

El Depresivo en la consulta del Médico Ortopédico

F. GOMAR GUARNER

¿Por qué constituye un problema clínico actual en la consulta diaria de todos los clínicos ortopédicos?

Por la existencia de un alto porcentaje de enfermos adultos, hombre y mujeres que nos vienen a consultar con relatos clínicos configurados en "síndromes del aparato locomotor". Que tras la recogida de su anamnesis y su exploración clínica nos llena de perplejidad y desazón con la sensación de inseguridad clínica en nosotros mismos al no poder interpretar la condición anatomopatogénica que fuese la causa del relato de sus dolores y repercusiones vitales.

Son un gran grupo de enfermos que nos vienen a consultar por sus dolores cervicales, cervicalgia con irradiación "sincipitalgia", cervicalgias subjetivas con sensación vertiginosa de flojedad en las piernas más que de vértigos rotatorios, para los que tuvimos cierto tiempo una salida diagnóstica con el llamado "síndrome de Barré Lieau" o síndrome del simpático posterior cervical, otros vienen con braquialgia difusa unilateral, frecuentemente izquierda, sin que sea acentuada significativamente con las maniobras de exploración clínica del raquis cervical, otros son mujeres jóvenes o de edad madura aquejando una dorsalgia variable en intensidad a lo largo del día y a

temporadas, otros muchos aquejando dolores referidos a todo el raquis desde la nuca al coxis sin relación postural y tan solo acentuado con "tener que estar de pie", otros hay que nos cuentan parestesias y hormigueos en ambas manos sin rigidez articular matutina, otros vienen con dolores referidos a la cara anterointerna de la pantorrilla, territorio que sabemos corresponde a L3 y que no guarda relación con alteración o sensitiva ni motora, y alguna con ciertas "inquietudes" en la pierna con "sobresaltos" y calambres nocturnos. Son todos enfermos en los que resulta difícil de explicar su interpretación anatomopatogénica.

Pero los hay que nos vienen con relatos que fácilmente etiquetamos al poderlos incluir en el clásico catálogo de afecciones admitidas como ortopédicas, tal sucede con la "coccigodinia" con o sin antecedente traumático, la "meralgia parestésica", atribuida a la compresión del nervio femoro-cutáneo pero sin saber el porqué, están también las parestasis referidas a región retroauricular integradas como neuritis del nervio auriculotemporal coincidiendo con un síndrome de dolor subjetivo en el raquis cervical, otros nos vienen con dolores referidos a los antebrazos sin hallazgos tendinosos, ni de compresión por la correa del reloj, es la llamada "cheiralgia parestésica" atribui-

da afectación del nervio cutáneo lateral del antebrazo, otros con dolores referidos a la cara dorsal de los dedos que fueron atribuidos a neuritis de las ramas sensitivas dorsales del nervio cubital, otros nos vienen con gonalgias parastésicas sin hallazgos a la exploración de la rodilla y atribuidas a neuritis de la rama infrapatelar del safeno, como son también las talagias referidas a la cara medial del talón, las "calcodinias" explicadas en una compresión de la rama calcánea del nervio tibial posterior.

Todos estos cuadros han sido admitidos como neuritis viriasiasicas desde que así los listó Watenberg en 1932, 1954 y 1959 entendiéndolos como "neuritis virales", y como muchos pacientes se cuentan su aparición sucesiva y en distintas épocas se justificó el término de "neuritis migrans". Pero en ninguno de estos enfermos nunca se ha encontrado a la exploración clínica o electromiográfica signos objetivos.

Añadamos un cuadro que nos ha llamado personalmente la atención y en bastantes casos y que no lo hemos encontrado descrito es el de "dolor de nivel toraco-lumbar posterior" de inicio referido en la conjunción dorso-lumbar con irradiación frecuentemente hacia la izquierda en todos, la exploración clínica radiográfica completa y con TAC ha sido siempre negativa.

Tanto el primer grupo descrito de todos estos enfermos que nos relatan estos cuadros imprecisos, así como el otro grupo de enfermos afectos de cuadros catalogados en la ortopedia clásica, tienen todos algo en común: que presentan otros síntomas de los que hemos de llamar "síntomas afectivos vitales" y que todos desaparecieron con la medicación actual antidepressiva en las mismas exigencias de requerir un tratamiento prolongado e ininterumpido, pero también con tendencia de poder volver a quejarse: pasados años o meses de otros de estas "quejas" muchas veces coincidiendo o no con la aparición de lo que hemos de reconocer como "factores stresante" y

muchas veces sin perturbación conocida en una situación de "adrritmia vital" sin que haya en el medio laboral, familiar o personal una modificación socio-económica conocida.

¿Pero qué hay de común en estos pacientes que tanto no desorientan y que nos dejan clínicamente tan incómodos?

¿Por qué han aumentado el porcentaje en nuestras consultas?

¿Qué son?

¿Qué tienen?

¿Por qué se manifiestan con estas "quejas"?

¿por qué vienen a nosotros especialistas en la clínica ortopédica del aparato locomotor?

En estos últimos 20 años se ha ido abriendo la idea de que muchos síndromes psíquicos y corporales que habían sido etiquetados como neuróticos son más bien representativos de una depresión física. Así se han ido entendiendo, pero como "presiones larvadas" que se expresan con estos síntomas, no serían más que "equivalentes depresivos" sin que esto suponga entrar en el terreno hay ya desdeñado de los síndromes psicossomáticos, ya como recuerda López Ibor Ariño, ya decía Langue en 1928, que el destino de los equivalentes depresivos eran el ser redescubiertos cada 10 años, no obstante la clasificación internacional de las depresiones no lo recoge como tal y los intuye como expresiones de la "neurosis de ansiedad" más que como expresión de una depresión enmascarada.

Ya Sigmund Freud decía: **el problema esencial es porque los individuos en vez de presentar un ataque de ansiedad tienen síntomas asomáticos que ellos mismos no reconocen como ansiedad y que así mismo engañan a los médicos.**

Las posibilidades terapéuticas farmacológicas que disponemos hoy en día en el caso de las depresiones y su buen resultado para el tratamiento de estos a considerar "equivalentes depresivos" ha llevado a considerar ya desdeñada la interpretación de la que fue la

sugestiva “medicina psicosomática”, la cual se fundaba en una orientación exclusivamente psicoanalítica y psicodinámica.

La realidad actual es que los equivalentes depresivos que en un día en las descripciones de la Psiquiatría clásica o en la experiencia asistencial de una psiquiatría de asilo eran hechos o casos marginales, en cambio en la clínica actual de consulta del Ambulatorio o de la Privada es que no consultan con el psiquiatra sino con médicos de otras especialidades, y así sucede con la nuestra del aparato locomotor: o viven sin consultar, o a lo sumo son imprecisamente considerados como “quejumbrosos” en la concepción clásica de la Hiponcondría. Es algo igual a lo sucedido con la tipología de la diversidad actual de los equivalente depresivos, recuerda a lo que ha sucedido con las fracturas de los accidentes de tráfico que han escapado a poder ser sistematizados como sucedía años antes cuando eran producidas tan solo por caídas casuales o accidentes laborales.

