

La ignorancia de la medicina moderna

Diferencias entre psicossomático, somatomorfo, idiopático y objetivado

Pedro Blanco; MD

CatSalut [3]

Alcantarillado, Spain

p.d.white@qmul.ac.uk

Abstract — En este paper se explica cómo a partir de la ignorancia de la medicina, se le puede dar más credibilidad a un tipo de patología que hoy se considere “tradicional”, y una credibilidad nula a otras enfermedades, tan sólo por el hecho de no saber la diferencia entre psicossomático, somatomorfo, idiopático y objetivado.

Keywords – psicossomático, somatomorfo, idiopático, objetivado, psiquiatría, psicología

I. INTRODUCCIÓN

Desde el siglo de Pericles y a lo largo de los años, la medicina ha sufrido una evolución cuando ha sabido objetivar una determinada patología. Otros procesos han sido más lentos. Cuando Freud creyó detectar que ciertas enfermedades que no se podían explicar con la neurología de la forma tradicionalmente objetivada, se podrían explicar con un criterio clínico, a partir de una correcta anamnesis, siempre facilitada por el paciente.

A. Definiciones:

a) **Psicossomático** [1]:

Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario.

b) **Somatomorfo** [2]:

Grupo de enfermedades caracterizadas por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una lesión orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente.

c) **Idiopático** [1]:

Dicho de una enfermedad: De causa desconocida.

d) **Objetivado** [1]:

Nos lleva a la definición de objetivo, que en términos médicos es: *Dicho de un síntoma: Que resulta perceptible.*

B. Usos:

Aunque más bien que referida a una enfermedad, los términos que vamos a describir van ligados a una especialidad, o profesional, se verán varios ejemplos de las llamadas enfermedades invisibles [4], Usaremos la primera

definición [1] cuando la trate un psiquiatra o un psicólogo. Estos suelen usar la guía DSM5 [5] para diagnosticar su grupo de enfermedades, y al no entenderlas de otra forma, las llevan a su campo erróneamente. Sabemos que aunque no son criterios objetivados (por definición), está ampliamente reconocido tanto por la medicina tradicional, como por la población. Sin embargo no dejan de ser criterios clínicos más escuetos que los que pueden ser los, **fibromialgia**, o los de la **electrohipersensibilidad**.

La segunda definición [2] es más fácil de explicar. Se suele usar por el especialista que no sabe nada sobre la enfermedad, pero que le echa la culpa al paciente de sus dolencias. Aunque es un claro desacato del juramento hipocrático [6], está bien visto por otros colegas que también están sumidos en su ignorancia.



Fig. 1 Enfermedad invisible

En cuanto a idiopático [1] es algo más humilde, ya que el profesional, o especialista, reconoce que es él el que no conoce la mayoría de los procesos de la enfermedad, como etiología, cura, ni siquiera un tratamiento adecuado. El **SEID** [7] o la **sensibilidad química múltiple** pudieran ser ejemplos claros.

Con el término objetivado [1] se hace referencia a lo que se considera un axioma, aunque en ocasiones pueda acercarse a otras definiciones como somatomorfo [2], que a objetivado propiamente dicho. Este término se

suele usar mucho en los ensayos clínicos, por ejemplo al referirse a efectos secundarios. Realmente no se puede objetivar un dolor de cabeza, más que por una anamnesis, sin embargo en los ensayos consta como evidencia.

Nadie duda de que un pellizco produce dolor, no porque se pueda objetivar con alguna prueba, sino porque el especialista, así como la mayoría de la sociedad, lo han experimentado en sus propias carnes. Ello no deja de ser más o menos objetivo que la anamnesis de un paciente cuando se concluye que hay una enfermedad psiquiátrica, o invisible [4].

II. FASES DEL DIAGNÓSTICO

1) Fase 1 - Fase de negación (y aislamiento)

Es una fase común tanto para el paciente como para el médico, puesto que es difícil de asumir lo que está pasando el paciente, y lo que le cuentan al doctor, por tanto lo niegan. En cuanto al aislamiento del paciente es debido a la imposibilidad física de hacer lo que hacía antes, con un ápice de vergüenza para que le vean así, de ahí su aislamiento. Así mismo el doctor no quiere hacer un seguimiento especializado, por vergüenza a que sus colegas lo vean como alguien incompetente, puesto que no están estas enfermedades cotidianamente aceptadas..

2) Fase 2 – Fase de ira

Aunque está fase está más orientada al paciente, debido a los resultados nulos tanto en peregrinaje, como tratamiento, a veces también la sufren los médicos, puesto que están hartos de que les venga el mismo paciente, una y otra vez, con más signos que en la universidad le indicaron como “hipocondríacos” [8] que como una enfermedad interesante o real.

3) Fase 3 – Fase de negociación

Es una fase compleja, dado que el paciente aún ve posibilidades de cura, o de volver a su vida anterior. El médico tiene también la esperanza de que todo sea un espejismo, y así librarse de él.

