

Propuestas básicas para la intervención con el paciente psicosomático.

(Basic rules for the intervention with de psychosomatic patient.)

Luís Raimundo Guerra Cid.

Director del Instituto de Psicoterapia IPSA-Levante. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica.

[otros artículos] [14/2/2007]

Resumen

Cada vez es mayor el número de pacientes diagnosticados de una enfermedad psicosomática. Lo dificultoso en estos casos estriba no sólo en el psicodiagnóstico, en el cual se ha de tener en cuenta un diagnóstico diferencial muy fino, sino también en la intervención que ha de llevarse a cabo posteriormente. Esta ha de ser, por regla general, conjuntamente llevada por el médico y el psicólogo sobre todo cuando el proceso psicosomático es más severo. A su vez dentro de cada corriente psicológica habrá una tendencia a actuar terapéuticamente de una manera u otra dependiendo de los paradigmas de intervención que cada uno sostenga. Sin embargo el éxito de la psicoterapia con estos pacientes suele estar en conceder importancia a determinados elementos que cada escuela psicológica en ocasiones deja de lado. Ejemplos de ello sería el elemento cognitivo en las terapias de orientación psicoanalítica o los factores inconscientes motivacionales en las cognitivo-conductuales, factores validos y fundamentales en la intervención del paciente psicosomático independientemente de la escuela que se profese. En este trabajo, vamos a tratar de ofrecer unas directrices básicas de intervención que consideramos de utilidad en el tratamiento de los procesos psicosomáticos, como son las intervenciones pedagógicas, el análisis de las cogniciones o los elementos que artificialmente pueden estar sustentando el proceso patológico, entre otras.

Abstract

Every time there are more patients with a psychosomatic disease. In these cases the diagnostic is difficult because have to be very delicate the same as the back intervention. This intervention is made by the doctor and the psychologist together. Every psychological school made their therapy according to their ideas. However the psychotherapy's result depends the elements sometimes forgotten. For example, the cognitive element in the psychoanalysis or the unconscious motivationals factors in the cognitive-conductual therapy. In this job the objective is try to give some basic rules of intervention to the psychosomatic process treatments, as pedagogic interventions, analysis of cognitions and so on.

Los prolegómenos al tratamiento

En la clínica actual nos encontramos un problema en el tratamiento de pacientes psicossomáticos, éste se basa fundamentalmente en la escasez de parámetros básicos tanto preliminares como intrínsecos al método de trabajo. De esta manera hay que tener en cuenta que antes de iniciar el tratamiento en sí hemos de tener en cuenta dos factores básicos: la fase diagnóstica previa y el modelo de intervención a seguir.

En el diagnóstico del paciente psicossomático es básico efectuar un diagnóstico diferencial (1), puesto que cualquier trastorno psicossomático es susceptible de confundirse por su alto índice de síntomas con una enfermedad física o con otras de corte psicológico (Histeria de conversión, Hipocondría, obsesiones la imagen corporal), otras entre las que está involucrado el cuerpo pero el problema no es psicossomático en sí (por ejemplo en los trastornos somatopsíquicos y en la distonía vegetativa) o la simulación.

Una vez que estemos asegurados del hecho de que estamos ante un proceso psicossomático, procederemos entonces a observar en que grado está implicado el cuerpo y en que medida lo está la psique, dicho de otro modo antes de proceder a tratar al paciente, tenemos que tener en cuenta si el problema psicológico se sobrepone al físico o viceversa.

No es b mismo que el problema actual esté en la incidencia de una úlcera sangrante que en una verdadera obsesión sobre en que puede derivar esta úlcera sin importar el síntoma en sí. De todos modos sea de la índole que sea el malestar físico este ha de ser tratado independientemente por el médico. Respecto de esta idea es indiferente que el psicoterapeuta que va a iniciar la terapia psicológica sea médico o psicólogo. Si es psicólogo obviamente deberá dejar el tratamiento médico al médico, pero si es médico lo deberá derivar a otro colega que se encargue de la parte médica. La razón fundamental de este planteamiento reside en la preservación de un encuadre en el cual el psicoterapeuta se ocupe del psicodiagnóstico, análisis de la personalidad, elaboración de los conflictos que aunque tiene en cuenta la problemática física la deriva a otro encuadre, para que el psicoterapéutico no se vea contaminado

En cuanto al enfoque de tratamiento sería bastante desaconsejable aplicar una terapia de manera ortodoxa tanto psicoanalítica (2) ya advertían de la refractariedad al tratamiento psicoanalítico que este tipo de pacientes tenían) ni tampoco conductual en extremo, pues si a estos pacientes ya les es difícil establecer causas emocionales relacionadas con sus problemáticas físicas más aún les suele extrañar las técnicas de autorregistro o las modificaciones de conducta sin mediación del análisis de las cogniciones. Eso sí acompañadas de la vivencia de los afectos para que sean más profundas en su elaboración y no se quede sólo en el planteamiento de una distorsión cognitiva.

