

# **SÍNTOMAS ROMPECABEZAS**



# **Síntomas Rompecabezas**

**Cómo resolver el rompecabezas de sus síntomas**

**Clifton K. Meador, M.D.**

**Traducción:**

**Ximena Páez**

**Profesora Titular  
Facultad de Medicina  
Universidad de los Andes  
Mérida, Venezuela**

## **SÍNTOMAS ROMPECABEZAS**

Cómo resolver el rompecabezas de sus síntomas

Traducción: Ximena Páez.

Versión en español de la edición original en inglés *Puzzling Symptoms* de C.K. Meador M.D. publicada por Cable Publishing, Brule WI, USA, 2008.

El autor Dr. C.K. Meador autorizó a la traductora para hacer disponible el libro para estudiantes de medicina en los portales digitales de la Universidad de los Andes para ser usado en discusiones de aspectos éticos en la práctica médica.

Notas en la versión original en inglés:

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida o transmitida de ninguna forma o por ningún medio mecánico o electrónico, incluyendo fotocopiar, grabar, ni por ningún sistema de almacenamiento o extracción de información sin el permiso escrito del editor, excepto por la inclusión de breves citas en una revisión.

La información, ideas, y sugerencias en este libro no intentan reemplazar el consejo médico. Antes de seguir cualquier sugerencia contenida en este libro, Ud. debe consultar a su médico personal. Ni el autor ni el editor serán responsables por ninguna afectación o daño a su salud que surja como consecuencia del uso o aplicación de cualquiera de las sugerencias o información de este libro.

## **NOTA PRELIMINAR**

El Dr. Clifton K. Meador un médico clínico como se acostumbraba llamar antes al médico integral, estudió medicina en la mitad del siglo XX en el Sur de los Estados Unidos y ha dedicado más cincuenta años a la buena práctica médica, a la enseñanza la misma a estudiantes de pre y postgrado, a la labor médica comunitaria de los más desasistidos y a desarrollar programas de colaboración entre instituciones universitarias para mejorar la docencia en medicina. El Dr. Meador tuvo la fortuna de tener eximios maestros como el Dr. T. Harrison para mencionar uno, conocido en el mundo por muchas generaciones de médicos que han usado su texto clásico de Medicina Interna, maestros que fueron no solo experimentados médicos investigadores sino modelos a seguir en la profesión médica.

El Dr. Meador ha relatado en sus libros de manera muy amena sus experiencias en las diversas facetas de su relación con la medicina y con sus pacientes: el inicio y tránsito en la escuela de medicina, el reconocimiento a sus maestros, y la experiencia profesional en el difícil y complicado ejercicio de esta profesión humanística, donde la ciencia sola no es suficiente para servir al paciente. Meador ha puesto todas estas vivencias a disposición de sus lectores médicos o legos para aconsejar cómo lograr una mejor atención médica.

La medicina actual con grandes avances científico-tecnológicos, se ha vuelto fría, rápida y alejada de los pacientes a los que poco se ve como seres humanos. En estas circunstancias, se ha ganado nuevos técnicos pero se ha perdido maestros. Por eso ahora, en las escuelas de medicina de todas partes existe la necesidad de enseñar ética, para aprender a tratar como nuestros iguales a los pacientes y sus familias, lo que antes se aprendía al lado del maestro. El Dr. Meador ha contribuido en este afán.

Las enseñanzas de Meador en sus libros no son otra cosa que los principios fundamentales de la medicina, que siguen vigentes hoy como en los tiempos de Hipócrates y que se resumen en: PRIMERO EL PACIENTE, premisa difícil pero con la que estamos comprometidos desde el día en que entramos en la profesión hasta el último día de nuestro ejercicio. Esto debe transmitirse con énfasis a los jóvenes médicos y estudiantes de medicina.

Este libro *Síntomas Rompecabezas* muestra cómo la dedicación y la perseverancia del verdadero médico, el que se interesa por el paciente, permiten descubrir la causa del problema que le aqueja. Sólo así se puede llegar a aliviar al paciente de su sufrimiento y no por el uso aislado de máquinas, procedimientos, exámenes o drogas por novedosos que sean.

Meador, en su deseo de colaborar a formar estudiantes y educar a la comunidad, ha permitido que traduzca otro más de sus libros. Espero así difundir su mensaje en nuestro medio para bien de pacientes y profesionales de la salud.

Ximena Páez  
Facultad de Medicina  
Universidad de los Andes

Mérida, Venezuela  
Febrero 2011.

## Tabla de Contenidos

Prefacio.....	vii
Agradecimientos.....	ix
Introducción.....	xi
1. Entender el proceso diagnóstico y sus complicaciones.....	1
2. Entender el cuerpo humano.....	9
3. Cómo observar sus síntomas.....	15
4. Sustancias tóxicas o irritantes que causan síntomas.....	23
5. El estrés como causa de sus síntomas.....	37
6. Un diagnóstico puede ser una barrera para encontrar la causa real de los síntomas	49
7. La enfermedad como un modo de vida.....	57
8. Enfermedades auto-infligidas y simuladas: los más rompecabezas de los síntomas	69
9. Alcoholismo: la enfermedad oculta.....	83
10. Algunas conclusiones y recomendaciones.....	87
Apéndice I. Algunos diagnósticos que nunca quisiera dejar pasar.....	93
Apéndice II. MAST: Una prueba diagnóstica para alcoholismo.....	99
Apéndice III. Formulario de un diario para registrar síntomas*.....	105
Apéndice IV. Comparta su experiencia y éxito con otros*.....	121
Sobre el autor.....	123

---





## Prefacio

En *Síntomas Rompecabezas*, el Dr. Clifton Meador nos recuerda cuán importantes son el paciente y su familia para guiar a los médicos hacia el diagnóstico y tratamiento correctos. La práctica médica se parece en mucho al trabajo de un detective. Con la ayuda de la historia del paciente, creamos la “escena del crimen.” Tenemos que determinar, usando las pistas disponibles, cómo resolver el misterio. Las claves para el médico/detective son los síntomas del paciente.

Los síntomas pueden desarrollarse lentamente en el tiempo. Nos volvemos tolerantes a la incomodidad y trastorno que causan en nuestras vidas, y comenzamos a aceptarlos como algo “normal.” Cuando era un estudiante de medicina de tercer año, me encontré perdiendo peso (lo que atribuí a las comidas que no hacía), orinando frecuentemente (que atribuí a todo el café que tomaba), y sintiéndome cansado todo el tiempo (lo que atribuí a las largas horas que trabajaba). Cuando estos síntomas se volvieron lo suficientemente problemáticos, finalmente tuve que admitir que algo andaba mal. Analicé mi orina en busca de azúcar o glucosa, y resultó positiva. Entonces fui a la Clínica para Estudiantes y le dije al director que pensaba que tenía diabetes *mellitus*. Él me tranquilizó y me dijo que seguramente todo debía estar bien y me preguntó si habíamos estado estudiando diabetes esa semana. De todas formas, estuvo de acuerdo en medir mi glucosa en sangre. Cuando regresé una hora después, me dijo que mi glicemia estaba elevada, y que en efecto, tenía diabetes *mellitus*. Mis síntomas llevaron al diagnóstico y después que comencé la terapia con insulina, comprendí que lo que yo había terminado por aceptar como “normal” era debido a la diabetes.

Más recientemente, mi esposa y yo confirmamos la importancia de poner atención a los síntomas que pueden revelar una condición médica grave. Mi esposa notó que sólo cuando comía comidas condimentadas aparecían aftas en su boca. Al principio, ella atribuyó esto a su dieta, pero se preocupó cuando el problema ocurrió con más frecuencia. Ella no tenía ningún otro síntoma evidente. Fue a ver a uno de nuestros mejores clínicos en Varderbilt que reconoció que su síntoma podría ser diagnóstico de una importante enfermedad subyacente, anemia perniciosa o deficiencia de vitamina B12.

Exámenes de sangre confirmaron que su afta, o glositis, era de hecho debida a anemia perniciosa, llamada “perniciosa” porque se desarrollaba tan lentamente que el paciente o el médico no la detecta y puede llevar a daño permanente del sistema nervioso. Afortunadamente, la enfermedad no había progresado a ese punto, y mi esposa fue tratada exitosamente con inyecciones de vitamina B12 y su lesión en la boca desapareció rápidamente.

Se que pacientes, sus familias y sus médicos, considerarán a *Síntomas Rompecabezas* un libro fascinante; uno que disfrutarán leyendo para aprender más sobre una serie de alteraciones médicas, y uno que los ayudará a convertirse en detectives médicos.

Dr. Steven G. Gabbe  
Decano, School of Medicine, Vanderbilt University

## Agradecimientos

Mucha gente me ha ayudado con este libro. Virginia Fuqua Meadows, mi jefe de oficina, trabajó con cada uno de los borradores y fue muy diligente en el diseño de los formatos del diario en el apéndice.

Este libro no existiría a no ser por la experticia y ayuda de Nan Wisherd of Cable Publishing. También agradezco a Deb Zime que diagramó el libro y a Mark Cowden que diseñó la portada. Lydia Howarth editó todas las versiones y gracias a su esfuerzo el libro es mucho más claro. Lo que quiera que haya quedado defectuoso se debe a mí.

Muchos colegas y amigos leyeron secciones y borradores previos, les agradezco sus consejos y sugerencias. Realmente aprecio las ideas de los Drs. Nortin Hadler, Ann Price, Larry Churchill, Roy Elam, Jim O'Neill, Steve Bergman, y la ayuda de Adele Baras, consejera experimentada de muchos años. Unas gracias especiales van para el Dr. Steve Gabbe por escribir el prefacio.

Aprecio en especial el consejo e historias que compartió conmigo el Dr. Allen Kaiser. Los Drs. Alan Siegal y Joe Merrill también me hicieron conocer historias de pacientes, algunas de las cuales están en este libro.

Debo gracias especiales al Dr. Marc Feldman por su ayuda con el capítulo sobre condiciones auto-infligidas y a su libro *Playing Sick*. Similar deuda de gratitud al Dr. Anderson Spickard, Jr., por enseñarme sobre alcoholismo y por su libro *Dying for a Drink*. Muchos amigos aportaron generosamente su tiempo para leer los primeros borradores. Ellos son: James Lawson, Susanne Brinkley, Diana Marver, Patsy Cooney, Hayes Cooney, Rosie Lanius, Gordon Peerman, Jr., Priscilla Gilliland, George Sheer y Ben Smith.

Aprecio el continuo apoyo del Dr. Harry Jacobson, Vicepresidente para Asuntos de Salud de Vanderbilt University, y del Dr. Wayne Riley, Presidente de Meharry Medical College.

Estoy muy agradecido por el apoyo amoroso de mi esposa Ann y su valioso consejo en la edición y selección de términos.



## Introducción

Me gradué de la escuela de medicina en 1955, época que coincidió con la fase de rápido crecimiento de las ciencias médicas. Las sorprendentes tecnologías diagnósticas de hoy no existían. Ya que teníamos muy poca tecnología que nos asista, nos basábamos en escuchar, examinar y observar a nuestros pacientes. Fuimos entrenados en usar la historia o narrativa de nuestros pacientes para llegar al diagnóstico.

Creíamos en un viejo dicho: “Si no sabe lo que tiene el paciente después de tomar la historia, probablemente nunca lo sabrá”. Había otro dicho: “Si escucha lo suficiente, el paciente le dirá cuál es el problema”. En esos tiempos escuchábamos, mirábamos, escuchábamos mucho más.

En los últimos treinta años, la medicina ha sufrido un cambio explosivo. Ahora, tenemos la posibilidad de ordenar docenas de exámenes de sangre a la vez. La tomografía computarizada, la resonancia magnética y el ultrasonido nos permiten una visión instantánea de las partes más pequeñas del cuerpo humano. Con endoscopios flexibles, podemos explorar cada orificio y cavidad en el cuerpo. Desafortunadamente, los avances en la medicina moderna, nos han llevado a creer que cada enfermedad humana puede ser vista o medida en un tubo de ensayo. Esto simplemente no es el caso. Muchas condiciones no pueden ser reveladas por la tecnología ni por una prueba de sangre. Algunas enfermedades no pueden ser vistas. Pero pueden ser oídas. El escuchar y la observación directa han sido dejadas de lado, pero ambas cosas siguen siendo esenciales a la buena práctica en el cuidado de los enfermos. La historia del paciente continúa siendo poderosa e importante. No puede ser reemplazada por la tecnología no importa cuán avanzada sea.

En 1961, comencé la práctica privada en Selma, Alabama. Cuando el socio de más experiencia en el pequeño grupo se enfermó, me tocó encargarme de su consulta. Para mi sorpresa, encontré que muchos pacientes no tenían las enfermedades con las que habían sido etiquetados. Para mayor sorpresa, encontré que era imposible persuadir a esos pacientes de que no tenían esos falsos diagnósticos de enfermedades inexistentes. Asumí

que era un fenómeno aislado, peculiar de un médico viejo y algo atrasado. Pero no era el caso.

Después de entrar como profesor en University of Alabama School of Medicine en Birmingham en 1963, comencé a ver pacientes, de todo el estado. En ese tiempo, era yo uno de sólo cuatro endocrinólogos en todo el estado (para comparación, hoy hay más de quince endocrinólogos solamente en Nashville). Muchos pacientes con síntomas complicados, difíciles de diagnosticar, estuvieron bajo mi cuidado. Aquí encontré también que muchos llevaban diagnósticos de enfermedades que no tenían y cuyas falsas etiquetas eran difíciles de quitar. Tanto pacientes como sus médicos eran reacios a desprenderse de ellos. Me hice a mi mismo las preguntas que me perseguirían y enfocarían mi atención en los siguientes cuarenta y cinco años: “¿Si los pacientes no tienen la enfermedad que le asignó el diagnóstico, entonces qué es lo que tienen? ¿Cuál es origen real que subyace a sus quejas y síntomas?” En otras palabras: ¿Si los pacientes no tienen una enfermedad médica para explicar sus síntomas, entonces *qué* tienen?

He pasado el resto de mi carrera buscando respuestas a esas preguntas. A lo largo de los años, hice un estudio sistemático de pacientes quienes tenían síntomas pero no una enfermedad médica demostrable para explicar sus síntomas. En 2006 publiqué mis hallazgos y experiencia con 150 de tales pacientes en *Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey* (Nashville: Vanderbilt University Press, 2006). El libro fue escrito para ayudar a médicos, especialmente aquellos todavía en entrenamiento, para aprender cómo atender a pacientes que sufren de síntomas pero no de una enfermedad médica.

Una vez publicado el libro se me ocurrió que un libro similar podía ser de utilidad para los pacientes quienes tienen síntomas complicados, confusos, difíciles de interpretar, o si se quiere síntomas de origen desconocido, síntomas que son un rompecabezas. Así, emprendí la tarea con este libro, el cual explica un método que Ud. puede aplicar a su propia situación. Le guía a través del proceso de descubrimiento de las causas de sus síntomas.

Al comienzo del libro, discuto el proceso diagnóstico y explico cómo trabaja el cuerpo. Manifiesto cómo es posible que los médicos dejen escapar las causas de sus síntomas. Clarifico, algunos principios generales que gobiernan el método que describo para descubrir las causas de sus síntomas. Detalló algunas causas comunes y lo

introduzco a pacientes que fueron capaces de descubrir las causas reales de sus síntomas y obtener alivio. También trato algunas circunstancias especiales, condiciones y pacientes donde este método no funciona.

Un tema guía este libro:

***No hay una enfermedad médica demostrable (diagnóstico) detrás de cada síntoma, pero hay una causa demostrable para cada síntoma.***





## Síntomas Rompecabezas

# Capítulo 1

## Entender el proceso diagnóstico y sus limitaciones

Este libro está escrito para Ud. como paciente. También está escrito para familias cuyos familiares o amigos tienen síntomas confusos o persistentes de origen desconocido. Para empezar, imagínese que está sentado conmigo en mi consulta.

Muy probablemente Ud. está incómodo, preocupado, y temeroso por cómo se está sintiendo. Usted no está mejorando. Probablemente tiene uno o más síntomas que no desaparecerán. Ha hecho lo que su médico le dijo que haga, pero todavía tiene los síntomas. Puede que ya le han dado a uno o varios diagnósticos, y Ud. está comenzando a preguntarse si son correctos. La medicación prescrita no ha sido de ayuda. Usted ha probado una serie de medicamentos no prescritos pero tampoco han ayudado. Puede que haya comenzado a pensar en tratamientos alternativos como acupuntura o algunas de las más raras yerbas o incluso enfoques místicos. La causa para sus síntomas, sin embargo, permanece desconocida y ha comenzado a dudar de si encontrará alivio.

Es posible que venga a mi consulta solamente porque su familia o pareja o amigo insiste en que busque ayuda médica. Ellos pueden estar más preocupados que lo que está Ud. Pero cualquiera sea el caso, la atmósfera en mi consulta es la misma, confusión, frustración, e incertidumbre sobre lo que hay que hacer a continuación.

El proceso que describo en este libro está destinado a que Ud. se convierta en su propio detective o en parte su propio médico, de modo que Ud. pueda ir hasta las raíces del problema que está causando los síntomas. Antes de que comencemos, quiero enfatizar una advertencia importante:

***Este libro no es un sustituto de la consulta a su médico general, o a un internista o un médico de familia. Es esencial que tenga un chequeo médico completo antes de usar los métodos que describo en este libro. Estos métodos deberían ser usados en conjunto con la guía y consejo de su médico.***

También quiero resaltar que los métodos en este libro son para ayudar a aquellos que son pacientes ambulatorios, lo que significa “enfermos que caminan.” Usted esta de pie

pero continua con síntomas crónicos o recurrentes que no desaparecen. Este libro no es para aquellos gravemente enfermos, encamados, o incapacitados por la pérdida de alguna función corporal. No es un sustituto de la atención médica por un médico sino que debe ser usado como adjunto a un buen cuidado médico.

Antes que podamos discutir los métodos para encontrar la causa de sus síntomas, necesito decirle cómo funciona el proceso diagnóstico. Es decir, ¿cómo hacen los médicos para hacer diagnósticos? Aquí, en resumen está el modo cómo el proceso diagnóstico trabaja en la mayoría de los casos.

Primero, Ud., el paciente, presenta su queja principal a su médico. Dígale qué le molesta más. Frecuentemente, esta molestia principal se localiza en un área del cuerpo. Algunos ejemplos son dolor de cabeza, dolor en las piernas, dolor en el tórax, o dolor en cualquier parte del cuerpo. En otros casos, las quejas tenderán a dirigir la atención del médico a un órgano o área del cuerpo. Por ejemplo, diarrea señala al tracto gastrointestinal, ardor al orinar señala a la vejiga o sistema urinario, dificultad para respirar dirige la atención a los pulmones o corazón, etc.

Segundo, el médico le pedirá que diga la historia de su enfermedad y molestias. Querrá saber cuándo comenzó el problema y en qué circunstancias ocurre el síntoma. Le hará una cantidad de preguntas para lograr una completa comprensión de lo que Ud. está diciendo.

Tercero, el médico le hará un examen físico y anotará cualquier hallazgo anormal como un soplo en el corazón o dolor en alguna parte. Puede también palpar una masa en algún lado. Puede no encontrar ninguna anormalidad al examen físico, lo cual es bastante común, aun en enfermedades serias.

El siguiente paso en el proceso diagnóstico se da fuera de la consulta del médico. Varios estudios muestran que el médico identificará una lista de causas con no más de tres posibilidades, que luego las descartará con exámenes de laboratorio. En muchos casos los resultados de exámenes confirmarán una de las tres posibilidades y el diagnóstico está hecho.

Si los exámenes de laboratorio fallan en confirmar una de las tres posibilidades, el médico hará más preguntas y vendrá con otra lista de no más de tres posibilidades. Ordenará exámenes para confirmar una de las posibilidades. Este proceso puede pasar a

través de varias repeticiones de búsqueda de pruebas o estudios de imágenes que confirmen un posible diagnóstico.

Se logrará uno de los siguientes resultados:

1. Un diagnóstico, confirmado por exámenes de laboratorio, biopsias, o estudios de imágenes.
2. No habrá un diagnóstico confirmado por pruebas objetivas. Todos los resultados de exámenes e imágenes son normales.
3. Una de las pruebas producirá un resultado falso positivo que lleva a un falso diagnóstico de una enfermedad no existente.

Examinemos el primer resultado –el diagnóstico es confirmado por exámenes objetivos de laboratorio, biopsias o estudios de imágenes. Hay miles de diagnósticos que calzan en este primer resultado. Tome por ejemplo, una glándula tiroidea hiperactiva.

En este caso, un exceso de hormona tiroidea aumenta el metabolismo del paciente. Se genera excesivo calor en el cuerpo, y el número de latidos cardíacos aumenta. Los pacientes se quejan de cansancio y fatiga, intolerancia al calor o nerviosismo. Pueden notar temblor en sus manos. Casi siempre perderán peso. De este patrón de síntomas, el médico pensará pronto en hipertiroidismo. En la mayoría de casos, al examen físico se encontrará un bocio en el cuello, la frecuencia cardíaca estará aumentada y la piel será suave y caliente. El médico indica entonces una serie de exámenes que miden los niveles y acciones de las hormonas tiroideas, los cuales encontrará altos. El diagnóstico de hipertiroidismo es confirmado por exámenes objetivos y reproducibles.

Hay muchos ejemplos de diagnósticos confirmados por pruebas objetivas. Todos los diagnósticos de cáncer son confirmados por biopsia de la masa. La imagen microscópica es específica para cáncer, y generalmente varios patólogos y oncólogos revisarán las láminas. Es muy raro que el médico diga que alguien tiene cáncer si el diagnóstico no ha sido confirmado por un examen de laboratorio. También, diagnósticos falsos de cáncer son extremadamente raros. La biopsia es muy específica para un diagnóstico específico de cáncer.

De hecho, Ud, puede ir a través de todo el cuerpo, órgano por órgano, y las enfermedades de los órganos principales serán confirmadas por exámenes objetivos,

biopsias o estudios de imágenes. Es por tanto altamente improbable que Ud. tenga una enfermedad médicamente definible que se ha dejado escapar por un plan de trabajo diagnóstico. La medicina moderna tiene muy poderosas herramientas diagnósticas y las principales enfermedades rara vez se escapan.

Los diagnósticos que pueden dejarse escapar caen en cuatro amplias categorías. En el Apéndice I están estas categorías con un ejemplo de cada una. Usted podría compartir esta lista con su médico para asegurarse que Ud. no tiene ninguna de esas enfermedades. La mayoría son realmente raras. Asumiré que todas esas enfermedades han sido excluidas antes de que Ud. proceda con los métodos de este libro.

Más probable que perder un diagnóstico es que ocurra la tercera posibilidad mencionada más arriba– que Ud. haya recibido un diagnóstico para una enfermedad médica que Ud. realmente no tiene. El problema del falso positivo es real y mucho más común de lo que Ud. podría imaginar. Cada examen o procedimiento de imágenes puede generar hallazgos positivos que no son verdaderamente positivos. Si estos falsos positivos son aceptados sin confirmación por otras pruebas, entonces el médico hará el diagnóstico de una enfermedad que Ud. no tiene. La causa real de sus síntomas seguirá sin detectarse.

El segundo resultado posible mencionado antes– falla en confirmar un diagnóstico médico con una prueba objetiva– es la situación en que este libro busca ayudarlo a remediar. Si un paciente tiene síntomas pero no anormalidad en exámenes de laboratorio o imágenes, el médico entonces tiene sólo unas pocas opciones. Mirará en su banco de memoria y buscará un patrón de enfermedades que se ajuste al patrón que tiene el síntoma que aqueja al paciente. Estos patrones diagnósticos son mucho más como patrones o modelos para costura o para trabajos en madera. Ellos se llaman *síndromes*.

El problema que el médico enfrenta es que hay un número limitado de patrones o moldes diagnósticos, pero un número infinito de patrones de quejas. Los patrones diagnósticos son inflexibles a diferencia de los patrones para vestidos. Usted puede alterar un ruedo o el largo de una manga, reemplazar un botón por un corchete y aun así terminar con un vestido. Pero si Ud. añade o quita síntomas de un patrón diagnóstico, no tendrá el patrón para un diagnóstico específico. En su lugar Ud. tendrá síntomas rompecabezas que no se ajustan a un patrón diagnóstico. Esta discrepancia entre patrones

de enfermedades y patrones de quejas es el tema central de lo que este libro trata. Un ejemplo de un patrón útil bien conocido es el patrón del dolor de cabeza migrañoso. No hay un examen o estudio de imágenes para confirmar o refutar la presencia de migraña. Hay un patrón diagnóstico que depende de un conjunto de síntomas. Ya que no puede ser confirmado por exámenes de laboratorio, el diagnóstico está sujeto a error. Por esto el médico puede decir que los síntomas apuntan a migraña, pero el dolor de cabeza puede ser un síntoma de algún otro patrón o proceso de enfermedad.

Hay un gran número de diagnósticos que son puramente patrones diagnósticos. Aquí tienen unos pocos ejemplos: tensión premenstrual, casi todos los casos de depresión (no hay un examen objetivo confiable para depresión), síndrome de colon irritable, cistitis no bacteriana, síndrome de las piernas inquietas, muchas formas de dolor de espalda, muchas formas de dolores articulares sin hallazgo de artritis, muchas formas de dolores de cabeza, períodos menstruales dolorosos, muchos casos de estreñimiento, relaciones sexuales dolorosas, fatiga crónica, prurito sin erupción y dolores musculares difusos y generalizados. Muchos dolores articulares y de espalda carecen de cualquier hallazgo objetivo en imágenes. Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica e hipoglicemia son patrones que merecen un capítulo especial. (Ver Capítulo 6 “Un diagnóstico que puede ser una barrera para encontrar la verdadera causa de los síntomas.”) Estos patrones diagnósticos carecen de exámenes confirmatorios y por tanto están predispuestos a ser dados en exceso o mal aplicados. Simplemente no hay forma de decir que el patrón seleccionado es el correcto. Más aun, la causa real subyacente al síntoma puede quedar sin ser atendida.

