

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"NECESIDAD DE LA PSIQUIATRIA PARA EL
MEDICO EN GENERAL"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de
la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RODOLFO RODERICO RODAS HERNANDEZ

previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS:

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- CONSIDERACIONES GENERALES
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- 6.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Al principiar a hacer este trabajo, me sentí un poco inseguro, en vista que más de una vez me pregunté que estaba haciendo yo, un estudiante de último año de medicina al escribir sobre Neurosis y Psicosis o trastornos emocionales en general. ¿Acaso no era éste un tema para el Psiquiatra?. Sin embargo, paulatinamente, a medida que fui reuniendo material y leía algunas de las obras más recientes de Psicología y Psiquiatría, me daba cuenta que este trabajo serviría en algo o mucho para el estudiante de medicina y/o el médico no psiquiatra y qué mejor si es hecho por su similar, siendo éste, alguien a quien se hubiera planteado durante largo tiempo los problemas cotidianos de todos los médicos, campesinos y obreros y muy especialmente los problemas de aquel sector poblacional, huérfanos de atención médica. Mejor que nadie, él conocería la índole de estos problemas y seguramente se ocuparía en ellos en lenguaje más sencillo. Sabría lo que significa luchar diariamente con el problema de diferenciar las enfermedades predominantemente funcionales de las preferentemente orgánicas, y, lo que es más difícil todavía, identificar una afección orgánica crónica cuando ya se ha entrelazado estrechamente con una Neurosis. Este estudiante de medicina o médico, mejor que ningún otro, sabría lo que supone afrontar la responsabilidad de inculcar a las personas nerviosas, la idea de que su padecimiento es sólo una Neurosis.

Este trabajo fue elaborado con el fin principal de determinar las diferentes alteraciones psíquicas producidas en el paciente hospitalizado, de Consulta Externa y aquel que por una u otra razón se encuentra privado de su libertad jurídico-social. Se hizo una encuesta, tomando en cuenta los factores siguientes: edad, sexo, escolaridad, raza, estado civil, religión,

motivo de consulta, antecedentes, grupo familiar y perfil socioeconómico. Así también con el objeto de hacer énfasis en el Médico en general respecto al tiempo que debe dedicar a todo paciente, o sea que además de dedicarle atención al problema somático, tomar en consideración que dicho sujeto no es un objeto inanimado y que por lo general a su problema orgánico va sobreagregado un variable porcentaje de problemas emocionales, no importando el motivo de consulta.

Este trabajo lo realicé con miras ambiciosas, en vista que me puse a pensar en toda aquella gente que nace, crece, se reproduce y muere en una vorágine de trastornos emocionales, debido al imperante sistema deprimente, angustioso y falaz de T cual es pasto; con ésto me estoy refiriendo especialmente a nuestro 75% de analfabetas, sector desamparado desde todo punto de vista, no digamos de atención médica, y si a ésto agregáramos la ancestral herencia de la Desnutrición y Anemia Secundaria, porqué atrevernos a solicitar rendimiento físico y mental a los mismos.

En el correr de los años, me he dado cuenta que muchos compañeros y/o médicos en general, al recibir equis paciente por Consulta Externa o por Emergencia y al terminar de hacer minucioso examen físico, no encuentran nada positivo, se concretan a diagnosticar a ciegas y vagamente un "D.N.V.", y simplemente le dicen al paciente: "Ud. no tiene nada" o "Ud. necesita Psicoterapia, pero yo no tengo tiempo o no la sé dar". La verdad de todo ésto es que desconocen los términos elementales de la Psiquiatría y no digamos respecto a Psicoterapia, es más, no se percatan del daño que están sobreagregando al consultante. Sin embargo, a la hora de la verdad, no se sabe a quien culpar: si a los planes y programas de la facultad o a nuestra poca voluntad.

Actualmente la mayoría de los médicos conscientes se dan cuenta de que necesitan mayor información sobre las Neurosis, las Psicosis y trastornos emocionales en general. Algunos desean solucionar el defecto, pero ¿Dónde encontrar la información deseada? Es lamentable que gran parte de lo escrito sobre tal tema resulta casi inaccesible para ellos por hallarse disperso en revistas y libros que raramente podrían llegar a sus manos. A fin de ayudar al estudiante de medicina y a algunos médicos conscientes de lo que el ser humano es en su complejo aspecto biopsicosocial; claro, lo más importante son los 400 pacientes que colaboraron conmigo en cada uno de los 18 meses (540 días), en los municipios de Salcajá, Cajolá y Obero.

Los estudiantes de medicina y médicos en general, debemos sentirnos siempre descontentos de las lagunas de nuestros conocimientos, y pesarnos por los errores cuya comisión no podemos evitar, especialmente en los terrenos que nos son poco conocidos. La mayoría de tales equivocaciones se cometen simplemente porque ninguno de nosotros puede saber todo lo que en un momento dado necesita saber; es sencillamente imposible dominar los pequeños detalles de especialidades ajenas a la propia.

Por último quiero referir que los 400 pacientes que investigué, no se percataron que estaban siendo objeto de estudio, por lo que indirectamente recibí mejor colaboración de ellos. Así mismo casi siempre consultaban por un problema orgánico y no psicológico propiamente dicho. Todos fueron vistos así: en los puestos de salud, en sus residencias e incluso en el presidio.

