

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES EN LA CLINICA MEDICA"

tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala

por

MANUEL ARMIN DE LEON MALDONADO

En el Acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1968

PLAN DE TESIS

DEDICATORIA

INTRODUCCION

CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA. EXPERIENCIAS PERSONALES.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

CASOS INTERESANTES EN NUESTRAS SALAS DE HOSPITAL

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

Diariamente la clínica proporciona ejemplos de paciente que acuden a diferentes consultorios sometiéndose a múltiples tratamientos, sin obtener ningún resultado. Muchos se tratan quirúrgicamente, eliminando supuestos focos, extirpando partes del cuerpo como causa presumible de sus males. Algunos sufren repetidas intervenciones: son los casos de cirugía múltiple. Ya llenos de cicatrices consultan hechiceros y toda clase de curanderos obteniendo, en muchos casos alivio de sus males. Intuimos, así que sus trastornos están en íntima relación con las vicisitudes en su existencia y son manifestaciones de su estado mental. No se juzgue que tales enfermos son siempre víctimas de profesionales incompetentes o lo que sería peor, inescrupulosos. Grandes maestros de medicina y cirugía poseen en sus ficheros casos de esa naturaleza. Es que, a pesar de ser conocedores profundos de sus especialidades, les falta la noción de aquello que no pueden adivinar, de aquello que no les fue enseñado en la escuela de Medicina, ni en

los cursos de postgraduados. Por otro lado, las obras y revistas que consultan no se ocupan del aspecto emocional del paciente. Si algún tratado mas moderno lo hace es en capítulo aparte, como apéndice, a título de ilustración.

Estamos tan acostumbrados a buscar una causa orgánica al cuadro clínico que presenta el paciente que con mucha facilidad olvidamos la importancia que tienen las emociones como causa desencadenante de muchas enfermedades; el objeto de esta tesis es hacer resaltar la importancia de esas emociones, que con tanta frecuencia escapan a la vista del clínico.

Se piensa, inclusive, que el diagnóstico psiquiátrico se hace por exclusión de factores orgánicos y no se toma en cuenta la coexistencia de lo psiquiátrico y lo físico. Toda medicina debe ser psicosomática. La separación es incómoda, inoperante y arbitraria. Igual peca el psiquiatra que se aleja de las otras disciplinas médica.

CONCEPTOS E IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA

La medicina psicosomática es bastante joven y su gran orientador, el psicoanálisis, recién en las últimas décadas comenzó a adquirir mayor solidez y exactitud. Solamente con la colaboración de psicólogos y fisiólogos podremos progresar, alimentando la gran esperanza de Claude Bernard: "DIA LLEGARA EN QUE EL FISIOLOGO, EL FILOSOFO Y EL POETA HABLARAN LA MISMA LENGUA Y SE ENTENDERAN ENTRE SI; EN ESE DIA UNA MEDICINA DINAMICA SURGIRA".

La medicina ha logrado dominar, en cierto grado, la viruela, la difteria, la escarlatina y otro gran grupo de enfermedades que amenazaban la vida del hombre hace casi un siglo.

Ahora el "HOMBRE SE ENCUENTRA AMENAZADO POR LAS MISMAS ENFERMEDADES QUE EL DESPIERTA CON SUS PROPIAS PERTURBACIONES EMOTIVAS". En la lista de las principales dolencias de hoy figuran las enfermedades del corazón, el reumatismo, la hipertensión arterial, los accidentes, el alcoholismo, los desarreglos gastrointestinales, las enfermedades nerviosas y mentales y las alérgicas que acosan a

un sinnúmero de personas.

Los médicos debemos darnos cuenta que una de las causas de tales males radica en nuestros discordantes sentimientos: ansiedad crónica, codicia resentimiento, y temor. Y debemos admitir que nuestras secretas preocupaciones y hostilidades son tan peligrosas como los microbios.

