

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

EL DIAGNÓSTICO IGNORADO

**ESTUDIO REALIZADO EN 628 RECORDS MÉDICOS EN LAS CLÍNICAS DEL
PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,
FEBRERO A MAYO DE 1994,
GUATEMALA.**

T É S I S

**Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.**

P O R

CARLOS ANTONIO ALARCÓN LEIVA

En el acto de su investidura de:

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, C. A.

DMF-076-94

Guatemala,
23 de septiembre de 1,994

Bachiller
Carlos Antonio Alarcón Leiva
Ciudad

Bachiller Alarcón Leiva:

En respuesta a su nota solicitando autorización para realizar en las Clínicas Familiares su trabajo de Tesis "El Diagnóstico Ignorado", para el cual necesita revisar las fichas clínicas que se llevan en dichas Clínicas Familiares, la respuesta es la siguiente:

Cuenta con el total respaldo y autorización de la Dirección del Programa para realizar su trabajo de Tesis y, a la vez, por este medio solicito a todos los Directores Docentes de las Clínicas le proporcionen las facilidades necesarias para que su investigación sea un éxito.

Atentamente,

Dr. Edgar Augusto Espinoza Prado
Director
Medicina Familiar

EAEP/cj
c. c. archivo

DL
OG
T(7275)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, octubre 27

de 1994

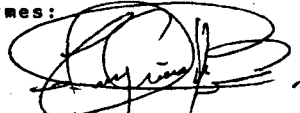
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: B A C H I L L E R Carlos Antonio Alarcón Leiva
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Carnet No. 8617814
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
" EL DIAGNOSTICO IGNORADO "

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante

D. Luis F. A. de Florin M.
Médico y Cirujano
Col. 9281


Asesor

Firma y sello personal





Revisor
Firma y sello

Registro Personal 1912

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: CARLOS ANTONIO ALARCON LEIVA

Carnet Universitario No. 8617814

Ha presentado el Excmo. General E. B. Cordero, con motivo a optar al
Titulo de Magister en Medicina el trabajo titulado:

"EL DIAGNOSTICO

Trabajo presentado por: DR. EDGAR RODOLFO LEON BARILLA

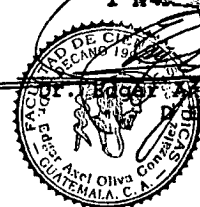
Y es el suscrito, en virtud de su cargo, quien ha examinado el trabajo presentado y ha emitido su dictamen favorable para la obtención del título.

En la ciudad de Guatemala, a los 28 días del mes de Octubre de 1994.

DR. EDGAR RODOLFO LEON BARILLA
Por la Facultad de Ciencias Médicas

DR. RODOLFO LEON BARILLA
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Edgar Rodolfo Leon Barilla
Oliva Gonzalez
DECANO



INDICE

I.	PRÓLOGO	1
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
IV.	JUSTIFICACIÓN	5
V.	OBJETIVOS	7
VI.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	24
VIII.	RECURSOS	27
IX.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
X.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
XI.	CONCLUSIONES	32
XII.	RECOMENDACIONES	33
XIII.	RESUMEN	34
XIV.	BIBLIOGRAFÍA	35
XV.	ANEXOS	37

I. PRÓLOGO

"El cuerpo sufre únicamente, los males presentes, más el alma sufre a la vez los males pasados, presentes y futuros"
(EPICURO)

Qué ufanos y satisfechos se sienten aquellos que alguna vez llegaron al diagnóstico de una entidad nosológica, aunque para ello hallan tomado al **paciente** como un simple **Hámster**, **ENTE** al que utilizamos como instrumento valedero para exhibir nuestras habilidades o poner de manifiesto nuestros escasos conocimientos sin detenerse un momento a contemplar aquellos rostros de fruncido ceño con ojos saltones que **reflejan ansiedad, angustia y dolor**, en fin, todo aquello que nos hace intuir el calvario sufrido por los peregrinos de los Hospitales.

Los ocupadores del hábitat nosocomial se pavonean en las distintas salas congraciándose con su propio ego y **no pensando siquiera con un simple sentimiento de humanitarismo**, no se repara en la realidad y vivencias de los enfermos y aunque ésto lográsemos adivinarlo, **no hacemos nada** para que la vida sea **aceptable y llevadera** para los infortunados que por azares se encuentran reclusos o solicitan la piedad de los Hospitales.

Los **conocimientos que Médicos y estudiantes** tienen sobre lo que concierne a las **Ciencias de la conducta** son muy **escuetos** y sus **lecturas** sobre el tema muy **esporádicas**; pareciera que las **Ciencias de la conducta** las ven con desprecio pero, ésto sólo refleja temor e ignorancia, tanto es así que **nunca incluyen una descripción de la personalidad** de los pacientes en sus anamnesis y mucho **menos** sobre la **diversidad de desordenes psíquicos** que consecutivamente surgen en la **práctica médica**.

La **insana costumbre** de hacer lo que viéremos en **terreno extraño** o el tener que **adaptarnos a fríos sistemas** que obligan a los indigentes a **soportar la pluma de los adiestrados y aprendices de la medicina** son **responsables** de que en éstos lugares se tenga que **asustar a los pacientes y amenazarlos con "operarlos"** si regresan a las emergencias o consulta externa ; **ILUSOS !** **no hemos querido comprender que un paciente es el mejor libro** porque además de prestarnos su cuerpo para el diagnóstico de enfermedades **orgánicas, también nos devela su alma.**

II. INTRODUCCIÓN

"El hombre feliz es aquel que, en primer lugar se siente hombre, es decir vive en toda su plenitud, su dignidad humana, sin orgullo ni humildad.

(EMILIO MIRA Y LOPEZ)

En el sorprendente siglo XX, se ha incrementado un inusitado interés por el aprendizaje de la medicina y los progresos en torno a esta ciencia son asombrosos. A diario se conquista en este campo logros cuyo afán primordial es el de proporcionar salud para el "bienestar" del género humano. Estos progresos y logros van desde la salud pública hasta los individuales tratamientos Hospitalarios. Pero es irónico el hecho de que en esta disciplina hacemos caso omiso de las afecciones que comprometen la esfera psíquica, "caja de pandora" y, son muy raros los versados en el arte de la medicina que la toman muy en cuenta; pues si, las actitudes emocionales de los indigentes que solicitan ayuda en nuestros Hospitales para noxas orgánicas evidentes que siempre conllevan componentes psíquicos (aprehensión, angustia y ansiedad, y además los adivinados trastornos de personalidad, psicosexuales, neurosis, psicosis, etc.) y nosotros los obligados de la salud siempre soslayamos, ya por negligencia, ya por apatía o bien, por vicios de la formación académica que hemos adquirido, formación que indirectamente ha programado nuestras actitudes futuras en el sentido de creemos dadores de caridad, y en realidad lo único que hacemos es devolver en servicios la tributación que hasta el más insignificante de los ciudadanos se ve obligado a pagar directa o indirectamente.

¿Qué haría un Hospital sin enfermos o un experimentador sin conejillos? . Si no comprendemos que los enfermos con todo y su paciencia, son la razón de nuestra existencia, entonces... ¿ Dónde y de quiénes vamos a aprender ?, ¿ Quiénes nos mostrarán la escala nosológica y física?, ¿ Quiénes nos empujarán a comprender el pentagrama del plano psíquico?. Si nos detenemos a meditar sobre todo esto colegiremos axiomáticamente que es un deber el proporcionar a cada "paciente la ayuda que pretende".

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

*"Definir la mente humana sería tarea de TITANES sumergidos en mares de comprensión sin adornos patológicos del sentimiento".
(C.A.A.L.)*

Cualquier estudiante no mecanizado por un sistema errático, se dará cuenta que nuestras Historias Clínicas **adolescen de deficiencias** y en este caso **no ha de ser excepción el aspecto psíquico**, éste se intuye porque las anamnesis son efectuadas a troche y moche (a la carrera o por **impreparación**), ignorando que cuando nos situamos ante un paciente la ambivalencia es inevitable, es decir, que dos preocupaciones se presentan interdependientes entre sí, o sea que el uno origina al otro y viceversa, o si se quiere, uno susceptible de medir pero el otro sumergido en lo abstracto, en lo subjetivo.

