

# Repercusiones psicológicas de la enfermedad orgánica en un ambiente expedicionario de montaña

DR. J. R. MORANDEIRA.

No pretendemos ocuparnos, al realizar este trabajo, de los problemas psicológicos planteados en la medicina expedicionaria como consecuencia de las especiales condiciones de vida, de convivencia, o de los factores ecológicos (terreno, altura y clima). Nuestra intención es ceñirnos a la consideración de los problemas psicológicos que, la presencia de una enfermedad orgánica (sobre todo si reviste caracteres de gravedad y urgencia), plantea entre los miembros de la expedición.

## I. — FACTORES CONDICIONANTES

Los factores condicionantes de la medicina expedicionaria desde el punto de vista psicológico, creemos que pueden esquematizarse en tres puntos fundamentales:

1.º Cuando un expedicionario se accidenta o cae enfermo, el resto de los componentes del grupo hacen las veces de familiares y deudos del enfermo.

2.º La relación médico-enfermo viene avalada y matizada por la lógica amistad que, en estos casos, suele existir entre ellos.

3.º La aparición de la enfermedad, por las especiales condiciones del medio ambiente en que se presente, y porque las más de las veces reviste caracteres de urgencia, tiene repercusiones peculiares.

## II. — ASPECTOS CLINICOS GENERALES DE LA MEDICINA EXPEDICIONARIA

Al hacerse cargo de un grupo expedicionario, el médico se encuentra con una serie de individuos de cuyo estado de salud ha procurado obtener el máximo de información a través de los reconocimientos médicos previos. Es lógico suponer que, aquellos que presentasen cualquier defecto o enfermedad que les incapacitase para la práctica de la actividad deportiva que nos ocupa, hayan sido aconsejados para que desistan de la misma. Partimos pues de la base de unos deportistas sanos, sin enfermedad alguna reconocida, y sobre cuya capacidad física posee la máxima información el médico que se enrola en su empresa.

Por otra parte, es indudable que, las enfermedades orgánicas que pueden afectar a un grupo expedicionario, revisten distintos «grados» de intensidad, gravedad y urgencia. En dependencia de ello, debemos hacer hincapié en que, aquellas enfermedades leves, a las que ni el mismo afectado concede gran importancia, tienen escasa o nula repercusión sobre el enfermo o sobre sus compañeros de aventura. Otro muy distinto es el caso de enfermedades de mayor

o menor gravedad real, pero que confieren al afectado una conciencia de enfermedad grave. Estas últimas, de presentación aguda en el 90 % de los casos, tienen su máximo exponente en los accidentes traumáticos, requieren muchas veces una actuación quirúrgica, y plantean una situación de urgencia cuyo carácter fundamental viene dado por las circunstancias siguientes:

1.º Aparición súbita, brusca y dramática que enfrenta al que la padece ante un dilema para el que no está preparado de antemano.

2.º La decisión terapéutica coloca al enfermo ante la disyuntiva de aceptarla en un plazo corto, por lo que tal aceptación lleva en sí misma la impronta de la impremeditación.

De estas consideraciones se deduce, ya en principio, que estas situaciones al incidir bruscamente en el sujeto enfermo provocan en él una reacción que, forzosamente, está matizada por su propia personalidad psíquica y somática, absolutamente unitarias e inseparables, o, como dice XAVIER ZUBIRI, el cuerpo del hombre habrá de consistir en ser cuerpo de un alma, y el alma del hombre, en ser alma de un cuerpo.

Por nuestra experiencia en este tipo de medicina deportiva sabemos que, en nuestra casuística, se aglutina una patología muy diferente pero que tiene un denominador común: *el dolor*.

No cabe, en un estudio de la índole del nuestro, que nos ocupemos de los receptores del dolor, de la producción del dolor en los receptores, de la conducción del mismo, de sus vías, así como de sus proyecciones, propagación, irradiación y medicación.