Los buenos médicos saben que el desasosiego de la señora A por las frecuentes libaciones alcohólicas de su esposo y las preocupaciones del señor B por los altibajos del negocio, tienen mucho que ver con sus respectivas enfermedades. Antes se admitía generalmente, que cada mal era originalmente, un DESORDEN DE TEJIDOS Y CELULAS. AHORA SE LEVANTA FRENTE A ESA EXTENDIDA CREENCIA, LA NUEVA BASE PSICOSOMÁTICA. Esta reconoce la existencia de los factores emocionales en todas las enfermedades y exige que los médicos los consideren, sin dejar de estudiar los síntomas físicos. En suma la medicina psicosomática afirma que la personalidad y el mal de cada individuo están relacionados entre sí.

"PREGUNTA QUE PERSONA TIENE LA ENFERMEDAD Y NO
PRECISAMENTE QUE ENFERMEDAD TIENE LA PERSONA".

Todos nos hemos podido dar cuenta como nuestras emociones afectan generalmente nuestros cuerpos. Las penas traen las lágrimas. Un súbito temor hace que la garganta se seque o hace que el corazón salte. Nos sonrojamos cuando estamos desconcertados. La ira repentina nos hace apretar los puños. Así pues las emociones alteran literalmente cada función del cuerpo. Que estudiante de medicina no ha sentido alguna vez ciertas molestias intestinales, antes del temido examen? Y cuando ha determinado deshacerse de la muela enferma No ha sentido esas mismas molestias cuando se encamina hacia el sillón dental?

Ordinariamente estas "perniciosas" emociones nuestras son breves y nos hacen poco daño. Pasa el examen o la muela es extraída y retornamos a nuestro estado de salud. Lo que produce el daño es la reprimida pero sostenida ansiedad o la aversión.

Junto con estos estados emocionales crónicos van ciertas reacciones fisiológicas del cuerpo, como la hipertensión arterial o la excesiva actividad del estómago cuando se padece de ciertas enfermedades aparentemente específicas pero en realidad atípicas. Los efectos externos son iguales, pero las causas son todas distintas.

Casi 400 años A.C. Hipócrates dijo que los asmáticos debían evitar encolerizarse.

En San Francisco California, 2500 esposas de soldados han sido víctimas de serias perturbaciones físicas que el Dr. Jacob Serge Kasanin describe como una "nueva enfermedad", la cual se caracteriza por palpitaciones del corazón, colitis, diarrea y dolores de cabeza. TODO ELLO PRODUCIDO POR LA ANGUSTIA DE ESAS MUJERES RESPECTO A LA SUERTE DE SUS RESPECTIVOS MARIDOS EN LOS FRENTE DE COMBATE.

Esto viene a confirmar la certidumbre de que los males físicos tienen a veces, su origen en las grandes e insoslayables sacudidas emocionales.

En un fascinante estudio sostenido a lo largo de 12 años, la Dra. Flanders Dumbar, del Murray Hill de Nueva York halló una importante suma del factor emocional en la enfermedad de un 79 por ciento de 1600 pacientes, entre los 15 y 55 años de edad. Fracturas, males del corazón y diabetes eran las dolencias de esas personas.

Porque se supone que la fractura de huesos es accidental y no está por consiguiente, afectada por las emociones, la Dra. Dumbar, determinó observar ese punto. Esta observación la llevó al reconocimiento de que las emociones pueden ser la causa de accidentes. Casi 80 de cada 100 personas con huesos quebrados, entre esos pacientes, habían sufrido tal accidente poco después de haber sido sacudidas por la ira o el resentimiento, lo cual las hizo caer violentamente al suelo.

Cuando una persona se habitúa a no expresar por medio de la palabra sus dolores físicos o sus conflictos morales; cuando a fuerza de reprimir las contrariedades de la vida diaria, se encierra en un mutismo de autoconmiseración,

sin una sola válvula de escape, el mismo se habrá metido en un callejón sin salida. Es decir, llevará dentro un almacén de disgustos acumulados que en adelante no le permitirán ver nada de lo que le rodea. Su único panorama será su yo interior. No lee, no habla, nada le interesa. Y cuando falta este medio de expresión, es que se establece lo que se llama "LENGUAJE DE LOS ORGANOS".