4) Fase 4 – Fase de depresión

Sólo el paciente llega a esta fase. Es cuando el especialista ve que puede derivarle a un psiquiatra sin que le llamen la atención por abusar de la sanidad. Al llegar a este momento el paciente sí habrá consensuado una depresión, incluso en muchos casos depresión

mayor. Aunque no es la enfermedad de base, si es una consecuencia de la misma, por tanto ningún tratamiento funcionará correctamente, puesto que al ser debido a la enfermedad base, y esta no desaparecer, la depresión continuará.

5) Fase 5 - Fase de aceptación

A esta fase sólo llega el paciente. El médico tan sólo se resigna a seguir visitándolo, pero es el que sufre las patologías que asume la cruda realidad.

III. FALACIAS

A. Crear que es debido a fobias, cuando la mayoría de los pacientes nunca las tuvieron.

Agorafobia, fobia al ejercicio, hipocondría, gandulitis, tecno fobia, son algunas de las fobias que más se esgrimen para sustentar la ignorancia, perdón, mantener el somatomorfismo, psicogénesis o ideopatía de alguna enfermedad real.

De una muestra de 778 enfermos pertenecientes a distintas asociaciones a lo largo de la península ibérica, se extraen los datos sobre actividades previas a la enfermedad, en la siguiente tabla:

Número	Fobia	% Previo que realizaba la actividad
0	Agorafobia (previo enfermedad)	0 %
753	Ejercicio/Deporte intenso (previo enfermedad)	96,8 %
0	Hipocondría (previo enfermedad)	0 %
2	Absentismo laboral (previo enfermedad)	0,25 %
0	Tecno fobia (previo enfermedad)	0 %

Tabla 1 Actividades previas a la enfermedad en contraposición con teorías no objetivadas.

Se explica dicha tabla para que no haya confusión:

- El 100 % de los enfermos evaluados, salía regularmente a la calle, y socializaba a diario sin ningún tipo de angustia. Es decir, ninguno de ellos padecía de agorafobia.
- El 96,8 % eran deportistas, o hacían ejercicio habitualmente.
- Ninguno de ellos fue considerado previamente hipocondriaco.
- Sólo el 0,25 % alguna vez tuvo un absentismo laboral anteriormente a la enfermedad.

- Todos usaban tecnología previamente, Es decir, todos ellos usaban en su vida cotidiana productos tecnológicos sin ningún temor.

B. Expresiones despectivas usadas por los facultativos

Hay que descartar informes médicos que usen términos como “dice”, “el paciente se aqueja”, “tiene sensación de”, y otros de naturaleza similar.

Se puede aceptar que en una primera visita se incluyan vocablos tales como refiere, que es mucho más elegante que los anteriormente descritos, y tienen la connotación de una primera visita, antes de proporcionar una prueba.

Ejemplo de cómo debiera o no ser un informe médico:

Un paciente acude al centro de salud con dolor de rodilla. Al hacer la anamnesis el médico anota: “dice que le duele la rodilla”, le pauta una medicación estándar y se olvida de él.

Lo correcto sería que anotara: “El paciente refiere dolor en rodilla derecha”, pauta medicación antiinflamatoria y pide RX para objetivar posible daño.

Hay que descartar así mismo anotar el motivo por el que un paciente solicita un informe médico. Los informes debieran estar disponibles en todo momento para el paciente, sin necesidad de tener que pedirlos, y aún menos dar un motivo, según la LOPD [9].

CatSalut [3] obliga a hacerlo de esta manera, para así hacer creer en caso de solicitud de tribunal médico, que se iba en busca de una incapacidad

Se considerará despectivo, salvo fuerza mayor, el no facilitar el informe en el momento de la solicitud, aunque sea vía telemática. Esto conlleva que el paciente no pueda contrastar si se ha hecho de forma adecuada, por ejemplo por un mal entendimiento de la anamnesis, ya sea por falta de conocimientos del facultativo, o por falta de expresividad del paciente.

La ignorancia de un facultativo, no implica que una enfermedad pueda ser considerada como no objetivable, claro ejemplo es la tardanza en el diagnóstico de ciertas enfermedades, especialmente las raras, en las que en algunos casos ha habido una tardanza de 7 años en su diagnóstico. Desde un inicio era una patología objetivable, tratada como no objetivable por la incompetencia del sistema sanitario usado.

