

Padecimientos funcionales del aparato digestivo, 2a. parte*

Participantes:

Coordinador: Dr. Bernardo Tanur Tatz, presidente de la Asociación de Medicina Interna de México. Profesor de Medicina Interna y Gastroenterología, Facultad de Medicina. U.N.A.M.

Dr. Carlos Campillo Serrano, Jefe interino de la unidad de Psiquiatría, Sanatorio Español.

Dr. Horacio Jinich, Miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Mexicana de Gastroenterología.

Dr. David Kershenobich, Médico titular, jefe de sector, División de Medicina y departamento de Gastroenterología. Miembro de la Clínica de Hígado. I.N.N.

Dr. Luis Martín Abreu, Profesor de Clínica de Gastroenterología, Facultad de Medicina. U.N.A.M.

Dr. Manuel Ramírez Mata, Médico titular, Jefe de Sector, División de Medicina y Departamento de Gastroenterología, Jefe del Laboratorio de estudios motores del Aparato Digestivo, I.N.N.

Dr. Tanur A qué factores endógenos y exógenos se atribuyen estos padecimientos?

Dr. Jinich Los factores endógenos apenas empiezan a conocerse; ya mencioné algunos al referirme a tendencia familiar. En contraste, se sabe que intervienen varios factores exógenos en la génesis de estos padecimientos. Son de diversos tipos: 1) psíquicos, como ansiedad, depresión, tensión, etc.; 2) hábitos inadecuados de alimentación, defecación, y otros; 3) abusos alimenticios; 4) intolerancia a medicamentos; y 5) trastornos reflejos secundarios a enfermedades de otros aparatos y sistemas: ginecológicos, urológicos, cardiovasculares, etc.

Dr. Tanur ¿Son importantes las costumbres alimenticias?

Dr. Jinich Lo son, pero en menos proporción que los factores nerviosos que suelen acompañar los hábitos dietéticos defectuosos.

Dr. Tanur ¿Qué padecimientos gastrointestinales o sistémicos favorecen su presentación?

Dr. Jinich La litiasis biliar y las alteraciones tiroideas, paratiroides y suprarrenales. También tenemos la deficiencia de lactasa, con frecuencias erróneamente diagnosticada como colon irritable.

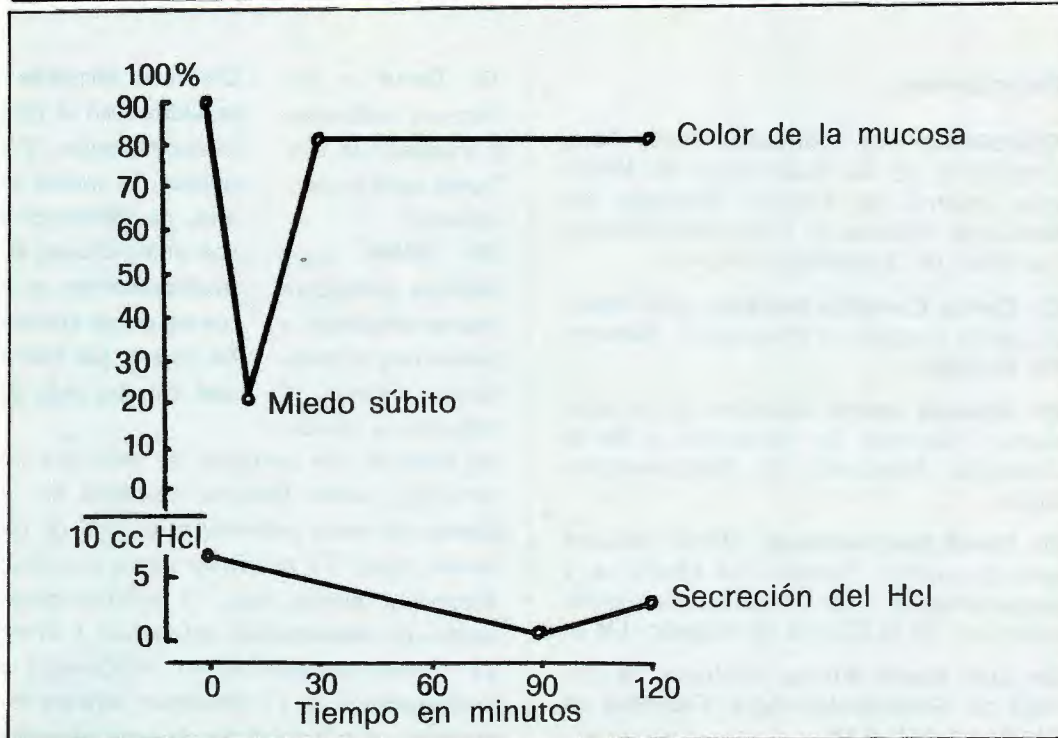
Dr. Tanur Indudablemente, interviene en la presentación de estos padecimientos factores psicológicos de las personas afectadas.