Por ejemplo, dominado por su derrotismo, uno de estos enfermos, ante la menor controversia, tenderá siempre a abandonar el campo sin articular palabra. Escoge la línea de menor resistencia y se inhibe, pero nada ha ganado con darle de lado a algo que se le meterá indefinidamente entre pecho y espalda. Así se acostumbra a no expresarse sin tener en cuenta que después, las articulaciones se encargarán de hablar por él, sin que él mismo se de cuenta (artritis)

Y lo que es peor: sin que tampoco lo advierta el médico, uno de esos matasanos que, por no conocer su profesión, por no tomarse el trabajo de estudiar los síntomas para establecer un diagnóstico certero, apelan al socorrido palo de cie-

o, del último CURALOTODO, medicamentos que no curan nada, o recetan agotando la reserva más valiosa de la medicina, esos prodigiosos antibióticos, hechos para ser usados en momentos heroicos y no para ser suministrados a tutiplen como si fuera un reconstituyente cualquiera.

Todo ello es realmente curioso, porque parece indicar que ningún elemento ciego, sino el factor emocional determina en cierto grado la enfermedad que uno puede desarrollar. Aquí pues cabría establecer el siguiente punto: DIME COMO ERES, Y TE DIRE QUE ENFERMEDAD TE AQUEJA, O TE AQUEJARA.

La investigación sobre esa base puede permitir a los médicos descubrir un caso potencial de alta presión sanguínea o de artritis, y fijar un tratamiento preventivo con extraordinaria anticipación.

Con que facilidad se olvida el clínico de las frases acertadísimas del Dr. Miriez, profesor de la Universidad de Lion:

"LA IMAGINACION Y LA VOLUNTAD, CONCIENTES O SUBCONCIENTES EJERCEN INFLUENCIA EXTRAORDINARIA SOBRE LA PARTE FISICA DE NUESTRO ORGANISMO. ESTA FUERZA PSIQUICA

-10-

PUEDE SERVIR TANTO PARA EL MAL COMO PARA EL BIEN. ESTE PODER PUEDE CREAR PERTURBACIONES Y ENFERMEDADES. PERO TAMBIEN, ESTE MISMO PODER DE LA PARTE PSIQUICA PUEDE SERVIR PARA "CURAR" ENFERMEDADES "REALIES" DE LA PARTE FISICA. TODO EL SECRETO CONSISTE EN "SABER" EMPLEAR BIEN ESTA FUERZA QUE EXISTE EN NOSOTROS QUE PUEDE SER, SEGUN COMO SE ORIENTE, O UN TERRIBLE VENENO O UNA MEDICINA MILAGROSA.

Para hacer resaltar la importancia de las emociones como causa desencadenante de muchos síntomas orgánicos relataré mi pequeña experiencia, a lo largo de mis estudios de medicina:

Al ingresar a la Facultad de Medicina tuve que vencer muchas contrariedades, que producían en mi personalidad conflictos emocionales, cuyos efectos repercutían en mi eficiencia personal, presentándose signos físicos y dolencias, a las cuales en ese entonces no le encontraba una explicación satisfactoria. Muchas veces estuve tentado a consultar al psiquiatra, no lo hice por falta de dinero, sin embar-

los estados depresivos y la sensación de fracaso eran ori-
ginados en mi pensamiento con un gran potencial emocional;
sentía de ardores, dolor epigástrico, insomnio y varios sín-
dromas que no se aliviaban aun cuando tomara medicinas, so-
lo desaparecían en los días en que recobraba el entusiasmo y
la fe.

Por propia experiencia llegué a la conclusión que el desalien-
to, la falta de confianza en uno mismo y cualquier estado de-
presivo tienden a debilitarnos físicamente, porque cuando me
encontraba bajo el peso de una preocupación moral o abatido
por alguna idea fija, perdía el ánimo para todo, disminuía el
sueño y el apetito, las funciones orgánicas se alteran (ardo-
res, dolor epigástrico) y el cuerpo sufre las consecuencias.