Ya sabemos que el trastorno fundamental de la depresión asienta en “los sentimientos vitales” como estados del Yo estratificados los niveles: **sensoriales** expresado por el dolor: algo que se localiza en el cuerpo y en el tiempo y que tiene para el hombre su significación. Los sentimientos **canestésicos** como el sentimiento del modo de estar global de nuestro organismo que oscila de la depresión vital a la fresca vital: los sentimientos son más bien **sentimientos reactivos**, pues en ellos hay una participación activa del yo, son solo **estados del yo, sino sentimientos psíquicos del yo.**

Lo que caracteriza en general a la depresión es precisamente la aparición de una “tristeza vital” en la que hay alteración en todo el plano de los sentimientos vitales, que clínicamente se va a expresar por la tristeza, la inhibición motora, al pensamiento inhibido.

Para nosotros que exploramos desvestidos a los pacientes de interés recordar que no hay una personalidad depresiva expresión de un

temperamento ciclotímico, ni que tenga una representación corporal como en su día describía Kretschmer. Nada de esto nos puede servir clínicos del aparato locomotor para buscar en la contextura somática del individuo que exploramos una personalidad depresiva o pre-dispuesta. Lo que hay, sin embargo, son unos ciertos rasgos en el fondo de la personalidad manifestados por rasgos ansiosos y anancésticos, expresión de su propia angustia endotímica. Son individuos que destaca en su personalidad la “escrupulosidad” en el desenvolvimiento de su vida y en sus relaciones sociales.

La discusión entre el concepto de “depresión larvada” o de “neurosis de ansiedad” que admite la psiquiatría anglosajona nos llevaría muy lejos de la realidad práctica, y entrar en el terreno de diagnóstico estructural buscando factores somáticos, psicológicos, familiares y sociales. La realidad es que en toda neurosis existe fondo de angustia endógena y que en todas hay una alteración endotímica del ánimo, de angustia y ansiedad.

No hay que desdeñar por completo la predisposición hereditaria o constitucional, lo que se hereda no es una enfermedad, sino una “constitución” timopática”. La condición propia de cada ser hombre, su “endogenidad”, sus ritmos vitales tanto en la salud como la psicosis con un carácter global, por ellos que no existen manifestaciones monosintomáticas, sino más bien “fenómenos” globales. Al hombre hay que situarlo más allá de la concepción de un dualismo soma-psi que aunque el soma se rige por sus leyes, las de la casualidad patógena; la psique por los suyos, los motivos. Aunque en las afecciones psicógenas, como son las depresivas, no conocemos su anatomía patológica, hoy ya comenzamos a emitir que hay al menos alteraciones bioquímicas.

¿Por qué hay que interpretar estas afecciones ortopédicas desconcertantes como equivalentes depresivos?. Llamabamos en medicina “equivalentes” a las manifestaciones menos habituales dentro del cuadro sindrómico, y

también a nuevas manifestaciones que recientemente son admitidas dentro del cuadro sindrómico. Hoy entendemos que muchas de estas afecciones ortopédicas desorientadoras son equivalentes de la alteración del humor o del ánimo que entendemos como depresión. Lo desconcertante es que se presentan en las anamnesis y hasta en las manifestaciones subjetivas y en la exploración como propias de enfermedades que conocemos bien por ser orgánicas, ejemplo paradigmático son las lumbalgias o las cervicalgias.

Esas manifestaciones clínicas existían siempre. Desde Freud, todos estos síntomas no eran más que neuróticos, expresión de una situación de angustia, pero cuando Adler entiende que la angustia se manifiesta como equivalente en los órganos en situación de inferioridad, se inicia la base de la "medicina psicósomática": un análisis de la situación y descubrir las psicogénesis de la angustia y como se transformaba en un síntoma somático, con la llamada "reacción de conversión", para el psicoanalista, la psicodinamia del dolor es igual a la de la depresión, la crisis asmática es un sustituto del llanto del niño, la fatiga y la anorexia son "affect equivalents", y surge el concepto de "depresión enmascarada", o de "cryptic depressive states". Se listan como síntomas somáticos de la "depresión": los trastornos del sueño, los vértigos, las cefaleas, los ruidos en los oídos, la quemazón en el pecho, el síndrome hombromano, los dolores de la columna vertebral, hormiguillas en las manos y los pies, etc. Por citar de esta lista a los síntomas somáticos que más nos pueden confundir a los que abordamos a los enfermos de nuestra clínica con una visión o planteamiento anatomoclínico.

Se admiten que existen depresiones como enfermedad, pero sin lo que parece propio de la depresión: la alteración del estado de ánimo, desde Priori (1962) se habla de "depressio sine depressione". Hay que distinguir que lo que denominamos "tristeza" comprende dos

acepciones distintas: "la tristeza reactiva normal", propia del sano, de la "tristeza vital" endotímica del deprimido. Paradojicamente no puede entristecerse como el sano. La llamada "melancolía álgica", unos depresivos son insensibles para el dolor, otros son hipersensibles.

En conclusión debemos entender como "equivalentes depresivos" o depresiones larvadas, aquellas en las que las manifestaciones de los trastornos en los síntomas somáticos, los que se presentan en la clínica en un primer plano, y los síntomas depresivos propios existen pero retirados en un segundo plano en la vivencia del enfermo, a menos que escuchemos por completo al enfermo en su anamnesis. No hacer preguntas en Clínica, que el que hace preguntas no tiene más que respuestas, sino escuchar al paciente en toda su expresividad, todo lo que cuenta, como lo cuenta y en cuantas visitas lo cuenta todo.

Entendiendo así el término equivalente depresivo se hace sinónimo de los conceptos de los psiquiatras de: "depresión larvada", "depresión enmascarada" (término popular en los Estados Unidos o Inglaterra), "depresión solapada", "depresión ignorada", "estados depresivos críticos", "depresión confusa", "depresión sine depressione", "depresión monosintomática", etc.