Es pertinente la pregunta: **¿Cómo es posible que el estudiante, el residente y aún los jefes de sala no se atrevan a emitir diagnósticos del plano afectivo que son evidentes porque resaltan por sí mismos?**, por ejemplo **ansiedad y depresión**, que son los trastornos más comunes que acompañan a cualquier enfermedad o diagnóstico de personalidad y otros ya que con esto podrían encausarse tratamientos más adecuados (persuasión) y acortar el tiempo de recuperación que redundaría en ahorro para el mismo Hospital.

El vicio nuestro ha sido creer que a los pacientes con síntomas evidentes de afecciones del psiquismo basta con recetarles un tranquilizante o un ansiolítico y decimos para nuestros adentros que con eso va a mejorar el paciente, **sin importarnos ser creadores de una farmacodependencia**. Esto ha sucedido en nuestro medio desde mucho antes, nos ha pasado de generación en generación y **¿Qué se obtiene con ésto?:**
1) **Mal prestigio de nosotros los estudiantes y Médicos que recaerá indefectiblemente sobre la imagen del Hospital.** 2) **No darnos en el futuro la oportunidad de descubrir problemas psíquicos y por ello dejar de tener buenas bases para la referencia al especialista.**

Las barreras que se interponen son de tipo personal, porque aunque nos las hayan impuesto... o, por

lo que fuése, somos nosotros los que hemos permitido que así suceda.

Los propios instructores y formadores han relegado al olvido lo concerniente a los procesos mentales que rigen la formación o génesis de la conducta de la cual se derivarán los caracteres que han de originar las distintas personalidades y que según las influencias del Médico los sumergirán en estados mentales morbosos pudiendo caer hasta la paranoia o esquizofrenia, experimentando antes la gama de ansiedades, depresiones y diversas neurosis.

Debemos luchar por desvirtuar la Psicología del rumor con respecto a la atención que se "brinda" en nuestros Hospitales para que la conducta media de los componentes de nuestra sociedad produzca reacciones correctas en una sociedad organizada porque con ello estaríamos adaptando la personalidad a la sociedad y ésto nos obliga a enfatizar en las acciones exteriores de los individuos, amén de complementarla con el estudio de los motivos internos. (ROBERTO AGRAMONTE)

El presente estudio fue realizado con el interés de hacer notar la importancia que representa la atención del ser humano en su totalidad (psico-bio-social) y no relegarlo a un aspecto biológico-orgánico como se ha hecho en la práctica médica (4), olvidándonos que también es un ser humano pensante, sensible al medio en el que está inmerso.

Este estudio fue realizado en las doce Clínicas que pertenecen al Programa de Medicina Familiar, las cuales se encuentran en diferentes puntos de la capital de Guatemala; se revisaron 628 Records Médicos, extraídos intencionalmente al azar, de cada una de las Clínicas, para buscar la presencia o ausencia de diagnósticos psicósomáticos; las papeletas que se buscaron están comprendidas durante el período del uno de febrero al treinta y uno de mayo de 1994.

IV. JUSTIFICACIÓN

*"Justificar con alienación es caminar por senderos
que nos conducen a la incompreensión"*

(KRISHNAMURTI)

Nuestro sentimental prólogo y nuestra romántica introducción nos dan la razón cuando por simple curiosidad hemos revisado algunas papeletas de Records Médicos, en sendas papeletas observamos: evoluciones con letras ilegibles, frases mecanizadas pero eso sí una ausencia total de diagnóstico en cuanto a los problemas relacionados con el plano mental. Todo esto nos da a entender que los programas de las Ciencias de la conducta de nuestro currículum, estan totalmente desorientados en tiempo, juicio y espacio.

A nuestro paso por las diversas prácticas de nuestro externado e internado pudimos darnos cuenta con gran congoja que el sufrimiento corporal siempre va acompañado de sufrimiento del alma. Fuimos testigos mudos e impacibles de como los pacientes experimentan situaciones no gratas que se impregnan de angustia e incompreensión al caer en las insensibles garras de los experimentadores cuyo afán es ganar experiencias de aprendizaje a costas de los sufridos pacienes. Experimentadores que no se dignan, por lo menos, a brindar una simple frase de aliento o de comprensión, frases que son tan necesarias para que el paciente experimente confianza y credibilidad en los hechiceros de blanco. La frialdad del examinador secciona, como afilado bisturí, la riqueza de una anamnesis.

El Médico estudiante debe poseer conocimientos básicos sobre la clasificación de la personalidad, la neurosis, la angustia, la depresión, etc. El paciente en su pensamiento mágico considera que el Hospital es el sitio donde se pondría fin a sus sufrimientos, pero, en lugar de ello se enfrenta a nuestros estereotipados sistemas, en los que se denota inconformidad por tener que atender un paciente más en las horas finales de una jornada.

Aquellos peregrinos que son mal tratados desde su inicio (la indiferencia es también maltrato) le van tomando ojeriza al Hospital y a todo a lo que en su interior existe. No olvidemos que se les obliga a bajar su humilde mirada y que su voz se hace quebradiza desde el momento de su ingreso, albergando únicamente la esperanza de que el personal que los atiende les proporcione un poco de comprensión y los ayude a luchar

en la búsqueda de soluciones a sus sufrimientos.

Qué hermoso sería que de los Hospitales se expresaran los pacientes diciendo que éstos son verdaderos lugares donde se rinde culto a la salud, se respeta al ser humano y se les comprende todas sus congojas!.

Algún día nosotros los encargados de la salud, habrémos de tomar conciencia en el hecho de que el descanso no es para nosotros porque las enfermedades actúan aún por simple inercia y de que la divina misión del Médico es luchar porque la vida sea llevadera con todo y sus sufrimientos.

Por lo expuesto anteriormene se hace necesario el presente estudio, pues no se cuenta actualmente con estudios que señalen la ausencia de diagnósticos psicosomáticos, ni se tiene la capacidad de diagnosticar estos problemas en la práctica médica debido principalmente a la desacertada inclusión de los programas de las Ciencias de la conducta en los primeros años de la carrera de Médico y cirujano y por considerar que éstos deben estar presentes al estar en contacto con los pacientes, realizándose tres años más tarde, cuando los estudios individuales son escuetos y nulos en la mayoría de las ocasiones y además los conocimientos adquiridos han quedado en el olvido.

Entonces somos incapaces de comprender al ser humano como un ente psico-bio-social, lo que descarta la posibilidad de ofrecerle salud, considerando que ésta es la completa y adecuada relación en las tres esferas mencionadas con anterioridad.(13)

V. OBJETIVOS

A.- GENERAL

Establecer la ausencia o presencia de diagnósticos mentales en la práctica médica.

B.- ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar** la ausencia o presencia de diagnósticos psicosomáticos en las Historias realizadas en las Clínicas del Programa de Medicina Familiar de la **Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.**
- 2.- Cuantificar** la ausencia o presencia de diagnósticos mentales a través de los Records Médicos revisados en cada una de las Clínicas del Programa de Medicina Familiar de la **Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.**

VI. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

“Si no debe emprenderse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la de la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma;... si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los Médicos helenos, procede de que desconocen el todo...”

(PLATON, Carmides)

En nuestros tiempos, la medicina puede enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento de la estructura y funcionamiento de las partes que integran el organismo humano, de sus métodos para identificar las disfunciones de los órganos y determinar su patología y de sus recursos para prevenir y combatir las enfermedades.

Sin embargo, hoy en día, con escasas excepciones, tanto el médico general como el que se dedica a la práctica de alguna de las especialidades tendrían que reconocer que hay una marcada desproporción entre sus conocimientos acerca de la estructura y la Fisiología del organismo y lo que conocen de ese organismo como persona que vive en relación recíproca con otros individuos, que es parte activa del proceso social y cultural y que intenta resolver del mejor modo que le es posible los problemas de su existencia. (8)

A pesar de que el concepto expresado hace cien años por Claude Bernard, “no hay enfermedades sino enfermos”(3), es tan frecuentemente repetido y nadie se atrevería a refutarlo, la implicación profunda de este principio, su alusión a la indivisibilidad de la persona, no ha sido aún suficientemente captada por los Médicos y, por lo tanto, no tiene vigencia en el trato diario con los enfermos. Y aun así, al pobre estudiante lanzado al mar de los enfermos no se le recalca que solamente eso encontrará, pero si se hace nefasto incapié en que sólo hay enfermedades aunque ésto se hace indirectamente; la indivisibilidad del ente humano no ha querido captarla el maestro ni el alumno porque desestima su diario apareamiento. Esto, a pesar de que la experiencia de la práctica profesional hace sentir a cualquier Médico reflexivo que existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, quiere, teme, etc.; entre sus alegrías, sus odios, sus tristezas y sus estados de salud o enfermedad. Por intangibles que parezcan ser la angustia, la frustración, la hostilidad o la culpabilidad, no por eso dejan de ser reales y efectivas para afectar las funciones mentales y corporales como las bacterias, los virus o un trauma físico. (9) La

costumbre de eludir el diagnóstico psicosomático, se ha convertido en hábito y es nuestra obligación por hoy el crear una nueva costumbre y ha de ser para substituir el mal hábito anterior. ¿ Será que siempre tendremos que pasar a los pacientes a manos del experto ? porque nuestros diagnósticos se omiten sin el de personalidad, conductas o neurosis y son extremadamente pobres o totalmente desconocidos. Y cuando nos ha de corresponder estar sólo frente al paciente, ¿ Qué harémos ? : talvez usar nuestra intuición o poner en juego nuestro pensamiento mágico para convertirnos en pordioseros de un milagro y repetidores de la trillada frase " primero dios".

