

## Psicosomática y Enlace: Modelos para el presente. Retos para el futuro

*Este es el título escogido para singularizar el marco en el que se encuadra el XLIII Congreso Nacional de Medicina Psicosomática (SEMP), a celebrar en Barcelona (11, 12 y 13 de Junio de 2009). Han transcurrido casi dos siglos desde que Heinroth (1818) introdujo el concepto de psicopatología, resultado de la confluencia de dos pensamientos tradicionales: la psicogénesis de las enfermedades y el holismo. Una idea, la de la psicogénesis, que fue la compañera fiel de la primera fase del desarrollo de la Medicina Psicosomática, una fase que duró prácticamente 30 años, hasta el inicio de los años mágicos del 60. Hasta entonces, los postulados etiológicos que giraban alrededor de la psicogenia ejercieron un considerable atractivo en las investigaciones y en los clínicos, hasta el punto de que el origen psicológico de la úlcera gastroduodenal era considerado como muy plausible para el mundo científico de la época, a pesar de ciertas voces críticas entre las cuales tenía un valor especial la de Halliday, uno de los pioneros de los modelos psicosociales en Medicina.*

*El giro hacia una mayor flexibilidad lo dio Engel (1967 1977), al rubricar el modelo “biopsicosocial” un término del que se ha usado y abusado tanto que si bien sirvió para la integración, ha permitido construir el fortín en el que han renacido los incombustibles defensores de la diseminación y el holismo, una posición que es ropaje con el que gustan pasearse por los diversos foros estos irreductibles dualistas. Y miren que está claro que la activación del Sistema Nervioso Central es un vehículo para la susceptibilidad a enfermar, mediatizado por el balance emoción-salud, tanto a nivel social y ecológico, como ligado a personalidades y psicopatologías que modulan las vulnerabilidades individuales. Lipowski, no solamente censuró sin demasiadas contemplaciones la obsoleta noción de psicogénesis, sino que además la veía incompatible con las directrices emergentes de la multicausalidad. Casi en paralelo a esta crítica, el propio Lipowski definía (1971) el feliz término de Psiquiatría de Enlace (PE), que había sido utilizado por Ebeng en 1930 (Ruiz Doblado, 2004), puntualizando oportunamente, veinte años más tarde, la labor no solamente de interconsulta (la famosa “brigada de rescate” de Strain, 1994), sino de asesoramiento y, sobre todo, de integración en el equipo médico quirúrgico, tanto en la detección y resolución de la comorbilidad, como en la participación activa en las Unidades Funcionales que conforman muchos de los problemas clínicos que son centro de interés médico (desde la obesidad al dolor, desde el cáncer a la salud cardiovascular, entre tantos). Pero además la P.E. debe contribuir a la detección temprana de los problemas psicosociales –psicopatológicos en los pacientes médico-quirúrgicos–, lo cual no solamente mejorará la organización de la asistencia intra y extrahospitalaria sino que, con toda probabilidad, evitará largas estancias, disminuyendo los costes sanitarios. Huyse (1998) y E. Lobo (2003) en esta misma publicación nos mostraron el detector de casos denominado COMPRI (Complexity Predictum Instrument) un instrumento breve (dura unos 5 minutos) que permite la detección de pacientes con riesgo de necesitar una asistencia más “compleja”, y otro el INTERMED, (evaluado en España por el equipo de A. Lobo) entrevista semiestructurada de 15 minutos, destinada a la captación de enfermedades y que facilita la temprana planificación de las necesidades asistenciales, la comunicación interdisciplinar y la rápida remisión a P.E.*

*Los modelos que procedían de teorías más “psicológicas” (como la cognitivo-conductual), la Medicina Conductual (MC) o la Psicología de la Salud (PS), no han tardado en ser reconocidos por la P.E. quizá porque –sobre todo en el caso de la MC– se estructuran alrededor de la Teoría*

General de Sistemas, en la cual la conducta es biología en funcionamiento interactivo con el ambiente, con el resultado de modificaciones en los estados internos. Así pues, MC, PS y PE se han encontrado en la casa común "psicosomática" y, con ellos, psiquiatras y psicólogos clínicos que intentan predicar y hacer comprender la buena nueva a los restantes profesionales de la salud, sin que no siempre lo consigan. En cualquier caso, utilicen o no el paradigma en su praxis clínica, casi ningún médico discute hoy día la importancia de la evaluación de los correlatos psicossociales en los trastornos médicos. Unos correlatos que, interactuando con los factores biológicos, marcarían el camino y el curso de los trastornos médicos. Un ejemplo claro es la presencia de síntomas depresivos en asociación con dichos trastornos (en un porcentaje del 10%), lo cual se ha postulado como una correlación con mayor mortalidad y un impacto negativo con la adherencia al tratamiento, amén del incremento de la susceptibilidad específica para los síndromes cardiovasculares (15% de pacientes con infarto de miocardio). En este sentido, y en un momento de revisión del patrón A, no sólo se mantiene la hostilidad como señal de peligro (Smith, 2004) en este y otros problemas médicos, sino que se detecta un creciente interés por unas complicaciones más serias de lo que nos habíamos imaginado. El Congreso dedicará una mesa específica al tema que esperamos con el máximo interés. Los estados de indefensión ("helplessness") y de desesperación ("hopelessness") asociados o no a la irritabilidad, también marcaron una atención específica, por ser factores independientes de riesgo para el infarto de miocardio.