Lo evidente es que esto constituye ante la realidad actual y se plantean las preguntas: ¿es qué aumenta el número de equivalentes depresivos en la población?, ¿es que las depresiones muestran una tendencia al camuflaje? ¿es que como consecuencia del materialismo imperante y de la mayor tolerancia social para los síntomas médicos que para los trastornos psíquicos o estados de ánimo hay una tendencia a "somatizarse" las manifestaciones de las depresiones inmersas en la vida social? o, ¿es que hoy tenemos que descubrir por lo que a nosotros ortopedas se refiera que muchos cuadros ortopédicos imprecisos que se ocultaban con una nosología rotunda como era la de

coccigodinia, xifodinia, etc. no son en realidad más que equivalentes depresivos?. La experiencia clínica es que cuando los tratamos farmacológicamente como tales, los enfermos se recuperan, eso sí, con esta tendencia a recaer periódicamente que tiene todo depresivo. Las depresiones enmascaradas son equivalentes de la depresión síndrome, pero a su vez son síntomas de la depresión como enfermedad.

El análisis de los equivalentes depresivos permita aclarar en parte la psicopatología de los cuadros depresivos. La depresión no es más que una alteración fundamentalmente endógena de los sentimientos vitales, pero los enfermos tienen distintos modos de expresión. Las alteraciones de los sentimientos sensoriales es el núcleo esencial de los equivalentes depresivos y hay que insistir que aparecen con la característica de no “ser dirigido” a pesar de lo que parece poder deducirse de como lo cuenta el enfermo: no son pues los equivalentes depresivos “reactivos” a pesar de que todo hombre tiende a considerar toda la vida sentimental como reactiva, todo el mundo tiene acontecimiento desagradables en la vida, y hasta en el propio enfermo cuando nos viene con su equivalente depresivos tiene que reconocer de que antes que le sucediera el “suceso reactivo” él ya no se encontraba bien. Este no es pues el origen de su depresión, pues cuando lo tratamos farmacológicamente es capaz de resolverlo todo en conjunto: tanto su situación anímica como su somatosis de equivalente depresivo. Este siempre tiene un carácter ondulante y variable y esto es inherente como son el modo de ser de los sentimientos vitales; que son circadianos y estacionales; todos los deprimidos están peor pero por la mañana y mejoran por la tarde, agravan en Primavera o aparecen en Otoño.

En la historia de estos enfermos se puede constatar como los equivalentes depresivos son simultáneos o alternan: lumbalgias con cervicalgias, lumbalgias con coccigodinias. Aparecen y desaparecen a lo largo de los años,

han consultado por sus lumbalgias o cervicalgias en distintos años y ocasiones a distintos médicos y tratados de distinta manera con una resolución completa, transitoria o con una sintomatología persistente y admisible.

Angst, recuerda como por ejemplo el término “depresivo” en Japonés tiene simultáneamente otros significados, ejemplo: “bonito”, y esto tiene su interés en una psiquiatría transcultural, las alteraciones de la vida sentimental, afectiva y del humor que constituye el núcleo de las depresiones como ciclótímicas no son hechos tan sencillos de poner a manifiesto.

López Ibor, entre nosotros, nos recuerda que en nuestros tiempos el sentimiento de culpa ha perdido su matiz religiosa y se ha transformado en una “culpa existencia”. La realidad es que en la génesis de los equivalentes depresivos está la edad, y los enfermos que la padecen hoy la presentan en edades más jóvenes, y esto nos desorienta, pero cada vez más las adolescentes que vienen a consultarnos con dolores toraco-lumbares, con dorsalgia, con cervicalgia, con dolores en la rodilla sin hallazgos clínicos.

Los equivalentes depresivos son en sí alteraciones a nivel de los sentimientos sensoriales bajo la forma de dolor, parestesias, malestar, opresión, junto a las otras manifestaciones propias de los sentimientos vitales: la tristeza y la ansiedad. La realidad clínica nos muestra como la “tristeza vital” tiene en ocasiones más el carácter de un sentimiento sensorial, así son sus explicaciones, “malestar en el brazo”, su “braquialgia”, es como si tuviera “el brazo triste”, “como si no fuera de carne”. Y cuando nos viene tan frecuentemente con sus molestias acompañado o no a una cervicalgia, no saben si lo que tiene es un vértigo o una cefalea.

No son los equivalentes depresivos depresiones enmascaradas, sino que por el contrario son expresivos de que “desenmascaran la máscara.” Y es que la personalidad no es más

que la apariencia que tomamos de nosotros mismos y que ofrecemos al mundo. La depresión afronta al enfermo consigo mismo, con su limitación personal: las culpas del pasado, el presente insoportable y la inexistencia de un futuro. No puede extrañarnos que la misma histeria, tan clásica y antigua para nosotros los clínicos, no sea muchas más que un equivalente depresivo: es un esfuerzo que hace el individuo para compensar el temor a verse desmascarado. De ahí nuestra cautela y delicadeza en la Clínica, la atención, a sus síntomas somáticos, escucharlos, no tacharlos de histéricos o neuróticos, escucharlos, no pensar que ha configurado su equivalente depresivo como expresión de la depresión del enfermo enfrentado con su limitación personal.

Del dualismo cartesiano cuerpo-alma, llevé a que la psicopatología se hablará de síntomas depresivos somáticos y síntomas depresivos psíquicos. Y así esto fue el origen de lo que estuvo tan en moda en la medicina psicosomática con la que la llamada reacción de conversión" era su fundamento, era una herencia del clásico concepto que traía la historia, pero el estudio de los equivalentes depresivos ortopédicos se ha de hacer dentro del marco más amplio de una antropología fenomenológica. Aquí, nosotros, hemos sido fieles mucho tiempo a incluir a estos pacientes en el amplio capítulo de afecciones ortopédicas propias de un estado de "depresión somatizada". El concepto del hombre es que se nos presenta ante al clínico como corporalidad, los síntomas depresivos no son ni psíquicos ni físicos, "el alma en sentido estricto no puede enfermar y el cuerpo en tanto es un cuerpo inerte tampoco". El hombre enfermo se presenta como expresión de una alteración de la corporalidad. Precisamente las enfermedades mentales llevan consigo a una disociación o desintegración de la unidad del yo, las alteraciones somáticas se vivencian de un modo distinto de las psíquicas. El síntoma depresivo tiene siempre un significado o un contenido el cual

muestra o revela en cuanto es capaz de revelar sobre lo incierto de su propia naturaleza, en todo equivalente depresivo hay una actitud de desconfianza ante las posibilidades de la corporalidad.

¿Equivalente depresivo en la depresión endógena?, ¿equivalente depresivo en la depresión reactiva?. En toda depresión hay factores endógenos y factores reactivos. Los equivalentes depresivos en la clínica ortopédica nos van a venir tanto en los individuos en depresiones aparentemente endógenas fundamentalmente como en otros en que la depresión parece psicoreactiva.

Hoy mantenemos que cuando la psicogénesis va a expresarse en una somatogénesis hay siempre una suma o un juego mutuo de endógeno o reactivo en distinta proporción. La eficacia de la terapéutica con los psicofármacos ha simplicado la importancia de la discusión en la proporción de esta dualidad de lo endógeno o de lo reactivo como causa del equivalente depresivo, puesto que la eficacia de la misma nos hace disminuir la importancia de los factores somatógenos.

