

DESDE la antigüedad ha existido una tendencia a considerar la enfermedad como una cosa en sí misma, originada por una causa única o, a lo más, por una combinación simple de causas. Esta creencia tiene un importante atractivo emocional, pues resulta reconfortante pensar que la enfermedad es un ente extraño al individuo y que un factor aislado o aislable es el único responsable de la misma. Tanto el paciente y sus familiares como el médico pueden permitirse la ilusión de que este supuesto factor responsable puede ser atacado, exorcizado o amputado de una manera simple. Gran parte de las actividades de la medicina actual están basadas en este concepto, y muchos médicos continúan eliminando artificialmente de su atención los factores psicológicos y sociales de sus pacientes.

Como reacción contra este estado de cosas surge en el presente siglo el movimiento psicósomático, no como organización cohesiva, sino como el estado mental de muchos médicos que insisten en considerar al hombre en su totalidad, prestando atención a su circunstancia social y a su estado psicológico. Esta orientación, más o menos difusa, ha venido produciendo postulados y sugerencias prácticas sobre el ejercicio de la medicina, de tal manera que el paciente sea considerado como una persona completa, con todo lo que esto implica desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y preventivo.

Según Lipowski, los postulados básicos del enfoque psicósomático en medicina son:

— La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre las dos.

— Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.

— El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.

— Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.

— La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

— La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos con-

Teoría y práctica de la psicósomática

J. L. Gonzalez de Rivera

tribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

Medicina psicósomática es, en definitiva, una manera de practicar la medicina que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad.

LA RELACION MEDICO/ENFERMO

Al observar con detenimiento el panorama de la medicina contemporánea resulta claro que los grandes avances diagnósticos y terapéuticos registrados en los últimos años, gracias al desarrollo de la medicina científica, comienzan a verse contrapesados por la progresiva deshumanización del trato con el enfermo, fruto de una tecnificación mal entendida. Si la historia de la medicina oscila entre los polos de Hipócrates y Galeno, entre la orientación globalista y la mecanicista, la estática y la dinámica, la centrada en la enfermedad y la centrada en el enfermo, es tiempo ya de intentar ajustar el péndulo a variaciones mínimas e idóneas, que permitan un progreso ordenado y sin maximalismos. Es función de la medicina psicósomática aportar este ajuste, mediante el estudio y desarrollo de los procesos que rigen la relación médico/enfermo y la creación de actitudes que permitan al futuro médico aprovechar los conocimientos científicos sobre la enfermedad, sin que su comportamiento deteriore una relación humana imprescindible para la evolución favorable de su paciente.

El «eros terapeutico» puede resultar reconfortante y necesario para algunos pacientes durante algún tiempo. De hecho, algunos grandes clínicos cuentan con poco más que eso para justificar sus éxitos evidentes.

El efecto placebo, gran misterio y apasionante tema de estudio para la psicósomática, guarda sin duda una importante afinidad con el eros terapéutico. Por otra parte, el alivio de la depresión y la angustia que se sigue del contacto afectuoso y profundo con otra persona es coadyuvante y hasta determinante de muchas curaciones y mejorías.

Parece evidente, sin embargo, que esta intensa comunicación afectiva no es lo único que el médico puede y debe aportar a su ejercicio personal. Gruesos errores, animosidades paradójicas y agotamiento emocional son algunas de las consecuencias que acaba acarreado la subjetividad exagerada, sin contar otros problemas, como los derivados del fomento de una dependencia incontrolable en el enfermo y de un nada beneficioso sentimiento de omnipotencia en el médico.

La actitud fría y despegada de algunos médicos «cientifistas» puede comprenderse como reacción contra los excesos «humanistas», aunque en ocasiones también represente una reacción defensiva contra la angustia del imbricamiento emocional con los sufrimientos del paciente. De la misma manera, la actitud «humanista» puede significar un rechazo de los excesos cosificantes de los científistas, pero también una manera de encubrir la ausencia de conocimientos auténticos y actuales, no sólo acerca de los procesos morbosos, sino incluso sobre las fuerzas intangi-

bles que actúan en la dinámica psicósomática y psicosocial del enfermo. Bien claro está, por el contexto, que al escribir «humanista» entre comillas me refiero a una caricatura falseada del verdadero humanista, el cual se caracteriza por considerar al ser humano como centro motivante de su actividad, pero desarrollándola hasta el máximo de sus capacidades y posibilidades, con equilibrio, sin defensas, rechazos ni excesos.