OBJETIVOS:

- A-) Que el estudiante de Medicina y/o el Médico en General, antes, durante y después del Examen Físico, recuerde que todo paciente conlleva un alma o espíritu, lo que compromete a separarlos de los objetos y animales y los relega al difícil papel de ser humano.
- B -) Establecer que no se necesite ser Psiquiatra para atender una Neurosis o Pequeña Psicosis.
- C-) Que todo Practicante o Médico, cuando visite a un paciente o éste toque a su puerta, medite unos segundos y luego diga: estoy dispuesto a escucharlo y comprenderlo.
- D-) Hacer constar que el paciente rural padece menos de Neurosis o Psicosis que el burgués, por no tener tiempo a la ociosidad y estar lejos del ruido monstruoso de la ciudad, factores suficientes para visitar la clínica de cualquier Psiquiatra. Sin embargo, trato de demostrar que el paciente rural padece sus problemas emocionales en grupo o comunidades, por lo que es más difícil su Dx. y Tx., ya que la raíz de todo estriba en el factor socioeconómico.

MATERIAL Y METODOS:

Para la elaboración del presente trabajo, colaboraron conmigo 400 pacientes, vistos así: 100 pacientes alcohólicos crónicos, los cuales estudié durante dos meses en mi Práctica de Medicina Integral en el Municipio de Salcajá (Xela), de ----- habitantes, todos ellos hombres. 100 pacientes vistos en el Hospital General de Occidente, estudiados durante dos meses durante mi Práctica de Electivo, todos hospitalizados, tratando con ésto de detectar los múltiples problemas emocionales de cada uno. Luego vi 50 pacientes en el Municipio de Cajolá (Xela), de ----- habitantes. Después atendí 150 pacientes en la Aldea de Obero, Masagua, Escuintla. En estos dos últimos lugares, hice dos meses de EPS. Rural en el primero y luego 4 meses en el segundo. Obero es un Municipio de 1,800 habitantes.

Para ayudarme, me valí de un cuestionario que constaba de: datos generales del paciente, número de hermanos y parientes más cercanos que convivieran en el mismo hogar; ingresos y egresos económicos; construcción y saneamiento ambiental del hogar; pérdida de seres queridos; idioma; religión; edad; raza; estado civil; número de hijos; desempleo; defectos físicos; vicios; enfermedad actual y antecedentes de la misma; relaciones con los recursos médicos (Doctor, enfermera, comadrona, farmacéutico, sobador o brujo); número de hospitalizaciones y satisfacciones o pesares de las mismas; -abortos y esterilidad; hogares desintegrados.

De estos 400 pacientes, 200 fueron mujeres y 200 hombres, comprendidos de 18 a 70 años.

GENERALIDADES:

Muchos estudiantes de medicina y médicos creen, lo mismo que sus pacientes, que cuando una exploración es lo bastante meticulosa, tiene que revelar un foco infeccioso o una enfermedad orgánica. No atinamos a pensar en el cerebro como posible causa del origen de dolores, molestias y sensaciones de enfermedad, y tampoco se nos ocurre imaginar que el enfermo sentido ante nosotros lo está a consecuencia de una herencia nerviosa deficiente, exceso de trabajo, sobrecargas y tensiones desproporcionadas, vida o manera de pensar equivocadas o alguna tragedia personal.

Muchos médicos y estudiantes de medicina, ejercen ésta, prescindiendo en gran parte de estas posibilidades; no tenemos en cuenta la enorme cantidad de infortunios, productores de enfermedades, que nos rodean, y a causa de esto erramos diagnósticos y en ocasiones aconsejamos una operación que no puede beneficiar al enfermo.

El Médico debiera tomar al paciente como ser humano: Los pacientes se quejan muchas veces de nuestra falta de interés por ellos como seres humanos. A veces se encuentra uno con lo siguiente: "Este cirujano podrá haberme salvado la vida, pero me disgusta y me disgustará siempre, ya que lo único que le interesaba de mí era la vesícula biliar; siempre que intenté mostrarme cordial con él durante aquellas tres semanas de mi hospitalización, me rechazó o se marchó fríamente sin decir una palabra". Como respuesta a ello, bastantes cirujanos nos dirían: "¿Cómo puede esperar alguien que durante mis apresuradas visitas matinales me detenga para charlar?". Esto es cierto, pero sin embargo, conozco a muchos cirujanos que a pesar de tener demasiada clientela, dedican los minutos debidos a todos

sus pacientes, al menos para hacer una pregunta amable o decir algunas palabras alentadoras. Hay Internistas que opinan: "¿Porqué los pacientes han de esperar de mí un interés cordial? ¿Tienen acaso mayor razón para ello que aquella persona a quien le he tratado más de cerca por asuntos de negocios?". La respuesta es, quizá, que un paciente tiene escaso derecho a esperar un trato de amigo cuando el médico cuida de él a causa de una enfermedad orgánica, pero que sí tiene razones para esperarlo cuando se le trata por una Neurosis. ¿Porqué? porque generalmente si el médico no se toma un interés cordial por el paciente, le será muy difícil conseguir una historia adecuada, y porque sin cierta amabilidad en el trato, es ardua tarea inducir a una persona a corregir su conducta o a recobrar las esperanzas.