En estos casos solían presentarse algunas dolencias que a-
provechaban la disminución de las defensas físicas para ma-
nifestarse, desconocedor, entonces, de la importancia del
factor emocional para la salud corporal, admitía el juicio e-
quivocado que todo se debía a falta de vitaminas, debilidad
nerviosa u otro pretexto corporal, pero analizando la cues-

ción desde su origen, llegue a la conclusión que todo se debía a la primitiva sensación de fracaso, miedo, propensión a la inferioridad, y en general, las alteraciones del pensamiento acompañadas de un estado emotivo patológico.

Observando a mi alrededor, me di cuenta que existían sin número de confiadas víctimas que aceptaban aquellas opiniones pronunciadas con tanta seguridad como ignorancia para descubrir, después de cierto tiempo, que los males toman nuevas formas, desapareciendo un síntoma para presentarse otro y otro nuevo, terminando en la desesperación o hasta que llegue una verdadera y terrible enfermedad.

Muchísimas enfermedades no tienen nada que ver con la falta de voluntad ni con el temor psicológico. Para esas están los tratamientos de la ciencia médica, pero si es cierto que la depresión y el sentimiento de fracaso con las consiguientes reacciones nerviosas ni se curan ni se remedian con medicinas para el cuerpo, a no ser que solo se busque alivio sintomático transitorio.

La depresión puede mejorar con el restablecimiento del es-

tado físico; pero nadie jamás pudo cambiar su tristeza interna comiendo un trozo de carne o inyectándose vitaminas.

Al avanzar en mis estudios de medicina me dí cuenta que la personalidad patológica está expuesta, en el orden de las reacciones nerviosas, a los mismos riesgos que amenazan al cuerpo mal constituido. La sensación de inferioridad desgasta excesivamente el potencial de energías disponibles, produciendo fatiga mental y sensaciones de agotamiento que al reflejarse en la vida orgánica, conducen a la inquietud, irritabilidad, y extremada susceptibilidad. Facilitan la preocupación excesiva por el estado de salud, haciendo que se considere con aprensión, síntomas normales del proceso vital y que se los juzgue como indicios fehacientes de enfermedad (hipocondría)

CLASIFICACION DE LOS DESORDENES PSICOFISIOLOGICOS AUTONOMICOS Y VISCERALES

Estas reacciones representan la expresión visceral del afecto que así puede ser prevenido al aparecer en el consciente.

Los síntomas son debidos a un estado crónico y exagerado de la expresión fisiológica normal de las emociones, con represión del sentimiento o parte subjetiva, estos estados viscerales continuados por largo tiempo pueden eventualmente causar cambios estructurales.

Este grupo incluye las llamadas neurosis de órgano. También incluye algunos de los casos anteriormente clasificados en una variedad de términos diagnósticos, como "Estado de ansiedad", "Neurosis cardíaca", "Neurosis gástrica", etc.

SE DIFERENCIAN DE LAS REACCIONES DE CONVERSION POR:

1. Afectar órganos y vísceras inervados por el sistema nervioso autonómico; por lo tanto, no están bajo control o percepción voluntaria completa;
2. Fracaso en aliviar la ansiedad;
3. Origen fisiológico de los síntomas en vez de origen simbólico.

Producción frecuente de cambios estructurales que pueden amenazar la vida. Se diferencia de las reacciones de ansiedad por la afección predominante y persistente en un solo sistema de órganos.

La clasificación que seguiremos aquí es la de la Asociación Psiquiátrica Americana:

001-580

REACCIONES PSICOFISIOLOGICAS DE LA PIEL; esta categoría incluye: neurodermatitis, prurito, dermatitis atópica, hiperhidrosis etc. en las cuales factores emocionales juegan un papel causante.