En nuestra opinión el enfoque que mejor se puede acercar al paciente psicossomático sería uno de corte sistémico-dinámico.

Sistémico en el sentido de que debemos entender que el paciente que acude a consulta no es un ente independiente con síntomas, sino que está en relación con un sistema compuesto de varios factores siendo los fundamentales los familiares, aunque esto no quiere decir que, en principio, se trabaje en la intervención también con ellos sino que se tiene en cuenta el papel de la familia y de otros entes sociales en la etiología, el mantenimiento y el curso de la recuperación.

Dinámico porque no se puede dejar de lado los factores inconscientes que se hayan tanto en la etiología de la enfermedad como en el mantenimiento de esta (por ejemplo en los beneficios secundarios que son de corte inconsciente). Este enfoque es básico porque también estudia y trata la dinámica de los afectos, el manejo de los mecanismos de defensa, la dinámica de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales y la elaboración de los hechos traumáticos del ciclo vital del paciente.

Aunque defendamos un enfoque de índole dinámica, no por ello, insisto, se ha de encuadrar rígidamente al paciente en un encuadre psicoanalítico, sino que este puede adaptarse de manera más laxa al paciente aquejado de problemáticas psicossomáticas por las propias peculiaridades que éste tiene.

El encuadre

En cuanto al setting terapéutico de intervención, debemos de mantener unas variables estables tanto en los elementos físicos como en los temporales. Si bien nuestra propuesta es de índole dinámica, algunos de los preceptos que se asumen como fundamentales no se toman como tales en la intervención del paciente psicossomático. Dos de ellos la utilización del diván y la libre asociación son prescindibles.

No es muy aconsejable (hay teóricos que incluso contraindican), al menos en los primeros meses del tratamiento (cuando este exige prolongarse) utilizar el diván con el paciente psicossomático, esto es porque en primer lugar le podemos crear una extraña sensación, sobre todo porque sino entiende que hace con un psicoterapeuta, menos entenderá porque está en una situación de tratamiento tan extraña. Además el diván no suele aconsejarse en pacientes con un alto nivel de ansiedad y el paciente psicossomático contiene mucho de ésta, aunque en un primer screening pueda parecer no tenerla, sin embargo en posteriores entrevistas empezaremos a detectar grandes dosis de ésta en forma de desplazamientos hacia lo corporal.

Esto, en ocasiones, también se manifiesta desde el psicodiagnóstico. De hecho parece que el enfermo psicossomático no muestra grandes índices de ésta ansiedad sin embargo al pasar pruebas como el test de ansiedad de Zung o el Rorschach encontramos diversos gradientes de ella que no manifiestan verbalmente o que el paciente no es capaz de discriminar, siendo ambas circunstancias pueden estar mediatizadas por la alexitimia.

La libre asociación tampoco está indicada con este tipo de pacientes, en primer término porque en principio no comprenden que su problema pueda estar asociado a cuestiones

psicológicas que necesiten de elaboración psíquica. En segundo porque nos podemos encontrar con que su discurso se prolonga interminablemente en el tiempo alrededor de la queja física y de la descripción de los síntomas somáticos que el paciente presenta todo ello de una manera monotemática e hipomímica que recuerda en cierto modo a algunas neurosis obsesivas.

Intervención

Hemos de tener en cuenta, que la medicina psicosomática pretendía ser la forma de afrontar la medicina en general tanto desde el diagnóstico como del tratamiento, sin embargo lejos de esto se ha convertido en una suerte de especialidad (3). Con ello lo que se pretende transmitir es que las intervenciones actuales tanto desde el punto de vista psíquico como desde el biológico van por separado.

El primer escollo a tratar con el paciente psicosomático precisamente consiste en que el mismo psicoterapeuta corrija esa errónea percepción de la intervención para una vez avanzado el tratamiento poder trasmitírselo al paciente mediante sus intervenciones diversas.