Así pues, si a la relación objetiva, contractual, propia del científico o del técnico, contraponemos la relación erotizada, amorosa, íntima, propia del amigo o del pariente, veremos con Laín Entralgo, que ninguna de las dos parece la más apropiada para el ejercicio actual de la medicina.

En su magnífica obra *El Médico y el Enfermo*, Laín Entralgo describe un tipo de relación interpersonal que él denomina *cuasi diádica*. Es un tipo de relación situada entre la cooperación dual, en la que se trata de la objetivación mutua de los participantes, y la diada de la amistad auténtica y el amor, en la que se trata de la actualización mutua de actos psíquicos en los que la amistad y el amor nacen y se expresan. Mientras que en la relación objetiva o dual no existe interés por la intimidad personal del otro, en las relaciones diádicas puras no existe interés por la objetivación del otro, sino únicamente por la co-actualización afectiva. Al contrario que en estos dos casos, la dinámica de las relaciones cuasi diádicas exige que se conjugue la objetivación y co-actualización.

La relación entre el médico y el enfermo es una cooperación cuasi diádica, similar a otros tipos de cooperaciones cuasi diádicas como la relación de consejo y la relación de educación, pero con características propias, cuya finalidad es el logro de una disposición psicósomática sana por parte del paciente.

El logro de esta relación necesita, por parte del médico, el desarrollo de actitudes específicas, que le permitan establecer una corriente empática sin que se dé distorsión de su juicio clínico. La formación de esta actitud constituye un objetivo importante de la docencia psicósomática, que va así más allá de la labor meramente informativa, tomando sobre sí la responsabilidad de sintonizar la sensibilidad del médico a esta necesidad empática-objetiva y la de instruirle en las técnicas de la entrevista clínica, considerada como un proceso interhumano y no como simple recogida

maquinal de datos.

LA CIENCIA DE LA PSICOSOMATICA

La psicósomática, a pesar de todas sus confusas y discrepantes teorías, constituye la única disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Es por eso que puede ser considerada como una ciencia de tipo integrativo, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad.

La psicósomática puede incluirse dentro del grupo de las ciencias naturales, susceptible de desarrollarse mediante el empleo del método experimental, y destinada a formular lo que Von Bertalanffy denomina «modelos neutros superimpuestos a los sistemas conceptuales de la psicología y de la biología».

A un nivel de abstracción inferior, la psicósomática trata de formular las leyes que rigen las conexiones entre un acontecimiento psicológico y otro fisiológico, coincidentes en el tiempo (psicofisiología); entre mecanismos o funciones psicológicas y actividad neuroendocrina (psiconeuroendocrinología); y entre influencias socioambientales y respuestas psicoorgánicas (aspectos psicosociales del estrés).

Uno de los aspectos más estudiados dentro de esta conceptualización científica de la psicósomática es lo que hemos denominado «mecanismos intermedios en psicósomática» (González de Rivera, 1980). Mientras que la orientación psicósomática en medicina requiere la adecuación de la relación médico/enfermo a las condiciones sociales, culturales y psicológicas de un enfermo determinado, la investigación psicósomática se ocupa de establecer los mecanismos fisiológicos mediante los cuales las alteraciones en la personalidad o el entorno del paciente pueden influir en la patogénesis de una entidad clínica determinada.

El cerebro en su conjunto tiene la misión de recibir, interpretar y almacenar información sobre el mundo externo y sobre el organismo, y enviar las instrucciones adecuadas para hacer frente a la realidad exterior y mantener el equilibrio del medio in-

terno. Esta transmisión de información y directivas se realiza gracias a los sistemas nervioso y endocrino, cuya acción es complementaria. La reacción neuronal es casi inmediata y de difusión rápida, pero de corta duración. La respuesta hormonal, en cambio, es más lenta en desarrollarse, pero su acción es más estable y prolongada.

Aunque todos los mecanismos intermedios están íntimamente imbricados unos con otros, para facilitar la claridad expositiva se acostumbra a dividirlos en: neurofisiológicos, neuroendocrinos e inmunológicos. Actualmente podemos añadir un cuarto grupo, relacionado con los anteriores, pero que tiene características propias que lo individualizan. Se trata de los mecanismos «metabólicos», que describiremos fundamentalmente desde el punto de vista de las influencias nutritivas en el equilibrio del medio interno.