Tiene, en cambio, especial importancia, desde nuestro punto de vista, la conexión entre la observación clínica sobre las bases anatomofisiológicas y la interpretación psicológica e, incluso artística, del dolor. La experiencia humana del dolor corporal, como hemos vivido, penetra profundamente en numerosos aspectos de la personalidad y es modificado por el paciente, en su aparición, como forma reactiva de expresión. De ahí que el dolor no pertenezca a fenómenos que pueden medirse en calidad y cantidad, sino que varía ostensiblemente en las personas en relación consigo mismas y con el ambiente. Y de ahí, también, que el dolor tenga una «esencia» y un «significado», porque, como dice SAUERBRUCH en su magnífico libro, revisado y actualizado recientemente por WENKE, la fisiología del dolor explica, en todo caso, solamente el origen, recepción, transmisión y reacción de la excitación dolorosa, pero no su efecto psicológico y su desarrollo, su penetración en el conocimiento humano y su transformación en experiencia dolorosa, con sus consecuencias psíquicas y somáticas.

Si no se ha logrado una definición satisfactoria del dolor, comprenderemos ahora que la dificultad estriba, en gran manera, en el hecho de que a este vocablo corresponden una multitud de hechos y de matices cuyo nexo común está en la naturaleza desagradable de la vivencia, de la experiencia vital y psicológica a que pertenece. Salvando estas dificultades, nos parece que la mejor caracterización del problema del dolor nos la ha dado un eximio y genial cirujano que ha pasado gran parte de su vida dedicado a estudiarlo. Nos referimos concretamente a LERICHE, para quien el dolor es el resultado de la interferencia de un estímulo con la personalidad individual entera. Es un fenómeno integral.

Así las cosas, ya se comprende, como dice BAUER, lo interesante que resulta saber qué clase de persona se queja de dolor, de lo que, en muchos casos, podemos obtener una información preliminar por la «manera» de quejarse: ¿expone sus dolores y molestias de un modo verboso, empleando para su descripción superlativos que contrastan con su cara sonriente; ¿es su dolor mal definido, vago, variado y acompañado de toda clase de lamentos diferentes, difíciles de explicar a base de cualquier dolencia orgánica conocida?; ¿titubea el enfermo o es incapaz de contestar con precisión a las preguntas relativas a sus quejas con un sí o con un no? El dolor de este tipo de personas requerirá probablemente una investigación en cuanto a los factores emocionales que preceden o acompañan a la enfermedad.

Como contrapunto a lo expuesto hay múltiples ejemplos sobre el papel que la «emotividad» (función primordial del tálamo), y la acción de la voluntad (función de la corteza), pueden ejercer sobre el dolor. LERICHE ha referido observaciones de oradores, profesores y cirujanos en los que el dolor cesaba cuando concentraban su atención para hablar u operar, experiencia esta última por la que nosotros mismos hemos pasado algunas veces. Muy conocido y recordado es el caso de Santo Tomás de Aquino, que soportó una intervención cruenta leyendo un libro de filosofía. Todos conocemos casos de alpinistas que, olvidados del dolor de sus lesiones, han superado situaciones verdaderamente críticas.

Continuando con nuestra estadística, siguen en importancia los traumatismos y las fracturas. Aquí el dramatismo del cuadro clínico viene dado por su misma etiología; pero en él se imbrican una serie de aspectos psicológicos, ausentes en las afecciones del grupo anterior, que algunas veces matizan de tal manera el cuadro, que llegan a preponderar sobre los factores meramente etiológicos del mismo. Así,

en los accidentes juegan, en todos los casos, aparte del etiológico, otros aspectos menos definidos, tales como el sentido de responsabilidad, la sensación de incapacidad para descender al campamento, y otros por el estilo que pueden llegar a sobrepasarlo en importancia, por lo menos desde el punto de vista clínico.

Las hemorragias van impregnadas, por su ostensibilidad, de un sentido afectivo que, con frecuencia, minimiza lo etiológico por el engrandecimiento de lo psicológico. Hemos comprobado, no pocas veces, cómo al calmar el estado de ansiedad y la angustia de un enfermo con una hemorragia hemos obtenido un beneficio muy superior al logrado con los más acreditados hemostáticos.