022-580

REACCION PSICOFISIOLOGICA MUSCULOESQUELETICA; Esta categoría incluye desordenes musculoesqueleticos como el "reumatismo psicogénico", dolor de espaldas, calambre muscular, mialgias (incluyendo algunos casos de cefaleas y dolores de cabeza por tensión) en los cuales los factores emocionales juegan un papel causante. En este grupo la diferenciación de la

los juegan un papel causante en los que se ha excluido la reacción de conversión.

Además de las reacciones psicofisiológicas existen algunos desórdenes psiconeuroticos que pueden dar sintomatología orgánica. La característica principal de estos desórdenes es la "ansiedad" que puede ser sentida y expresada directamente o que puede ser controlada inconscientemente y automáticamente a través del uso de diversos mecanismos psicológicos de defensa (depresión, conversión, desplazamiento, etc)

La ansiedad en los desórdenes psiconeuroticos es una señal de peligro que se siente y se percibe en la porción consciente de la personalidad. Es producida por una amenaza interna de la personalidad: emociones reprimidas sobrecargadas, incluyendo tales impulsos agresivos como la hostilidad y el resentimiento, con o sin estímulo de tales situaciones externas: pérdida del amor, pérdida del prestigio, o una amenaza de ser lesionado. De estos desórdenes los que el clínico debe conocer más a fondo son:

1. REACCION DE ANSIEDAD; En esta clase de reacción la ansiedad es difusa y no está restringida por situaciones u objetos determinados, como en el caso de las reacciones fóbicas, no está controlada por ningún mecanismo psicológico de defensa como en las otras reacciones psiconeuróticas. Esta reacción se caracteriza por una expectación angustiosa y con frecuencia esta asociada a una sintomatología somática. La condición debe distinguirse del miedo o aprehensión normal. El término es sinónimo de "estado de ansiedad" usado anteriormente.
2. REACCION DE CONVERSION; En lugar de experimentarse conscientemente (ya sea difuso o desplazado como en las fobias) el impulso que causa la "ansiedad" se "convierte" en síntomas funcionales de los órganos o partes del cuerpo, generalmente aquellos que están bajo control voluntario. Los síntomas sirven para disminuir la ansiedad consciente (que se siente) y de ordinario son simbólicos del conflicto mental subyacente. Tales reacciones satisfacen necesidades inmedia-

CASOS EN NUESTRAS SALAS DE HOSPITAL

Caso No. 1

Caso de trastornos respiratorios funcionales.

Joven de 25 años de edad, observada por primera vez en 1958.

Antecedentes y sintomatología: la paciente se queja de sensación de ahogo e incapacidad de aspirar suficiente aire. Agrega que tiene poco apetito, que a veces vomita, y que tanto su peso como sus fuerzas han disminuido.

Estos trastornos aparecieron a los 18 años, apenas hubo concluido el bachillerato. Desde hacía 4 meses habíase percibido de un engrosamiento en el cuello, y luego comenzó a experimentar "nerviosidad", con sensaciones de asfixia, se diagnosticó un bocio tirotóxico. Se internó y fue puesta en observación durante un tiempo, realizándose finalmente la tiroidectomía, con el resultado de que sus síntomas se agravaron en vez de mejorar, por lo cual se le volvió a internar, esta vez en un hospital privado. Allí se informó a sus familiares que los trastornos no tenían fundamento orgánico y que no había motivo para preocuparse por su disnea.

A continuación se trasladó para vivir con su hermano casado, y los síntomas se intensificaron a tal punto que fue necesario internarla de nuevo a un centro privado donde se le efectuó una traqueotomía con intubación permanente. Durante los dos años que siguieron a la operación no presentó molestia alguna, pero luego reapareció el agotamiento y las sensaciones de ahogo. En estas condiciones llegó a nuestra observación.

Antecedentes: No existen datos positivos excepto que siempre fue algo delgada y que la menstruación apareció tardíamente, con irregularidad y dolor.

Antecedentes familiares: La paciente es la tercera de una serie de cuatro hermanas y un hermano. Ambos padres viven y gozan de buena salud. Una hermana ha tenido artritis crónica y la otra fue operada satisfactoriamente por bocio, en UNA CLINICA IMPORTANTE.