Así que la primera opción del médico, es escoger un patrón diagnóstico sin indicar pruebas confirmatorias y asignárselo al paciente. Esto funciona en muchas ocasiones. El patrón diagnóstico tendrá algunas drogas recomendadas para aliviar los síntomas. Sin embargo, si el patrón asignado no es el correcto, la causa real subyacente se escapará y el paciente estará atrapado en un diagnóstico falso. Los diagnósticos falsos son muy difíciles de quitar. He visto muchos pacientes en mi práctica cargar con diagnósticos de enfermedades que no tienen y con frecuencia es imposible convencerlos de que no tienen esas enfermedades. Muchos pacientes tienden a aferrarse a diagnósticos de enfermedades que no tienen. Se tiene alivio al tener una pregunta contestada aun cuando la respuesta

no sea correcta. Esta es una razón importante del cuidado extremo que debería tomarse antes de que a síntomas crónicos o recurrentes se les de un nombre de una enfermedad médica. Los diagnósticos equivocados generan una cantidad de problemas.

Otro problema que el médico encara al asignar un patrón diagnóstico que carece de hallazgos confirmatorios objetivos es que el patrón a menudo es descriptivo y se queda corto al no llegar a la causa real subyacente. El síndrome de colon irritable es un buen ejemplo de este problema. ¿Si el colon es irritable, qué es lo que hace que sea irritable? ¿Es cierta comida o algún aditivo en las comidas? ¿Es alguna otra sustancia que es masticada como un chile o un caramelo? ¿Es la situación social o psicológica o aun la presencia de una persona irritante a la hora de la comida? ¿Qué situación o sustancia precede al colon irritable? Un patrón diagnóstico puede incentivar a un paciente a quedarse corto en el hallazgo de las causas reales subyacentes de sus síntomas. Descubrir ese tipo de información es de lo que trata este libro.

La segunda alternativa del médico si no hay estudio de imágenes o de laboratorio confirmatorio, es decirle al paciente, que “el problema está todo en su cabeza” Esto es insultante, despreciativo e inefectivo. Esto implica que el paciente esta fingiendo el síntoma o imaginando la enfermedad. ¿Si alguien tiene dolor o alguna sensación incómoda, quién es el doctor para decir que el paciente no tiene ese síntoma? Es arrogante decir que alguien no tiene la queja que describe. Nunca he visto ningún médico ayudar a alguien por decir que todo está en la cabeza del paciente. Muchos de ustedes que leen este libro probablemente han tenido esta experiencia con un médico. Incluso puede ser la razón para leer este libro.

La tercera alternativa de un médico, dado un paciente que se queja pero no hay prueba confirmatoria, es encontrar alguna anormalidad, cualquiera y asignar un diagnóstico al paciente. En otras palabras, es asignar un diagnóstico confirmado real existente a un paciente aun cuando no cuadre con los síntomas del paciente. Por ejemplo, un médico puede decir a un paciente con una infección conocida de la vejiga que esta infección está causando dolores de cabeza o algún otro síntoma no neurológico. He visto muchos pacientes en mi práctica cuyos dolores de cabeza han sido incorrectamente diagnosticados como “sinusitis”. Todo este diagnóstico lo que hace es desviar al paciente de los esfuerzos de descubrir la causa real del síntoma.

La cuarta y mejor alternativa de un médico que carece de un examen confirmatorio es decirle al paciente, “No se cuál es el problema *todavía*. Trabajaré con usted para ayudarlo a descubrir lo que está causando sus síntomas.” De este modo el médico incorpora al paciente en la búsqueda del diagnóstico y esto es donde hemos llegado en este libro. Usted no sabe que está causando sus síntomas *todavía*.

El resto de este libro le ayudará a comenzar a identificar y tratar con la causa o causas de sus síntomas. Ahora que Ud. está consciente de algunas limitaciones que los médicos enfrentan cuando carecen de exámenes de laboratorio para confirmar un diagnóstico, Ud, debería comenzar a sentir cuán importante es su propia experiencia de sus síntomas para la búsqueda de su verdadera causa. Su médico puede tener mucho entrenamiento y experiencia como para encontrar una causa a sus síntomas, sin embargo se beneficiará de su habilidad para dar una descripción completa y exacta de ellos. Para algunos de ustedes, esta búsqueda de una causa será un proceso fácil y usted encontrará las respuestas rápidamente, procederá en consecuencia y obtendrá alivio. Para otros, el proceso tomará más tiempo y lo frustrará a veces. No se desanime porque Ud. no tiene la respuesta *todavía*.

Mantenga en mente la tesis dominante de este libro:

***No hay una enfermedad médica demostrable (diagnóstico) detrás de cada síntoma, pero hay una causa demostrable para cada síntoma.***

Muchos pacientes tienen síntomas que son únicos y limitados a sus propios peculiares cuerpos, personalidades o ambientes. Usted leerá en capítulos más adelante sobre pacientes que tuvieron su propia causa única para sus quejas. El truco para ellos (y posiblemente para Ud. también) fue descubrir, en su ambiente el causante de los síntomas. Ellos tuvieron que hacerse dos preguntas:

***¿Qué estoy haciendo en mi vida que no debería estar haciendo?***

***¿Qué no estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?***





## **Síntomas Rompecabezas**

### **Capítulo 2**

#### **Entender el cuerpo humano**

Ahora que Ud. tiene una mejor comprensión del proceso diagnóstico, vamos a darle una mirada a algunos hechos importantes sobre los mecanismos protectores del cuerpo humano, ¿Cómo es que nos mantenemos saludables la mayor parte de nuestras vidas?

El cuerpo humano es un aparato notablemente auto-reparador. Se rompe un hueso, se separan sus pedazos, y el hueso se repara por si solo. Se corta y la herida cura en pocos días. Come algo en mal estado y Ud. vomita esa comida dañada o la diarrea resultante elimina los venenos de su tracto intestinal. Por supuesto, hay enfermedades con episodios prolongados y serios de vómito y diarrea, pero la mayor parte del tiempo son reacciones protectoras cortas que nos mantienen saludables. Incluso la fiebre que acompaña a las infecciones es parte del proceso de curación. La temperatura alta ayuda a matar el agente infeccioso ofensivo. Dejado solo, el cuerpo humano cura la mayoría de las enfermedades que los humanos encuentran. No necesitamos correr a buscar atención médica con cada evento desagradable en nuestras vidas.

Mientras más conocemos el cuerpo humano, más aparecen sus mecanismos automáticos de auto-reparación. Por ejemplo, nuestro sistema digestivo produce cantidades enormes de ácido cuando digiere comida. Nosotros mantenemos nuestro pH o balance ácido-base dentro de un estrecho rango al regular precisamente la frecuencia respiratoria. Cuando el cerebro siente aun una ligera elevación de ácido, nosotros expelemos ácido carbónico en la forma de dióxido de carbono. Excretamos el exceso de otros ácidos por la orina.

Controlamos el volumen de nuestra sangre circulante a través de las acciones de una serie de hormonas que regulan la producción de glóbulos rojos y volumen de plasma por vía del riñón. Controlamos precisa y exactamente la cantidad de sangre que el corazón bombea en cada latido, y controlamos las partes del cuerpo que reciben esa sangre, Durante el ejercicio desviamos la sangre a los músculos de las piernas. En reposo desviamos la sangre a nuestros órganos internos.

Podemos tolerar la ausencia prolongada de agua por varios días al disminuir la producción de orina. En el otro extremo, podemos consumir enormes cantidades de agua sin causar una intoxicación hídrica. Esto lo hacemos por producir grandes cantidades de orina diluida. Podemos vivir muchos días sin comida sacándola de nuestros depósitos de grasa.

Nuestra temperatura interna es estrechamente regulada, si estamos sudando en el desierto a más de 40 grados o tiritando en el Polo Sur donde la temperatura cae bajo cero grados. Sudar enfría el cuerpo y tener escalofríos lo calienta y por supuesto nosotros ajustamos nuestra ropa para ayudar en la regulación.

Nuestro cuerpo reconoce inmediatamente organismos vivos invasores sean virus, bacterias u hongos. Tan pronto se reconoce el organismo extraño, nuestro sistema inmune envía muy específicamente células *killer* y anticuerpos para eliminar el organismo agresor identificado. Esto es como perros entrenados buscan tipos específicos de pájaros o perros que siguen rastros de sangre quienes pueden trazar un sendero particular a través de un charco. El timo entrena a las células *killer* para que busquen y maten solamente al organismo agresor.

Podemos desintoxicar muchos químicos en el hígado, aunque no hayamos sido expuestos antes. Por supuesto hay químicos que son tóxicos para todos nosotros. Como verá en el Capítulo 4, hay químicos cuya toxicidad es específica o única a individuos en particular.

La mayoría, si no todas estas acciones correctivas vienen finalmente del cerebro, a través de sus conexiones neurológicas con todo el cuerpo y a través de su habilidad para regular la secreción de hormonas a la sangre. El cerebro es el director del cuerpo. La mayor parte de este control no es consciente. El cerebro inconsciente está cuidando la tienda, y lo hace con gran precisión. No necesitamos nunca pensar en la función de cualquiera de nuestros órganos.

Como ve, nuestros cuerpos están constantemente vigilantes para mantenernos en un estado balanceado, en su mayor parte, dentro de un muy estrecho rango. Con algo de imaginación, todas las desviaciones que he mencionado podrían ser consideradas enfermedades transitorias pequeñas. El cuerpo reconoce las desviaciones, toma acciones correctivas específicas, y nosotros regresamos rápidamente a la salud varias veces al día.

Es cuando el cuerpo falla en tomar suficiente acción correctora que nos volvemos enfermos.

Esta falla del cuerpo para tomar acción correctiva completa puede tomar varias formas:

1. Si la carga de agentes invasores virus, bacterias u hongos es muy grande, se establece una infección y la persona se enferma con fiebre, malestar generalizado, y algunas veces dolor en el área infectada.
2. En otras situaciones, los mecanismos protectores se rompen o fallan en tomar la acción correctiva debido a estados de deficiencia inmune, como ocurre en el SIDA.
3. Otras veces perdemos los mecanismos protectores por defectos genéticos o moleculares en nuestros cuerpos. Esto es lo que ocurre con deficiencia de insulina en la diabetes *mellitus* o con excesiva respuesta inmune en la artritis reumatoidea.
4. Hay una variedad de enfermedades que atacan uno o más órganos, muchas por causas aun desconocidas. Así, podemos tener enfermedad cardiaca isquémica, glomerulonefritis, hepatitis crónica, colitis ulcerativa, enfermedad pulmonar crónica y así sucesivamente en una larga lista de enfermedades órgano específicas. Todas estas enfermedades son inidentificables por examen cuidadoso y pruebas diagnósticas.

Necesitamos volver ahora a otro aspecto de su cerebro. El cerebro humano, regula de manera automática y precisa la mayoría de ajustes del cuerpo a agresiones o desviaciones. Esto ocurre a bajos niveles cerebrales más allá de nuestra conciencia. Es nuestro más alto nivel cerebral, la corteza cerebral, la que puede meternos en problemas con nuestra salud. Está bajo nuestro control consciente, si nosotros elegimos usarlo.

La lista de cosas que podemos hacer para enfermarnos es larga. Para principiantes, podemos fumar tabaco, beber demasiado alcohol, tomar drogas de prescripción y drogas sociales dañinas, hacer poco ejercicio, y permitirnos hacernos obesos al punto de tener hipertensión arterial o diabetes *mellitus*. Así como nuestro cerebro inconsciente nos mantiene saludables, nuestro cerebro consciente nos puede hacer enfermos. No pienso que es una exageración decir que la mayoría de enfermedades humanas viene de los

abusos que acabo de mencionar. La mayoría de enfermedades humanas en este país son auto-inflingidas.

Todos los abusos de nuestros cuerpos son actos conscientes. Sabemos lo que estamos haciendo, aun si nosotros decimos que no podemos controlarnos. Algunas veces nos mentimos; sin embargo, estas acciones contra nuestros propios cuerpos no son actos inconscientes. A algún nivel estamos escogiendo hacer esas acciones dañinas, así que deberíamos ser capaces de escoger no hacerlas.

Adicción a drogas y alcohol no son lo mismo como los abusos que menciono aquí. Alcoholismo y drogadicción son enfermedades primarias y no están bajo control consciente. El Capítulo 9 las discute como “Enfermedades Ocultas”.

Hay cosas peligrosas que podemos hacer, que sin embargo son ocultas a la conciencia. Hay dos fenómenos reales y poderosos del cerebro humano que se llaman *negación* y *supresión*. En el muy corto plazo, estas actividades cerebrales pueden ser acciones protectoras. Por ejemplo, la negación y la supresión nos permiten escapar del peligro inminente. Aquellos que escaparon de los horrores directos del 9/11 más probablemente usaron ambos negación y supresión para bajar las largas escaleras en el medio de la devastación en llamas.

En situaciones a largo plazo, sin embargo negación y supresión trabajan en contra de nosotros. Podemos trabajar muy duro y muy largo y no darnos cuenta y hacer de nosotros unos enfermos en el proceso. Podemos vivir con gente tóxica y dejar que nos enfermen. Podemos trabajar en ambientes con jefes y compañeros de trabajo que nos menosprecian y aun así no nos damos cuenta de que la situación nos está enfermando. No es fácil precisar cuando estamos bajo estrés crónico y tomar una acción correctiva. El cerebro humano parece sin límites en su habilidad para suprimir y negar situaciones muy peligrosas. El Capítulo 5 le ayudará a determinar si Ud. está en una situación tóxica y estresante que le está haciendo que se sienta o que lo haga enfermo.

Hay otras formas en que inconscientemente nos dañamos a nosotros mismos. No registramos automáticamente las diversas comidas que comemos. No sabemos ni siquiera una fracción de los aditivos que están en nuestras comidas. Hay gente sensible a una serie de sustancias y se sienten enfermos como resultado de eso, y todavía no se dan cuenta

de esta relación causa-efecto. El Capítulo 4 señala modos para descubrir tales sustancias si sus síntomas caen en esa categoría.

Es importante que recuerde la notable habilidad que el cuerpo humano tiene de auto-curarse. Es importante comprender que algunas veces necesitamos tomar un papel activo en el proceso de curación. La meta de este libro es ayudarlo a identificar las causas de sus síntomas para que tome un rol activo en eliminar o confrontar esas causas. El cuerpo luego se curará a sí mismo.

*No hay una enfermedad médica demostrable (diagnóstico) detrás de cada síntoma, pero hay una causa demostrable para cada síntoma.*



## **Síntomas Rompecabezas**

### **Capítulo 3**

#### **Cómo observar sus síntomas**

Antes de considerar síntomas y situaciones específicos, necesitamos discutir algunas guías para observar los síntomas que aplican sin importar lo que los síntomas puedan ser. Un síntoma es una respuesta física de su cuerpo-mente a algunos estímulos. Todo este libro pretende ayudarlo a descubrir la naturaleza precisa de esos estímulos. Mantenga en mente que yo no conozco sus síntomas; por lo tanto, tendré que apegarme a principios generales para asistirlo en desmenuzar la causa de sus quejas.

Una de las claves de los métodos que he usado con pacientes en mi práctica es pedirles que lleven un diario. La meta en mantener un diario es encontrar la variabilidad, o lo que yo llamo el “temblequeo” de sus síntomas. Los síntomas tienden a ir y a venir, o ellos se hacen más o menos intensos. Eso es lo que quiero decir con el “temblequeo”. Necesitará observar cuando ellos vienen y van o encontrar cuando se hacen menos o más intensos. Llevar un diario le ayudará a ver cuando los síntomas varían en intensidad.

Cuando comienza a llevar un diario de las variaciones de su síntoma, la mayoría o toda la información está aun escondida de su mente consciente. La vida va muy exitosamente sin que Ud. se de cuenta de todos los estímulos que están bombardeando su cuerpo y mente. De hecho, si estuviera consciente de todo esto, se paralizaría por la sobrecarga de información. Imagínese lo terrible que sería si notáramos cada sensación a cada momento en cada parte de su cuerpo. Deberíamos agradecer que nuestra mente consciente sea muy selectiva en lo que atiende. Lo que buscamos con llevar un diario es dar a la memoria consciente más detalles acerca de su vida diaria, especialmente cualquier cosa que esté disparando sus síntomas. Estamos buscando causas que están fuera de la conciencia.

El Dr. Tinsley Harrison, uno de mis tutores, hace muchos años me introdujo en lo de llevar un diario como una herramienta diagnóstica. Fue uno de los visionarios fundadores de la Escuela de Medicina en University of Alabama en Birmingham. También fue editor

de uno de los textos líderes en medicina. El libro todavía lleva su nombre -*Harrison's Principles of Internal Medicine*. Harrison era un cardiólogo que practicó antes de que toda la alta tecnología estuviera disponible para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria. Tenía que sacar los detalles de la historia de cada paciente. Recuerdo un hombre en sus sesenta, que tenía dolor del pecho (*angina pectoris*) sólo con cierto tipo de ejercicio. El hombre claramente tenía enfermedad coronaria, como se demostró por los hallazgos electrocardiográficos durante el ejercicio. Ya que la cirugía coronaria y los *stents* vasculares no se habían inventado todavía, el Dr. Harrison estaba intentando diseccionar los síntomas de sus pacientes a fin de comprender y aconsejarlos cómo vivir su vida más confortablemente, aun cuando no había tratamiento para su enfermedad coronaria.

Al revisar el diario del gentil hombre, el Dr. Harrison notó que tenía el dolor anginoso cuando caminaba una cuesta cerca de su casa. Además, había requerimientos y condiciones específicas antes de que el hombre sienta el dolor. El clima tenía que ser frío. La caminata tenía que seguir a una cena pesada. El detalle más sorprendente que reveló el diario de su paciente era que el dolor ocurría si subía la cuesta, en el frío de la noche después de la cena y *solamente* después de que había tenido una fuerte discusión con su esposa. Se necesitaba todos los cuatro componentes para que su paciente desarrolle dolor del pecho subiendo una cuesta particular.

Basado en el conocimiento obtenido del diario de su paciente, el Dr. Harrison le aconsejó al hombre que podía escoger vivir su vida virtualmente libre de dolor de angina por evitar ascender la cuesta después de tener una pelea en la cena con su esposa. Este paciente continuaba con su enfermedad coronaria, pero aprendió a vivir dentro de los límites de la enfermedad sin disparar los síntomas. Para aquellos de Uds. con enfermedades médicas conocidas, será nuestra meta- descubrir cómo puede vivir más cómodamente dentro de los límites de su enfermedad. Para el resto de Uds., quienes no tienen una enfermedad médica subyacente causando sus síntomas, estamos buscando los disparadores de sus síntomas.

Aquí están algunas guías para llevar el diario. De nuevo, ya que no se ningún detalle de su historia o qué síntomas tiene, me mantendré con los principios generales.



Primero, Ud. necesitará una hoja de papel o un pequeño cuaderno para sus registros. He incluido un formulario general del diario en el Apéndice III.

Segundo, el número y frecuencia de entradas dependerá de la frecuencia e intensidad de sus síntomas. Si tiene síntomas varias veces al día, sugiero que haga entradas cada cuatro horas. Si los síntomas son más frecuentes, puede ser necesario hacer entradas cada una o dos horas mientras esté despierto. Por otro lado, si sus síntomas ocurren cada tantos días o semanas, necesita hacer entradas una vez al día.

Algunos de Uds. dirán que sus síntomas están presentes “todo el tiempo.” Puede haber síntomas que nunca varían, pero puedo decir que en más de cuarenta años de ejercicio esto no ocurrió con ninguno de mis pacientes. Con observaciones cuidadosas y cercanas, casi todos los pacientes pueden detectar *aumentos* o *disminuciones* en sus síntomas después de que ellos comiencen a hacer entradas diarias.

Aquí está lo que necesita registrar:

### **1. Escriba una breve descripción del síntoma.**

Esto puede ser realmente corto. “Dolor en la pierna, dolor de cabeza, picazón en la piel, diarrea, náusea, dolor en la pelvis, sensación de ardor, o zumbido en los oídos” – todo sirve como ejemplos. Si tiene múltiples síntomas, decida sobre un grupo de síntomas y limite sus observaciones a ese grupo de sensaciones. Manténgalo simple. Si tiene más de un grupo, numere los grupos en entre cada número de grupo en el diario. Por ejemplo, un grupo podría ser “hormigueo en los dedos gordos, adormecimiento en la mitad anterior de la planta, demasiado doloroso para caminar sin cojear.” Quizá experimente “fatiga e irritabilidad” al mismo tiempo. Esto podría ser un segundo grupo.

### **2. De valor a la intensidad del síntoma de 0 a 10, en incrementos de uno.**

Cero sería la ausencia del síntoma, y 10 sería tan intenso que desearía no estar vivo. Es esencial que un puntaje de 10 sea muy severo, mayor que lo que Ud nunca ha experimentado. Queremos que el 10 esté por encima de lo que Ud. ha experimentado hasta ahora, ya que más tarde necesitará tratar de hacer cosas para intensificar ese síntoma. Es tan importante conocer qué hace al síntoma peor como saber qué lo

disminuye. Deje espacio numérico en su sistema de evaluación para el síntoma que sea peor de lo que ha experimentado.

### **3. Registre el tiempo del día y la fecha de sus observaciones.**

Busque los efectos del “día de la semana.” Algunos síntomas se hacen peores hacia el fin de semana, algunos son peores los lunes, y otros ocurren más intensamente los fines de semana. Posteriormente, le relataré historias de pacientes para ilustrar este efecto de los días de la semana. Una secretaria notó que los registros diarios de su presión arterial mostraban reducciones marcadas los fines de semana, una elevación los lunes y elevación sostenida hasta el viernes. Ella fue capaz de negociar con su jefe distribuir su carga de trabajo, y su presión arterial regresó a lo normal aun después de suspender su medicación antihipertensiva. El estrés se revela dramáticamente por el cuerpo, dedico todo un capítulo (Capítulo 5) para identificar y reducir el estrés en su vida.

### **4. Registre lo que comió y bebió en el período que precede el incremento de los síntomas.**

Si encuentra que el comer precipita sus síntomas puede ser necesario ir con detalle sobre lo que comió, aun chequear si hay aditivos o especias. El glutamato monosódico es notorio por causar síntomas a algunas personas. El vino rojo puede causar una variedad de síntomas. Sospecho que hay toda suerte de sustancias en la comida que de manera única hacen que algunas personas sientan molestias. Más tarde, le contaré la historia de un paciente que tenía diarrea como resultado de masticar cierto tipo de chicle. Dedicaré un capítulo entero a sustancias inusuales (ingeridas, inhaladas o por contacto con la piel) que han causado síntomas (Capítulo 4).

### **5. Registre donde se encontraba físicamente cuando el síntoma ocurrió y la calidad de aire que respira.**

Sea específico.

Le contaré una historia de un paciente que presentaba síntomas respiratorios sólo cuando se sentaba en un escritorio particular en la oficina de su esposo en su tienda de abarrotes.

**6. Registre qué personas estaban presentes en el período inmediatamente precedente al comienzo de los síntomas.**

Un paciente de un colega pensó que tenía el azúcar baja e insistió en el diagnóstico solamente para descubrir después del divorcio que su relación tóxica con su esposo estaba en la raíz de sus síntomas. Ella no tenía el azúcar baja y el divorcio curó sus síntomas físicos completamente.

**7. Registre la naturaleza y contenido de la conversación, si hay alguna, en el período de tiempo precedente.**

**8. Si Ud. estaba solo cuando el síntoma ocurrió, registre quien y qué estaba en sus pensamientos en el período de tiempo precedente.**

Ciertos pensamientos y memorias pueden disparar síntomas.

Usted querrá hacer su propia lista de otras variables a ser observadas. Esa incluirá esos eventos, gente y sustancias singulares a su vida. Asegúrese de incluir todo eso que lleve a su boca incluyendo enjuagues bucales y cremas dentales. Más tarde, le contaré la historia del paciente que presentó diarrea a una marca específica de crema de dientes.

+ + +

Una de mis preguntas favoritas (pero sólo después de que conozca bien al paciente) es, “¿Por qué se enfermó hoy? ¿Por qué no se enfermó ayer o esperó hasta mañana?”

La pregunta confunde a la mayoría de los pacientes, pero un número sorprendentemente grande me dice directamente porque se enfermaron en ese día particular. Mi memoria más vívida de tal paciente fue de una mujer en sus avanzados cincuenta que tenía diabetes *mellitus* tipo II. La hospitalicé casi en coma. Ella tenía lo que se conoce como coma hiperosmolar. Esto cursa con deshidratación severa en algunos diabéticos. El cuadro requiere administrar fluidos intravenosos en grandes cantidades. Después de que se recuperó, le hice mi pregunta favorita, “¿Por qué cree que se enfermó hoy y no ayer o mañana?” Ella dijo, “Oh, estoy segura de saber por qué.” Esa *bicha* de

mi nuera se apareció y habló y habló y se quejó de todo en su vida. No la puedo soportar. Pensé que no se iba a ir nunca. Me enfermé más y más y luego vomité y continué vomitando. No hay duda en mi mente que dejé que esa mujer me enfermara.” Este es un vívido y dramático ejemplo de la toxicidad de cierta gente. ¿Quién es tóxico en su vida?.

Hay mucho de verdad y mucho interés para el médico en los clichés populares de la gente cuando se les pregunta cómo se sienten acerca de alguien. He aquí algunas respuestas de mis pacientes. No dudo que serán familiares para Ud.

“Ella me da dolor de cabeza.”

“Él es un fastidio.”

“El dolor de corazón de un amor no correspondido.”

“Ella rompió mi corazón.”

“Él me da ganas de vomitar.”

“Ella me produce dolores.”

“Me duele cuando llama todo el día.”

“Mi corazón llora por ella.”

“Fue suficiente para marearme.”

“Fue una respuesta visceral.”

“Mi jefe me da dolores de cabeza.”

Cualquiera de estas respuestas señala hacia un síntoma y puede revelarse como un disparador también.

Miremos de nuevo las cosas centrales que quiero insistirle una y otra vez como mantener su diario. Hay probabilidades de que malinterprete la intención de las preguntas así que se las explicaré con algún detalle.