Incluso en cuadros hemorrágicos desprovistos de gravedad, la angustiada visión de la sangre, que en frase gráficamente aragonesa es «muy alparcera», puede motivar cuadros clínicos realmente alarmantes. Recordamos el caso de un accidentado, shockado y enormemente deprimido porque sangraba ininterrumpidamente por una efracción venosa de la pierna, para cuyo tratamiento de urgencia le habían colocado sus

compañeros de cordada un garrote precisamente por encima del punto sangrante. No tuvimos más que retirar el garrote para que la vena dejara de sangrar, y, puesto que tal maniobra fue apoyada por una simple explicación del motivo de la persistencia de la hemorragia, logramos en unos instantes una drástica desaparición del alarmante cuadro clínico que exhibía el accidentado.

### III. — INFLUENCIA DEL MEDIO HUMANO Y AMBIENTAL

Consideraremos sucesivamente una serie de apartados:

#### 1.º *Impacto de la enfermedad en el grupo expedicionario*

Conocida la enfermedad o el accidente de uno de sus compañeros, se inicia un movimiento de solidaridad en el resto de los expedicionarios que unas veces, las más, es enternecedor, mientras que otras, las menos, traduce algún otro interés o sentido ya no tan encomiable. Como dice LAIN ENTRALGO, por leve que sea una enfermedad, la vivencia de padecerla nos descubre que nuestra realidad, es vulnerable; pero, además la vivencia de la enfermedad pone de manifiesto —con mayor intensidad, quizá, que cualquier otra experiencia humana— nuestra menesterosidad de «otros», y, por lo tanto, nuestra apertura a la coexistencia. Tal vez sea esto el motivo por el que, enterados de la situación, los demás expedicionarios suspenden todas sus actividades y olvidan sus grandes o pequeñas rencillas para volcarse en ayuda del enfermo o accidentado. Esta actitud, nos recuerda a esos grupos familiares compactos, auténticos clans, que todos hemos visto esperando ansiosamente en el vestíbulo de los hospitales las noticias de la marcha de la intervención a la que, en aquellos momentos, está sometido uno de sus deudos.

Señalemos que, el efecto de la enfermedad va más allá de la propia persona del enfermo para incidir sobre el medio humano que le rodea y que recibe el impacto amortiguándolo, deformándolo y transfiriéndolo a través de su peculiar idiosincrasia. Por de pronto, casi nunca es el enfermo el primero en conocer la necesidad de una terapéutica o de una táctica (posible evacuación) que el médico discute previamente con sus compañeros según la mayor o menor claridad del cuadro clínico. Si el médico tiene seguridad en el diagnóstico y en la conducta a seguir, el acatamiento de sus decisiones no suele plantear problemas. Muy otras son las cosas cuando el diagnóstico no puede concretarse y la gravedad del proceso es dudosa.

Piénsese que, la evacuación de un enfermo, puede suponer el fin de una expedición costosa, larga y penosamente preparada, sin que pueda alcanzar sus objetivos. Surgen en estos casos las diferencias de criterios y las discusiones se eternizan. Este hecho, al parecer intrascendente, no suele tener consecuencias cuando el enfermo ha resuelto favorablemente su problema morboso; pero piénsese en las consecuencias que tendría en el caso de que el enfermo falleciese o quedase mutilado por no haberse decidido a tiempo su evacuación.