Desde luego en una primera fase del tratamiento es básica la escucha activa y participante del paciente y de sus quejas. Pero esta escucha no ha de ser prejuiciosa, pues señalaba Michael Balint (4) que sobre todo en el ámbito médico había una tendencia y una idea inamovible acerca de cómo se comportan las personas cuando están enfermas. Esto va en detrimento de la calidad de la escucha y el apoyo terapéutico deseables.

Lejos de pretender diseñar una psicoterapia para el paciente psicosomático o un diseño por fases (Krystal lo hace para el paciente alexitímico, pero sin lugar a dudas no son sinónimos alexitimia y psicوماتosis), proponemos unos puntos básicos sobre los cuales se ha de intervenir:

1. El eje de la intervención, debe realizarse en función de la relación terapeuta-paciente, adquiriendo una importancia fundamental la transferencia, es decir “Todo aquello que se moviliza en el paciente (pulsiones, afectos, defensas, etc.) en relación con su terapeuta que es el objeto sobre el cual se transfiere” (5).

Para que la transferencia se produzca y solidifique el terapeuta debe de escuchar y tratar con máximo respeto y atención las quejas del paciente. La principal coyuntura de dicha circunstancia reside en que el comienzo de la terapia se va a basar en sólo quejas somáticas, lo cual hará al terapeuta luchar contra un factor contratransferencial muy frecuente en el tratamiento de lo psicosomático: el posible aburrimiento ante la obsesiva, recurrente y constante enunciación de los síntomas físicos.

Sin embargo el primer paso para que se produzca la transferencia no es otro que la alianza terapéutica y esta solo se crea desde la capacidad del terapeuta en crear una atmósfera terapéutica de confianza básica. Para ello es básico no descalificar el discurso del paciente tratando desde el primer momento de remitir sus problemas físicos a circunstancias psicológicas, puesto que esto le proporcionará una sensación de

incomprensión por parte de su terapeuta.

2. Unido a la anterior circunstancia encontramos una técnica muy concreta que puede servir de movilización, ésta no es otra que uno de los efectos que la transferencia tiene, el denominado efecto injerto (6) (7), este consiste en una “Regestión de la personalidad del paciente por la personalidad del analista, que se injerta en aquella...” (p.251) (6). Por supuesto esto no es moldear ni manejar al paciente, a gusto del terapeuta, sino dejar que el paciente que se muestra desarticulado en sus principales bases del carácter, se apoye en la personalidad del psicoterapeuta durante un periodo del terapeuta para mediante un juego de identificaciones poder ir solidificándose.

Esta función anaclítica del terapeuta es fundamental sobre todo en esos casos en los que el paciente psicósomático muestra una especial despreocupación por su salud y sus cuidados psico-físicos. Circunstancias que nos muestran a una persona que de algún modo se autoagrede y/o carece de habilidades de autocuidado. Mediante el efecto injerto, esta es una circunstancia que puede paliarse a través de la muestra de un terapeuta sano (básicamente en lo psíquico aunque también en lo físico pues hay pocas cosas tan penosas como un terapeuta con tabaquismo y peor aún con alcoholismo) que prescribe y actúa con salubridad, además de promover una educación para la salud, lo cual nos conecta con el siguiente punto.

3. Un factor que se antoja fundamental en la técnica a desarrollar con el paciente psicósomático es una actitud pedagógica del terapeuta. No en el sentido de que deba de inculcar modos de vida o ideas sociales o políticas sino en cuanto a mostrar como el paciente desplaza sus conflictos en el cuerpo en detrimento de mostrarlos de una manera más expresiva y psicológica. Esta actitud educativa también debe de mostrarle al paciente como él percibe su mundo emocional en un código de reacciones corporales en detrimento de otro en el que primen los afectos (8)

4. Un elemento básico para esta tesitura es el trabajo sobre las cogniciones (tema que suele quedar en el olvido en las terapias más ortodoxamente psicoanalíticas).

Por ende hay que mostrarle al paciente su capacidad para expresarse somáticamente y no afectivamente. Este trabajo cobra mayor importancia cuanto mayor grado de alexitimia muestra el paciente. El trabajo sobre lo cognitivo tiene que ver también con descubrirle a su paciente como maneja la información de los sentimientos y las emociones así como los diversos mecanismos defensivos que manejan para no afrontar esta vida emocional.

