

## ¿Sigue viva la medicina Psicosomática?

(Es de buen hijo, ser agradecido... y sobre todo tratar de ser un adulto digno y creativo)

*Esta es la pregunta que me hacía recientemente tras leer la conferencia que pronunció el Profesor Brown en la Academia de Medicina de Nueva York, el 29 de Noviembre de 2000, en la que concluía que "en gran parte el campo de la Medicina Psicosomática americana está ahora moribundo", salvo en los notables desarrollos de la Psiconeuroinmunología y del Trastorno de Somatización (1). Reconozco que esta conclusión me impactó y además de provocar esta reflexión, me llevó a hacer una búsqueda bibliográfica por Internet en la que metí las palabras clave, "Psychosomatic Medicine", y encontré solamente ciento trece referencias en los últimos diez años, al menos en revistas de impacto, cuyo contenido estoy analizando en detalle. No obstante, los contenidos de la revista "Psychosomatic Medicine" siguen teniendo un gran interés y en conjunto demuestra la vitalidad investigadora que tiene lugar en este ámbito del conocimiento científico.*

*Aparentemente muerta desde hace casi veinticinco años en los sistemas nosológicos actualmente vigentes o reducida a una categoría residual, como es la de los "Factores psicológicos que afectan al estado físico" desde la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1980) y el de los "Factores Psicológicos y del Comportamiento en los Trastornos o Enfermedades Clasificados en otro lugar" de la CiE 10 (1994), la Medicina Psicosomática se ha desarrollado principalmente por médicos, psiquiatras y psicoanalistas en el ámbito clínico, especialmente interesados en el estudio de los fenómenos intrapsíquicos y en tratamientos psicoterápicos difíciles de evaluar, mientras que la Medicina Conductual se ha desarrollado por psicólogos conductistas, interesados en desarrollar registros objetivos de las respuestas psicofisiológicas y tratamientos cognitivos y conductuales eficientes. Así podemos constatarlo en los artículos de los sucesivos volúmenes de revistas excelentes tales como "Ansiedad y Estrés" y "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace", o en la reciente publicada "Guía de tratamientos psicológicos eficaces", coordinada por Marino Pérez Álvarez, cuyo segundo volumen está dedicado a la Psicología de la salud (2). Desde una perspectiva clínica, merece destacarse la excelente monografía que sobre "Enfermedades Psicosomáticas: Seguimiento Compartido en Patología Psicosomática", han publicado recientemente nuestros compañeros y amigos del grupo de Zaragoza en Tiempos Médicos (3). Igualmente debe mencionarse el esfuerzo magistral del Dr. José Luis González de Rivera y Revuelta en integrar las diferentes aprobaciones que constituyen el núcleo del modelo psicossomático moderno, y que recoge en su excelente monografía reeditada (4). Desde la práctica de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, es necesario destacar el gran esfuerzo desarrollado por el Dr. José Emilio Rojo Rodes, y de un amplio grupo de psiquiatras que trabajamos en el ámbito nacional, con el fin de acercar los desarrollos psiquiátricos modernos a la Atención Primaria y a la Especializada (5). Como vemos el espíritu humanista integrador de nuestros maestros (como Engel, Marty y Lipowsski; Rof Carballo, José Rallo y Manolo Valdés, estos últimos entre nosotros), sigue muy vivo en el modelo de trabajo vigente en la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, en el Hospital General y en Atención Primaria.*

*En la actualidad, frente al dualismo cartesiano, consideramos que los términos enfermedad médica y trastorno mental son expresiones de conveniencia que se refieren a complejos procesos psico-biológicos entre los que no existe una forma neta de diferenciarlos, ya que las funciones mentales y la conducta humana derivan de factores heterogéneos, que no se pueden explicar de forma reduccionista y que conforman "un rompecabezas lingüístico" útil para promover la búsqueda de claridad y la coherencia conceptual desde una perspectiva psico-biológica integradora. Realmente, la diferenciación entre enfermedades físicas y trastornos mentales es especialmente difícil entre los pacientes afectados de enfermedades psicosomáticas, ya que en la práctica depende en gran medida*