Ideal sería que tuviésemos Ipso Facto, con una o dos respuestas las distintas dolencias del alma que pueden darse en cualquier individuo. (6)

Es obvio que un mundo sin magia sería tedioso porque nuestras supersticiones sucumbirían pero **todo médico ha de anteponer la ciencia ante cualquier situación mística o religiosa, es decir que: nuestra única religión ha de ser la CIENCIA PURA.**

La sabiduría no es el acúmulo de conocimiento (krishnamurti) por lo tanto sólo aquellos seres dotados de inteligencia brillante, como quien dice poseedores de la chispa "divina" están receptivos para comprender las dolencias mentales que cada enfermo padece por origen de una afección orgánica y no así aquellos seres previamente programados.

Pudieramos decir que hay, y que siempre ha habido algunos **Médicos dotados de ésta especial comprensión de la naturaleza humana**, que intuitiva y más o menos empíricamente valoran la importancia de las experiencias y situaciones emocionales de sus enfermos y que aún en formas no intencionadas ejercen influencias psicológicas favorables sobre ellos. Sin embargo los **problemas psicológicos de las enfermedades y los problemas de las enfermedades psicológicas** requieren para su comprensión y manejo bastante más que intuición y sentido humano y desde luego siendo problemas que el Médico práctico enfrenta a todas horas, lo mismo en la sala del Hospital que en su clínica privada, no es válida la excusa frecuentemente usada de que hay que dejar que el psiquiatra se ocupe de esos problemas oscuros y complicados. ; **Un acercamiento impersonal no es posible en MEDICINA** puesto que el médico y el paciente reaccionan uno frente al otro como personas interdependientes de que lo deseen o no !. (16)

Nuestra inexperiencia nos induce a desear tener todos los atributos de un médico, pero especialmente:

ser innovadores y posteriormente conservadores para prodigar a los pacientes todos los adelantos de la CIENCIA MÉDICA incluyendo tratamientos adecuados cuando la **bioquímica del sistema nervioso central** se encuentre alterada, ya que todo esto constituye también parte de los **derechos humanos**.

Una de las causas inmediatas de la **relativa incapacidad del Médico para entender problemas psicológicos** es la **orientación de la educación médica que recibió durante sus años escolares**. (9) Hasta hace poco tiempo, aún en las escuelas de **MEDICINA más progresistas la enseñanza de la Psicología médica** se reducía a una serie de conferencias descriptivas sobre **patología mental y a algunas demostraciones Clínicas de enfermos psicóticos burdamente afectados en su conducta**. En los últimos años la situación tiende a cambiar en forma radical y **muchas Universidades han modificado sus programas para integrar a la enseñanza médica, la enseñanza de la Psicología moderna (9,16) y sus vastas aplicaciones Clínicas**.

Es por ello que nos llena de satisfacción y orgullo el que en nuestra revisión bibliográfica encontramos algunas tesis de graduación en las cuales se pone de evidencia la preocupación de que las **Ciencias de la Conducta** sean mejoradas en nuestro pensum de estudios para que los futuros médicos puedan hacer uso de ellas cuando les corresponda redactar sus anamnesis.

Otra de las causas inmediatas de la **ignorancia de la Psicología por el Médico** es que la **MEDICINA** se ha visto inevitablemente compelida hacia la especialización. Aunque la creciente acumulación de conocimientos y la complejidad de las técnicas justifican plenamente que el Médico, particularmente en las grandes urbes, se limite al manejo de áreas restringidas de la **patología y de la terapéutica** y a pesar del progreso científico que ésto ha significado, es necesario reconocer que una **desventaja de la especialización, que tiene como principio la fragmentación artificial del organismo, que es el sistema o el órgano aislado, se convierten en el foco de atención del Médico, en tanto que el organismo como totalidad, la persona, se esfuma en el gabinete de investigaciones Clínicas o se pierde en el paso de un especialista a otro**. (9) Así ya que los factores subjetivos no se pueden eliminar, deberán reconocerse y entenderse y sus potencialidades terapéuticas aprovechadas para el beneficio del paciente. Esta es otra manera para decir que la **relación Médico-Paciente desempeña un papel definitivo y a veces crucial en el resultado del programa terapéutico**.

En el modo de actuar de la práctica profesional, en los centros urbanos, cuando el paciente se queja de **fobias y obsesiones o exhibe ideas delirantes inequívocas, el Médico general resuelve el problema dirigiendo**

al enfermo hacia el psiquiatra, pero cuando el **paciente no exhibe alteraciones mentales francas**, sino por ejemplo **algunas de las manifestaciones somáticas de la depresión o de la angustia**, el Médico que no sabe reconocer más patología que la orgánica se encuentra en una **situación desventajosa**. Simplemente se confunde y se desorienta y nada tiene de extraño que se vea comprometido a **racionalizar su ignorancia** dando **explicaciones somato-psíquicas obscuras** en las que el “**hígado insuficiente**”, los “**intestinos caídos**” o las “**amígdalas infectadas**” y otros “**focos de infección**” resultan frecuentemente **invocados sin apoyo objetivo**, o bien, el Médico se conforma con informar al enfermo que los **exámenes demuestran** que se encuentra **clínicamente “sano”**.

A aquellos Médicos que aún se resisten a aceptar la Psicología como parte integral de la MEDICINA sobre la base de que los conocimientos psicológicos actuales no son suficientemente “científicos” se les puede hacer notar que muchos tratamientos medicamentosos, dietéticos e intervenciones quirúrgicas que se practican cotidianamente a enfermos neuróticos no identificados como tales, no resultan a pesar de su apariencia de “**medicina científica**”, más científicos que los “**exorcismos**”, las “**limpias**” y las “**sangrías**” de otros tiempos y que además, son tanto más peligrosos cuanto que con frecuencia producen alivios temporales que contribuyen a convencer al Médico y transitoriamente al enfermo de su eficacia. **Ciertamente que la pura sugestión y la fe** han sido siempre reconocidas **como paliativos poderosos**, pero la **psicoterapia (10)** es mucho más que eso y en todo caso, **el aliviar sin conocer los procesos que intervienen en la curación, no puede ser base adecuada para el ejercicio de una medicina racional**.

Según lo anterior hoy nos preguntamos: **¿ Por qué existen aún en nuestro medio centros de espiritismo y quiromancia ?** lugares a donde asisten ilusos solamente para oír lo que necesitan oír, lo que les hace falta oír para que su subconsciente esté en paz. Las personas responsables de éstos centros emplean la Psicología empírica o popular, sabiendo éstas, que la franqueza no pueden ni deben usarla porque si no estarán dañando a los incautos y por lo tanto destruyendo el pensamiento mágico de aquellos que les proporcionan el pan de cada día; por eso no es raro observar que sus visitas se hacen cada vez más periódicas.

Entonces en los Hospitales y Centros de Salud, lugares en donde se exhala Ciencia es dable que también utilicemos la sugestión que indudablemente actúa como “**droga milagrosa**”.

Aunque comprender la naturaleza de espíritu ha sido para el hombre, desde épocas remotas, un incentivo poderoso, el carácter subjetivo de los fenómenos mentales y el hecho de que el instrumento que el hombre usa en sus excursiones científicas, la mente, sea en este caso al mismo tiempo el objeto de estudio, han representado en las encuestas psicológicas escollos particularmente difíciles de superar.