5. Por ello no suele ser únicamente suficiente el trabajo con lo cognitivo, puesto que uno de los factores centrales y básicos es trabajar sobre la naturaleza de los conflictos y la dinámica consciente-inconsciente de los síntomas así como de la etiología de estos.

Una de las cuestiones más claras del paciente psicósomático es el papel que juega el mecanismo defensivo del desplazamiento sobre el cuerpo creando lesiones y disfunciones en éste en detrimento de un sufrimiento más psicológico. Esta forma de

defensa de la psique habrá de analizarse y buscar cual es el sentido de su modus operandi.

Pero el desplazamiento como mecanismo de defensa en las somatizaciones puede resultar limitado a la hora de explicar la dinámica del síntoma, dado que podríamos decir que hay tres circunstancias que participan de este mecanismo (9): la emigración, la sustitución y la simbolización.

- La emigración se caracteriza por la permuta de un trastorno somático en otro de índole distinta.

- La sustitución consiste en un caso particular de emigración, lo que se ve en último término es que las patologías somáticas son sustituidas por el fondo patológico. Por ejemplo cuando se observa una depresión (que era el síndrome de fondo), una vez que han desaparecido todos los síndromes de sintomatología física.

- En cuanto a la simbolización (mecanismo que entronca directamente con el de conversión) se nos muestra una conexión entre lo que se somatiza y el fondo del conflicto intrapsíquico. Manido es el ejemplo de quien tiene un cuadro de hiperémesis por que necesita “vomitar su realidad”.

6. Para finalizar cabe hacer mención de un elemento presente en toda patología psicósomática: el beneficio secundario. Este concepto expone como el paciente obtiene una ganancia secundaria de su enfermedad, el manido ejemplo es el de obtener más atenciones por parte del entorno, convirtiéndose en ocasiones estos pacientes en verdaderos manipuladores del ámbito familiar y laboral (10). Pero también los beneficios secundarios tienen otras funciones como eludir responsabilidades u obtener beneficios económicos a través de las bajas laborales.

A éste último respecto Van Egmond (11) señala que los síntomas derivados del whiplash (lesión cervical producida por una súbita hiperextensión-hiperflexión de las vértebras cervicales) “parecen” desvanecerse hasta en un 43% en hombres y un 15% en mujeres cuando en Canadá cambió la legislación y dejó de haber ayudas económicas por el whiplash crónico.

Otro ejemplo a este respecto es la lesión por esfuerzo repetitivo que llegó a denominarse como “enfermedad australiana” por los tintes epidémicos que allí tenía dada la legislación allí presente que otorgaba remuneraciones económicas.

Estos factores han de estudiarse detenidamente y exponérselos con mucho tacto al paciente pues este puede interpretar que se le está tratando de simulador.

Referencias

- (1) Guerra Cid, L. R. Jiménez, S. (2004) Problemas taxonómicos en la patología psicosomática. Revista psiquiatría.com. Extraído el 10 de marzo de 2004 de www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/.
- (2) López Sánchez, J.M. (1985). La identidad clínica psicosomática, en López, J.M. et al, Resúmenes de patología psicosomática. Granada, CEP, pp 69-76.
- (3) Alonso, J.A. et al. (2005). Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. Habilidades en salud mental, 70, 31-36.
- (4) Balint, M. (1977) El médico, el paciente y la enfermedad. Saint Claire, Buenos Aires.
- (5) Guerra Cid, L. R. (2001). Transferir, contratransferir, regredir. Una perspectiva histórica y crítica de la psicoterapia psicoanalítica. Salamanca: Amarú ediciones.
- (6) Cencillo, L. (1977). Transferencia y sistema de psicoterapia. Madrid, Pirámide.
- (7) Cencillo, L. (2002). Lo que Freud no llegó a ve. Madrid, Sintagma.
- (8) Sivak, R. Wiater, A. (1997). Alexitimia, la dificultad para verbalizar los afectos. Buenos Aires, Paidós.
- (9) Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica (S.E.M.P y P.M), (2003). Apuntes del título de Experto en Medicina psicosomática y Psicología de la salud.
- (10) Guerra Cid, L. R. (2004). Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras virtudes humanas. Bilbao: desclée de broker
- (11) Van Egmond, J.J. (2005). El beneficio secundario y la necesidad de estar enfermo. Actas Esp Psiquiatr 33 (2),123-12.9