de las creencias teóricas y de las atribuciones etiopatogénicas del clínico, respecto a síntomas tales como el dolor y la fatiga.. Además, la comorbilidad de la enfermedad psicósomática y del trastorno mental, no implica necesariamente que aquella constituya una manifestación física de este último, sino que puede tratarse de entidades diferentes coincidentes o dependientes de terceros factores. Dada la complejidad de los procesos etiopatogénicos mediadores que tienen lugar en las enfermedades psicósomáticas, resulta evidente en la actualidad que una perspectiva psicobiológica amplia es la más adecuada para el estudio del enfermo psicósomático, a la vez que permite tener en cuenta las aportaciones del resto de las perspectivas de forma complementaria y no excluyente. Si de forma inevitable, los distintos especialistas fragmentan al ser humano desde su análisis parcial, la perspectiva psicósomática hace posible "reconstruirle y recuperarle" como sujeto autónomo en un diálogo terapéutico y liberador, sólo recientemente legitimado desde el ámbito ético y jurídico. No es de extrañar que los desarrollos científicos más consistentes se estén produciendo en el ámbito de la Medicina Conductual, en la Psicología de la Salud y el Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, ámbitos interdisciplinarios empíricos, que desde una metodología científica permiten el estudio de los procesos de salud-enfermedad según modelos integradores biopsicosociales, que partiendo de un proceso estandarizado, válido y fiable de evaluación clínica, permiten identificar con claridad el problema del paciente, desarrollar hipótesis explicativas del mismo, someterlos a contraste experimental y por último programar un tratamiento evaluable del mismo. Tras el éxito espectacular de la Medicina Psicósomática en los años 50 y 60, se impone una creciente diversificación de campos y de sub-especialidades, tanto en la actividad clínica como en la investigación, hasta llegar a la actual fragmentación asistencial y a la atomización investigadora que hace tan difícil y a la vez tan necesaria la aplicación de modelos psico-biológicos integradores.

Mientras tanto, en la mayoría de las Universidades, la enseñanza de la Medicina sigue focalizada casi exclusivamente a la enfermedad (e) y no ha incorporado las aportaciones de la Medicina Psicósomática, ni de la Conductual, ni de la Psicología de la Salud, de espaldas a la realidad de práctica clínica actual. Se siguen formando médicos para pelear con la e, en vez de para trabajar con los enfermos (E) como educadores sanitarios, para ayudarles a ser agentes responsables de su autocuidado. En estos centros académicos la Medicina Psicósomática no está moribunda, más bien, aún no ha nacido. Se lleva mal con la autarquía y con toda forma de reduccionismo empobrecedor.

Igualmente, desde la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) asistimos al aparente entierro del modelo psicósomático original, derivado del psicoanálisis, por considerarse demasiado determinado por sus hipótesis etiopatogénica psicogenetistas no probadas. No obstante, es revisado y transformado, enriquecido con nuevas formulaciones y modelos como los propuestos por Pierre Marty dentro del ámbito teórico-clínico del Psicoanálisis (6), por citar sólo uno de sus líderes más conocidos.

A pesar de las dificultades metodológicas para poder definir la naturaleza de las asociaciones entre patologías médicas y factores psicológicos, en la actualidad, se han acumulado suficientes estudios científicos como para poder constatar de forma consistente la existencia de una relación causal entre varios factores psicológicos y el inicio o la agravación de varias enfermedades médicas registradas en el Eje III del DSM-IV-TR, tales como la ira, la ansiedad y la depresión, y los trastornos de personalidad del Eje II y las conductas desadaptativas que afectan de forma negativa el curso de numerosas enfermedades médicas, tales como el infarto agudo de miocardio o el asma (7, 8).

Varios estudios epidemiológicos han demostrado de forma consistente que la depresión y sus síntomas asociados son importantes factores de riesgo, tanto para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, como de muerte post-infarto de miocardio. En consecuencia, el reconocimiento de la depresión en los pacientes cardiovasculares y su tratamiento eficaz es una prioridad terapéutica

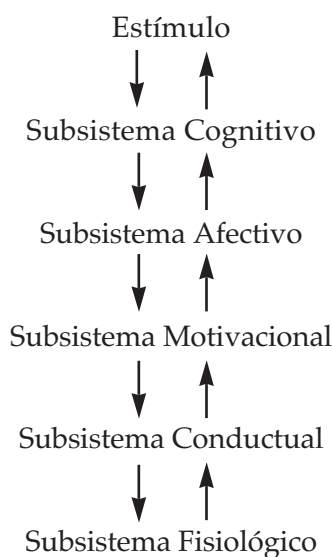
---

fundamental (9). Sin embargo, todavía, muchos pacientes con trastornos depresivos y enfermedades médicas asociadas, no son diagnosticados ni tratados adecuadamente, por lo que no reciben los beneficios que les ofrecen en la actualidad los nuevos tratamientos antidepressivos, sobre todo combinados de forma adecuada, con los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces.