Es decir, los procesos mentales, los normales y los patológicos, no son fáciles de estudiar con la misma objetividad impersonal con que se estudian las plantas, los gases o los insectos. **Nada tiene de extraño que el hombre tuviese que acumular primero un conocimiento considerable de otros fenómenos naturales, antes de abordar, con mente científica, su propio conocimiento.** Es un hecho verificable que siempre ha sido más fácil para el hombre prescindir de ilusiones acerca del resto de la naturaleza que aceptar descubrimientos que conmueven las ilusiones que tiene acerca de sí mismo. Prueba de ello es que tanto Copérnico, quien en el siglo XVI demostró que el planeta que habitamos no es el centro del universo, como Darwin quien en el siglo XIX nos señaló nuestro lugar en la evolución de las especies animales (5) y Freud, quien demostró que los motivos de nuestras acciones suelen ser distintos de los que suponemos (7), tuvieron que enfrentar la ira y el desprecio de sus contemporáneos antes de que la importancia de sus descubrimientos imponerse venciendo la oposición tenaz de las fuerzas conservadoras siempre operantes en las sociedades humanas.

Otra de las causas remotas de la desproporción entre los conocimientos Médicos y los psicológicos son comprensibles en relación con la evolución del pensamiento occidental, haciéndose patentes en los conceptos Médico-psicológicos.

Las relaciones emocionales son inherentes al género humano y su efecto es disruptivo, quebrantador ya que producen cambios notables en la conducta del sujeto, un individuo emocionado está ante una situación caótica. Su actividad normal sufre altibajos y llega a necesitar una reconstitución de personalidad para que se organice de nuevo su conducta. (2) La agitación de la vida humana crea tensiones y las tensiones producen angustias y sentimientos de inseguridad.(11)

El cuerpo cruge bajo la tensión de los estímulos del medio, así la mente y sus procesos decisivos se comportan de un modo cuando están sobrecargados. El desquiciamiento actual - creciente uso de drogas, auge del misticismo, vandalismo, violencia, nihilismo de nostalgia y apatía morbosa de la sociedad - podrán

ser mejor comprendidos si observamos su relación con el Shock del Futuro.(17)

Un trato íntimo calma estos sufrimientos,(11) no se trata de ser comprendido racional o intelectualmente, se trata de ser comprendido emocionalmente y a este respecto un solo contacto íntimo corporal será más benéfico que cualquier bella frase (10,16) “¿ Cuántos hay de los practicantes o Médicos jefes de sala que no tocan con dulzura el hombro de sus pacientes ?” La intimidad se logra con un trato afable. Las necesidades son deseos inmediatos transitorios y accidentales. (1) El Médico debe estar alerta a los intentos del paciente para comunicarse con él en un nivel simbólico a través de sus síntomas y su conducta.

El paciente malhumorado incómodo y aparentemente refractario al tratamiento pudiera estar diciendo: **Doctor ¿ Quisiéra por favor poner sus manos en mi frente y mostrarme en alguna forma que le soy simpático aunque sólo sea un poquito ?(16) .**

Los antecedentes sociales, culturales, económicos, geográficos, raciales y el fondo religioso, desempeñan todos un papel en los sentimientos del paciente hacia su enfermedad y en su conducta hacia la gente cuya ayuda busca. Los sentimientos de prejuicio y superstición están a menudo profundamente enraizados y solamente se pueden vencer con gran esfuerzo. Cuando un individuo está enfermo su temor lo hace todavía más vulnerable a emociones no razonables. En ese momento puede creer en preceptos que en tiempo de menor angustia hubiera sabido que eran falsos. El Médico que entiende todo esto se resistirá a reaccionar con impaciencia y enojo e intentará proporcionar la nueva confianza necesaria. El conducir los temores del paciente a lo abierto y discutirlos con él para que los acepte con una aptitud de empatía puede ayudar grandemente a minimizar su efecto.(16)

Cuando el paciente se presenta ante el médico automáticamente renuncia a una parte de su independencia y en cierto grado somete muchas de sus obligaciones y responsabilidades.

Se subordina a la autoridad del Médico en forma semejante a como el niño se somete a la autoridad de sus progenitores y por la misma razón -de manera que el pueda ser adecuadamente cuidado. Los sentimientos aletargados vuelven a avivarse.

El paciente cardíaco que ha sido un "corazón de león" en el juzgado o en la bolsa de valores, se convierte en un dócil cordero balante que trata de prolongar cada visita a su Médico. Sus sentidos son lastimados

con facilidad; no puede tolerar ni siquiera las frustraciones mínimas y todo lo atemoriza. El espera que aquellos que lo atienden lo escuden de toda tensión, no importa cuán leve, y cuando fracasan en hacerlo, reacciona con la rabia de un niño indefenso. El Médico, con sólo su angelical vestimenta ya de por sí irradia confianza y mucho puede hacer cuando sus actitudes sepa emplearlas, aún cuando su aptitud no sea la mejor y aunque no quiera aceptarse las palabras del Médico, pueden servir de psicoterapia, ya que se espera tanto de él que hasta las mentiras que emplee le serán creídas. (11)

Las relaciones entre el Médico y el paciente pueden ser un arma terapéutica poderosa. La misma medicación o procedimiento quirúrgico, en las manos de un Médico que inspire confianza y sentimientos positivos en sus pacientes, dará mejores resultados que los que logra un Médico al que se le desconfía y se le teme. Ningún Médico puede ejercer una buena medicina si no está al tanto del "efecto del placebo" y de sus implicaciones. Queda aún mucho por entender acerca de éste fenómeno, pero lo que ya se sabe es que puede ser empleado para lograr buenos efectos.

Hay algunas situaciones en las cuales el desenlace de la enfermedad del paciente será afectado crucialmente por la habilidad del Médico para emplear las "relaciones como terapéutica". Esto implica lo siguiente:

1.- El Médico debe hacer un esfuerzo deliberado para aceptar al paciente y sus necesidades de individualidad y de categoría social.

2.- El Médico debe expresar actitudes de sostén emocional tales como dar al paciente cierto elogio y cierto reconocimiento del dolor, pena y temor que a menudo están asociados con la enfermedad. La comprensión de los resentimientos y de los sentimientos de culpa del paciente pueden a menudo traer un alivio espectacular.

3.- El Médico debe darle una oportunidad al paciente para identificarse con su doctor. Esto permitirá al paciente obtener alguna fuerza de la persona a la cual generalmente él considera como poderosa, omniscia y confidente. El paciente se siente más cómodo cuando es capaz de pensar "mi Médico y yo estamos luchando contra mi enfermedad. Conforme me entero de cómo piensa y siente mi Médico, yo puedo combatir esto en mi persona con una medida de su fuerza y sapiencia".

4.- El Médico debe utilizar la relación Médico - Paciente para proveer experiencias emocionales correctivas. El paciente temeroso crónico puede, al observar la actitud y modales de su Médico hacia él, aprender que su mente y su cuerpo no son tan delicados como, por ejemplo, su madre (probablemente a sus

propias angustias) le hizo creer. Si el paciente se abate y llora en presencia del Médico y está obviamente abochornado por su anhelo de soporte emocional, es útil para el Médico indicarle directa o indirectamente que esto es normal debido a las circunstancias. El Médico deberá aclarar que entiende tal conducta y que, si los papeles estuviesen cambiados, él no se avergonzaría de tener que recibir tal ayuda.

El Médico puede y debe usar su propio yo como un instrumento con el cual pueda entender y evaluar al paciente. Preguntándose a sí mismo cómo lo hace sentirse cada paciente puede obtener una mejor autocognición acerca de los problemas y de la conducta del paciente que el que pudiese lograr empleando solamente los métodos habituales de la observación y deducción. Los humanos no siempre son confiados y candorosos. Pueden llevar resentimientos en especial contra los Médicos. Pudieron haber confiado en los Médicos alguna vez, pero estaban tan lastimados emocional o físicamente que decidieron no confiar más en ellos. El Médico no puede llevar a cabo un trabajo óptimo a menos que conozca todo lo necesario acerca del paciente y el enfermo que guarda secretos para su Médico está disminuyendo las probabilidades de mejorar. El Médico debe percibir sus propios sentimientos y dar tanto crédito a lo que capta de su paciente como a lo que puede medirse y fotografiarse. Esto debe ser hecho con discreción, ecuanimidad y raciocinio, y no con el temor de que no está siendo científico u "objetivo".(16)

Si nos adaptamos a satisfacer las necesidades físicas y psíquicas de un paciente estaremos haciendo realmente MEDICINA.(6)

A continuación nos permitimos transcribir algunas afecciones del psiquismo a las que el Médico general se encuentra diariamente:

ANSIEDAD:

Todos estamos ansiosos de vez en cuando. La ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos, o valores acariaciado. Es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida cambiante rápidamente y que requiere una adaptación continua. Los progenitores y maestros al igual que los psiquiatras concuerdan en que la ansiedad "normal" acicatea al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Como contraste, la ansiedad es excesiva no solo hace infeliz al individuo sino

que tiene un efecto deletéreo sobre su funcionamiento.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrita como una emoción, un efecto o un sentimiento. Se acompaña manifiesta por ciertas clases de conductas y va acompañada por cambios fisiológicos característicos. En la teoría psicoanalítica, el término "ansiedad" tiene un sentido adicional más abstracto. En este sentido puede decirse también que es inconsciente lo mismo que consciente.

Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad y duración y de las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas obscuras e irracionales. Esta diferencia es difícil de sostener consistentemente y tiene solamente un valor práctico.

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable e incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa, inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente, agarrándose a cada palabra del médico, o tan preocupada con sus aflicciones que con dificultad le puede prestar atención. Es factible que hable en exceso. Duerme mal. Generalmente el interés y la función sexual están alterados.

La ansiedad intensa constriñe el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo; puede alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficiencia motora.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son las siguientes:

1.- Perspiración excesiva.

2.- Tensión musculoesquelética: Cefalalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.

3.- Respiraciones suspirantes.

4.- Síndrome de hiperventilación: Disnea, vértigo, parestesias.

5.- Trastornos funcionales Gastrointestinales: Dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en el estómago.

6.- Irritabilidad Cardiovascular: Hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.

7.- Disfunción Genitourinaria: Frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigidez.

La ansiedad se considera como patológica, 1.- cuando parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida o 2.- cuando es extraordinariamente intensa y persistente. La persistencia (cronicidad) de la ansiedad es evidencia de que la misma ya no sirve más como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro y en una carga por sí misma. Según la teoría psicoanalítica, un conflicto constante entre la tentación interna y las prohibiciones internas constituye la explicación fundamental de la patología crónica de la ansiedad.

DIAGNÓSTICO:

Es útil distinguir la ansiedad aguda de las formas menos dramáticas de ansiedad crónica persistente.

Ansiedad aguda (ataque de ansiedad). El paciente comienza por sentirse muy enfermo y atemorizado durante el lapso de unos cuantos minutos u horas, puede reconocer que está teniendo una experiencia emocional, pero más comúnmente él no sabe qué es lo que anda mal o presupone que su cuerpo ha sufrido alguna catástrofe como un ataque cardíaco. Los síntomas físicos son generalmente los de la queja actual (mencionados con anterioridad). Los familiares o amigos conocen a menudo cual fue el evento desencadenante aunque quizá el paciente no los conozca, por lo que es útil hablarle a alguien además del paciente presuponiendo que él conceda la autorización.

Ansiedad Crónica: El paciente generalmente establece el diagnóstico por sí mismo quejándose de que está nervioso, preocupado todo el tiempo, asustadizo, cansado e incapaz de descansar o de dormir debidamente. Puede reconocer que está irritable, pero el impacto más espectacular de su irritabilidad sea probablemente en aquellos que lo rodean. La relación de sí mismo, generalmente se halla confirmada por su conducta inquieta, tensa, la dificultad de mantenerse al límite, y sus quejas acerca de achaques físicos sin enfermedad orgánicas aparentes. El examen físico puede poner de manifiesto los mismos signos que el examen en el ansioso agudo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

En el diagnóstico diferencial de la ansiedad, se debe de tener en cuenta tanto la variedad, de trastornos físicos que provocan los mismos síntomas físicos como la ansiedad y los diferentes trastornos psiquiátricos en los cuales la ansiedad puede constituir un síntoma principal.

Neurosis de Ansiedad

Se lleva a cabo el diagnóstico de neurosis de ansiedad en presencia de ansiedad y de ausencia de otros hallazgos que pudiensen señalar alguna otra enfermedad médica o psiquiátrica. Es principalmente un diagnóstico de exclusión.

Ansiedad y enfermedad orgánica

Los pacientes seniles, con parálisis general progresiva u otras enfermedades encefálicas orgánicas pueden sufrir de ansiedad antes de que los signos clínicos de la demencia se pongan de manifiesto. El hipotiroidismo es un imitador bien reconocido de las reacciones de ansiedad: las dos eran frecuentemente confundidas hasta que se llegó a disponer de pruebas fidedignas de la función tiroidea. La mayor parte de trastornos que producen ansiedad notoria en la gente normal, como insuficiencia cardíaca o pulmonar son graves y no son difíciles de reconocer.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la ansiedad comprende principalmente el proporcionar atención adecuada al trastorno del cual es síntoma. Se puede obtener cierto grado de alivio sintomático con el empleo de tranquilizadores, independientemente de su origen fundamental. Si la ansiedad ha provocado un trastorno fisiológico desagradable, éste también puede tratarse directamente, por ejemplo, tratar la hipocapnia con hiperventilación por medio de la respiración dentro de una bolsa de plástico; el control de la diarrea con el difenoxilato (lomotil). El alivio sintomático en la ansiedad psicogénica es a menudo suficiente para provocar una remisión duradera debido a que rompe el círculo vicioso de seguir ansioso por estar asustado por los síntomas de estar ansioso.

En el tratamiento sintomático de la ansiedad es útil ayudar al paciente a que descubra que él no se halla continuamente ansioso sino que más bien presenta períodos o ataques de ansiedad más intensa. Los tranquilizadores, los telefonazos de refuerzo y las visitas especiales a consultorio deberán enfocarse hacia estas crisis, con la fuerte sugerencia de que sólo son temporales y pueden ser superadas por medio de una gran variedad de medios que se hallan dentro de las fuerzas del paciente. Gradualmente, el paciente descubrirá que éstos ataques son benignos y seguros aunque desagradables. Al mismo tiempo ellos desaparecerán, porque la seguridad y la ansiedad son incompatibles.

Una consideración importante en el tratamiento de la ansiedad es el recordar que la ansiedad no siempre patológica. Se debe permitir a una persona que se preocupe lo suficiente para que se ayude a sí misma, pero no tanto como para que se vuelva desorganizada e ineficaz.

DEPRESIÓN:

Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: psicosis maniaco-depresiva, melancolía involutiva y reacción psicótica de depresión. Aunque en otros padecimientos, la depresión por lo general desempeña una parte significativa de la sintomatología y un foco principal de esfuerzo terapéutico.

La depresión acompaña regularmente a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida no obstante, así como la ansiedad patológica puede compararse con el miedo realista, es útil comparar la depresión patológica con la decepción normal, la tristeza y la aflicción.

Síntomas de la Depresión:

La depresión ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. Uno no se siente enfermo orgánicamente pero no tampoco se siente a gusto ni bien. Las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias alentadoras, las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes. Una persona con una depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a

sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él y para sus amigos íntimos, algo ha cambiado.

En la depresión más intensa el paciente se halla francamente abatido o se siente físicamente enfermo (o ambos). Por lo general está sombrío desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados (retardo psicomotor), o él se puede hallar tenso, hiperalerta e intranquilo (agitación, ansiedad). El paciente deprimido agitado probablemente se queje interminablemente acerca de achaques y dolores, sentimientos de desmercimiento o temores de culpa. Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están mal como las siente y puede presentar ideas delirantes complicadas, a menudo, de naturaleza hipocondríaca.

De los numerosos síntomas físicos el insomnio es el más prominente. Los estudios de EEG de pacientes deprimidos confirman que ellos tienden a presentar una proporción de sueño ligero o inquieto y un período más corto de sueño total. En las depresiones más intensas, los pacientes por lo general se despiertan temprano sólo después del sueño necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigiliadas solitarias en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda.

La anorexia y la pérdida de peso son también característicos. Se presentan muchos otros males en la depresión, en especial, dolor de origen obscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda la gama de trastornos psicofisiológicos. Se describe como un síntoma clásico la pérdida del interés sexual o la incapacidad ("pérdida de la libido"). Resumiendo los 4 principales apetitos se hallan deteriorados: hambre, sueño, sexo y actividad.

