

Trastornos somatomorfos urogenitales: Una psiquiatría para urólogos

M. LOZANO, A. SOTO y J. J. MARTÍNEZ JAMBRINA

Servicio de Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal de Madrid

INTRODUCCIÓN

En el ser humano los aparatos urológico y genital están cargados de simbolismos. La hominización supuso un uso voluntario de estos sistemas orgánicos, cualitativamente distinto a la utilización animal.

El control de esfínteres y la genitalización son, clásicamente, etapas en el desarrollo de la estructura subjetiva.

Las relaciones sexuales en los humanos no se limitan a la reproducción, son una manifestación de los afectos, se idealizan, se simbolizan y más allá de lo instintivo son la expresión de un deseo que, como tal deseo humano, está sometido a la ley.

Por esta razón, no es de extrañar que algunos problemas psicopatológicos se expresen con alteraciones y síntomas urológicos y genitales.

En el abanico de trastornos somatomorfos con expresión urogenital, los de mayor frecuencia son los trastornos conversivos, la hipocondría y el dolor somatomorfo. En todos éstos cuadros la orientación que el paciente hace de su sufrimiento es primariamente somática.

Existen algunos otros cuadros psicopatológicos que pueden incluir en su sintomatología somatizaciones, fundamentalmente las depresiones y los trastornos de ansiedad; en la mayor parte de las ocasiones la sintomatología más genuinamente afectiva o ansiosa está presente y se puede identificar adecuadamente la entidad nosológica.

Finalmente hay algunos pacientes que sólo son capaces de vivir en el papel de enfermos y se provocan, de algún modo, enfermedades; algunos de ellos escogen el aparato urogenital para ese cometido.

En capítulo aparte habría que describir las disfunciones sexuales, con fre-

cuencia de origen psicológico pero que siempre obligan a realizar un diagnóstico diferencial con las alteraciones somáticas que también las pueden producir.

En este trabajo se revisarán los referidos trastornos somatomorfos que remedan alteraciones urogenitales, cada descripción se ilustrará con un caso clínico que servirá de ejemplo.

Por último dedicaremos un apartado a la relación urólogo-paciente y a las dificultades que pueden surgir en esta relación.

TRASTORNOS CONVERSIVOS

La décima clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS (CIE-10)¹ describe estos trastornos en los siguientes términos: «hay una pérdida o alteración de las funciones motrices o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo aparenta tener una enfermedad somática, y sin embargo, no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas».

Clásicamente los cuadros clínicos de los trastornos conversivos remedaban parálisis, ataxias, afonías, anestias y convulsiones. En la actualidad los trastornos conversivos aparentan otros padecimientos. La patoplastia ha variado con la variación de los conocimientos médicos.

Los trastornos conversivos son los síntomas nucleares de la histeria. Y la histeria hace síntomas donde la ciencia médica es ignorante. En la época de Charcot y Freud las parálisis y las anestias histéricas no eran fáciles de discernir de los cuadros objetivos; hoy en día con las técnicas de neuroimagen se dilucidan fácilmente. Por este motivo las conversiones actualmente se manifiestan con otras alteraciones.

Quede claro que el paciente no tiene un control voluntario de los síntomas, se trata de mecanismos inconscientes; pero el inconsciente también participa de la cultura del individuo.

El conflicto nuclear de la histeria está alrededor de la feminidad. La histerica tiene dificultades en la asunción del papel de mujer; esta dificultad le hace balancearse entre el defecto y el exceso, son mujeres frías intensamente seductoras; manifiestan sus síntomas cuando la vida les exige ser feminas, cuando tienen que ser amantes y cuando tienen que ser madres.

El síntoma conversivo es otra forma de búsqueda de placer, fuera de la forma natural de buscar placer como mujer; es el placer del sufrimiento, paradójico pero real; la aceptación plácida del sufrimiento («belle indifference») es un indicativo de este hecho. Además del beneficio «primario» referido, el paciente histérico aprovecha sus síntomas para manejar su ambiente y conseguir ventajas familiares, laborales etc, son los llamados beneficios «secundarios».

Los cuadros conversivos son más frecuentes en mujeres jóvenes.