Dr. Campillo Creo que, en la actualidad, nadie pone en duda el papel que desempeña el aspecto emocional, ya no sólo en padecimientos funcionales, sino en toda la patología del organismo. Es más, creo que

Diversos factores exógenos intervienen en la génesis de estos padecimientos, a saber: 1) psíquicos, 2) malos hábitos dietéticos, de defecación, etc. 3) abusos alimenticios, 4) intolerancia a medicamentos, y 5) padecimientos de otros aparatos y sistemas. De todos, los factores psicológicos son los más importantes.

*La primera parte de esta Mesa Redonda apareció en el Vol. XXII, Año 22, No. 2 de 1979 de la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Fig. 1. Respuesta de la vascularización y secreción de la mucosa del estómago al miedo súbito.



no existe un solo padecimiento en que en alguna manera ya sea en génesis, curso o forma de expresión intervenga la esfera psíquica.

Dr. Kershenovich Se ha demostrado en forma concluyente que estímulos de origen emocional pueden provocar trastornos en la motilidad del aparato digestivo, de mag-

nitud tal que produzcan dolor. Se ha observado respuesta visceral a traumas emocionales en sujetos con fistulas y gastrotomías, mediante exploraciones endoscópicas, estudios radiológicos, estudios de motilidad, tono y secreción.

La frecuencia de alteraciones psiquiátricas en los pacientes con trastornos funcionales digestivos es alta, y oscila en cifras cercanas al 50 por ciento, tanto para depresión como para ansiedad. En un estudio llevado a cabo por nosotros en el Instituto Nacional de la Nutrición, en el cual se analizó un grupo de 70 pacientes con trastornos funcionales digestivos, se encontró que el 75 por ciento de ellos cursó con depresión y el 66 por ciento con ansiedad. Es importante el hecho de que, a pesar de reconocer la asociación con estados psicológicos en la actualidad aún no sea posible contar con un perfil de personalidad o enfermedad psiquiátrica, o factores de stress desencadenantes que se puedan relacionar en forma específica a este síndrome. El estado actual de los factores psicosomáticos en relación

Fig. 2. Respuestas de la mucosa gástrica a hostilidad y resentimiento.

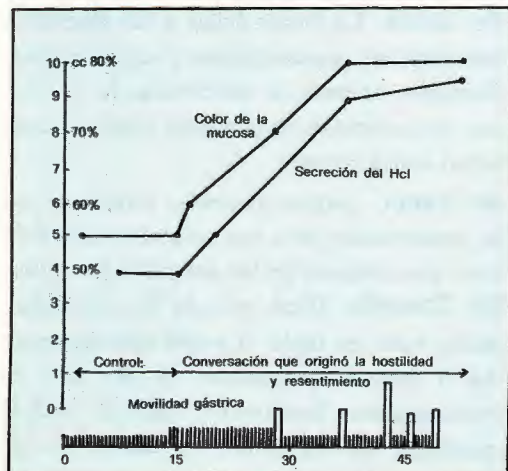


Fig. 3. Valores basales de ácido clorhídrico en un periodo de ansiedad, en comparación con periodos previos y posteriores.