## 2.º *Influencia de la personalidad del enfermo en su respuesta a la enfermedad*

Quienes normalmente nos desenvolvemos en un ambiente quirúrgico, conocemos sobradamente un hecho que es lo suficientemente elocuente como para que deba ser tomado en consideración; nos referimos a lo poco que nos preocupa lo que en nuestro «argot» llamamos un enfermo o enferma «plañidera», que antes de la operación gime y llora desconsoladamente, encontrando en este comportamiento, sin que él lo sepa, la forma de liberarse del miedo que lo atenaza y atormenta; casi siempre resulta un enfermo que nos proporciona pocas preocupaciones en el postoperatorio. Muy otro es, en cambio, lo que acontece con el enfermo que nosotros llamamos «fanfarrón de quirófano», que se tipifica, dentro de un falso concepto de la valentía, por un alarde de impasibilidad ficticia que lleva a extremos de solicitar que le autoricemos a presenciar su propia operación en el espejo; aquí el miedo es retenido y reprimido, está ausente el fenómeno de catarsis del enfermo plañidero, y las consecuencias de esta conducta de avaricia afectiva son, en no pocas ocasiones, muy desagradables.

De lo antedicho se desprende la importancia que, en el triángulo enfermo-médico-enfermedad, puede llegar a tener la personalidad del enfermo. Es por ello, que, aparte su utilidad para la solución y prevención de otros diversos problemas (entre los que lo relativo a la armonía de convivencia entre los expedicionarios es de índole fundamental), hemos insistido siempre en la necesidad y conveniencia de que el médico se procure un estudio psicológico previo, lo más completo posible, de los componentes del grupo expedicionario.

Como al hablar de personalidad lo hacemos comprendiendo en ello la «organización de los aspectos cognoscitivos, afectivo, conativo, fisiológico y morfológico del individuo», inserto en una realidad social y ligado al lugar que ocupa en su ambiente (SHELDON), ya se comprende que los matices de la respuesta a la enfer-

medad pueden variar tanto como variables pueden ser los diversos factores dentro de la personalidad del enfermo.

Si para seguir un orden expositivo echamos mano de la clasificación caracterológica de LE SENNE, una de las más utilizadas, y, desde luego, la que nosotros utilizamos más corrientemente, por razones que no son del caso, nos encontramos con que la respuesta a la agresión orgánica es, en sus distintas familias, como sigue:

a) El *nervioso*, inconstante y versátil, casi siempre, reacciona ante el diagnóstico y la indicación terapéutica con un comportamiento que oscila entre la indiferencia de los amorfos y la insolencia de los coléricos; con escasa objetividad intenta imponer al médico su propia interpretación de la enfermedad, callando lo que éste intenta conocer de su sintomatología y describiendo prolijamente detalles que nada importan dentro del cuadro que padece; por otra parte, cuando el médico se mantiene firme en el diagnóstico, reclama el consejo de sus compañeros, e, incluso se deja aconsejar por aficionados y curanderos aborígenes que pueda encontrar.

b) El *sentimental*, en cambio, si ve que el médico presta gran atención a la enfermedad y, sobre todo, si demuestra interés por el enfermo, confía en sus posibilidades de curación y se somete dócilmente a la indicación, ante la que, incluso, se comporta como si se tratara de un acontecimiento largamente esperado. Este es el enfermo que más se desilusiona cuando, ante lo dudoso de la indicación, el tratamiento no se lleva a efecto por no ser necesario o por otra causa cualquiera.

c) Para el *colérico*, la idea dominante se centra en librarse lo antes posible de sus molestias, y puesto que suele sentir simpatía y confianza en el médico acepta sin vacilación la indicación terapéutica, y conminativamente solicita que se lleve a cabo inmediatamente.

d) También el *pasional* tiene confianza en el médico, cree en él y acepta sin reservas la indicación terapéutica, y puesto que, habitualmente, los pasionales son correctos, naturales y directos, son los que más facilidades dan para el diagnóstico, aunque, por contra, puesto que suelen ser muy suspicaces, el médico debe de medir con atención las palabras, los ademanes y los gestos con que se dirige al enfermo, y de los cuales está pendiente. Es el enfermo que con más valentía se somete a las exploraciones diagnósticas y a las maniobras terapéuticas, aunque sean dolorosas.

