

## Enfermedades psicosomáticas

El término psicosomático alude a un concepto que hasta el día de hoy se muestra como confuso y poco delimitado.

A grandes rasgos podemos decir que hay tres formas de concebir la patología psicosomática, no siendo claros los límites de su abordaje y no encontrando aún su ubicación nosológica.

Con una concepción muy amplia se puede plantear que la medicina psicosomática alude a que los factores psicológicos tienen influencia sobre las enfermedades. Esto corresponde a una concepción holística del individuo, es decir una forma de considerarlo globalmente. Estamos entonces frente a un enfoque biopsicosocial de la enfermedad, donde cada uno de estos factores (el biológico, el psicológico y también el social) deben ser tomados en cuenta para poder entender la enfermedad y tratarla. Pero en este sentido podríamos decir que todas las enfermedades son psicosomáticas. No creo que avancemos mucho en el concepto de psicosomática con esta definición. El propio enunciado está compuesto por dos términos: psíquico (relativo a la psique que es el conjunto organizado de los procesos concientes e inconcientes) y somático (relativo al cuerpo conjunto formado por cabeza, tronco, extremidades y órganos en ellos contenidos). Este término entonces intenta unir lo que se ve como una brecha. La búsqueda de esta unión no es nueva. La patología humoral de Hipócrates donde se relacionaban los cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema con cuatro temperamentos: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático, fue un intento en tal sentido. Luego Aristóteles y Galeno que a través de la íntima unión entre el alma y el cuerpo planteaban como las perturbaciones del alma, llamadas pasiones, podían generar enfermedades. Debemos recordar también la frase de Juvenal “mens sana in corpore sano” que rescata la importancia del cuidado del cuerpo para poder estar sano mentalmente. En toda época el médico se ha encontrado frente al hombre enfermo y ha intentado comprenderle en su totalidad y esto incluye la esfera psíquica. De todas maneras esto que es tan obvio se descuida debido a una formación posiblemente muy parcial en medicina, a la creciente tecnificación y a las condiciones laborales impuestas actualmente.

La enfermedad psicosomática se ha planteado también como equivalente a los actuales trastornos somatomorfos (según el DSM IV) y que pensamos corresponde a otra entidad nosográfica clásica, la histeria. Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de factores psicológicos y síntomas físicos pero no hay una enfermedad médica que explique completamente la presencia de los síntomas físicos. La principal diferencia entre la histeria y la enfermedad psicosomática es que en la primera no hay alteración orgánica, aparece la disfunción sin sistematización anatómica. Si bien un síntoma histérico puede llevar a una lesión orgánica, por ejemplo una parálisis conversiva que ocasione una atrofia por inactividad, esta consecuencia se debe al síntoma conversivo (la parálisis) y no a la conflictiva emocional subyacente. El concepto de enfermedades psicosomáticas deberá ser aplicado a las enfermedades en parte psíquicamente determinadas en las que se produzca una alteración orgánica

Por último creemos que los trastornos psicosomáticos son aquellos en los cuáles existen factores psíquicos que generan cambios orgánicos que son el sustrato corporal de la enfermedad, por ejemplo asma, hipertensión arterial, úlcera péptica, colitis ulcerosa, que son algunas de las clásicamente descriptas por Alexander. Debemos

aclarare que estas enfermedades son multifactoriales y por lo tanto lo psíquico es sólo uno de los mecanismos implicados en la génesis de estas patologías.

Como ya planteamos las enfermedades psicosomáticas no han encontrado aún un claro nicho nosológico. Creemos que en la clasificación multiaxial actual (DSM) se codificarían como factores psicológicos que afectan el estado físico. En este caso se debe contar con uno o más factores psicológicos o comportamentales específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general. Lo pueden hacer precipitando o exacerbando los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés. Esta categoría del DSM IV se reserva para las situaciones en las que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo sobre el curso o la evolución de la enfermedad, separando a estas enfermedades del resto. Recordemos que en todas las enfermedades los factores psicológicos juegan un rol importante. Debe existir evidencia razonable para sugerir una asociación entre éstos y el estado físico aunque no sea posible verificar los mecanismo subyacentes de la relación.

Lo que nos debemos plantear entonces es cuáles son estos factores psicológicos y a través de que mecanismos determinan el daño.