Examen Físico: Joven desnutrida, triste, aunque aparenta no estarlo; signos vitales dentro de límites normales. Cicatrices de acné en la cara y espalda; las manos estan -

frías y húmedas. NO PRESENTA SIGNOS DE HIPERTIROIDISMO. Excepto la cicatriz de la operación y la presencia de la cánula de traqueotomía, el examen del cuello no muestra nada anormal. El corazón y los pulmones son normales. Por lo demás el examen físico es negativo.

Vida Familiar: El padre, muy severo en la concierne a la educación de sus hijas, no les permitía que asistieran a fiestas ni bailes, como otras jóvenes de su edad, razón por la cual abundaban las rencillas en la casa, pues la madre tenía un carácter mas tolerante y benévolo. Luego de terminar el bachillerato se discutió si debía permanecer en el hogar o ser enviada a la universidad como algunas de las hermanas, y fue entonces cuando comenzó a preocuparse de su tiroides y de los "síntomas tóxicos". Poco después de ingresar ella al hospital local, un hermano casado que vivía fuera vino a pasar las vacaciones con los padre, y sobre el recayó la responsabilidad de decidir si la joven debía ser operada en un centro público o un hospital privado. A pesar de que el padre bien podía costear un ci-

rujano de mayor pericia, el hermano decidió que lo más conveniente era operarla allí mismo, acatándose esta determinación. Como ya hemos señalado la paciente empeoró inmediatamente después de la operación y luego se trasladó a vivir a casa de su hermano casado. Al internarla a un hospital privado, se le informó al hermano que todo lo que ella presentaba era de "origen nervioso". Por consiguiente, cuando tenía ataques disnéicos la trataban sin ninguna consideración en el nuevo hogar, fue allí donde se llevó a cabo la traqueotomía con intubación permanente.

La paciente guardaba un fuerte rencor hacia la clínica en la cual se diagnosticó que su proceso era de "origen mental", y atribuye al hermano la responsabilidad principal por el desastroso percance que a tal punto destruyó su existencia. Solo después que hemos deslizado cautelosamente la conversación el tema de su hermano y la responsabilidad que a este le incumbe aparece el resentimiento que le guarda y muy particularmente el que siente contra su esposa, porque está realmente convencida de que fue ella quien influyó sobre el hermano en el senti-

do de que la operaran en un hospital público, "con el objeto de disponer de fondos para sus próximas vacaciones". Por el modo de expresarse, resulta claro que la paciente abriga un intenso resentimiento.

Síntesis: Paciente cuyo síntoma principal es disnea. Ha sido operada por bocio y luego se le practicó una traquetomía con intubación permanente, debido a que presentaba un cuadro disneico. Estos últimos síntomas recurrieron, al trasladarse a casa del hermano. El examen físico demuestra que no existe ninguna enfermedad orgánica responsable de la disnea. En cambio se dirige la atención de la paciente hacia su estado de agotamiento, explicándole a continuación que dicho trastorno tiene por base un conflicto emocional originado por una intensa y reprimida hostilidad hacia su hermano, a quien la paciente considera responsable de su desgracia. Una vez que puede dar libre expresión a su agresividad, sus síntomas se atenúan.

Caso No. 2

J.A.M. paciente de 12 años de edad, originaria de esta capital.

Motivo de consulta: "convulsiones de 1 mes de evolución.

Historia: Referida por la tía, desde hace 2 meses y medio, la niña principio con convulsiones tónico clónicas durando cada una de media a una hora repitiéndose a veces hasta 8 veces al día. Hay cefalea y fotofobia intensa. Como dato importante, la niña perdió a su padre en una situación trágica, habiendo cambios radicales desde entonces en el hogar.

Examen físico: Paciente orientada en tiempo y espacio, inteligente, amable, colaboradora. Signos vitales dentro de límites normales. No hay datos positivos al examen físico, Neurológicos N1.