DIAGNÓSTICO:

EL diagnóstico de la depresión es fácil cuando el paciente comprende de que está abatido y habla libremente. La dificultad se presenta cuando los síntomas del paciente son fundamentales son físicos o él es reticente.

Cuando una depresión se manifiesta principalmente por medio de síntomas orgánicos, los más frecuentes serán: dolor, insomnio, anorexia y fatigabilidad en exceso. Aunque la descripción por el paciente de sus síntomas pudiese sugerir una enfermedad psiquiátrica, el indicio más seguro lo constituye la ausencia aparente

de enfermedad orgánica. El antecedente de un acontecimiento depresivo en su vida agrega evidencia circunstancial. A menudo dicho acontecimiento es obvio para la familia pero no para el paciente en sí. Es claro, que es esencial un plan médico antes de que pueda decirse que los síntomas físicos son debidos a la depresión. La identificación de un acontecimiento precipitante o la presencia de síntomas mentales de depresión no es evidencia concluyente de que la enfermedad orgánica esté ausente.

Cuando el paciente está totalmente reticente el diagnóstico diferencial es entre 1) enfermedad orgánica que provoque estupor, 2) Psicosis funcional, y 3) una situación social (de la cual esté advertido el examinador) que ha vuelto agudamente colérico y no cooperador al paciente. El diagnóstico final en el paciente no comunicativo es a menudo el de una psicosis funcional.

En el paciente comunicativo cuya depresión es evidente en vista de lo que él expresa de sí mismo, el problema diagnóstico será el diferenciar entre neurosis y psicosis depresiva y entre depresión primaria y la depresión como un síntoma secundario de algún otro trastorno psiquiátrico.

El reconocimiento de la psicosis depresiva es importante porque la hospitalización es necesaria por lo general para llevar a cabo un tratamiento rápido y disminuir el peligro de suicidio. En la psicosis depresiva, el trastorno del estado de ánimo es mucho más profundo. Interfiere con la concentración y subjetivamente con la memoria. El paciente tiene amenudo ideas delirantes de culpa o hipocondríacas. El paciente es incapaz de funcionar normalmente, y la familia o los amigos en el trabajo son casi siempre de la opinión de que él se encuentra definitivamente enfermo, aunque ellos pueden no reconocer a la enfermedad como depresión.

Un problema no resuelto en el diagnóstico de la depresión es el de la "depresión enmascarada", "depresión sonriente", o "equivalente depresivo". Los trastornos que pueden tratarse como depresiones con éxito pueden aparecer disfrazados de quejas somáticas raras u otros síndromes psiquiátricos.

TRATAMIENTO:

Un plan de terapéutica debe estar basado en los problemas evidentes y en los recursos del paciente. Si un tratamiento orgánico como un medicamento elevador del estado de ánimo o un sedante puede disminuir el dolor de una pérdida, entonces debería ser usado. Sin embargo, si un factor constitucional orgánico vuelve a un paciente vulnerable a la depresión un acercamiento psicológico puede ser todavía más útil, es por

ello que el terapeuta debe ser activo en forma relativa, pues para el paciente el tomar la responsabilidad para dar los pasos iniciales hacia su bienestar, ya que se encuentra desanimado y desvalido y se puede creer que se merece estar enfermo o muerto. La meta tradicional de la psicoterapia en la depresión consiste en ayudar al paciente a alcanzar autocognición en la naturaleza de la pérdida precipitante, generalmente simbólica, la cual ha activado una consciencia cruel, arbitraria. Pero se alcance o no la psicoterapia de apoyo puede acortar el curso de una depresión y disminuir su dolor y peligro.

REACCIÓN AGUDA DE AFLICCIÓN

La reacción aguda de aflicción (“lamentación”, “depresión simple”) es la aflicción que ocurre en la respuesta a la pérdida de un ser querido por su fallecimiento.

MANIFESTACIONES DE LA AFLICCIÓN

La pérdida de un ser querido conduce a un síndrome sompórtante con las siguientes manifestaciones bien definidas.

1.- Una sensación de sufrimiento somático que ocurre de inmediato y que recurre en ondas con duración de veinte minutos a una hora cada vez. Hay rigidez de garganta, sofocación y resuello corto, respiración suspirante, una sensación de vacío en el abdomen con falta de fuerza muscular y malestar subjetivo intenso, todos ellos precipitados por cualquier mención o recuerdo del difunto. La intensidad del sufrimiento fluctúa pero disminuye con el paso del tiempo, desapareciendo por lo regular en un mes.

2.- Preocupación intensa con la imagen del fallecido acompañada por una sensación de vaguedad, un sentimiento de irrealidad, y una distancia emocional aumentada de las otras gentes.

3.- Sentimientos de culpa. El paciente busca en el tiempo antes de la muerte ejemplos de la falla en cuanto a comportamiento adecuado hacia el ser perdido.

4.- Pérdida desconcertante de la afección en las relaciones con otras gentes, ya sea de manera reservada o con irritabilidad y cólera.

5.- Pérdida de los patrones normales de conducta, con inquietud, inatención, distracción y una carencia dolorosa de capacidad para iniciar y mantener los patrones organizados de actividad.

CURSO

La intensidad, duración y curso de las reacciones de aflicción están determinadas por los siguientes factores:

- 1.- El tipo y duración de la relación con la persona fallecida.
- 2.- Pérdidas previas y reacciones a las mismas.
- 3.- La extensión en la que el que sufre la pérdida se ha preparado para ella.
- 4.- La visión del mundo del sufriente como un lugar seguro donde vivir sin la persona ida.

ENFERMEDADES PRECIPITADAS POR LA AFLICCIÓN

Se ha dicho que el esfuerzo de la tensión precipita un elevado número de trastornos psiquiátricos:

1) enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, estados de ansiedad, histeria, reacciones obsesivas, reacciones depresivas, estados maniaco-depresivos, o esquizofrenia; 2) enfermedades somáticas, por ejemplo, asma, enfermedad de raynaud, hipertiroidismo, sangrado funcional uterino, artritis reumatoidea, colitis ulcerativa, osteoartritis, diabetes mellitus, anemia perniciosa, leucemia, linfoma y tuberculosis.

MANEJO

El médico debe de alentar la manipulación de la aflicción, con su máxima expresión de sentimientos. En el proceso, el quizá tenga que absorber reacciones hostiles de parte del paciente.

Con un paciente en el cual la aflicción sea particularmente intensa o en el cual la aflicción parezca estar desempeñando un papel en la precipitación o el agravamiento de una enfermedad, el médico puede ayudar como sigue: 1) En el estado de crisis, puede administrar un sedante o un hipnótico y asegurarse que los familiares o amigos vigilarán al paciente. 2) En estados tempranos después de la crisis, el paciente debería ser visto frecuentemente, quizá una vez al día durante una semana. 3) En los últimos estados si los síntomas no se abaten satisfactoriamente deberán intentarse esfuerzos más extensos en la psicoterapia.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1.- TIPO DE ESTUDIO:

- a) De acuerdo a la profundidad, el estudio es, **DESCRIPTIVO**.
- b) De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo es, **RETROSPECTIVO**.

2.- DISEÑO MUESTRAL:

2.1 Elemento de Estudio

Historias Clínicas de los pacientes atendidos en cada una de las Clínicas del Programa de Medicina Familiar, durante el período del 1 de febrero al 31 de mayo de 1994.

2.2 Unidad Muestral

Cada una de las 12 Clínicas del Programa de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.3 Marco Muestral

11.610 Records Médicos realizados en las Clínicas del Programa de Medicina Familiar de la USAC.

2.4 Muestra

Conjunto de unidades muestrales tomadas del marco muestral al azar.

2.5 Población

Conjunto de elementos de estudio acerca de los cuales se quiere hacer una inferencia.

3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$3.1\text{-Fórmula } n = \frac{N z^2 p q}{d^2 (N-1) + z^2 p q} \quad (16)$$

n: tamaño de la muestra.