***¿Qué estoy haciendo en mi vida que no debería estar haciendo?***

***¿Qué no estoy haciendo que debería estar haciendo?***

Si esas preguntas le suenan a Ud. como que pienso que Ud. está causando sus síntomas o enfermedades, déjeme asegurarle que eso no es lo que quiero decir. Lo que intento con estas preguntas altamente inespecíficas es poner en movimiento su mente para traer a la conciencia esas cosas las cuales necesita hacer y las cosas que necesita

dejar de hacer. De nuevo, mi idea es que hay una causa o estímulo detrás de cada síntoma. Sus síntomas son reales, pero un médico sólo puede adivinar lo que puede estar causando sus síntomas. Él o ella irán a lo largo de una lista de causas conocidas para sus síntomas y ofrecidas a Ud. ¿Pero qué si Ud. es singularmente sensible a alguna sustancia o alguna situación o persona tóxicas? El médico no tiene modo de saber eso. Él puede ser realmente muy preciso en identificar el patrón general que Ud. tiene (migrañas, colon irritable, espasmos de la vejiga, y así...), pero no puede saber el disparador específico que solamente Ud. puede descubrir. Usted es el único que sabe cómo se siente, y Ud. es el único que puede descubrir qué dispara sus síntomas.

Por supuesto su familia, esposa, amigos, u otros seres queridos pueden ser capaces de ayudarlo a volverse más consciente de su síntoma. Ponga atención a lo que la gente cercana a Ud. dice sobre lo que ellos observan. Se ha dicho que se necesita una relación con al menos otra persona por cada uno de nosotros para comprendernos. Médicamente hablando, el aislamiento social puede ser una situación letal. Estudios cuidadosos han mostrado que la carencia de una red social tomado aisladamente es el indicador más poderoso de morbilidad y mortalidad. Así que mire alrededor a su vida social y conexiones. Si Ud. ha permitido volverse aislado y desconectado de otros, la soledad puede ser un contribuyente a sus síntomas. Pruebe esta idea. Salga y haga amigos en la iglesia o la sinagoga. Únase a un grupo que le interese. Muchos hospitales tienen grupos que se reúnen y trabajan juntos. Observe cómo se siente en estas situaciones sociales, si sus síntomas están reducidos en frecuencia y o intensidad después de que Ud. ha mejorado sus conexiones con otros.

Mantenga esto en mente:

***No hay una enfermedad médica demostrable (diagnóstico) detrás de cada síntoma, pero hay una causa demostrable para cada síntoma.***

Hay dos causas amplias para los síntomas-estrés y sustancias que entran en el cuerpo. Casi todos mis pacientes que descubren los disparadores para sus síntomas descubrieron que sus síntomas resultaron de estrés o de una sustancia.

Las dos situaciones más comunes son:

1. Está bajo estrés que para Ud. es desconocido en este momento, o no es capaz o deseoso de lidiar con esto. Este estrés puede ya ser conocido para Ud. pero sin embargo está evitando la solución.
2. No está consciente de que Ud. está ingiriendo alguna sustancia dañina por su boca, pulmones o por contacto con la piel. Esta sustancia, aun desconocida para Ud. está causando o agravando sus síntomas.

Esto es verdad si Ud. tiene o no una enfermedad médica subyacente. Sólo porque tiene un diagnóstico de una enfermedad médica no significa que Ud. debería dejar de buscar por disparadores de sus síntomas. El paciente del Dr. Harrison tenía enfermedad coronaria pero encontró alivio por las cuidadosas observaciones sobre las peleas con su esposa.

Los siguientes dos capítulos le hablarán de mis experiencias con pacientes cuyos síntomas resultaron de sustancias o de estrés. Usted puede querer adelantar y leer el capítulo que luce como el que más se ajusta a su situación.

## Síntomas Rompecabezas

### Capítulo 4

#### Sustancias tóxicas o irritantes que causan síntomas

Cuando comience a meter datos en su diario, o justo reflexione sobre lo que podía estar causando sus síntomas, asegúrese de considerar la posibilidad de qué podría estar ingiriendo o inhalando o estando en contacto con alguna sustancia tóxica o irritante. Como verá en las historias de esos pacientes, la sustancia puede ser única para un individuo. Así que necesita mantener la mente abierta y considerar todas las posibilidades.\*

+ + +

#### **Mi propia piel se volvió mi propio pequeño experimento**

Experimente la singularidad de la toxicidad de una sustancia en mi propia salud personal. Desarrollé un engrosamiento escamoso de la piel en el lado interno de mi pulgar derecho. El área involucrada se extendió a lo largo de mi pulgar, pero sólo en un lado. Consulté a un dermatólogo que trató con una serie de cremas, ninguna de las cuales funcionó. La piel se hizo tan gruesa que se descamó durante varias semanas. No había dolor, solamente esta piel desagradable, escamosa y gruesa en el lado interno de mi pulgar derecho. Descubrí lo que estaba causando los síntomas después de pensar cuidadosamente en la localización de la lesión. Me vino todo de repente. Tenía un nuevo dispositivo electrónico para sostener en la mano para hacer llamadas, tomar mensajes, y registrar números telefónicos. Usaba un instrumento metálico para tocar la pantalla, sosteniéndolo entre el pulgar y el índice. Luego de cambiar a un lápiz plástico, la piel de mi pulgar regresó a lo normal. El lápiz de metal o su pintura eran altamente irritantes para

---

\* No estoy hablando de la controversial entidad “*Multiple Chemical Sensitivity*” (MCS). La existencia de MCS es discutida por la mayoría de médicos, cortes americanas y varias organizaciones médicas. Estas autoridades claman que (1) MCS nunca ha sido definida claramente, (2) no se ha propuesto ningún mecanismo científicamente plausible para ella, (3) ningún test diagnóstico ha sido sustanciado, y (4) ni un sólo caso ha sido científicamente validado.

El enfoque de este libro enfatiza la correlación directa de síntomas con sustancias tóxicas identificables y mejoría clínica con la eliminación de tales sustancias.

mi piel, haciendo que se engrose y descame. Pregunté a mis amigos y colegas que tenían el mismo dispositivo, si habían experimentado algún problema en su piel. Ninguno había tenido nada. Yo era singularmente sensible a algo en o sobre el lápiz.

Quiero enfatizar que había estado usando el lápiz por muchos meses antes de que ocurriera la reacción de mi piel. Mi caso ilustra cuán reacia es la mente a detenerse y buscar cuidadosamente claves para una situación justo al alcance de la mano.

### **Comentario:**

Aunque el cuerpo humano puede desintoxicarse de una serie de químicos, hay unos que son tóxicos para nosotros y hay químicos que son tóxicos sólo para muy pocos de nosotros. Los humanos parecen ser únicos a que ciertas moléculas nos causen o no problemas. No hay una lista universal de sustancias tóxicas o irritantes; por lo tanto, cada uno de nosotros debe hacer sus propias observaciones para descubrir si una sustancia puede estar causando nuestros síntomas. Llevar un diario es una buena manera de hacer esto, especialmente si está ocupado con su trabajo o familia y probablemente olvide que experimentó un síntoma —incluso no poner atención al síntoma— a menos que Ud. se discipline para llevar un registro.

+ + +

### **El hombre al que le crecieron los dos senos**

El Dr. Jim (ningún nombre real de los pacientes se ha usado en este libro) fue el sujeto de un reporte que publiqué en la revista *New England Journal of Medicine* en 1980 sobre un paciente mío, que tarde en su vida desarrolló senos. Berton Roueche', autor de *Eleven Blue Men* y numerosas historias médicas detectivescas publicadas hace varias décadas en el *New Yorker*, fue un héroe en mi niñez, y fue un día especial cuando él vino a entrevistarme sobre el caso del Dr. Jim. Más tarde caracterizó el caso en su colección de 1995, *The Man Who Grew Two Breasts*; Berton Roueche' (Truman Talley Books/Dutton; New York, 1995).

El Dr. Jim tenía setenta y seis años cuando vino la primera vez a verme. Ejercía medicina en una pequeña población cerca de la ciudad donde yo trabajaba. El Dr. Jim



había presentado crecimiento en su seno derecho. La mama fue extirpada y el reporte de anatomía patológica reveló “ginecomastia,” lo que significa que la mama estaba siendo estimulada por estrógenos. Unos pocos meses más tarde, el seno izquierdo comenzó a aumentar de volumen también. El paciente me fue referido para que investigara por qué le estaban creciendo los senos y por qué estaba sucediendo en este momento de su vida. La ginecomastia en cualquier varón luego de los años de adolescencia es un signo ominoso. Usualmente significa que el cuerpo está haciendo estrógenos que viene de un tumor de la glándula suprarrenal o de un tumor del testículo. En ambos casos los tumores son a menudo altamente malignos. En muy raros casos, el pulmón y otros cánceres pueden estimular la producción de estrógenos de los testículos.

Me preparé para descubrir el origen de los estrógenos del Dr. Jim. Mediciones repetidas no mostraron ni niveles elevados ni cuantificables de estrógenos en su sangre u orina. Estudios de imágenes no mostraron tumores de sus glándulas suprarrenales o testículos. Hay casos raros de otros tumores que causan estrógenos elevados por estimular a los testículos a secretar estrógenos. Otros estudios de imágenes no pudieron mostrar tales tumores. Su glándula hipófisis también fue normal en estos estudios. En otras palabras, luché por tratar de encontrar el origen de los estrógenos del Dr. Jim. Incluso repetí los estudios y de nuevo no se encontró nada.

Pregunté al Dr. Jim si su esposa pudiera estar tomando estrógenos, pero ella no los tomaba, y de hecho, nunca había tomado estrógenos. Así que ese era una calle ciega también. Después recordé la lectura de un viejo caso que involucraba ciertas píldoras de vitaminas contaminadas con estrógenos durante su fabricación. La máquina que prensaba las píldoras de vitaminas también prensaba píldoras de estrógenos, y diminutas cantidades de estrógenos se habían transferido a las vitaminas. Esta pequeña cantidad de estrógeno en las vitaminas había causado que un niño desarrolle senos, explicaba el reporte del caso.

Llamé al Dr. Jim para contarle la historia de la vitamina y pedirle que busque qué vitaminas estaban tomando su esposa o él. Unas pocas semanas después, el Dr. Jim y su esposa Gladys se presentaron sin cita en mi consulta.

Con una amplia sonrisa, el Dr. Jim dijo, “Esto es demasiado bueno para decírselo por teléfono. Gladys ha hecho el diagnóstico que Ud. y yo dejamos pasar.”

Gladys, riendo mientras hablaba, me contó que, aunque ellos estaban en sus setenta, continuaban disfrutando del sexo, con frecuencia varias veces por semana. Al oír lo de la historia de la contaminación de la vitamina, Gladys comenzó a mirar alrededor de su casa. Descubrió que la crema vaginal prescrita por su ginecólogo contenía estrógeno. Ella la había usado como lubricante para las relaciones sexuales por varios años. Aparentemente, el Dr. Jim había absorbido suficiente estrógeno a través de la piel de su pene para hacer crecer sus senos, pero no suficiente como para ser detectado en los exámenes de sangre u orina. Gladys realmente había hecho el diagnóstico que tanto el Dr. Jim como yo habíamos fallado. Pocos meses después de cambiar lubricantes, el seno que le quedaba al Dr. Jim regresó a su tamaño normal.

### **Comentario:**

Esta historia ilustra cuán escondida puede estar la sustancia ofensiva. Hasta donde se, esta es una causa única para hacer crecer las mamas en un hombre. He buscado la opinión de colegas por años y ninguno había tenido u oído de un caso similar.

Pienso que hay muchos ejemplos similares de “caso único” cuando se trata de sustancias que producen síntomas o hallazgos inusuales. Esto es porque es esencial para Ud. mantener una mente completamente abierta en su búsqueda por alguna sustancia que está causando su problema. Las siguientes historias de varios pacientes ilustran en cuanto de detective se debe convertir usted para descubrir su propia sustancia agresora, si es que hay alguna.

+ + +

### **La diarrea de Agnes**

Agnes de cuarenta y tres años era una madre de tres hijos. Estaba casada con un ingeniero electricista y estaba en el hogar para criar a sus niños. Agnes vino a mí por una diarrea de un año de duración. Dijo que la tenía “todo el tiempo.” Cuando le pregunté con más detalle, sin embargo, ella admitió que la diarrea iba y venía, pero no conocía el patrón preciso del síntoma.

Ella había pasado con otro médico por una intensa exploración gastrointestinal, y todas las pruebas y exámenes de imágenes fueron normales. Ella fue referida a mí para ver si había alguna causa endocrina para su diarrea. Después de los exámenes adecuados, no encontré ninguna alteración endocrina para explicar la diarrea.

Le pedí que lleve un diario, registrando el tiempo y lugar de cada evacuación. Así mismo que haga una lista de todo lo que comía y registre también la gente que estaba a su alrededor cuando comía. Cuando ella regresó con su diario varias semanas después, este revelaba un claro patrón. Las evacuaciones ocurrían después del desayuno y tarde en la noche, sugiriendo que alimentos o bebidas de las comidas estaban causando la diarrea.

Agnes había intentado sus “pequeños experimentos,” como ella describió a sus esfuerzos. Primero, ella eliminó la leche sin efecto. Esto era una buena idea ya que la sensibilidad a la lactosa es realmente común como la sensibilidad a la leche de vaca. Luego ella había eliminado toda comida en la mañana, pero esto no eliminó la diarrea de la mañana. Hablamos de otras posibles causas, como cocinar con aceites, o condimentos-ingredientes que podía cocinar pero que no los registró como parte de la comida. Justo cuando ella se estaba yendo de la consulta, ella dijo, casi con risa, “Creo que omitiré cepillarme los dientes.”

En la siguiente visita, Agnes me dijo que había descubierto la causa de su diarrea. Ella había omitido cepillar sus dientes, y la diarrea no ocurrió. Ella trató después de usar una diferente marca de crema dental y no tuvo diarrea. Algo en su crema dental de uso regular era altamente irritante para su tracto gastrointestinal. Lleno de curiosidad, le pedí repetir su crema dental original. Estuvo de acuerdo y más tarde me dijo que la diarrea había regresado. Así que Agnes tenía diarrea por la crema dental causada por una específica marca de crema dental.

Como he sido incapaz de encontrar otro caso de diarrea de esta única marca de crema dental, no creo que sea útil nombrarla. No he visto un solo caso de diarrea por crema dental en veinticinco años desde que Agnes fue mi paciente. Su sensibilidad a esta marca de crema de dientes puede ser verdaderamente única. Sin embargo, he visto recientes reportes en televisión de muchos casos de diarrea causados por una marca de imitación de la crema dental Colgate.

**Comentario:**

Además de confirmar el poder de llevar un diario, la historia de Agnes ilustra de nuevo cuán singular puede ser nuestra intolerancia a sustancias. También introduce el concepto de “pequeños experimentos” como herramienta para pescar causas. Intente hacer pequeños experimentos por Ud. mismo, una vez que conozca el patrón de su síntoma. Vea si puede empeorar o mejorar el síntoma con pequeños cambios. Estos pequeños cambios pueden ser grandes claves para dar con la sustancia dañina.

+ + +

**Diarrea de un agente edulcorante común y frecuentemente usado**

Rachael, una jovencita al final de la adolescencia, me fue referida por su madre que también era mi paciente. Por más de un año, Rachael había tenido diarrea recurrente pero en períodos irregularmente espaciados. Los exámenes de heces fueron negativos para huevo y parásitos, y no había sangre. El examen endoscópico de su colon hecho por un gastroenterólogo fue normal. Ella había sido incapaz de identificar ninguna sustancia ni estrés como causas de su diarrea. Ella estaba tan afectada por el problema que estuvo de acuerdo en llevar un diario.

No le tomó mucho para encontrar la clave, chicle sin azúcar. Rachael masticaba chicle todos los días y en la mayoría de ellos no tenía diarrea. Su diario reveló que la diarrea sólo ocurría cuando ella masticaba más de diez chicles por día. Al limitar su ingesta a menos de diez pastillas de chicle, se vio libre de diarrea.

**Comentario:**

Algunas gomas de mascar sin azúcar contienen sorbitol como agente edulcorante. El sorbitol es absorbido muy poco en el tracto gastrointestinal. La presencia de grandes cantidades de de sustancias no absorbidas saca agua a la luz intestinal, y esta agua extra conduce a aflojar las heces y a diarrea La goma sin azúcar contiene alrededor de 1,5

gramos de sorbitol por tableta. Se necesita unos 10 gramos de sorbitol para producir diarrea a la mayoría de las personas.

Usted puede ser como Agnes y tener su propia singular sustancia tóxica. Por otro lado, Ud. puede ser como Rachel, que no esta consciente de que está ingiriendo una sustancia comúnmente conocida de causar su síntoma. En ambos casos, el método del diario puede ayudarlo a identificar la sustancia ofensiva.

+ + +

### **Cuando la sustancia agresora es su medicamento de prescripción o su ausencia.**

D. B. una colega, me contó su historia sobre ella misma. D. B. estaba en sus sesenta y había sufrido de depresión por varios años. Ella mejoró con Paxil (un antidepresivo) y había estado tomándolo por años. Había notado que estaba tomando paroxetene, una forma genérica de Paxil. En su última remesa de la droga obtenida en la farmacia, ella miró las pastillas en el frasco y notó que tenía diferente forma y color. Cuando ella preguntó por esta diferencia, le dijeron que la farmacia había cambiado la droga genérica que estaba tomando porque su compañía de seguros no cubría más la forma genérica. D. B. continuó con su vida sin pensar más en el cambio.

En los siguientes dos meses, D. B comenzó a notar un gradual comienzo de fatiga, un regreso a su depresión y humor cambiante, y dolores de piernas, hombros y espalda. Volvió a la consulta con su médico que le dio otros medicamentos para estos síntomas. Su condición empeoró con una profundización de su depresión. Notó náusea, vértigo, aumento de sudación y marcha inestable. Comenzó a necesitar el apoyo de pasamanos para evitar caerse en escaleras. Le dijeron que podía estar teniendo episodios de isquemia cerebral transitoria (“pequeños ACVs”).

Finalmente, su psiquiatra reconoció los síntomas como la falta de Paxil y la puso de vuelta con paroxetene. Lentamente, regresó a su estado de salud usual. Todos los otros síntomas gradualmente desaparecieron en un período de varias semanas.

**Comentario:**

Esta historia ilustra cuán elusiva puede ser una causa para los síntomas. D. B. había notado el cambio de la droga, pero no asoció ese cambio con el comienzo de sus síntomas ni ella ni su médico pensaron en síntomas de abstinencia ya que pensaron que ella continuaba “tomando” el medicamento. La lección aquí es poner completa atención a los medicamentos que Ud. está tomando. Si una pastilla cambia de apariencia, pregunte a su farmacéuta por qué. Si aparecen síntomas, llame la atención a su médico sobre el cambio en su medicamento. Como ilustra este caso, todos los genéricos no son lo mismo. Es importante estar cauteloso de imitación de drogas. Hay un creciente negocio ilegal de hacer pastillas que lucen exactamente igual que las drogas americanas de marcas comerciales. Algunas de las drogas de imitación son inertes sin actividad farmacológica.

Ponga atención a las drogas que recibe en la farmacia. La toxicidad de la sustancia en este caso no resulta de la adición de un agente tóxico, sino de la ausencia de la droga beneficiosa.

+ + +

**Una mujer cuyo medicamento era causante de una seria enfermedad<sup>♦</sup>**

Una mujer fue ingresada al hospital con todos los síntomas de meningitis – dolores de cabeza, fiebre, y cuello rígido. El líquido cerebrospinal mostró linfocitos, la clase de glóbulos blancos que se ven en las formas virales de meningitis. La paciente se recuperó rápidamente y fue enviada a su casa. La única cosa inusual que el Dr. Allen Kaiser pudo encontrar en su caso fue que era la cuarta admisión en pocos años por una meningitis semejante a una meningitis viral.

El sistema inmune de la mujer era normal, así que no había razón por la cual estuviera teniendo meningitis virales a repetición. El Dr. Kaiser revisó cuidadosamente cada una de las admisiones previas, la mujer había recibido ampicilina por alguna condición como faringitis, sinusitis, etc. El diagnóstico más plausible era “meningitis por ampicilina.” La paciente rehusó hacer una prueba con ampicilina, prefiriendo evitar la droga en el futuro.

---

<sup>♦</sup> Este caso y una serie de historias de pacientes que siguen han sido compartidos conmigo por el Dr. Allen Kaiser, un especialista en enfermedades infecciosas y Jefe del Personal de Vanderbilt University Hospital.

**Comentario:**

Una serie de drogas han sido reportadas en la literatura como causantes de meningitis asépticas semejantes a meningitis virales. La ampicilina puede ser añadida a la lista.

La lección a ser aprendida aquí es que Ud. debería incluir en su diario todas las drogas que está tomando. Cualquier droga puede producir una lista de efectos colaterales. El síntoma que está presentando puede ser el efecto colateral de una droga. Si sospecha de una droga como causante de sus síntomas, chequéelo con su médico. Si está convencido, pida a su médico supervisar el retiro de la droga. Los efectos colaterales de los medicamentos son tan numerosos para listarles aquí, y esa es otra razón por la que Ud. debería convertirse en su propio detective del síntoma. Lo que es un buen efecto del medicamento para una persona puede ser toxicidad para otra. Somos únicos como humanos al bajar al nivel de lo que las drogas pueden o no hacer a nuestros cuerpos. Encontrar una causa singular para sus síntomas toma cuidadosa observación y voluntad para fijar atención en su vida, incluso en la gente y sustancias alrededor suyo.

+ + +

**Una mujer con neumonía recurrente durante sus viajes a Florida**

Una mujer de unos sesenta años, fue ingresada por su tercer brote de neumonía en cuatro años. Ella y su esposo vivían en la parte norte de Indiana. Cada verano por vacaciones, empacaban y se iban en su carro en un largo viaje al sur de la Florida. Cada vez que llegaban tan sólo hasta Nashville, era cuando la esposa desarrollaba fiebre alta y tos. Este era el tercero de tales episodios, siempre ocurría justo antes que fueran a pasar por Nashville. La mujer se recuperaba realmente rápido, como había pasado en los dos episodios previos de neumonía. La paciente no tenía deficiencia del sistema inmune o enfermedad pulmonar crónica subyacente. Era una mujer saludable que se estaba recuperando de una curiosa recurrente neumonía. El Dr. Allen Kaiser y su equipo de especialistas en enfermedades infecciosas pasaron muchas horas repasando las circunstancias que precedían el comienzo de su neumonía. Examinaron completamente la

lista de posibles causas: exposición al polvo, atomizadores, polen pesados, y muchas otras sustancias. Averiguaron sobre el carro. ¿Había algo inusual?

Cada vez ellos quedaban sorprendidos. No pudieron encontrar un agente disparador común para explicar la neumonía recurrente que siempre se establecía justo cuando esta pareja se aproximaba a Nashville en su viaje anual a Florida. ¿Había un extraño inhalante en o alrededor de Nashville.? En el día de su egreso del hospital el Dr. Kaiser se encontró con el esposo de la mujer. Cuando le preguntó sobre cualquier polvo o inhalantes que podía él haber visto cerca de su esposa, su cara se iluminó. El hombre trabajaba en un negocio que fabricaba dispositivos electrónicos. Era importante en su negocio mantener todas las partes electrónicas libres de humedad. Así que empacaba las partes en pequeñas bolsas plásticas que estaban llenas con un agente secante en fino polvo. Las bolsas eran permeables al aire y así el polvo secante mantenía las partes secas. Esto había resultado tan bien que había decidido usar el mismo polvo para resolver algunos problemas de moho en su casa. Por varios años había abierto las bolsas con el secante y esparcido el polvo en la gaveta con la ropa de verano. Recordó que cada vez que empacaban para su viaje a Florida su esposa sacudía cada pieza de ropa. Ella debe haber inhalado pequeñas cantidades del desecante cuando hacía esto. Algo en el desecante irritaba sus pulmones y ponía en movimiento una intensa reacción inflamatoria y la neumonía. El hombre dejó de usar el polvo en la gaveta de la ropa de verano. La neumonía nunca recurrió y el misterio fue resuelto.

### **Comentario:**

Hay un par de lecciones en esta historia. El síntoma o episodio de enfermedad debe ser recurrente para elevar sospechas de una causa repetida. En el primer episodio de la neumonía pocos médicos hubieran pensado jamás en algún agente ofensivo inhalado. Pero con la tercera recurrencia, es mandatorio buscar respuestas. Esto es verdad para cualquier síntoma, y es la razón para mantener un diario para identificar la variación del síntoma y los eventos precedentes.

La otra lección en esta historia es la importancia de la otra persona. En este caso, fue el esposo quien llegó a la solución del rompecabezas. Es vital extraer las observaciones de alguien cercano al paciente.



+ + +

### **El caso de la neumonía de la contadora a medio tiempo**

La paciente, otra paciente del Dr. Allen Kaiser y al final de sus treinta años, fue ingresada con 40 grados de temperatura y tos. Su radiografía de tórax mostraba una neumonía bilateral y su nivel de oxígeno en sangre era bajo. La paciente fue admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos. Este era su tercer episodio de neumonía en un año. No tenía enfermedad pulmonar crónica subyacente ni inmunodeficiencia.

Con antibióticos, oxígeno y medidas de sostén, se recuperó rápidamente como había ocurrido en sus dos episodios previos. Entonces el Dr. Allen Kaiser comenzó su trabajo de detective para descubrir el agente causante.

La mujer era un ama de casa con niños pequeños. No conocía de ninguna exposición a un polvo inusual, polen, atomizadores conocidos, u otras sustancias de una larga lista de posibles agentes dañinos inhalados. No trabajaba en ninguna ocupación conocida para causar neumonía por inhalación, y por tanto no tenía exposición a algodón, lana, arena, materiales guardados en silos.

De nuevo, como con la mujer con la neumonía por el polvo desecante, el esposo de la mujer se apareció el día del alta, y el Dr. Kaiser le preguntó sobre agentes inhalados. El hombre no respondió al principio, pero sus ojos brillaron. Dijo que manejaba una tienda de fertilizantes y alimentos en un depósito cerca de su casa. Habían notado un gran número de insectos voladores y habían instalado a nivel del techo una lata de insecticida en atomizador. Había un dispositivo que liberaba automática y periódicamente el insecticida al aire. Su esposa ocasionalmente entraba a su oficina y ayudaba con los libros de contabilidad. Uno de los dos escritorios donde algunas veces trabajaba su esposa estaba debajo de la lata de atomizador con insecticida.