No es infrecuente que en la época actual las conversiones se fijen en los aparatos urinario y genital: dolores perineales, dolores abdominales bajos, dolores lumbosacros, disurias, dispareunias etc.

El abordaje terapéutico se ha de realizar con psicoterapia que trate de esclarecer la posición subjetiva del paciente.

Es muy importante con estos pacientes no hacer iatrogenia. La queja histerica busca seducir al médico para que se le manipule con pruebas diagnósticas y tratamientos médicos y quirúrgicos. Con frecuencia consumen abusivamente fármacos, recetados por diferentes médicos. Cuando la iatrogenia añade daños objetivos a las conversiones, los pacientes fijan el síntoma intensamente y el tratamiento se complica. A veces las conversiones se localizan donde previamente ha habido una lesión objetiva, después de haberse curado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años, remitida por la Unidad del Dolor por presentar lumbalgia y coxigodinia que no cede al tratamiento analgésico.

La historia del dolor lumbar comienza en la juventud, con un dolor en espalda que aparece a los doce años, siendo diagnosticado de escoliosis. A los 19 años tiene un cuadro febril diagnosticado de fiebre reumática. Persiste el cuadro febril durante varios años, acompañándose de dolores articulares erráticos en miembros superiores e inferiores, por lo que es causa de baja laboral durante quince meses. Diagnosticada de síndrome de hiperlaxitud articular, ha presentado desde los 27 años, cuadros recurrentes de lumbalgia con dolor selectivo punzante en región sacrocoxígea de carácter mecánico, aunque también se desencadena con la sedestación. Hace dos años inicia un dolor coxígeo intenso y punzante por el que es intervenida con extirpación del coxis, con lo que mejora del cuadro agudo pero le persiste un cuadro de dolor sordo, mantenido, quemante y continuo sobre el que se añade una sensación de peso constante en la región operatoria. Es tratada, como si fuera un dolor neuropático por desaferenciación tras extirpación del coxis, con antidepresivos tricíclicos a dosis ascendentes; con ello la enferma mejora parcialmente del dolor quemante, superficial, permaneciendo inalterable el dolor opresivo profundo.

Como antecedentes personales somáticos tiene una larga lista de visitas a multitud de médicos, con múltiples pruebas, diagnósticos y tratamientos realizados desde los diez años de edad que le han «obligado» a una continua deambulacion de médico en médico, centrando gran parte de su vida en sus molestias físicas: varices en extremidades inferiores; torceduras en distintas articulaciones; estreñimiento crónico; hemorroides operadas a los 27 años; rinitis; conjuntivitis alérgica; afonías frecuentes; amigdalectomía; ciclos menstruales más cortos de lo habitual que provocaron su consulta al ginecólogo;

fiebre reumática en tratamiento profiláctico durante siete años; mastopatía fibroquística; cirugía de dedo en resorte; subluxación del menisco mandibular con bloqueos y zumbidos en los oídos.

En su biografía cabe destacar que está soltera; tuvo una relación afectiva que fracasó y que le supuso una ruptura con su padre que se oponía a la misma; presentaba dispareunia en sus relaciones sexuales.

En cuanto a sus antecedentes familiares, tanto su madre como su abuela presentaron dolores crónicos de espalda.

En la exploración, la paciente refiere que todas sus vicisitudes no la han deprimido porque «está dispuesta a luchar en todo momento y no rendirse ante nada». Ha aprendido a convivir con el dolor que le obliga a permanecer más tiempo en casa, pero allí recibe a sus amigos manteniendo una vida social amplia. Desde hace dos años está en situación de baja laboral. Centra su tema de conversación en sus dolores, manifestándose claramente histriónica en el contacto.

LA HIPOCONDRÍA

La CIE-10¹ describe la hipocondría como la «preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves y progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes»; «el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos»; limita su queja «sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo»; y el paciente mantiene una «negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad».

Hay un tipo especial de hipocondría que la CIE-10¹ denomina «Disfunción vegetativa somatomorfa» en la que además de la clínica referida anteriormente, se manifiesta con síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor etc. Desde el punto de vista de los autores de este artículo, crear una denominación nueva para la hipocondría, que se acompañe de síntomas vegetativos, es menos operativo y menos didáctico que mantener una única denominación.