Los resultados de estos estudios epidemiológicos confirman las primeras hipótesis de nuestros buenos maestros, en el sentido de constatar la existencia de una básica y robusta continuidad psicosomática individual que también certifica el error de Descartes, aunque sigamos utilizando, por conveniencia, un lenguaje dualista.

Además médicos y pacientes no ven con frecuencia los trastornos depresivos tan peligrosos como otras enfermedades médicas graves. El hecho de que la depresión sea una enfermedad mental, no quiere decir que no sea también un trastorno biológico complejo, y no un fallo espiritual o una muestra de debilidad personal. Desde hace años, se sabe que en la depresión está alterada la respuesta de estrés, con aumento de la liberación de la Corticotrophin-releasing-hormone (CRH) en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes deprimidos y que existe también una clara disfunción en varias citocinas proinflamatorias con sus correspondientes modificaciones en las cascadas de señales intracelulares, con sus consecuencias en la expresión genética y en la función proteica, es decir, en el conjunto de la conducta y en la salud de ese individuo deprimido.

El ser humano es una compleja unidad psicosomática construida por varios subsistemas constitutivos fundamentales, organizados de forma jerárquica e integrada, y toda alternativa en cualquiera de ellos produce de forma inevitable cambios en los demás subsistemas, como se esquematiza a continuación:



Igualmente, se puede intervenir de forma terapéutica en este sistema a través de diferentes mecanismos (psicoterapia, psicofármacos, etc.) de forma positiva y complementaria. Nuestros predecesores en el estudio de los enfermos psicosomáticos, utilizaron los recursos de los que disponían en su tiempo (método etimológicamente significa camino), y en la actualidad disponemos de un amplio cuerpo de conocimientos capaz de mejorar la salud humana de forma eficaz.

El concepto moderno de calidad de vida implica contar con la participación activa del paciente y las valoraciones de éste respecto a su grado de bienestar, preferencias, así como a su

grado de satisfacción en las relaciones que mantiene con los profesionales sanitarios. Y juntos, pueden y deben trabajar para mejorar las condiciones en las que transcurren las relaciones asistenciales: son miembros de un mismo vínculo que condiciona el grado de satisfacción, de estrés y su calidad de vida. Incluso, el modelo biopsicosocial puede enriquecer la práctica actual de la psiquiatría y rescatarla de reduccionismos de modas pasajeras que empobrecen el abordaje clínico y dañan la percepción holística del paciente. El reto más importante que tenemos los psiquiatras actualmente en ejercicio es la transmisión del modelo biopsicosocial a las futuras generaciones de médicos para que perviva de forma más fecunda y vital. (10, 11)

J.C. MINGOTE  
H.U. 12 de Octubre. Madrid.

- (1) Brown TM.: The Rise and Fall of American Psychosomatic Medicine. Disponible en: URL: <http://human-nature.com/free-associations/riseandfall.html>.
- (2) Pérez Álvarez M.: Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Psicología. Madrid. 2003.
- (3) Lobo Satué A.: Enfermedades Psicósomáticas y Medicina Psicósomática. Editorial Tiempos Médicos 2003, 599: 5.
- (4) González de Rivera y Revuelta. Medicina Psicósomática. ADES. 3ª Edición. Madrid 2003.
- (5) Rojo Rodes J.E. (Coordinador): Psiquiatría Básica para Médicos. Scientific Communication Management. Madrid 2003.
- (6) Marty P.: El orden Psicósomático. Promolibro. Valencia. 1995.
- (7) Iglesias Gil de Bernabé F.: Depresión mayor en la evolución en pacientes tratados por cardiopatía isquémica. Tesis Doctoral. Universidad de La Coruña 1999.
- (8) Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jffe AS.: Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potencial mechanisms. Journal pof Psychosomatic Research 2002; 53: 897-902.
- (9) Rudisch B, Nemeroff B.: Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biological Psychatry. 2003; 54: 227-240.
- (10) Freedman A.: The biopsychosocial Paradigm and the future of Psychiatry. Comprehensive Psychiatry. 1995; 36: 397-406.
- (11) Valdés M.: Psicobiología de los Síntomas Psicósomáticos. 2000. MASSON. Barcelona.