Ni el hombre ni su esposa habían relacionado previamente el dispositivo con la neumonía recurrente ya que liberaba el insecticida infrecuentemente y porque siempre había el olor del atomizador en la oficina. El hecho que la mujer no siempre trabajaba en

el mismo escritorio era otra variable que hizo difícil precisar la causa de la neumonía. La mujer evitó sentarse debajo del atomizador. La neumonía no recurrió y de nuevo el rompecabezas se resolvió.

**Comentario:**

Permítame enfatizar que en este caso fue de nuevo un observador, el esposo, quien aportó la información vital. Es tan fácil, como con esta mujer, suprimir o ignorar nuestro ambiente y perder claves importantes, lo que hace lo más importante pedir a otros sus observaciones.

Esta historia nos recuerda nuevamente que síntomas o enfermedades repetidas o recurrentes nos deberían hacer buscar por situaciones o agentes ofensivos. En casos menos dramáticos, el diario puede ser necesario para encontrar el patrón de la variación del síntoma.

+ + +

**Una anciana que vivía en un tráiler**

Una mujer, en sus ochenta, fue ingresada con su segundo brote de neumonía en pocos meses. Ella se recuperó rápidamente. El Dr. Allen Kaiser, habiendo conocido recientemente la paciente de la historia precedente, estaba alerta con los insecticidas en *spray*. La anciana le había dicho que vivía en un tráiler que “estaba lleno de bichos.” Ella dijo que usaba atomizadores para controlar la invasión de insectos. “Yo atomizo, atomizo y atomizo,” dijo con una sonrisa sin dientes. El Dr. Kaiser le preguntó cuánto insecticida usaba. “Dos latas completas en todo el tráiler” fue su feliz respuesta. El rompecabezas estaba resuelto y esta vez sólo luego del segundo episodio de neumonía.

**Comentario:**

De tiempo en tiempo, los médicos están alertas por lo que llamo “el fenómeno del último caso.” El Dr. Kaiser, fresco después de su caso más reciente de neumonía por

insecticida en atomizador, encuentra un segundo caso en poco tiempo. En este caso, el grueso volumen de insecticida hizo obvia la causa de la neumonía de esta mujer.

+ + +

### **Fiebre alta, neumonía, sepsis, insuficiencia renal, y un esposo demasiado lento para ayudar**

Una mujer de cincuenta años, otra paciente del Dr. Allen Kaiser, fue transferida de un hospital local. Había estado enferma por casi una semana y estaba comatosa con fiebre alta, neumonía, sepsis, e insuficiencia renal. A pesar de antibióticos de amplio espectro y cuidados intensivos, murió.

En el día que murió, su esposo, un trabajador migrante, dio vueltas alrededor del médico residente, hasta que preguntó, “¿Cree Ud. que esta pata de conejo tuvo algo que ver con la enfermedad de mi esposa?” El sacó del bolsillo de su braga una pata de conejo a la vista recién preparada y amarrada a una cuerda. Luego le dijo al residente que él había estado sentado en la parte de atrás de una tienda bebiendo whisky con su amigo cuando un conejo tembloroso y con escalofrío vino hacia ellos. El hombre tiró su botella vacía de whisky al conejo y lo mató. Se llevó el conejo a la casa. Su esposa lo limpió y cocinó y ambos lo comieron en la cena. Pruebas de laboratorio para tularemia en la sangre de la mujer realizadas posteriormente salieron con niveles muy altos. La esposa había muerto de tularemia (“fiebre del conejo”) en la forma neumónica. El hombre escapó de la infección porque no estuvo en contacto con los órganos no cocinados ni con la sangre del conejo enfermo.

### **Comentario:**

Esta historia ilustra de nuevo el valor de hablar con otros observadores. En este caso, desafortunadamente fue muy tarde. También muestra como casi obvios agentes causales pueden ser pasados por alto o ignorados. Ya que fue un solo episodio fatal no hubo oportunidad para una extensa búsqueda de agentes agresores. El hombre escapó de la infección porque no limpió el conejo y porque comió la carne cocinada.

Esta historia pone en claro que aun enfrente de infecciones serias y evidentes, es importante buscar vectores, agentes y circunstancias precedentes al comienzo de la enfermedad.

Mientras historias como esta última me han tentado en el pasado hacer una lista de todas las sustancias que son conocidas por producir efectos tóxicos en humanos, se que tendría que usar páginas y páginas. La lista posiblemente no incluiría su singular reacción a alguna sustancia. Mi lista original, por ejemplo, no habría incluido la crema vaginal con estrógenos, o las marcas de crema dental, o los atomizadores automáticos para insectos, o agentes desecantes en una gaveta de ropa.

Espero que estas historias lo llevarán a Ud. a recordar algunas circunstancias inusuales en su propia vida. Dudo que esté afectado por ninguna de las sustancias ilustradas en estas historias, pero todos esos casos lo pueden incentivar a convertirse en su propio detective para encontrar la sustancia, si hay alguna, que es la causante de su molestia.

Si Ud. ha agotado la búsqueda de sustancias, le sugiero el próximo intento de buscar personas y situaciones tóxicas. El estrés de la vida puede volverse tan incorporado dentro de su vida que se vuelve casi invisible.

Recuerde:

***No hay una enfermedad médica demostrable (diagnóstico) detrás de cada síntoma, pero hay una causa demostrable para cada síntoma.***

## Síntomas Rompecabezas

### Capítulo 5

#### Estrés como causa de sus síntomas

En este capítulo, examinamos el papel del estrés de la vida en producir síntomas. El *Webster's Third International Dictionary* define estrés como:

*“un factor físico, químico o emocional al que el individuo falla en adaptarse satisfactoriamente causándole tensiones fisiológicas y que puede constituir una de las causas que contribuyen a la enfermedad”.*

El diccionario Webster señala la prominencia del estrés en nuestras vidas con este ejemplo: “Las enfermedades por *estrés* son riesgos de la vida moderna.” En mi experiencia clínica, el estrés encabeza la lista de causas de casi cualquier tipo de síntoma. En este capítulo, presento una serie de historias de pacientes que fueron exitosos en identificar y lidiar con el estrés en sus vidas. Ofrezco estas historias para señalar el poder del estrés en afectar su bienestar y presentar un método para identificar si el estrés está presente en su vida. Las historias indican cuán singular e individualizado puede ser el estrés. Lo que es estresante para una persona puede ser deleitante para otra. No hay una regla general para identificar estreses, pero espero que estas historias lo lleven a considerar las condiciones estresantes que pueden afectar su propia salud.

Permítame repetir que la información y consejo ofrecidos en este libro no sustituyen una completa revisión por un médico o el tratamiento de cualquier enfermedad descubierta como resultado de ese examen. Si tiene una enfermedad médica, el estrés puede agravar sus síntomas. Si Ud. no tiene ninguna enfermedad médica, el estrés puede ser el causante de sus síntomas. De cualquier manera, Ud. debería estar bajo el cuidado de un médico.

### **Una lección de una niña con diabetes<sup>♦</sup>**

Me encontré por primera vez con el poder de factores emocionales en la medicina, cuando servía en el U.S. Army Medical Corps en Fort Hood, Texas, a finales de los años cincuenta. Era joven y acababa de terminar mi residencia en medicina cuando me convertí en el médico de Amy, una niña antes de la adolescencia con diabetes *mellitus*.<sup>\*</sup> El padre de Amy era un coronel del ejército. Ella era una paciente dependiente de insulina y tenía lo que se llamaba entonces “diabetes fluctuante.” Esto significaba que tenía grandes fluctuaciones en su glucosa sanguínea— yendo de la pérdida de conciencia por hipoglicemia (azúcar muy baja en sangre) a cetoacidosis y coma (azúcar muy alta) con cuerpos cetónicos. Estos son la degradación química de los ácidos grasos y vienen por una falta de insulina. Con Amy, los dos extremos podían ocurrir en veinticuatro horas. Hice todos los cambios conocidos en la dieta e insulina para estabilizar su azúcar en sangre, pero nada rompió el ciclo de esas fluctuaciones en la enfermedad de Amy. La ingresaba al hospital cada una o dos semanas. Aún bajo estrecha observación, su glicemia iba de muy baja a muy alta. Hice consultas con mis colegas y numerosas llamadas a mis mentores. Ninguno dio ninguna sugerencia que sirviera. Traté de referirla a otros médicos y clínicas, pero la familia declinaba e insistía en continuar conmigo.

Después de varios meses Amy dejó de aparecer en la clínica. Asumí que se había ido a otro médico en la ciudad, pero varios meses más tarde ella y su madre reaparecieron. Cuando llegaron a la clínica ambas estaban sonriendo. Quedé atónito con lo que me contaron.

La madre dijo que Amy no había tenido ni un episodio de hipoglicemia en varios meses y que no había tenido ningún episodio incontrolado de hiperglicemia. Ambas me hablaron acerca de una pequeña niña que se había mudado al lado de su casa. Amy se había apegado a la niña, jugaba con ella, la bañaba, la alimentaba y se volvió una segunda madre para la niña. Amy dijo que la madre de la niña le había regalado un gatito. Entre la devoción de Amy a su gato y a la niña, su condición diabética se había estabilizado completamente.

---

<sup>♦</sup> Este caso fue reportado en el *Journal of American Medical Association*, 298:35, 1992.

<sup>\*</sup> Repito, en este libro no he usado nombres reales.

**Comentario:**

Fui afortunado de aprender muy temprano en mi carrera sobre el real y asombroso poder físico de las emociones. Donde todos mis esfuerzos médicos habían fallado, y donde ningún otro consejo profesional había tenido éxito, el amor y el calor de una pequeña niña y un gatito de alguna manera había calmado y balanceado la fisiología de Amy. Comencé a comprender que las personas no eran máquinas bioquímicas, desconectadas del mundo alrededor de ellas. Las gentes estaban íntimamente conectadas unas a otras y a otras criaturas en su ambiente. También comencé a ver cómo esas fuerzas de conexión cercana podrían actuar no sólo para curar sino también para generar enfermedad e incomodidad. El caso de Amy no es un ejemplo de estrés, justo lo contrario. Es un ejemplo del poder del amor y la compañía humana- tan poderosos que tuvieron profundos efectos fisiológicos en su insulina y metabolismo de la glucosa.

Vamos a mirar ahora lo opuesto al amor y a la conexión.

+ + +

**Lecciones de dolores abdominales y un divorcio.**

La Sra. C. era una gerente de cuarenta y siete años que vino a verme por dolor abdominal como su síntoma principal. Tenía también cefaleas frecuentes, náusea ocasional, dolor de las piernas y de la espalda. Había aumentado veinte kilos en un año desde su divorcio. Se acababa de mudar a la ciudad y había comenzado un nuevo trabajo. “He pasado por un infierno en mi vida,” me dijo en la primera consulta, “y creo que todo esto me está afectando. Quiero un chequeo médico para estar segura que no saldré con alguna enfermedad.”

Examiné a la Sra. C. e inicié exploraciones enfocadas en su tracto gastrointestinal. Todos los estudios fueron normales. Ella se sintió aliviada y me dijo que estaría en contacto para avisarme si sus síntomas empeoraban. Supe de ella un año más tarde. Con dieta y ejercicio regular había perdido el peso ganado y estaba sin síntomas.

**Comentario:**

Llegué a creer que la Sra. C representa a mucha gente, no en los eventos particulares de su vida, sino en el hecho que ella reconoció la relación entre sus estreses y sus síntomas corporales. También creo que la mayoría de esa gente no consulta al médico. Todos nosotros hemos experimentado estrés de esta naturaleza. Trabajamos muy duro, perdemos sueño, albergamos crisis familiares, tenemos fechas topes muy estrechas en el trabajo, y comenzamos a sentir el impacto en nuestros cuerpos. Un amigo o pareja comenta sobre nuestros cambios de apariencia, y nos hace sugerencias, “Parece como que necesitas una vacación.” Nosotros los oímos, y nos tomamos un tiempo libre o endentecemos un poquito. Nuestros cuerpos se asientan y continuamos en buena salud. Creo que esto sucede frecuentemente. Pero, algunas veces no escuchamos a nuestros amigos y familiares. Ignoramos nuestro cuerpo, suprimimos los pensamientos de estrés, y continuamos hacia abajo por la misma senda estresante.

Ponga atención al siguiente paciente que ignoró las señales.

+ + +

**El caso de la hipertensión de una secretaria**

Mencioné antes la secretaria que tenía hipertensión arterial. La Sra. F., vamos a llamarla, tenía cincuenta y cinco años, casada sin hijos. Trabajaba como secretaria de un abogado muy ocupado. Su único problema médico era su hipertensión. Se quejaba de dolores de cabeza generalizados de tiempo en tiempo. Estaba tomando dos drogas antihipertensivas, pero sin embargo tenía un pobre control de su presión arterial, la que media diariamente.

Le pedí llevar un diario con registros sobre sus dolores de cabeza y medidas de presión arterial y que regresara en cuatro semanas. Quería que tenga tiempo suficiente para que se acostumbre a mantener notas diarias y comenzar a hacer algunas inferencias de sus observaciones.

Cuando la vi un mes después, los hallazgos fueron sorprendentes. En los fines de semanas, su presión era mucho más baja y aun normal en varios domingos. Invariablemente, su presión arterial estaba elevada los lunes y aumentaba cada día de la



semana con los niveles más altos registrados en los viernes. Este patrón fue consistente durante las cuatro semanas de registro en el diario. El patrón de dolor de cabeza fue variable pero tendió también a mostrar un patrón de fin de semana.

Después de examinar conmigo los registros del diario y de ver el patrón que revelaba, la Sra. F. dijo, “Mi jefe tiene una práctica de derecho muy grande y muy exigente. Tiene el hábito de no darme el trabajo hasta el miércoles o jueves y luego espera que lo tenga todo listo para el viernes. Es duro hacer el trabajo de una semana en sólo dos días. Me siento libre de estrés al final de la semana.”

Le pregunté a la Sra. F. lo que ella pensaba que debería hacer respecto a una situación en la que estamos de acuerdo está afectando su presión arterial y le esta dando dolores de cabeza. Ella dijo que quería hablar con su esposo sobre esto. Un mes más tarde, me mostró las últimas dos semanas de registro de presión arterial. Las medidas eran mucho más bajas, con muchas lecturas normales. Le pregunté cómo explicaba haber bajado aún hacia el final de la semana de trabajo. Me dijo que después de discutir con su esposo, le pidió una entrevista a su jefe. Compartió con él su diario de presión arterial, y su jefe reconoció en esto un caso con buena evidencia. Juntos diseñaron un plan que distribuía su carga de trabajo más equitativamente. Su jefe también contrató una segunda secretaria.

En los siguientes seis meses, la Sra. F. fue capaz de suspender todos los medicamentos para la presión arterial, y su presión arterial permaneció dentro de los rangos normales después de haber dejado todos los medicamentos. Sus cefaleas no retornaron.

### **Comentario:**

El caso de la Sra. F. muestra el valor de llevar un diario y muestra el poder del estrés relacionado al trabajo. El caso señala cuánto estrés podemos suprimir o ignorar en nuestra vida diaria y cómo es necesario algunas veces poner atención completa en nosotros y nuestro alrededor a fin de reconocer cómo somos afectados por el estrés. Lo mejor de todo, el caso muestra un método para lidiar con estrés relacionado al trabajo. Afortunadamente, la Sra. F. tuvo un jefe comprensivo y atento que valoró a su excelente secretaria.

Algunas veces un diagnóstico de una enfermedad médica puede ser incorrecto y puede desviar la atención del estrés, como en el próximo paciente.

+ + +

### **El caso de Lonzo C., cuyo estrés fue tomado equivocadamente como una enfermedad que no tenía**

Lonzo C. era un camionero de treinta y ocho años. Me dijo que había sido diagnosticado con hipoglicemia (glicemia baja). Le habían dicho que evite todos los dulces y que coma seis veces al día, todo con alto contenido en proteínas. Estuvo siguiendo la dieta por varias semanas sin mejorar de sus síntomas.

Le pregunté sobre sus síntomas. Me dijo que era ansioso, tenía “nerviosismo” en su estómago, no podía dormir profundamente, tenía la boca seca y se preocupaba todo el tiempo. Negó estar deprimido. Sus exámenes de laboratorio generales y repetidos de glicemia fueron todos normales.

Le pedí llevar un diario de sus síntomas y registrar todo lo que comía y otros factores, tales como quien estaba con él cuando tenía los síntomas.

Cuando lo vi semanas después, me dijo, “Usted sabe, si no me hubieran dicho que tenía el azúcar baja, juraría que mis problemas vienen de mi nuevo compañero de manejo y de mi esposa.”

Su nuevo compañero, dijo Lonzo, se lo había asignado su jefe. Lonzo era un hombre devotamente religioso y no podía “tolerar groserías ni andar con mujeres.” Su nuevo compañero era mal hablado y si paraban el camión en una estación, su compañero trataba de seducir a las mesoneras y metía a Lonzo en sus líos. El diario de Lonzo indicaba que sus síntomas eran más agudos cuando estaba en la carretera con el otro camionero. El tiempo en su casa tampoco era ideal para Lonzo pues las relaciones maritales se habían deteriorado. Su esposa había sido inusualmente muy devota al comienzo del matrimonio. Ella estaba en el hogar, limpiaba la casa, cocinaba y era todo lo que Lonzo soñó de una esposa. Después ella había cambiado. Volvió a estudiar, comenzó a pasar más tiempo con sus amigas, y recientemente había encontrado un trabajo por su cuenta. Lonzo me dijo que entre el mujeriego de su compañero y la esposa recientemente independizada, su

vida se había vuelto un desastre. Su diario de síntomas había verificado para él que estos estreses estaban teniendo físicamente un efecto sobre él.

Vi a Lonzo C. de vez en cuando. Tuvo éxito en persuadir a su jefe para que lo ponga de nuevo con su antiguo compañero de manejo, y comenzó a tener largas conversaciones con su esposa que mejoraron su relación. En pocos meses, casi todos los síntomas habían desaparecido. Lonzo C. me dijo que estaba disfrutando de nuevo el comer dulces sin presentar síntomas.

### **Comentario:**

Un diagnóstico de hipoglicemia, en mi experiencia, puede ser el más equivocado de todos los falsos diagnósticos. Lonzo C. es un ejemplo de ese problema. El diagnóstico lo desvió a él de hallar las causas verdaderas de sus síntomas

La hipoglicemia espontánea verdadera documentada es extremadamente rara. He tenido solamente tres pacientes con este diagnóstico en más de cincuenta años de práctica clínica (para enfatizar su rareza, por favor mantenga en mente que mi práctica era fundamentalmente en enfermedades endocrinas, donde la gente con hipoglicemia generalmente termina). Dos de los pacientes tenían tumores del páncreas que secretan insulina. El tercer paciente subrepticamente se inyectaba insulina, creando una pesadilla diagnóstica, la cual no terminó hasta que un interno encontró su jeringa de insulina en su mesa de noche. Esta paciente llegó peligrosamente a una riesgosa cirugía exploradora de su páncreas.

Por supuesto, hay mucha gente con diabetes *mellitus* que se vuelven hipoglicémicos por insulina o antidiabéticos orales. La hipoglicemia es realmente común en estos pacientes. El ayuno prolongado en alcohólicos puede producir hipoglicemia, y hay raros casos en la niñez con hipoglicemia espontánea. Pero la hipoglicemia espontánea en adultos es extremadamente rara.

A pesar de su rareza, sin embargo, la hipoglicemia es un tema extraordinariamente popular. En una búsqueda reciente en Google, por ejemplo encontré 3.600.000 entradas para hipoglicemia. Hay muchas asociaciones y organizaciones dedicadas al término. La clase de la así llamada hipoglicemia que toma mucha atención y dirección equivocada es lo que se llama “hipoglicemia reactiva.” Si Ud. come mucha azúcar, el azúcar se elevará

y luego caerá. La caída algunas veces llegará debajo del nivel de base. Este punto ha sido erróneamente etiquetado “hipoglicemia.”

No dudo por un segundo que las personas marcadas “hipoglicémicas” están sufriendo verdaderamente de alguna forma. Están sintiendo síntomas de diversas fuentes pero la etiqueta es usualmente equivocada. Si Ud. ha sido diagnosticado como hipoglicémico, pero sus exámenes de glicemia no sustentan ese diagnóstico, yo le urjo a buscar más allá de la etiqueta en los eventos y ambiente en su vida. Algo está causando su síntoma, pero es altamente improbable que la causa sea hipoglicemia.

Aquí hay otra historia que ilustra la dificultad en quitar un diagnóstico de hipoglicemia.

+ + +

### **La mujer que creyó que era hipoglicémica**

Una mujer de unos treinta años con el diagnóstico de hipoglicemia fue a ver a un colega mío. Siendo un buen endocrinólogo, tomó muestras de sangre para medir la glucosa cada vez que la mujer tenía los síntomas. Obtuvo una docena de glicemias y todas fueron normales. Sus síntomas fueron primariamente ansiedad, nerviosismo, sensación de debilidad y sudación. Tenía dificultad para dormir. Negaba depresión y no le pareció deprimida a mi colega.

En una consulta sucesiva, el médico revisó cuidadosamente las glicemias normales. También chequeó sus síntomas cada vez que se midió la glucosa, pero todavía no podía encontrar una causa clara de sus síntomas. La mujer estaba muy molesta con mi colega. “No me importa lo que Ud. diga,” dijo cuando se levantó para salir de la consulta. “Todavía tengo hipoglicemia.” Ella rehusó cualquier otra discusión de sus síntomas.

Muchos meses más tarde, sin embargo mi colega recibió una llamada telefónica de la mujer. “Quería llamarlo y decirle que estoy curada,” le dijo.

“Eso es muy bueno” dijo mi colega, “¿Cómo sucedió?”

“Me divorcié,” dijo ella. Todos los síntomas desaparecieron con el divorcio.

**Comentario:**

Esta historia ilustra dos lecciones muy fuertes. La primera, un diagnóstico de “hipoglicemia” en casi todos los casos esconde u oscurece las causas reales de los síntomas. Los síntomas son reales. El diagnóstico es falso. La etiqueta evita esfuerzos adicionales para encontrar las causas reales.

La segunda lección es que mucha gente soporta relaciones tóxicas. Estas relaciones pueden producir una gran variedad de síntomas físicos. Cuidadosa observación de su vida, sus relaciones y su ambiente puede descubrir las toxicidades en su vida. Puede no ser necesario divorciarse para escapar de los síntomas, pero es necesario descubrir sus verdaderas causas antes de que Ud. pueda comenzar a curarlos. No deje que diagnósticos falsos le impidan que llegue a conocer la verdad. Algunas veces saltamos a los diagnósticos demasiado pronto. Aunque con frecuencia es reconfortante tener un nombre para nuestros problemas, es un falso alivio a la larga, si es un nombre erróneo.

“Usted conocerá la verdad y la verdad lo hará libre.” (Juan 8:32)

Algunas veces los estreses pueden ser muy complejos y difíciles de develarlos, como fueron para el paciente siguiente.

+ + +

**Una secretaria con una complicada situación en el trabajo**

Cathy era una secretaria de veintiocho años, soltera. Se quejaba de diarrea de tres años de duración y una lenta pérdida de peso de siete kilos. Había estado hospitalizada dos veces antes de consultarme. En la primera admisión, le dijeron que tenía una enfermedad de la vesícula biliar y su vesícula fue extirpada. La diarrea continuó. En la segunda hospitalización se le realizó una extensa exploración para malabsorción intestinal, incluyendo biopsia del intestino delgado. Ella cambió de médicos y el nuevo doctor le dijo que tenía colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn. En la primera consulta conmigo, me indicó que había leído mucho sobre ambas enfermedades y estaba considerando una remoción total o parcial de su colon. Planificamos algunos procedimientos y pruebas de laboratorio y acordamos vernos nuevamente después de que yo recibiera los resultados.

En nuestro siguiente encuentro, discutimos el hecho de que la revisión de sus estudios radiológicos y los resultados de exámenes previos junto con un enema con bario repetido, un examen endoscópico de su colon y exámenes para sangre oculta en heces, fueron negativos. Le aconsejé retardar su cirugía, le sugerí que comience a llevar un diario de síntomas y le hice unas pocas preguntas sobre su hogar y condiciones de trabajo. Admitió tener algunas dificultades con su jefe, yendo tan lejos como para decir que ella lo odiaba. “Pero nada de eso tiene que ver con mi colitis,” insistió.

Le sugerí a Cathy mantener el diario detallado y registrar cada evacuación, su lugar y hora, su relación con las comidas, y el contenido de cada comida. Por dos semanas, Cathy se centró en las comidas como causa de sus síntomas. Ella incluso trató de eliminar la leche y una serie de otras comidas, pero esos cambios no redujeron la diarrea. Tuvo menos diarrea en los fines de semana y más durante la semana. Después de ver que no hay correlación entre lo que comía y sus síntomas, comenzó a ver una conexión entre su diarrea y la intensidad de su conflicto con su jefe. El conflicto se debatía entre su necesidad de mantener un trabajo de modo que ella pudiera continuar sus estudios de noche y el saber sobre la conducta deshonesto de su jefe. Ella temía que pudiera perder el trabajo y sus ingresos si lo reportaba, y también temía sus amenazas de involucrarla en su mal proceder. Si ella no lo denunciaba, sin embargo ella continuaría sintiendo culpa y falta de valor.

Después de varios meses de indecisión y sufrimiento físico, Cathy renunció a su trabajo y reportó a su jefe al presidente de la compañía. Al mes de haber tomado acción la diarrea cesó y ella permaneció sin diarrea por más de un año tiempo durante el que yo tuve noticias de ella.

### **Comentario:**

De nuevo, un diagnóstico falso alejó la atención de la causa real de los síntomas. En este caso, llevó a una colecistectomía innecesaria. El poder del falso diagnóstico no puede ser aquí más *sobrenfatizado*.