En la clínica, la hipocondría se manifiesta dentro de tres encuadres posibles: a) La que podríamos llamar hipocondría genuína, propia de pacientes neuróticos y en la que el núcleo del padecimiento consiste en la dificultad para sostener una imagen saludable del propio cuerpo; no es infrecuente que estos pacientes tengan una estructura subjetiva con un importante componente obsesivo. b) Las ideas hipocondríacas de los pacientes depresivos; en estos casos los pacientes presentan otros síntomas depresivos tales como tristeza, inhibición, angustia, pérdida de ilusión, insomnio, anorexia e inhibición de la

lóbido. c) Finalmente algunas hipocondrías son verdaderos delirios sistematizados; se caracterizan por el grado de absoluta certeza que tienen del padecimiento de la enfermedad somática y/o porque interpretan que su enfermedad ha sido infringida por terceros. Al hipocondríaco neurótico se le hace dudar y de hecho se le logra tranquilizar, al menos en periodos cortos de tiempo, después de realizarle pruebas médicas que resulten negativas.

No es infrecuente que los pacientes hipocondríacos teman que sus supuestos padecimientos afecten al sistema urogenital. A veces esta hipocondría se acompaña de síntomas vegetativos, fundamentalmente disuria o polaquiuria.

El abordaje terapéutico depende del tipo de hipocondría. Si se trata de una hipocondría en un paciente neurótico, con probabilidad será oportuno hacer un tratamiento mixto psicoterapéutico y farmacológico; cuando el componente obsesivo es destacado, los antidepresivos utilizados en el trastorno obsesivo-compulsivo pueden ser eficaces. Si la hipocondría es delirante habrá que abordarla como a los delirios crónicos, con tratamiento neuroléptico y teniendo en cuenta la presumible escasa colaboración del paciente. Si la hipocondría es depresiva se tratará la depresión del paciente, con los criterios que comentaremos más adelante.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 42 años de edad, casado, con dos hijos. Trabaja como técnico en una fábrica de automóviles. Desde hace 17 meses está de baja laboral, y en la actualidad está pendiente de valoración de invalidez.

Es derivado al Servicio de Psiquiatría desde la Unidad del Dolor, a donde había sido enviado desde el Servicio de Urología con la impresión diagnóstica de prostatitis crónica.

Entre sus antecedentes aparecen haber sufrido una orquiepididimitis hace 20 años y haber sido intervenido de un colesteatoma hace 5 años.

Hace 19 meses fue diagnosticado de prostatitis refractaria al tratamiento. En las exploraciones habían encontrado una microhematuria y una hipertrofia prostática del lóbulo derecho, con el resto de las exploraciones normales: analítica de sangre y orina, urografías, ecografías y cistoscopias.

Refiere dolor continuo en hipogastrio, con escozor en genitales, periné y ano, que se irradia a las regiones inguinales y lumbares de ambos lados. Describe pinchazos y calambres que le hacen insoportable el roce de la ropa en esas zonas. El dolor empeora con el frío, la defecación y los cambios del tiempo. Tiene polaquiuria. Es incapaz de mantener durante un tiempo prudencial la misma posición y tiene dolores al agacharse. Ha estado un año sin mantener relaciones sexuales por causa del dolor. Tiene insomnio. En la actualidad está tomando: Buscapina 1 cápsula cada 8 horas, Minipres 1/2 comprimido cada 12 horas y Tofranil 25 1 comprimido cada 8 horas.

Relata, de forma minuciosa y prolija, que desde la operación de oído tiene mareos, dolor y pinchazos en vértex y nuca, que se le irradian al resto de la cabeza, parestesias en hemicara izquierda y cuello, parestesias y pérdida de fuerza en miembros superior e inferior izquierdos, pérdida de visión en ojo izquierdo. Por este motivo dice haber sufrido caídas y accidentes; tiene miedo a conducir porque teme no calcular bien las distancias y se «olvida de las cosas». Todas estas sensaciones le empeoran al hacer esfuerzos y con los ruidos.

Su vida familiar es estable y manifiesta que le gusta su trabajo, aunque en la actualidad esté de baja.

No refiere antecedentes psiquiátricos ni personales ni familiares.

Aporta anotados todos sus síntomas y todos los tratamientos que ha recibido. Niega que sus molestias puedan ser psicológicas.

