

ARTICULO

Los matices del método clínico en psiquiatría

The characteristics of the clinical method in psychiatry

Dr. Ricardo Ángel González Menéndez.

Especialista de II Grado en Psiquiatría, Doctor en Ciencias, Profesor Titular y Consultante. Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera. Hospital Psiquiátrico de la Habana Dr. Eduardo Ordaz.

RESUMEN

Luego de algunos comentarios sobre el contexto mundial actual que sirve de marco a la atención médica y tras considerar la sub valoración profesional de la relación médico paciente y del método clínico como secuelas de la tecnificación mal incorporada y la privatización de la gestión médica, así como de la negativa influencia de la prensa amarilla y los legistas cazadores de demandas, se proponen algunas reflexiones sobre el método clínico en psiquiatría.

El autor aborda las especificidades de este método en la atención integral de los pacientes con afecciones psíquicas. Destaca la alta significación del establecimiento de las relaciones equipo de salud—paciente—familiar, y de cumplir con especial dedicación las etapas de la entrevista médica con estos pacientes que están entre los más necesitados de respeto, comprensión, disposición de ayuda y no enjuiciamiento.

Palabras clave.- Método clínico; especificidades en la asistencia psiquiátrica

ABSTRACT

Some considerations about the clinical method in psychiatry are made. There are pointed out the present world context of medical care, the deterioration of the doctor patient relationship and also the clinical method, as sequelae of wrong use of technology, the privatization of medical care and the negative influence of yellow press and claims of lawyers. The author explains the specificities of the clinical method in a comprehensive medical care for psychiatric patients. It is

emphasized the importance of developing adequate health team-patient-relative relationships, especially to fulfill the stages of the medical interview in these patients, who are needed of respect, understanding, help disposition and no judging.

Key words: Clinical method; Specificities in psychiatric care

Lázaro, J y Gracia, D en un interesante trabajo⁽¹⁾ destacan que los cambios sufridos en la relación profesional con los pacientes y familiares en los últimos 50 años, han sido mayores que los constatados en los 25 siglos precedentes y nosotros agregamos que desgraciadamente dichos cambios no han sido para mejorar.

Muchas son las causas que explican la actual pendiente resbaladiza que amenaza con transformar a la más humana de las profesiones en la más frustrante de las gestiones de servicio y a convertir la sub valoración mundial de las relaciones con los usuarios, así como el abandono del método clínico, en los dos talones de Aquiles de las gestiones asistenciales del equipo de salud en nuestros días.⁽²⁾

Si reflexionamos sobre lo ocurrido luego del clímax humanístico alcanzado por el médico de familia durante su ejercicio en pequeños poblados, reconoceremos que la centralización de los servicios médicos en grandes ciudades, con el consecuente alejamiento del clásico vecindario, junto a una explosión tecnológica mal incorporada, y la reducción notable del principal reforzador vocacional que es la satisfacción de los

Correspondencia:

Dr. Ricardo Ángel González Menéndez.

Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera.

Hospital Psiquiátrico de la Habana Dr. Eduardo Ordaz.

Dirección electrónica: isaric@infomed.sld.cu

usuarios, resultan factores de primer orden. ⁽³⁾

En medios neoliberales resultan igualmente catastróficos la aparición de empresas privatizadoras como Managed Care que limitan cada vez más el tiempo de la entrevista y las opciones de los facultativos para indicar los recursos terapéuticos con la consecuente frustración de profesionales y usuarios, mientras que sus directivos obtienen anualmente ganancias superiores de los 15 millones de dólares. ⁽⁴⁾

Los principales indicadores de este caos, son los frecuentes cuadros de burn out en los miembros del equipo de salud y cuando estas manifestaciones se hacen masivas e incorporan los conflictos de identidad profesional expresados por la duda o rechazo de su elección de carrera, deviene enfermedad de Tomás, ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ designación derivada del nombre del protagonista de la novela de Milán Kundera "La insoportable levedad del ser" un neurocirujano frustrado que cambió su profesión por la de camionero.