La historia de Cathy resalta la importancia de mirar por detrás de la etiqueta que le pueden haber dado y que va a continuar en su vida. Aun si Cathy hubiera sufrido de colitis documentada, llevar el diario todavía habría tenido valor. La pregunta para ella

entonces habría sido, “¿Qué cosa en su vida está agravando los síntomas de su colitis?” Las enfermedades médicas con frecuencia son grandemente agravadas por el estrés, así que sígale la pista a sus síntomas y cuando ellos “fluctúen.” Aunque tenga una enfermedad médica, puede Ud. ser capaz de reducir la severidad de sus síntomas por identificar y eliminar los estreses en su vida.

En el caso de Cathy, la situación era compleja y singular. No se si hay muchos jefes deshonestos que causen diarrea a sus secretarias. El punto aquí es cada uno de nosotros es único, y todos nosotros tenemos nuestros estreses y respuestas únicas al estrés.

***¿Qué estoy haciendo en mi vida que no debería estar haciendo?***

***¿Qué no estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?***

Examine cuidadosamente; note que ambas usan un lenguaje altamente inespecífico. “¿Qué estoy haciendo?” podría aplicarse a casi cualquier cosa en su vida. La naturaleza general de las palabras es que hace a la pregunta tan poderosa. Dispara a su mente a buscar en cada aspecto de su vida a encontrar algo que Ud. puede dejar de hacer. El mismo poder fluye de ¿Qué *no* estoy haciendo?” Deje que estas preguntas generales se hundan en las partes más profundas de su mente y espíritu. Hágase esas preguntas cada vez que Ud. haga registros en su diario. Encontrará sus propias respuestas específicas.





## **Síntomas Rompecabezas**

### **Capítulo 6**

#### **Un diagnóstico puede ser una barrera para encontrar la causa real de los síntomas**

En el capítulo anterior, conté sobre dos personas cuyos diagnósticos falsos de hipoglucemia interfirieron con su capacidad para reconocer el estrés como causa verdadera de sus síntomas. Puede sonar raro, pero algunas veces un diagnóstico, incluso cuando es correcto, puede ser una barrera para hallar las causas reales para síntomas.

Déjeme explicarle. Asuma que hay dos pacientes hipotéticos. Uno tiene una enfermedad pulmonar crónica y el otro no la tiene. Ambos están tosiendo. El registro de los diarios de ambos reveló que la tos ocurre principalmente en un cuarto polvoriento lleno de moho. La tos de ambos mejora después de que la habitación fue aireada y completamente aseada. Si el diagnóstico “enfermedad pulmonar crónica” hubiera sido aceptado como la única causa de la tos en el primer paciente, luego la causa real habría sido perdida. No importa cuán serios o dramáticos pueden ser los síntomas de una enfermedad médica, siempre existe la posibilidad de que algún factor ambiental esté jugando un papel causante o agravante.

Un diagnóstico médico, aun cuando sea exacto, no necesariamente explica todos los síntomas. Personas con enfermedades médicas también tienen relaciones tóxicas, comen comidas tóxicas o aditivos, respiran aire contaminado, y sufren todo lo que sustancias dañinas y estreses causan a los que no tiene enfermedades médicas. Ciertamente las enfermedades médicas producen síntomas por disfunciones internas causadas por la enfermedad pero esos pacientes son igualmente y algunas veces más susceptibles a factores ambientales agravantes. Recuerde al paciente del Dr. Tinsley Harrison en el Capítulo 3, que tenía enfermedad coronaria en que los síntomas se presentaban cuando caminaba una cuesta específica, después de la cena, pero sólo después de que había discutido con su esposa. Llevar el diario es tan importante para aquellos de Uds. con enfermedad médica como para esos de Uds. que no tiene una enfermedad médica.

Recuerde esto: hay solamente un limitado número de patrones o moldes de enfermedades médicas. Sin embargo, hay un número infinito de factores ambientales que causan sus síntomas singulares. Esto es verdad si Ud. tiene una enfermedad médica o no. Un diagnóstico de una enfermedad médica no debería detenerlo de buscar los factores agravantes.

Mientras un diagnóstico médico correcto puede ser una barrera para descubrir la causa de un síntoma, la barrera más difícil para ayudar a la gente con síntomas *rompecabezas* o complicados es la presencia de un diagnóstico incorrecto. Con esto quiero significar un diagnóstico de una enfermedad que no está presente. En este capítulo, examinaré este problema con más detalle, y daré una mirada a tres diagnósticos que encuentro especialmente problemáticos.

En la introducción, mencioné mi muy temprana experiencia al cubrir la práctica de un colega médico con muchos años de ejercicio y descubrir que la mayoría de los pacientes no tenían la enfermedad que él les había asignado. En el transcurso de los años, he descubierto que esta no es una experiencia infrecuente. He conocido mucha gente que lleva diagnósticos de enfermedades que no tienen.

La mayoría de nosotros obtenemos algún placer de ser capaces de nombrar nuestros temores y nuestros problemas. No saber que hay en un cuarto oscuro es a menudo más atemorizante que saber que hay, aunque no tengamos pruebas seguras. Cuando estamos asustados por síntomas o tenemos dolor, tendemos a creer en la autoridad—si es un doctor o un sitio en Internet que ofrece alivio con un diagnóstico. Ser capaz de nombrar una enfermedad y hablar sobre cómo ocurre y qué hace en el cuerpo posiblemente aumenta el sentido de control de una persona sobre sus síntomas *rompecabezas*. Ellos ya no son más rompecabezas; ellos se ajustan aun patrón que tiene un nombre. Y estar alerta con el experto que viene y tamborilea sobre la mesa, esparciendo las piezas en un confuso, desordenado rompecabezas una vez más. Algunas veces la gente se vuelve tan obsesionada con sus enfermedades no existentes, que rechazan cualquier discusión como si fuera una herejía.

En mi libro, *Symptoms of Unknown Origin*, reporté mis hallazgos de setenta y ocho pacientes que tenían múltiples síntomas pero ninguna enfermedad demostrable. Ví a esos pacientes por muchos años e hice extensas exploraciones en todos ellos, buscando

enfermedades médicas. Todos mis exámenes y estudios de imágenes fueron normales en todos esos pacientes. La mayoría de ellos (cuarenta y dos de setenta y ocho) tenían diagnósticos de enfermedades inexistentes. Algunos tenían dos o más diagnósticos falsos.

He aquí una lista de los diagnósticos de enfermedades en esos cuarenta y dos pacientes los cuales *no* se confirmaron después de intenso estudio.

diabetes *mellitus* (dos pacientes)  
úlcera duodenal (dos pacientes)  
hipertiroidismo (dos pacientes)  
hipoglicemia (cuatro pacientes)  
lipoma maligno  
alergias múltiples (dos pacientes)  
falla ovárica  
sinusitis  
colitis ulcerativa (dos pacientes)  
acromegalia  
cardiopatía congénita  
hernia hiatal (tres pacientes)  
hipertensión  
hipotiroidismo  
artritis reumatoidea  
tumor uterino  
abscesos dentales  
obstrucción vejiga (tres pacientes)  
aneurisma cerebral  
enfermedad coronaria  
“desprendimiento” de retina  
insuficiencia cardíaca  
limfoma  
migraña  
accidente cerebrovascular (dos pacientes)

tromboflebitis

tiroiditis (dos pacientes)

De esos cuarenta y dos, no fui capaz de convencer de que no tenían la enfermedad etiquetada a veinticinco. Estos pacientes continuaron insistiendo que tenían la enfermedad. Solamente convencí a diecisiete de los pacientes que no tenían la enfermedad. La etiqueta falsa fue más poderosa para esos pacientes que cualquier evidencia o argumento o autoridad en contra. Ese es un fenómeno que todavía me deja perplejo y me causa problema hoy en día. Hay un viejo dicho en medicina: “Una vez que un médico y un paciente están de acuerdo con un diagnóstico de una enfermedad crónica, esa condición se hace incurable.” Mi experiencia con los veinticinco pacientes que rehusaron abandonar sus falsos diagnósticos confirma ese dicho. Para mi, es un reto todavía descubrir cómo llegar a los pacientes que no abandonarán sus falsos diagnósticos e intentarán descubrir las causas verdaderas de esos síntomas a veces muy dolorosos.

De todos los diagnósticos falsos que encontré, hay tres que parecen particularmente difíciles de persuadir a la gente a que renuncie a ellos. Mucha gente con esos diagnósticos se pone muy a la defensiva, inclusive de modo estridente, e insiste que tiene la enfermedad, a pesar de toda la evidencia para lo contrario.

Estos tres que más tercamente defendieron falsas etiquetas en mi experiencia son: síndrome de fatiga crónica, fibromialgia e hipoglicemia.

Recientemente, por curiosidad, y aunque ahora estoy retirado de la practica, entré estos términos en el buscador Google y encontré los siguientes sitios: síndrome de fatiga crónica, 2.140.000; fibromialgia, 6.280.000; hipoglicemia, 3.620.000. Justo para comparación también introduje enfermedad coronaria (la cual mata más americanos cada año que ninguna otra enfermedad). Mi búsqueda produjo 2.380.000 sitios. La artritis reumatoidea, otra enfermedad común la cual puede ser diagnosticada en estudios de laboratorio, produjo 2.220.000 sitios.

Todavía curioso, comparé los síntomas listados para síndrome de fatiga crónica, fibromialgia e hipoglicemia en los Boletines de la Clínica Mayo y de Hypoglycemia Foundation. Encontré dieciséis síntomas que parecen ser comunes en las tres condiciones. La superposición en síntomas es enorme, y no hay un examen específico, biopsia o

estudio de imágenes para definir fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, e hipoglicemia. Sin embargo, cualquiera con varios de esos síntomas que va a Internet por ayuda podría encontrar “pruebas” erróneas de que él o ella tienen esa enfermedad.

Estos dieciséis síntomas comunes a síndrome de fatiga crónica, fibromialgia e hipoglicemia son:

- fatiga crónica
- deterioro de la memoria
- ansiedad
- dolores musculares
- dolores de cabeza
- sueño no reparador
- dolores abdominales
- distensión abdominal
- dolor torácico
- rigidez
- diarrea
- depresión
- sensación de hormigueo en la piel
- dificultad para concentrarse
- boca y ojos secos
- vértigo

No me malinterprete. No estoy discutiendo que las personas que han sido marcadas con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o hipoglicemia están simulando. Los pacientes que me han sido referidos con esos diagnósticos están muy incómodos y sufren mucho. No veo ningún valor en nombrar esas condiciones cuando no hay especificidad para los síntomas, no hay exámenes específicos, y lo más importante no hay tratamiento efectivo o específico.

Creo que esos pacientes que llevan esas etiquetas se beneficiarían, en cambio, de reconocer sus síntomas como reales y complicados. Así entonces será posible para el

médico y paciente intentar desmenuzar las causas subyacentes para los síntomas. Firmemente endoso el uso del diario para ayudar a esos pacientes a encontrar disparadores para sus quejas como un medio para eliminarlas. Lo que hay hasta ahora es que, estas personas diagnosticadas con esas condiciones aceptan una etiqueta que no puede ser confirmada y para la cual no hay tratamiento. Estas etiquetas traen un abrupto alto para cualquier búsqueda de las causas subyacentes de los síntomas. Una vez marcada, la persona queda atrapada de por vida. ¿Qué valor tiene una etiqueta de enfermedad que no lleva a ningún lado y que no puede ser confirmada? ¿Por qué no tratar de encontrar lo que dispara los síntomas?

+ + +

### **Algunos consejos para miembros de la familia**

Si alguien en su familia ha sido diagnosticado con una de estas condiciones, Ud. podría ser capaz de ayudar a encontrar correlaciones con disparadores e identificar situaciones cuando los síntomas son fluctuantes o se hacen más severos. Los familiares algunas veces tienen más éxito en señalar circunstancias disparadoras que los doctores. No pierda su tiempo tratando de convencer a su esposa, esposo, hermano, madre, tía o tío que ellos no tienen las enfermedades marcadas. A lo largo, trate de trabajar en su relación con esa persona. Si deja que la etiqueta de la enfermedad se meta entre Ud. y la persona que quiere ayudar, al final la relación sufrirá o se destruirá.

Una sugerencia final: no es bueno preguntar repetidamente cómo se siente a alguien con estas condiciones. Hacer esto puede aun recordarle de sus síntomas en períodos cuando está relativamente cómodo. Usted no causó los problemas, no puede curarlos, y no puede controlarlos. Sin embargo, puede contribuir al problema por ponerle demasiada atención.

Deje que el paciente tome la delantera en reportar el síntoma, y haga su trabajo de ayudar a la persona a reconocer las circunstancias cuando él o ella presenten el síntoma. Conviértase en un observador de este tipo, que puede entrenar al paciente para volverse un reportero más preciso. Los familiares pueden aprender de este modo a ayudar en como dar más poder al paciente más que en cómo rescatarlo.

Cuando estas estrategias de entrenamiento fallan, hay una estrategia paradójica resumida en esta expresión: “Una conducta ignorada al final se extingue ella misma.” He visto esta táctica puesta en práctica en familias que de buen modo aceptaron ignorar las quejas insistentes del paciente. Tengo más que decir sobre este inusual enfoque en el Capítulo 7.





## Síntomas Rompecabezas

### Capítulo 7

#### La enfermedad como una forma de vida

Ocasionalmente, un médico desarrolla una relación con un paciente que no sólo “está enfermo todo el tiempo,” sino también preocupado de estar enfermo todo el tiempo. No importa cuantas pruebas negativas o exámenes físicos normales tenga el paciente, su obsesión de que tiene alguna enfermedad médica continúa. Estar enfermo se vuelve una forma de vida que rechaza abandonar. Una persona que se comporta de este modo se llama hipocondríaca.

Es importante dejar claro que los hipocondríacos no mienten sobre sus síntomas. Ellos tienen dolores, fatiga crónica, sueño no reparador, memoria que falla, dolores musculares, distensión abdominal, ansiedad, hormigueos, dolor torácico, rigidez, diarrea, falta de concentración, ojos y boca seca, o una serie de otros síntomas ordinarios y extraordinarios. Lo que un hipocondríaco *no* tiene es la enfermedad en la que insiste, a pesar de toda la evidencia médica de lo contrario, está produciendo estos síntomas: fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, hipoglicemia o cualquier otra de una docena de así llamadas enfermedades cuyos síntomas están completamente catalogados estos días en Internet.

De todos los pacientes que he visto con síntomas rompecabezas, los hipocondríacos, como un grupo, son los más difíciles y frustrantes en tratar de ayudar. Es tan difícil que ellos están decididos a rechazar toda ayuda aún antes de ser ofrecida. Rehúsan llevar un diario de sus síntomas para descubrir si algo tóxico se los está causando. Rechazan considerar que una relación tóxica o situación social puede producir sus síntomas. A menudo rechazan, sin considerar siquiera la idea de que el estrés puede causar síntomas corporales. Sugerir que vean a un psicoanalista o psiquiatra promueve una reacción defensiva. La mayoría de pacientes en este grupo de alteraciones sacan de quicio a familia y amigos. Sus quejas controlan las vidas de los cercanos a ellos y con frecuencia terminan separándose de esos quienes más los aman.

Hay muchas teorías médicas para explicar la hipocondría pero no hay acuerdo general en su etiología. Mi propia opinión es que no hay una sola causa que produce obsesiones con el estar enfermo. He tenido muy poco éxito en mis años de práctica logrando que estos pacientes renuncien a sus obsesiones por apelar a sus mentes conscientes. Si Ud. es familiar de un hipocondríaco, probablemente tampoco será capaz de disuadirlo de su creencia en la enfermedad.

He aquí lo que los Drs. Vladan Starcevic y Don R. Lipsitt dijeron en su completa revisión (*Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady*; Oxford University Press 2001): “La hipocondría continua controversial, a pesar de su historia de 2000 años. Aunque es considerada una alteración mental, la hipocondría con frecuencia se considera un mecanismo de defensa, un peculiar estilo perceptivo/cognitivo, un medio de comunicación no verbal, una respuesta al estrés, una conducta de enfermedad anormal, un rasgo de personalidad, una alteración de personalidad característica, y como una parte de otros trastornos mentales. Desacuerdos sobre la etiología y patogénesis de la hipocondría van de la mano con desacuerdos sobre su tratamiento.”

He imaginado algunas veces ser capaz de dirigirme a la mente inconsciente de hipocondríacos. Si pudiera, le explicaría que la obsesión con la enfermedad muy probablemente surge de una o más de las siguientes fuentes:

**1. Usted aprendió precozmente que el papel de enfermo era un modo efectivo de atraer a la gente que se alejó de Ud.**

Usted aprendió en la niñez a manipular la simpatía que la enfermedad genera en su beneficio. Usted aprendió que podía faltar a la escuela, evitar tareas en la casa, quedarse en casa, y jugar, si decía que estaba enfermo. El hábito se queda. La enfermedad se volvió un modo de vida temprano para Ud. y sus síntomas se hicieron reales. Sus padres muy probablemente reforzaron esta conducta.

**2. Usted fue abusado física, emocional o sexualmente cuando era niño.**

Usted aprendió que la lesión o enfermedad elimina o previene abuso adicional a corto plazo. Usted aprendió el poder que la enfermedad le da. El patrón de enfermedad se

queda. La enfermedad se convierte en un modo anómalo de adaptación mucho después de que el abuso cesó.

**3. Usted fue criado por padres obsesivos en salud que corren al médico por cada tontería en salud – la más ligera tos, la más ligera fiebre, o aún en un pequeño dolor.**

No sorprende que su mente consciente piense que una enfermedad médica se esconde detrás de cada síntoma. Usted fue enseñado a pensar y a comportarse de esta manera ansiosa. La enfermedad se volvió su modo de vida.

**4. Usted cayó en el hábito de rechazar ayuda de los médicos y descubrió que los doctores no muy listos eran una amenaza cierta.**

Cuando Ud. veía a un médico, lo que fuera que le prescribía lo empeoraba. Si tenía una operación, Ud. tenía terribles complicaciones. Ningún analgésico le funcionaba y la mayoría lo hacía sentirse enfermo. Si está en este grupo, Ud. cambiaba médicos frecuentemente o dejaba el médico tan pronto como Ud. derrotaba sus esfuerzos para ayudarlo. Una de sus metas ocultas en la vida es derrotar a los expertos. Tal vez alguno de los expertos se parece a uno o ambos de sus padres, y Ud. está volviendo a ellos. Su mente consciente no sabe que el mejor modo de derrotar el mundo médico es estar saludable.

Si pudiera yo hablar en esta forma a la mente inconsciente del hipocondríaco, le estimularía a considerar cuál de estas descripciones se le ajusta mejor. Aunque la mente inconsciente ha rechazado todas estas explicaciones, le hablaría en la esperanza de que la mente inconsciente lenta pero seguramente induciría al hipocondríaco a ver la causa de sus obsesiones de estar enfermo.

Aquí están unas historias sobre pacientes míos que tenían múltiples síntomas. No importa lo que sus médicos hicieron o dijeron, ellos nunca renunciaron a la convicción de que sus síntomas estaban causados por una enfermedad médica oculta, en espera de ser diagnosticada. Aunque todas estas historias son de pacientes femeninos, la literatura sobre hipocondría también incluye muchos casos en hombres.

+ + +

## **La señorita Cootsie y la Pequeña Cootsie**

La señorita Cootsie vivía en el último piso de su gran mansión victoriana. Desde este mirador, ella tenía una vista de la calle afuera su casa. Ella estaba en sus ochenta años. Su hija, la Pequeña Cootsie, vivía en la habitación adyacente que tenía un baño que conectaba las habitaciones y que se había sido convertido en una cocina temporal. La “pequeña”, ahora en sus sesenta y nunca casada, había dedicado su vida a cuidar a su madre.

El primer piso completo había estado cerrado por años. Todo el mobiliario estaba envuelto con viejas telas grises.

Era el año 1961, yo estaba nuevo en la ciudad y era el miembro más joven del grupo médico, así que fui asignado al deber de atender llamadas a domicilio a todas las personas que no podían salir de sus casas, o “inválidos” como eran llamados en ese tiempo. Así fue como conocí a la señorita Cootsie. No lo supe en ese momento pero la señorita Cootsie había tenido cuatro médicos antes de mí. Cuando la ví por primera vez, pensé que estaba conociendo a la Reina Victoria en persona. El parecido era sorprendente, pero había una gran diferencia. La señorita Cootsie tenía el bocio más grande que nunca había visto. Colgaba como dos naranjas grandes, balanceándose sobre la parte superior de su tórax, pulsando con cada latido cardiaco. No pude quitar mi vista de esto. La señorita Cootsie me dijo rápidamente que había rechazado la cirugía del bocio una vez tras otra.

Como endocrinólogo recién entrenado, uno especialmente entrenado en enfermedades tiroideas, no podía creer que había caído justo en mis manos. Todos en la ciudad conocían a la señorita Cootsie y a su bocio. Yo no podía esperar para reducir ese bocio con hormona tiroidea y hacerme de mi reputación. La hormona cortaría el estímulo para crecer, y el bocio se encogería regresando a su tamaño normal o al menos eso era lo que pensaba. Le prescribí una pequeña dosis de hormona tiroidea y esperé con delicia en mi potencial lanzamiento a la fama.

Alrededor de dos semanas después, recibí una llamada de la Pequeña Cootsie en el medio de la noche. La señorita Cootsie se había puesto loca y estaba corriendo en ropa interior en el patio trasero de la casa. La Pequeña Cootsie me dijo que fuera rápido. Para el momento que llegué, ya el jefe de policía había contenido a la señorita Cootsie y la estaba obligando a entrar en su carro.

En el hospital, encontré que la señorita Cootsie tenía un hipertiroidismo extremo. La Pequeña Cootsie me dijo que ella pensaba que su madre había tomado el frasco completo de hormona tiroidea y así se había intoxicado y caído en hipertiroidismo. La señorita Cootsie siguió un curso muy peligroso en las siguientes semanas en el hospital, yendo de insuficiencia cardíaca aguda a neumonía, luego a una fulminante descamación de un *rash* por una reacción a la ampicilina. Finalmente logré enviarla de regreso a su vista del mundo desde la ventana de su casa. En mis futuras consultas a domicilio escuchaba sólo los síntomas más serios y dejé a la señorita Cootsie tranquila. Aprendí rápidamente que algunos pacientes no quieren ser curados y quienes quieran tratar de efectuar una cura lo hacen a su propio riesgo.

#### **Comentario:**

La señorita Cootsie fue mi primer encuentro como médico con una persona internada en su casa. No comprendí que ella resistiría a cualquier mejora en salud que yo sugiriera. Su vida y la de su hija estaban arregladas alrededor de la idea de su enfermedad. Su hija sospechó que su madre había saboteado su medicación y a pesar de eso no tomó medidas preventivas para evitar que esto ocurriera. Un hipocondríaco algunas veces se asegura de tener un ayudante.

+ + +

#### **Los dolores de cabeza de Adelaine y su devota hija**

Adelaine fue ingresada a la unidad psiquiátrica por depresión profunda y fue programada para tratamiento con electrochoque. Me pidieron que evalúe su condición médica. Un día antes del tratamiento, me dijo que se había mudado a la ciudad unos pocos meses atrás, después de la muerte de su esposo, y porque su hija le había pedido que se mude a la ciudad para que estuviera cerca. Su hija la había ayudado a encontrar un trabajo en una tienda por departamentos.

Una noche poco después de mudarse, Adelaine se resbaló en el piso mojado de su cocina y se cayó. Cuando se cayó, se golpeó la cabeza con una mesa de madera y quedó inconsciente. Cuando se recobró, se levantó y llamó a su hija. Le contó de la caída y que

se golpeó fuertemente la cabeza. La hija corrió a la casa y la llevó a la emergencia. Los estudios de imágenes y exámenes fueron normales y la dieron de alta.

Pocas noches después de su caída, Adelaine presentó dolores de cabeza intensos. Cada vez que esto ocurría, llamaba a su hija y cada vez la hija corría a verla. Las primeras veces la hija la llevó a la emergencia. Cada vez salía de allí de alta. Después, cuando Adelaine llamaba con dolor de cabeza, la hija todavía corría a su casa y se sentaba con ella para reconfortarla. Esto se había vuelto un patrón regular.

Además de las cefaleas recurrentes, Adelaine se volvió más y más depresiva durante este tiempo. Se sentía sola en una nueva ciudad sin esposo, en un trabajo nuevo y ahora con severos dolores de cabeza sin alivio a la vista. Después que relaté esta historia al psiquiatra que la había ingresado, él decidió cancelar el tratamiento electroconvulsivo y probar con medicamentos por un tiempo. Adelaine fue egresada con un medicamento antidepresivo

Me encontré con la hija de Adelaine justo antes de que la dieran de alta. Era obvio que ella estaba al borde sobre qué hacer con su madre. Oyendo la historia, pensé que era plausible que las cefaleas de Adelaine se habían vuelto una respuesta condicionada. En otras palabras, las reacciones solícitas de la hija corriendo hacia la madre habían de algún modo reforzado los dolores de cabeza.

Sugerí a la hija un manejo diferente. La próxima vez que la madre la telefonee para avisarle de un dolor de cabeza, ella tenía que decirle a su madre, “Oh, mamá, lamento que tenga dolor. No quiero añadir preocupación a sus cefaleas, quiero verla cuando se sienta mejor y podamos visitarnos y charlar. Espero que se sienta mejor pronto.” Ella tenía que colgar y no ir a la casa de su madre.

También le pedí que no vaya a la casa de la madre a menos que la llamara y no mencionara su dolor de cabeza. En otras palabras, la hija iba a ignorar las señales de dolor de cabeza e iba a recompensar señales de salud. Le aconsejé además nunca preguntar por los dolores de cabeza en el futuro. Después que su hija había seguido estas recomendaciones por unas semanas, los dolores de cabeza de Adelaine no regresaron y su depresión mejoró con la medicación.

**Comentario:**

Hay un viejo dicho en relación con modificación de la conducta que es que cualquier conducta negativa ignorada se extinguirá. En otras palabras, si Ud. no pone atención a una conducta indeseable por tiempo suficientemente largo, entonces la conducta desaparecerá. Esto no es una panacea o cura para todo y a menudo falla, como sucede con frecuencia con los viejos dichos. Sin embargo, vale la pena probar. Esto pareció funcionar con Adelaine y su hija, en combinación con la droga antidepresiva.

