidemiological perspective. Psychosomatic medicine. Int J Epidemiol 1978;
Suberviela Collados VJ. Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad. Aten Primaria 1999; 23 (2): 17-21.
Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma, 1988.
Vargas BE et al. Un nuevo modelo de salud mental en atención primaria. Barcelona: semFYC, 1997.