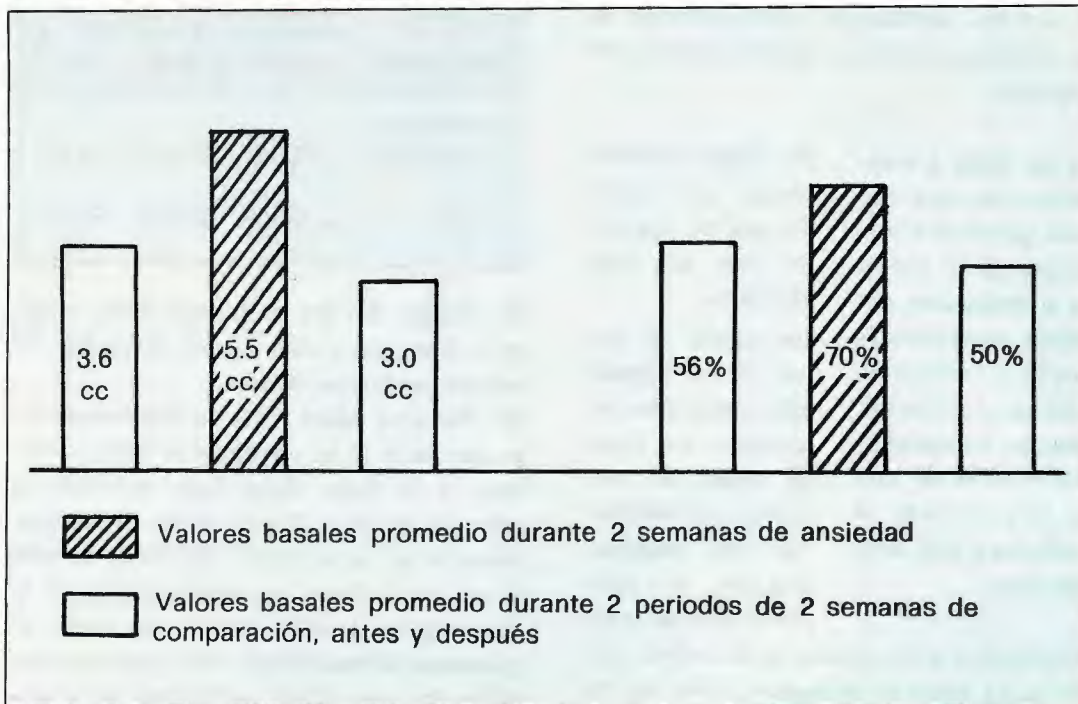
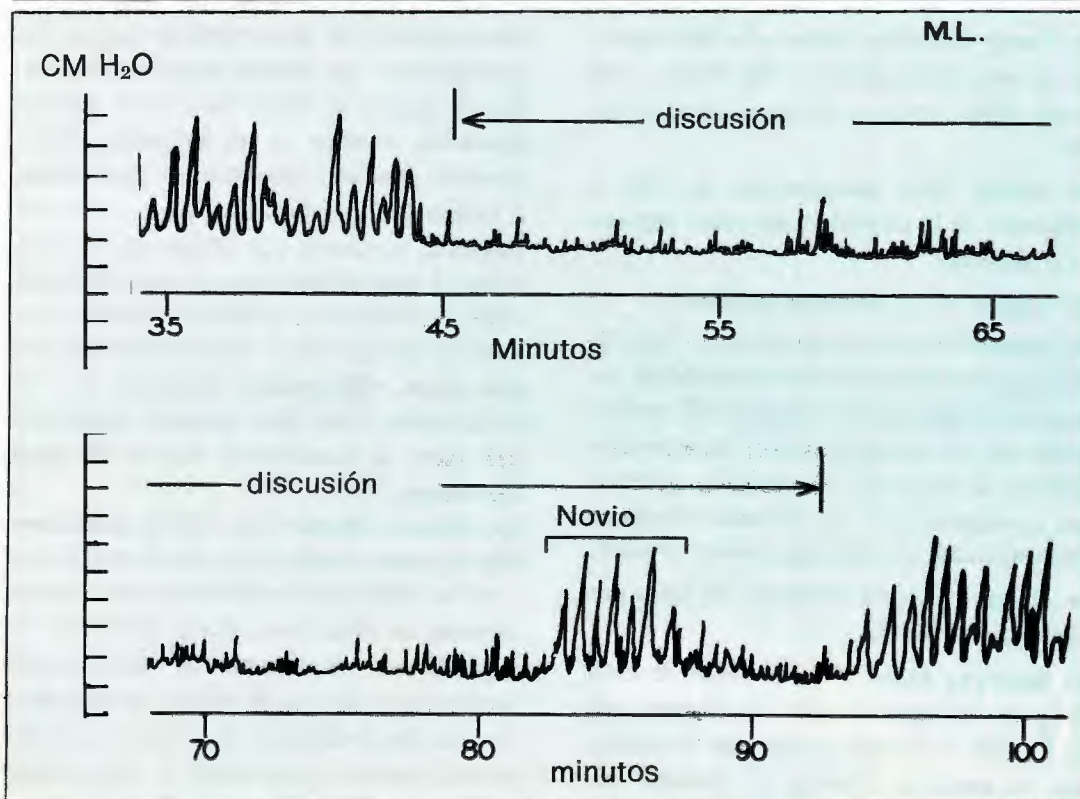


Fig. 4. Disminución de la movilidad del colon izquierdo durante estado de ansiedad provocado por entrevista emocionalmente traumática, y restablecimiento de la movilidad normal.



a esta enfermedad sugiere que los trastornos funcionales digestivos pueden resultar de factores ambientales sobreimpuestos en un individuo somático o genéticamente predispuesto.

El colon irritable se debe a trastornos de motilidad de ese órgano; la dispepsia gástrica a aumento o reducción de la movilidad, secreción e irrigación del estómago; el reflujo gastroesofágico puede deberse a trastornos del esfínter esofágico inferior, pero también puede acompañar a la hernia hiatal o coincidir con padecimientos vesiculares, el embarazo y problemas del aparato genital femenino.

Dr. Tanur Veamos ahora qué partes del aparato digestivo son las más afectadas.

Dr. Jinich El colon es el órgano más comúnmente afectado. Le sigue en orden de frecuencia el estómago. Del intestino delgado, se sabe poco, dada su poca

accesibilidad a los estudios cuantitativos. Lo que se ha dicho de la vesícula biliar es, en gran parte, fantasía. En oposición a la opinión popular, no hay evidencias de que el hígado pueda resultar afectado por factores emotivos.

Dr. Tanur Pasemos ahora a la fisiopatología de estos padecimientos. **Dr. Jinich**, ¿qué puede usted decirnos sobre el colon irritable.

Dr. Jinich Este padecimiento se debe a trastornos de la motilidad del colon izquierdo o derecho.

Dr. Tanur ¿Y la dispepsia gástrica?

Dr. Jinich Esta parece tener como base fisiológica una alteración en la movilidad, secreción e irrigación del estómago. El cambio puede ser en sentido positivo: hiperfunción gástrica, o negativo: hipofunción gástrica, que corresponden a las llamadas dispepsia hiperesténica e hiposténica, respectivamente.

Dr. Tanur ¿Podría hablarse de síndrome ulceroso sin úlcera?