En su personalidad destaca una profunda inseguridad, tiene necesidad de reasegurarse de todos sus actos. Es introvertido. Dedicar gran parte de su tiempo a la observación minuciosa de las manifestaciones de su cuerpo. Teme padecer una enfermedad grave que los médicos no han podido diagnosticar. Los tratamientos que, hasta ahora, ha recibido no le han mejorado.

EL DOLOR SOMATOMORFO

Esta entidad psicopatológica se caracteriza por un dolor crónico no justificable por un padecimiento objetivo. Aunque para la nosología de la OMS (CIE-10)¹ sería el único diagnóstico psiquiátrico por exclusión, es decir aquel dolor crónico sin justificación por algún padecimiento somático ni otras evidencias psicopatológicas, para la última nosología de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV)² y para la clasificación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)³, se le supone, de alguna manera, un componente psicológico.

Constituye un cuadro psicopatológico relativamente frecuente, puede constituir hasta la mitad de los dolores crónicos intratables no neoplásicos de las Clínicas del Dolor. Además, antes de llegar a los especialistas de dolor han pasado por varios médicos y recibido diferentes tratamientos, algunos de ellos lejos de mejorar el dolor han producido iatrogenia.

Aunque en estos dolores somatomorfos, en principio no existe otra psicopatología que los justifique o al menos no existe otra psicopatología tributaria de hacer otro diagnóstico psiquiátrico, es importante hacer una investigación exhaustiva en la búsqueda de la causa o los componentes psicológicos que pudieran existir. Es la única forma de hacer un abordaje terapéutico y, desde la perspectiva intelectual, poder justificar los sufrimientos del paciente.

En nuestra experiencia⁴ los dolores somatomorfos encajarían, la mayor parte de las veces, en dos entidades psicopatológicas bien diferenciadas: los

trastornos conversivos, ya descritos más arriba, y las somatizaciones depresivas, que describiremos más adelante.

Las localizaciones más frecuentes de los trastornos somatomorfos son la cara y cabeza, y la región lumbosacra⁵. Esta última localización suele ser motivo de consulta a traumatólogos y neurocirujanos.

En ocasiones los dolores son de la última parte del sacro, del ano u otras regiones perianales, recurriendo los pacientes a proctólogos, ginecólogos y urólogos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años, remitida desde la Unidad del Dolor para valoración de un dolor persistente en región anocoxígea.

La paciente presenta un dolor en dicha zona, que comienza en el extremo del coxis y que se irradia al ano, describiéndolo «como si tuviese algo que me arde por dentro, como si tuviese fuego; en otras ocasiones es como si tuviese algo clavado en el interior del ano». El dolor es continuo, le dificulta sentarse y le incapacita para su actividad diaria. Empeora con la defecación, al orinar y levemente por las tardes. Mejora estando de pie.

El dolor lo sufre desde hace cuatro años, y la paciente no lo relaciona con ningún desencadenante. Sin embargo, el comienzo del dolor ha coincidido con la independencia y salida de casa de sus hijos. Desde entonces su dedicación a la familia, y en especial a los hijos, se ha visto mermada de forma importante.

Estas molestias han sido estudiadas y tratadas exhaustivamente con multitud de exploraciones y tratamientos (neurolisis, infiltraciones, bloqueos e incluso cirugía) y por múltiples especialistas: neurólogos, urólogos, traumatólogos, reumatólogos y médicos de la Unidad del Dolor, sin apenas apreciarse variaciones en la sintomatología dolorosa.

Como antecedentes médicos personales sólo presenta HTA.

Tuvo un cuadro depresivo después de llevar dos años con el dolor, «secundario a éste» (según palabras de la propia paciente), que mejoró con 20 mgrs. de fluoxetina al día, pero sin objetivarse cambios en la sintomatología dolorosa.

Como característica más reseñable de su personalidad previa, destaca una moderada dificultad para expresar sus sentimientos.

Cuando nosotros valoramos a la paciente presenta, concomitantemente con el dolor, una sintomatología depresiva, que remite con imipramina a dosis de 150 mgrs./día. El dolor permanece igual a pesar del tratamiento anti-depresivo, y a pesar de encontrarse eutímica. Sí se observan leves mejorías del dolor en los momentos en que la paciente se ocupa del cuidado de algún familiar.