Probablemente nada puede hacerse para cambiar a un médico a quien enoja la gente, pero tal vez este trabajo haga de piedras corazones y de indiferencia, conciencia y así volverlos más humanos, amables y comprensivos, especialmente los sentimientos de médicos jóvenes que se sienten mejor dispuestos hacia sus enfermos y lo demuestran, o que comienzan a darse cuenta de la maravillosa ayuda que puede suponer este interés por el prójimo en el arte de curar. Esta simpatía facilita a muchos el logro de un gran éxito en la práctica de la Medicina.

Nunca deberá decirse a un paciente "Ud. no tiene Nada": Muchas veces el estudiante de Medicina o el Médico con la mayor despreocupación, le dicen al paciente, "Ud. no tiene nada", tal vez está exagerando sus dolencias o nada más las está inventando para que yo lo examine y le dé algo para tomar, pero recuerda que no soy un boticario para estarle recetando cualquier cosa. Así es que sería mejor se regresara a su casa y se ocupara de sus labores cotidianas. Sin embargo, lo único que se lo

gra con todo ésto, es hacer rabiar al paciente, quien automáticamente se va a otro facultativo, quien probablemente le dirá lo mismo, sólo que en forma más solapada; así sucesivamente el paciente estará cambiando de médico en médico hasta encontrar alguien quien en verdad lo escuchará, y, muchas veces solamente con ésto quedará curado por completo. Por ejemplo: una joven mujer, bastante agradable, universitaria (lo. Medicina), después que el cirujano le extirpó un pólipo rectal, que a la vez le agradeció tal intervención, consultó conmigo, refiriéndome que siempre había padecido de cefaleas atroces, insomnio, sensación de angustia y fatiga, así como incapacidad para el trabajo; se sentía tan mal que había suspendido sus estudios; pero cuando le refirió ésto al cirujano, no fue escuchada. Además -agregó- tengo que mantener a mi padre anciano; mis ahorros están a punto de terminarse y siento un miedo horrible a quedarme sin recursos antes de poder culminar mi carrera. El cirujano trató de explicarle que su mal estaba tratado y que no podía hacer más por ella, lo que alarmó más a la paciente, obligándole con ello a pedir referencias para alguien que se dedicara a curar dolores de cabeza, pero el cirujano volvió a negarle ayuda.

Pude darme cuenta que se trataba de una mujer fina, de 20 años de edad, culta y sensible, con los nervios destrozados, exceso de verborrea, factores causales de un excesivo estudio y un matrimonio caótico, por lo que lógicamente tenía que ser oída, necesitaba algún somnífero y alguna explicación de todos sus males, así mismo tratamiento de sus cefaleas. A los pocos meses, aquella señorita había vuelto a la facultad, el cuadro en sí había desaparecido y es más, se reconcilió con el esposo.

Cuando tras repasar una serie de análisis y exploraciones negativas, un médico dice a una mujer que no tiene nada, su

trabajo no ha terminado, sino que precisamente está empezando. Si no se insiste en descubrir realmente el problema, si no descubre exactamente el tipo de neurosis o trastorno funcional de su enfermo y si no le prescribe un tratamiento adecuado, no se deberá extrañar que el paciente se vaya maldiciendo y echando rayos a diestra y siniestra y con la sensación de que le han dado muy poco a cambio de lo que pagó por la consulta.

El Médico deberá preguntar: "¿En realidad porqué vino a mi clínica?": Esto es muy importante, en vista que muchos pacientes, mayormente mujeres, acuden al facultativo, por dolores de estómago, diarreas y cefaleas, siendo esta sintomatología imaginaria, entonces es cuando el médico logra descubrir que lo han timado, pero lejos de enfurecerse y echarla a la calle, deberá preguntar: "Qué es lo que realmente le está sucediendo"; tal interrogación será una fuente o vía de desahogo para la paciente y empezará a relatar sus problemas emocionales propiamente dichos. La mayoría de estos problemas son de índole sexual -no tomar ésto como un fanatismo por Freud-; a continuación cito un ejemplo: Una señora de 33 años de edad, casada con alguien de 50 años, abogado, de mediana posición económica; mientras que ella heredera de fuertes bienes, habiendo cursado el 2o. grado de Secundaria. Me consultó después de haber sido sometida a un tratamiento antiamebiano, por lo que fue hospitalizada, pensándose en un Cá. del Colon. La cita me la pidió con el pretexto de que ella tenía cáncer en el recto y por lo tanto estaba decidida a gozar ampliamente el resto de sus días. Cuando me enteré de sus antecedentes, patológicos, le referí que ella no tenía tal cáncer, por lo que me respondió que de todos modos era como si lo tuviera y estuviera muriéndose lentamente, porque su esposo ya no se dedicaba a ella. Luego tras varias citas y entablar confianza, me refirió que tenía un amante y pensaba irse con él para siempre sin

importarle su herencia e incluso sus tres hijos. Se logró hablar con el esposo, a quien se le descubrió impotencia sexual secundaria a una frustración por haber perdido un hijo en los tribunales de la localidad. Después de varias citas con cada uno por separado y luego en grupo, se logró reestablecer potencia sexual y mayor acercamiento a su cónyuge.