Podemos aplicar el concepto de vulnerabilidad estrés, que no es privativo de esta patología pero aquí encuentra mucho sentido. Existiría una vulnerabilidad que está dada por una fragilidad a nivel de la personalidad. La personalidad de un individuo se expresa a través de las estrategias que puede utilizar para enfrentar las circunstancias vitales, ya sean adversas o no. Se describen rasgos de esta personalidad que fortalecerían al individuo frente al estrés, por ejemplo, la flexibilidad en las relaciones sociales, la aceptación de los problemas en forma activa y decisiva, el autocontrol. Estos elementos permiten que el individuo sea capaz de resolver los conflictos que puedan aparecer entre él y el mundo sin un costo emocional elevado y sin generar enfermedades. Diferentes investigadores han intentado describir un perfil específico de personalidad para estos pacientes. Así Helen Dunbar, la fundadora de la medicina psicosomática moderna en 1943 propuso la primera definición de lo que hoy se conoce como personalidad tipo A de los pacientes con afecciones cardiovasculares donde la impaciencia, el apremio, la ira, la hostilidad y el cinismo podrían ser predictores de enfermedad coronaria. En 1948 Jurgen Ruesch caracterizó la personalidad infantil con rasgos de pasividad, dependencia, impulsividad, somatización de sus estado afectivos, tendencias masoquistas y limitación de sus aptitudes sociales e interpersonales. No pueden comunicar su padecimiento emocional de una forma madura y su funcionamiento interpersonal es ineficaz. Aparece el concepto de alexitimia (A: privativo, falta; Lexis: lenguaje, palabras; Timos: emoción) de Sifneos (1972) para designar la incapacidad que tienen algunas personas de verbalizar y expresar sus afectos, así como de elaborar fantasías. Otro autor P. Marty habla de “pensamiento operativo” cuando plantea que hay personas que pueden operar técnicamente bien con la realidad pero totalmente escindidos del mundo interno de los afectos. Kristal habla de anhedonia como la incapacidad de experimentar bienestar y placer. Estas dificultades, que no son exclusivas de pacientes psicosomáticos, hacen que éstos desarrollen una “coraza” contra el dolor psíquico y esto a costa del sufrimiento físico. Se adaptan rígida y estereotipadamente a la realidad externa con pérdida de espontaneidad, fantasía y goce.

Esta estructuración de la personalidad se realiza a lo largo del desarrollo del individuo desde su nacimiento y en ella intervienen desde los factores genéticos hasta la interrelación con el entorno.

Estos individuos son incapaces de utilizar los mecanismos de defensa que normalmente se ponen en juego ante una situación traumática.

La vulnerabilidad psíquica al estrés está dada entonces por los rasgos de personalidad ya planteados.

También existe una vulnerabilidad biológica. Junto a la predisposición genética, los eventos adversos tempranos (afecciones sistémicas, malnutrición, maltrato infantil, desamparo, conflictos vividos a nivel imaginario) influyen en el modelado (troquelado en el sentido de Lorenz) de las estructuras del SNC generando un fenotipo vulnerable que estaría dado por una hiperactividad límbico hipotalámico hipofiso adrenal, una hiperactividad noradrenérgica y un aumento de la neurotoxicidad y disminución de la neurogénesis a nivel hipocampal. Ya vimos la vulnerabilidad, en cuanto a los estresores Rahe realizó una escala de reajuste social donde coloca en orden decreciente de importancia diversos estresores.

### **Escala de Rahe**

- 1) Muerte del cónyuge.
- 2) Divorcio.
- 3) Separación.
- 4) Encarcelamiento.
- 5) Muerte de un familiar próximo.
- 6) Enfermedad grave o lesiones.
- 7) Matrimonio.
- 8) Pérdida de empleo.
- 9) Jubilación.

Hay diversas formas de afrontar el estrés lo que se muestra en el modelo de estrés afrontamiento. Este modelo (hipotético) intenta explicar el procesamiento físico y mental de la experiencia estresante. Las personas que experimentan un estrés vital reciente utilizan ciertas defensas psicológicas que les permiten plantearse estrategias de afrontamiento exitosas (como ya lo vimos cuando hablamos de la personalidad).