Dr. Ramírez Mata Esto es difícil de definir, pero, en muchos casos de síndrome ulceroso, sin evidencia radiológica de úlcera, ésta se descubre cuando se practica una endoscopia.

Fig. 5. Trastornos funcionales digestivos.

Resultados	Síntomas digestivos	Ansiedad	Depresión
Controles normales	13.3%	10.6%	25.3%
TFD's	100%	32.8%	40.8%

Dr. Tanur En los problemas altos, como en la dispepsia, ¿existe alguna alteración del esfínter esofágico inferior?

Dr. Ramírez Mata Esto lo desconocemos, ya que nadie lo ha estudiado en forma completa a la fecha. Para fines prácticos se sabe que de 40 a 60 por ciento de las personas en la quinta y sexta década de su vida tienen hernia hiatal por deslizamiento. A la mayor parte de ellas no les pasa nada, ni presentan sintomatología. Sólo padecen molestias los que tienen problemas del esfínter. Se sabe que éste es sensible a la gastrina y parece ser que esta hormona es muy importante para el buen funcionamiento del esfínter esofágico inferior. En base a estas observaciones, se han estudiado sujetos sin hernia hiatal que tienen trastornos del esfínter; algunos de éstos van a tener además alteración motora en el estómago. Estos estudios aún son insuficientes para llegar a conclusiones definitivas; pero, afortunadamente, contamos con drogas que actúan sobre el área esfinteriana, ya sean bloqueadores, estimulantes, y hasta derivados hormonales de gastrina o colecistoquinina que, por ahora, sólo pueden emplearse por vía endovenosa. Esto abre grandes posibilidades para el tratamiento futuro de estas afecciones.

Dr. Martín Abreu Este reflujo gastroesofágico puede existir con o sin hernia hiatal, y se ha observado en personas con padecimientos de otras áreas de la economía, en especial los vesiculares; las embarazadas suelen sufrir ese tipo de reflujo, a veces muy intenso; los problemas de ovario y aparato genital femenino repercuten en alteraciones de esta función esfinteriana. Surge entonces

Fig. 6.

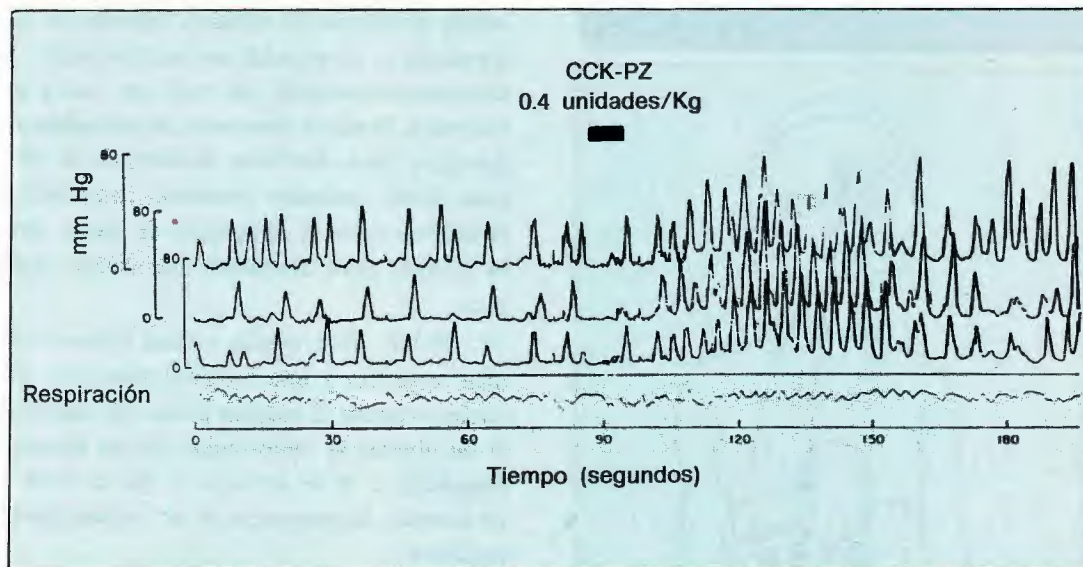


Fig. 7.

