
Patología Psicosomática

Dr. J. L. González de Rivera

Psiquis, 1980; 6: 164-166

El concepto de Patología Psicosomática está íntimamente unido a los de procesos psicopatogénicos en medicina y al de enfermedad psicosomática. Como al primero de ellos se dedica un amplio estudio en otro lugar (González de Rivera, 1980), es pertinente delimitar aquí lo que se entiende por enfermedad o trastorno psicosomático. Es difícil sostener hoy en día la existencia de entidades morbosas discretas y netamente diferenciables, susceptibles de constituir para la patología psicosomática lo que las enfermedades renales o circulatorias, por ejemplo, constituyen para la patología médica. Sin embargo, la expresión continúa usándose, en ocasiones de manera confusa o contradictoria. Del análisis global de la literatura actual al respecto, es posible extraer, al menos, cinco acepciones diferentes de enfermedad o trastorno psicosomático:

1. Psicogenicidad. La etiología de la afección radica en factores psicológicos, emocionales, o caracteriológicos. Esta definición implica una relación de causa a efecto entre ciertos factores psicológicos y una enfermedad determinada.

2. Alteración funcional. Esta definición es una versión elaborada de la psicogénica, y en ella se considera que los síntomas psicosomáticos son perpetuaciones inapropiadas de reacciones orgánicas que sirvieron, en su momento, para adaptarse o protegerse frente a algún estrés vital.

Tanto en el proceso de conversión, como en el

proceso psicosomático, pueden llegar a superarse los límites establecidos para el síntoma funcional. Un síntoma de conversión crónicamente mantenido, puede degenerar en manifestaciones patológicas físicamente observables, a causa, por ejemplo, de atrofia de los músculos servidores de una función y estructura cuestión de fineza en nuestros métodos de observación.

3. Influencia psicológica. Es otra modificación de la definición psicogénica, en la que se prescinde del requerimiento etiológico, y se considera como psicosomática toda enfermedad cuyo curso pueda ser influido de manera importante por factores psicológicos.

4. Especificidad. Según esta definición, una enfermedad es psicosomática cuando se asocia con una constelación específica de variables psicológicas. Flanders Dunbar (1943) describe el «perfil caracterológico» como un conjunto de actitudes afectivas, modos de conducta y elaboraciones cognitivas, el cual se relaciona específicamente con determinadas entidades clínicas. Se puede así hablar de «la personalidad coronaria» (esto es, un tipo caracterológico con gran predisposición a sufrir de insuficiencia arterial coronaria), de la personalidad reumática, etc.

Alexander (1950) afirma que lo importante en la relación de especificidad no son las características psicológicas estáticas, sino los tipos de conflic-

to inconsciente. Este autor, con su teoría de la «inervación concomitante», sostiene que un afecto, crónicamente reprimido a causa de un conflicto psíquico, induce modificaciones persistentes de la actividad nerviosa vegetativa, con pautas características de excitación simpática o parasimpática, y alteración de la función, y eventualmente de la estructura, en determinados órganos.

Basándose en su teoría, Alexander y sus colaboradores llegaron a describir siete enfermedades que consideraron como típicamente psicósomáticas: Bronquitis asmática, hipertiroidismo, úlcera péptica duodenal, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, hipertensión arterial esencial, y neurodermatitis.

Graham (1962) refina aún más la relación de especificidad, considerando que se establece entre una cierta actitud y la respuesta fisiológica correspondiente. Graham entiende por actitud la propensión característica del individuo a actuar de cierta manera, frente a ciertas circunstancias, y considera que se trata de un rasgo estable, que determina la propensión a ciertas enfermedades. La especificidad es la definición que más influencia ha ejercido en el campo de la psicósomática, hasta el punto que muchos autores insisten en reservar el título de enfermedad psicósomática exclusivamente para las descritas por Alexander.