La consecuencia más importante del abandono casi total del método clínico, es llegar a considerar el ejercicio médico como la desmesurada y costosa indicación de exámenes complementarios--no carentes de efectos nocivos--con el propósito de ¿diagnosticar? enfermedades y ¿tratarlas? con recursos tecnológicos cada vez mas sofisticados e innecesarios. Todo ello en un contexto carente de humanismo, comportamientos que de no ser superados implicarían para el equipo de salud, el riesgo de ser desplazado por computadores y robots, lo que conduciría finalmente al método clínico a un lenguaje digital que implicaría retroceder a tratar enfermedades en vez de enfermos. ⁽⁷⁾

En lo relativo a la comunicación interpersonal con los usuarios, la primera evidencia del "descalabro" clínico fue dejar de informar, después llegó el dejar de interrogar, posteriormente la sub valoración y abandono de la trascendente actitud de atenta escucha y finalmente la indicación de complementarios como alternativa al examen físico, y sin explicación alguna de sus objetivos. En esta dolorosa cuesta abajo el ser humano devendría conjunto de órganos aparatos y sistemas con lo que las fronteras entre la medicina humana y la veterinaria dejarían de existir.

Por otra parte, los trascendentes pasos de la entrevista médica se reducirían a la recepción de números en vez de personas; a un interrogatorio limitado al motivo de consulta; a un examen físico limitado a la toma de la tensión arterial y sólo en los casos en que dicho acto médico sea reclamado por el usuario; a la ausencia total de informaciones ansiolíticas; a la indicación mecánica de complementarios innecesarios; y a una despedida siempre carente del estrechón de manos o la palmada en la espalda esperada por nuestros usuarios como paradigma del contacto piel con piel. ⁽⁸⁾

Es también importante reflexionar sobre la trágica realidad de que aún en las más prestigiosas universidades médicas a nivel mundial, el resultado final

de la instrucción y ¿educación? médicas, es egresar facultativos y tecnólogos, cada vez mas actualizados pero menos compasivos, cada vez mas técnicos pero menos involucrados, cada vez más entrenados pero menos disponibles, cada vez mas equipados pero menos reflexivos, cada vez mas informados pero menos solidarios, cada vez mas ocupados pero menos virtuosos y cada vez más capaces de hacer pero menos capaces de estar, aliviar y consolar. La última, pero no por ello menos importante característica, sería cada vez mas burocratizados pero menos humanizados. ⁽⁹⁾

Pareciera que por diferentes razones en los días que corren muchos profesionales en sus relaciones con los usuarios, se alejan cada vez más de las concepciones martianas sobre el ejercicio médico, cuando sentenció que "de besos han de tener los médicos las manos llenas" e igualmente cuando en clara referencia a la relevancia de la inteligencia emocional en las relaciones interpersonales legó a la humanidad su brillante aforismo: "Virtudes se necesitan más que talento".

Como trágica consecuencia de la caótica situación descrita, los facultativos a nivel planetario se alejan de las enseñanzas de Hipócrates, Galeno, Avicena, Averroes y otros relevantes pioneros de la clínica y en nuestro medio, de las recibidas de grandes maestros como Iglesias Betancourt, Ilizástigui, San Martín, Enriquez Elesgaray, Rodríguez Rivera, Rodríguez Silva, Franco Salazar, Baeza, Pena, Selman, Bustamante, Fernández Mirabal, Mercedes Batule y del más relevante cruzado por la defensa del método clínico en Cuba, autor de trascendentes trabajos sobre el tema, el profesor Miguel Moreno. ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾

Fueron ellos quienes nos enseñaron a tomar en cuenta los objetivos y el estado afectivo del paciente según la severidad de su afección, así como las distorsiones en la comunicación entre muchos otros secretos de la relación médico paciente. Ellos también resaltaron la importancia de cumplir cabalmente todos los pasos de la entrevista médica, e insistieron en el manejo adecuado de la inspección, palpación, percusión y auscultación, siempre con la actitud reflexiva integradora que posibilita el trayecto progresivo del síntoma y el signo al síndrome, del síndrome a la valoración nosográfica y de ella, al diagnóstico diferencial, a la selección de los exámenes complementarios imprescindibles en cada caso, al establecimiento del pronóstico y al planeamiento terapéutico, así como a sus modificaciones cuando así lo exigiera la evolución del enfermo. De ellos aprendimos igualmente los recursos persuasivos ante la petición del paciente de estudios complementarios innecesarios, sin que se afectara la relación profesional con los usuarios.

Dejando por sentado que la Clínica es la madre de las ciencias médicas y su método el más brillante, efectivo y humano recurso cualquiera que fuese la especialidad en que se aplica, nos proponemos abordar en forma sintética algunas de las especificidades del método clínico en la práctica psiquiátrica y como introducción

invitamos al lector a reflexionar sobre esta carta recibida años atrás, de un joven paciente sudamericano en la que encomiaba mi alto nivel científico e infinita bondad, entre otros muchos mensajes orientados a expresar su profundo respeto, afecto y gratitud por las atenciones recibidas durante su ingreso. Esta misiva, que considero totalmente sincera, iba sin embargo acompañada--en igual sobre--por una nota en la que dirigía una apasionada y crudamente carnal declaración de amor a una mujer mayor y también psiquiatra, que además de poder ser su abuela, es mi esposa.