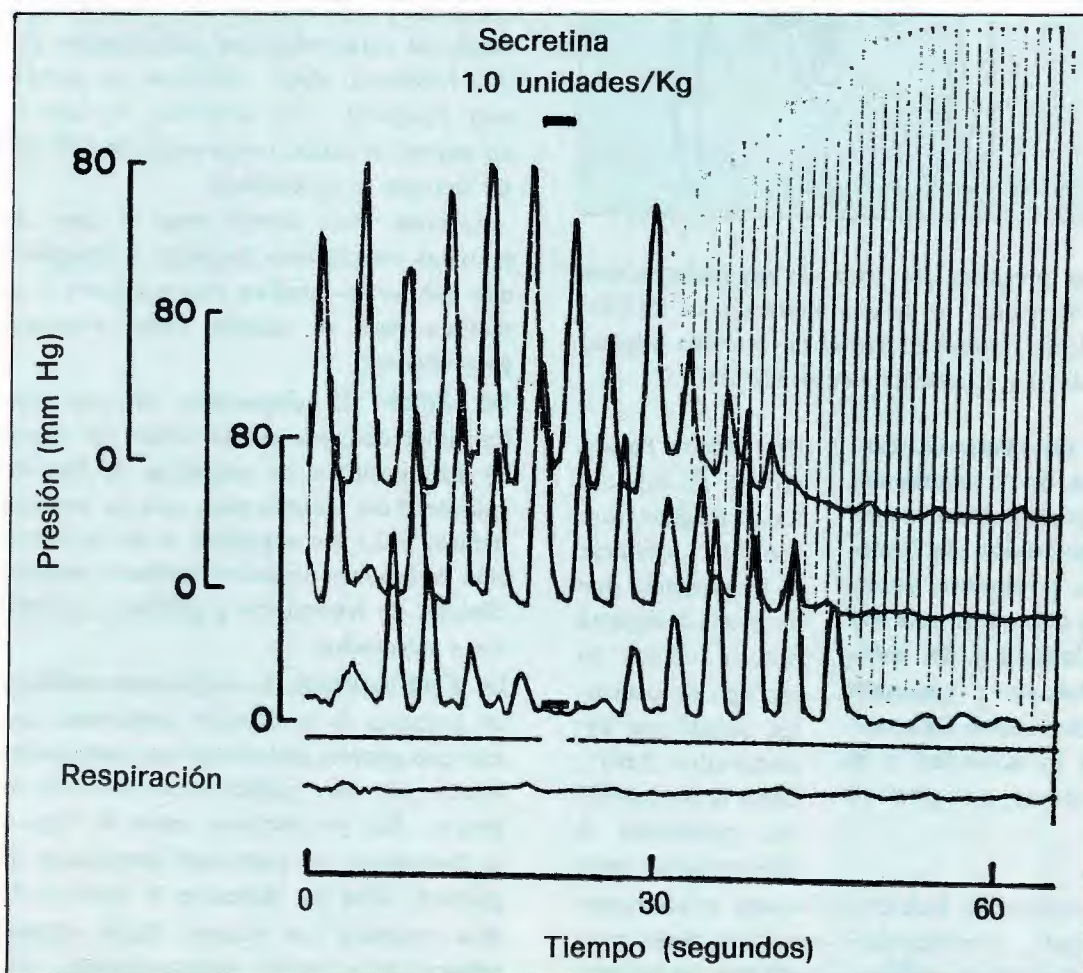
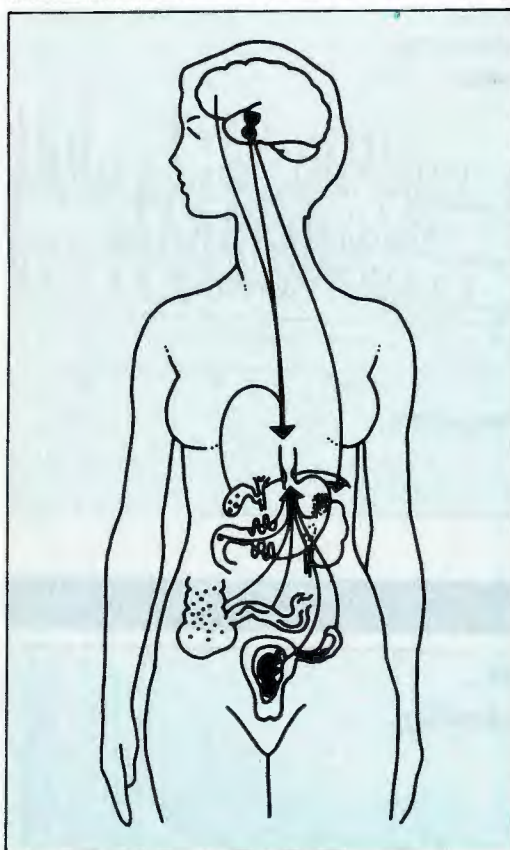


Fig. 8. Diversos mecanismos que participan en la dinámica del esfínter esofágico inferior.



la pregunta ¿se trata de un padecimiento "funcional" o de una alteración de la fisiología normal en virtud de cambios originados en el sistema neuroendócrino?

El diagnóstico de alteración funcional se basa en 1) presencia de factores causales bien identificados y 2) exclusión de lesiones orgánicas, y requiere de un estudio clínico completo, una exploración cuidadosa y de estudios de laboratorio y gabinete completos y adecuados. Es esencial identificar la ansiedad o la depresión mediante preguntas orientadas.

Dr. Tanur Pasando ya al capítulo del diagnóstico, conviene destacar la importancia que tiene una cuidadosa historia clínica en ese tipo de pacientes, puesto que determinados datos, como la intermitencia, permitirán la diferenciación entre

orgánico y funcional. Durante el interrogatorio, el médico debe estar muy atento para descubrir cualquier problema emocional

que pueda repercutir sobre la función del aparato digestivo. En todos los casos, resultan orientadores estudios básicos de laboratorio y, en especial en nuestro medio, el coproparasitológico en serie en casos de diarrea y, hasta en ocasiones, la rectosigmoidoscopia para descartar lesiones de la mucosa. Ante cualquier problema sintomático, el médico tiene la obligación de hacer todo lo posible para descartar una causa orgánica.