+ + +

**Una mujer con ataques**

Una vez vi una mujer de unos sesenta años, la Sra. Quint, cuya familia creía que ella estaba simulando sufrir de ataques epilépticos a fin de ganar su atención. Ellos me dijeron que cuando un “ataque” ocurría, la Sra. Quint gritaría, elevaría sus brazos y su cuerpo convulsionaría. Algunas veces daría vueltas en círculos. Se despertaría de repente y aparentaría no tener memoria de la crisis. Cada vez que ella tenía uno de estos episodios, la familia Quint entera se reunía en su hogar para asegurarse de que ella estuviera “bien.”

El plan de estudio que ordené por las convulsiones de la Sra. Quint fue negativo, no había un patrón electroencefalográfico de una alteración epiléptica. Su examen neurológico así como la tomografía de su cerebro fueron normales. La evidencia fue clara tanto de los resultados negativos como de la bizarra descripción de sus ataques que ella había simulado. La respuesta de su familia no hizo otra cosa que reforzar esa conducta.

Un psiquiatra y yo nos reunimos con los hijos adultos de la Sra. Quint. Nos presentamos con los resultados de mis pruebas y examen físico y sugerimos que la próxima vez que su madre tuviera un “ataque,” deberían ignorarlo. Por supuesto, el hijo que estuviera presente cuando el caso ocurriera debería asegurarse que ella no se haya lastimado, sino debería irse y estar atento. Los otros hijos no deberían ser llamados a la casa. De todos modos ellos no hacían nada cuando corrían a su lado. Ellos estuvieron de acuerdo con el plan.

La hija mayor de la Sra. Quint llamó al psiquiatra para un control unas semanas más tarde. Ella reportó que su madre había tenido un ataque tan pronto como ellos regresaron

a la casa después de la reunión con nosotros. Cuando nadie ponía atención, la Sra. Quint comenzaba a deslizarse por el suelo y girar en círculos en el piso tratando de golpear a su hija con sus pies. Cuando la hija se movía en la habitación, la Sra. Quint se deslizaba en la misma dirección, todavía convulsionando en el piso.

El psiquiatra reforzó nuestra sugerencia de ignorar las convulsiones y añadió que cualquier miembro de la familia presente cuando ocurría algún ataque, debería realmente no hacerle caso a la Sra. Quint cuando ella tuviera ataques. Los episodios semejantes a convulsiones continuaron por otros dos meses, se redujeron en frecuencia y luego cesaron.

### **Comentario:**

Cuando hay una conducta de enfermedad específica, hacer que la familia ignore la situación puede funcionar. Cuando la conducta de enfermedad es difusa y los síntomas se extienden a diferentes partes del cuerpo, ignorar la enfermedad se vuelve imposible.

El Dr. Marc Feldman (autor de *Playing Sick*) diría que la Sra. Quint realmente tendría una alteración facticia (no hipocondría) ya que ella estaba fingiendo su enfermedad (ver Capítulo 8 para clarificación). Yo incluyo su historia en este capítulo a causa de la dinámica familiar.

+ + +

### **La vida de la Sra. Townwell en una silla de ruedas**

Aquí hay una historia más, esta vez no de mi práctica sino de la de un colega. La Sra. Townwell era la esposa de un prominente corredor de bolsa en una pequeña ciudad en Mississippi. Poco después del nacimiento de su segunda hija, la Sra. Townwell presentó debilidad en sus piernas. Fue vista por muchos médicos, pero ninguno podía identificar la causa de la debilidad muscular. En pocos años, no pudo levantarse sin ayuda y pronto fue confinada a una silla de ruedas.

Sus dos hijas se casaron y tuvieron hijos. Ambas vivían en casas en la misma calle que sus padres. Aunque la Sra. Townwell vivía con su esposo, sus hijas desde que



dejaron su casa, se habían siempre rotado para pasar la noche con su parcialmente inválida madre.

Veinte y tres años después de que la Sra. Townwell fue reducida a una silla de ruedas, el Sr. Townwell cayó muerto en su oficina. En el funeral, la Sra. Townwell se levantó de su silla de ruedas y caminó desafiante a la tumba. Nunca usó de nuevo la silla de ruedas. Nunca explicó o discutió su debilidad. Sin embargo, finalmente se supo que el Sr. Townwell había comenzado con un amorío con su secretaria cuando la Sra. Townwell estaba embarazada de su segunda hija, y antes de que desarrolle la debilidad de las piernas. El secreto aparentemente explicó su debilidad y necesidad para ayuda perpetua mientras él vivió.

### **Comentario:**

En sus estudios de familias, el Dr. Murray Bowen observó que la enfermedad crónica en una esposa estabilizará y sostendrá el matrimonio (*Family Therapy in Clinical Practice*, New York: Aronson, 1978). Dudo que la Sra. Townwell haya leído u oído nunca del Dr. Bowen, pero su historia verifica sus observaciones. Con su parálisis, la Sra. Townwell controló la continuación de su matrimonio y la devoción de sus dos hijas

Cada uno de los casos relatados aquí- la Srta. Cootsie, Adelaine, la Sra. Quint, y la Sra Townwell — implican pacientes cuya completa enfermedad controlaban y que era reforzada por miembros de la familia. Si reconoce un familiar en esas historias, Ud. puede beneficiarse por consultar el libro del Dr. Marc Feldman (*Playing Sick*, New York: Brunner-Rutledge, 2004). El Dr. Feldman es una autoridad en pacientes que tienen múltiples síntomas y una obsesión por tener una enfermedad médica. Además él provee de una serie de sugerencias a la gente que está preocupada por tener una seria enfermedad médica a pesar de haber sido asegurados por sus médicos, después completos exámenes médicos, que ellos no tienen una enfermedad médica. Mi experiencia es que, mientras que es muy difícil hacer que el hipocondríaco renuncie a su obsesión, educar a miembros de la familia e incentivarlos a no alimentar a las obsesiones lleva a veces a situaciones saludables. Déle un vistazo a la lista y considere, cómo podría ayudar a “su hipocondríaco” poniendo estas técnicas en práctica.

1. Llevar un diario describiendo síntomas o eventos que conducen a ansiedad o ataques de pánico, o episodios de preocupación por la enfermedad, debería permitirle a uno ver una relación estrecha entre los síntomas de uno y los eventos externos.
2. Tratar de restringir o poner un límite a la investigación médica en Internet, lectura de libros médicos, conductas de auto-chequeo, cuando esto tienda a aumentar la preocupación por enfermedades.
3. Mantener un estilo de vida saludable, incluyendo una buena noche de sueño, una dieta bien balanceada y una visión positiva. Una buena recomendación es seguir la herramienta PEAS algunas veces usada para combatir la depresión: Placer, Ejercicio, Logro y Socialización — trate de añadir un aspecto de cada uno en sus actividades diarias.
4. Practicar técnicas de relajación, como respiración, meditación, u otros métodos pueden ayudar a disminuir la ansiedad y los efectos del estrés.
5. Tratar de interrumpir las preocupaciones de uno con actividades que toman toda nuestra atención y nos alejan de enfermedad; por ejemplo, pasatiempos, juegos de palabras o de números, ejercicio o caminar, hablar con un amigo con humor, o recordar tiempos felices.
6. Pensar en explicaciones alternas para las sensaciones físicas de uno que podrían incluir estrés o cambios corporales normales.
7. Romper los hábitos de preocuparse que tiene uno, dando un paso a la vez.

### **Sugerencias adicionales**

He aquí otras sugerencias que hago a familiares para lidiar con hipocondríacos.

Primero, trate de ayudar al paciente evitando innecesarias cirugías y visitas a la emergencia. Obtenga una segunda opinión para todos los procedimientos electivos.

Segundo, asegúrese que el paciente tenga chequeos regulares por un mismo médico general. El intervalo entre consultas se vuelve muy importante. Algunos de estos pacientes necesitan ser vistos cada una o dos semanas. Algunos pueden ser vistos cada uno o dos meses.

Tercero, todas las consultas con especialistas deben ser ordenadas idealmente por este médico general únicamente. Los reportes del especialista deberían ser escritos para el médico de cuidado primario solamente, los posibles consultantes no deberían discutir sus hallazgos con el paciente. Ellos son sólo consultantes para el médico primario. Esto necesita de un arreglo especial entre el especialista y el médico general. Tener muchos médicos sólo alimenta las preocupaciones del paciente sobre una enfermedad oculta. Un médico, si es posible, debería dar todas las explicaciones al paciente. Estas limitaciones toman algún tiempo y esfuerzo para orquestar pero valen la pena en el largo plazo. Limitar el consejo a un médico, es un esfuerzo que vale la pena.

Cuarto, estar seguro que un cuidado médico de calidad sea dado regularmente de modo que ninguna enfermedad médica sea pasada por alto. No olvide que estos pacientes, como todos los humanos, finalmente se enfermarán.

Quinto, todas las drogas deberían mantenerse al mínimo y prescritas sólo por el único médico general.

Durante el período de doce años que estudié pacientes con síntomas complicados ví veintiún pacientes a quienes consideré hipocondríacos: es decir; gente para quienes la enfermedad se había vuelto un modo de vida. Ninguno tenía ninguna enfermedad médica detectable. Ninguno estaba deprimido. Todos tenían uno o más diagnósticos de enfermedades inexistentes, y todos tomaban varios medicamentos al día. El promedio de síntomas estaba por encima de quince. Fui capaz de persuadir sólo a dos de esos veintiuno de dejar los medicamentos y quitarse los diagnósticos falsos.

Cuando gané experiencia con este grupo de pacientes, aprendí a hacer dos preguntas muy reveladoras. La primera es: “¿Cuándo fue la última vez que estuvo en buena salud?” Nunca olvidaré a una mujer de unos cincuenta años que dijo, “Nunca he estado bien ni un día de mi vida. El día en que nací, el obstetra me dejó caer en el piso de la sala de parto. Mi madre me dijo que nunca estuve bien después de eso.”

La segunda pregunta es: “Si Ud. repentinamente se pone bien, estuviera libre de todos sus síntomas y pudiera hacer cualquier cosa que quisiera hacer, que haría diferente?” Los hipocondríacos se complican, incluso se vuelven confundidos, por la pregunta. Con frecuencia su respuesta es justo una mirada en blanco. La enfermedad es el único modo de vida que parece viable. La buena salud no parece ser una opción, incluso teóricamente.

En mi práctica, la única regla que encontré verdaderamente útil con los pacientes que rechazan todas las ofertas objetivas de ayuda es la antigua regla, conocida por todos los médicos:

*Primum non nocere*

(Primero, no dañar.)

Se necesita médicos muy especiales que atienden a estos pacientes y que evitan medicinas y cirugías innecesarias. Usted es afortunado si puede encontrar uno.

## Síntomas Rompecabezas

### Capítulo 8

#### **Enfermedades auto-inflingidas y enfermedades simuladas: los más rompecabezas de los síntomas**

En los capítulos precedentes he compartido con Ud. historias de pacientes cuyos síntomas rompecabezas son mal diagnosticados y mal tratados. He enfatizado que cuando un completo plan de trabajo de su médico (examen físico, trabajo de laboratorio, estudios de imágenes y una cuidadosa revisión de la historia) no revela una enfermedad médica como la causa de sus síntomas, es importante para Ud. que lleve un cuidadoso diario de sus síntomas, considere a qué sustancias puede haberse expuesto o ingerido, y examine sus condiciones de vida, su situación laboral, y las relaciones personales por estrés que pueden producir sus síntomas. He repetido que debe hacerse dos preguntas importantes cuando haga los registros en su diario:

*¿Qué estoy haciendo en mi vida que no estoy haciendo?*

*¿Qué no estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?*

Este consejo es predicado en mi aceptación de sus síntomas como reales y mi confiada creencia que las causas para síntomas reales puede descubrirse por un trabajo detectivesco cuidadoso y por llevar un diario.

Hay un completamente diferente juego de síntomas complicados que los médicos a veces encuentran. En este capítulo, daré una mirada cuidadosa a estas situaciones con el propósito de contrastar con los síntomas que probablemente está experimentado. Ningún diario ayudará a pacientes con los síntomas de la clase que este capítulo se ocupa.

Los síntomas más rompecabezas que un médico encuentra son los auto-inflingidos o simulados. “Auto-daño” es el término recientemente sugerido para desórdenes en este tipo de pacientes. Marc Feldman en su libro enciclopédico *Playing Sick* (New York: Brunner-Rutledge, 2004), sugiere cuatro alteraciones separables: Síndrome de Munchausen, Munchausen inducido por otro, Simulación o *malingering* (fingir

enfermedad para obtener algo) y trastorno facticio. La característica común de estos desórdenes es que los pacientes deliberadamente se causan daño o lesión a ellos mismos, fingen síntomas y luego niegan que la lesión es auto-infligida. Gente con Munchausen por otro ocasionan daño a otra persona, generalmente un niño, para producir enfermedad.

El síndrome Munchausen recibió este nombre por un Baron von Munchausen de verdad, un aristócrata alemán del siglo dieciocho que tenía la reputación de contar cuentos e historias acerca de sus fantásticas aventuras que estuvieron circulando en su época. Pacientes con síndrome de Munchausen se mudan de una ciudad a otra contando increíbles historias sobre sus enfermedades fabricadas. Ellos también se causan daño real por medios elaborados, como inyectarse heces, tomar anticoagulantes, causarse sangrados, inyectarse insulina, o fingir serios trastornos neurológicos. La lista de daños continúa y continúa. La ganancia psicológica aquí es atención y aceptación que no puede ser obtenida por normal interacción social humana. Este síndrome es considerado más bien como un trastorno psiquiátrico.

El Munchausen inducido por otro es definido como alguien que causa daño a otra persona para producir enfermedad. Con más frecuencia esta persona es la madre que causa enfermedad a uno de sus hijos. Esto es un crimen, pero existe disputa sobre si es también un trastorno psiquiátrico. En cualquier modo, siempre debería ser reportado a la policía.

Simulación o *malingering* es un daño consciente o fabricación de una enfermedad para obtener drogas, o ganancia monetaria o cualquier otra ganancia tangible. Esto con frecuencia coexiste con un trastorno de personalidad, tal como una personalidad antisocial o *borderline*.

Los trastornos facticios son definidos como auto-provocados o enfermedades simuladas. Estas condiciones difieren del Síndrome de Munchausen en que estos pacientes tienden a estar en un lugar y puede estar empleados y en alguna extensión tener vidas productivas. Los pacientes con el verdadero Munchausen están consumidos completamente por lo falso y llevan sus vidas dedicadas a estar en hospitales, lograr ser operados, mudarse de un lado a otro y engañar a los médicos con elaborados esquemas de fraude. La ganancia es con frecuencia la emoción de hacer tontos a los expertos, aun poniendo en peligro sus vidas.

Por largo tiempo se pensaba que estos problemas eran raros. Encuestas recientes, sin embargo, según Marc Feldman, revelan que 9.3 por ciento de los pacientes de cuidado terciario tiene trastornos facticios y que 1.3 por ciento de pacientes ambulatorios tienen la alteración (comunicación personal). Pacientes con Munchausen y trastornos facticios encuentran una amplia variedad de métodos para causarse daño, como verá en las siguientes historias.

+ + +

### **Una enfermera con grandes hematomas**

La Srta. V.N. una enfermera instructora, de veintiocho años me consultó por hematomas (“morados”) extensos, profundos, en su abdomen, brazos y muslos. Ella enseñaba en una escuela de enfermería de un instituto universitario en una ciudad cercana.

Cuando hice el examen físico inicial, con frecuencia hizo comentarios dramáticos sobre su salud previa. Por ejemplo, cuando examiné su ojo izquierdo, ella dijo, “Oh, tuve un problema con ese ojo. Cuando estaba con mis padres en la selva en Indonesia en un viaje misionero, me corté el ojo con un cuchillo de carnicero. El líquido del ojo se derramó por mi cara.”

Contestando a esto, le pregunté cómo era que ahora tenía un ojo normal. Me dijo que en el hospital de la misión había un cirujano excelente que le cosió el ojo inmediatamente. Supe de una vez que esto era imposible, y permanecí alerta ante la posible fabulación durante el resto del examen.

Con casi cada órgano que examiné, la Srta.V.N. relató algunas enfermedades graves que había tenido de niña y detalló también una completa recuperación. Su corazón había escapado de un serio daño de la válvula mitral por fiebre reumática. Sus pulmones habían curado luego de una infección profunda por hongos. Había tenido parásitos en su hígado, ahora eliminados. Había tenido cólera y fiebre tifoidea y una serie sin fin de enfermedades graves. Ella se había recuperado de todo sin secuelas.

Comenté que era notable el que pareciera estar en tan excelente salud. Ella sonrió ampliamente y no dijo nada.

Estudios de su coagulación mostraron tiempos de coagulación prolongados. El tiempo prolongado para que su sangre coagule regresó a lo normal cuando se añadió protamina a su sangre en el laboratorio. La protamina revierte los efectos de la heparina, así que estos hallazgos podían sólo ser explicados por heparina inyectada, un fuerte anticoagulante. La heparina, que hace menos viscosa a la sangre y con frecuencia resulta en hematomas, explicaba los síntomas rompecabezas de la Srta. V.N.

Pedí una consulta psiquiátrica. Juntos el psiquiatra y yo confrontamos a la Srta. V.N. sobre las inyecciones de heparina. Vehementemente negó haberse inyectado.

El psiquiatra y yo habíamos trabajado juntos con una serie de pacientes de modo que estuvimos de acuerdo en tratar de ayudar a la Srta. V.N. Era el año 1977, bastante antes que el Dr. Feldman y otros más claramente definieran estos desórdenes y describiera métodos para tratar a estos pacientes. Ambos sabíamos en ese tiempo, sin embargo, que la mayoría de pacientes con heridas o enfermedades auto-causadas no regresarían por atención médica. Una vez que la causa del daño es descubierta, ellos se mudan a otros médicos. Estuvimos esperanzados de ganar algún entendimiento de las causas de tal aberrante conducta.

Unas pocas semanas más tarde me llamaron a la emergencia donde encontré a la Srta. V.N. yaciendo en una cama, sonriendo y hablando con una enfermera, tenía un gran absceso en el músculo de su brazo izquierdo. Más tarde los cultivos reportaron estafilococos. Ella me dijo que había dejado que sus estudiantes de enfermería practiquen inyecciones en ella y que alguna estudiante debió haber fallado en la técnica estéril. Salí al pasillo y llamé a la jefa de la escuela de enfermeras donde la paciente enseñaba. Me dijo que la práctica de inyecciones estaba prohibida. Encaré a la Srta. V.N. con esta información. Ella insistió que estaba diciendo la verdad.

Ingresamos a la Srta. V.N. a la unidad de corta estancia ya que el drenaje del absceso requería una profunda incisión y drenaje. Al día siguiente, cuando entré a su habitación, encontré a la Srta. V.N. dejando salir sangre de vía venosa al cesto de la basura. Se estaba desangrando ella misma. Había una gran cantidad de sangre en el cesto. Su nivel de hemoglobina era muy bajo. Llamé al psiquiatra, y arreglamos una reclusión en la unidad psiquiátrica. Una reclusión involuntaria corta era todavía posible en ese tiempo si los pacientes eran un peligro para ellos u otros. A este punto había alcanzado los límites de



mi experticia. Le dije al psiquiatra y a la paciente renunciaría a su cuidado después de que sea dada de alta. Le escribí una carta pidiéndole que busque a otro médico en un plazo de dos semanas. El psiquiatra me dijo que continuaría viendo a la Srta. V.N. porque él pensaba que podía ayudarla. Me dijo pocas semanas después de que la paciente se fue a su casa, que él estaba haciendo progresos y que ella estaba ganando conciencia de su enfermedad.

Luego la Srta. V.N. desapareció. Seis meses más tarde, recibí una llamada de un médico de una ciudad de Florida. Dijo que la Srta. V.N. estaba en su oficina y que le había dicho que ella había estado bajo mi cuidado por leucemia aguda pero que ella estaba en remisión. Le conté a este médico toda la historia y le deseé éxito. Nunca más oí de la Srta. V.N. ni nada sobre ella.

#### **Comentario:**

En los años setenta, la mayoría de los médicos consideraban no tratables a alteraciones como las de la Srta. V.N., tal como yo las consideré. La mayoría de nosotros despedíamos los pacientes de nuestras consultas. Como mencioné antes, *Playing Sick* de Marc Feldman da una revisión extensa de estos síndromes y modos de confrontar y ayudar a algunos de estos pacientes. Las familias con enfermos con estos problemas son urgentes a ayudar a buscar atención psiquiátrica a largo plazo.

Hoy, la Srta. V.N. sería etiquetada con el diagnóstico de Síndrome de Munchausen ya que ella se mudaba y contaba historias increíbles. Su caso ilustra los extremos de mentir y de auto-dañarse que los pacientes de Munchausen continuarán haciendo un esfuerzo para obtener atención médica y confundir a los médicos.

+ + +

#### **Una adolescente con múltiples abscesos en sus piernas**

Era residente cuando Lucie, una adolescente, fue ingresada en múltiples ocasiones por grandes abscesos profundos en sus muslos y parte posterior de las piernas. Durante años, había perdido mucho tejido muscular y la piel de sus miembros inferiores estaba muy pegada a los huesos subyacentes. Ella podía caminar sólo con muletas. La

desfiguración era extrema y contrastaba agudamente con la belleza de la cara y parte superior del cuerpo de Lucie. Se encontró durante una de sus hospitalizaciones que se estaba inyectando ella misma con un insecticida. Nadie había sido capaz de convencerla de parar esta conducta, tampoco los repetidos confinamientos en la unidad psiquiátrica habían sido de ayuda.

**Comentario:**

El número y clases de sustancias que son auto-inyectadas por los pacientes con estos trastornos con casi ilimitados. Estos tipos de casos pueden pasar no detectados por largos períodos hasta que alguien sospeche la auto-agresión y descubra la causa real. El tratamiento con frecuencia falla porque muchos de estos pacientes desaparecen o se mudan a otros médicos. Lucie sería clasificada como una paciente con un trastorno facticio o fabricado. Estos pacientes buscan atención, un cálido contacto humano, y una atención cuidadosa, y pueden causarse daño serio y duradero a ellos mismos en el esfuerzo de lograr esos fines. Algunos de esos pacientes, si son estudiados meticulosamente por un equipo de médicos, enfermeras y psiquiatras, pueden ser ayudados. Hay ahora reportes de pacientes en remisión por largos períodos. Usted puede leer reportes extensos de tales tratamientos en *Playing Sick* de Feldman.

+ + +

**Una mujer con hematomas y azúcar baja en sangre**

Cuando era residente, ingresamos a T.J. una mujer de cerca de cuarenta años por convulsiones y múltiples hematomas en su piel. Aparte de esto se encontraba en buena salud. Los exámenes de laboratorio inicialmente mostraron glicemia baja que regresó a lo normal en pocas horas. Exámenes de coagulación mostraron baja actividad de protrombina en su sangre. La protrombina es un componente químico esencial para coagular la sangre. Muchas enfermedades pueden causar una reducción de protrombina. La combinación de azúcar baja con un trastorno de coagulación produjo toda suerte de extrañas especulaciones y conjeturas.

La piel de T.J. estaba lacerada en gran parte de su cuerpo. Cada lesión estaba apareada con otra idéntica. Fueron llamadas laceraciones en mariposa por su parecido con pequeñas mariposas. No había lesiones en la piel de su espalda en el área entre los omoplatos. La apariencia de mariposa y su ausencia en un área que T.J. no podía alcanzar fácilmente significaba una sola cosa. Ella se había pinchado para producirse esas laceraciones difusas. El defecto de coagulación y la baja actividad de protrombina fueron encontradas después ser debidas a la ingestión del anticoagulante Coumadin. Cuando se confrontó con la otra información ella también admitió las inyecciones de insulina para bajar la glicemia.

### **Comentario:**

El caso de T.J. ilustra a los extremos que los pacientes con síntomas auto-infligidos pueden llegar a fin de presentar rompecabezas clínicos. T.J. se estaba inyectando insulina, tomando Coumadin y pinchándose ella misma para causarse hematomas. Ella se fue contra opinión médica y se perdió su seguimiento. Ella sería clasificada como un caso de trastorno facticio (fabricado).

+ + +

### **Otra clase de auto-daño con una motivación diferente**

La Sra. L.H. tenía unos cuarenta años cuando la conocí, y fue admitida por cólico renal (dolor típico por el paso de un cálculo renal). Éste era su quinto ingreso por cólico renal.

Me pidieron verla como consultante endocrino para tratar de descubrir qué clase de cálculos renales tenía. Intentos previos para encontrar fragmentos de las piedras en su orina habían fracasado. Toda su química sanguínea era normal, lo que excluía las causas más comunes de cálculos renales. Todas las muestras de orina tenían gran cantidad de glóbulos rojos, un hallazgo típico del paso de cálculos renales.

Cuando entre a la habitación, estuve un poco sorprendido de hallar a la Sra. L.H. sentada en una silla, especialmente porque estaba retorcida de dolor. Hice todas las preguntas estándares y mi examen físico. Tenía muy mala higiene dental con encías

hinchadas y muchas caries en sus dientes. Pedía repetidamente más narcóticos para el dolor.

Al cernir su orina en un recipiente especial adaptado al retrete se obtuvo pequeños fragmentos marrones. Cuando se analizaron en el laboratorio, las piedras fueron encontradas ser en su mayoría de xantina. Nunca había oído una piedra de xantina. Justo cuando empezamos a buscar en la literatura sobre piedras de xantina, la enfermera me llamó al piso. Acababa de sorprender a la Sra. L.H. arrodillada en el retrete, rompiéndose sus encías con la cáscara de pacanas (una especie de nuez), y dejando salir y caer la sangre junto con las cáscaras en la recolección de orina. Cuando la confrontamos, ella lo negó enfrente de la enfermera que la había visto hacerlo.

### **Comentario:**

A diferencia de la Srta. V.N., la Sra. L.H. no estaba buscando obtener atención, sino satisfacer su adicción a los narcóticos. El Dr. Feldman la clasificaría como una *malingerer* ya que ella estaba buscando una recompensa tangible, y no una psicológica. Por cierto, las cáscaras de pacana tienen alto contenido en xantinas. Si la enfermera no la hubiera visto causarse el sangrado, puedo imaginarme las revistas médicas discutiendo las piedras renales de xantina.