Si reflexionamos sobre esta conducta apreciaremos que junto a una notable afectación de la crítica y gran desorganización en sus funciones psíquicas y personalidad, existen en el remitente de la misiva--que pese al mensaje aún sigo apreciando mucho--enormes distorsiones de la lógica formal y dialéctica por lo que su comunicación, totalmente contradictoria sirve de ejemplo a las dificultades para recoger la anamnesis en este tipo de enfermo.

De igual manera recordamos a un paciente cubano que con una fractura total y desplazada del cuello del húmero hacía--de pie junto a su cama--movimientos rotatorios del brazo afectado, conducta que dada la severidad de la afección traumática, podría determinar en otras personas un dolor capaz de conducir a la pérdida del conocimiento. Esta experiencia nos habla del alto umbral de percepción del dolor en el enfermo esquizofrénico, característica clínica ratificada con la observación de otro paciente--con igual diagnóstico--que comía con formidable apetito, en plena evolución de un gran drama abdominal por la perforación de una úlcera gastroduodenal. Es también conocido el grado de inmuno depresión del paciente psiquiátrico como expresión de su hipofrontalidad y de la acción inmunodepresora de los medicamentos antipsicóticos.⁽¹²⁾

Estas experiencias recogidas durante mis 48 años como psiquiatra destacan algunos de los obstáculos que debemos salvar para estudiar integralmente a los pacientes psiquiátricos. A ellas se suman sus limitaciones como fuente de información que los acercan mucho a un recién nacido, con la diferencia de que en los niños podemos contar con la madre como valiosa fuente indirecta, debido a su permanente actitud de observadora participante que desafortunadamente no es la más frecuente ni factible en el enfermo mental severo, debido al habitual "derrumbe" evolutivo de su red familiar de apoyo.

Dicho de otra forma, la aplicación del método clínico en psiquiatría exige, que junto a un cuidadoso interrogatorio y examen físico orientados a detectar afecciones predominantemente somáticas, se realice un profundo examen psiquiátrico cuyos propósitos fundamentales son determinar el estado de las funciones psíquicas y de la personalidad para precisar el nivel de desajuste de sus potencialidades adaptativas creadoras

al medio.

El examen psiquiátrico es a la vez pauta de exploración y documento de la historia clínica al que se transcriben los hallazgos que serán predominantemente manifestaciones de carácter subjetivo, aun cuando existen signos como el almohadón aéreo y la hipertonia muscular en los pacientes catatónicos, el omega en la frente de los deprimidos, el hocico de tapir y el frecuente chupeteo de los esquizofrénicos, así como el deterioro de hábitos estéticos e higiénicos y el penoso atesoramiento expresado en los sacos llenos de objetos inservibles que acarrear los enfermos por las calles cuando carecen de tutoría familiar.⁽¹³⁾

El primer acápite del examen psiquiátrico es la descripción general del enfermo que permite valorar si el funcionamiento actual del paciente coincide con el esperable según su historia personal y desarrollo. El segundo se orienta a la valoración de las funciones de síntesis o conciencia, que implican el nivel de vigilia, la atención, la comprensión, la orientación y la memoria, funciones cuya afectación debe hacer pensar en la posibilidad de trastornos encefálicos capaces de conducir a relevantes secuelas e incluso a la muerte, como podría ocurrir con los hematomas subdurales, trastornos endocrinos y dismetabólicos, infecciosos o neoplásicos.

Los restantes acápites exploratorios abordan las capacidades intelectuales y las de relación, seguidas de las funciones cognoscitivas (sensopercepciones y pensamiento), las funciones afectivas y las conativas que incluyen la conducta en general y las necesidades..

Volvamos ahora al paciente de las dos cartas y comprenderemos la importancia de lograr en lo posible, el establecimiento de una relación amable y respetuosa, consistente y confiable, evitando preguntas inductoras y siempre pidiendo al enfermo el texto vivencial demostrativo que permita valorar si las preguntas han sido comprendidas y también descartar cualquier intento de simulación cuando se trata de un examen pericial.