El estresante produce una valoración cognitiva primaria donde se valora si algo está en juego: si el encuentro es irrelevante, positivo o negativo.

Luego se da una valoración cognitiva secundaria donde se evalúa como podría solucionarse o prevenir el daño o mejorar las perspectivas de beneficio.

La valoración primaria y secundaria siguen un proceso continuo denominado reevaluación.

El afrontamiento son los esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para controlar el estrés.

Hay mediadores que son los factores individuales, físicos (edad, sexo) o psicológicos (personalidad, psicopatología), así como ambientales (apoyo social, nivel económico) que influyen en lo anterior.

En este interjuego aparecen respuestas psicológicas o fisiológicas.

Las psicológicas pueden ser positivas (felicidad, optimismo, tranquilidad) o negativas (ansiedad, depresión, confusión, desamparo, desesperanza y cansancio).

Las respuestas fisiológicas son las que median entre el estrés y el daño orgánico. Existen evidencias de que los procesos sicosociales afectan al sistema nervioso central, que a su vez puede suprimir la actividad inmune.

En general el hipotálamo ejerce el control nervioso sobre el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y el simpático-adreno-medular (SAM).

El hipotálamo secreta vasopresina y factor liberador de corticotropina (CRF) lo que potencia la liberación de hormona corticotropina (ACTH) de la hipófisis anterior que

induce la secreción de corticoides de la corteza adrenal lo que produce depresión general del sistema inmune.

El CRF también induce la secreción hipofisaria de encefalinas y endorfinas las que podrían aumentar la actividad de células natural killer (NK) y suprimir las blastogénesis de células T.

La ACTH y el CRF ejercen efectos directos sobre la inmunidad. La ACTH disminuye la formación de anticuerpos, produce atrofia del tejido linfoide.

El CRF activa el simpático reduciendo la actividad NK esplénica.

También influyen en la inmunidad las catecolaminas (epi y norepinefrina) liberadas a través del SAM.

En el tratamiento los objetivos son disminuir las crisis o empujes, acortar la duración de las mismas y evitar en lo posible la repercusión de los trastornos en el desarrollo personal del paciente.

Se debe lograr una buena relación médico-paciente y tener un encare global del mismo. Es importante realizar una adecuada psicoeducación explicando las características de la enfermedad, los desencadenantes y los agravantes. El paciente deberá mantener un rol activo en el tratamiento. Se utilizarán estrategias de afrontamiento del estrés, relajación muscular. De ser necesario se pueden utilizar benzodiacepinas. Se buscará el apoyo social.

La derivación al psiquiatra se realizará para descartar trastornos concomitantes y para el posible inicio de una psicoterapia que en principio será de tipo cognitivo-conductual (estrategias de afrontamiento, reorientación de la atención, reestructuración cognitiva).

Vamos a tratar ahora algunas de las patologías sicosomáticas.

A nivel gastrointestinal utilizaremos como ejemplo el colon irritable. Esta patología fue descrita por primera vez en 1820, desde ese momento la asociación de síntomas intestinales con estresores psicológicos se ha evidenciado muchas veces. Corresponde al 11% de todos los diagnósticos gastrointestinales y es más frecuente en la mujer y en la raza blanca. Los síntomas aparecen gradualmente desde la adolescencia y el inicio de la edad adulta. Se diagnostica por dolor abdominal que se alivia con la defecación o se asocia con cambios de la consistencia o frecuencia de las deposiciones. Es un dolor vago la mayoría de los pacientes refieren múltiples zonas dolorosas. Alteración del tránsito intestinal (constipación, urgencia o sensación de evacuación incompleta). Paso de moco. Plenitud o sensación de distensión abdominal. Los síntomas de colon irritable coexisten con otros que sugieren disregulación del sistema nervioso autónomo como astenia, palpitaciones, hiperventilación, ansiedad, mareos, palmas sudorosas, polaquiuria, disuria. Algunos autores plantean que el dolor se debe a disfunción en la inervación visceral aferente (sensorial) y otros a disfunción motora. Los síntomas intestinales se consideran secundarios a las alteraciones de la función motora gastrointestinal. Las anomalías sensitivas y motoras identificadas en pacientes con síndrome de colon irritable desaparecen durante el sueño, esto, junto con la observación de la necesidad de un estímulo central para que se expresen las anomalías motoras típicas apoyan la idea de que el síndrome podría representar un trastorno mediado por el SNC o una alteración de las interacciones entre sistema nervioso entérico y SNC.