En todo equivalente depresivo es posible hacer un análisis micro fenomenológico en el que se descubre en el propio síntoma rasgos fundamentales de alteraciones endógenas: siempre coinciden varios y de unos va a otros, del vértigo a la angustia, de la braquialgia a la epigastralgia, etc. En todos hay casi siempre un cuadro depresivo mitigado, la llamada "angustia vital", una cuádriga compuesta por astenia, fatiga, irritabilidad, ansiedad, aunque el enfermo lo niegue, pero los que con él conviven lo aseveran. La astenia, la falta de ilusión, la inhibición psicomotora se encuentra en todo individuo con un equivalente depresivo ortopédico, prueba de ello es que cuando se recupera con el farmacológico del equivalente depresivo han desaparecido también toda aquella sintomatología depresiva que él negaba en la primera anamnesis o reuía pero al recuperarse reconoce que la sufría.

Los equivalentes depresivos coinciden como varios si bien cuando viene por uno de ellos a nuestra consulta, es el de carácter ortopédico, pero cuando reconstruimos su historia comprobamos que a lo largo de su vida hubo varios que se alternaron en su aparición, o que se suplieron pasando de uno a otro.

El tratamiento farmacológico nos ratifica cómo el conjunto de equivalentes somáticos depresivos evolucionan de forma similar a los síndromes psicopatológicos que entendemos como depresión. Y es que los equivalentes depresivos constituyen el grupo menos grave de los trastornos endotímicos y abona a que sean “depresiones reactivas” en que en su comportamientos fásico son menos profundos, pero son de persistencia más prolongada y de manifestaciones propias de las depresiones endógenas.

de todas maneras el carácter fásico de los equivalentes depresivos es algo todavía que esta por precisar, a medida que sepamos mejor recogerlos en la historia, podemos comprobar si tiene la característica fásica también como en las depresiones endógenas, pero para nosotros clínicos ortopedas, hay un problema, y es que viene a vernos cuando cree el enfermo que el equivalente depresivo que aqueja tiene que tener una interpretación clínica o patológico propia de nuestra especialidad: son sus manifestaciones dolorosas en el raquis alto o bajo, en las extremidades superiores, o en las extremidades inferiores.

Depresión y dolor

Pero todo el dolor en el depresivo cómo equivalente alcanza pronto un carácter difuso y global que escapa clínicamente por mucho que precisemos a tener en su distribución una configuración anatómica y neurológica; lo que sucede muchas veces es que por exploraciones clínicas anteriores se ha dejado se ha insistido en un intento de precisión se haya “fijado

yatrogenicamente” la referencia neurológica del dolor. Pero pronto destaca en la anamnesis de que la sensación dolorosa es difusa, dice bien el enfermo, por todo el cuerpo, de un modo continuo o a veces con dolores errantes.

Psicológicamente el dolor no es una pura sensación, sino es un sentimiento sensorial, es decir, de los que estan ligados a la “corporalidad” del hombre.

Los psicoanalistas sentaron el origen psicógeno del dolor y en él buscaron una psicodinamia semejante a otros síntomas. En un estado de tensión crónica o de conflicto neurótico, es típico de estímulos mínimos puedan parecer un dolor y que tengan la expresión de “equivalentes afectivos” el dolor producido por la tensión muscular es la transferencia de la tensión psíquica. Ya para el propio Freud el dolor era expresión de una depresión y como había un camino entre la aflicción y el dolor físico.

Entendiendo el dolor en su repercusión total, se puede decir que no hay peor dolor que la depresión mínima. Pero los enfermos con dolor crónico a los que Engle ha descrito como “pain prone patients”, que tanta importancia ha tenido en la interpretación de los enfermos con lumbalgias sin hallazgos clínicos, en esos enfermos el dolor parece para ellos como un placer, pero la mayoría de las veces el dolor va unido a sentimientos de culpabilidad; el dolor crónico es un grito de ayuda, de aquí nuestra importancia como clínicos es que escuchemos a estos enfermos con toda atención si queremos hacer algo eficaz, nos han buscado a nosotros al somatizar en el aparato locomotor su depresión, es la máscara del dolor tras la cual se oculta la depresión. Pero no olvidemos que el dolor en la depresión esta unido siempre a un estado de ansiedad.

En la mayoría de los enfermos que nos vienen, hay con gran frecuencia cefaleas depresivas, o al menos dolores referidos a la cabeza y a la cara, y es que la cabeza tiene un papel importante en el esquema corporal, en ella se localiza el yo. El enfermo cuenta el

dolor como una opresión que aparece ya durante el sueño y que se va despejando a lo largo del día, es una sensación "gravitativa" que produce una cierta inhibición que reduce su capacidad de concentración y baja su tono vital. Pero los que a nosotros nos interesa es que estas cefaleas se extienden hasta la nuca, o aparecen como nualgias, el dolor referido al raquis cervical. Y todavía más cuando estos enfermos le unen otros síntomas tímopáticos, como son frecuentes los vértigos.

Cuando preguntamos a estos enfermos, todos tienen síntomas depresivos mitigados, como son la tristeza o la inhibición del pensamiento.

Hay veces que el dolor de cabeza es único, pero esos enfermos no vienen a nosotros, van a las consultas de internistas y psiquiatras, son los que el dolor de cabeza va unido al temor, a la muerte, "temo volverme loco", "me va a estallar la cabeza".

Pero en cambio a nosotros nos vienen otros con cefaleas que acompañan a otros síntomas de dolores lumbares o parestésicos en los que domina la astenia, la hipersensibilidad a estímulos ambientales o a las exigencias de su trabajo. Añaden esta irritabilidad a su dolor lumbar o cervical y confunden la causa con el efecto, "es el dolor lo que no me deja encontrarme tranquilo y activo", "es un dolor que me hace inservible".

Es típico en todos estos que estas cefaleas se aparezcan al despertarse o hasta despierten e interrumpen el sueño. El dolor a veces se refiere a una mitad de la cabeza, y esto es importante porque ya puede transformarse y tener la significación de que ya hay alteraciones más localizadas en el propio esquema corporal.

Pero lo que nos trae a los clínicos ortopédicos, no son las cefaleas o dolores de cabeza, sino las NUCALGIAS por su frecuencia, su tinta enormemente angustioso que tienen y por lo erróneo de su interpretación frecuente buscando en alteraciones espondilóticas del ra-

quis cervical casi constante en las radiografías que practicamos a estos enfermos. El enfermo dice que el dolor lo provoca los movimientos, pero cuando exploramos su raquis cervical con el enfermo en decúbito y vemos su movilidad comprobamos que éste despierta nunca nualgia, si provoca es un dolor referido típico del síndrome espondilótico, la escapulalgia o la braquialgia, pero nunca una nualgia.