Dr. Jinich Sólo mediante una historia clínica completa y una buena exploración del paciente puede el médico evitar dos errores: el de olvidar la importancia de los factores psíquicos, o el de atribuir el mal a éstos y no advertir la presencia de un padecimiento orgánico.

Dr. Martín Abreu Con frecuencia, si el médico no encuentra rápidamente un carácter orgánico al padecimiento, lo considera funcional y remite al paciente al psiquiatra. Antes de caracterizar un padecimiento como funcional, debe realizarse un estudio muy completo y, en ocasiones, en caso de no encontrar nada, habrá necesidad de pedir opinión al especialista.

Cuántas veces hemos visto el caso de personas en precoma hepático o hipoglucemia que no se estudian correctamente y se remiten para su manejo como enfermos psiquiátricos.

Dr. Jinich El diagnóstico de alteración funcional descansa en dos clases de datos: 1) Los positivos en presencia de factores causales bien identificados, que ya mencionamos; y 2) los negativos, o sea la exclusión de lesiones orgánicas mediante estudios clínicos, de laboratorio y gabinete, completos y adecuados.

Dr. Kershenovich Es importante establecer un esquema de evaluación diagnóstica preciso que permita diferenciar esta enfermedad o cualquier otro padecimiento del tubo digestivo. Así, por ejemplo, antes de llegarse al diagnóstico de trastornos funcionales digestivos, debe de obtenerse la historia clínica completa con examen físico; examen pélvico, tacto rectal, sigmoidoscopia, aná-

lisis bacteriológicos de heces fecales con búsqueda de sangre oculta. Los exámenes de laboratorio deberán de incluir: biometría hemática, análisis de orina, electrolitos, e incluso una prueba de dieta libre de productos lácteos, y en casos particulares libre de glúten. Si persiste la sintomatología, se llevan a cabo estudios baritados, tanto del tracto digestivo superior como inferior y, en ocasiones, de vías biliares. En algunos casos, es necesario practicar estudios en busca de absorción deficiente, angiográficos, o de medicina nuclear y, con el advenimiento de nuevos métodos de diagnóstico, incluso el de ultrasonido abdominal. En nuestro medio, es muy esencial investigar la presencia de giardiasis y/o amibiasis intestinal. Una vez que se ha completado todo esto, y no se ha encontrado patología orgánica, es necesario llevar a cabo una evaluación psicológica.

Dr. Tanur El estudio completo es primordial para no equivocar el tratamiento, ya que la medicación administrada sin bases suficientes, y pensando en un padecimiento funcional, puede ser causa de yatrogenia. Este problema también puede ser el resultado de falta de experiencia del médico para tratar estos padecimientos. Esto destaca la importancia de la responsabilidad que recae en el médico al atender al paciente, incluyendo una buena relación con éste. La relación médico-paciente puede ser muy satisfactoria, aunque no tome mucho tiempo, y constituir ya parte del tratamiento.

Dr. Campillo Pienso que, en el estudio de este tipo de pacientes, aparte de una buena semiología de la sintomatología digestiva, se debe llevar a cabo un adecuado examen médico-psicológico. Este incluye la exploración afectiva del paciente —ansiedad y depresión—, existencia de otra sintomatología de orden funcional, antecedentes familiares de cuadros similares y personales de cuadros neuróticos, rasgos principales de su personalidad, significado que la sintomatología tiene para el paciente y manera en que éste y los familiares reaccionan ante ella.

Fig. 9. Trastornos funcionales digestivos

Diagnóstico

- Sintomatología digestiva múltiple, no específica.
- Cuadro clínico > 6 meses de evolución.
- Rectosigmoidoscopia normal.
- Investigación de sangre oculta en heces negativa.
- S.S.G.D., tránsito intestinal (en caso de diarrea) y colon por enema normales.
- Examen coproparasitológico y coprocultivo negativos.

La identificación de los cuadros ansiosos depresivos no sólo es importante porque ayuda al diagnóstico, sino también porque ofrece una alternativa de tratamiento.

Para descubrir un estado de depresión, no es suficiente que el enfermo nos refiera sentimientos de tristeza, sino que deben hacerse preguntas orientadas a explorar otras áreas, por ejemplo: sueño, apetito, cambio de peso, actividad diaria, concentración, actitud hacia el trabajo y la familia, y cambios de conducta y hábitos.

Debido al escaso número de psiquiatras disponibles para atender a la población general, es importante que el gastroenterólogo y el médico general tengan una buena formación psicológica que los capacite para manejar adecuadamente estos casos, y que sólo remitan al psiquiatra aquéllos que requieran de una atención especializada.

Dr. Tanur Uno de los obstáculos más importantes a este tipo de diagnóstico es la falta de tiempo. Desde la facultad, y en los cursos de posgrado, el estudiante aprende que debe tratar de obtener toda esta información del paciente; pero, ya en la práctica, le resulta muy difícil hacerlo, principalmente por falta de tiempo. Por ello, creo que sería esencial que el estudiante y el médico se ejerciten en lograr estos objetivos en el menor tiempo posible.

