

FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD

Doctor Ernesto Bustamante Zuleta
Académico de Número

"No debemos olvidar que la Psicología forma parte de la medicina y que en su mayor parte no es más que la fisiología de las porciones más altas del cerebro". Charcot 1891.

El hecho, que se olvida con tanta frecuencia en la práctica médica, de que el hombre (sano pero sobre todo cuando está enfermo) piensa, siente, interpreta correctamente, pero especialmente teme: teme la muerte, teme la enfermedad, teme la incapacidad, teme el dolor, debe ser tenido siempre presente para así no olvidarse de examinar físicamente al paciente, y también explorar sus características psicológicas, su personalidad y sus problemas para poder apreciar adecuadamente sus síntomas de origen orgánico, psicológico o las modificaciones que los factores psicológicos provocan en las enfermedades orgánicas.

Se olvida también inexplicablemente que el hombre, tanto o más que cualquier otro miembro del reino animal, está dirigido en todos sus actos voluntarios o involuntarios por su Sistema Nervioso Central; que el hombre es lo que su comportamiento lo lleva a ser y que el comportamiento traduce una determinada forma de funcionar cada cerebro.

El hombre, por tener un cerebro más desarrollado, ha dominado a las demás especies. En la especie humana antes, ahora y siempre el mejor dotado cerebralmente sobresaldrá, en cualquier sentido, sobre sus semejantes y en esto interviene no sólo la capacidad intelectual sino las habilidades de distinto tipo, la capacidad de trabajo, la tenacidad y sobre todo la capacidad de adaptación o de modificación adecuada del ambiente, que es una de las cualidades de la especie humana que más han influido en su progreso.

En todo sentido, pero especialmente desde el punto de vista médico influye también sobre todo, el adecua-

do equilibrio emocional. Vive en general más feliz, más tranquilo y más sano el individuo más equilibrado emocionalmente, enfrente de tantas otras gentes que pasan su vida temiendo al calor o al frío, temiendo la obscuridad y la comida, temiendo a veces obsesivamente a la muerte o la enfermedad y por esta razón sufriendo dolor, enfermedad y las consecuencias de los frecuentes desarreglos en las relaciones interpersonales que sus temperamentos provocan.

Desde hace muchos años se ha insistido en la necesidad del enfoque global del paciente, psíquico y somático, estudiando no sólo sus síntomas corporales sino su personalidad y las condiciones y características de su trabajo, su ambiente familiar, etc. Esto sin embargo no se pone en práctica generalmente y la mayoría de los médicos olvidan el sector psíquico de sus pacientes seguramente por una formación insuficiente, en este campo, dada por las Facultades de Medicina. Es tan arraigado este desconocimiento que es frecuente oír de médicos especialistas de categoría, aún entre neurólogos y neurocirujanos, frases como "el paciente tal sabe mucha neurología" o "no sabe neurología" aplicadas con el criterio de que los síntomas psicógenos de un paciente son simulados, inventados por el enfermo, por lo cual en ocasiones se trata con dureza a estos pacientes, lo que indica una ignorancia absoluta de las *influencias de la mente* sobre el cuerpo del hombre y aun del animal en los que se han podido producir ya, experimentalmente, afecciones orgánicas por alteraciones psicológicas provocadas.

La influencia de los factores psicológicos en las enfermedades orgánicas es todavía poco conocida pero se-

guramente existe. Todos los médicos tenemos la impresión, tal vez no demostrada todavía, de que los pacientes que no quieren ser operados, que son más o menos forzados a serlo, que temen y se angustian considerablemente en el preoperatorio, tienen una mortalidad post-operatoria más alta por razones no siempre claras. Esto podría asimilarse al efecto (ese sí demostrado) de los "hechizos" en determinados pueblos, que pueden provocar la muerte del hechizado seguramente por el íntimo convencimiento de este de que su muerte es inevitable.

Es muy conocido también el efecto de determinadas drogas que caen bien o mal a los pacientes con sólo cambiar de nombre comercial. De los pacientes que se dicen "alérgicos" a todas las drogas pero que en realidad tienen un rechazo psicológico a las mismas por temores a "intoxicarse", a "habituarse", etc. Aun los alimentos provocan en algunas personas manifestaciones cutáneas o de otra índole cuando los toman temiendo un supuesto efecto adverso. Si el paciente ingiere la sustancia a la cual cree que es alérgico, disimulada por otros alimentos y sin saberlo, no siente ningún efecto.