En un magistral artículo de revisión Fava y Sonino (2005) especificaban la diferencia básica entre la investigación actual en psicosomática y la tradicional, sobretudo la proveniente de los modelos categoriales tan trillados en psiquiatría: postulan el uso de las cuantificaciones dimensionales del estrés o de la vida emocional, especialmente en lo que se ha venido en denominar el "afecto negativo", un mediador entre estrés, estrés y consecuencias médicas. El conjunto de estos malestares, asociado a una persistente desadaptación a la enfermedad, mediante una percepción y evaluación inadecuados (lo que Pilowsky llamó "Abnormal Illness behavior") tendrá efectos claramente negativos, no solamente en la patología médica subyacente o asociada, sino que también contribuirá a disparar o cronificar situaciones clínicas como la somatización, cuya elevada prevalencia en Atención Primaria, merece nuestra particular atención, aunque sólo sea por respeto a nuestros colegas agobiados que laboran en esta estructura sanitaria. Más del 50% de los pacientes que acuden al médico de cabecera, con trastornos psiquiátricos, hacen una presentación somática de los mismos y la somatización en sentido estricto presenta una prevalencia del 10% en Atención Primaria. En este sentido, siguen pareciéndonos muy importantes, no solamente los estudios de García Campayo, cuya constancia en este tema es muy de agradecer (1996, 1997, 2002), sino también el estudio comparativo de Jiménez Morón y Saiz (2002) en el que efectuaron un estudio comparativo de los tres patrones de Kirmayer y Robbins (1991): "funcional", "hipocondríaca" y "de presentación" en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Como era de esperar se encontraron con varias limitaciones, entre las cuales la comorbilidad entre las propias tres formas y con otros trastornos psiquiátricos; esto último les llevó a la decisión de prescindir de los pacientes ansiosos con somatización de presentación. Lo que fue impactante es la caída de varios mitos, como lo son que la hipocondría es un magma que invade las tres formas, pero también que la alexitimia no correlacionada con ninguna forma de somatización, lo cual ya está en el núcleo de la inespecificidad de este constructo. En la línea de lo que venimos comentando, se confirmó que los somatizadores relataban una gran variedad de experiencias negativas en coherencia con el concepto de "afectividad negativa".

En conjunto, deberíamos postular en psicosomática un tratamiento psicofarmacológico, pero también psicoterápico en integración adecuada. Y ello presupone estudios controlados y tiempos de aplicación de uno u otro vector terapéutico, juntos o combinados. Indicaciones ajustadas a 1)

---

*refratariedad en los cambios de estilos de vida propuestos para prevenir y tratar la enfermedad; 2) presencia de complicaciones dimensionales (v.g. hostilidad), así como clínicamente establecidos (v.g. depresión); 3) anormal conducta de enfermedad que interferirá (sobre todo en el caso de excesiva ansiedad por la salud o actitudes negadoras) en la evolución y el cumplimiento terapéutico y 4) calidad de vida demasiado alterada para la contingencia de la condición médica. Si a ello añadimos todas nuestras intervenciones "de enlace", tenemos campo de trabajo suficiente como para permitirnos una Sociedad, una publicación y un Congreso Anual. Y de ahí también que debemos apostar –lo que hemos hecho– por la presencia activa de Sociedades, Colegios Profesionales y representantes del mundo de la Medicina de Familia, Asistencia Primaria y Psicología Clínica.*

*Será en junio, será en Barcelona. Allí continuaremos un diálogo que empezó hace mucho tiempo y que no hace más que crecer en contribuciones investigadoras, docentes y clínicas, en la eterna búsqueda de respuestas a largo plazo a la complejidad que conforma el variado mundo con el que se construye lo que algunos seguimos llamando psicósomática, a pesar de los variados frentes con los que se disfraza y los diversos patronímicos con los que gusta nominarse: finalmente todo es casa y causa común.*

J.M<sup>a</sup> FARRÉ MARTÍ  
Editor

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Engel GL.: The concept of psychosomatic disorder. *J. Psychosom. Res.* 1967; 11: 3-9.
- (2) Engel GL.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- (3) Fava G.: The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine. *J. Clin Psychiatry*, 2005; 66: 849-858.
- (4) García Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A.: Somatisation in primary care in Spain: II. Differences between somatisers and psychologists. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 344-53.
- (5) García Campayo J.: *Usted no tiene nada*. Oceano, 1999. Barcelona.
- (6) García Campayo J, Salvanés R, Álamo C.: *Avances en trastornos somatomorfos*. Editorial Panamericana, 2002. Madrid.
- (7) Halliday JL.: *Psychosocial Medicine: A Study of the Sick Society*. London, England: Heinemann, 1948.
- (8) Huyse F.: Del modelo de inter-consultas... ¿hacia dónde? ¿Es necesario cambiar los paradigmas?. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 1999; 51-52: 89-95.
- (9) Jiménez Morón D, Sáiz J.: Tres formas de somatización en pacientes psiquiátricos ambulatorios: un estudio comparativo. *Psiquiatría Biológica*, 2002; 9 (1): 3-12.
- (10) Kirmayer LJ, Robbins JM.: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and socio-demographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-55.
- (11) Lipowski ZJ.: Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. *Compr. Psychiatry* 1971; 12: 461-5.
- (12) Lobo E, Bellido M, Campos R, Saz P, Huyse F, de Jonge P, Lobo A.: Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2003; 67-68: 89-99.
- (13) Ruiz Doblado J.: *Psiquiatría de Enlace: la otra mitad de la Medicina*. 2004, Aran. Madrid.
- (14) Smith T, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC.: Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J. Pers.*, 2004; 72: 1217-1270.
- (15) Strain JJ, Hamer JS, Fulop G.: APM Task Force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting. A review of the cost-off-set studies. *Psychosomatics*, 1994; 35: 253-262.