En ocasiones un diagnóstico acertado causa problemas psicológicos: Como acertó en cierta ocasión Karl Menninger, incluso cuando se descubre una enfermedad orgánica y el médico considera que ha hecho el diagnóstico y ha cumplido su misión, es posible que no haya sospechado siquiera cuál es el problema realmente importante. Este problema es la reacción del sujeto al diagnóstico que se le ha hecho, por ejemplo: En cierta oportunidad que ya estaba de guardia en la Emergencia, llegó una jovencita de 17 años de edad, soltera, sobreprotegida por los padres, altamente católicos y celosos por la moral y respeto del hogar. La paciente consultó por hemorragia vaginal de pocas horas de evolución a su ingreso, pálida, fatigada y hecha un manojo de nervios; tal hemorragia -dijo- era debida a un traumatismo que sufrió al ir manejando una bicicleta. Se le examinó: Presión Arterial estaba bajísima, taquicardia, palidez generalizada y pérdida del tono muscular en Ms. ls. Se hizo ginecológico encontrándose un Ab. incompleto. Al referirle tal diagnóstico se shockeó, por lo que se resolvió con una transfusión y soluciones a chorro. Al despertar la paciente narró que había provocado el Aborto para no acarrear vergüenza a sus padres. Luego se habló con el "novio", quien dijo estaba dispuesto a casarse con ella; sin embargo, se le hizo otros exámenes, encontrándose una franca blenorragia, la cual causó otro desmayo en la paciente al enterarse; empezó por acusar a su "novio", éste fue sometido al mismo examen y fue negativo. Al ser sometida a nuevo interrogatorio la paciente, confesó que tenía

relaciones sexuales con dos individuos más, a la vez el "novio" se enteró y renunció totalmente a ella. Los padres la echaron de la casa, quienes al cabo de varias pláticas, la consintieron nuevamente en su hogar y la pusieron a estudiar, graduándose posteriormente de Maestra y a pocos meses de contraer matrimonio.

El mejor especialista es quien reconoce qué pacientes no le pertenecen: Evidentemente, uno de los mejores rasgos del buen especialista, prudente e idealista en sus tendencias a advertir a una gran proporción de pacientes que lo consultan (porque creen que sufren la enfermedad para cuyo tratamiento es él el más apto) que se han equivocado y que deben acudir a otra clase de especialista.

Otro rasgo peculiar del especialista realmente bueno, científico y diestro, es la propiedad de reconocer rápidamente el cuadro clínico de la insuficiencia constitucional o del que siempre se encuentra mal o de la mujer a la que todo duele o que está siempre cansada y de mal humor. Vale citar aquí, por ejemplo, que el estudiante de Medicina de los últimos años ya sabe a qué especialidad tender, por lo que desde entonces debería trabajar en grupo y referir a sus pacientes que no le pertenecen a uno de sus compañeros para que éste haga lo mismo. Sin embargo, con contraposición a lo anterior, podríamos decir que nadie debe limitarse con demasiada estrechez a una especialidad, en vista que nadie puede ser especialista puramente del corazón o del riñón, porque los pacientes muchas veces no pueden autoclasificar su enfermedad..... y como primero hay que ser médicos generales, tenemos que "aguantar" a toda clase de pacientes, nos guste o no nos guste, mientras llegamos a ostentar el cartón. Sin embargo, yo no apoyo esto último, porque si muchas veces equivocamos un diagnóstico poniendo

do toda nuestra voluntad, a dónde llegaríamos si no contáramos con ella. Vale citar un párrafo de un buen médico especialista: "Qué pobre gastroenterólogo sería aquel que cada vez que viera a un aerófago y eructador medio chiflado, empezara a tratarlo con dieta, antiácidos y belladona. ¡Qué mal médico sería si no supiera interrogarlo y descubrir que aquel sujeto no padecía indigestión y que sus accesos de aerofagia se producían únicamente cuando experimentaba pánico y cuando lo invadía el miedo horrible de volverse loco como anteriormente su madre lo había hecho".

Algunos Médicos o Estudiantes, son incapaces de reconocer una Psicosis: Esto es debido a que espera encontrar un paciente furioso, que pateo, muerde, grita y lanza amenazas a diestra y siniestra, sin embargo no siempre es así. Por esto es que muchas veces no dan el tratamiento adecuado y posiblemente sólo le diagnostiquen un ligero D.N.V., el cual podrá ser tratado por Consulta Externa, a la que nunca se asomará el paciente y que probablemente después resulte en el Neuropsiquiátrico.