+ + +

### **Fiebre recurrente con aire debajo de la piel**

Este caso fue contado hace muchos años una y otra vez por los residentes en el hospital de Vanderbilt. Registré esta historia en dos de mis libros—*Med School* y *Twentieth Century Men of Medicine: Personal Reflections*. La historia vale la pena contarla de nuevo porque ilustra cuán difícil puede ser para un doctor obtener una historia exacta, y cuán extraña esa historia puede resultar. La historia también muestra cuán inusual puede ser una sustancia inyectada.

Sam, un hombre joven de unos veinte años, fue hospitalizado repetidamente por una curiosa combinación de fiebre alta y aire bajo la piel del tórax que se extendía hasta sus brazos. Esto se llama enfisema subcutáneo, lo cual es una mezcla de griego y latín para

indicar “aire bajo la piel.” Al tocar la piel de la gente con esta alteración se tiene una sensación de crujido que es inconfundible. La condición es siempre rara y usualmente es producida por una fractura costal que lacera el pulmón, y permite que el aire se esparza debajo de la piel del tórax. No había fracturas de costillas en este paciente.

El caso fue presentado en varias ocasiones en más de un año, en las conferencias semanales de casos. Muchas sugerencias diagnósticas de conexiones inusuales y bizarras entre su tráquea o su esófago y piel fueron exploradas. Nunca se encontró nada. Algunos doctores sugirieron que una nueva bacteria formadora de gas era la causa. En cada admisión le daban antibióticos y la fiebre desaparecía así como el aire debajo de la piel. Sam permaneció como un misterioso rompecabezas médico y un reto hasta que el Dr. Rudolph Kampmeier, el maestro en diagnósticos, fue llamado finalmente para ver al joven.

He aquí la historia que Kampmeier obtuvo del paciente, una que ninguno previamente había logrado extraer del joven: Sam vivía en el campo con su familia. Su padre administraba una estación de gasolina a corta distancia de su casa. Una que otra noche su novia caminaba desde su casa hasta la estación, unos pocos metros más allá. Ellos se encontraban en la parte de atrás de la estación de gasolina y tenían relaciones, pero no de la manera corriente. La muchacha había persuadido a Sam que le deje insuflar aire con una bomba de balones de fútbol. Ella mordía un pequeño hueco en su brazo, insertaba la aguja en la bomba, y bombeaba suficiente aire para llenar la piel debajo de su tórax. A ella le gustaba la sensación crujiente del aire debajo de la piel. A Sam no le importaba. En la mayoría de ocasiones, nada malo pasaba. Sin embargo, si presentaba fiebre, él sabía que recibiría tratamiento en el hospital y que se pondría bien. Además de lograr la verdadera historia, Kampmeier logró que Sam cesara la práctica. El no se volvió a presentar en el hospital.

### **Comentario:**

Este caso muestra los secretos acuerdos que pueden hacerse entre dos personas que consienten. Este caso difiere de los casos Munchausen por otros, donde una persona intencionalmente causa daño a otra e intenta a propósito producir hallazgos anormales y lesión. A menudo en estos casos, una madre hace esto clandestinamente a su hijo.

En este caso, no hay intención de producir daño, realmente lo opuesto. El intento era un deseo de aumentar el placer sexual pero los medios bizarros escogidos probaron ser no sanitarios y peligrosos. La infección que Sam desarrollaba de tiempo en tiempo provino de una bomba sucia de bicicleta y de contaminación de saliva en la mordedura. Hubo una confabulación sólo para evitar que la verdad sea conocida por los médicos, no para causar daño.

Aquí otros dos casos donde la gente puede hacerse daño no intencional, pero no intentan engañar a los médicos.

+ + +

### **Una anciana con un nivel bajo de potasio**

Me pidieron evaluar a la Sra. G.O. por su bajo nivel de potasio en sangre. La Sra. G.O. tenía ochenta años y era una abuela de diez. Los niveles bajos de potasio pueden ser por pérdida gastrointestinal (o por vómito y diarrea) o por exceso de excreción urinaria. Si el nivel de potasio en orina es muy bajo, significa que la pérdida es del tracto gastrointestinal o de excreción renal previa. El hallazgo del bajo potasio en la orina de la Sra. G.O. indicaba que ella estaba haciendo una de tres cosas, vomitando secretamente, tomando diuréticos y no admitiéndolo, o usando grandes cantidades de laxantes secretamente. En general, en el paciente anciano, lo más probable es el abuso de laxantes.

En estas situaciones hay un modo de preguntar que aumenta la probabilidad de obtener una respuesta verdadera. La mayoría de la gente que está vomitando secretamente, tomando diuréticos o abusando de laxantes no querrá admitirlo. Hacer esas preguntas indirectamente es la mejor estrategia para obtener la verdad. Si digo, “¿Está tomando grandes cantidades de laxantes?” probablemente obtendré una negación. De hecho, el interno ya había tenido una negativa de la Sra. G.O al uso excesivo de laxantes cuando hizo la pregunta directamente.

Un amigo mío había inventado lo que llamaba la “pregunta de ubicuidad.” Es útil siempre que Ud. esté buscando información. En esta situación con la Sra. G.O., dije, “Sra. O., muchos pacientes que veo toman laxantes diariamente. Algunos que conozco

toman un frasco de Leche de Magnesia a diario. Algunos tienen que tomar cuatro o cinco frascos al día. ¿Cuántos toma Ud.?”

Ella rápidamente contestó, “Oh, sólo tomo dos frascos al día.”

La “pregunta de ubicuidad” permite un amplio rango de respuestas, y permite, incluso permite, casi cualquier conducta. En situaciones de auto-perjuicio, el mejor modo es tratar de obtener una verdadera respuesta.

### **Comentario:**

El abuso de enemas y laxantes son comunes en ancianos. El estreñimiento parece estar siempre presente, y es posible que alguna suerte de placer se produce con los movimientos intestinales forzados inducidos por laxantes o enemas. Se que es un problema difícil, y muchos pacientes continúan tomando cantidades excesivas de laxantes aun cuando se han advertido de no hacerlo. Bajo nivel de potasio puede ser peligroso y disparar arritmias cardiacas. En pérdida severa de potasio, la debilidad muscular puede ser extrema con pérdida de habilidad para caminar, así como verá en el caso siguiente.

Las familias con ancianos que están inusualmente débiles deberían estar alerta por el abuso de laxantes. La motivación para esos pacientes no es la atención o recompensa. Estos pacientes son realmente lo opuesto de la auto-dramatización del Síndrome tipo Munchausen. La gente con abuso de laxantes esconde y niega el problema. Muchos de ellos creen que mejora su salud y resisten a la idea de que se están lastimando ellos mismos.

+ + +

### **Un hábito bizarro todavía visto en el Sur rural**

La Srta. B.N. tenía diecinueve años, rentaba una parcela de tierra, no era casada y estaba embarazada por tercera vez. Fue referida al centro médico por estar parcialmente paralizada y tener muy bajo potasio en sangre. Además estaba presentando episodios periódicos de latidos cardíacos muy rápidos (taquicardia ventricular).

Su potasio urinario era bajo, sugiriendo una pérdida gastrointestinal de potasio. Negó vómito, diarrea o abuso de laxantes. También negó uso previo de diuréticos. Dijo que

cada vez que estaba embarazada, presentaba severa debilidad y palpitaciones. Los dos primeros embarazos terminaron en el segundo trimestre con pérdidas espontáneas. Esta era la primera vez que había buscado atención médica con su embarazo.

Los exámenes de laboratorio no mostraron la causa de los síntomas de la Srta. B.N. Sólo fue cuando su tía la visitó que descubrimos el origen de la pérdida de potasio. La tía nos dijo que era común en las muchachas embarazadas de esa zona comer arcilla. La arcilla tenía un sabor dulce y el embarazo producía un ansia por el gusto de la arcilla. La tía se preguntó si podía haber una conexión entre comer arcilla y la enfermedad de su sobrina.

La arcilla era de color gris y venía de un banco especial cerca del río. Cuando exploramos esto más con la Srta. B.N., ella admitió comer cerca de un litro de arcilla por día. La “*pica*,” o el ingerir sustancias no nutritivas, era tan difundida en la zona, que nadie (excepto la tía de la Srta. B.N.) había considerado la posibilidad de que pudiera ser insalubre o peligroso.

Después de restitución con grandes cantidades de potasio oral e intravenoso, la Srta. B.N. recobró su fuerza completamente y desaparecieron las taquicardias. Continuó con un embarazo a término y un parto normales.

### **Comentario:**

En este caso la ingesta de una sustancia explica los síntomas inusuales. Aquí, el paciente no escondió la sustancia a su médico, pero no lo reportó en su historia porque era una práctica tan común consumirla cuando se estaba embarazada. Se necesitó de un observador astuto como la tía, para hacer la conexión entre comer arcilla y la enfermedad. La arcilla que la Srta. B.N. comió era principalmente tierra diatomácea. Se formaba de pequeñas diatomeas que flotaban en océanos prehistóricos y más tarde se asentaron en la arcilla en los bancos de arcilla. Cuando la examinamos en el laboratorio, la arcilla era capaz de enlazar y atrapar grandes cantidades de potasio. La arcilla en el tracto gastrointestinal atrapaba al potasio y se eliminaba con las heces, robando a la Srta. B.N. una importante sustancia corporal.

Comer arcilla es todavía común en muchas áreas del Sur rural. Era muy común entre esclavos, y con frecuencia conducía a la muerte. La asociación con la pérdida de potasio,



por supuesto, era desconocida, pero la enfermedad se llamaba *Cachexia Africanus* y fue reportada en la literatura médica en la mitad del siglo dieciocho.

Para aquellos de Uds. con síntomas rompecabezas, quiero enfatizar que las condiciones auto-infligidas no son lo esencial de este libro. Mi preocupación principal es con síntomas complicados cuya causa con más frecuencia es la exposición a una sustancia o a un estrés circunstancial lo cual puede probarse causa el síntoma. Sin embargo, ningún libro sobre síntomas complicados podría estar completo sin incluir estos casos de auto-daño, no sólo porque son más difundidos de lo que se creía anteriormente, como reportó el Dr. Feldman, sino también porque ellos con frecuencia se convierten en condiciones peligrosas y que amenazan la vida. Mi esperanza es que los casos reportados aquí alertarán a las familias, que sospechen que alguno de sus miembros tiene una condición auto-infligida, a buscar ayuda profesional y a reconocer el peligro de la situación.



## Síntomas Rompecabezas

### Capítulo 9

#### Alcoholismo: la enfermedad oculta

De todas las enfermedades, hay una cuyo diagnóstico es frecuentemente pasado por alto en la medicina americana. Puede producir casi cualquier síntoma, así que necesita considerar cuidadosamente si Ud. o un familiar pudiera ser una víctima.

La enfermedad es muy común, afecta más de diecisiete millones de americanos y causa dolor y angustia a más de ochenta millones de familiares. Es invariablemente fatal a menos que se diagnostique y maneje. Es una enfermedad progresiva, que cada año se hace peor. No puede curarse pero puede ser tratada y controlada. Tristemente, la enfermedad con frecuencia es negada por sus víctimas aun a punto de morir.

La enfermedad es la adicción al alcohol. Sus víctimas son alcohólicos crónicos.

El abuso del alcohol es aun más común, y explica un gran porcentaje de graves lesiones y muerte por accidentes de tránsito. La adicción al alcohol y el abuso del alcohol pueden ser silentes e ignorados por médicos y familiares por largos períodos. Algunos pacientes negarán abuso o adicción aun en sus lechos de muertes.

Ambos abuso y adicción son diagnósticos muy difíciles de hacer. El alcoholismo ha sido malentendido por muchos profesionales de la salud, incluyendo yo mismo. Hasta muy recientemente, tuve una idea equivocada de lo que pensaba era la adicción al alcohol. Tuve el concepto erróneo que el alcoholismo era siempre *secundario* a otra condición. Por ejemplo, pensé que tomar en exceso era respuesta a la pena o depresión, o algunos recuerdos dolorosos de la infancia, o situación dolorosa en el trabajo o matrimonio. En otras palabras, pensé que siempre era una enfermedad *secundaria*. Ese no es el caso para la mayoría de los alcohólicos.

La adicción al alcohol es una enfermedad primaria. Esto significa que es una enfermedad por si misma. Puede existir y existe sola, sin ningún otro estado asociado. Por supuesto la gente algunas veces bebe mucho en respuesta a situaciones agudas. Y ciertamente depresión, ansiedad, memorias dolorosas, y situaciones estresantes ocurren en las vidas de alcohólicos pero no son condiciones necesarias. Los alcohólicos son adictos al alcohol aun en completa ausencia de cualquier condición coexistente. Cuando

un alcohólico recuperado me dijo, “Diablos, beberé porque el sol está brillando afuera.” No tiene que haber una razón para beber cuando uno es un alcohólico. El deseo por el alcohol es el único motivador y ninguna cantidad de bebida lo extinguirá. La abstinencia es el único camino saludable.

Aquí está la forma como la adicción al alcohol parece que funciona. Primero, el alcohólico tiene una predisposición genética heredada para volverse adicto al alcohol. No hay actualmente una prueba para la presencia o ausencia del gen. Si un familiar cercano (abuelos, padres, hermanos, tíos) es un alcohólico, entonces Ud. está a riesgo, de volverse alcohólico. Esto no significa que tiene el gen pero está a riesgo de tenerlo. No hay forma actualmente de predecir exactamente quien tendrá el gen.

Sin la carga genética, la sabiduría popular dice que no está a riesgo de convertirse en un adicto al alcohol. Sin embargo, Ud. todavía podría ser un abusador del alcohol.

Si tiene la predisposición genética, así es como la adicción surge. Usted, o alguien con la carga genética comienza a tomar bebidas alcohólicas. Al principio y en las etapas tempranas del alcoholismo, esto se hace puramente por lograr las sensaciones de elación o euforia. Este período de bebida sólo por el efecto eufórico, es grandemente variable en duración. Puede durar muchos años. Después de un tiempo, el cerebro no responde más justo a la euforia sino que demanda más alcohol y lo hace por crear un intenso deseo de ingerir alcohol. Esta intensa ansiedad aumenta hasta que controla completamente la vida del alcohólico. Su intensidad es como quedarse sin respirar veinte pies debajo del agua. La sensación de necesidad de aire y la voluntad para alcanzar la superficie para tomar aire son similares a la necesidad del alcohólico por el alcohol. El apetito es insaciable. Finalmente, ninguna cantidad de alcohol lo saciará. La búsqueda infructuosa para satisfacer el apetito lleva a bajar la espiral hacia la muerte, encarcelamientos, descalabro familiar, pérdida de trabajo y divorcio.

Este apetito anormal puede comenzar con el primer trago o puede ocurrir muchos años después de haber comenzado a beber. Cuando el deseo aumenta, así aumenta la cantidad de alcohol consumido. Ninguna cantidad eliminará el apetito y lenta pero seguramente el alcohólico está en el camino a la muerte. El alcoholismo a menos que se controle, es siempre una enfermedad fatal. El hígado se endurece y se hace cirrótico, las venas en el esófago se dilatan y rompen, llevando con frecuencia a hemorragias mortales.

El abdomen se dilata con líquido que se acumula. El cerebro y los nervios se dañan llevando a alteraciones de la marcha, mentales y demencia. El corazón puede fallar. Todos esos cambios conducen a la muerte. El único modo para de escapar de esto es admitir el tratamiento y vivir en completa abstinencia del alcohol.

Hay un factor principal que evita que el alcohólico reconozca su problema. Se llama negación- que es tan real e intensa que oculta la realidad. Mis colegas que se especializan en tratar alcohólicos me cuentan historias de pacientes que negaban completamente su adicción aun cuando estaban vomitando sangre por sus várices esofágicas rotas. También tuve un paciente que negaba su beber excesivo cuando estaba muriendo de insuficiencia hepática por su cirrosis alcohólica. A menos que se supere la negación, el alcohólico morirá de los efectos tóxicos del alcohol. De nuevo insisto, el alcoholismo es una enfermedad progresiva fatal y la negación poderosa y real.

Dudo si muchos de Uds. que están leyendo esto son alcohólicos que lo han admitido. Si Ud. lo es por favor busque ayuda intensiva la cual está disponible de muchas formas.

Si no sabe si Ud. es alcohólico, entonces por favor haga el test MAST en el Apéndice II. Sea honesto. Usted está buscando las causas de sus síntomas. Si obtiene un calificación alta busque ayuda. Podría acudir a su pareja o sus familiares. Pregúnteles lo que piensan de su bebida. Escúcheles y acepte su ayuda y consejo. Como quiera que sea busque ayuda profesional.

El primer paso es admitir que el alcohol controla su vida. Una vez que ha admitido eso, hay una serie de ayudas disponibles para mantenerlo sobrio.

Además de responder al test MAST, revise la lista de síntomas más abajo. La mayoría de los síntomas viene de los efectos tóxicos del alcohol. Si tiene uno o más de cualquiera de esos síntomas debería consultar a su médico: debilidad, mareo, dolor subesternal después de comer (por regurgitación esofágica), dolor abdominal, ataques de pánico no explicados, aumento de volumen del abdomen, o aumento de la talla de la correa, incapacidad de tener erecciones, aumento de volumen de las mamas en hombres, alteraciones de los patrones de sueño, sangre en heces, y vómito de sangre. Revise la piel de su pecho y busque diminutas redes rojas vasculares como arañas (angiomas) y edema de sus tobillos. ¿Ha perdido la sensación en sus pies o sus pies y manos le hormiguean?

Ninguno de estos síntomas es específico de alcoholismo o abuso de alcohol; sin embargo, todos esos síntomas deberían ser investigados médicamente.

Si Ud. es un alcohólico, no recordará o admitirá tener lagunas mentales. Pregunte a sus amigos o familiares si los ha tenido. Estos eventos son altamente sugestivos de alcoholismo.

El abuso de alcohol puede ocurrir en no alcohólicos. La definición de abuso de alcohol es muy variable de una persona a otra. Si Ud. como un hombre, está tomando más de 100 tragos por mes, o como mujer más de 80 tragos por mes, entonces Ud. está abusando del alcohol. Justo porque está tomando vino o cerveza, no crea que está escapando a los efectos tóxicos del alcohol. Aquí están los groseros equivalentes: un vaso de vino es igual a una lata de cerveza igual a un trago de whisky.

Si es un familiar de un alcohólico, hay toda clase de ayuda para que Ud. comience por buscar un capítulo de alcohólicos anónimos y trate de asistir a tres reuniones. Hable con su médico o consejero para pedir ayuda. Lea *Dying for a Drink* de Anderson Spickard, Jr., M.D. y Barbara R. Thompson (Nashville: W Publishing Company, Thomas Nelson, 2005). Este libro explica la enfermedad y da un buen consejo a las familias sobre cómo lidiar con la negación de la persona amada. Desbaratar la negación es el primer paso útil. Usted no causó el problema, Ud. no puede controlar la bebida, y no puede curar el problema. Sin embargo, puede contribuir al problema por hacer que el enfermo siga alcohólico. Aprenda cómo se puede reforzar la ingesta de alcohol y cómo dejar de hacerlo. Educarse Ud. mismo en alcoholismo puede ayudarlo a aprender los signos de alarma y a alertarlo a su propia predisposición genética para esta enfermedad.

Usted puede ser la única esperanza para el alcohólico. Busque ayuda profesional y guía para atender a Ud. y su familia en romper la negación de su pariente alcohólico.

## **Síntomas Rompecabezas**

### **Capítulo 10**

#### **Algunas conclusiones y consejos**

Mientras más pienso sobre el proceso diagnóstico, más veo ahora que la mayor parte de la maravillosa tecnología que tenemos hoy en día es visual. Está dirigida a ver la enfermedad. Tenemos ultrasonido para casi todos los órganos. Podemos mirar dentro de las pequeñas arterias del corazón. Con el MRI podemos ver detalles del cerebro y médula espinal o dentro de las articulaciones. Podemos dibujar casi todos los órganos y ver tumores pequeños. Con la arteriografía, podemos detectar estrechamiento de los vasos. Todos los exámenes de sangre son visuales de una forma u otra. Estamos en la edad y la era de la visualización médica.

En un sentido lamentable, la medicina está al borde de decir, “Si no podemos verlo, no existe.”

Sin embargo, las enfermedades y disfunciones con frecuencia no pueden ser vistas. La mayoría de los ejemplos de pacientes en este libro fueron oídos y no vistos. La excesiva confianza de la medicina en ver ha llevado a la declinación en el escuchar de los médicos. La queja más frecuente que oigo de los pacientes es que ellos no se sienten escuchados por sus médicos. Mientras sentirse escuchado es importante y aun vital para las relaciones humanas, estoy más preocupado sobre el hecho que escuchar es herramienta diagnóstica esencial para muchos síntomas. En el Capítulo 1, escribí sobre las enfermedades que pueden ser confirmadas por exámenes. También escribí sobre enfermedades que no pueden ser confirmadas por exámenes. Hablé del último tipo de enfermedad caracterizado por patrones o moldes o síndromes. Todos estos tipos de patrones de enfermedades deben ser desmenuzados principalmente por hablar y escuchar.

No es suficiente reconocer el patrón de una enfermedad. No es suficiente decirle a alguien que tiene el colon o una vejiga espástica, o cefaleas por tensión o dolor de espalda o indigestión o constipación. El doctor y el paciente deben descubrir qué en el paciente y su vida está causando “el patrón de enfermedad.”

Sugerí en los Capítulos 3, 4, y 5, que hay dos muy amplias categorías de causas:

1. Encuentros personales o sociales tóxicos que causan estrés.

## 2. Sustancias tóxicas que se ingieren o inhalan o que están haciendo contacto con la piel.

Todas estas causas de enfermedad requieren que Ud. preste cuidadosa atención en detalles de su vida a fin de descubrir lo que es singularmente ofensivo para Ud., su cuerpo, mente y espíritu. No solamente su médico, sino Ud. también debe convertirse en un mejor observador.

A pesar del enorme progreso técnico logrado en cuanto a exámenes y tratamientos, desde que comencé a ejercer medicina en los años cincuenta, hay una verdad decepcionante en relación con el prestar atención a la salud humana que permanece sin cambios: si Ud. es pobre y sin educación y carece de acceso a un cuidado médico adecuado, Ud. está más predispuesto a experimentar sufrimiento y dolor relacionado con la salud. Una buena cantidad de investigación ha sido dedicada a explorar las relaciones entre nivel socioeconómico y salud, y esto es apoyado por el sentido común que nos dice: la gente que comienza la vida en un ambiente saludable, a quien se le enseña hábitos de salud desde el principio, quienes se mantienen informados sobre cómo hacer dieta y ejercicio, y cómo afecta el ambiente a nuestra salud, y quien puede costear un buen cuidado médico generalmente tiene una vida sana y vive más. Hay también buena evidencia de que los más importantes factores socioeconómicos que influyen en la salud son alfabetización y años de educación formal. De la educación viene la habilidad para aprender qué es bueno para Ud. y qué no lo es. Además, no hay nada más estresante que ser analfabeta y pobre en una sociedad rica y culta. Ninguno de los métodos que he ofrecido en el libro para ayudar a comprender sus síntomas rompecabezas, le ayudará si Ud. está significativamente limitado por factores socioeconómicos más allá de su control. Esta es una triste y humillante verdad que los médicos aprenden una y otra vez a lo largo de toda una vida de práctica.

Cuando decidí escribir este libro, sabía que me estaría dirigiendo a un grupo selecto de lectores. Muchos de Uds. por una razón u otra – un hormigueo persistente, un dolor no diagnosticado, una tos persistente, una intranquilidad reciente – probablemente fueron atraídos por el prometedor título del libro. Algunos de Uds. pueden disfrutar leyendo sobre temas médicos de cualquier naturaleza. Otros pueden ir regularmente a consulta médica, y algunos otros de Uds. pueden resistir ir al médico hasta que sea absolutamente



necesario. Pero el hecho que Ud. esté leyendo este libro, muy probablemente indica que esta en una posición, por virtud de su educación, de aprovechar las sugerencias que he hecho. Por esa razón, voy recordarle un poquito más algunos principios esenciales de buena salud.

Ahora tengo setenta y seis años y a pesar de mi historia médica, siento que estoy en buena salud. No siempre he estado en buena salud. He tenido dos infartos, uno en 1984 y otro en 1992. Y no fue sino hasta mi segundo ataque al corazón que desperté y comencé a escuchar a mi médico. Finalmente vi que tan insalubrementemente estaba viviendo. Había dejado de fumar en 1977, gracias a Dios, pero todavía estaba demasiado gordo, tenía hipertensión arterial, no hacía ejercicio, y tenía el colesterol alto. Me incorporé a un programa de rehabilitación cardiovascular. Sabía que tenía que hacer algo para cambiar. Eso fue hace dieciséis años.

De todas las cosas que consideré e hice para mejorar mi salud, creo firmemente que el ejercicio fue el cambio más importante que hice. Por caminar rápido diariamente en una cinta caminadora, perdí veinte kilos en dos años. Tomo dos pastillas para la hipertensión, una para el colesterol y una aspirina. Mi presión arterial y el colesterol están en el rango normal bajo.

He hallado que hay tres componentes para ejercitar que son obligados si Ud. desea mejorar su salud. El ejercicio es lo mejor si optimiza su condición aeróbica, su flexibilidad articular y la fuerza muscular. Usted debe atender a cada uno de estos, diariamente si puede, pero al menos cinco veces por día. Si Ud. puede costearlo, inscribirse en un gimnasio le ayudará a obtener supervisión de su programa de ejercicio. Expertos en ejercicio puede ayudarle a diseñar un programa de ejercicios seguro que estará dirigido a su condición aeróbica, flexibilidad y fuerza muscular. Algunas empresas ahora patrocinan programas de ejercicio para sus empleados porque reconocen cuán importante es el ejercicio para la salud del empleado. Si Ud. no puede pagar un club de salud, o su empleador no provee ninguna clase de dependencia para la salud, entonces comience a hacer ejercicio por su cuenta. Simplemente aumentar la distancia que camina diariamente será un buen comienzo, y la biblioteca pública le proveerá de fuentes sobre ejercicio que mejoran flexibilidad y fuerza. No diga que “no tiene tiempo”. Aun si se siente “muy cansado,” encuentre un modo. El ejercicio regular le ayudará rápidamente a

dormir mejor y sentirse menos cansado. El ejercicio regular, seguro le brinda la cosa más cercana a una panacea. Es una “cura para todo” yo lo endoso.