LAS SOMATIZACIONES ANSIOSAS

Los cuadros de ansiedad se acompañan siempre de sintomatología vegetativa secundaria a la hiperactividad noradrenérgica que conllevan. Casi siempre son del orden de la disnea, palpitaciones y sensación de mareo.

Estos cuadros de ansiedad con frecuencia son episódicos, muchas veces con temores específicos (fobias) y algunas veces con sensación de pánico sin una referencia específica. También existen cuadros de ansiedad generalizados, no episódicos; es una ansiedad mantenida de curso fluctuante y crónico; se acompaña de los síntomas somáticos referidos y, a veces, ampliados a síntomas en otros órganos y sistemas; en esta ansiedad generalizada no es infrecuente la presencia de polaquiuria, aunque la presencia de los otros síntomas vegetativos les lleva a los pacientes a consultar a otros especialistas mas que al urólogo.

Los tratamientos farmacológicos de los cuadros de ansiedad se realizarán con ansiolíticos (los de uso más habitual son de la familia de las benzodiacepinas) y/o con antidepresivos.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 40 años, casado con dos hijas, que consulta porque tiene inestabilidad al caminar y los médicos que le han atendido no encuentran justificación objetiva a su síntoma.

Desde hace dos meses, sin causa aparente, tiene sensación constante de inestabilidad al caminar y al conducir su coche. Asimismo se siente incómodo con sensación de probable mareo inminente cuando está en aglomeraciones y cuando está en una cola.

Desde la misma época, tiene continuas molestias en hipogastrio, disuria, polaquiuria y dolores al final de la eyaculación. Ha sido diagnosticado de cistitis (con cultivos de orina normales) y de prostatitis; los tratamientos le remiten la sintomatología, recidiándole a los pocos días.

Tiene antecedentes de haber sufrido dos mareos con pérdida de conciencia en el último año y medio.

Ha sido estudiado por diferentes especialistas (internista, urólogo y neurólogo) que no han obtenido ningún dato objetivo que justifique su clínica.

Se le diagnostica de ágorafobia y se le propone un tratamiento a base de imipramina y benzodiacepinas. A las tres semanas le había desaparecido la inestabilidad al caminar y los síntomas urinarios, no obstante evitaba las aglomeraciones. Tres meses después hacía vida normal sin conductas evitativas.

LAS SOMATIZACIONES DEPRESIVAS

La depresión es un cuadro psicopatológico en el que existe un trastorno del ánimo que los pacientes manifiestan con tristeza, angustia, inhibición, desinterés por la vida e incapacidad para disfrutar; asimismo presentan trastor-

nos somáticos del orden del insomnio, la anorexia y la pérdida de libido; y finalmente el pensamiento depresivo contiene ideas de pérdida de la salud (hipocondría), de los bienes materiales (ideas de ruína) o de la dignidad (ideas de culpa).

Cuando se habla de somatizaciones depresivas, se puede hablar tanto de los trastornos somáticos que acompañan a la depresión como de los síntomas hipocondríacos que pueden presentar.

En ocasiones estas somatizaciones forman parte de un cuadro depresivo completo y fácilmente distinguible, donde la queja del paciente es, en un primer plano, el trastorno del ánimo. En otras ocasiones el trastorno del ánimo está encubierto y el paciente manifiesta los trastornos somáticos o la hipocondría en primer término, acudiendo al médico especializado en su queja; en una exploración minuciosa se puede observar el trastorno del ánimo subyacente, aunque, a veces, sólo el tratamiento antidepresivo de prueba aclara el diagnóstico.

Los trastornos somáticos depresivos más habituales son el insomnio, la anorexia y la pérdida de libido, pero pueden presentar otros síntomas variados, entre ellos el más frecuente el dolor.

Por lo tanto son pacientes que pueden consultar al urólogo con una miscelánea de síntomas: disfunciones sexuales expresión de la pérdida de libido, dolores lumbosacos o perineales y síntomas urinarios. Ante estas consultas sin evidencia de alteraciones objetivas es obligado pensar en la depresión.