5. Multicausalidad y fracaso de las defensas.

Al mismo tiempo que el organismo extrae de su medio ambiente los materiales necesarios para su conservación y desarrollo, sufre también una serie de influencias desestabilizadoras. Mediante una compleja organización de mecanismos defensivos, el organismo puede adaptarse y contrarrestar la influencia desestabilizadora del medio. Cuando estas defensas, o mecanismos reguladores de la homeostasis, fracasan, se produce un estado de disfunción orgánica, que puede ser considerado como enfermedad. Raramente un agente único lleva a este estado. Generalmente, la enfermedad es consecuencia de una combinación compleja de diversos factores. Esta consideración multifactorial distingue entre «elementos patógenos» del medio, que ejercen directamente su injuria, y «elementos sensibilizadores», cuya acción es indirecta, mediante debilitación de las defensas del organismo. Así, un agente patógeno, el virus del Herpes simple, no afecta por igual a todos los individuos expuestos, sino que causa mayores lesiones en aquellos cuyas defensas están debilitadas por una situación de estrés previa a la infección.

En el estado actual de conocimientos, no es posible decidir cuál de las versiones de trastornos psi-

cosómicos mencionadas resulta más acertada. De hecho, es posible encontrar en la práctica clínica ejemplos convincentes de cada una de las concepciones reseñadas. Tal vez lo más sensato es llegar a la conclusión, con Weiss (1974), de que lo importante no es clasificar a una enfermedad como psicósomática o no, sino averiguar hasta qué punto las variables psicológicas son importantes en el desarrollo de un proceso patológico determinado en un paciente dado. Otro problema, corolario del anterior, es el de saber para qué pacientes, independientemente de la enfermedad que sufran, puede su estado psicológico adquirir una importancia preponderante.

Warnes (1977) describe el concepto de «penetrancia psicósomática», para designar el grado de predisposición de un individuo a desarrollar síntomas o lesiones somáticas frente al estrés emocional. La teoría de la personalidad psicósomática, ya vista en la sección correspondiente, indica, precisamente, que el adjetivo «psicósomático» no puede aplicarse tanto a una afección determinada, sino a un modo peculiar de reaccionar frente al estrés. Por otra parte, se observa en la práctica clínica cotidiana que algunas enfermedades parecen más influidas por variables psicológicas y sociales. Aunque no sería propio calificar a tales enfermedades de «psicósomáticas», sí es evidente que el «enfoque psicósomático en medicina», siempre importante, lo es mucho más cuando se trata de tales condiciones.

La antigua clasificación internacional de enfermedades distinguía dentro de la sección dedicada a enfermedades psiquiátricas un grupo de «trastornos psicofisiológicos» caracterizado por: «Síntomas físicos causados por factores emocionales, afectando a un sistema orgánico determinado, generalmente innervado por el sistema nervioso automático. Las modificaciones fisiopatológicas son similares a los cambios en la función del órgano que normalmente acompañan ciertos estados emocionales, pero más intensos y sostenidos. El individuo puede no ser consciente de su estado emocional alterado». Como se ve, gran parte de errores contenidos en las antiguas concepciones de la escuela de Chicago se traslucen en esta definición. En la nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) existe también un apartado dedicado a «condiciones físicas relacionadas con factores mentales», en el que se descartan las ideas etiológicas simplistas y monocausales. En efecto, si se emplea el término diagnóstico «trastorno psicofisiológico», se cristaliza la noción de que la condición del paciente procede de un problema psicológico concreto, y de ahí a continuar la búsqueda del factor específico mági-