Por otra parte la interpretación adecuada de las vivencias del paciente exige al clínico psiquiatra asumir la posición de observador participante, cuya esencia es ubicarse en el lugar del paciente, sentir en algún grado como él y mostrarle nuestro sincero interés por ayudarlo, actitudes pese a las cuales no podemos disminuir la cautela para evitar interpretaciones distorsionadas por nuestras propias vivencias o estados afectivos y desde luego, también por las del paciente.

Tan solo unas semanas atrás, mientras explorábamos junto a los alumnos, la memoria inmediata de un paciente de alto nivel cultural y sin afección alguna que deteriorara su memoria, apreciamos que en la respuesta al cuento prueba del carbonero que al vestirse de traje fue desconocido por su perrito que comenzó a ladrarle, la apreciación del paciente sobre la causa de los ladridos, fue que con dicha conducta expresaba su disgusto por haber sido abandonado por el carbonero

mientras entró a la sastrería.

No fue para nadie difícil comprender dicha distorsión cuando una vez concluida la entrevista les informamos que el paciente en cuestión, estaba muy preocupado por no haber recibido visitas de su hijo en los dos últimos meses.

Como resulta inferible, la utilización de fuentes indirectas de información son fundamentales, sobre todo en lo referente a conocer si existe carga familiar psicótica o suicida, así como las características del parto y desarrollo infantil insistiendo en afecciones del sistema nervioso, convulsiones febriles y traumas craneales relevantes, así como su desarrollo escolar y laborar.

Fue mi gran maestro y tutor de mi formación psiquiátrica el inolvidable profesor Armando Córdova Castro quien por vez primera me transmitió la apreciación de Emil Kraepelin (el padre de la Psiquiatría alemana).de que el nivel de humanismo de un país podía medirse por la forma en que atendía a sus enfermos mentales. Asimismo aprendí de sus formidables tácticas exploratorias con los enfermos, cuanto valor tenían el respeto, la amabilidad y el sincero interés por escucharles y ayudarles.

Fue también él, quien me enseñó el enorme valor para el paciente de que el profesional lo recibiera de pie y con un estrechón de manos, comportamiento cuyos frutos son tanto más valiosos cuanto más humilde sea el enfermo.

A modo de conclusiones queremos resaltar que pese a los obstáculos comentados para identificar las manifestaciones psicopatológicas y somáticas en los pacientes psiquiátricos, el éxito de las gestiones depende en gran parte del cumplimiento de las normas para el establecimiento de relaciones positivas con ellos y sus familiares, así como darle la importancia adecuada al cumplimiento de los diferentes pasos de la entrevista, mediante una comunicación cara a cara, en la que el profesional, desde su posición de observación participante, sea capaz de ubicarse en la situación del enfermo, sentir en algún grado como el y mostrarle un profundo respeto en actitud sensible, comprensiva, amable, genuina, congruente, consistente y no enjuiciadora, en la que la atenta escucha y la comunicación--siempre planificada--permita conocer el drama del enfermo y contribuir a su solución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra. 2006; 29.
2. González R. La Relación Equipo de Salud, Paciente Familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2005.
3. González, R. Significación humanística y terapéutica del colectivo moral y de la relación usuario institución. Rev. Cub. Salud P. PDF 2009, 35 (3) Julio-Sep., Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300011
4. Muñoz R, Eist H. People vs. Managed Care. Washington, D.C.: Edit. A.P.A. Alliance Care;2000.
5. Gervas, J; Hernández, Monsalve, L. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Editorial Med. Clin. (Barcelona). 1994;103 (5): 421-422.
6. Gervas, J; Hernández, Monsalve, L. La enfermedad de Tomás, ¿Epidemia o pandemia? (Carta al Director). World Psychiatry [Edición en español].2006; 3 (3):190.
7. González, R. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet] . 2006 citado Sept 2008; 32 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011
8. González, R. Humanismo, Espiritualidad y Ética Médica. La Habana: Editora Política;2006.
9. González, R. La unidad bio-psico-socio-cultural y espiritual del hombre. Su importancia en la formación del médico. Rev Hosp Psiqu Habana [serie en Internet]. 2004 citado Sept 2008 ;1(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0104/hph08104.htm>
10. Moreno M. El arte y la ciencia del diagnóstico clínico. Principios seculares. La Habana: Editorial Científico Técnica ;2001.
11. Moreno, M. Ética, Tecnología y Clínica. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2006 citado Sept 2008 ;32 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso
12. Arce S. Inmunología Clínica y Estrés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2007
13. González, R. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana Editorial F. Varela 2009.