La respuesta al tratamiento antidepresivo siempre puede ser una buena guía diagnóstica y, por supuesto, terapéutica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 51 años, casado y con tres hijos. Trabaja como conductor de autobús desde hace 20 años.

Nos es remitido desde la Unidad del Dolor para valoración de un dolor inguinal.

Hace 7 años comenzó a sufrir dolores intensos en una pierna, diagnosticado de hernia discal se le interviene y mejora. Desde hace 5 años refiere dolores inguinales que parten de la base del pene y se le irradian a ambas extremidades. Describe el dolor como una sensación de quemazón, es fluctuante y le impide dormir; se exacerba con el frío.

El paciente atribuye el dolor a sus antiguos problemas de columna y descarta cualquier influencia psicológica.

Ha sido valorado por internistas, urólogos y cirujanos, recibiendo diferentes diagnósticos y tratamientos sin resultado alguno. Ha tenido frecuentes bajas laborales.

Es hipertenso en tratamiento con beta-bloqueantes; tiene úlcera de estó-

mago; toma broncodilatadores por una posible bronquitis crónica; no fuma ni bebe.

Tiene una mala relación familiar; tiene problemas de comunicación con su mujer a la que acusa de desordenada y derrochadora, las relaciones sexuales son escasas y de los hijos dice que le destrozan los aparatos de la casa.

Tiene una personalidad previa poco sociable, le gusta pasar desapercibido y es ordenado.

Refiere estar desilusionado porque toda su vida depende del dolor. Tiene insomnio de conciliación.

Su familia manifiesta un cambio importante en la conducta del paciente desde que tiene el dolor: «Antes era encantador, ahora no tiene ilusiones, ha llegado a referir deseos de morir».

Le han cambiado de trabajo porque con el dolor no podía conducir, ahora está en una oficina y está a disgusto.

Se le propone un tratamiento con imipramina a dosis de 100 mgr día; comienza a sentirse mejor, habla más y duerme mejor. Se le incrementa la dosis de imipramina hasta 150 mgr día; con esta dosis le desaparece el dolor, duerme bien, recupera la ilusión y se encuentra satisfecho en su trabajo. A los seis meses, manteniendo el tratamiento, el cuadro álgico persiste remitido.

TRASTORNOS FACTICIOS UROGENITALES

Los trastornos facticios, cuya denominación más clásica es la de síndrome de Münchhausen, se caracterizan por la producción intencionada o el fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos. Los pacientes con estos trastornos buscan asumir el papel de enfermo sin pretender ningún otro beneficio externo.

La presentación clínica más clásica⁶, el síndrome de Münchhausen en sentido estricto, la suelen presentar varones con rasgos psicopáticos y abuso de alcohol o drogas; se quejan de alteraciones en múltiples localizaciones y realizan una vida nómada, forzando ingresos en múltiples hospitales de lugares geográficos alejados; es frecuente que tengan un abdomen en «parri-lla» por las muchas intervenciones quirúrgicas abdominales a las que han sido sometidos por su propia presión, además suelen tener cicatrices de automutilaciones.

Otra presentación clínica⁶ afecta de forma más habitual a mujeres jóvenes, de vida acomodada y con apoyo familiar pero con una personalidad pasiva, inmadura e hipocondríaca. Muchas de ellas trabajan en el sector sanitario. Suelen presentar alteraciones limitadas a un solo sistema: infecciones auto-provocadas, heridas supuradas crónicas etc. A veces se medican inadecuadamente, consumiendo más o menos medicamentos de los prescritos por sus médicos, cuando tienen una enfermedad real. En ocasiones manipulan los

termómetros (fiebre facticia) y se introducen objetos en uretra, vejiga, vagina o recto.

Una última posibilidad clínica⁶ es el trastorno facticio por poderes, se trata en este caso de personas que producen de forma persistente síntomas o signos sobre otra persona con el propósito de asumir de forma indirecta el papel de enfermos. En la mayoría de los casos las víctimas son niños, los daños los han causado las madres y, en esas familias, los padres estaban poco presentes.

En estos trastornos aunque la producción de síntomas es voluntaria, la motivación es inconsciente. Suelen presentar antecedentes personales de haber sufrido en edades tempranas abusos, deprivación emocional, enfermedades y hospitalizaciones, abandonos y desnutrición.