co no hay más que un paso. Este fallo en tomar en consideración todas las variables sociales, interpersonales e intrapsíquicas que puedan afectar al paciente, es, paradójicamente, todo lo contrario de lo que se pretende con el enfoque psicósomático en medicina. Tal vez sería más conveniente eliminar por completo esta sección de la nosología psiquiátrica (código 306 de la 9ª clasificación internacional de enfermedades), y transmitir la información diagnóstica pertinente mediante un sistema nosológico multiaxial. Tal nosología multiaxial podría consistir, por ejemplo, de cinco ejes, codificándose en el primero los síndromes psiquiátricos clínicos tradicionales, en el segundo las alteraciones de la personalidad, en el tercero las condiciones físicas, esto es, los trastornos médicos incluidos en las secciones no psiquiátricas de la clasificación internacional de enfermedades. El eje cuarto podría servir para codificar los estreses psicosociales asociados con el desarrollo del episodio de enfermedad actual y el eje quinto para codificar el grado premórbido de adaptación social (Looney, 1978). Bajo este sistema, la existencia de factores psicológicos capaces de afectar la condición física podría codificarse en el primer eje, reservando el tercero para el diagnóstico médico de la enfermedad en cuestión. Decidir que hay factores psicológicos o sociales influyendo en una enfermedad médica, requiere evidencia de relación temporal entre el estímulo ambiental, el significado del mismo para el paciente, y la iniciación o exacerbación de la alteración física. Obviamente, este juicio puede ser tanto más seguro cuanto mayor sea el número de instancias de repetición temporal de la correlación. Los indicios clínicos más importantes para esta decisión diagnóstica son los siguientes:

1. La aparición de la condición somática es precedida por una intensa experiencia afectiva, de cólera, angustia, tristeza, desamparo, desesperanza, etc. En ocasiones, el paciente no verbaliza directamente estos sentimientos, pero permite la inferencia de ellos por su comportamiento, gesticulación, etc.

2. La condición orgánica está relacionada temporalmente con una situación vital estresante, pérdida, derrota o descontento ocupacional, matrimonial, etc. El paciente tiene la impresión de que su ambiente social e intrapersonal es sumamente desagradable.

3. Las alteraciones orgánicas se desarrollan tras importantes cambios en la organización personal de la vida, o consecutivamente a la experiencia de estrés psicosocial importante.

Estos criterios resultan útiles para determinar si una enfermedad médica ha sido exacerbada por factores psicológicos. El grado de certeza es muy inferior cuando se trata de decidir el papel de los factores psicológicos en el inicio o mantenimiento de la condición orgánica.

Sin embargo, hasta que se produzca la necesaria integración de los conocimientos psicológicos y psicósomáticos en el seno de la medicina, habremos de continuar describiendo separadamente aquellos cuadros clínicos en cuya génesis, evolución o tratamiento resulta más importante la consideración de factores psicosociales. Tal es el contenido de la Patología Psicósomática, término creado por Rof Carballo (1955), que denominamos en este contexto «clínica», para distinguirla de la psicósomática básica y de la patología psicósomática general o estudio de los procesos psicopatogenéticos en medicina.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F.: *Psychosomatic Medicine*. Norton. New York (1950).
- DUNBAR, F.: *Psychosomatic Diagnosis*. New York, Paul Haeber, 1943.
- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Psicósomática*. En J.L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (Eds.) Cap. 20. Pag. 765-854. Karpos, Madrid, 1980.
- GRAHAM, O. T.: *Health, Disease, and the mind-body problem. Linguistic Parallelism. Psychosomatic Medicine* 29: 53-71, 1967.
- LOONEY, J. G., UPP, M.R. y SPITZER, R.L.: *A New method of classification for psychophysiological disorders. Am. J. Psychiat*, 135: 304-308, 1978.
- ROF CARBALLO, J.: *Patología Psicósomática*. Paz Montalvo, Madrid, 1959.
- WARNES, H.: *An integrative model for the treatment or psychosomatic disorders*. En F. Antonelli (Ed.). *Therapy in Psychosomatic Medicine. Proceedings of the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome, september, 1975*.
- WEISS, J.H.: *The current state of the concept of psychosomatic disorder. Inter. J. Psychiatry in medicine*, 5: 473-481, 1974.