e) El *sanguíneo* recibe la propuesta de tratamiento con bastante inteligencia, y si bien por su indiferencia no la reclama con la urgencia

con que lo hace el colérico, por su sentido práctico y su gran capacidad de acomodación, se somete a él con docilidad y hasta con alegría, porque considera a la terapéutica como el método más rápido y el más radical de una curación que él ansía completa para proseguir su actividad y el disfrute de la vida, a la que está fuertemente inclinado. Por eso, las dos preguntas que formula con más frecuencia se refieren al tiempo que tardará en poder reanudar su actividad y si quedará totalmente bien.

f) Como los *flemáticos* tienen fe en la ciencia y en la técnica y como en ellos predomina la prudencia, piensan ante todo, en los riesgos que corren de no someterse a la pauta que se les propone, y por la sistematización de su pensamiento unida a la secundariedad de que gozan, ayudan extraordinariamente al médico en el diagnóstico por lo concretas de sus explicaciones y de sus respuestas. Aceptan impasibles la propuesta que se les hace y, gracias a la falta de emotividad y a la actividad de su carácter, responden con entereza incluso a las circunstancias más adversas.

g) Los *amorfos* y los *apáticos* responden ante la enfermedad, como ante las restantes circunstancias que les plantea la vida, con desinterés. Tanto sus respuestas como toda la exploración carece de concisión y el médico se ve forzado a intuir la sintomatología, buscándola insistentemente y sopesándola por la discordancia y la vaguedad de las molestias, que, muchas veces, son ambiguas sólo por temor a contrariarle. Sentada la indicación no es fácil que la decisión parta del propio enfermo que se refugia en sus amigos más íntimos, quienes son, casi siempre, los que tienen que suplantarle en el momento de decidirse.

### 3.º *La actitud del médico*

Primordialmente las condiciones del medio en que se desarrolla su acción, la actitud tranquila y confiada del médico, demostrando seguridad en lo que debe de hacer y en la eficacia curativa de su actuación, tiene en estas circunstancias un significado especial en orden a conseguir la mayor tranquilidad de todos. En un entorno totalmente aislado del ambiente social ciudadano habitual para el enfermo que, por otra parte, ha estado esperando en ocasiones durante horas la llegada del médico hasta donde él se encuentra; donde existe un déficit de medios y posibilidades terapéuticas que el propio enfermo es el primero en conocer, es fundamental conseguir su total confianza en el médico ya que, todos sabemos cuán distinta es la respuesta ante la enfermedad del enfermo confiado y del que no lo está, porque el prime-

ro da libertad a su miedo, mientras que el segundo lo rechaza a su subconsciente, en donde su acumulación puede llegar a provocar verdaderos cataclismos.

Creemos que, ante la existencia de un enfermo, el médico, sin abandonar su relación de amistad y compañerismo, debe saber imponer su autoridad. Así, a la hora del diagnóstico ha de considerar no sólo los síntomas y signos meramente orgánicos sino, también algunas veces, otros motivos menos confesables como el deseo, más o menos inconsciente, de participar en una actividad determinada o, por el contrario, de permanecer apartado unos días de los problemas diarios y con el aliciente de la justificación conmisericordiosa, y el cuidado de los que le rodean.

Sea lo que fuere, el médico ha completado la exploración y entonces, la conducta a seguir por éste depende sustancialmente de las siguientes circunstancias:

a) El diagnóstico y la indicación son claras, indudables.

b) El diagnóstico es claro, pero existen determinadas circunstancias que aconsejan meditar la conveniencia de retrasar o postponer la terapéutica, o, más frecuentemente la evacuación.

c) Existen dudas razonables sobre la gravedad y las indicaciones.

La intranscendencia de las precedentes consideraciones se comprende fácilmente si se piensa que el médico no puede hurtar la decisión que adopte a la consideración del enfermo o de sus compañeros de expedición, y que de ella depende en muchos casos el porvenir del enfermo y de los planes de la expedición.