Puede notar que no mencioné dieta. Por supuesto, reducir calorías llevará a perder peso, pero estudios muestran que la pérdida de peso no se mantendrá sólo con dieta. Fíjese en los grandes y lucrativos programas de perder peso que dependen del enrolarse repetidamente en ellos. Usted no puede mantener la pérdida de peso a menos que quemar calorías con ejercicio y se mantenga haciendo ejercicio. Le prometo que si Ud. realmente aprende cuanto caminar quema 100 calorías, comenzará a pensar dos veces antes de comer nada extra. Haga ejercicio, haga ejercicio, haga ejercicio.

Hay otro principio general que necesita considerar. Llamaré su atención a su relajación. Cada día mientras vivimos y trabajamos, nuestros cuerpos se ponen tensos no relajados. Al menos una vez al día, necesita parar y sentarse y no hacer nada, quiero decir nada. Este período necesita durar al menos veinte minutos. Puede llamarlo meditación, lo cual prefiero, o puede llamarlo oración o reflexión o estar atento o justo relajación. Como lo llame, aprenda a vaciar su mente y deje que los pensamientos fluyan adentro y afuera de su conciencia. Si tiene inclinación religiosa, recuerde que los monjes trapenses dicen: “El primer lenguaje de Dios es el silencio.” Haga silencio para Ud. mismo. Este período de silencio pondrá su cuerpo en un estado relajado. Durante estos veinte minutos, su cuerpo y mente regresan a su natural lugar de reposo. Su presión sanguínea bajará. Su frecuencia respiratoria bajará. Toda suerte de ajustes ocurrirá en su cuerpo.

Tengo una palabra final sobre salud y vivir. De mis lecturas he encontrado que el promedio de la duración de la vida humana está fija en los ochenta y cinco años más o menos cinco años. Para comparación, la duración de la vida para los perros es de alrededor de doce años; las tortugas pueden sobrevivir por cerca de doscientos años. Solamente unas pocas personas viven más de noventa años. La mayoría de los reportes sobre vidas extremadamente largas ha mostrado ser falsedades. Si Ud. llega a los cien, tendrá su foto en el *Today Show* en TV. Lea los obituarios y note como muy pocos están en sus noventa. A pesar de las nociones populares, la vida humana no ha aumentado en la historia registrada. Es el límite en años para nuestra especie, y a menos que alguna milagrosa alteración del genoma humano ocurra, la mayoría de nosotros viviremos no más de ochenta a noventa años.

Hay gran confusión entre expectativa de vida al nacimiento y la duración de la vida humana. La expectativa de vida es el promedio de edad a la muerte para la población nacida en cualquier año dado. Esto ha incrementado de cuarenta y cinco años en 1900 a cerca de ochenta años ahora. Casi todo el aumento en la expectativa de vida es el resultado de medidas de salud pública, como suministro de agua potable, de leche y vacunas para las enfermedades infecciosas de la infancia. Estas medidas han casi eliminado la muerte infantil temprana añadiendo muchos años a la expectativa de vida calculada. La atención médica, a pesar de las ideas populares, ha tenido muy poco o ningún efecto en la expectativa de vida al nacimiento.

En 1900, la expectativa de vida para una persona de ochenta y cinco años era de cerca de año y medio, en 2000, es sólo de dos años y medio. Los avances médicos permiten que más gente en sus setenta y ochenta sobreviva, pero no ha extendido la duración de la vida humana.

¿Qué significa esto para Ud.? Aquí está como lo veo. Usted no puede extender la duración de la vida humana, pero puede ser capaz de añadir años a su propia expectativa de vida. Ciertamente Ud. puede hacer cosas para mantenerse en una condición más vigorosa para que viva más activamente en sus últimos años. Como dijo alguien, “Si sabía que iba a vivir tanto, hubiera tomado mejor cuidado de mí.” El comediante George Burns, cuando estaba en sus noventa, dijo, “No comience nunca a dar esos pasitos.” Los pasos cortos vienen de pérdida de flexibilidad articular y enfermedad muscular. Si Ud. ya está dando pequeños pasos al caminar, comience a hacer ejercicios de estiramiento o tome clases de Yoga. Trabaje en dar pasos más largos. Mucho de lo que llamamos envejecimiento es simplemente desuso o “no uso” de nuestros cuerpos. “Lo que Ud. no usa, lo pierde.”

Si está abusando de su salud por fumar, uso excesivo de alcohol, comer en exceso, no hacer ejercicio. Ud. puede añadir años a su vida por cambiar sus hábitos de vida no sanos. Si no es culpable de hábitos no sanos, puede mejorar su salud con ejercicio diario y regular. Y si Ud. tiene algún síntoma, buscar ayuda médica y seguir los pasos en este libro pueden llevarlo a la causa.

Recuerde que aun la gente sana presenta algunas veces achaques y dolores o síntomas más seriamente problemáticos, y ahí es cuando Ud. necesita contestarse estas preguntas:

*¿Que estoy haciendo en mi vida que no debería estar haciendo?*

*¿Qué no estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?*

La respuesta con frecuencia será algo que Ud. puede cambiar.

## Apéndice I

### Algunos diagnósticos que nunca quisiera dejar pasar

Como dije antes, y quiero enfatizar de nuevo, la medicina moderna es extremadamente buena en hallar enfermedad. Avances en buscar, en medir y un nuevo conocimiento sobre marcadores genéticos, todo ha ayudado a aumentar la velocidad y confiabilidad del proceso diagnóstico. Sin embargo, hay unos pocos diagnósticos que pueden escaparse a través de rendijas y hay algunas enfermedades curables o tratables que Ud. no quiere que su médico deje escapar.

Algunas enfermedades pueden estar silenciosas por largos períodos, o ellas pueden producir una serie de síntomas. Para que se pierda un diagnóstico, una de varias cosas probablemente estará sucediendo:

+ + +

#### ***1. Los síntomas de la enfermedad pueden no ser localizados a un sistema u órgano.***

Son difusos y generalizados, como debilidad, fatiga, falta de energía, o vértigo. Es difícil para los médicos pensar en cada una de todas las enfermedades sistémicas o generalizadas.

+ + +

#### ***2. La enfermedad puede ser extremadamente rara y por lo tanto no considerada por el médico en la primera lista de posibilidades.***

El médico debe pensar en la enfermedad y buscarla antes de que pueda ser diagnosticada. Las siguientes son todas enfermedades raras que pueden escaparse. Todas ellas son también tratables o curables.

#### **Enfermedad de Adisson** (insuficiencia adrenal y falta de cortisol)

Síntomas: pérdida de peso, debilidad, presión arterial baja, y oscurecimiento de la piel.

**Hipopituitarismo** (falla de la glándula pituitaria con pérdida de función tiroidea, adrenal y gonadal).

Síntomas: debilidad, baja presión arterial, intolerancia al frío, engrosamiento de la piel, falta de apetito, ausencia de menstruaciones en mujeres, o falta de libido e impotencia en hombres. Tratada por reemplazo de apropiadas hormonas sexuales, tiroideas y adrenales.

**Hiperparatiroidismo** (debido a un pequeño tumor en la glándula paratiroides en el cuello con alto nivel de calcio y bajo de fosfato en sangre)

Síntomas: ningún síntoma por muchos años, luego cálculos renales, falta de apetito, dolores abdominales, y huesos frágiles. Curado por remoción quirúrgica del tumor paratiroideo.

**Feocromocitoma** (altos niveles de adrenalina producidos por un tumor)

Síntomas: pocos síntomas excepto los relacionados a la alta presión arterial con amplias fluctuaciones. Curado por remoción quirúrgica del tumor de la glándula adrenal.

**Meningitis crónica, micótica o tuberculosa** (infección crónica del cerebro)

Síntomas: cefaleas crónicas, fiebre, sensación general de mala salud. Curada con medicamentos apropiados.

***Miastenia gravis*** (debilidad muscular que revierte)

Síntomas: debilidad muscular en cualquier parte del cuerpo, visión doble, dificultad para abrir los ojos ampliamente. Los síntomas son aliviados inmediatamente por un test con Tensilon (cloruro de edrofonio) intravenoso. Muchas drogas pueden controlar esta condición.

**Hemocromatosis** (niveles altos de hierro que causa una cirrosis del hígado)

Síntomas: ninguno hasta tarde en el curso de la enfermedad cuando pueden ocurrir diabetes *mellitus* y falla hepática. La piel algunas veces es bronceada. Se necesita medir

niveles de hierro en cualquiera con diabetes *mellitus* y enfermedad hepática. La enfermedad es tratada por repetida extracción de sangre.

**Enfermedad de Wilson** (altos niveles de cobre como causa de insuficiencia hepática aguda)

Síntomas: esta enfermedad es familiar. Ningún síntoma hasta que ocurre la falla hepática. Unos curiosos anillos son visibles alrededor de la córnea del ojo. Debe pensarse en la enfermedad para hacer el diagnóstico precozmente. La enfermedad es tratada con drogas que remueven cobre del cuerpo.

+ + +

### ***3. La enfermedad es común y tratable o curable, pero la manifestación es rara.***

Hay un viejo dicho: “Manifestaciones raras de enfermedades comunes son más comunes que manifestaciones comunes de enfermedades raras.” He aquí algunas raras o inusuales manifestaciones de algunas enfermedades:

**Derrame pericárdico en hipotiroidismo** (colección de líquido alrededor del corazón)

Síntomas: todos los síntomas de función tiroidea disminuida— intolerancia al frío, piel gruesa, falta de energía, funciones mentales lentas. El hallazgo de fluido alrededor del corazón deriva atención del médico erróneamente al corazón y lo aleja del pensar en hipotiroidismo.

**Insuficiencia cardíaca congestiva** (con alto gasto) debida a fístula arterio-venosa

Síntomas: todos los síntomas de insuficiencia cardíaca—edema en las piernas, cansancio al respirar, falta de energía, debilidad. El antecedente de una lesión traumática tal como herida con arma blanca o de fuego, puede crear un gran flujo de sangre a través de una conexión de arteria a vena (fístula AV) y llevar insuficiencia cardíaca. La reparación quirúrgica de la conexión vascular puede curar la insuficiencia cardíaca.

**Insuficiencia cardíaca congestiva** (con alto gasto, en hipertiroidismo). Otra forma curable de enfermedad.

Síntomas: todos los síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva con edema de las piernas, corazón agrandado, dificultad para respirar, falta de energía y debilidad. Altos niveles de hormonas tiroideas pueden llevar a producir insuficiencia cardiaca. Tratamiento del hipertiroidismo curará la insuficiencia cardíaca.

+ + +

#### ***4. Al examen físico se deja escapar el hallazgo anormal.***

Aquí algunas condiciones que se pueden fácilmente perder al examen físico. De nuevo, todas estas condiciones son curables y tratables.

**Insuficiencia aórtica** (un soplo muy débil)

**Estenosis mitral** (soplo muy localizado a un área pequeña)

**Estenosis pulmonar** (soplo débil)

**Tumor dentro de la aurícula** (un soplo cambiante que semeja los sonidos de la insuficiencia mitral)

Síntomas: estas cuatro condiciones al comienzo no tienen síntomas. Finalmente, a menos que sean encontradas y corregidas quirúrgicamente, todas llevan a insuficiencia cardiaca. Ellas deben ser escuchadas por el médico. Las señalo aquí porque los soplos son débiles, difíciles de oír. El médico debe “pensar” en estas condiciones y escuchar cuidadosamente para oír las características de los sonidos.

**Coartación de la aorta con hipertensión** (pulsos ausentes en los tobillos)

Síntomas: no hay ningún síntoma hasta tarde en el curso de la enfermedad. Una coartación es un estrechamiento de la aorta. Este estrechamiento causa presiones arteriales muy altas en los brazos y bajas en las piernas. Es una causa conocida de hipertensión arterial y puede ser corregida quirúrgicamente. Cada persona con hipertensión necesita que se le tome la presión arterial en las piernas para detectar esta alteración.

+ + +



Los diagnósticos mencionados hacen mi lista de enfermedades tratables que nunca quisiera dejar pasar en ninguno de los pacientes que vea. Algunas de estas condiciones no tendrán síntomas por un largo período. Antes de que consuma mucho tiempo en llevar un diario o buscar otras causas para sus síntomas complicados, asegúrese de que su médico ha descartado todas estas y otras enfermedades tratables.



## Apéndice II

### MAST: Un test diagnóstico para alcoholismo

#### Test Michigan para despistaje de alcoholismo (MAST) Encierre en círculo las respuestas afirmativas.

1. ¿Siente que es un bebedor normal? (Normal significa que Ud. bebe menos que o tanto como otros y no ha tenido un problema recurrente cuando bebe.)
2. ¿Se ha despertado en la mañana después de haber bebido la noche anterior y se ha dado cuenta que no puede recordar parte de la noche?
3. ¿Usted o sus padres o cualquier otro pariente cercano, su esposa o pareja se ha preocupado o quejado de su bebida?
4. ¿Puede dejar de beber sin dificultad después de uno o dos tragos?
5. ¿Se siente culpable de su bebida?
6. ¿Sus amigos o familiares piensan que Ud. es un bebedor normal?
7. ¿Es capaz de dejar de beber cuando quiere?
8. ¿Ha asistido a alguna reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?
9. ¿Ha tenido peleas físicas cuando ha estado bebiendo?
10. ¿Su bebida ha creado problemas entre Ud. y sus padres, u otro familiar, su esposa, o pareja?

11. ¿Cualquier miembro de su familia ha buscado ayuda por su bebida?
12. ¿Ha perdido amigos por su bebida?
13. ¿Ha estado en problemas en su trabajo o escuela a causa de la bebida?
14. ¿Ha perdido un trabajo por la bebida?
15. ¿Ha descuidado sus obligaciones, sus tareas escolares, su familia, o su trabajo por dos o más días continuos porque estaba bebiendo?
16. ¿Bebe Ud. antes del mediodía con frecuencia?
17. ¿Le han dicho que tiene problemas hepáticos o cirrosis?
18. ¿Después de beber fuertemente ha tenido temblores severos, o escuchado voces o visto cosas que no estaban allí en la realidad?
19. ¿Ha acudido a alguien en busca de ayuda por su bebida?
20. ¿Ha estado en el hospital por su bebida?
21. ¿Ha sido un paciente en un hospital psiquiátrico o unidad psiquiátrica de un hospital general donde el beber era parte del problema que terminó en hospitalización?
22. ¿Ha sido visto en una clínica de salud mental o psiquiátrica o ido donde cualquier médico, trabajador social o religioso en busca de ayuda por un problema emocional donde la bebida era parte del mismo?

23. ¿Ha sido arrestado por manejar ebrio, manejar mientras está intoxicado o manejar bajo influencia de bebidas alcohólicas o cualquier otra droga? (Si la respuesta es si, ¿cuántas veces?).
24. ¿Ha sido arrestado o llevado en custodia aun por pocas horas, a causa de su conducta por estar ebrio?

### Solución al test MAST

**Respuesta para cada pregunta - De puntuación en la siguiente forma:**

1. 2 por No
2. 2 por Si
3. 1 por Si
4. 2 por No
5. 1 por Si
6. 2 por No
7. 2 por No
8. 5 por Si
9. 1 por Si
10. 2 por Si
11. 2 por Si
12. 2 por Si
13. 2 por Si
14. 2 por Si
15. 2 por Si
16. 1 por Si
17. 2 por Si
18. 2 por Si
19. 5 por Si
20. 5 por Si
21. 2 por Si
22. 2 por Si
23. 2 por Si
24. 2 por Si

De 5 puntos por alucinaciones o *delirium tremens* y de 2 puntos por cada episodio adicional sufrido.

**Interpretación:**

0-3 puntos = probablemente un bebedor normal

4 puntos = puntuación en el borde

5-9 puntos = 80% asociado con alcoholismo/dependencia química

10 o más puntos = 100 % asociado con alcoholismo

El Dr. Anderson Spickard, Jr. (Anderson Spickard, Jr., M.D. y Barbara R. Thompson; Nashville; *Dying for a Drink*; W Publishing Company, Thomas Nelson, 2005) usa la puntuación de la siguiente manera. Citándolo textualmente, “Si la puntuación es 10-15, estoy cómodo con recomendar al paciente asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos regularmente. Si la puntuación es más alta, en el rango de 15-20, es improbable que las reuniones de AA sean suficientes para el paciente, y recomiendo hospitalización o tratamiento ambulatorio intensivo después de que él o ella esté desintoxicado.”





**Apéndice III**  
**Formulario del diario para registrar síntomas**  
**Paso Uno: registre intensidad de los síntomas**

Hora	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab
2:00 a.m.							
4:00 a.m.							
6:00 a.m.							
8:00 a.m.							
10:00 a.m.							
12:00 mediodía							
2:00 p.m.							
4:00 p.m.							
6:00 p.m.							
8:00 p.m.							
10:00 p.m.							
12:00 medianoche							

**Paso UNO:**

En cada espacio en blanco, inserte la intensidad de sus síntomas (en una escala de 0 a 10). Registre intensidades en la noche sólo si está despierto. Registre sus calificaciones durante toda la semana.

Usted está buscando variaciones o los altibajos de sus síntomas durante la hora del día o el día de la semana.

¿Cuál es el patrón de su síntoma?



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
 Exteriores  
 Polvo o polen  
 Ubicación de aire o calefacción  
 Animales y mascotas  
 Plantas  
 Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
 Comida  
 Líquidos  
 Crema dental  
 Enjuague bucal  
 Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
 Jabón  
 Detergente de ropa  
 Ropa  
 Joyas  
 Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
 Tópicos de conversación  
 Familia política  
 Personas en que se piensa  
 Recuerdos  
 Sueños  
 Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

**¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?**  
**¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?**



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
 Exteriores  
 Polvo o polen  
 Ubicación de aire o calefacción  
 Animales y mascotas  
 Plantas  
 Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
 Comida  
 Líquidos  
 Crema dental  
 Enjuague bucal  
 Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
 Jabón  
 Detergente de ropa  
 Ropa  
 Joyas  
 Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
 Tópicos de conversación  
 Familia política  
 Personas en que se piensa  
 Recuerdos  
 Sueños  
 Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

**¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?**  
**¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?**



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
Exteriores  
Polvo o polen  
Ubicación de aire o calefacción  
Animales y mascotas  
Plantas  
Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
Comida  
Líquidos  
Crema dental  
Enjuague bucal  
Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
Jabón  
Detergente de ropa  
Ropa  
Joyas  
Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
Tópicos de conversación  
Familia política  
Personas en que se piensa  
Recuerdos  
Sueños  
Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?  
 ¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?





**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
 Exteriores  
 Polvo o polen  
 Ubicación de aire o calefacción  
 Animales y mascotas  
 Plantas  
 Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
 Comida  
 Líquidos  
 Crema dental  
 Enjuague bucal  
 Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
 Jabón  
 Detergente de ropa  
 Ropa  
 Joyas  
 Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
 Tópicos de conversación  
 Familia política  
 Personas en que se piensa  
 Recuerdos  
 Sueños  
 Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?  
 ¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
Exteriores  
Polvo o polen  
Ubicación de aire o calefacción  
Animales y mascotas  
Plantas  
Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
Comida  
Líquidos  
Crema dental  
Enjuague bucal  
Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
Jabón  
Detergente de ropa  
Ropa  
Joyas  
Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
Tópicos de conversación  
Familia política  
Personas en que se piensa  
Recuerdos  
Sueños  
Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?  
 ¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
Exteriores  
Polvo o polen  
Ubicación de aire o calefacción  
Animales y mascotas  
Plantas  
Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
Comida  
Líquidos  
Crema dental  
Enjuague bucal  
Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
Jabón  
Detergente de ropa  
Ropa  
Joyas  
Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
Tópicos de conversación  
Familia política  
Personas en que se piensa  
Recuerdos  
Sueños  
Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?  
 ¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?



**Síntomas rompecabezas**  
**Apéndice III**  
**Formato del diario para registrar síntomas**  
**Paso Dos: Haga observaciones**

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Ubicación	Intensidad síntoma	Observaciones
6:00 a.m. - 12:00 mediodía			Aire:* Oral:* Piel:* Social:* Otro:*
12:00 - 6:00 p.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
6:00 p.m. - 12:00 noche			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:
12:00 medianoche - 6:00 a.m.			Aire: Oral: Piel: Social: Otro:

**Sugerencias para las observaciones**

**\*Aire y alrededores**

Interiores  
 Exteriores  
 Polvo o polen  
 Ubicación de aire o calefacción  
 Animales y mascotas  
 Plantas  
 Otros

**\*Ingesta oral**

Drogas (lista)  
 Comida  
 Líquidos  
 Crema dental  
 Enjuague bucal  
 Otros

**\*Contacto con piel**

Cosméticos  
 Jabón  
 Detergente de ropa  
 Ropa  
 Joyas  
 Otros

**\*Ambiente social y gente**

Personas presentes  
 Tópicos de conversación  
 Familia política  
 Personas en que se piensa  
 Recuerdos  
 Sueños  
 Otros

**Paso DOS:** (Use una página para cada día de la semana)

Usando la información del Paso UNO, comience a hacer observaciones en el período de tiempo que precede el síntoma intenso. Ponga atención a sustancias, personas y ambiente a su alrededor.

Pregúntese:

¿Qué estoy haciendo en mi vida que *no* debería estar haciendo?  
 ¿Qué *no* estoy haciendo en mi vida que debería estar haciendo?





## Apéndice IV

### Comparta sus experiencias y éxitos con otros

Muchos de ustedes han experimentado éxito en aliviar sus síntomas con los métodos e información descrita en *Síntomas Rompecabezas*. Queremos oír de Ud. y pedirle que comparta su historia con otros. Puede o no darnos su nombre. Su historia puede ayudar a alguien que todavía está sintomático bajo una circunstancia similar. (Use páginas adicionales como sea necesario.)

Provea una breve historia de sus síntomas:

---

---

---

Describa cómo descubrió la causa de sus síntomas:

---

---

---

Describa qué hizo para obtener mejoría o alivio de sus síntomas:

---

---

---

Tiene permiso para publicar mi historia pero **no** usar mi nombre:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarlo si es necesario?  Si  No

Si, tiene permiso para publicar mi historia y usar mi nombre:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario por correo a:** Cable Publishing, Attn: Puzzling Symptoms Reports, 14090 E. Keinenen Road, Brule, WI 54820

**Envíe este formulario por fax a:** (0715) 372-8448



## Síntomas rompecabezas

### Sobre el autor

El Dr. Clifton K. Meador, nació en Alabama en 1931, asistió a Vanderbilt School of Medicine en Nashville donde se graduó con honores. Terminó su internado y comenzó su residencia en el Columbia Presbyterian Hospital en New York, luego pasó dos años en el Army Medical Corps antes de terminar su residencia y N.I.H. Fellowship en Endocrinología en Vanderbilt.

Durante su larga y variada carrera médica, el Dr. Meador dirigió el N.I. H. Clinical Research Center en Alabama, sirvió como decano de School of Medicine en University of Alabama en Birmingham, creó el servicio de enseñanza de Vanderbilt en Saint Thomas Hospital en Nashville, Tennessee, y entrenó a muchos médicos jóvenes como *Professor* de Medicina en Vanderbilt University y Meharry Medical College. En los últimos diez años, ha servido como Director Ejecutivo de The Meharry Vanderbilt Alliance, una fundación que financia un programa cooperativo clínico, educativo, de investigación y de entrenamiento para Meharry Medical College y Vanderbilt University.

El Dr. Meador ha publicado mucho en la literatura médica; es quizá mejor conocido por “The Art and Science of Nondisease” y “The Last Well Person,” ambos publicados en *New England Journal of Medicine*, y “A Lament for Invalids,” publicado en *Journal of the American Medical Association*. Los artículos son tratamientos satíricos del exceso en la práctica médica.

Meador también es autor de varios libros médicos populares, como *Symptoms of Unknown Origin*, *Little Book of Doctor's Rules*, *Little Book of Nurse's Rules*, y *Med School*. Además de este pasatiempo principal: el escribir, disfruta del trabajo en madera y hacer muebles y de jugar golf (una meta es derrotar a su edad). Meador es el orgulloso padre de siete hijos. Está casado con Ann Cowden, una consumada artista pintora de retratos.

## Otros libros de Clifton K. Meador M.D.

*A Little Book of Doctors' Rules*<sup>\*</sup>, by Clifton K. Meador, M.D., Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 1992.

*A Little Book of Nurses' Rules*, by Rosalie Hammerschmidt, R.N., and Clifton K. Meador, M.D., Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 1993.

*Pearls from a Pediatric Practice I*, by William Wadlington, M.D., and Clifton K. Meador, M.D., Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 1998.

*A Little Book of Doctors' Rules II: A Compilation*<sup>\*\*</sup>, by Clifton K. Meador, M.D., Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 1999.

*A Little Book of Emergency Medicine Rules*<sup>\*\*\*</sup>, by Corey M. Slovis, M.D., Keith D. Wrenn, M.D., and Clifton K. Meador, M.D., Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 2000.

*How to Raise Healthy and Happy Children: A Pediatrician's Pearls for Parents*, by William Wadlington, M.D., Clifton K. Meador, M.D., and Marietta Howington, M.A., Authors Choice Press, iUniverse.com, Inc., 2001.

*The Unknown Woman and Her Children: The Meador Family of Myrtlewood*, by Clifton K. Meador, Privately Published, 1995.

*Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey*, by Clifton K. Meador, M.D., Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005.

*Twentieth Century Men in Medicine: Personal Reflections*, by Clifton K. Meador, M.D., Authors Choice Press, iUniverse.com, Inc., 2007.

*Med School*, A new edition, by Clifton K. Meador, M.D., Brule, WI: Cable Publishing, 2008.

---

\* Traducido al japonés, español, polaco, italiano e indonesio.

\*\* Traducido al español

\*\*\* Traducido al español