Dr. Ramírez Mata Dr. Campillo, ¿en su experiencia, es en la ansiedad o en la depresión, o esa mezcla oscilante entre una y otra, en que se observa la mayor frecuencia

de trastornos funcionales digestivos?

Dr. Campillo En mi opinión casi todos los síntomas funcionales se asocian con depresión y angustia. Este tipo de asociación tiene distintas características. A veces la depresión y la angustia contribuyen en forma importante en la génesis de las molestias; otras son el resultado de ellas. En algunas ocasiones, se alteran, es decir, cuando el paciente está con molestias, se encuentra muy tranquilo, y cuando éstas cesan empieza a quejarse de nervios y tristeza. Pero, lo importante, es no olvidar que tanto la depresión como la angustia influyen en el curso y la evolución de estos padecimientos, así como en la forma en que los pacientes expresan sus quejas. Es común que, en presencia de cuadros de dolor abdominal, después de hacer una buena exploración médico-psicológica, lo único que se encuentre detrás del dolor sea la angustia, que cesa con un manejo correcto de medicamentos psicotrópicos y de la relación médico-paciente.

Dr. Tanur ¿Cómo suelen evolucionar estos padecimientos?

Dr. Jinich Su evolución depende de las causas y de las circunstancias exógenas y endógenas propias de cada caso; por ello, no es posible generalizar.

El tratamiento tiene tres aspectos: 1) medidas dietéticas, 2) administración de fármacos, según el tipo de padecimiento y 3) psicoterapia que puede realizar el médico general en base a una buena relación médico-paciente. Sólo en casos difíciles es necesario recurrir al especialista (gastroenterólogo o psiquiatra).

Dr. Tanur ¿Qué tipo de tratamiento requieren estos pacientes?

Dr. Jinich Su tratamiento debe abarcar tres aspectos: dietético, farmacológico y, sobre todo, psicoterapéutico. Este último

corre a cargo del médico tratante y no del psiquiatra, salvo en casos muy especiales. Lo mejor sería que el médico general manejara estos casos, idealmente supervisado por el psiquiatra.

Dr. Tanur Es evidente que el médico general o el gastroenterólogo debe manejar el aspecto psicológico de estos pacientes en

base a una buena relación médico-paciente que le permita realizar una psicoterapia de apoyo realmente útil para él. ¿Qué lineamientos podría seguir el médico sin capacitación psiquiátrica en el manejo de los pacientes de este tipo?

Dr. Campillo Ya vimos que se trata de enfermos que sufren molestias crónicas que, si bien no ponen en peligro su vida, los vuelven sujetos de muy difícil manejo porque como se dice coloquialmente están muy "toreados", generalmente han ido de médico en médico, se les ha practicado infinidad de estudios de laboratorio. Lo más común es que vivan en un estado crónico de frustración y desesperanza, y en el fondo con el vivo deseo de que alguien encuentre una causa orgánica a su problema, y por eso, cuando se les dice que sufren de úlcera péptica, de parásitos o alguna otra lesión, experimentan un gran alivio, que dura hasta que las molestias vuelven otra vez a presentarse.

En estos casos, el manejo psicoterapéutico a través de una buena relación médico-paciente da muy buenos resultados. Cuando hablo de psicoterapia me refiero a la que puede ser capaz de dar un médico general con conocimientos básicos de psicología e interés general en los enfermos, y no a aquella psicoterapia de técnicas muy específicas que cae dentro del dominio del especialista y que, en mi opinión, en los casos de padecimientos funcionales tiene muy poca aplicación.

El médico general debe orientar su psicoterapia a darle al enfermo una concepción realista de su padecimiento y de sus expectativas de tratamiento. Con frecuencia, estos pacientes tienen las ideas más peregrinas con respecto a la naturaleza de sus molestias. Dependiendo de su nivel socio-cultural, pueden pensar desde que están embrujados, hasta que padecen el cáncer más mortal. En estos casos, es imprescindible que el médico los convenza del verdadero origen de su sintomatología.

En relación a las expectativas de curación, conviene volver a recordar que se trata de padecimientos crónicos y recurrentes.

Fig. 10. Trastornos funcionales digestivos

		Resultado del tratamiento	
		Excelente muy bien bien	Suficiente Mal
Ansiolíticos	No de Casos	19	11
	% del Grupo	63.3%	34.7%
	(Valor esperado para Chi ² 3	(15.5)	(14.5)
Placebo	No. de Casos	12	18
	% del Grupo	40.0%	60.0%
	(Valor esperado para Chi ²)	(15.5)	(14.5)
Chi ² = 3.27			

tes, por lo que es indispensable hacerle comprender al paciente que debe de aprender a convivir con su enfermedad, pero teniendo mucho cuidado de que la concepción de cronicidad no cree en el paciente una sensación de incurabilidad, sino que debe siempre de dejarse una puerta abierta a las expectativas de curación. Porque, lo que estos pacientes necesitan es fe, esperanza y resignación.