N: 11.610 Historias Clínicas del Programa en estudio.

p: probabilidad de ocurrencia del fenómeno en estudio (sin diagnóstico) 0.5.

q: probabilidad de no ocurrencia del fenómeno en estudio (con diagnóstico) 0.5.

d: error de estimación 0.05

3.2 Nivel de Confianza deseado: 99%

3.3 Valor "z" del nivel de confianza: 2.576

4.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se incluirán en el estudio 12 Clínicas familiares del Programa de Medicina Familiar. La selección de la muestra para cada clínica se hará utilizando el método de muestreo aleatorio simple, tomando como marco muestral el listado de las Historias Clínicas de febrero a mayo de 1994, debidamente numeradas, tomadas de las hojas de estadística F-4; éstas se someterán al procedimiento de las tablas de números aleatorios, hasta seleccionar el total de Historias Clínicas, según el tamaño de la muestra calculada con la fórmula citada anteriormente y la proporción que haya dado a cada una de las Clínicas.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL EN LAS DIFERENTES CLÍNICAS FAMILIARES:

CLINICA	%	No. de Hx Clínicas
Santa Clara	2.93	19
Municipal II	4.01	25
Trébol	4.69	29
Municipal IV	5.40	34
Cuatro de Febrero	5.46	34
Jocotales	5.66	36
Carolingia	6.91	43
Don Bosco	11.75	74
Santa Fe	11.83	74
La Verbena	12.60	79
Santa Marta	12.83	81
Belén	15.93	100
TOTAL	100.00	628

5.- DEFINICIÓN DE VARIABLES:

NÚMERO DE RECORD MÉDICO:

EDAD: Años cumplidos al momento de la evaluación.

SEXO: Masculino y Femenino (según sexo nombre en la papeleta).

NOMBRE: Iniciales del nombre.

DIAGNÓSTICO PSICOSOMÁTICO:

6.- PLAN PARA RECOLECTAR DATOS:

El estudiante (médico investigador) después de presentar el protocolo para ser autorizado por la Unidad de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas, procedió a:

a.- Revisar los records médicos de los pacientes atendidos en las clínicas del Programa de Medicina Familiar.

b.- Se anotó el grupo etéreo, sexo y la presencia o no de diagnóstico psicosomático.

c.- Después de recolectar los datos se realizó el cuadro respectivo y se comparó las variables existentes para hacer las conclusiones y recomendaciones.

7.- EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

El trabajo se hizo recolectando los datos durante las dos semanas siguientes después de autorizado el protocolo, esto se efectuó en cada una de las 12 clínicas del Programa de Medicina Familiar, por el estudiante (médico investigador).

VIII. RECURSOS

1.- MATERIALES:

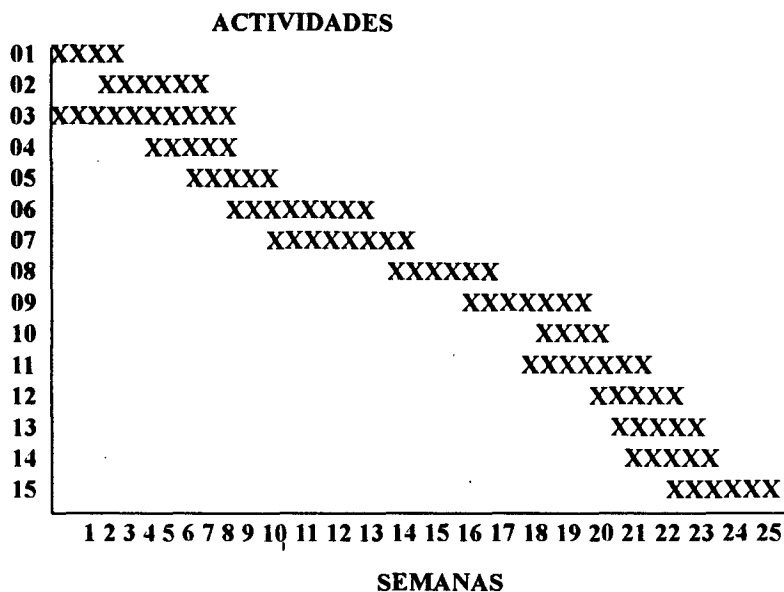
A.- Físicos:

- Instalaciones de las diferentes Clínicas del Programa de Medicina Familiar.
- Records Médicos de los pacientes, existentes en el archivo de cada clínica.
- Utilería de Escritorio.

2.- HUMANOS:

- Médicos del Programa de Medicina Familiar.
- ParaMédicos de las diferentes Clínicas.
- Personal de Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES:

01. SELECCIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
02. ELECCIÓN DEL ASESOR Y REVISOR
03. RECOPIACIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO
04. ELABORACIÓN DEL PROYECTO CON ASESOR Y REVISOR
05. APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL ASESOR Y REVISOR
06. APROBACIÓN DEL PROYECTO POR LA COORDINACIÓN DE TESIS
07. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARÁN PARA LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN
08. EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO
09. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS, ELABORACIÓN DE CUADRO
10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS
11. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESUMEN
12. PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL PARA CORRECCIONES
13. APROBACIÓN DEL INFORME FINAL
14. IMPRESIÓN DEL INFORME FINAL Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
15. EXAMEN PÚBLICO DE DEFENSA DE TESIS

IX. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**Consolidado General de Diagnóstico Psicosomáticos
de 12 Clínicas Familiares del Programa de Medicina Familiar.
Febrero-Mayo 1994, Guatemala.**

CLINICA FAMILIAR	SEXO		EDAD (AÑOS)								TOTAL	Diagnóstico Psicosomático
	M	F	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89		
Santa Clara	5	14	3	4	5	0	3	4	0	0	19	Ausente
Municipal II	3	23	8	5	3	4	1	2	0	2	25	Ausente
Trébol	9	20	4	9	7	4	2	3	0	0	29	Ausente
Municipal IV	4	30	7	14	5	0	1	5	1	1	34	Ausente
Cuatro de Feb.	6	28	6	9	4	9	3	3	0	0	34	Ausente
Jocotales	14	22	4	8	9	5	4	3	3	0	36	Ausente
Carolingia	7	35	7	11	6	11	5	3	0	0	43	Ausente
Don Bosco	18	56	15	21	17	12	5	3	1	0	74	Ausente
Santa Fe	8	66	23	25	11	4	5	4	1	1	74	Ausente
La Verbena	17	62	27	16	14	10	4	4	2	2	79	Ausente
Santa Marta	18	63	14	31	19	4	5	2	2	4	81	Ausente
Belén	20	80	24	43	18	3	1	8	1	2	100	Ausente
Sub-Total	129	499	142	196	118	66	39	44	11	12	628	Ausente
TOTAL	628		628								628	Ausente

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Éste cuadro nos demuestra que el sexo femenino es el que más acudió a las diferentes clínicas del Programa de Medicina Familiar de la Universidad de San Carlos de Guatemala, teniendo 499 consultas durante el período estudiado siendo el 79.46 % comparado con 129 consultas del sexo masculino, que representa el 20.54 %.

El grupo etáreo de 20 a 29 años consultó mayoritariamente (20.54 %), y el que menos consultó fue el grupo etáreo de 70 a 79 años (15.92 %).

Lo anterior es importante en cuanto a la estadística de atención prestada y recibida en las diferentes clínicas del Programa de Medicina Familiar, pero lo más evidente es que la totalidad de pacientes atendidos no presenta diagnósticos psicossomáticos.

Por lo anterior es de considerar que el cuadro que se presenta previamente nos da la razón en cuanto a las premisas que planteamos en nuestro problema, así como confirma los datos recabados en nuestra revisión bibliográfica. Es decir nos da la información necesaria y nos dice que es escasa la importancia que se ha puesto en el aspecto afectivo del paciente, llegándose a considerar que éste ha sido un área dejada al olvido y tratada sólo por el especialista,(8) olvidando que toda enfermedad lleva problemas psicológicos los que deben de tratarse al igual que cualquier enfermedad orgánica, y ser tomados en consideración por el médico general.

Hay un responsable directo que lleva sobre sus "experiencias" el gran peso de no haber formado a los estudiantes con una orientación psicossomática, esto en el sentido de prodigar a los pacientes atención orientada hacia los problemas de su vida de relación (conducta).

¿ Quién se atreve a aceptar esta responsabilidad ?

XI. CONCLUSIONES

GENERAL:

En la exhaustiva revisión no encontramos ningún diagnóstico psíquico agregado al somático, ya sea directamente o independientemente.

PARTICULARES:

En la actualidad el paciente es tratado como objeto no pensante ni emotivo.

La Facultad de Medicina carece actualmente de entes que nos orienten específicamente hacia el ofrecimiento de “prestar” una atención total al paciente.

Por lo anterior, el Médico egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala no es un Médico integral, pues desconoce y desatiende lo emotivo de cada paciente.

