

PROBLEMAS TAXONÓMICOS EN LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA.

Es frecuente observar en la clínica muchos problemas físicos que atienden a lo que comúnmente se denomina patología psicosomática, una circunstancia en la que intervienen de modo influyente factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y/o curso de el proceso mórbido, es decir que la enfermedad psicosomática es la que se encuentra bajo la influencia demostrable de factores psicosociales (Luban-Plozza, 1997). La cuestión es que bajo este epígrafe nosológico aparecen multitud de descripciones clínicas entre las que habría de hacerse un diagnóstico diferencial con otros problemas como proceso somatopsíquico, histeria de conversión e hipocondría. Incluso en clasificaciones actuales en boga como el DSM-IV-TR (APA, 2002) se ha planteado una ambiciosa clasificación de criterios diagnósticos que dada la complejidad de la temática abordada, también dejan al descubierto ciertas lagunas en cuanto a la comprensión etiológico-dinámica de determinados síntomas y cuadros físicos de difícil explicación. Por ello en el presente trabajo vamos a tratar de establecer pautas básicas para poder establecer diagnósticos diferenciales de garantía entre los procesos, a veces semejantes en apariencia, y así poder establecer un correcto tratamiento médico y psicológico con cada caso concreto.

Palabras clave: psicosomática, diagnóstico diferencial, hipocondría, histeria, etiología.

Dr. D. Luis Raimundo Guerra Cid. Director del Instituto de Psicoterapia de orientación psicoanalítica y antropología. Profesor de la Fundación Cencillo de Pineda.

Dña. Silvia Jiménez Torres. Directora de Formación del Instituto de Psicoterapia de orientación psicoanalítica y antropología. Profesora de la Universidad de Salamanca.

Son ya varias las décadas desde las que se viene haciendo cada vez más hincapié en la importancia que los procesos psicológicos tienen en muchas enfermedades físicas y en ciertas representaciones que, a priori, parecen connotar problemática física pero que es tremendamente difícil su objetivación médica.

El principal problema es que hay una tendencia a utilizar la entidad nosológica-diagnóstica de “psicosomática” como un cajón de sastre en el que entran todas aquellas problemáticas en las que parecen contactar fenómenos psicológicos con físicos, por un lado (sin hacer distinción de qué intensidad tienen unos y otros), y fenómenos de difícil explicación por otro. Por todo ello es básico realizar un justo diagnóstico diferencial con otras circunstancias que, aunque en ocasiones se pueden tomar por semejantes, se diferencian por varios matices de importancia.

En la actualidad parece estar muy en boga la denominada “psiquiatría de enlace” que participa activamente de los principios básicos de la patología psicosomática por tener en cuenta la realidad de los fenómenos psíquicos y su relación en los procesos físico-patológicos, siendo este enfoque una manera de asumir lo que tradicionalmente se ha venido denominando medicina psicosomática (Giráldez y Sánchez, 2002).

Por ello ha de señalarse que esta disciplina, claramente deudora de los estudios en psicosomática clásicos, ha de tener un marco de trabajo lo más conciso posible en cuanto a la posibilidad de poder trabajar con cuadros de diagnóstico dificultoso que puedan solaparse en las distintas fenomenologías sintomáticas que observamos a nivel corporal, lo cual vendrá dado en virtud de un justo y correcto diagnóstico diferencial.

Incluso el DSM-IV-TR (2002) muestra dificultades a la hora de categorizar los trastornos conversivos y psicósomáticos, puesto que no se atiende a causas etiológicas ni a indicadores psicodinámicos, sino más bien a una descripción, en ocasiones insuficiente, de síntomas que no hacen más que complicar, si cabe, el diagnóstico diferencial de toda esta amalgama de acontecimientos patológicos.

De hecho en esta clasificación diagnóstica el término "psicósomático" ha sido sustituido con la categoría diagnóstica de "factores psicológicos que afectan a problemas médicos" (Sánchez, J.M et al 2003) simplificando, quizás demasiado, la amplia amalgama de manifestaciones clínicas, etiológicas y diferenciales que se muestran de modo constante en esta problemática.

Deberíamos de empezar por definir el fenómeno psicósomático como una circunstancia en la que intervienen de modo influyente factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y/o curso de la enfermedad, es decir que la enfermedad psicósomática para que sea tal es la que se encuentra bajo la influencia demostrable de factores psicosociales (Luban-Plozza, 1997).

Para encuadrar de un modo determinante este fenómeno, es importante señalar cuales son los principios básicos del proceso psicósomático, dado que esto dará lugar también a que se desmientan muchos comentarios inciertos en cuanto a la vertiente orgánica (López Sánchez, 1985, pp 72-74):

- 1) Lesionabilidad orgánica, o disfuncionalidad orgánica, haciéndose posible la detección mediante las pruebas físicas pertinentes, es decir, que se pueden objetivar médicamente.

- 2) Autonomía del síntoma. Una vez que el síntoma se desarrolla es independiente de factores externos, incluso de los que los desarrollaron. Quiero decir

con esto que la úlcera que se abre, ya esta abierta y la segregación de la enzima de la pepsina va por libre. La intervención psicológica sí que puede hacer que la recuperación sea más rápida o que funcione a modo de prevención secundaria, para que no se vuelva a recaer. Pero nunca o muy difícilmente vamos a solucionar mágicamente el problema.

3) Gravedad. En relación con otros cuadros psicológicos los problemas de corte psicossomático, por el daño orgánico real que hay.

A partir de estos principios básicos y teniendo en cuenta otros elementos que a continuación añadiremos podemos definir otros cuadros en los que se relacionan de diversas maneras lo físico y lo psíquico y así establecer correctos diagnósticos diferenciales.

En primer lugar hemos de hablar de proceso somatopsíquico, término poco utilizado hoy en día si lo tomamos en cuenta desde la perspectiva de Heinroth quién lo acuña en 1828. Este proceso refiere a las consecuencias psicológicas que se producen por un trastorno o enfermedad física.

De este modo no es correcto hablar de la “psicosomática de la esclerosis múltiple” por ejemplo, sino más bien de la somatopsíquica de esta enfermedad es decir de la influencia a nivel psicológico que la enfermedad de la esclerosis múltiple puede desencadenar en la persona, como la angustia o la depresión. O se entiende así, o si no ha de tomarse la psicossomática como un proceso bidireccional soma-psique/ psique-soma, en el cual habría que definir la dirección en la que se estuviera hablando dependiendo del tipo de proceso al que nos refiramos.

Otra patología con la que ha de hacerse un diagnóstico diferencial es con la hipocondría que refiere a una neurosis (lejos queda la definición como neurosis actual que Freud realizó -1893-) en la que la persona cree que tiene una terrible enfermedad

sin motivos objetivos para este temor, aunque también puede manifestarse como que a partir de pequeños síntomas, éstos se interpretan como muy graves, cuando en realidad no hay daño físico o este es inapreciable.

En la hipocondría suele haber dos extremos básicos, uno que nunca quiere acudir al médico por si le detecta la terrible enfermedad y el otro, más común, en el que la persona acude una y otra vez a distintas consultas de diferentes médicos para que se le proporcione el ansiado y temido diagnóstico negativo (fenómeno que se conoce como “Doctor shopping”).

Por otro lado hallamos la famosa histeria de conversión, patología sin lugar a dudas precursora de la fundamentación del psicoanálisis como método. Es una neurosis que responde a una disfuncionalidad, dolor o trastorno aparente físico en el que no se observa objetivamente ningún problema orgánico o, en caso de haberlo, no explicaría toda la fenomenología sintomática de la que se aqueja el paciente. Ejemplos prototípicos de esta circunstancia son las parálisis histéricas y la ceguera histérica.

La última entidad en la que cabe centrarse es en la de trastorno funcional, heredero del concepto abandonado y utilizado décadas atrás de distonía neurovegetativa. Dicho cuadro se crea a partir de las aportaciones de H. Ey (1966) y Von Bergman (1970), con la intención de ubicar y explicar una categoría diagnóstica que hiciera de eslabón entre las patologías de contenido más psicógeno (hipocondría e histeria de conversión fundamentalmente) y la psicósomática en sí (psicosomatosis).

Seguendo a López Sánchez (1989) se han de llamar trastornos funcionales a los que acompañados por un estado emocional determinado se caracterizan por:

- a) Cualidad preferentemente vegetativa.
- b) Es un acontecimiento reactivo al estado emocional que lo dispara.

c) El síntoma tiene una gran fugacidad concretada en un carácter episódico, de ahí su levedad relativa a trastornos psicossomáticos más duros como pueden ser úlceras de estómago, cardiaopatías, algunos procesos oncológicos, etc.

Para hacer diagnósticos diferenciales entre las patologías más puramente psicossomáticas de las demás se ha atendido, en nuestra opinión, de modo excesivo a la delimitación simbólica o no del síntoma. En las histerias comúnmente se ponía mucho acento en el carácter simbólico-afectivo de los síntomas, cuestión que no ocurriría en el trastorno funcional y en menor grado ocurrirían en la psicossomatosis. Esto es en todo modo muy relativo, de hecho Alexander, que siempre defendió esta hipótesis, enuncia en 1943 que en un proceso típicamente psicossomático como el asma hay un simbolismo en sus síntomas porque dice que el ataque asmático es el grito reprimido del bebé llamando a su madre (Tomás, 1989).

Otro elemento que tradicionalmente se ha expuesto como diferenciador de estos procesos (sobre todo entre la histeria y la psicossomática pura) es el grado de beneficio secundario que se desprende de la situación patógena. Si bien es cierto que casi por definición se observa una mayor carga de “renta” en la histeria, nunca se puede descartar que en un proceso psicossomático no vaya a haber beneficio secundario, puesto que es también comúnmente observable esta circunstancia.

Por lo tanto este indicador diferencial ha de tomarse también con muchísima cautela.

Por ello nosotros proponemos básicamente tres criterios de diferenciación entre lo psicossomático y lo histérico:

A) Retomando una de las cuestiones iniciales de este artículo reiteramos que en un proceso psicossomático, observamos una especie de traducción de diversos aspectos

ambientales y psíquicos en lo somático, pero a diferencia de lo que ocurre en la histeria de conversión, hay un daño biológico real en el sujeto observándose por ejemplo una úlcera gástrica (Ortiz y Guerra, 2002), o al menos unos cambios funcionales de importancia, que serían trastornos funcionales que, se puede hipotetizar, a la larga puedan crear un problema psicosomático (por ejemplo, variaciones hormonales que implicarán después otras consecuencias).

B) Otro indicador refiere a que mientras que en la conversión observamos la dramatización en el soma en los niveles de los movimientos voluntarios (en general en el Sistema Nervioso Periférico), en el proceso psicosomático ocurre lo contrario, esto es, los problemas corporales se observan en el Sistema Visceral Neurovegetativo, (SNA) que implican relaciones físicas involuntarias (Ortiz y Guerra, 2002)

Por ello F. Alexander hablaba antaño de las neurosis vegetativas para referirse a estos procesos psicosomáticos y por eso S. Ferenczi se fijará en lo que denominaba, de un modo hoy en día bastante discutible, de conversiones a nivel de Sistema Nervioso Autónomo. Por ejemplo, habla de la significación simbólica de una colitis ulcerosa, en realidad ya estaba hablando de procesos psicosomáticos, pero bajo el paradigma taxonómico que entonces estaba descrito y en boga, la conversión.

C) El indicador psicopatológico de alexitimia (Sifneos y Nemiah, 1969) que hace referencia a la incapacidad tanto del reconocimiento como de la expresión de sentimientos con palabras. Las principales cualidades de la alexitimia son (Guerra, 2004):

- Tendencia a recordar pocos sueños (incluso en algunos casos puede que no se recuerde ninguno) y a tener pocas o nulas fantasías.

- Múltiples quejas acerca de sensaciones físicas, siendo este tipo de quejas las que preponderan frente a las de corte más psicológico.

- Mala expresión verbal de los sentimientos.

- Incapacidad clara tanto para la detección de las emociones como para la expresión de estas.

- A veces hay una preocupación excesiva por síntomas físicos nimios, por ejemplo hay mucha inquietud por un dolor aislado sin prestar atención a un problema mayor que de hecho y a la larga puede ser mucho más peligroso.

Autores como Taylor (1984) o McDougall (1995), señalan que este constructo teórico-clínico es un indicador presente en la organización psicósomática, siendo en nuestra opinión un preciado indicador diferencial con otras organizaciones psicopatológicas más clásicamente neuróticas.

De hecho en un estudio ya clásico al respecto de esta temática Henry y Stephens (tomado de Valdez y Martínez F -1985-) definen claros indicadores diferenciadores entre los neuróticos y los alexitímicos, siguiendo a Sivak y Wiater (1997), entre los que cabe destacar:

- Las quejas de predominancia física en alexitímicos y de tipo de dificultad psicológica en los neuróticos.

- Por definición el lenguaje del alexitímico encuentra muchos problemas en la expresión de emociones, cuestión más adaptada (aunque siempre refiriéndonos en líneas generales) en neuróticos.

- El llanto suele ser excepcional en los aquejados de alexitimia, mientras que en los neuróticos es mucho más común.

- El pensamiento es muy escaso en términos de fantasía en los primeros, mientras que en los neuróticos y máxime en las histerias la fantasía es rica a menudo hasta la exageración.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed. rev.) (DSM-IV-TR)*. Washington DC, APA (Versión española en Barcelona, Masson).
- Ey, H. et al (1966). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Toray.
- Giráldez, J. & Sánchez, T. (2002). Introducción a la psicopatología psicoanalítica. En *Temas de psicología (IX). Homenaje a la profesora María Victoria González Quintana*, (pp 157-186). Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
- Guerra, L.R. (2004 -en prensa-). *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas*. Bilbao, Desclée de Brower.
- López, J.M. (1985). La identidad clínica psicopatológica. En López, J.M. et al. *Resúmenes en psicopatología vol. I* (pp 69-76). Granada: CEP.
- López, J.M. (1989). Del síntoma hipocondríaco al síntoma psicopatológico. En López, J.M. et al. *Resúmenes en psicopatología vol. II* (pp 331-343). Granada: CEP.
- Luban-Plozza, B. (1997). El pensamiento psicopatológico y la actuación médica. En Luban-Plozza, B. et al *El enfermo psicopatológico en la práctica* (pp 1-15). Barcelona: Herder.
- McDougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenés.
- Ortiz, V.M. & Guerra, L.R. (2002). *Antropología, personalidad y tratamiento*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Sánchez J.M., Garzón, M.A., Bueno, G.M., & Vega, E.D. (2003). Trastornos psicopatológicos. Somatizaciones. Extraído el 19 de diciembre, 2003 de [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria.html/informacion\\_sociedad/manual/a7n3.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria.html/informacion_sociedad/manual/a7n3.htm)

- Sivak, R. & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, G. (1984). Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *American journal psychiatry research*, jun, p 141.
- Tomás, J. (1989). Enfoque psicoanalítico de la medicina psicosomática. En L. Grinberg (comp) *Introducción a la teoría psicoanalítica* (pp 87-103) Madrid: Julian Yebenés editores.
- Valdez, M. & Martínez, F (1985). Psicobiología del estrés. En *Verbal behavior. Significance in psychiatry and clinical medicine*. New York: Springer-Verlag.
- Von Bergman, G. (1970). Concepto, importancia de la biología, patología y terapéutica funcionales, *Folia clínica internacional*. XX, 3.