La comunicación entre los sistemas nervioso y endocrino se efectúa principalmente a nivel del hipotálamo, mediante la actividad de las células neuroendocrinas o traductores neuroendocrinos de Wurtman. Estas son neuronas especializadas que reciben impulsos neuronales clásicos, pero cuya acción eferente consiste en secreción hormonal liberada a través del axón.

El sistema endocrino aparece así bajo el control directo del sistema nervioso central, particularmente del hipotálamo, cuya secreción neuroendocrina regula el funcionamiento hipofisario, que a su vez regula la secreción hormonal periférica. Otras glándulas de secreción interna están bajo control adrenérgico o noradrenérgico simpático, siendo el timo y las paratiroides las únicas glándulas endocrinas que parecen escapar al control directo del sistema nervioso central.

De manera análoga al sistema nervioso y al endocrino, el «sistema inmunológico» juega un papel importante en la comunicación interna y en la adaptación biológica. Su acción defensiva contra invasores externos y, posiblemente, contra elementos aberrantes internos, contribuye al mantenimiento de la homeostasis e integridad orgánica, siendo influida su función por factores endocrinos y neuronales. El interés por los aspectos psicofisiológicos de la respuesta inmunitaria es muy reciente, pero gran número de datos indican ya el poder que múltiples factores psicosociales poseen para modificar dicha

respuesta.

PATOLOGIA PSICOSOMÁTICA

El concepto de patología psicósomática está íntimamente unido a los de procesos psicopatogenéticos en medicina y al de enfermedad psicósomática. Como al primero de ellos se dedica una sección entera más adelante, es pertinente delimitar aquí lo que se entiende por enfermedad o trastorno psicósomático. Es difícil sostener hoy día la existencia de entidades morbosas discretas y netamente diferenciables, susceptibles de constituir para la patología psicósomática 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 psicósomático: psicogenicidad, alteración funcional, influencia psicológica, especificidad y multicausalidad y fracaso de las defensas.

Psicogenicidad

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

Alteración funcional

Esta definición es una versión elaborada de la psicogénica, y en ella se considera que los síntomas psicósomáticos 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 psicósomático 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.

Influencia psicológica

Es otra modificación de la definición psicogénica, en la que se prescinde del requerimiento etiológico, y se considera como psicósomática to-

da enfermedad cuyo curso pueda ser influido de manera importante por factores psicológicos.

Especificidad

Según esta definición, una enfermedad es psicósomática 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, etcétera.

Alexander (1950) afirma que lo importante en la relación de especificidad no son las características psicológicas estáticas, sino los tipos de conflicto inconsciente. Este autor, con su teoría de la «inervación concomitante», sostiene que un efecto, 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 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.

Multicausalidad y fracaso de las defensas

Al mismo tiempo que el organis-

mo 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 psicósomáticos 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, 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 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 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 algu-

nas enfermedades parecen más influidas por variables psicológicas y sociales. Aunque no sería propio calificar a tales enfermedades de «psicosomáticas», si es evidente que el «enfoque psicossomático 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 autónomo. 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».

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:

– 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, etcétera.

– 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.

– 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 psicossomáticos 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 psicossociales. Tal es el contenido de la patología psicossomática, término creado por Rof Carballo (1955), que denominamos en este contexto «clínica», para distinguirla de la psicossomática básica y de la patología psicossomática general o estudio de los procesos psicopatogénicos en medicina.

BIBLIOGRAFIA

- Bertalanffy L von: The mind-body problem. Psychosom Med, 1964, 26:2939.
 González de Rivera JL: Psicossomática. En González de Rivera, Vela y Arana (Eds.): Manual de Psiquiatría. Madrid, Karpos, 1980.
 Lain Entralgo P: Le medecin et le malade. París, Hachette, 1969.
 Rof Carballo J: Patología Psicossomática. Madrid, Paz Montalvo, 1955.
 Warnes H: An integrative model for the treatment of psychosomatic disorders. En F. Antonelli (Ed.): Therapy in Psychosomatic Medicine. Roma, Pozzi, 1975.