No podemos tratar una Neurosis, porque en la Facultad nunca nos enseñaron a ello: Parece incierto, pero el hecho de estudiar Medicina, una siempre está pensando en llegar a poner en práctica lo teórico; ejemplo: Uno de los defectos de la educación médica actual o al menos cuando pasé por esos grados de enseñanza, cada semana en el anfiteatro clínico, mirábamos ejemplos de enfermedades raras, que nunca miraremos en nuestros pacientes. Raramente se ofrecían ejemplos de enfermedades comunes o de nuestro medio. Los catedráticos deberían presentar casos positivos, los que uno ve como el pan nuestro. Por ejemplo en las reuniones para recibir clases de Psiquiatría, se hablaba, comentaba y discutía sobre la muerte, los niños de

laboratorio, la personalidad y todas sus manifestaciones, así como qué era moral; pero, nunca tuvimos la oportunidad que se nos llevara a una paciente neurótica o pequeña psicótica, que es lo que vemos frecuentemente. Por otro lado, vale la pena mencionar aquí el tipo de Psiquiatra que tenemos que aguardar por una hora dos veces por semana. Se trataba de catedráticos (con raras excepciones) que eran o muy extrovertidos o muy introvertidos. Con los primeros sólo se iba a ridiculizar a medio mundo y con los segundos no se le daba validez a lo que uno leía; de donde deduzco que ha quedado la fama en el estudiantado que todo aquel aficionado a la Psiquiatría o que quiere hacerse Psiquiatra, no es más que un "chiflado" que necesita de un verdadero Psiquiatra.

DEFINICIONES:

Según Campbell: "En ninguna rama de la medicina hay una variación tan sorprendente de la terminología, y por ende también de la teoría, como en la psiquiatría contemporánea". Según él, tal estado de cosas se debía a la falta de conocimientos acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales.

Tres o cuatro psiquiatras van a un mismo paciente y por lo común hacen diagnósticos distintos, tales como neurosis de angustia, neurosis obsesiva, neurosis compulsiva o personalidad psicopática. De igual modo, un internista que examina a un paciente de psicosis maníacodepresiva leve, puede diagnosticar "agotamiento nervioso crónico"; el siguiente dirá insuficiencia constitucional; hablará de inferioridad biológica, y no faltará quien diagnostique neurosis de angustia, estado de fatiga o incluso una simple Distonía neurovegetativa. 1/

[Después de leer las definiciones de los términos Neurosis

y Psiconeurosis, dadas por muchos autores, a lo único que se llega es que todas concuerdan. Según Ross, las palabras Neurosis y Psiconeurosis han sido empleadas de manera tan confusa que nadie puede estar seguro de que hay diferencia entre ellas.

Generalmente es de menor importancia su clasificación en sí que saber si en verdad existe: 1) Una neurosis más que una psicosis; 2) Mas funcional que orgánica; 3) no susceptible de desembocar en una psicosis; 4) sensible a formas sencillas de tratamiento.

Algunos médicos piensan que la diferencia entre una Neurosis y una Psicosis, consiste en que la Psicosis incapacita en mayor grado; pero esto no es cierto. Hay muchos psicóticos que trabajan bien, incluso ganan bien y nunca se quejan de su salud.

Neurosis es estar consciente del problema; Psicosis es no estar consciente del problema; aunque a esto se agregará las partes culturales, mientras que gran número de neuróticos se sienten tan incapacitados que raramente trabajan y ni disfrutan de la vida.

Como dijo alguien: para un negro haitiano es normal y cuerdo creer en fetiches, mientras que para un profesor de la Universidad de Harvard, ello indicaría Psicosis.

Dicen los libros que cuando una persona tiene una alucinación y sabe que es irreal, está cuerdo, y que está demente si la cree real. Sin embargo, esta definición falla a veces. Individuos decididamente psicóticos discuten a veces sus problemas con indiscutible buen criterio y evidente cordura, o bien se muestra psicóticos y violentos con aquellos que les desagradan o de quienes desconfían, y cuerdos con aquellas personas a

quienes respetan o en quienes confían.

Según Ross y otros autores, han afirmado que una Neurosis no se convierte nunca en Psicosis. Imagino que con ello quieren dar a entender que es posible en la primera entrevista reconocer a la persona nerviosa que no tiene tendencia a la Psicosis. Así mismo se reconocerían aquellos otros sujetos con síntomas indicativos de que algún día se sumarán en una Psicosis. P. Stewart se muestra un tanto disconforme con las ideas de Ross y considera que existen formas de transición entre las Neurosis y las Psicosis. No admite línea divisoria ninguna.

Según Strecker y Palmer: toda la personalidad del psicótico está profundamente conmovida y a veces desintegrada. Existe una profunda fisura entre su Yo y el medio, y para él la realidad está alterada, deformada o incluso abolida. En el Psiconeurótico hay sólo una alteración parcial de la personalidad, y los contactos con el medio permanecen intactos en gran parte. 1/

Como ya se ha dicho, lo malo de todas estas definiciones es que muy a menudo se ve personas levemente maníacas o excesivamente deprimidas para trabajar, y no obstante capaces de charlar en la oficina con tanta cordura como cualquiera. Saben de lo que sufren y van al hospital para someterse a los tratamientos de los cuales han oído hablar.