No es infrecuente que los pacientes que sufren estos trastornos consulten al urólogo: por síntomas urinarios y yatrogenias quirúrgicas forzadas por los pacientes, por automutilaciones introduciéndose objetos en la uretra, por hematurias por consumo de anticoagulantes etc.

El tratamiento de estos pacientes es muy complicado. Hay que confrontarles con la verdad ante las argucias que utilizan para enfermar y para provocar iatrogenia, pero también hay que ofrecerles ayuda para intentar esclarecer su conducta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años, que ingresa en Observación de Urgencias después de haber hecho un intento de suicidio, colocándose un cinturón en el cuello.

Se trata de una paciente atendida por el Servicio de Urología de este Centro desde hace 5 años. Durante el último mes ha sido revisada de forma ambulatoria por el citado Servicio y por el Servicio de Gastroenterología.

La paciente, terminadas las pruebas que le realizaron en la última revisión, se disgustó cuando le dijeron que debía de volver a su pueblo de forma inmediata. Reaccionó con el gesto suicida descrito en el motivo de ingreso.

La paciente está mutista, postrada sin realizar movimientos voluntarios, hipotónica; hace oposición a la apertura de párpados. No tiene signos de asfixia ni de coma de causa orgánica.

Hacía 10 meses que la paciente había sido atendida por nosotros con un cuadro similar, estando entonces ingresada en el Servicio de Urología. El motivo desencadenante fue la negativa por parte de los urólogos, en una primera valoración, a realizarle una urostomía. Desde hacía 11 años presentaba una inestabilidad vesical con incontinencia de orina de causa post-traumática. Se negaba a realizarse autosondajes. Posteriormente los urólogos, dada su falta de colaboración, optaron por realizarle la urostomía. La enferma se recuperó del coma cuando los urólogos cambiaron de opinión.

En los últimos 5 años ha sido intervenida 7 veces por los Servicios de Urología y Traumatología de este hospital. Previamente, hacía 20 años, la enferma había sufrido una intervención abdominal que no especifica su causa y cuya herida de laparotomía tardó mucho tiempo en cicatrizar; fue tratada con radioterapia y cobaltoterapia.

En este último año, la enferma se ha adaptado muy bien a su bolsa de urostomía. Hace cuatro meses tuvo una necrosis en la boca del estoma. Con frecuencia se queja de dolor entre vagina y meato urinario, punzante, intenso y de breve duración e intenso. De forma continua presenta escozor y calor en la zona, que sólo se calma con agua fría y manteniendo una postura de piernas abiertas y flexión del tronco todo el día.

Se le han realizado diversas pruebas diagnósticas por distintos especialistas, sin poder encontrar una causa orgánica que puedan justificar sus quejas.

Ella está muy bien adaptada familiarmente, donde mantiene un estatuto de enferma tolerado perfectamente por los familiares, sólo se irrita cuando alguien minusvalora sus enfermedades.

LA RELACIÓN URÓLOGO-PACIENTE

La experiencia de la interconsulta psiquiátrica en la clínica urológica está habitualmente referida a tres tipos de pacientes: los trastornos somatomorfos que acabamos de referir, los pacientes oncológicos y las disfunciones sexuales. La patología más frecuente, en nuestra experiencia del Hospital Ramón y Cajal, es la oncológica.

Estos tres grupos de pacientes son un índice claro de la complejidad que puede tener la relación médico-paciente en la clínica urológica.

Con los cambios producidos en la medicina, derivados de la alta tecnificación que ha incorporado, se ha producido una forma distinta de ejercer la práctica médica; la necesaria subespecialización ha alterado la relación médico-enfermo, el paciente tiene que relacionarse con muchos médicos y se diluye la responsabilidad de ese vínculo⁷. Sin embargo nunca como ahora se ha hecho más necesario insistir sobre la importancia de la transferencia paciente-médico y de la responsabilidad del médico en esa relación transferencial.