Al estar examinándola en la emergencia la paciente presentó una convulsión tónico clónica, la cual cedió con la administración de nembutal, dicha convulsión se presentaba de nuevo tan pronto pasaba el efecto de la droga; por lo que

-28-

se decidió su ingreso con diagnóstico de epilepsia tipo gran mal. Se le instituyó tratamiento con fenobarbital 5 Mgrs Kg de peso, sin embargo las convulsiones seguían presentándose de 7 a 8 veces al día por lo que se agregó al tratamiento epamin 5 mgrs Kg de peso; pero a pesar de ello las convulsiones no lograban controlarse.

Exámenes de laboratorio: Hematología; Hg 14.5 g blancos 5500, Hemograma: Linfocitos 29, Seg 68, Cay 1, Eosinofilos 2,

Orina: NI

Heces: Nls.

Química Sanguinea: NI

Dosificación de calcio y fosforo: Nls.

Punción lumbar: No revela nin gún cambio del LCR

Rx Torax y Craneo: Sin evidencia de patología

Electroencefalograma: Trazo dentro de límites Nls.

A los ocho días de estar en la sala de Medicina de niñas continuaba presentando convulsiones aparentemente tónico clónicas; al ganarnos toda su confianza nos cuenta que sus

"ataques principiaron desde la navidad pasada pues se asustó mucho al ver como asesinaban a su papá, la madre se encuentra guardando prisión por probable complicidad en el asesinato. Ella vive con una tía, quien la trata muy mal, pues ella (la tía) siempre tiene preferencia por sus tres hijas.

Se le inspiró confianza y se le ofreció que se trataría de resolver su situación hasta donde fuera posible, se le dijo también que mientras se encontraba algún hogar o institución donde colocarla podría quedarse en el Hospital. Desde entonces cobró nueva vida, se le veía mas activa, ayudaba a los quehaceres del servicio y las convulsiones ya no volvieron a presentarse sino muy ocasionalmente. Posteriormente se logró colocarla en un hogar particular, en el cual vive muy contenta, ya no ha vuelto a tener convulsiones.

Caso No. 3

A.E.P. 7 años, originaria de esta capital.

Motivo de consulta: Referida por la abuelita. A las ocho de la mañana se despierta súbitamente quejándose de dolor en epigastrio, tipo cólico, espasmódico, con momentos de a-

livio, le administraron bicarbonato con lo cual empeora el dolor.

Antecedentes: padres separados por dificultades hogareñas.

Examen físico: Niña agudamente enferma, facies angustiosa, retorciéndose por dolor. Como datos positivos: paciente pálida, corazón taquicardia 120', Abdomen: Dolor a la palpación en epigastrio y flanco derecho, ligera defensa muscular, ruidos intestinales disminuidos.

Evolución: La paciente se retuerce de dolor en la camilla, se le administra analgésico, dosis fuertes pero parecen no aliviarla, su sintomatología aumenta al estar el médico o la enfermera cerca. Al estar sola escribe o dibuja en un cuaderno; también escribe cartas a un su tío: "TIO FITO, SAQUEME DE AQUI, ESTOY MUY SOLA, LLEVEMO CON UD. TAMPOCO QUIERO ESTAR EN MI CASA".

Sospechando una litiasis renal se le hace un pielograma I.V. el cual es normal, se le hace varios exámenes de laboratorio con el siguiente resultado:

Hb. 13 grs. Recuento G. blancos 12,110

Eosinofilos 1

Cayados 3

Segmentados 70

Monocitos 1

Orina: Densidad 1.0012 leucocitos 3 a 4 por campo

Heces: no hay evidencia de parásitos.

Amilasa: 25U

Urocultivos (tres): todos negativos.

A los tres días de estar hospitalizada, continúan presentándose las crisis dolorosas, a pesar de los analgésicos y antiespasmódicos administrados. La niña nos ha tomado confianza y entonces nos platica: Se siente triste porque su papá y su mamá están separados; el papá siempre llegaba borracho a su casa y le pegaba a su "mamita", por lo que tuvieron que separarse.