Con respecto a lo psicológico el 50% de los pacientes encuentran un desencadenante emocional de la sintomatología.

Estos estresantes son sobre todo laborales en el hombre y familiares en la mujer. La población con colon irritable tienen un número de consultas mayor así como más

síntomas no gastrointestinales que la población control. La búsqueda del médico algunos autores plantean que es debida a alteraciones psicológicas no relacionadas con el síndrome. Hay una incidencia elevada de enfermedades psiquiátricas en estos pacientes, hasta de 70%, principalmente depresión y ansiedad. El colon irritable es una afección crónica caracterizada por remisiones y exacerbaciones. La mejor evolución se en el hombre con constipación predominante y antecedentes más breves de enfermedad y en aquellos con inicio muy agudo de la enfermedad. El tratamiento se realiza principalmente con antiespasmódicos, anticolinérgicos y agentes que aumenten el volumen. En lo psicofarmacológico se utilizan principalmente antidepresivos y benzodiacepinas, debemos tener en cuenta la elevada comorbilidad con depresión y ansiedad. En lo psicoterapéutico se utilizan técnicas cognitivo conductuales. Se enseña la relación entre eventos vitales estresantes y síntomas intestinales y estrategias para afrontar estas dificultades. Se realizan también técnicas de relajación y entrenamiento cognitivo centrado en la reducción general del estrés. Los médicos internistas deben dedicar tiempo a educar al paciente acerca de los factores alimenticios, farmacológicos y ambientales que determinan los síntomas gastrointestinales. Se debe alejar el temor al cáncer y ayudar al paciente a enfrentar las situaciones desencadenantes obvias.

En lo dermatológico vamos a hablar de la psoriasis. La tercera parte de los pacientes que concurren a una consulta dermatológica tienen alguna manifestación psicológica significativa. En casi todas las enfermedades cutáneas idiopáticas crónicas, recurrentes e inflamatorias existe un subgrupo importante de pacientes que reaccionan con estrés ante su enfermedad. También hay factores físicos como el frío, el clima seco, el uso de jabones ásperos y astrigentes, infecciones bacterianas, el uso de ciertas medicaciones y la exposición a antígenos alérgicos, que pueden exacerbar estas enfermedades dermatológicas llamadas psicofisiológicas y dentro de las cuales está la psoriasis. El estrés como ya vimos se refiere a circunstancias externas adversas pero algunos pacientes se sienten estresados por sufrir una afección cutánea sintomática y antiestética, caen en un círculo vicioso donde el estrés emocional provocado por la enfermedad perpetúa la actividad de ésta, en este caso el médico debe definir exactamente la naturaleza del estrés para delinear la terapéutica. La psoriasis es una enfermedad crónica recurrente que afecta la piel y las articulaciones. Tiene un componente hereditario. Las lesiones cutáneas son placas bien delimitadas con escamas gruesas plateadas en las superficies extensoras (codos, rodillas) también pueden encontrarse en cuero cabelludo, pliegue glúteo, palmas, plantas. En la fase activa la enfermedad puede comprometer toda la piel. En casos raros puede haber pústulas difusas, lo que se asocia con fiebre y escalofríos, uñas deformadas y artritis. En el 40 al 50% de los casos es estrés psicológico es importante en el inicio y exacerbación de esta enfermedad. El mecanismo que vincula el estrés con los brotes de psoriasis se centra en ciertos neurotransmisores, como la sustancia P, que se liberan en la piel en respuesta al estrés emocional. La sustancia P ejerce acciones previas a la inflamación como inducción rápida de una glucoproteína que promueve la adhesión de los leucocitos circulantes a los vasos sanguíneos, proceso que se cumple en la formación de las placas psoriásicas. Junto a los tratamientos dermatológicos se utilizaron técnicas de reducción del estrés, meditación, etc. con éxito.

Vamos a analizar ahora la respuesta cardiovascular al estrés.