Se tiene un buen ejemplo de síntoma psicótico susceptible de presentación en una persona cuerda en el miedo paralizante que algunas mujeres, perfectamente sanas y capaces, sienten ante un inofensivo gato. Tales mujeres son a veces incapaces de ir a una casa donde saben que hay un gatito. Otras enferman a la vista de un ratón, incluso dibujado. Ciertamente este comportamiento no es cuerdo y sin embargo el resto de la

personalidad de la mujer puede parecer excelente. Otros individuos son incapaces de meterse en una cabina telefónica o en un vagón de ferrocarril, o de permanecer sentados en un teatro como no sea en la última fila y junto a la puerta. Algunos no se atreven a emprender un viaje solos. Un sinnúmero de personas a las que nadie imaginaría recluidas en un asilo, se atormentan de modo insano con temores que ellos conjuran. Ciertas mujeres interesantes y atractivas son "místicas" o "psíquicas" toda su vida y en ocasiones tienen curiosas experiencias con "duendes" o alucinaciones evidentes.

Aquí vale la pena citar un entremés: Neuróticos son todos aquellos que se mantienen haciendo castillos en el aire; Psicóticos son los que viven en tales castillos, y Psiquiatras son los que cobran la renta de los mismos. 1/

Cuadro Clínico en las Neurosis: Son sospechosos de Neurosis o de Psicosis leve los siguientes: En primer lugar tenemos la "malas salud" crónica, tal vez con gran fatiga, pérdida de energías y falta de interés por la vida, sobre todo por las mañanas, mientras que por las noches se siente mejor. De ordinario se hallan tensas y excitables, hasta tal punto que parecen que van a estallar. Los nervios les juegan constantemente malas pasadas. Duermen mal. En ocasiones se muestran incapaces de confundirse con la multitud o de conducir un automóvil en una calle concurrida. Su claustrofobia es tal a veces que no se atreven a meterse en una cabina de teléfono o a un vagón de ferrocarril (como ya se dijo). Presentan gran número de compulsiones pueriles o se preocupan sin motivo.

Muchas mujeres tienen temor a la autointoxicación, mucho miedo a las enfermedades, la muerte o a los desastres. Otras creen tener todas las enfermedades de que oyen hablar, acu-

den frecuentemente al médico por cualquier trastorno por leve que sea. Otras les fascina la penicilina y las sulfamidas; cualquier ansiedad les da poliuria cada 20 minutos, excepto por la noche. Al atemorizarse sufren de diarreas. Vomitan y se desmayan fácilmente al emocionarse y sudan copiosamente cuando están nerviosas o incluso al escribir una carta. A veces tienen períodos de ahogamiento o falta de aire. Dicen sentir una bola en el estómago, sufren de palpitaciones, dolores de cabeza y de espalda. Puede haber crisis de debilidad o sensaciones de vértigo o de inseguridad de cabeza. Casi siempre existe estreñimiento con tendencia a cólicos mucosos. Se quejan de dolores intermenstruales, falta de deseo sexual, ardor epigástrico o cefálico, regurgitación de alimentos, náuseas, aerofagias y eructos, estremecimiento, pulsaciones abdominales y cosquilleo o nudos en el intestino. 1/

A menudo tiene valor diagnóstico el hecho de que desaparezcan todos los síntomas el día que el paciente sale de casa para consultar al médico. Es significativo que durante la visita, el paciente comiese alimentos indigeribles a fin de provocar uno de sus accesos y no ocurriese nada. Ello indicaría que en su casa todo el trastorno se debía a tensión nerviosa y fastidio.

El dispéptico nunca podrá comer mucho de una sola vez, ya que su capacidad es pequeña. El maniático de los alimentos se reconoce con facilidad. Muchas veces se trata de un vegetariano que come muchas nueces o de un sujeto que se bebe medio litro de jugo de zanahorias al día. Suprime los alimentos por grupos, es decir que deja de comer cosas ácidas o pasteles, postres, alimentos fritos, fríos o calientes. Es adepto a las vitaminas y medicamentos y ensaya todos los especícos nuevos.

Es útil saber que una persona consume mucho tabaco, alcohol y narcóticos, porque ésto nos demuestra que tiene un sistema nervioso sumamente inquieto, a veces indisciplinado y a caso inestable.

Sintomatología de la Psicosis: Ningún estudiante ni médico en general tienden a hacer el mismo tipo de historia que el Psiquiatra. En muchos casos sería conveniente que supiera realizarlo o por lo menos un grado suficiente para percatarse de que se hallan ante una personalidad inestable o definitivamente psicótica. Es una desgracia que haya tan pocos practicantes o médicos capaces de apreciar rápidamente la cordura o demencia de un sujeto. Mientras que el no psiquiatra suele confiar en su capacidad de valorar al paciente en la consulta. Probablemente reconoce sin dificultad a la persona nerviosa, alborotadora, exigente, muy aprensiva y malgastadora de tiempo, pero de ordinario le pasan por alto los signos y síntomas precoces de una psicosis, en parte porque no los conoce o no piensa en ellos y en parte porque durante la consulta el psicópata se comporta bien. El médico que desee obtener una buena historia tiene que perder tiempo y mostrarse dispuesto a escuchar. No debe darse señales de apresuramiento. Tal vez lo peor que puede hacer el aspirante a psiquiatra es decirlo todo él. Otro error muy grave es comenzar ya diciéndole al paciente lo que piensa y porqué.