Pensando en una úlcera péptica se hace una SGD. la cual revela un nicho ulceroso en el antro pilórico.

-32-

Se instituye tratamiento con dieta Sippy y antiespasmódicos, pero mas que todo se trata de crearle un ambiente agradable, se hace de varias amigas en la sala, las crisis de dolor van desapareciendo. SGD al mes de estar en el hospital revela cicatrización del nicho ulceroso.

Se habló con sus padres y se les hizo ver el problema, sin embargo fue imposible que se reconciliaran; se egresó a la niña y no volvió a controles a consulta externa.

Nota: Esta niña tenía una capacidad intelectual muy por encima del promedio normal.

CONCLUSIONES

1. Debemos renunciar al hecho de considerar las emociones como algo que ocurren solo en el plano psíquico, y de ver la enfermedad como algo que se sufre en el cuerpo únicamente.
2. El conocimiento de la vida emocional del individuo es premisa indispensable para la comprensión de un cuadro clínico.
3. Muchas veces quedamos admirados de los éxitos que obtienen ciertos charlatanes, aun en los casos en que clínicos competentes fallan. Es que en tales casos, por regla general, el componente psicológico es grande, y el charlatán encara al paciente como a su igual, siguiendo sin saberlo, la orientación adecuada: "Lo que se llama cuadro clínico, no es el retrato de un enfermo en su lecho, es el cuadro impresionista del paciente en el medio ambiente formado por el hogar, el trabajo, los parientes, los amigos, las alegrías, las tristezas, las esperanzas y los temores"

4. Si por un lado las conquistas en el dominio de la física o química impulsaron extraordinariamente la bacteriología, la quimioterapia y la farmacología, por otro, desviaron la atención de los médicos de los componentes psicológicos de la dolencia.
5. Recordemos las palabras certeras de Bokus: "La úlcera péptica es la enfermedad característica de un animal: el Homo Sapiens. Pero aun en el hombre se produce solamente cuando esta sujeto a la influencia de la civilización.
6. El estómago del ulceroso se presenta todo el tiempo como si tuviese hambre; no hambre de alimentos, sino hambre de amor y de ayuda. El estómago constantemente estimulado se va "auto digiriendo" a medida que el ulceroso péptico se siente mas "hambriento" de amor y de ayuda.

BIBLIOGRAFIA

1. Baron, S.: Mechanism of Recovery from Viral infections; in Advances in Virus Research. New York, Academic Press, 1963 p. 39
2. Brodman, K. and others: The Relation of Personality disturbances to Duration of Convalescence from acute respiratory infections. Psychosom Med., 9:37, 1947.
3. Hincle, L. E. y Plummer, N: Life Stress and Industrial Absenteeism. Indust. Med. Surg., 21:363 1952.
4. Jensen, M.M. y Rasmussen, A.F.: Stress and Susceptibility to Viral Infection. I. Respose of Adrenal. liver, Thymus, Spleen and peripheral Leukocyte counts to sound stress. J. Inmunol., 90:17, 1963
5. Iden: Stress and Susceptibility to Viral Infections. II Sound Stress and Susceptibility to Vesicular stomatitis virus. J. Inmunol., 90:21, 1963
6. Mirsky, I.A.: Psychologic, and Social determinant in the Etiology of duodenal ulcer. Am. J. Digest. Dis., 3: 285, 1958.
7. Roselló, Juan A.: Tratado General de psiquiatría Rio Piedras, Universidad de Puerto Rico, 1962, 800 p.

Vo.Bo.


Ruth R. de Amaya

Br. MANUEL ARMIN DE LEON MALDONADO

Dr. OCTAVIO AGUILAR
Asesor

Dr. VICTOR ARGUETA VON KAENEL
Revisor

Dr. ENRIQUE MORALES CHINCHILLA
Director del Departamento de Psiquiatria

Dr. MANUEL ARIAS TEJADA
Secretario

Vo.Bo.

Dr. GUILLERMO URRUTIA
Decano en Funciones