En toda la clínica urológica pero más aún en esos tres tipos citados, la relación urólogo-paciente será de fundamental importancia en el proceso diagnóstico y terapéutico: 1) En los trastornos somatomorfos, como se ha comentado, porque son pacientes psiquiátricos que expresan su psicopatología de forma somática. 2) En la enfermedad oncológica grave porque sitúa al paciente en una posición desairada; sostener, entonces, la presencia de la dignidad subjetiva se hace problemático; la vivencia del tiempo se estrecha y pasado, presente y futuro se coagulan. Ese acortamiento del tiempo le precipita en la lógica descarnada de la peculiaridad de la condición humana: vivir en lo

propio y con lo ajeno. En ese momento se le hace bruscamente presente lo que ha sido su vida. Esa experiencia fuerte puede desequilibrar la estructura subjetiva que hasta ese momento se había mantenido⁸. 3) En las disfunciones sexuales porque se viven con frustración, cuando no con vergüenza. Además las técnicas andrológicas, que en principio se experimentan con extrañeza, acaban con los mitos acerca de la masculinidad.

El urólogo tiene que acompañar al paciente en el recorrido diagnóstico-terapéutico. La relación técnica, fría y calculada, se debe de conjuntar con una relación humana, cálida y espontánea. En el contexto de esta relación se plantearán todas las cuestiones concernientes al proceso terapéutico. La información, las exploraciones, el pronóstico, las indicaciones terapéuticas etc se volventarán en la relación urólogo-paciente.

El paciente debe recibir la información de su situación urológica; tiene derecho a ello y además es imprescindible para que colabore en el proceso diagnóstico y terapéutico. Si el pronóstico estadístico no es bueno, pensamos que sólo es oportuno plantearlo si el paciente lo exige. No obstante, hay que recordar que la verdad estadística no es la verdad individual y que la cultura latina no es la cultura anglosajona.

La propuesta de técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas o quirúrgicas exigen del urólogo un esfuerzo psicopedagógico importante. Ha de tranquilizar al paciente, instruyéndole en el proceso de su enfermedad y también convenciéndole acerca de lo más conveniente para mejorar su salud.

La propuesta de técnicas andrológicas, diagnósticas y terapéuticas, requieren una delicadeza especial que le permita al paciente romper con múltiples tabúes referidos a la sexualidad y sus mitificaciones.

El enfermo terminal precisa una atención especial, habitualmente necesita tranquilidad y analgesia pero también ser escuchado; la muerte es un acto íntimo y compartido, las palabras del moribundo son una suerte de testamento, de reflexión final sobre su vida; la forma de concluir es impotante. El médico tiene el privilegio y la responsabilidad de estar invitado en esa ceremonia, como médico, como notario, como amigo.

La relación médico-enfermo es el marco de la práctica médica, allí se producen las problemáticas inconscientes de los pacientes, máxime si sus padecimientos están mediatizados psicopatológicamente; este hecho hace que sea una relación delicada y como dice Lipowski⁹ «La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el tratamiento.* (CIE-10), Meditor, Madrid, 1992.

2. American Psychiatric Association: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta Edición, DSM-IV)*, Masson editores, Barcelona, 1995.
3. International Association for Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy: *Classification of Chronic Pain*, Pain, Supplement, 3 (1986).
4. LOZANO, M., PADÍN, J. J., ARIAS, F. y SOMOZA, J. C.: «Psiquiatría de enlace en las Clínicas del Dolor», en *Psiquiatría de Interconsulta*, Monografías de Psiquiatría, 1995, VII, 3, 40-46.
5. LOZANO, M.: *Aspectos psiquiátricos del dolor crónico: un estudio del dolor crónico no neoplásico*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1989.
6. PLEWES, J. M. y FAGAN, J. G.: «Trastornos facticios y simulación» (cap. 17), en *Tratado de Psiquiatría* (2.ª edición), editado por Hales, R. E., Yudofski, S. C. y Talbott, J. A., The American Psychiatric Press, Ed. Ancora, Barcelona, 1996.
7. LOZANO, M. y PADÍN, J. J.: «De los conceptos de la Medicina Psicosomática a la práctica de la Psiquiatría de Interconsulta», en *Psiquiatría de Interconsulta*, Monografías de Psiquiatría, 1995, VII, 3, 10-12.
8. LOZANO, M.: *El cuerpo en la encrucijada de la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis*, Pliegos, 2, 54-56.
9. LIPOWSKI, Z. J.: *Review of consultation Psychiatric and Psychosomatic Medicine*, Psychosom Med, 1967, 29:153.