Los pacientes cuyo temperamento y características psicológicas pueden llegar a provocar síntomas se pueden clasificar en tres categorías que muchas veces coexisten en algunos enfermos: el paciente ansioso, el hipochondríaco y el deprimido.

EL PACIENTE ANSIOSO

La ansiedad en un grado moderado o medio es una experiencia normal cuando nos esforzamos por alcanzar determinados objetivos o cumplir determinados plazos de tiempo, pero es y debe ser un fenómeno transitorio en condiciones normales.

La ansiedad es patológica cuando su frecuencia, intensidad y duración llegan a comprometer el bienestar y la eficacia del individuo. Esta condición se observa preferentemente en los individuos de carácter "nervioso" quienes presentan una tendencia habitual a la ansiedad, tienen predisposición a las reacciones de ansiedad ante una serie de estímulos y situaciones que para otras personas no provocan ninguna respuesta.

Es el caso tan común y que permite clasificar este temperamento, de la ansiedad de la espera en que el individuo ansioso puede presentar todo tipo de manifestaciones clínicas por temores que en casi todas las ocasiones resultan sin ningún fundamento.

La ansiedad con manifestaciones clínicas es tan frecuente, que en un estudio hecho en Inglaterra en 1973 se encontró en el 30% de la población estudiada, en este

mismo estudio se demostró que la ansiedad aumenta con la edad, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, es similar en la ciudad y en el campo y mayor en los grupos socio-económicos más bajos.

Clínicamente el paciente ansioso presenta un aumento de la tensión muscular que a veces es visible en la expresión del enfermo y que es el origen de muchos de sus síntomas, especialmente dolores de cabeza y dolor lumbar; cuando es muy intensa puede hacerse aparente también por temblor de las manos, de la voz y de las rodillas. Paralelamente se encuentra taquicardia, aumento de la presión arterial a base predominantemente de la presión sistólica, vasoconstricción periférica con palidez y enfriamiento de las manos y pies; aumento de la sudoración en la cara, las manos, los pies e inclusive en todo el cuerpo. La respiración es rápida y superficial pero a veces, por la sensación de dificultad respiratoria debida probablemente a espasmo bronquial, aparece la hiperventilación que puede agravar la situación al complicarse con el llamado síndrome de hiperventilación tan frecuente y tan poco reconocido en la práctica.

Pueden presentarse también manifestaciones gastrointestinales como aerofagia, vómitos, diarrea o estreñimiento y modificaciones del apetito en uno u otro sentido. Finalmente puede aparecer poliuria e impotencia o frigidez.

Otra manifestación en el paciente ansioso es la *magnificación* de los síntomas de cualquier enfermedad, buscando generalmente llamar la atención de sus allegados y del médico para evadir responsabilidades, pero en otras ocasiones simplemente buscando mayor cuidado y cariño.

Subjetivamente la ansiedad, como todos sabemos, es una de las experiencias más desagradables que puede sufrir una persona. Generalmente va acompañada de insomnio, temor y anticipaciones infundadas sobre el futuro, viendo problemas y peligro en todo lo que lo rodea; donde se originan los temores tan frecuentes, ya folclóricos, a salir acalorados, al "sereno", al frío, a muchos alimentos, a comer antes de acostarse y aún en muchos individuos, a las drogas formuladas para manejar su estado de ansiedad.

La ansiedad se puede definir entonces como **una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración que amenaza la seguridad o la vida del individuo o de su grupo familiar o social.**

Con mucha frecuencia los pacientes no relacionan todas las manifestaciones con la ansiedad que padecen y sus síntomas, tales como cefalea, dolor precordial o

lumbar o en las extremidades, las palpitaciones, los trastornos respiratorios, etc. que les hacen temer una enfermedad grave como un tumor cerebral, un cáncer, un infarto cardíaco, entrando en un círculo vicioso a veces difícil de romper. Se cree que un factor fundamental en los estados de ansiedad crónica es la inhibición de una serie de expresiones normales de las emociones tales como el llanto, las quejas, la lucha, la huida, etc. Esta inhibición se supone que se traduce en tensión muscular y cambios vasomotores responsables de muchos de los síntomas comunes de la ansiedad, como la cefalea tensional y las jaquecas.