La enseñanza de la Psicología y de la Psicopatología en nuestra Facultad continúa siendo escueta y como consecuencia la enseñanza de la Psicoterapia es aún mucho más limitada.

La oportunidad que se tiene en la entrevista médica de que el paciente nos revele sus aflicciones mentales y sus inquietudes, como parte de la vida cotidiana, es muy rica en actos y vivencias por lo tanto no debe desaprovecharse tal oportunidad ya que esto estibaré en beneficio de médicos y pacientes.

La Facultad de Medicina ha de ser muy cuidadosa cuando quiera incluir en su staff a personal docente encargado de la formación exclusivamente psicológica de los estudiantes.

La fantasía o el pensamiento mágico de los pacientes no debe ser tomado como juguete por el médico ya que en él aún persisten buenas dosis de superstición.

XII. RECOMENDACIONES

"Recomendar no es dable, pero exigir sí cuando se trata de MEDICINA".

Es urgente que la Facultad de Medicina organice y promueva seminarios que analicen o discutan la formación psíquica de los estudiantes para que en el futuro no se soslaye la derivación mental que de los procesos somáticos se derivan.

Con el sólo hecho de hablarle y examinar a un paciente se inicia la Psicoterapia que indefectiblemente ha de estar basada en los principios biofisiológicos.

Las Ciencias "subjetivas" (Psicología Médica, Antropología, Sociología , etc.), han de incluirse en el pensum de Medicina, no como simples especialidades nuevas, sino como prácticas fundamentales; es obvia su importancia.

El arte de pretender curar la mente no ha de ser solamente para los psiquiatras, sino también privilegio para todos los médicos y por lo tanto deberán ser bien adiestrados para que sepan descubrir el trasfondo psicosocial y antropológico de sus pacientes con los cuales tratan cotidianamente.

Es convincente luchar para lograr que al médico en formación se le trate de dar una nueva configuración para que se le convenza de que la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos le serán de utilidad en su práctica continua.

La Medicina integral exige investigar en cada enfermo su vida emocional.

La Facultad de Medicina debe propiciar reuniones obligatorias (fines de semana) entre grupos de estudiantes de Medicina, Médicos urbanos y rurales, con la finalidad de intercambiar experiencias psicosociales y cómo pudiesen darse un manejo humano.

Es necesario modificar el pensum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en lo que corresponde a las Ciencias de la Conducta, pues actualmente se encuentran fuera de tiempo, juicio y espacio.

XIII. RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en las 12 clínicas que comprenden el Programa de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El objetivo del estudio fue establecer la ausencia o presencia de **DIAGNÓSTICOS MENTALES EN LA PRACTICA MÉDICA** durante el periodo comprendido del 1 de Febrero al 31 de Mayo de 1994, a través de la revisión de los records médicos realizados a cada uno de los pacientes atendidos durante dicho periodo.

El total de historias clínicas revisadas fue de 628 siendo éstas, una muestra obtenida de una población de 11,610 records médicos; de éstas historias clínicas revisadas se pudo comprobar que el **CIEN POR CIENTO** carecía de diagnóstico psíquico agregado al somático.

Del estudio realizado, se concluyó que: si el **CIEN POR CIENTO DE LOS RECORDS MÉDICOS NO INCLUYEN EL DIAGNÓSTICO PSÍQUICO** hay una deficiencia, y ésta debe ser reevaluada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que es la Escuela encargada de formar al médico guatemalteco pues si **dar salud corresponde comprender y ofrecer al paciente la completa y adecuada relación de las esferas psíquico, social y biológico, en cada paciente**, entonces no estamos ofreciendo la salud que nuestro sufrido pueblo espera, ya que lo olvidamos como un ser humano pensante, afecto a los cambios psicosociales de su entorno como a los causados por virus, bacterias y traumas físicos **por lo tanto él además de la medicina que cura los males somáticos, también espera una frase de aliento, de saber que estamos luchando junto con él contra la enfermedad que lo aflige y lo atormenta.**

“Para Richard Bach, “NADA ES AZAR”, por lo tanto las coincidencias no existen y entonces sólo nos corresponde aceptar que ésta humilde tesis por el momento, si cumple con los rigurosos requerimientos del método científico, ya que nuestras premisas incuestionables han servido para formular nuestra ineludible verdad”.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Agramonte, Roberto. **TRATADO DE PSICOLOGÍA GENERAL**, tomo I, II. Cultural SA Ed. Abana 6ta revisión, 1950.
- 2.- Bernard, C., **AN INTRODUCCION TO THE STUDY OF EXPERIMENTAL MEDICINE**. Dover Publ. Inc., New York.
- 3.- Cojulún de Carlos, Consuelo. Tesis título **INCIDENCIA PSICOPATOLÓGICA EN PACIENTES DE 12 A 81 AÑOS DE EDAD**, HGSJD, 1975.
- 4.- Darwin, C., **THE ORIGIN OF SPECIES AND THE DECENT OF MAN**. The Modern Library New York.
- 5.- Florán Monribot, Luis de, **ESTADO MENTAL DEL PACIENTE HOSPITALARIO**. Facultad de Ciencias Médicas USAC.
- 6.- Freud, S. **NEW INTRODUCTORY LECTURES TO PSICOANALYSIS**, cap. III. Norton New York.
- 7.- Freud, S. **EQUEMA DEL PSICOANÁLISIS**, Argentina Paidós, 1982
- 8.- Fuentes Muñiz, R. **PSICOLOGÍA MÉDICA**, Fondo de Cultura Económica, Mexico. 1978.
- 9.- Hernández Pineda Etelvina, **ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA EN GUATEMALA**. Tesis de Graduación USAC 1989.
- 10.- Kolb, Lawrence, cap. VIII, **FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES DEL TRASTORNO MENTAL**. Psiquiatría Clínica Moderna, Mexico. Prensa Médica Mexicana, 1976.
- 11.- Meneses Recinos, Guillermo Enrique. **OPORTUNIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN LA ENTREVISTA MÉDICA**. Tesis de Graduación, USAC, 1973.
- 12.- Mirá y López, Emilio. **PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ACTUALES**. Ed. El Ateneo. 5ta Ed. Marzo 1975.

- 13.-Morris, Desmond, **COMPORTAMIENTO ÍNTIMO**, Ed. Plaza & Janes. Trad. Jose M. de Paricio 2da Ed. 1971.
- 14.-O.M.S., Atención primaria salud. **INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, Alma Ata URSS, 6-12-1978., OPS, Ginebra.
- 15.- O.M.S., **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**, Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. O.P.S.
- 16.-Ortiz C. Iván. **SALUD MENTAL POPULAR**, Materiales Educativos. Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Educación, Santiago de Chile, Abril de 1989.
- 17.- Sagastume Turcios, Florida. **EL LENGUAJE DE LOS SÍNTOMAS EN EL DIAGNÓSTICO PSICOTERAPÉUTICO DEL GUATEMALTECO**. Tesis de Graduación 1984.
- 18.- Solomon, Philip, **MANUAL DE PSIQUIATRIA**. Ed. El Manual Moderno, S.A. México D.F. 1ra Ed. 1972.
- 19.-Wayne W. Daniel. **BIOESTADÍSTICA, BASES PARA EL ANÁLISIS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**., 3ra ed. Limusa, Noriega.

XV. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**NOMBRE DE LA CLÍNICA:** _____

Hx. Clínica	Sexo	Edad	Nombre inicial	Dx Psicosomático	Hx. Clínica	Sexo	Edad	Nombre inicial	Dx Psicosomático
No.	M	F		SI NO	No.	M	F		SI NO
1					29				
2					30				
3					31				
4					32				
5					33				
6					34				
7					35				
8					36				
9					37				
10					38				
11					39				
12					40				
13					41				
14					42				
15					43				
16					44				
17					45				
18					46				
19					47				
20					48				
21					49				
22					50				
23					51				
24					52				
25					53				
26					54				
27					55				
28					56				

Hx. Clínica	Sexo	Edad	Nombre inicial	Dx Psicosomático	Hx. Clínica	Sexo	Edad	Nombre inicial	Dx Psicosomático
No.	M	F		SI NO	No.	M	F		SI NO
57					89				
58					90				
59					91				
60					92				
61					93				
62					94				
63					95				
64					96				
65					97				
66					98				
67					99				
68					100				
69									
70									
71									
72									
73									
75									
76									
77									
78									
79									
80									
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									