Diagnóstico Diferencial entre las Neurosis y las Psicosis: Cobb opina que cuando un paciente catalogado simplemente de neurótico contrae más tarde una Psicosis, es probable que el primer diagnóstico fuese erróneo. Como él mismo dice: "¿Quién no ha cometido tales errores diagnósticos? El caso es que actualmente no existe ningún medio preciso de diferenciación precoz en los casos leves".

Lo malo de la psiquiatría actual es lo poco que sabemos acerca de la etiología. Mientras no conozcamos ésta, no puede haber clasificaciones lógicas.

Es indudable que los médicos tendremos que continuar algún tiempo empleando los términos de Neurosis o Psicosis, por su comodidad. Nada se opone al empleo de tales vocablos, con tal de no ilusionarnos con la creencia de que tienen una significación etiológica real. 1/

Cuando se hace necesario recluir a un paciente, no falta quien fija la aparición de su psicosis en un determinado día. La realidad es que indudablemente estuvo enfermo durante años hasta que un día la sociedad se alarmó ante su conducta e insistió en que lo encerraran. La distinción es únicamente legal.

Para mí es evidente que la mayoría de las personas nerviosas son cuerdas, si bien algunas no están siempre bien equilibradas o no se dominan bien. Algunos sujetos angustiados son cuerdos, y otros no. Hay histéricos que difícilmente pueden calificarse de cuerdos. Algunos anoréxicos son cuerdos, otros no. Ciertos hipocondríacos apenas merecen el dictado de cordura; con relación a su salud, algunos alcohólicos son más cuerdos que otros, y algunas personalidades psicopáticas gozan de mejor salud mental que otras.

TRATAMIENTO:

Para referirnos a este aspecto, debemos tomar en cuenta que el médico no psiquiatra deberá tomar fundamentalmente una serie de factores que serán determinantes para su fructífera labor. Principiará por tener voluntad y paciencia, prudencia. A veriguar el tipo de neurosis que es, no disgustarse delante del

paciente, ser cortés, que haya inteligencia mútua, aunque muchas veces el don de tratar bien a los pacientes es innato. Deberá sentir afecto por el prójimo. No hay necesidad de haber estado enfermo para comprender enfermedades; deberá saber que los pacientes presentan maneras bastante extrañas; deberá dar importancia a las experiencias de los pacientes para compartirlas con ellos; deberá reflejar optimismo; deberá estar dispuesto a revisar una opinión; si no podemos curar al paciente, debemos evitar que se de cuenta de nuestro disgusto; recordemos que la primera visita del paciente al médico será la más importante; no es necesario que siempre se dé un diagnóstico orgánico; evitar hablar demasiado o demasiado poco; se explicará al paciente lo que se le hace y porqué se le hace; hay que decirle siempre la verdad; el médico además de buen observador necesitará buena retentiva para tratar al paciente; al paciente se le hablará en términos sencillos; es muy importante demostrar interés; cuando el paciente no está satisfecho, hay que presentarse amable; es importante reconocer los errores; hay que explicarles que ser nervioso no es una vergüenza; hay que hacer visitas domiciliarias; hay que resolver pronto cada problema; se les enseñará las reglas de la sociedad y ponerlas en práctica; evitar rencores y mala voluntad; combatir celos y envidia; vencer la timidez; adaptarse al matrimonio; combatir las preocupaciones; evitar derroches de emoción; hay que combatir las fobias; combatir el exceso de visitas al médico; enseñarlos a pensar en el prójimo; enseñarles a evitar la soledad; evitarles evadir la realidad; no debemos intentar dirigir las vidas de quienes nos rodean; evitar la autocompasión; mejorar la higiene mental; es necesario resignarse alguna que otra vez; es necesario aceptar cierto grado de fracaso de vez en cuando; se tratará evitarles actitudes paranoides.

En cuanto a la Psicosis: Lo más importante es descubrirla, luego el mejor camino es referirla a un Psiquiatra. Sin embargo, podemos adelantar algo, como: la famosa Psicoterapia individual o en grupo. Quiero hacer énfasis que yo he usado la mixtura del psicoanálisis elemental en la autorreflexividad. Además se puede emplear el Narcoanálisis, la Hipnosis, el baño permanente, y sedación prolongada.

CONCLUSIONES:

- 1.- Se efectuaron estudios en 400 pacientes, teniendo todos algún problema emocional, por el cual nunca consultaron.
- 2.- Se detectaron: 150 pacientes Angustiados; 150 pacientes Deprimidos; 75 pacientes Neuróticos y 25 pacientes con Pequeñas Psicosis.
- 3.- De los 25 pacientes con Pequeñas Psicosis, todos manifestaron tendencias al suicidio, de los cuales: dos se quitaron la vida; 8 se cortaron las venas (de éstos, 5 se arrepintieron, mientras que los otros 3 manifestaron volver a hacerlo, pero no lo cumplieron). Los 15 restantes quisieron morir intoxicándose con: aspirinas y licor 8 pacientes; 5 pacientes con barbitúricos y 2 pacientes con gasolina.
- 4.- De los 400 pacientes, 50 rechazaron la psicoterapia (por razones de trabajo o por prohibición del esposo cuando el paciente era mujer); 50 pacientes se perdieron de vista y los 300 restantes, se les logró ayudar en un 80%.
- 5.- De los 150 pacientes Angustiados: 100 pertenecían a la ciudad y 50 a lo Rural. De los de la ciudad: 45 iban a ser intervenidos quirúrgicamente; 25 iban a ser reintervenidos; 10 por esterilidad (9 mujeres y un hombre); 10 padecían de enfermedades crónicas y ancianidad y 5 pacientes tenían enfermedades incurables; el resto o sea 25 pacientes pertenecían a trastornos puramente emocionales. Los 50 pacientes Rurales: 25 pacientes practicaban la Poligamia (20 hombres y 5 mujeres); 10 por pérdida