Sin embargo, con los conocimientos actuales ya muy amplios en relación con el comportamiento de los animales y del hombre, se ha visto que aquellos y este pueden hacer algo más que luchar y huir como tan simplemente se supone. Los mecanismos de adaptación al ambiente muy claramente visibles en la mayoría de los animales llevan a la **"evitación conflictiva"**, a lo que los psicólogos llaman **"comportamiento de evitación del castigo"**, la lucha o la huida sólo son mecanismos de emergencia. Los animales especialmente y en menor grado el hombre, aprenden a regular su comportamiento para evitar la lucha, las heridas y la muerte. Esta capacidad falta en los individuos ansiosos, una de cuyas características es la dificultad de adaptación.

Sin embargo, la ansiedad en forma tan manifiesta aparece con poca frecuencia. Lo más común son los estados casi inaparentes de tensión que sólo se traducen en *nerviosidad*, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse y especialmente cefalea, que es el síntoma predominante en la mayoría de los casos y la principal causa de consulta.

Tales personas son generalmente de pocos impulsos y se caracterizan durante toda su vida por su incapacidad para ejercicios fuertes, para competir con éxito en distintos tipos de actividad, para trabajar prolongadamente, para recobrase rápidamente después de una enfermedad y casi nunca, en general, alcanzan un papel dominante en su grupo social.

En otras personas los estados de ansiedad larvada o *nerviosidad* son transitorios y aparecen cuando el individuo está sometido a tensiones anormales debidas a problemas personales especialmente frecuentes en determinadas épocas de la vida como la adolescencia y la menopausia. En otras ocasiones aparecen con motivo de una enfermedad de alguna importancia por temor a la incapacidad, al dolor y a la muerte. Con mucha frecuencia también aparecen después de traumas de cráneo de poca gravedad, constituyendo el llamado síndrome post-conmocional. Aún los estados de ansiedad poco aparente se traducen en una serie de mani-

festaciones muchas veces no relacionadas por el paciente ni por el médico con su verdadera causa. El individuo afectado se encuentra generalmente de mal humor, irritable, se vuelve temeroso y se angustia fácilmente. La fatiga aparece rápidamente sin relación con el esfuerzo físico o mental realizado y los hábitos de sueño y comidas se trastornan. La cefalea aparece con frecuencia, haciéndose progresivamente más frecuente e intensa.

EL PACIENTE DEPRIMIDO

Con frecuencia se asocia a la ansiedad, la depresión con sus manifestaciones características como pérdida de interés, desaliento, desánimo, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y la libido, asociadas a cefalea y "mareos" o sensación pasajera de inestabilidad.

Son pocas las personas que no han experimentado alguna vez en su vida períodos de depresión, decaimiento y desaliento como reacciones naturales en determinados acontecimientos comunes en todos los individuos. Estas situaciones rara vez son motivo de consulta al médico, salvo cuando el trastorno se mantiene más allá de los términos normales e incapacita al paciente para llevar una vida normal.

Los pacientes se quejan generalmente de debilidad, fatiga, falta de capacidad para el trabajo, pérdida del interés por toda clase de actividades y distracciones.

Otra queja frecuente es la llamada pérdida de la memoria, debida en realidad a la dificultad para concentrarse. En estos casos también la cefalea puede ser una de las quejas principales. El paciente está pesimista, se preocupa por cualquier motivo sin importancia. Comienza a volverse hipocondríaco, interpreta sus síntomas como causados por una grave enfermedad. En muchos casos la depresión es tal que se pierde el interés por la vida misma y los individuos sienten y a veces expresan deseos de muerte.

Estos enfermos con frecuencia van de médico en médico, unas veces porque el diagnóstico no se hace y otras porque aquel no es capaz de convencer al paciente sobre el origen de sus síntomas. Con frecuencia se toma como causa de los trastornos manifestaciones paralelas o efectos orgánicos de la depresión como son las cifras bajas de la presión arterial y de la glicemia. En años pasados estuvo muy de moda el diagnóstico de hipoglicemia en pacientes con formas poco aparentes de depresión caracterizada por desánimo, desaliento, dolores vagos de cabeza y sobre todo "mareos".

La depresión, además, no sólo puede provocar los síntomas motivo de la consulta del paciente, sino agravar

la evolución y especialmente dificultar la recuperación de pacientes con enfermedades orgánicas médicas o quirúrgicas.

EL PACIENTE HIPOCONDRIACO

La hipocondría es un fenómeno casi universal, como puede verse por las innumerables publicaciones en libros, revistas y periódicos sobre temas de salud, como las noticias tan frecuentes en relación con substancias que presuntamente producen cáncer, que actualmente son casi todos los alimentos y bebidas como el café, que según decía algún periódico recientemente, produce cáncer del páncreas. Por otra parte nunca faltan en cualquier reunión social las conversaciones y opiniones de casi cada uno sobre enfermedades y tratamientos.

La hipocondría puede ser definida como **la preocupación constante en relación con la salud y un interés exagerado acerca de síntomas y signos de enfermedades reales o imaginarias**. La queja más común es el dolor, en cualquier parte del cuerpo, la mayoría de las veces referido a la cabeza, la región precordial y la región lumbar.

Generalmente los síntomas de los hipocondríacos están fundados en la interpretación anormal de trastornos corporales reales; en otras ocasiones no existe fundamento orgánico alguno.

Las manifestaciones de la hipocondría son muy variables de un individuo a otro, siendo casi inaparentes en la mayoría de las gentes y con un cuadro muy florido en las menos. En éstos últimos las manifestaciones son notorias generalmente desde la infancia y se caracterizan por temor a determinados alimentos, por miedo a la sangre, preocupación casi obsesiva por la limpieza de las manos, de los alimentos, etc.

La preocupación exagerada por la salud se traduce en una observación continua de su cuerpo y de todas sus funciones como la presión arterial, el pulso, la temperatura, el aspecto de las materias fecales, de la orina, etc. Hablan y comentan con quien quiera escucharlos de sus reales o supuestas enfermedades, "recetan" y reciben opiniones sobre tratamiento de las personas menos expertas en medicina; hablan en términos médicos muchas veces y están convencidos de que saben mucho de medicina por lo que han leído y generalmente no comprendido en obras de valor o en revistas y periódicos.

En esta categoría están los pacientes que frecuentan los consultorios médicos, que pasan de especialista en

especialista porque sus síntomas desafían tanto el diagnóstico como el tratamiento. Estos son individuos normales pero temperamentamente hipocondríacos y lo serán toda su vida.

La "curación" de estos pacientes es muy difícil, pues por diversas razones el paciente necesita mantener sus síntomas. En la época actual la mayoría de la gente no busca ya al sacerdote para consultar sobre sus problemas y preocupaciones, la única persona confiable que encuentran es el médico; esta es la razón que probablemente motiva a algunos pacientes para mantener sus síntomas.

En estos casos es el médico y no el paciente quien generalmente se siente frustrado ante el fracaso del tratamiento. En otras ocasiones, la motivación subconsciente de muchos pacientes con dolor, por ejemplo, es la de evadir responsabilidades o buscar protección, interés y apoyo de los demás.

Pero en la mayoría de los casos la explicación del cuadro está en el temperamento del paciente que no busca nada sino que está convencido de estar enfermo debido a la anormal interpretación de síntomas o signos habitualmente sin la menor importancia.

Tales pacientes son mejor manejados por médicos que entiendan que aquellos no necesariamente desean o esperan una curación, que estén contentos con pequeñas mejorías y con evitar a sus pacientes exámenes, cirugías y otros tratamientos innecesarios, porque saben que sus pacientes tienen interés conciente o subconsciente en mantener sus síntomas pues es la única forma que encuentran para influir sobre su ambiente.

Los pacientes con afecciones psicógenas piensan siempre, por supuesto, que sufren de enfermedades orgánicas y consultan inicialmente al médico general o al especialista del órgano o sistema que creen afectado. El médico debe ser capaz de distinguir estos procesos de las enfermedades orgánicas y reconocerles su naturaleza patológica. El paciente no inventa, no es un enfermo imaginario, no es un psicópata, es un individuo que reacciona de determinada manera a una serie de situaciones que por sí mismas no son necesariamente patógenas. De ahí la importancia de la cuidadosa exploración de la personalidad de todos los pacientes en el momento de la consulta para poder orientar el diagnóstico correctamente y brindar al paciente la ayuda que necesita.

El conocimiento cada vez más profundo de las relaciones entre las emociones y las funciones somáticas normales o anormales debiera llevar a una preparación del médico tan completa en este campo como en el estudio de las enfermedades infecciosas, por ejemplo.

La comprensión psicológica, el enterarse de los problemas emocionales íntimos del paciente y su manera de reaccionar a los mismos, deben formar parte del estudio de todo enfermo especialmente sabiendo que, al menos en las consultas neurológicas, alrededor de los dos tercios de los pacientes consultan por trastornos funcionales. Esta manera de enfrentar los pacientes es la única que puede evitar la llamada "medicina despersonalizada" tan frecuente sobre todo en las consultas de pacientes asegurados, en donde el médico muchas veces se limita a preguntar las quejas principales y ordenar exámenes de laboratorio sin una orientación precisa y con la idea falsa de que el laboratorio, los rayos X o cualquier otro método van a hacer el diagnóstico que no pudo hacer clínicamente.

MECANISMOS CEREBRALES DE LAS AFECCIONES PSICOGENAS

Ahora bien, la causa básica de los estados depresivos por ejemplo, parece ser la alteración, aparentemente espontánea o provocada por determinados estímulos al sistema nervioso central, del metabolismo de los precursores de la Norepinefrina y de la Serotonina; por eso los antidepresivos obran corrigiendo estas alteraciones o prolongando la acción de estos neurotransmisores.

Esto demuestra que la conducta, la orientación misma del pensamiento, el humor, lo mismo que los trastornos del lenguaje, las alteraciones de la percepción, etc. dependen de los mismos procesos fisiológicos dentro del cerebro y que en el fondo no existe diferencia entre las enfermedades orgánicas y las llamadas psicógenas o funcionales; por esto en el estudio de las enfermedades deben ser tenidos en cuenta todos los factores de tipo genético, ambiental, bioquímico, fisiológico, psicológico y físico.

Algunas enfermedades cerebrales son la consecuencia de procesos claramente identificables tales como una hemorragia cerebral, un tumor o un proceso infeccioso. En otros casos ni el estudio macroscópico, ni el estudio microscópico del sistema nervioso, aún con la ayuda del microscopio electrónico, permiten descubrir ninguna alteración como ocurre en algunos tipos de epilepsia. En todos estos casos sin embargo se puede suponer una alteración funcional de origen genético, químico o físico cuya expresión sintomática depende sólo de su localización dentro del sistema nervioso.

Creo que debe aceptarse ya la idea de que todos los trastornos del comportamiento, las distintas alteraciones de la personalidad que llevan al inadecuado ajuste a la vida escolar, al trabajo, a la sociedad y a la vida familiar, son debidas a un determinado funcionamien-

to cerebral, debido a su vez a una especial organización del sistema nervioso de origen genético o a factores ambientales que modifican el desarrollo cerebral.

Es bien conocido cómo las emociones producen modificaciones neurovegetativas muy fáciles de reconocer: enrojecimiento o palidez de la cara, taquicardia e hipertensión arterial, sudoración, temblor, etc. Estos fenómenos cuando son pasajeros son normales, más o menos intensos en los distintos individuos según su temperamento. Cuando las alteraciones emocionales se mantienen, cuando el individuo se queda en un estado de tensión prolongada o permanente, los mecanismos de protección de origen hipotalámico se mantienen durante demasiado tiempo y pueden provocar trastornos funcionales y enfermedades orgánicas. Actualmente es posible provocar experimentalmente enfermedades orgánicas en los animales cuando se colocan en situaciones de tensión análogas a las que se supone provocan las mismas lesiones en los seres humanos. Así es muy conocido ya el modelo experimental que provoca en el mono una úlcera del estómago y los mecanismos de producción de esta lesión a través del aumento de la secreción gástrica y la inhibición de los coloides protectores de la mucosa, así como las alteraciones vasculares de la misma mucosa. Todos estos fenómenos gástricos de origen central son bien conocidos desde hace tiempo, especialmente las lesiones agudas en las llamadas "úlceras de estrés".

Sin embargo, aparentemente otros factores constitucionales a nivel cerebral y de los órganos periféricos intervienen en la producción de las lesiones; el hecho es que no todos los pacientes ante una situación aguda repetida o crónica de tensión sufren el mismo tipo de lesión. Probablemente la tensión obra difusamente y sólo responde un determinado órgano o sistema más vulnerable, congénitamente o por lesiones previas. El mono sometido a los factores de tensión en el modelo experimental mencionado no siempre tiene lesiones gástricas; algunos sufren lesiones cardíacas y pueden morir de infarto del miocardio.

Todos los individuos en determinadas situaciones tienen alteraciones funcionales que pueden ser la base de las posibles lesiones orgánicas. En los pilotos de aviones de combate se han demostrado taquicardias hasta de 190 pulsaciones por minuto y aumento paralelo de la presión arterial con alzas de la presión sistólica hasta 180 mm; en los jugadores suplentes y aún en los espectadores más exitados se ha demostrado, durante un juego de fútbol, el aumento de la glicemia y la aparición de glucosuria. En cambio la depresión se acompaña con frecuencia de hipoglicemia relativa, lo mismo que disminución de la presión arterial, del ACTH circulante, etc.

FACTORES DESENCADENANTES

Existen dos maneras de explicar la aparición de las afecciones psicógenas: el primer factor en el origen de estos trastornos es un proceso orgánico que no sólo es el responsable del trastorno que acabará por presentarse, sino es el factor provocador de ansiedad que va a desencadenar las respuestas en el sistema nervioso central, agravando o prolongando y manteniendo la lesión orgánica y la aparición del círculo vicioso que perpetúa los trastornos.

En otros casos el fenómeno se inicia a nivel cerebral en forma de reacciones afectivas o emocionales anormales; desde allí, a través de distintos mecanismos, ocurren en determinado órgano u órganos según las características de cada individuo, las lesiones correspondientes.

La ansiedad, la emoción, la tensión actúan a través de la corteza cerebral, del hipotálamo y la sustancia reticular. Los estudios experimentales en el hombre y en los animales han demostrado que la estimulación de determinados puntos en estos niveles produce taquicardia y aumento de la presión arterial similares a los producidos por tensión emocional.

En los animales la extirpación de zonas de la corteza cerebral en diferentes regiones, pero especialmente en el lóbulo límbico, suprimen las respuestas cardiovasculares a la emoción pero sin provocar modificaciones al resto de la conducta del animal.

La acción cortical se transmite por el sistema nervioso simpático que provoca liberación de noradrenalina a nivel postganglionar en el corazón y de adrenalina por estimulación de la corteza suprarrenal. Se ha demostrado frecuentemente que existe un notable aumento de la excreción de estas catecolaminas por la orina en individuos sometidos a tensión emocional, por ejemplo en estudiantes en los días de exámenes.

La liberación de estas catecolaminas provoca no sólo el aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del consumo de oxígeno por el miocardio, sino que puede provocar arritmias y alteraciones electrocardiográficas. Se ha demostrado también en estos casos aumento del colesterol sérico y de los ácidos grasos libres, lo mismo que de la coagulabilidad de la sangre durante los estados de tensión.

En otras ocasiones las tensiones emocionales activan las representaciones hipotalámicas parasimpáticas provocando las manifestaciones correspondientes a la activación de este componente del sistema nervioso vegetativo. Los pacientes presentan bradicardia, hipotensión y a veces un colapso circulatorio brusco con in-

conciencia. Esta es la explicación de las lipotimias o estados sincopales relativamente frecuentes en los individuos ansiosos con motivo de una inyección, al ver un herido o en ocasión de graves alteraciones emocionales.

Para algunos, las manifestaciones neurovegetativas mencionadas no son características de la ansiedad y se encuentran, por ejemplo, cuando hay una actividad cortical intensa como cuando se ejecutan trabajos matemáticos difíciles y aun cuando se ven películas agradables en las que hay que fijar intensamente la atención.

Por tales razones se ha pensado que los fenómenos neurovegetativos no son causados directamente por la ansiedad sino por la activación simultánea de la sustancia reticular. Las emociones serían procesos de retroalimentación en los que participan varios elementos del sistema nervioso central: el sistema límbico, la sustancia reticular y el hipotálamo, traducidas objetivamente por los signos de actividad simpática. En favor de esta concepción estaría el hecho de que si a un individuo cualquiera se le inyecta adrenalina por vía venosa presenta no sólo los signos de activación simpática, sino algunas de las manifestaciones subjetivas de la ansiedad.

Al contrario muchos pacientes con ansiedad maniifiesta tratados con betabloqueadores mejoran no sólo de su taquicardia, hipertensión y sudoración, sino en algunos casos de su estado emocional desagradable. Además de su acción directa o indirecta sobre el sistema autónomo, la corteza cerebral actúa también sobre el lóbulo anterior de la hipófisis con aumento de la secreción de ACTH con la consiguiente respuesta de la corteza suprarrenal. La secreción de hormona antidiurética y otras hormonas hipofisarias se encuentra aumentada en estos casos. Es posible también que los mecanismos inmunológicos se encuentren alterados en estos pacientes, pues es de observación corriente el hecho de que los individuos ansiosos enferman más frecuentemente, no sólo de afecciones psicógenas, sino de afecciones orgánicas, infecciosas especialmente. En resumen la ansiedad, que está presente siempre en todos los individuos y en unos más que en otros, puede jugar un papel muy importante en aparición o agravación de las enfermedades.

La ansiedad a través de sus acciones sobre los órganos puede representar un papel muy importante en el cuadro clínico, influyendo con frecuencia en la evolución de todos los trastornos médicos o quirúrgicos. Por tal motivo es muy importante para el médico general, el internista y el cirujano en cualquier campo de actividad el familiarizarse con las manifestaciones de la ansiedad y con el papel que desempeña en la enfermedad

del paciente, cualquiera sea su origen orgánico o psicógeno.

En esta forma el médico podrá dar una atención total a su paciente y podrá manejar adecuadamente a la mayoría de ellos. En estos casos los resultados se obtienen no solamente oyendo al paciente para enterarse de todo lo que le angustia, sino explicándole repetida, amplia y claramente hasta donde sus capacidades de comprensión lo permitan, los mecanismos de sus síntomas. El objetivo fundamental es tranquilizar al enfermo, para lo cual hay que tener paciencia y dedicar el tiempo necesario para obtener este resultado. Con ello se logra con frecuencia que el paciente ya se sienta mejor al terminar la consulta y antes de iniciar la medicación formulada.

Para terminar quiero hacer notar la importancia de la ansiedad no sólo en el paciente, sino en el médico que lo trata. Los médicos somos como cualquier otra persona, ansiosos o tranquilos, pesimistas u optimistas, serenos o nó. Como es de esperar, el temperamento del médico se refleja en el manejo que da a su paciente.

Dos de los defectos más comunes son la inseguridad y el pesimismo. La inseguridad del médico la nota el paciente rápidamente y el tratamiento indicado no puede tener el mismo efecto que aquel que el paciente se hace con absoluta confianza. No hay que olvidar que el efecto placebo obra en todo tratamiento médico o quirúrgico de manera muy importante. La misma in-

seguridad lleva al médico a formular múltiples drogas y a indicar infinidad de procedimientos de laboratorio buscando la seguridad que no tiene para diagnosticar y tratar a su paciente.

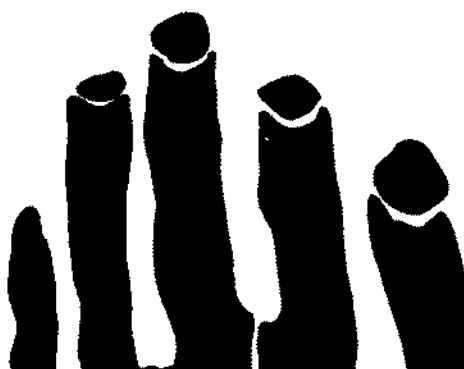
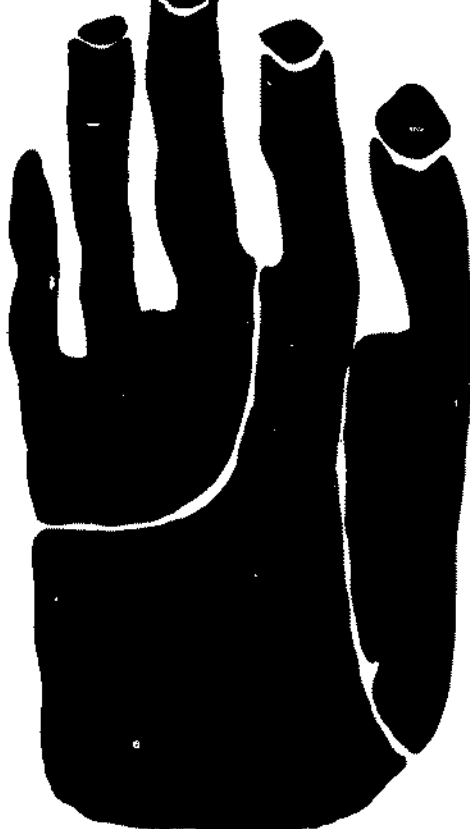
El médico pesimista con frecuencia más que aliviar agrava a su paciente, aumenta su ansiedad y la de toda su familia. Aun en pacientes con enfermedades graves, con lesiones malignas, los diagnósticos se pueden hacer en forma que no provoquen trauma innecesario. A veces es conveniente, ante un paciente con una enfermedad maligna, ocultar por un tiempo al paciente la gravedad de su estado informando por otra parte a algún miembro de la familia para evitarse posteriormente reclamos por error de diagnóstico. Más seria es la situación cuando el médico alarmista, frecuentemente sin conocer a fondo determinados problemas, da un pronóstico sombrío a pacientes con afecciones muchas veces fácilmente tratables.

En el extremo opuesto el médico excesivamente seguro de sí mismo, falto de la humildad necesaria para manejar adecuadamente a los enfermos, comete errores que no quiere aceptar, no consulta y demora el traslado de su paciente a otros médicos o al especialista que puede resolver la situación. La conducta autosuficiente y pomposa de éstos médicos aumenta la distancia entre ellos y sus pacientes quienes se sienten intimidados y rechazados, con lo cual las buenas relaciones que deben existir entre médico y paciente no llegan a establecerse nunca.

SIMPOSIO SOBRE PREVENCIÓN DE GUERRA NUCLEAR

La Academia Nacional de Medicina invita al cuerpo médico nacional a participar en el simposio sobre la prevención de la guerra nuclear, que se verificará en el mes de abril, y a la formación del grupo colombiano que hará parte de la organización mundial I.P.P.N.W. (Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear). El simposio tendrá el siguiente temario preliminar:

- 1.- Temas científicos (irradiación masiva, aspectos genéticos, etc.)
- 2.- Temas sociales (población, etc.)
- 3.- Temas geopolíticos
- 4.- Panel sobre aspectos psicológicos
- 5.- Panel de los estudiantes de medicina (implicaciones sobre la juventud)



Colección Alonso Restrepo
Cultura Tumaco
Dimensiones: 54 mm altura
35 mm diámetro

A un sueño fisiológico ...
sigue un lúcido despertar



<Rohypnol> Roche

flunitrazepam

INDICACIONES

Las indicaciones de <Rohypnol> alcanzan la mayoría de los sectores de la patología del sueño: insomnio funcional de carácter pasajero; trastornos en la continuidad del sueño; insomnio pre y post operatorio; insomnio ligado a procesos dolorosos; trastornos crónicos graves del sueño propios de un síndrome neurótico, psicótico o depresivo.

SEGURIDAD

<Rohypnol> es bien tolerado. Los estudios toxicológicos han demostrado que tiene un amplio margen de seguridad. Las investigaciones hematológicas y las pruebas sobre las funciones renal y hepática no han evidenciado anomalías. <Rohypnol> se puede administrar asociado con agentes antidiabéticos y anticoagulantes.

En pacientes sensibles o de edad avanzada pueden apreciarse efectos secundarios de tipo sedante o miorelajante con dosis superiores a 4 mg. Si el paciente fuera despertado temporalmente durante las 6-8 horas que dura el efecto del medicamento pudiera, en ciertos casos, producirse una amnesia anterógrada referente a este periodo.

POSOLOGIA

Para obtener un resultado óptimo se ajustará la posología en función de la edad del paciente, su estado general y la naturaleza del insomnio.

PRECAUCIONES

En los pacientes de edad que presenten lesiones orgánicas cerebrales, la posología deberá establecerse con cuidado y se tendrá en cuenta la mayor sensibilidad de estos pacientes a los hipnóticos. <Rohypnol> potencia el efecto sedante de los neurolepticos, tranquilizantes, antidepressivos, hipnóticos, analgésicos y otros depresores del Sistema Nervioso Central.

Esta potencia puede utilizarse con fin terapéutico, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de elegir las dosis respectivas. Por los efectos sedantes centrales de <Rohypnol> no debe administrarse durante los primeros meses de gestación, salvo en los casos de absoluta necesidad. Es conveniente que las madres lactantes que deban tomar regularmente el medicamento, interrumpan su lactancia.

CONTRAINDICACIONES:

Miastenia grave, potencializa la acción del alcohol. Puede producir somnolencia, por lo tanto debe evitarse el manejo de vehículos y maquinaria que requiera ánimo vigilante. Glaucoma y primera infancia.

PRESENTACION

Comprimidos ranurados en cruz de 2 mg; Cajas de 10 y 30. Registro MSP No. M-004658.

Ampollas: Cajas de 5 y 25. Registro MSP No. M-000350.

Mayor información a disposición del Médico.

Bibliografía

- Gilbert Rahola, J. Casals L.: "Acciones e indicaciones de las Benzodiazepinas". Ier. Simposio Internacional del Sueño, Murcia, España, pp. 43-50, 1984.
- Wickstrom E., Amrein R., Haefliger P., Hartmann D.: "Pharmacokinetic and Clinical Observations on Prolonged Administration of Flunitrazepam" in Eur. J. Clin. Pharmacol. 17, 189-196, 1980.

<Rohypnol>
Marca de Fábrica

Productos Roche S.A.
Bogotá, Colombia

ROCHE

Ciencia y conciencia
de investigación