Ya vimos que el estrés se define como un estado de amenaza a la homeostasis. Las respuestas adaptativas al estrés tienden a restablecer el equilibrio dinámico alterado por factores intrínsecos y extrínsecos. Las respuestas se componen de elementos afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos. Los efectos cardiovasculares del estrés ambiental amenazante incluyen aumento de la tensión arterial, volumen minuto,

frecuencia cardíaca, consumo de oxígeno miocárdico y flujo sanguíneo del músculo esquelético. La resistencia vascular total, el flujo sanguíneo venoso y la circulación en los sistemas esplácnico, renal y cutáneo están reducidos. El estrés se implicó en el desarrollo de numerosas enfermedades cardiovasculares como isquemia, insuficiencia cardíaca, arritmia, hipertensión, hipotensión, valvulopatía y enfermedades cerebrovasculares. La hipertensión arterial esencial fue una de las primeras enfermedades postuladas como psicósomáticas. Los hipertensos tienen una reactividad cardiovascular incrementada en respuesta al estrés. Se vincula al incremento de frecuencia cardíaca, vasoconstricción y secreción de epinefrina y norepinefrina que provoca el estrés. También existe una retención crónica de sodio. Los hipertensos tienen menores niveles de sustancia P que inhibe la liberación de norepinefrina inducida por estrés. Factores psicológicos: Se realizan planteos de que los hipertensos tendrían niveles más elevados y más frecuentes de ira con supresión de ésta. Tienden a no informar sus problemas. Los eventos traumáticos fueron vistos muchas veces como desencadenantes, por ejemplo niveles bajos de ingresos u educación o menor apoyo sociofamiliar. Se plantea la existencia de un patrón de conducta de tipo A, Estos rasgos de personalidad se pueden intentar modificar a través de tratamientos que incorporen una combinación de intervención conductual y métodos de afrontamiento. Los estresores ambientales incluyen superpoblación, confrontación frecuente, amenazas graves recurrentes. Los medios con elevado estrés se caracterizan por transición, cambio de tradiciones, hacinamiento, crimen, desempleo y bajos ingresos. Los ambientes laborales pueden ser muy estresantes. Las alternativas terapéuticas en hipertensos leves o en hipertensiones graves que no responden al tratamiento farmacológico están dadas por cambios en el estilo de vida y en reducción del estrés. Las intervenciones en el estilo de vida se centran en reducir los factores de riesgo cardíaco lo que implica educación, modificación de la dieta, reducción de peso, incremento de la actividad física y abandono de tabaco. Las técnicas de reducción del estrés utilizan clases de control, técnicas de relajación, meditación, relajación muscular progresiva.

## VIÑETAS

### Gastritis.

Paciente 20 años, procedente de Montevideo, vive con padres, hermana mayor e hija de 2 meses. Su pareja permanece algunos días con ella y otros en su casa paterna. La paciente abandonó sus estudios el año pasado, cursaba 6º año liceal.

Niega consultas psiquiátricas previas. Es vista en el día de hoy por médico de emergencia médica móvil en su domicilio por dolor epigástrico. La paciente presenta antecedentes personales de gastritis desde hace 3 años con empujes en períodos de estrés que han evolucionado favorablemente con el tratamiento.

Durante la entrevista la paciente permanece acostada con facies de dolor, colabora con el interrogatorio, se mueve permanentemente cambiando de posición y tocándose la región epigástrica quejándose de sus molestias. La sintomatología comienza hace un mes calmando parcialmente con el tratamiento habitual. Refiere inquietud y desasosiego vinculado a su sufrimiento doloroso. Niega episodios críticos de angustia, niega síntomas depresivos. Refiere que es incapaz de cuidar a su niño por el dolor. Ha decidido suspender la lactancia. Se nota irritable e intolerante con el bebé. Planea mudarse a un apartamento con su pareja el que comenzó a trabajar luego del nacimiento de su hijo.

En entrevista con la hermana de la paciente plantea que ésta no asume la responsabilidad de la maternidad, no deseada, dejando al bebé al cuidado de su madre y hermana. La describe como dependiente, introvertida, callada, con pocos vínculos afectivos. Desde su infancia la paciente presenta cuadros abdominales difusos (vómitos, diarreas) frente a situaciones como discusiones de sus padres, peleas con su hermana, el inicio de clases y situaciones de exigencia académica y laboral.