¿La enfermedad tiene un código CIE [13]?	El Código internacional de enfermedades, es elaborado por la OMS [14]. Al ser el máximo organismo en materia de salud, si una patología tiene entidad nosológica en dicho código, se debiera considerar la enfermedad como objetivada.
¿Existe una enfermedad similar codificada?	Si se consigue describir una enfermedad con una casuística similar a una ya definida y consensuada, sea en el CIE [13], en el DSM5 [5], CIAP-2, OMIM, DiseasesDB, eMedicine, MeSH, o algún otro reconocido por alguna organización médica. Se debiera considerar como objetivada
¿La enfermedad está reconocida en alguno de los países de la OCDE [15]?	Puesto que dichos países tienen unos mecanismos de garantías y nivel de vida constatados y fuera de toda duda, cuando uno de ellos reconozca como objetivable una enfermedad, el resto debieran adoptar el mismo criterio, o negarlo basándose en evidencias que muestren la ausencia de objetividad.
¿La enfermedad tiene un número considerable de pacientes que alegan padecer los mismos síntomas?	En tal caso habría que hacer un estudio local, que fuera revisado por pares, y ver si la incidencia existe en otras localizaciones, con lo cual dichas localizaciones debieran corroborar dicho estudio. Si no se diera en más localizaciones, se debiera determinar si hay un patógeno local, que haya generado dicha incidencia. De corroborarse algún hallazgo, se debiera notificar a la entidad superior (país, OMS [14]) para ver si procede considerarla como enfermedad objetivable.
¿La enfermedad tiene un bajo número de pacientes?	Se debiera enfocar como una enfermedad rara. Probablemente tarde años en descubrirse si es una enfermedad ya existente, o de nueva aparición. Por ello se deben aportar recursos públicos en investigación, crear un comité de expertos, elegidos a raíz de la especialidad acorde con la sintomatología.

Tabla 2 Como proceder para identificar una enfermedad real.

C. Causísticas para objetivar una enfermedad:

IV. LA OBJETIVIDAD SUBJETIVA

Tanto en la gestión pública, (en nuestro ejemplo CatSalut [3]), como en la privada (por ejemplo cualquier agencia de seguros

[10]), se elaboran informes de forma subjetiva, para entonar una falsa objetividad



Fig. 2 Barrera arquitectónica visible

Se hacen suposiciones de cómo debiera actuar una persona en ciertas circunstancias, sin que ninguna investigación se haya podido corroborar. Estas suposiciones tienen las dos causísticas posibles, de este modo en cualquier caso es el afectado al que se le acusa de estar fingiendo, mientras que en realidad se dan cualquiera de las causísticas. Nunca se basan en evidencias científicas, sino en informes autoelaborados, que lo único que pretenden es defender al accionista, y no al afectado.

A veces se destinan más recursos, en el caso del CatSalut [3] públicos, en el caso de las aseguradoras [10] privados, a defender un beneficio inmediato en términos económicos, que a mitigar las dolencias del afectado, siendo así perjudicados tanto el enfermo, como los contribuyentes que no ven un uso correcto de sus impuestos.

V. CONCLUSIONES

Como se ha demostrado, la medicina tiene aún mucho que evolucionar si quiere seguir siendo creíble. Muchas contradicciones, como el intercambio de definiciones que nos ocupa este paper, en cuanto a lo que se entiende por objetivar, o psicósomático, por poner un ejemplo, hacen que cada vez una mayor parte de la población, acudan a medicinas alternativas, tales como la homeopatía, o la curandería [11].

Se ha demostrado también, que según la rama de la medicina, incluso el facultativo, se le da cierta objetividad, a circunstancias que no lo son por definición, sin embargo se reconoce como objetivas dada su tradicionalidad, no basada en una evidencia objetiva.

Así por ejemplo, la **electrosensibilidad** [12], está reconocida en Suecia como enfermedad laboral, siendo altamente sospechoso, que si en un país desarrollado se haya demostrado la objetividad sobre dicha patología, otros países de su entorno utilicen eufemismos para negar la mayor.

Se ha demostrado también, que las estructuras del estado están organizadas como una mafia cerrada, la cual no tiene necesidad de demostrar nada salvo los documentos auto elaborados, desarrollados con sumo cuidado entre otros por un equipo jurídico, más que científico.

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Enfermedad invisible 1

Fig. 2 Barrera arquitectónica visible 4

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Actividades previas a la enfermedad en contraposición con teorías no objetivadas. 2

Tabla 2 Como proceder para identificar una enfermedad real. 3

REFERENCIAS

- [1] <https://dle.rae.es/>
- [2] https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_somatomorfo
- [3] <https://catsalut.gencat.cat/ca/inici/>
- [4] https://www.abc.es/espana/castilla-la-mancha/abci-enfermedades-invisibles-pacientes-reales-201901191923_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.es%2F201901191923_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.es%2F
- [5] <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- [6] http://www.metgescat.org/codi_final.pdf
- [7] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008852/>
- [8] <https://dle.rae.es/hipocondr%C3%ADa>
- [9] <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- [10] https://www.axa.es/seguros/promocion/multiproducto/index.aspx?WT.mc_id=20_bp-5000&gclid=EAIaIQobChMI5e736u6w6gIVhJSyCh3WNwuaEAAAYASAAEgJv3vD_BwE&gclid=aw.ds
- [11] <https://dle.rae.es/curander%C3%ADa>
- [12] <https://www.electrosensibilidad.es/>
- [13] https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
- [14] <https://www.who.int/es>
- [15] <https://www.oecd.org/acerca/miembros-y-socios/>