de la virginidad; 8 por insatisfacción sexual o frigidez y 2 pacientes por esterilidad comprobada.

6.- De los 150 pacientes Deprimidos: 125 pertenecían a lo Rural y 25 a la ciudad. De los de la ciudad: 15 pacientes por problemas alcohólicos y 10 por pérdida de pariente cercano o por aborto. Los 125 pacientes Rurales: 75 pacientes por abandono de hogar; multiparidad 20 pacientes; alcoholismo 15; esterilidad 5; soltería 5 y desfloración voluntaria 5 pacientes.

7.- De los 75 pacientes Neuróticos: 25 pacientes provenían de familiares neuróticos; 10 eran Epilépticos; 15 habían sido excesivamente mimados en el seno familiar; 15 Esquizofrénicos y 10 pacientes eran o padecían de alguna clase de Paranoia.

Nota: Ninguno de los pacientes presentaba un cuadro único o puro.

8.- En el 75% de los pacientes se detectó que la causa principal de su problema emocional era debido a problemas Socioeconómicos.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Que todo estudiante de Medicina y Médico en general, dedique como mínimo 10 minutos para escuchar a todo paciente, no importando el motivo de consulta.
- 2.- Incrementar más el estudio sobre el tema expuesto con el propósito de ayudar más a la gente de escasos recursos.
- 3.- Tratar de romper el mito que sólo la gente de elevados recursos económicos necesita Psiquiatra.
- 4.- Que para impartir psicoterapia individual o de grupo no es necesario, mucho menos indispensable contar con una clínica con lujo de equipo; basta la buena voluntad del tratante y su formación al respecto.
- 5.- Que la Facultad de Medicina distribuya test MMPI en todos los Centros y Puestos de Salud para ser aplicados debidamente.
- 6.- Que los EPS Rurales den pláticas a la comunidad como una profilaxis emocional.
- 7.- Que los EPS Rurales deberían tratar de formar grupos AA en su comunidad y si ya lo hay, tratar de dar pláticas los mismos.
- 8.- Que el EPS Rural visite los centros de detención penal de su localidad para enterarse y ayudar a resolver los problemas internos.

9.- Que todo paciente con problemas psiquiátricos debe dársele tanta importancia como si se tratara de un A.C.V. o de una Insuficiencia Cardíaca.

10.- Que la Facultad de Medicina debería impartir cursos de Psiquiatría básica en los 6 años de la Carrera y no solamente en los primeros años.

11.- Que el Ministerio de Salud Pública debería contar con un Psicólogo o Psiquiatra en cada cabecera departamental o al menos en cada Jefatura de Área.

12.- Por último quiero recomendar que toda aquella persona - que siendo Médico, quiera dedicarse a la Psiquiatría, deberá pasar por ciertas pruebas que le evaluarán su orientación vocacional.

BIBLIOGRAFIA:

1.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA:

Autores: a) Cecil Loeb.

b) Beeson.

c) Mc. Dermott.

Edición: Decimo-tercera, 1,972.

Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C. V. México.

2.- LA ANGUSTIA VITAL: (Patología General de Psicopatología).

Autor: J. J. López Ibor.

Editorial: Paz Montalvo, España, 1,969.

3.- TRATADO DE PSIQUIATRIA:

Autor: Charles K. Hofling.

Traductor: Dr. Luis Augusto Méndez.

Editorial Interamericana, S. A., México, 1,969.

4.- PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA:

Dr. Noyes: Autor.

Lawrence C. Kolb: traductor.

Editorial: Prensa Médica Mexicana.

Edición: 1,974, cuarta edición en español.

5.- PSQUIATRIA:

Autor: I. F. Sluchevski.
Editorial: Grijalbo, S. A. México D. F., 1,963.
Traducción directa del ruso por el doctor Florencio Villa Landa y por Manuel de La Loma.

6.- INTRODUCCION A LA PSQUIATRIA INFANTIL:

Autor: Dr. Georges Heuyer y Pierre Joulia.
Editorial: Luis Miracle, S.A., Barcelona., 1,962.

7.- FUNDAMENTOS DE PSQUIATRIA INFANTIL:

Autor: Dr. Stuart M. Finch.
Editorial: Editorial Psique, Buenos Aires, 1,967.

Br. Rodolfo Roderico Rodas Hernández

Dr. Cyrano Ruiz
Asesor

Dr. Carlos Raúl Chinchilla
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano