



Experto en Psicología clínica y psicoterapia en adultos

MÓDULO II. PROBLEMÁTICAS PSÍQUICAS



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA IX. PSICOSOMÁTICA: PSICOLOGÍA Y MEDICINA

Aproximación Histórica a la Medicina Psicosomática

En los últimos años hemos observado y participado en el espectacular avance de las disciplinas medicas y farmacológicas para el tratamiento de las enfermedades que nos aquejan. Sin embargo y a pesar de los enormes adelantos tecnológicos con los que contamos en la actualidad, a la hora de diagnosticar y tratar los dolencias y enfermedades se reconoce que no es suficiente.

La Teoría de la Medicina en el mundo occidental, desde la antigüedad griega y romana hasta hoy, no tomó nunca en consideración en la etiología de las enfermedades a los factores psicológicos, y esto fue así, aunque la practica médica hubiese sido en algún momento, más o menos concienciadamente psicosomática.

Dado que el ser humano es, inevitablemente, un ser social al mismo tiempo que un ser biológico y ser psicológico y siendo lo que enferma la totalidad humana, en toda enfermedad coexisten fenómenos de orden biológico, psicológico y social.

Las practicas individuales y culturales que se adoptan para potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud están íntimamente relacionados con el modo de entenderla y explicarla.

A lo largo de la historia se ha sucedido un importante debate sobre la concepción del ser humano: El dualismo mente-cuerpo. El problema de esta dualidad que como sabemos tiene múltiples implicaciones en el tema de la salud y la enfermedad, ha sido objeto de muchas y diversas conceptualizaciones a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. La manera de entender el cuerpo humano y su funcionamiento tiene mucho que ver con las practicas culturales que se llegan a adoptar en cada sociedad para definir la

salud y las practicas terapéuticas utilizadas para tratar las enfermedades. Mientras que en algunas culturas, mente y cuerpo han sido entendidos como un todo indisoluble, en



otras, por el contrario, se postulan como elementos separados.

A continuación, vamos a realizar un breve recorrido histórico que clarificará el origen de la actual medicina psicosomática.

La **medicina grecorromana**, la forma más antigua de medicina “naturalista” que conocemos era radicalmente

somática, algo que era del todo nuevo y opuesto a las creencias supranaturales previas. Por lo tanto, en los trabajos de **Hipócrates** (460-377 a C) y sus seguidores se hallan muy pocos elementos psicosomáticos. Los textos hipocráticos apenas contienen algunos comentarios sobre el alma y la enfermedad.

Así, por ejemplo, la ira, “contrae” (hoy en día sabemos que la ira es un elemento del patrón de conducta Tipo A relacionado con las enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio) y los buenos sentimientos “dilatan” el corazón. Cada sentimiento gobierna un órgano; si el alma se enciende, el cuerpo se consume simultáneamente.

Otro personaje importante fue **Galeno** (131-200 d C), que, a pesar de estar mentalizado somáticamente por sus predecesores, en su gran sistema creó unos rudimentos de psicogénesis y psicoterapia; un concepto de medicina psicosomática que, al dirigir la

atención al papel que desempeñan las “pasiones” en la patogenia y en el tratamiento, ejerció una profunda influencia hasta bien entrado el siglo XIX.

Las pasiones, fruto del espíritu vital, serían en el sistema galénico, la sexta de las seis causas no naturales de la enfermedad. De acuerdo con Galeno, las pasiones tanto pueden producir como curar una enfermedad.

Durante la **Alta y la Baja Edad Media** se produjo un cambio importante en la concepción de la salud y la enfermedad, adquiriendo un gran prestigio el enfoque espiritualista de la enfermedad, debido entre otras razones, a que la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la Iglesia Católica. La enfermedad paso a ser entendido como el resultado de la violación de una ley divina, pasando la curación por el arrepentimiento y la fe.

Los árabes fueron los primeros en mantener y enriquecer parcialmente el legado de los griegos. De esta etapa destacan personalidad tales como **Avicena, Constantín, Maimónides**.



Maimónides (1135-1204), medico judío que escribía en árabe, recomendaba para el tratamiento del Asma la estimulación de las energías psíquicas por medio de perfumes, músicas, relatos alegres, etc. las emociones, afirmaba, producen cambios físicos y el tratamiento psicológico debe tener preferencia sobre cualquier otro.

Durante el **Renacimiento** se produjo un retorno a la conceptualización naturalista más propia de la época clásica griega y romana. Fue un periodo fructífero, en el cual se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias.

Fue en esta época cuando se introdujo un nuevo concepto: la idea de “Imaginación”, capaz de producir y curar la enfermedad, y que es precursora del concepto moderno de

sugestión. Varios médicos destacados del Renacimiento como Cornelio Agripa, de la Porta, Paracelso, Libavius, etc, la utilizaron en contraposición con las explicaciones generales sobre la causa de la enfermedad (brujería) o las curas “milagrosas” en términos sobrenaturales.

Es también en este periodo cuando el modelo biomédico el cual tenía su fundamento doctrinal en el dualismo mente-cuerpo se consolida, siendo la teoría de René Descartes la que mejor lo representó. Descartes (1596-1656) planteaba que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas. Conforme a este planteamiento, el cuerpo era interpretado como una máquina y la enfermedad el resultado de algún elemento. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión puramente bioquímica, dejando a un lado la importancia de los factores sociales y psicológicos, hoy por todos conocidos por su gran trascendencia en los Trastornos Psicósomáticos.

Las teorías psicogénicas medievales sobre las causas de la peste perduraron hasta el **s. XVII**. Uno de los representantes más destacados de esta época fue **Van Helmont** (1576-1644) que escribió sobre las tres vías para tratar la enfermedad: *verbis, herbis, lapidis*.



Robert Burton (1577-1640), autor de “Anatomía de la melancolía” y gran recopilador del siglo XVII, se ocupó con cierto detalle de las pasiones como causa de las

enfermedades; la superstición, afirmaba, puede producir o curar la enfermedad, la oración debe ser recomendada en primer lugar y después la medicación. En la

terapéutica la confianza es lo más importante; para encauzar las pasiones ha de eliminarse la tristeza y el paciente debe discutir las preocupaciones que tiene con su médico. Estos aspectos que planteo este autor nos recuerdan sin duda a la actual psicología donde la alianza terapéutica es el elemento más importante que condicionará en gran medida el resultado que obtengamos con el paciente.

El final del siglo **XVII** y principios del **XVIII** vieron la aparición de varios tratados médicos sobre las pasiones. Uno de los más importantes fue el de **Falconer**, que es considerado el prototipo de este género, donde el autor catalogaba las enfermedades por la cólera (la apoplejía y la fiebre, por ejemplo) y por el dolor (la histeria y la consunción); así como las pasiones que pueden ayudar a curar las enfermedades, como la ira (contra la gota) y el amor (que curaría las cardiopatías y la paresias), el miedo podría debilitar el cuerpo (produciría diarrea y tumores) y la confianza podría curar fiebres intermitentes.

El siglo **XIX** fue testigo de muchos y nuevos enfoques científicos, grandes cambios en la nomenclatura, así como grandes progresos en el conocimiento del funcionamiento del cuerpo y en las causas de las enfermedades, pero la teoría y práctica de la Psicósomática continuaba sin desarrollarse.

Francia y Alemania se convirtieron en los dos grandes de esta época.

En Francia, Philippe **Pinel** (1745-1826) promovió el revolucionario tratamiento moral y se ocupó de las pasiones, a las que repartía entre las enfermedades psicósomáticas del corazón y el aparato digestivo con el nombre de neurosis o hipocondriasis. También consideraba la gota y la epilepsia como enfermedades psicósomáticas, afirmando que en ellas existiría una transición desde la anomalía funcional hasta la lesión anatómica.

El organicista Rostad consideraba que muchas enfermedades eran consecuencia de experiencias psicológicas como la pena y veía a las pasiones como poderosas fuerzas terapéuticas y Chomel afirmaba que las raíces de la fiebre tifoidea debían buscarse en la nostalgia.

En Alemania, la medicina asumió el liderazgo internacional durante la segunda mitad del siglo XIX. A pesar de la fuerte orientación científica y somática de los médicos alemanes, no pasaban por alto la psicogénesis ni la psicoterapia, fundamental para tratar las enfermedades.



Hufeland, probablemente el clínico más reconocido de principios de este siglo, al resumir su experiencia médica de toda una vida, reconocía que las causas de las enfermedades no son únicamente

mecánicas y químicas, sino que en ella intervienen factores psicológicos.

Von Feuchtersleben, en su libro “Psicoterapia médica” catalogaba las pasiones y sus afectos, tanto patógenos como terapéuticos: la ira puede afectar a la bilis y al corazón, la depresión puede causar amenorrea, cirrosis o cáncer, los sustos producirían convulsiones y apoplejías y el miedo es capaz de causar diarrea, enuresis y facilitar contagios.

Reino Unido y Estados Unidos no se quedaron atrás y realizaron gran cantidad de observaciones muy ricas por los contenidos que arrojaron.

Los grandes descubrimientos científicos del siglo XIX en las áreas de neurofisiología y endocrinología permitieron establecer importantes conexiones en este campo y alentaron esperanzas para que pronto pudieran ser resueltos los problemas de psicogénesis y psicoterapia.

Ya en el siglo **XX**, tras la muerte de Charcot, uno de sus discípulos más conocidos, **Freud** (1856-1939) comenzó a desarrollar sus enseñanzas, años más tarde marcaría un hito en el campo de la Psicología con sus revolucionarias teorías sobre el aparato psíquico y creando el Psicoanálisis que marcaría escuela y llegaría hasta nuestros tiempos.



En el campo de la psicosomática, el concepto propio de Freud de la neurosis psicógena y de los síntomas de conversión, abrieron posibilidades teóricas para la unificación de muchas observaciones psicosomáticas.

La Primera Guerra Mundial (1914-1918) dio lugar a grandes legiones de militares neuróticos lo que hizo aumentar la tendencia hacia el pensamiento psicógeno en general y en particular hacia el psicoanálisis.

Hasta aquí el breve recorrido histórico por el campo de la medicina psicosomática.

Más adelante se abordará el nacimiento propiamente dicho de las dos disciplinas que aquí nos atañen: La medicina psicosomática y la psicología de la salud.

Para obtener una mayor clarificación de los contenidos que van a tratarse en este Máster, es necesario detenernos brevemente en los siguientes conceptos:

Salud y Enfermedad

El concepto de salud fue definido por la OMS en 1986 como “un estado de completo bienestar físico y mental que resulta cuando las gentes libres de enfermedades viven en armonía con su entorno y con los demás”, frente al concepto de enfermedad, que se caracteriza por ser un “proceso que altera el curso de la salud de un organismo, pudiendo significar una alteración objetiva o un estado subjetivo de alteración”.

El modelo biomédico

Dicho modelo descansa sobre dos supuestos básicos. El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, recientemente comentada. El segundo principio es el del reduccionismo. Se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas.

Aunque este modo de entender la enfermedad ha dado lugar a grandes éxitos médicos, Engel (1977) ha puesto de manifiesto algunas de las insuficiencias que esta perspectiva médica presenta a la hora de dar cuenta del proceso salud-enfermedad.

Este modelo aborda la enfermedad atendiendo únicamente a sus aspectos físicos. Si la persona presenta un cáncer o un infarto de miocardio, centra su atención únicamente en el cambio a nivel orgánico que se ha producido en dicha persona, sin tener en cuenta que detrás de esa persona que padece dicha enfermedad existen múltiples condicionantes que están influyendo de manera directa: historia de vida, relaciones personales, rasgos de personalidad, circunstancias actuales, etc.

Hoy en día sabemos que las alteraciones bioquímicas que se producen en nuestro cuerpo son condiciones necesarias, pero no suficientes para que realizar un diagnóstico. Este sería por ejemplo el caso de la conocida “hipertensión de bata blanca”.

Esta manera de concebir la enfermedad desde el modelo biomédico ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas. Sabemos que la enfermedad no está sólo mediada por la susceptibilidad biológica del organismo, sino que también son decisivos para ella los eventos vitales estresantes que una persona sufre a lo largo de su vida. (Este aspecto será abordando detenidamente en el Tema V. Estrés y Sistema Inmune).

El modelo biopsicosocial

Ante las dificultades y carencias que presenta el modelo médico, son diversos los autores que han sugerido la necesidad de elaborar una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor el proceso de enfermar, permitiendo de esta manera superar la formulación dualista cuerpo-mente y abordar la enfermedad desde un punto de vista holístico.

El modelo biopsicosocial plantea la integración de los tres grandes factores que determinan la salud y la enfermedad de las personas. Son factores de tipo biológicos, psicológicos y sociales. Este nuevo modelo supera el reduccionismo del modelo médico, aceptando que la enfermedad tiene una causación múltiple siendo a su vez múltiples sus efectos.

La comprender el proceso de interacción de los tres tipos de variables mencionadas anteriormente hablamos de la teoría de sistemas, según la cual todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí de manera jerárquica, de modo que los cambios en cualquiera de los niveles repercutirán en todos los demás, como si de un efecto domino se tratara.

En conclusión:

- Es insuficiente elaborar un diagnóstico que este únicamente mediado por condicionantes físicos, puesto que todo lo orgánico afecta a lo psíquico y viceversa. No podemos perder nunca de vista la parte psicológica y emocional del paciente y dejarnos cegar por el síntoma.
- Es imprescindible acercarnos a la parte subjetiva del paciente, entender como está viviendo la enfermedad, que siente y cómo lo siente.
- Las situaciones vitales por las que atraviesan los pacientes tienen una enorme trascendencia, de ahí la relevancia de preguntar por los acontecimientos pasados y presentes que han vivido y pueden estar condicionando su estado de salud (Ver cuestionario de sucesos vitales estresantes).
- Siempre que hay enfermedad, ya sea física o psicológica, existiría un beneficio secundario de tipo inconsciente que estará influyendo en el mantenimiento de dicho trastorno.
- La alianza terapéutica que mantengamos con nuestro/a paciente determinará en gran medida las características del tratamiento que llevemos a cabo.

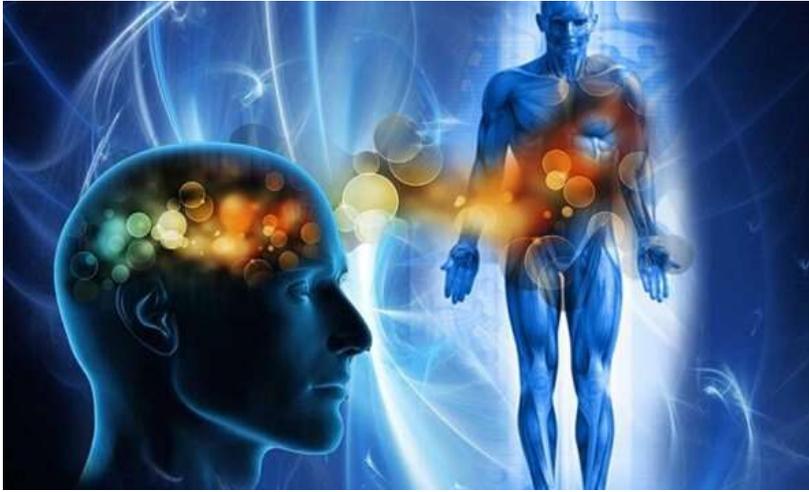
Abordado estos dos conceptos básicos para el curso que tenemos por delante, vamos a adentrarnos en las dos disciplinas más importantes para nuestro cometido: Medicina Psicosomática y Psicología de la salud.

Medicina Psicosomática

A partir de los años 30 del pasado siglo y como consecuencia del reduccionismo de la medicina científica natural y el modelo médico, comienza a gestarse un cambio de pensamiento médico, lo que provoca el surgimiento de una nueva disciplina: la medicina psicosomática. A pesar de ser una disciplina muy joven, con no más de unas décadas de

existencia sus orígenes son mucho más antiguos, como hemos visto en el apartado anterior.

Esta especialidad médica, cuyo nombre fue acuñado por **Heinroth** en 1818, constituyó el primer intento de estudiar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones físicas de nuestro organismo.



La medicina psicosomática surge en Estados Unidos muy vinculada al psicoanálisis de **Freud**, como una extrapolación de los descubrimientos de éste a la historia de conversión. Los

primeros psicopatólogos son mayoritariamente internistas psicoanalizados, como Schur, el médico personal de Freud, y Felix Deutsch.

En este campo podemos señalar dos periodos diferenciados:

El primero de ellos comprende desde 1935 a 1960. En esta fase, la medicina psicosomática se centra fundamentalmente en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde un posicionamiento claramente psicodinámico.

Se asume que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encuentran en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. Si se suma una cierta vulnerabilidad orgánica, constitucional o adquirida a la presencia de los tres factores ya mencionados, el resultado será una enfermedad específica.

Uno de sus máximos representantes en este periodo fue **Alexander** (1950) que consideraba que las alteraciones de salud más importantes que podían considerarse de naturaleza psicosomática serían el asma, la neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes.

A partir de 1965 se produce un cambio en esta especialidad. Se plantea necesidad del desarrollo de técnicas psicoterapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática, aliviar al enfermo corporal e incrementar la eficacia de los tratamientos puramente orgánicos.

Este cambio queda plasmado en los **postulados** que elaboro **Lipowski** (1977) los cuales son:

Postulados de Lipowski

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una clara línea de demarcación entre ellos.
- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico repercuten 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 las medidas preventivas y terapéuticas.
- La relación establecida entre el paciente, su familia y el terapeuta influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
- La psicoterapia es un recurso imprescindible para el abordaje de cualquier manifestación de enfermedad.

Es en 1952 cuando en el manual diagnóstico y estadístico, DSM-I se hace eco por primera vez de los trastornos psicósomáticos, apareciendo también en ediciones posteriores y asumiendo implícitamente el modelo biopsicosocial del que ya hemos hablado. Hoy en día los trastornos psicósomáticos se ubican en el capítulo de los trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR, junto con los trastornos de conversión, trastorno por dolor, etc.

En España encontramos dos máximos exponentes de la medicina psicósomática: Juan Rof Carballo, influido enormemente por el psicoanálisis y Juan José López Ibor (padre), que elaboró un tratado sobre patología general psicósomática (La angustia vital, 1950).

La tarea actual de la medicina psicósomática consiste en formular de manera empírica leyes que rigen las relaciones entre un acontecimiento psicológico y otro fisiológico coincidente en el tiempo, entre procesos o funciones psicológicas y actividad neuroendocrina e inmunológica y entre las influencias sociambientales y respuestas psicoorgánicas (aspectos psicosociales del estrés).

La teoría de la multicausalidad y el fracaso de los mecanismos de adaptación y defensa, con la consiguiente desregulación de los procesos homeostáticos y el aumento de la susceptibilidad a enfermar, ha sido establecida de manera convincente en numerosos estudios epidemiológicos sobre acontecimientos vitales. La cantidad de estudios realizados confirman el error del dualismo mente-cuerpo en que se basó la teoría de Descartes, al percibir al ser humano como una máquina diferenciada en dos procesos que hoy sabemos son inseparables. La identificación de marcadores psicológicos de vulnerabilidad individual ofrece la doble perspectiva de detección precoz de sujetos en riesgo y de intervenciones terapéuticas correctoras de esos factores de vulnerabilidad. Así, la psicoterapia se ha demostrado eficaz como coadyuvante en cuadros que van desde el asma hasta la epilepsia.

Podemos resumir por tanto los **objetivos** propios de la medicina psicosomática en los siguientes puntos:

Objetivos de la medicina psicosomática

- Conocer los diferentes modos de expresión de la angustia.
- Saber a partir de qué momento hay tensión y por qué razones un determinado contexto puede tener un papel patógeno.
- Saber buscar en el origen de una descompensación psicosomática una situación de pérdida afectiva o herida narcisista.
- Comprender por qué los cambios de estado social y las fases de crecimiento por las cuales pasa todo individuo constituyen periodos de crisis que amenazan la homeostasis biopsicosocial.
- Conocer las características de los perfiles de personalidad como factores predisponentes a los trastornos psicosomáticos (narcisista, histriónico/a, dependiente, fóbico/a, evitativo/a, esquizoide, etc.)
- Saber qué tipo de organización psíquica vuelve al sujeto más vulnerable a la enfermedad (neurosis, psicosis, etc.)
- Comprender qué peculiaridades del desarrollo infantil pueden favorecer un tipo concreto de organización psíquica en el individuo.

Psicología de la Salud

Hay que situar la creación de esta disciplina dentro de un contexto interesado por la creación de un modelo holístico de salud, coincidiendo así mismo con la propuesta formulada a finales de los sesenta, de considerar la psicología como una profesión

sanitaria, al reconocerse el comportamiento del ser humano crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

Varias son las razones que se plantean como causas de la emergencia de la psicología de la salud:

En primer lugar, desde mediados del siglo XX se produce un cambio en la preocupación sanitaria, desplazándose desde las enfermedades infecciosas (hoy en día bien controladas gracias a los antibióticos) a los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal. El incremento de estas nuevas enfermedades, como pueden ser el cáncer o los problemas cardiovasculares, están directamente relacionados con los comportamientos y hábitos poco saludables, los cuales interaccionan con variables de psicológicas que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de la enfermedad.

En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las que el paciente tiene que convivir durante muchos años, conllevan cambios importantes en todos los aspectos de su vida, por lo que es necesaria una correcta adaptación. Cuando se produce el diagnóstico de una enfermedad, se suceden en la persona diferentes fases y estados emocionales. La persona tendrá que aceptar y asumir la pérdida de al menos parte de su salud y la posibilidad de aprender a vivir con ciertas limitaciones. Este aspecto, sin duda, puede suponer una herida narcisista que habrá que abordar terapéuticamente como parte de un duelo.

Por último, el modelo médico imperante hasta el momento se basaba únicamente en entender la enfermedad en términos de desorden biológico o desajustes químicos, es decir, asume el dualismo mente-cuerpo. Esta perspectiva, como ya hemos abordado anteriormente, es insuficiente para entender y para tratar los problemas de salud.

La psicología de la salud tiene su acta oficial de nacimiento como disciplina psicológica en 1978 con la creación de la División 38 de la *American Psychological Association* (APA), denominada “Psicología de la Salud”. Previamente, en 1973, el Comité de Asuntos

Científicos de la APA aprobó la creación de un grupo de trabajo cuya misión era examinar las posibilidades que tenía la Psicología en la investigación sobre la salud.

Joseph Matarazzo, primer presidente de la citada 38, fue el que propuso la primera definición ampliamente consensuada: “La psicología de la salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias”.

Las líneas de trabajo fundamentales de un/a psicólogo/a de la salud son las siguientes:

- El primer objetivo de este campo es promocionar y mantener la salud de las personas, lo que incluye todo tipo de campañas para promover hábitos de vida saludables, como por ejemplo la dieta adecuada.
- La prevención y el tratamiento de la enfermedad constituyen la segunda línea de trabajo de esta disciplina. La psicología de la salud hace énfasis en la necesidad de prevenir las enfermedades, así como abordar terapéuticamente los conflictos que puedan tener los pacientes ya diagnosticados de alguna enfermedad.
- En tercer lugar, la psicología de la salud aborda el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. Estudiando las causas que influyen en el origen de la enfermedad podemos comprenderla desde un amplio punto de vista, que nos permitirá un correcto abordaje terapéutico. Es necesario conocer a la persona como un todo y no caer en el reduccionismo sintomático, que nos llevaría a “parchar” a nuestro paciente. Debemos ir más allá del síntoma, entender su expresión y saber interpretarlo, de manera que hallemos el significado que encierra.
- Finalmente, también se le atribuye como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud, lo que lleva a

analizar el impacto de las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud sobre la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

Criterios de Psicogénesis en la enfermedad psicosomática

En este epígrafe proponemos una reflexión esencial partiendo del supuesto de que toda acción médica y psicológica, ya sea de tipo terapéutico o preventivo, va precedida en la mente del terapeuta de alguna idea sobre la causa de la enfermedad.

Como psicólogos y médicos, cuando abordemos una consulta con un/a paciente es conveniente que formulemos para nosotros mismos las siguientes cuestiones, pues probablemente arrojen luz sobre el procedimiento terapéutico que vamos a llevar a cabo.

¿Qué clase de persona es el/la enfermo/a?

No podemos abordar de la misma manera el tratamiento de un/a paciente que ha desarrollado una enfermedad psicosomática y que a su vez presente rasgos histriónicos, fóbicos, obsesivos, narcisistas, esquizoides, etc.

Para cada paciente debemos buscar la manera que el tratamiento se adapte a su enfermedad y a las características psíquicas que forman su personalidad. Cada persona es única y por ello debe ser único también en su tratamiento, así como la alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia que se pondrán en juego.

¿Por qué se enfermó cuando lo hizo?

Cuando abordemos este tipo de tratamientos no podemos centrarnos únicamente en el cuadro sintomático que presenta el/la paciente. Es fundamental conocer lo que ha pasado en su vida y no sólo los acontecimientos más recientes (que pueden haber actuado como precipitantes de la enfermedad) también los más remotos. El cuerpo guarda información de todas nuestras vivencias personales en un nivel inconsciente y

que no recordemos dichos aspectos de nuestra vida no significa que no estén presentes e influyendo de alguna manera en nuestra mente y cuerpo.



¿Por qué enfermó del modo que lo hizo?

Las personas no enfermamos de la misma manera. Incluso aunque hayamos estado sometidos/as a las mismas circunstancias vitales, los mismos estresores, etc. cada

persona reacciona de una manera propia. Con frecuencia en nosotros mismos podemos incluso señalar uno o más órganos “diana” en cual actúa de vía de escape de nuestra angustia y malestar, mediante este órgano expresamos el conflicto.

Por ejemplo, hay personas que cuando se encuentran bajo una situación estresante su cuerpo reacciona produciendo erupciones en la piel, dolores estomacales, mareos y vértigos, etc.

A finales del siglo pasado James L. Halliday, planteaba la utilidad de abordar la psicogénesis de las enfermedades, diferenciándola del concepto de “psicosomática como actitud”, aspecto que ya hemos abordado en este tema.

La psicogénesis corre paralelo al proceso de somatización y podemos de esta manera plantear una serie de criterios de aquellas enfermedades reconocidas como psicógenas en virtud de las cuales poseen una forma en común. Estas peculiaridades atañen tanto al origen como al curso de la enfermedad y se pueden resumir así:

1. La emoción actúa como factor desencadenante. Se ha constatado que el proceso corporal surge o reaparece tras un tiempo de ausencia, al enfrentarse el paciente con una situación emocional que le perturba.
2. El tipo de personalidad influye en la psicogénesis de la enfermedad (este aspecto lo abordaremos en cada uno de los trastornos psicosomáticos).
3. La distribución en cuanto al sexo depende de cada trastorno. En la mayoría de los trastornos existe una marcada desproporción en la distribución por sexos, este aspecto parece que está relacionado con el peso cultural asociado a cada cuadro (Se verá más adelante cuando abordemos los cuadros específicamente).
4. Existe asociación con otras afectaciones psicógenas. Los pacientes pueden presentar de forma simultánea o sucesiva al cuadro primario otros síntomas o manifestaciones.
5. El peso de los antecedentes familiares, entendidos como aprendizaje de estilo de relación familiar alrededor de la enfermedad. El síntoma aparece como mensaje que a su vez permite mantener ciertas transacciones de la dinámica familiar.
6. Las manifestaciones que presenta el paciente no son continuas ni siempre iguales. El curso de la enfermedad tiende a presentarse de forma periódica, con fases de recrudescimiento, intermitencia o recurrencia.
7. La aparición o incidencia de la enfermedad se relaciona con modificaciones sobrevenidas en el medio colectivo, psicológico y socialmente considerado. Las enfermedades constituyen una manera de expresar corporalmente un conflicto y siempre son vistas como sociales, de ahí que vayan modificándose a lo largo del tiempo en diferentes culturas.

Componentes de la enfermedad

La salud y la enfermedad son partes integrantes de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente se entiende la enfermedad como una entidad opuesta a la salud que genera efectos negativos debido a la desarmonización o alteración de cualquier sistema sea cual sea nivel.

La enfermedad consta de varios elementos:

- Componente corporal

El/la paciente que presenta un trastorno psicosomático tiende a presentar uno o varios órganos diana. Dichos órganos serán los más vulnerables del sistema y la vía por donde la persona expresará su conflicto.

- Componente psicológico

Como ya hemos señalado anteriormente, el componente psicológico tiene una gran trascendencia tanto en el inicio, mantenimiento y recuperación de la enfermedad, de ahí la necesidad de abordarlo terapéuticamente conectando el síntoma físico del /la paciente con su estado psicológico actual y pasado.

- Familia

Cuando trabajemos con este tipo de pacientes no podemos olvidarnos del papel que desempeña su núcleo familiar. La familia es un sistema dinámico y la aparición de una enfermedad en uno/a de sus miembros/as siempre supone una crisis. La familia puede suponer tanto un fuerte apoyo como una fuente de estrés, así mismo debemos hacer hincapié en las relaciones afectivas gestadas desde la infancia en el paciente somatizador y tratar de descubrir la génesis del trastorno y elementos de influencia.

- Antigüedad

Aunque el paciente demande atención psicológica por un trastorno psicossomático actual es muy posible que se hayan producido manifestaciones sintomáticas y psicológicas con anterioridad, aunque el paciente no haya sido consciente de ello. Debemos conocer la historia de vida de nuestro/a paciente e indagar en sus acontecimientos vitales para esclarecer los conflictos intrapsíquicos que hayan permanecido ocultos hasta el momento y sacarlos a la luz, lo que nos permitirá trabajar con ese preciado material.

- Sistema asistencial

Con reiteración, estos pacientes demandan atención médica sin buenos resultados, de ahí la importancia de mantener una buena relación terapéutica con ellos/as pues con asiduidad han podido sentirse no comprendidos/as por parte de los/as especialistas.

Es fundamental que contemos con la colaboración del personal médico para poder abordar correctamente este tipo de tratamientos.

- Beneficio

Freud introdujo dos conceptos de beneficio de la enfermedad. Una forma de beneficio más externa, consciente y adaptable, llamada beneficio secundario, y otra forma más interna, inconsciente y destructiva, llamada necesidad de estar enfermo.

Ambas formas de beneficio de la enfermedad son independientes y el beneficio secundario puede intensificar la necesidad de estar enfermo.

El proceso de enfermar

Solemos enfermar de dos maneras. Una aguda, que es transitoria y breve y otra crónica, más prolongada y lenta que puede progresar, detenerse o retroceder, a veces hasta la curación completa. El curso de las enfermedades puede ser benigno o maligno y las molestias o sufrimientos que ocasionan pueden ser leves o graves.

En la historia de una vida, la enfermedad parece haberse presentado como un accidente indeseado, que interrumpe de manera inesperada en el hilo de los propósitos y las intervenciones que trataban el rumbo de esa vida.



Cuando hablamos de **somatización** nos estamos refiriendo a la expresión corporal de un conflicto psicológico interno que se hace evidente mediante un signo físico, es decir el cuerpo actúa de canal para la expresión de ese

malestar que sentimos. El síntoma constituye un intento del Yo por armonizar todas las presiones y surge con valor simbólico cuando han fracasado las defensas y el yo no encuentra solución frente a un Superyó muy rígido que no le permite moverse ante sus presiones.

Una de las cuestiones más importantes y que debemos tener en cuenta cuando abordemos el tratamiento de pacientes con trastornos psicosomáticos es el papel que juega el mecanismo de defensa del **desplazamiento** (originalmente consiste en que la carga afectiva de una idea es desplazada a otra) sobre el cuerpo, creando lesiones y disfunciones en éste, en detrimento de un sufrimiento psicológico. Esta forma de defensa de la psique humana habrá de analizarse y buscar el sentido de su modo de proceder.

Pero el desplazamiento como mecanismo defensivo no resulta suficiente para entender las somatizaciones y explicar la dinámica de los síntomas. Existen otros componentes

que participan en la creación del trastorno psicosomático, tales como la emigración, la sustitución, la simbolización y la psicosis.

Veamos un poco más detenidamente en qué consisten:

- La **emigración** se refiere a la permuta de un trastorno somático en otro de índole diferente. Es frecuente que los/as pacientes que presentan un trastorno psicosomático, anteriormente hayan presentado otros síntomas o enfermedades de este tipo.

- La **sustitución** se considera un caso particular de emigración, en el cual la patología somática es sustituida por el fondo psicológico. Por ejemplo, el surgimiento de una depresión cuando han desaparecido los síntomas físicos que presentaba la persona.

- La **simbolización** (un objeto representa a otro o situación, es uno de los mecanismos fundamentales de la formación de los sueños), se refiere a una conexión entre lo que se somatiza y el fondo del conflicto intrapsíquico. Este mecanismo defensivo entronca directamente con la conversión, muy frecuente en personalidades histéricas, en la cuales este mecanismo actúa inconscientemente por un proceso fisiológico alterando o suspendiendo alguna función psíquica y creando a su vez algún tipo de validez con propósito definido y útil para el/la paciente. Por ejemplo, la inmovilización de la mano como consecuencia de haber tenido pensamientos agresivos no permitidos hacia alguna persona.

- La **psicosis** se refiere a un mecanismo defensivo de desconexión corporal y psicológica. La psicosis corporal estaría relacionada con el mecanismo de defensa denominado aislación, en el cual se produce una ruptura de conexiones asociativas de un pensamiento y un acto. El/la paciente aísla la carga afectiva del hecho que le provoca una gran angustia. Por ejemplo, vemos que es frecuente la aparición de cáncer tras un duelo no resuelto. El cáncer a nivel simbólico nos recuerda a una psicosis porque las células se reproducen de manera caótica.

Características clínicas de un/a paciente somatizador/a

Las características que presentan los pacientes somatizadores pueden resumirse de la siguiente manera:

- El/la paciente presenta una lesión orgánica o disfunción, perfectamente detectable por las técnicas exploratorias y diagnósticas que posee la medicina actual.
- La tendencia en estos pacientes es presentar dificultad en la externalización de los conflictos afectivos por medio del lenguaje verbal, y a otros niveles, la vivencia del sentimiento de enfermedad o consciencia de la enfermedad psíquica.
- Poseen relaciones afectivas pobres. Con frecuencia son personas que se encuentran hiperadaptadas en su medio, presentando una aparente normalidad psíquica.
- Con frecuencia encontramos en estos pacientes un carácter desvinculante de la realidad, lo que supone huidas de determinadas zonas de la realidad, negaciones, manipulaciones y distorsión de sus materiales biográficos y aceptación de racionalizaciones que la realidad les contradice brutalmente (mecanismos de defensa propios de los cuadros de tipo neurótico).
- Su pensamiento se caracteriza por ser operativo, pragmático y carente de subjetividad. Tienen dificultad para soñar e imaginar.
- Tanto en los tratamientos médicos como en las psicoterapias, estos/as pacientes suelen ser muy resistentes.
- Son personas que puntúan alto en Alexitimia; dificultad para identificar y describir emociones, sentimientos y afectos.

En definitiva, podemos definir a los pacientes somatizadores como un amplio grupo de enfermos, con disturbios orgánicos y crónicos, claramente evidenciables por la Medicina Interna, que portan de manera más o menos manifiesta una personalidad básica

neurótica, cuyos disturbios orgánicos pueden ponerse en relación cronológica, biográfica o existencial con la evolución dinámica de la neurosis, siendo la respuesta a nuestra práctica de la psicoterapia con ellos de peor calidad que la ofrecida en el tratamiento de las neurosis convencionales.

Propuestas básicas de intervención con un/a paciente somatizador/a

Cada vez es más común encontrar en nuestras consultas pacientes con trastornos psicósomáticos, lo que supone que debemos estar formados para realizar una correcta intervención con ellos/as.



Por regla general cuando estemos ante un trastorno psicósomático, debemos tener clara una anamnesis tanto psicológica como física y cerciorarnos que verdaderamente

estamos ante un paciente con un trastorno de tipo psicósomático.

Cuando el diagnóstico diferencial este elaborado, podemos pasar entonces a observar en qué grado está implicado el cuerpo y en qué medida lo está la psique.

El enfoque que nos planteamos para tratar este tipo de patología es psicoanalítico, pues nos interesan especialmente los factores inconscientes que se hayan dado tanto en la etiología de la enfermedad como en el mantenimiento de ésta, como es el caso de los beneficios secundarios. Este enfoque es básico porque también estudia y trata la

dinámica de los afectos, el manejo de los mecanismos de defensa, la dinámica de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales y la elaboración de los hechos traumáticos del ciclo vital del paciente.

A continuación, vamos a esbozar una serie de elementos que debemos seguir para un correcto funcionamiento de las terapias:

- El encuadre

El encuadre terapéutico es lo que protege la terapia, al paciente y a nosotros mismos, en definitiva. Debemos mantener unas variables estables tanto en elementos físicos como en los elementos temporales.

En los primeros meses del tratamiento no es muy aconsejable utilizar diván con un paciente psicossomático, pues puede crearle una sensación extraña que dificultara el tratamiento y a su vez, es común que el paciente psicossomático porte una gran ansiedad aún cuando en las primeras sesiones no sea explícitamente manifestada, por lo que es mejor que posterguemos la intervención con diván para sesiones posteriores. Este hecho lo podemos contrastar si al paciente le pasamos pruebas diagnósticas tales como el test de ansiedad de Zung o el Rorschach. Es posible que el paciente no sea capaz de discriminar la ansiedad pudiendo estar mediatizada por la alexitimia, de la que hablaremos más adelante.

Con este tipo de pacientes es necesario ir a ritmo lento, pues les cuesta comprender que su problema este relacionado con cuestiones psicológicas y que necesiten por tanto una elaboración psíquica.



- Intervención

En la primera fase del tratamiento es básica la escucha activa y participante del paciente y de sus quejas. Esta escucha no debe ser prejuiciosa, pues esto iría en detrimento de la calidad de la escucha y el apoyo terapéutico deseables.

El eje de la intervención debe realizarse en función de la relación terapeuta-paciente, adquiriendo una importancia fundamental la transferencia, es decir “Todo aquello que se moviliza en el paciente (pulsiones, afectos, defensas, etc) en relación con su terapeuta que es el objeto sobre el cual se transfiere)” (Guerra Cid, 2001).

Para que la transferencia se produzca y solidifique el terapeuta debe escuchar y tratar con máximo respeto y atención las quejas del paciente. El comienzo de la terapia se va a basar en sólo quejas somáticas, lo cual hará al terapeuta luchar contra un factor contratransferencial muy frecuente en el tratamiento de lo psicossomático: el posible

aburrimiento ante la obsesiva, recurrente y constante enunciación de los síntomas físicos que presenta el/la paciente.

Es fundamental no descalificar el discurso del/la paciente tratando desde el primer momento de remitir sus problemas físicos a circunstancias psicológicas, puesto que esto le proporcionara una sensación de incomprensión. Es importante que tratemos de ser pacientes.

Es frecuente que el paciente psicossomático se identifique con la personalidad del terapeuta sano. No significa moldear ni manejar al paciente a nuestro gusto, sino dejar que el paciente se apoye en nuestra personalidad sana y que poco a poco vaya construyendo y solidificando la suya propia, mas sana que la que portaba al inicio del tratamiento.

Una correcta actitud por nuestra parte es mostrarle al paciente como desplaza sus conflictos en el cuerpo y enseñarle a que los muestre de manera más expresiva y psicológica, aliviando de esta manera los síntomas físicos que arrastra. En definitiva, consiste en señalarle al paciente la manera que tiene de percibir su mundo emocional en un código de reacciones en detrimento de otro en el que primen los afectos.

Así mismo, iremos abordando la forma que tienen los/as pacientes de manejar la información referente a sus sentimientos y emociones, así como los diversos mecanismos defensivos que manejan para no afrontar esta vida emocional (es fundamental abordar los mecanismos de defensa anteriormente descritos en el proceso de enfermar).

No podemos olvidar el valor que tienen en estos trastornos el beneficio secundario y la ganancia inconsciente que representa para el paciente.

A lo largo de este curso abordaremos detenidamente el tratamiento para cada cuadro psicossomático específico.

Anexo: principales indicadores del paciente psicósomático en las primeras entrevistas

a) Características generales

- El paciente se muestra hipervigilante a los estímulos y comentarios que procedan del terapeuta.
- Es frecuente su posición en la figura del sufridor.
- Cuando el paciente somatizador a su vez presenta rasgos histeroídes existe mayor tendencia a la victimización y búsqueda del beneficio secundario.
- No establecen relaciones entre el síntoma físico que presentan y su etiología psicológica.

b) Comunicación no verbal

- Su kinésica es escasamente expresiva. Su comunicación va acompañada de pocos movimientos corporales.
- Proxémica se presenta con tendencia al alejamiento.
- En general, su postura es defensiva.

c) Comunicación verbal

- El paciente presenta un discurso monocorde. Es un discurso obsesivo y recurrente con su enfermedad, centrado únicamente en la descripción continuada y recurrente de sus síntomas.
- Emplea un patrón de comunicación de tipo médico, usando terminología y jerga sanitaria para hablar de sus síntomas como de los tratamientos médicos por los que ha pasado.

- En este tipo de pacientes existe tendencia alexitímica donde se observa su incapacidad para reconocer y/o expresar sus emociones y sentimientos.

Bibliografía

- González de Rivera, JL. El proceso psicossomático. Artículo Monografías de Psiquiatría, Volumen III mayo-junio (1991).
- Isaac, A., Fernández, C., Pérez Marino. Manual de Psicología de la Salud (2ª edición). Editorial Pirámide (2003).
- Moya Santoyo, J. Historia de la Psicología. Autores más influyentes Editorial PS. (2002).
- Portuondo, Juan A. Psicoanálisis. Editorial Psique (1990).
- Van Egmon, J. El beneficio secundario y la necesidad de estar enfermo. (Artículo). Hospital Psiquiátrico Brinkgreven, Holanda (2005).

Cuestiones

- 1.Principales diferencias entre la Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud.
- 2.Realiza una breve descripción apoyándote en un ejemplo de la dinámica del proceso de enfermar.
- 3.Principales características de una paciente somatizador/a.