No cabe tampoco explicar las nualgias por estados de contractura muscular dolorosa de los músculos del cuello, principalmente del trapecio, para entender que fueran "cefaleas por tensión", expresión de un estado de ansiedad que da a su vez contractura muscular, pero no hay relación evidente, la nualgia no es más que la expresión, una máscara más del síndrome depresivo.

Sin embargo, con frecuencia se busca un origen cervical de estos dolores nualgicos basándose en la constancia con que estos pacientes presentan en sus radiografías alteraciones espondiloartrosicas, pero puntualicemos un hecho, las artrosis cervicales son casi constantes a partir de una cierta edad y sus dolores aparecen lentamente, progresen y desaparecen, y vuelven a aparecer, pero esta evolución también se da con la nualgia cuando no es más que un equivalente depresivo, la exploración clínica del raquis cervical es negativa, y por otra parte, en la mayoría a poco que indagamos en la anamnesis hay un síndrome depresivo mitigado o antecedentes de otros equivalentes depresivos.

El dolor lumbociatico como equivalente depresivo

Es sin duda el problema con el cual con más frecuencia nos hemos de enfrentar, así como con las nualgias, parece que el raquis del hombre tiene los puntos débiles o de mayor "expresividad", el raquis cervical bajo y la columna lumbar.

La experiencia de la cirugía de hernia de disco nos ha mostrado dos hechos, cuan frecuentes los hallazgos operatorios son negativos en casos típicos, y cuan frecuentes son las recaídas después de intervenciones satisfactorias.

Estamos de acuerdo que en más 30% de los fracasos operatorios hay alteraciones psíquicas, o al menos equivalente depresivos anteriores.

La lumbociática depresiva tiene su sintomatología definida, y ésta solo debería de bastar para hacer el diagnóstico sin que nos desorienten los hallazgos radiológicos. El uso de TAC nos ha confirmado muchas protusiones discuales son asintomáticas, por otra parte ya hemos insistido en algunas publicaciones, la confusión que el síndrome lumbociático lo proporciona el "síndrome facetario lumbar".

También hemos escrito sobre la significación para el hombre del dolor lumbar y de la significación de la espalda en el esquema corporal. La posición erecta del hombre con su visión binocular, estereoscópica, trae como consecuencia un campo visual más limitado que el de muchos otros mamíferos, y eso exige una mayor movilidad del raquis para ver lo que hay "por detrás", el hombre tiene el dorso más indefenso que la cara, el hombre puede sentirse traicionado por la espalda, "el paso de la vida lo lleva sobre la espalda", y "da la espalda hacia lo que no le interesa o a lo que quiere mostrar su desprecio", para el hombre la espalda supone en su "mundo vital" tanta importancia como la cabeza o el corazón.

La lumbalgia como reacción histérica, el síntoma desconocido como "cemtocornya", fue síndrome que parece haber desaparecido.

En el hombre todavía falla como adquisición definitiva la postura erecta frente a la vida, el lumbago muchas veces es la expresión de un modo de estar en un mundo anómalo que tiene una reacción íntima con su propio estado de ánimos.

La coccigodinia

Es un cuadro que nos ha llamado mucho la atención en la clínica ortopédica por lo difícil de filiar y resolver terapéuticamente. La morfología del coxis ofrece una gran variabilidad de un individuo en la radiografía lateral. Los dolores coxígeos tienen con frecuencia un antecedente traumático, sin embargo el hecho de su persistencia o su integración su dolor referido tanto en la punta inserción de los ligamentos como en la articulación sacrocoxígea es sumamente variable. Aunque se ha hablado de que la coccigodinia tiende a extenderse en sus molestias como algias perineales, para nosotros, le hemos encontrado siempre como un dolor localizado a lo largo del coxis. Siempre huímos y condenamos toda intervención quirúrgica, la extirpación del coxis es por sí una operación mutilante en la estabilidad perineorrectal, la resección del plexo coxígeo como cirugía del dolor nos ha parecido ilusorio. No quiere decir que no conozcamos casos de curaciones, pero ya sabemos que la intervención en sí tiene un efecto "inespecífico" por el stress que desencadena como mecanismo que fundamenta alguna terapéutica psicoterápica. La cirugía modifica los síntomas, pero no resuelve nunca el problema, y la mayoría de veces lo agrava. Otra cosa es que con las infiltraciones locales o el masaje profundo, como propugnaba (Cyraux), mejoren, y hasta las curen, al menos temporalmente, y a veces definitivamente. Pero lo típico de la coccigodinia es de ser un dolor angustioso más allá de la función de ese apéndice óseo, es cierto que el enfermo lo acusa al sentarse y con los tipos de asientos, pero también a veces que va unido como dolor mantenido recuerdan mucho a un síndrome causálgico. Lo hemos visto con frecuencia en hombres y mujeres en situaciones de "depresión reactiva" ante fracasos en la vida, así como en mujeres acompañando a un cuadro de dispareunia, en realidad hoy ya menos frecuente.

Las braquialgias y la escapulalgia

¿Son todas las braquialgias o dolores referidos a lo largo del brazo con acroparestesias expresión siempre de una afectación radicular de una espondilosis cervical?

Hay un hecho clínico llamativo, los hombres suelen ser diestros, la extremidad superior derecha está más solicitada, sin embargo, la mayoría de las braquialgias difusas e imprecisas son izquierdas, ¿es que la braquialgia izquierda difusa es muchas veces más bien un equivalente depresivo?. Estas braquialgias depresivas tienen una característica de dolor "sordo", "pesado", "angustioso", duelen más por la noche y se acompañan de acroparestesias, que el enfermo no sabe precisar en que dedos referidos, y nos desorienta para buscar o precisar cual es la raíz cervical afecta. Son braquialgias parastésicas izquierdas en cuyos pacientes encontramos síntomas depresivos y en los que la exploración clínica del raquis cervical no provoca ni acentúa evidentemente la braquialgia cuando esta es evidentemente radicular.

Otras Algias y Parestesias

Así tenemos la llamada "CHEYRALGIA PARESTESICA" atribuida al microtraumatismo de la correa del reloj, otra vez también izquierda y que se relacionaba con una neuritis de la rama superficial del nervio radial, la verdad es que nunca se extendía a región dorsal del pulgar. Otras eran las parestesias en el dorso de los dedos "LA DIGITALGIA PARESTESICA", referida a neuritis de las ramas dorsales digitales del nervio cubital.

Otros nos vienen con dolores en las rodillas en la cara anterior, son más bien parestesias, son "LA GONALGIA PARESTESICA" que se atribuyó a una neuritis de la rama infrapatelar del safeno. Cuando exploramos la rodilla no encontramos ningún signo clínico

convinciente, en cambio el enfermo nos cuenta de otras parestesias o estados de ánimo.