Consideramos que el médico debe informar al enfermo y a los expedicionarios en términos claros, simples y concisos de lo qué y por qué se va a hacer, así como del pronóstico previsible. Con ello se cumplen los siguientes objetivos:

a) Se evitan los conceptos erróneos y se asegura la máxima cooperación de todos.

b) Se reduce la ansiedad que casi constantemente acompaña a estas situaciones.

c) El manifiesto interés del médico le permite a éste establecer una excelente relación con el paciente y gana la confianza de sus compañeros.

d) Su comprensión y paciencia se convierten en poderosas armas terapéuticas.

e) Todo lo anterior redundará en la buena marcha y organización del resto de los aspectos de la expedición, tan necesarios en toda circunstancia.

Así como esta conducta nos parece acertada, pensamos, en cambio, que es exagerado re-

cargar la mente del enfermo o de los demás expedicionarios con ideas médicas que no van a comprender, corriendo el riesgo de que sean interpretadas erróneamente.

#### 4.º *Lo que esperan los expedicionarios del médico*

Ante todo y sobre todo, que los libere de cualquier preocupación médica, sea curativa o profiláctica. Piensan que para eso está el médico en la expedición y por tanto, es de su incumbencia todo lo relacionado con la medicina ya sea teórico o práctico, con respecto a previsiones (vacunas, tratamientos profilácticos, cuidados higiénicos, alimentación), organización y transporte del material y equipo médico, conocimiento de las enfermedades propias del terreno y de la región a visitar, farmacopea, etc. Desde una tirita o una aspirina, hasta el más complejo de los instrumentos son de la incumbencia del médico.

Todo intento de regulación de la consulta suele fracasar. Sus problemas médicos deben de ser atendidos en el momento en que surgen, siendo la supresión del dolor, una de las premisas exigidas más apremiantemente. Uno de los problemas que más suele preocuparles es el saber si su médico está en condiciones, por sus conocimientos y equipo, de resolver los problemas quirúrgicos que puedan presentarse. En caso de accidente esperan que sea capaz de llegar, para atenderlos personalmente, hasta el lugar del mismo por difícil que sea el acceso y, siempre, en caso de enfermedad, permanezca a su lado constantemente con interés manifiesto como médico y como compañero.

Por último, esperan que el médico, aparte de cumplir con su misión galénica, se encuadre como uno más dentro del grupo y que, como tal, contribuya a los trabajos domésticos y, en la medida de sus fuerzas, en las técnicas. Final-

mente, esperan use del ascendiente que le confiere su profesión para influir, no sólo en los problemas de convivencia del grupo expedicionario sino, especialmente, en las relaciones que éste debe entablar con los aborígenes, más o menos primitivos de los países a visitar.

A cambio, el médico recupera un algo de sus condiciones ancestrales y trivales como único ser en posesión de potencias que pueden dar la salud, algo así como un traumaturgo. Estas cualidades adquieren un valor superlativo a la hora de los procedimientos quirúrgicos, no sólo porque están impregnados de un cierto rito sacerdotal, sino porque los instrumentos de diéresis y exéresis, cuyo uso, implica un peligro inmediato, poseen una potestad ejecutiva, inaparente en las fármacos, aunque pueden ser tan mortíferas como los instrumentos quirúrgicos.

Inmersos en el medio hostil que representan las condiciones del terreno de juego, la actuación médica se ve despejada de ese arropamiento concedido por la organización hospitalaria moderna cuya eficacia, confort y posibilidades, han sido propagados por la democratización de la medicina, familiarizando a la sociedad con ella y con sus éxitos, al emplearla como temario de las conversaciones y como argumento en los grandes medios de difusión.

En las condiciones que nos ocupan, se derrumba la imagen previa y estereotipada que enfermo y médico poseen de la moderna medicina de nuestras ciudades, para introducirse en el túnel del tiempo. Y, hecho curioso, desprovisto del aparato técnico que le rodea en el hospital, y de los poderosos medios que le otorga la medicina moderna, el médico expedicionario ve con asombro cumplirse en favor de su prestigio, aquellas palabras de PIEDROLA: «El médico antes diagnosticaba peor (menos conocimientos y peores medios de diagnóstico), trataba peor (diagnósticos erróneos, menos arsenal terapéutico efectivo) y, sin embargo, su prestigio personal, en general, era infinitamente mayor».