Por último, el médico debe de aprender a manejar la angustia que le produce el trato con este tipo de pacientes. Para ello, es indispensable que acepte sus propias limitaciones en el tratamiento de estos cuadros y que no lo agobien las expectativas mágicas que con frecuencia tiene el enfermo hacia su poder curativo.

manejo psicológico de estos pacientes puede completarse en la administración de psicofarmacos. También es útil el tipo de tratamiento psiquiátrico encaminado a la "modificación de la conducta". El paciente debe aprender a vivir con su padeci-

Dr. Tanur ¿Existen otros medios para el manejo del aspecto psicológico en estos pacientes?
Dr. Campillo En la actualidad el armamento terapéu-

tico con que cuenta la psiquiatría no se limita a la psicoterapia; también incluye las nuevas drogas psicotrópicas que son de gran valor en la atención de estos pacientes, motivo por el cual el médico general debe de saber manejarlas.

Otra alternativa de tratamiento que ofrece actualmente la psiquiatría es la llamada "modificación de conducta" que ha dado muy buenos resultados en problemas de tensión emocional y obesidad. Estas son técnicas de tratamiento que se derivan de la psicología clínica, y en cuyos principios básicos se incluyen formas de relajación, aumento de la concentración y la voluntad, así como autocontrol de algunas funciones del sistema neurovegetativo.

Dr. Martín Abreu Es muy delicado el manejo de estos pacientes, ya que requieren de una atención prolongada; el médico debe tener cuidado de no caer, como desgraciadamente sucede con frecuencia, aun inconscientemente, en la explotación del enfermo, ya debido al entusiasmo por una nueva droga o método terapéutico, ya por el interés grosero de la fama o las ventajas eco-

miento y aceptar que es crónico. Con frecuencia él mismo recurre a dietas "populares" que sólo lo desnutren y hasta pueden resultar contraproducentes.

nómicas.

Parte fundamental del tratamiento medicamentoso es el uso de sintomáticos, porque es indudable que hay funciones alteradas: si hay hipersecreción hay que dar un medicamento que la limite, si hay espasmo, otro que lo elimine, etcétera.

Dr. Tanur Muchos pacientes con problemas funcionales, como constipación, diarrea o espasmos sufren realmente y tienen una serie de creencias sobre cómo mejorar sus padecimientos con dietas, fármacos u otras medidas. A veces llegan a consumirse físicamente por eliminar de su dieta alimentos que consideran dañinos. En realidad, no existe una dieta ideal para estos padecimientos funcionales; ésta más bien debe ser libre, a excepción de algunas situaciones irritantes en que la causa alimenticia es clara, como cuando el consumo de especies o de alcohol provoca los síntomas.

Recientemente, en Alemania, se realizó un estudio que demostró que, aparte de los padecimientos precisos como úlceras complicadas o sangrantes, o cálculos vesiculares, o absorción deficiente, en que es necesaria la dieta, casi ningún padecimiento del aparato digestivo requiere de dietas estrictas, las que únicamente esclavizan al paciente.

Dr. Ramírez Mata Es notable el miedo que las personas con padecimientos funcionales de aparato digestivo llegan a tener a los alimentos. En ocasiones, llegan a reducir tanto su dieta que se vuelven verdaderos 'inválidos digestivos'.

Otro aspecto importante es la selección de los fármacos. Cabe recordar que muchos psicofármacos tienen efectos secundarios en aparato digestivo, como los tricíclicos que provocan constipación. El empleo de drogas estimulantes o inhibitoras puede ser muy útil; pero, como cada médico las usa a su "libre albedrío", constituyen un verdadero riesgo. Es esencial que, cuando se emplee un

fármaco, éste tenga una relación lógica con el síntoma, y que sus efectos colaterales no sean molestos. Si se decide usar un placebo, por lo menos éste debe ser inocuo. En ocasiones, los sintomáticos producen tales trastornos secundarios que llegan a ser más graves que las molestias funcionales del paciente. La decisión del fármaco a emplear debe basarse en el mecanismo alterado. Muchas veces, el médico es responsable de yatrogenia, a la vez que hace gastar mucho dinero al paciente, ya que lo que le receta es un placebo caro.

Dr. Tanur Como médicos, antes que nada, hemos de pensar no tanto en curar a estos pacientes, sino en no dañarlos.

¿Existe la posibilidad que, en un futuro cercano, se hallen causas orgánicas de estos padecimientos considerados como "funcionales"?

Dr. Kershenovich Con el advenimiento de nuevos métodos de laboratorio que permitan tanto un mejor entendimiento de la fisiopatología de esta enfermedad como el poder dosificar en forma cada vez más exacta cambios hormonales o bien trastornos en la motilidad intestinal, podría resultar que un gran número de estos pacientes catalogados como afectados de trastornos funcionales digestivos pudieran ser excluidos de acuerdo a la definición, e incluidos dentro de cuadros de patología orgánica.

Dr. Tanur Como comentario final quiero destacar que, en este mundo en que se ha perdido la espiritualidad, y ante la situación difícil que estamos viviendo todos desde muchos puntos de vista, se observa un aumento indudable de todos los padecimientos funcionales. Por ello, no es suficiente que el médico atienda a estos pacientes en el aspecto orgánico, sino que debe inyectarles optimismo y estimularlo, para que superen la difícil problemática que les plantea un padecimiento crónico como es ese. □