Hemos tenido los ortopedas un cuadro bien mantenido "LA MERALGIA PARESTESICA" que desde 1905 la describieron en Moscú Rothlybernhardt en Berlín, siempre se explicó como una parestesia por comprensión del nervio femoro-cutáneo. El propio Freud (1895) la aquejaba como también su melancolía. Pero explorados los enfermos vemos que el dolor va más allá de la dermatoma propia y que su evolución es caprichosa, a temporadas aparece y desaparece, pero en todos esos enfermos es difícil encontrar una exploración neurológica convincente, y acudiendo a la exploración eléctrica con velocidad de conducción, y en cambio, todos ellos cuando recomponemos su total anamnesis hay síntomas depresivos en su estado de ánimo, y cuando tratamos el cuadro depresivo las parestesias y molestias desaparecen. Hoy el TAC ha permitido descartar las meralgias que acompañan a las discopatías L2 - L3.

Es también significativo particularmente en las gonalgias que las parestesias sean bilaterales en las dos rodillas, pero que son distintas en la descripción del enfermo, con frecuencia en el lado derecho hay como una disestesia y en la rodilla izquierda una hipoestesia.

El polidolorido

Son enfermos que nos vienen a nosotros por dolores difusos que ellos refieren pintorescamente a todo su esqueleto, a todos sus huesos, pero nos lo cuentan en un tono angustioso, de una forma abigarrada, hartos de ir de consulta en consulta, domina su angustia. A esto enfermos son a los que cabe calificar de "HIPONCONDRIACOS", donde su sino es tenerlos que escuchar, y en los que poco podemos hacer, y, si halgo conseguimos será transitorio, pronto cambiará de "quejumbres" y acudirá a otro especialista con una interpreta-

ción subjetiva y angustiada de una nueva enfermedad.

Las Parestesias

Nos las cuentan en las anamnesis, apenas hacemos caso, no sabemos como interpretarlas. Sin embargo son sumamente significativas, la parestesia, pues siempre va unida a un colorido angustiante, donde mejor se expresa localizados los estados de ansiedad con frecuencia asociadas a vértigos. El enfermo expresa la parestesia con expresiones como que tengo dormida la mano o el pie. La parestesia interna de la pantorrilla, con frecuencia es lo que se denomina 'ACATISIA', con sensación de sobresalto en la pierna. El pie dormido expresa una alternación de la personalidad mínima despersonalizada o desintegración de la propia personalidad como expresión de un estado de angustia. Es conocida también como "Leg jitters", síndromes de Ekblom, parece corresponder al dermatomo L3, y va unida siempre a insomnio.

No cabe es estos enfermos hacer la discriminación neurológica entre parestesia como modificación de la sensación táctil o de disestesia como estímulo de la misma. En los enfermos depresivos es difícil de encontrar diferencias, como tampoco al circunscribirlas al área de distribución de un nervio periférico.

Las parestesias debemos recogerlas y no olvidarlas a lo largo de la exploración del enfermo, al margen de todo lo demás que nos cuente y que exploremos, pues expresan que están afecto de una situación de angustia.

Son las acroparestesias referidas a las partes digitales o distales de la mano, el "hormigueo", "acorchamiento" las que hemos dicho que van unidas a la braquialgia parestésica y que no nos sirven en todos los caso para revisar la raíz cervical afecta si es que la hay, C5 - C6 - C7. Peor lo típico de las acroparestesias como expresión angustiada es que nos las describen

como sensación de hinchazón, creen ver tumefacción en el dorso de los dedos, y un paso más allá nos encontraríamos con las acroparestesias que por ir acompañadas, además de una sensación de calor, nos hace pensar que tengan un componente de criptomeralgia.

Los vértigos en la clínica ortopédica

A poco que preguntemos en los enfermos que vienen aquejando síndromes dolorosos, particularmente cervicalgicos, se encuentran los vértigos. El vértigo es un síntoma importante como equivalente depresivo de los estados de ansiedad. El vértigo es la manifestación dentro de la angustia endotímica como la vivencia de la inestabilidad física en este mundo. El sujeto aqueja fundamentalmente una falta de estabilidad o de fuerza en las piernas junto a una sensación angustiada, y, hasta a veces, lo único es el miedo a que sobrevenga la crisis. Con frecuencia vértigos y cefaleas se presentan asociados, pero no faltan en otros cuadros o con otros síntomas dolorosos. El vértigo de la depresión puede presentarse de dos formas. Unas veces se trata de una sensación duradera, vaga e indefinida de "mareos", que según los distintos pueblos le llaman de distinta manera, nuestra tierra como "torba", "boira", etc. Otras veces son crisis vertiginosas bruscas. Con frecuencia en la anamnesis existen ambos tipos de vértigos. El vértigo en la depresión es una alteración de la perfección espacial en un sentido peculiar. No se trata de una alteración en espacio físico, sino en el espacio vital. El enfermo se siente inseguro en su mundo, tiene la vivencia de esa manera de inseguridad angustiada. Hay que diferenciarlos, pues de los vértigos laberínticos, eso no quiere decir que no puedan coexistir en el depresivo. Pero los vértigos depresivos tienen un carácter angustiante, pues es la forma más pura de manifestarse la angustia endotímica.

Un equivalente depresivo que causa desorientación o no lo valora el clínico ortopédico. La acatisia

Se trata de la imposibilidad que tienen los enfermos de estarse quietos, literalmente quiere decir "no poder permanecer sentados". Típicamente se manifiesta con unas parestesias que presenta la cara interna de la pantorrilla. Por la noche tienen que agitar las piernas e incluso levantarse a caminar por la habitación, impide conciliar el sueño, que aumenta con el calor de la cama y que obliga a sentarse y apoyar los pies en el suelo frío. Todo ello con una sensación de disminución de la fuerza muscular. Esta parestesia es muy angustiada, el enfermo busca que le encontremos una explicación neurológica, nosotros vemos que corresponde al territorio o dermatoma de L3. La acatisia es lo que se llama también "Leg jitters", "fibgety legs" síndrome de Ekbohm.

Se acentúa con el embarazo, y aparece con él unido a insomnio, cefaleas e irritabilidad, ahora bien, es un síntoma crónico y muy rebelde. Pero lo típico es que se acompaña siempre con el insomnio. La acatisia como equivalente depresivo parece que es el que más "organicidad etiológica" tiene.

¿Qué nos queda de la medicina psicosomática valido para explicar los síntomas ortopédicos dolorosos?

La medicina psicosomática nace con los conocimientos que se tenían de la neurosis a través de un mecanismo central y general que es "la reacción de conversión". La reacción de conversión tenía una contrapartida terapéutica como es la "catarsis", pero su eficacia es muy rara. Pero la reacción de conversión no era aplicable a los problemas psicosomática, y a veces hasta los neuroticos. Lo único que pretendía era ayudar al paciente a través de la situación transferencial. Las ideas de la medi-

cina psicosomática norteamericana a partir de Alexander, porque sigue esquemas conceptuales paralelos.

Había un "dolor lumbar psicógeno", es decir, el dolor como consecuencia de un "conflicto psíquico" de la misma manera que es producido por la compresión de una raíz lumbar, "conflicto somático". La reacción de conversión ha perdido credibilidad, en primer lugar porque carece de especificidad, y porque la investigación psicosomática ha sido exclusivamente psicodinámica y se ha considerado que la sintomatología del enfermo es algo encubridor, como una barrera defensiva que hay que debilitar para tener acceso a mecanismos más profundos de la vida psíquica y por tanto a la curación. Nada más contribuiría a fortalecer los mecanismos de defensa que prestarle atención a estos equivalentes depresivos, pueden ser únicos de curso fásico o crónico. Pero lo típico de los equivalentes depresivos en un mismo enfermo es que coinciden o alternan. Pero es de resaltar que todos los enfermos acusados de trastornos psicosomáticos son personas angustiadas.

Hay un hecho de observación curioso bastante frecuente, es que muchas enfermas que nos vienen con equivalentes depresivos nos muestren que le han aparecido unas equimosis en los miembros, con frecuencia en la cara externa del tercio medio inferior del brazo o del muslo que aparecen de un día para otro sin que recuerden haberse dado ningún golpe y sin la menor molestia que hiciera suponerlo, el tamaño oscila entre los dos. o tres centímetros de diámetro o mayores. Pueden ser múltiples y con frecuencia es en el lado izquierdo.

En conclusión: lo típico de los equivalentes depresivos es que van sucediéndose de un modo fásico aunque no uniforme, el paciente viene porque tiene equivalentes depresivos que cree que son enfermedades óseas o articulares que debe tratar clínico osteoarticular. Pero es posible en todos ellos encontrar antecedentes de otras afecciones o equivalentes

depresivos, particularmente digestivo, especialmente cólico. Hay en los equivalentes depresivos el fenómeno de la suplencia de unos a otros a lo largo de la vida.

En esta evolución fásica en que hay suplencia de un equivalente por otro, desplazamiento de uno por otro, es lo que a DUNBAR ha llevado a crear el término "Qwerlapping syndroms".

El problema diagnóstico

A pesar de lo desorientador que bajo el punto de vista clínico son para el especialista los equivalentes depresivos que aislados nos desorientan, pero si los consideramos en su conjunto presentan rasgos comunes dentro de la evolución fásica, el síndrome depresivos presenta rasgos que nos debe llevar a pensar en los mismos, como son: haber consultado sin éxito con otros médicos. La ausencia de hallazgos suficientes en la exploración, la sintomatología poco típica y precisa, los fracasos de las terapéuticas médicas o quirúrgicas, la observación de situaciones conflictivas o con una carga angustiosa conflictiva, sin embargo hay que en primer lugar señalar que hay error desafortunado derivado de una falta de valoración correcta de los hallazgos somáticos, por un lado, por valorar hechos radiográficos como son alteraciones espondilóticas del raquis cervical o lumbar, pero lo contrario también es causa de error, como es hipervalorar el estado psíquico del enfermo y no explorarle suficientemente. Pero la causa mayor de desorientación es no pensar en que estemos ante "un equivalente depresivos, es decir, ante una depresión larvada y no ante una afección somática desorientadora". Nos podemos encontrar ante un equivalente depresivo puro o depresión totalmente enmascarada, pero si recogemos bien su anamnesis, vemos que ha habido fases de un síndrome depresivo auténtico de una depresión o larvada de una subde-

presión, es decir, una depresión mitigada enmascarada, y cuando aquejan dolor, la reacción ante el mismo es de depresión, no de rabia como cuando uno tiene un dolor de muelas.

El enfermo no reconoce su depresión, sino retrospectivamente, es decir, después que lo hemos mejorado o recuperado.

Pero en estos enfermos que vienen a nuestras consulta de ortopedas hay que destacar que siempre hay al lado del cuadro que justifica su consulta hechos que podemos recoger, como son: trastornos del sueño, pérdida de los intereses habituales, dificultad de concentración, incapacidad de tomar decisiones, cansancio, irritabilidad, pérdidas de interés por la sexualidad, etc.; pero todo esto hay que mirarlo en sentido retrógrado, es decir, compararlo como se encontraba el sujeto con anterioridad al cuadro ortopédico.

El síntoma tiene siempre un matiz angustioso, hay una alteración melancólica de la corporalidad, el síntoma no es en general concreto, sino vago difuso, eso no quiere decir que en la evolución el enfermo lo vaya fijando de modo concreto y todo ello con una utilización de neologismos con lo que lo cuenta con un pintoresquismo propio de su cultura o de su folklore, Así expresa su sensación de vértigo llamando la atención de que en las alteraciones somáticas predomina el lado izquierdo en los equivalentes depresivos, cual sucede con la braquialgia, por otra parte todos los equivalentes depresivos recorren una evolución de acuerdo con los ritmos circadianos, peor por la mañana que por la tarde, y de la estación, peor en primavera que en otoño.

La expresión de su cara debe ser recogida cautelosamente. La mirada más o menos triste pero es rígida quizás brillante, aunque algo vacía, la cara en conjunto poco vivaz y expresiva. Es de destacar la observación de Heimmann (1973), de que en lo que en realidad de viveza, fotogenia o atractivo a un rostro es la diferencia de la mitad del rostro con la otra, vivaz y agresiva en un lado, se contrasta con

más dulce en el rostro. Esto se pierde precisamente en el enfermo depresivo.

Menos interés tiene los problemas de la herencia como se hereda el síntoma o la predisposición. Más valor tienen los rasgos de la personalidad, son todos angustiosos, anancásticos, ordenados, aunque en el curso de la equivalencia depresiva hayan perdido su característica que era habitual.

Pero el criterio diagnóstico indiscutible es la respuesta de toda la sintomatología del equivalente depresivo y de la que le acompaña con el tratamiento de los fármacos a los psicofármacos, aminotriptilina principalmente. Responden igual que cuando actúan en las depresiones: ritmo pausado de la mejoría a partir de la segunda semana, recaída teatral si se interrumpe bruscamente, necesidad de tratamientos largos.

Patogenia

El problema crucial consiste en porqué sobre un trastorno endotímico aparece un determinado cuadro clínico, lo que nos interesa a nosotros es porque lo hace simulando una afección osteoarticular. No nos sirve la interpretación psicósomática de la reacción de conversión. Para nosotros tiene importancia la adquisición por convivencia social del "patern", la frecuencia de las lumbalgias, las nualgias como alteraciones posturales, la fijación en la coccigodinia, las molestias de la rodilla, gonalgias frecuentes en su ambiente etc.

Lo importante en la clínica es que precisamente los equivalentes depresivos se presentan en las formas leves de depresión, por eso viene a nosotros y no al psiquiatra. Hemos de estar dispuestos a admitir que el equivalente depresivo se presenta en cualquier edad de los pacientes propios nuestra consulta ortopédica, desde los niños, pues la posibilidad de sentirse deprimidos es algo que se va adquiriendo poco

a poco a lo largo de la vida, es de destacar que en los jóvenes predominan los rasgos angustiosos, en las lumbalgias o en las gonalgias que vienen a consultarnos y en los adultos, tanto mujeres como hombres, lo que domina es una tristeza vital.

El problema del tratamiento

El tratamiento de los equivalentes depresivos es en líneas generales igual que en el de las depresiones. El problema lo plantean si estos enfermos han de ser tratados por nosotros o remitido al psiquiatra. El enfermo no entiende que no le prestemos la atención debida a su cuadro depresivo que él así ha "somatizado" para venir a nuestra consulta y nosotros lo rechazamos, ¿qué tenemos que hacer?". En primer lugar escucharle en una anamnesis que él desea hacerla prolongada y reiterativa, pero que no nos debe fatigar y no debemos interrumpirlas con preguntas porque el que pregunta no tiene más que respuestas, pero las respuestas de las preguntas no es lo que el enfermo nos quiere contar. Tampoco hemos de aligerar la exploración del aparato locomotor, en general y en particular que a él le preocupa. Mucho menos desdeñar como que carece de interés o de significación clínica a sus quejas. Hay que recurrir a la exploración clínica y radiográfica imprescindible para deshechar la realidad auténticamente somática. Lo contrario es practicar una exploración analítica y sobretodo radiográfica excesiva que no solo encarece innecesariamente la exploración, sino que hay que pensar que ente de cada documento analítico o radiográfico que el enfermo no sabe interpretar ante el examen y la interpretación que hagamos del mismo al enfermo no acaba de entender, tiene aún más un motivo de angustia.

Creo que debemos asumir el tratamiento de estos enfermos en tanto y cuanto vienen por un equivalente depresivo "somatizado y epi-

sódico”, el cual debemos tratar primero con una anamnesis prolongada, y una exploración cuidadosa: la anamnesis más escuchada que preguntada, y la exploración clínica más cuidadosa según lo que al enfermo le preocupa más que buscando una exploración clínica standard.

Los psicotropos, ya sabemos que los inhibidores de la monoaminoxidasa son fundamentalmente ansiolíticos y los timotropos tri y tetracíclicos son antidepresivos. Pero en todo caso el tratamiento de los equivalentes depresivos ha de ser suficientemente intensivo y prolongado. Hay que recordar que los síntomas de la depresión evolucionan en ritmos diversos, mejora el equivalente depresivo pero tarda en desaparecer por completo, son más lentos que los otros componentes de la depresión como son la ansiedad, la tristeza, el insomnio, la inhibición. Son particularmente persistentes ciertos equivalentes depresivos, como son la coccigodinia, la xifodinia, la acatisia, las lumbalgias por completo, y mucho más rápido las nucalgias y las occipitalgias. ¿Tienen las psicoterapias eficacia en los equivalentes depresivos? Lo fundamental de la exploración clínica acabada tras una escucha pacienzuda de todas sus molestias y las interpretaciones el enfermo que colorean su descripción. Aunque sabemos que lo eficaz será el tratamiento farmacoterápico, fundamentalmente los antidepresivos clínicos que tratan el síndrome algico y el componente angustioso unidos a una diaceposido que calme la ansiedad y los trastornos del sueño. Todo es problema de familiarizarse con los mismos fármacos y manejarlos sin intentar utilizar fármacos nuevos cuando no somos psiquiatras ni tenemos una formación farmacodinámica en timotropos.

Nuestra misión o papel psicoterápico es llevar al enfermo al reconocimiento de su trastorno, pero cuidadosamente hay que des-enmascarar su depresión, pero no hay que desmontar el proceso de somatización que con

el equivalente depresivo ha alcanzado a expresarse. Hay que borrar toda trascendencia del síndrome en cuanto amenaza de la vida que el enfermo teme en su manifestación angustiosa. Hay que escuchar la biografía del enfermo, atender las oscilaciones del equivalente depresivo, las de su ánimo, las variaciones a lo largo del día y del año, todo ello lleva al enfermo a la impresión de que hay una compenetración del médico con su problema. Cuando el tratamiento farmacológico hace efecto el médico debe hacer resaltar al enfermo de que tenga conciencia de su mejoría y aprovechar el fenómeno de transferencia de la capacidad de absorción de la angustia que la figura del médico tiene para el paciente.

Hay que admitir que el enfermo se pondrá bien, pero siempre que venga a vernos nos contará aunque minimizado la persistencia del equivalente de forma de aparición fugaz o mínima que el enfermo no olvida pero que sobre el cual lo ha superado y no le lleva ni a la angustia ni a la ansiedad.

Lo que no podremos nunca es tratar al enfermo sintomáticamente con analgesicos, antiinflamatorios, hipnóticos, pues no vamos a conseguir nada, sino que por su persistencia del equivalente este sincronice y lleve al enfermo la impresión de su indurabilidad dada la persistencia a pesar de las múltiples medicaciones a que ha sido sometido. En esta situación con este estado de angustia, el enfermo es muy sumiso: yo diría muy desamparado, fácilmente esta dispuesto a aceptar una intervención sobre la cual asienta sus esperanzas. Al fin y al cabo el enfermo con un equivalente depresivo es un “prone patient”. Tras la intervención su mejoría es transitoria e inespecífica que todo el contexto de anestesia y reacción post-agresión quirúrgica supone volverá a sus molestias, su equivalente depresivo se modificará en su expresividad, pero la angustia y la ansiedad irá en aumento.

A nosotros ortopédicos, tenemos hoy otros peligros de que abusemos del diagnóstico de

equivalente depresivo ante un cuadro doloroso impreciso del aparato locomotor y no estamos dispuestos a buscar que pueda tratarse de una afección ortopédica con clínica un poco desorientadora, y por ello llevamos a hacernos rutinarios en la práctica clínica.

Nos enfrentamos pues con el problema del equivalente depresivo como un trastorno de la corporalidad y como una expresión de la inti-

midad del hombre, merece toda atención por ser una realidad clínica sobre la cual todavía la ciencia psiquiátrica, la neurofisiología no nos da una respuesta rotunda de su mecanismo, pero la realidad en nuestra clínica es que nos tonemos que enfrentar con su existencia, desmitificarlo y hacer lo que podamos de acuerdo con nuestros conocimientos.