

Recopilación de observaciones e investigaciones sobre factores psicológicos en las enfermedades.

Compilation of observations and research about psychological factors in diseases.

Raúl León-Barúa¹

RESUMEN

En septiembre de 2011, un artículo de revisión recogió las observaciones e investigaciones llevadas a cabo por el autor a lo largo de casi 45 años de trabajo en relación a factores psicológicos en las enfermedades. El objetivo de tal publicación fue la esperanza de que tales hallazgos pudieran ser útiles para colegas médicos, profesores, residentes y estudiantes de medicina en su práctica clínica. Con algunas modificaciones, se presentan nuevamente a fin de captar valiosas opiniones y comentarios de colegas psiquiatras sobre el tema.

PALABRAS CLAVE: Factores psicológicos, enfermedades.

SUMMARY

In September 2011, a review article of observations and investigations conducted by this author over a period of almost 45 years, related to psychological factors in diseases was published. Its objective was basically the hope that such findings could be useful for the clinical practice of physicians, teachers, residents and medical students. The material is presented again, with some modifications, to stimulate valuable opinions and comments of psychiatrist colleagues about the topic.

KEY WORDS: Psychological factors, diseases.

INTRODUCCIÓN

El Ser Humano (SH) es un todo indivisible pero, dependiendo del método que se emplea para estudiarlo, pueden encontrarse en él estructuras anatómicas, procesos fisiológicos (biofísicos y bioquímicos), y procesos psicológicos (1-6).

Por otro lado, el SH vive en su medio ambiente el cual tiene componentes naturales y artificiales o culturales (1-6). Componentes naturales son aquéllos que existen u ocurren sin que el SH los produzca o modifique, p.ej., frío, calor, sequedad, humedad, baja presión atmosférica, etc.; y artificiales o culturales,

los que son creados por el SH, y transmitidos a sus congéneres, para controlar mejor las condiciones en que vive y que comparte con ellos (1-6).

Otro hecho importante es que el SH está constantemente sometido a la acción de diversos factores ambientales o de su propio organismo, pudiendo mantenerse frente a ellos, por lo general, en buen estado de equilibrio y salud; en ciertas ocasiones, sin embargo, puede también perder ese equilibrio y caer en un estado de enfermedad (1-5).

Como lo hemos precisado muchas veces, las enfermedades no tienen una sola causa sino múltiples

¹Médico-Cirujano, Gastroenterólogo, Profesor Emérito, Profesor Investigador, Profesor de la Escuela de Postgrado en Medicina “Víctor Alzamora Castro”, y Titular de la Cátedra de Historia y Filosofía de la Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

causas, o mejor múltiples factores determinantes que, actuando en conjunto y relacionándose entre sí, dan lugar a una enorme variedad de condiciones clínicas (1-5). La etiopatogenia de toda enfermedad puede presentar pues tales factores, resumidos en la tabla 1:

Tabla 1. Factores determinantes de enfermedad (etiopatogenia).

Etiológicos:

a) Externos:

Físicos: frío, calor, sequedad, humedad, baja presión atmosférica, etc.

Químicos: tóxicos, venenos, hipovitaminosis, etc.

Biológicos: virus, bacterias y parásitos patógenos.

Sociales: hacinamiento, etc.

b) Externos-internos:

Psicológicos.

c) Internos (Constitución):

Predisposición genética, congénita y adquirida.

Capacidad de resistencia frente a factores agresivos.

Patogénicos:

Alteraciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas.

Síntomas y signos.

Se sabe también que diagnosticar no consiste solamente en dar un nombre a la enfermedad que presenta un paciente, ni tampoco únicamente en diferenciarla de otras similares. Etimológicamente, la palabra diagnóstico deriva del griego *dia*: a través, y *gnosein*: conocer; esto es, conocer o dilucidar, en la forma más completa posible, los factores determinantes de una enfermedad a partir de los síntomas y signos (incluyendo resultados de exámenes auxiliares solicitados) observados en el paciente aquejado por la enfermedad (1-5).

Y en el proceso de dilucidación de los factores determinantes, un concepto muy importante que los médicos debemos tener siempre presente, y que fue introducido por los profesores Seguí (6) y Delgado (7), es el de la dualidad enfermedad-dolencia. Enfermedad es lo que el médico puede objetivar en su paciente mediante historia clínica y examen físico cuidadosos y, además, exámenes auxiliares bien planeados. Y dolencia, lo que el paciente experimenta y sufre con su enfermedad así como también, la forma cómo la interpreta (1-7).

Por observaciones y estudios acumulados durante varios años, hemos llegado al convencimiento de que, entre todos los factores determinantes de enfermedad y dolencia, los de naturaleza psicológica desempeñan

un papel frecuente e importante en la génesis de tales problemas (1-4, 6, 9). El presente ensayo tiene como propósito aportar en forma integral y concisa nuestras experiencias al respecto, para que puedan ser utilizadas por colegas en su práctica, y por profesores de medicina dedicados a brindar a sus estudiantes una preparación más completa y humanística.

ESTRÉS PSICOLÓGICO Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS

Cuando factores determinantes de enfermedad actúan en forma localizada y poco intensa, la reacción del organismo presenta también estas características, es decir, extensión restringida e intensidad leve; por el contrario, cuando los factores actúan en forma amplia y/o intensa, el organismo tiende a reaccionar con lo que Selye (10-12) descubrió y denominó el “Síndrome General de Adaptación” (SGA) o “Síndrome de Estrés”. El estrés puede ser desencadenado, pues, por cualquier tipo de factor determinante que actúe amplia y/o intensamente y, en forma muy especial, como se verá luego, por factores psicológicos.

En el estrés hay estimulación del hipotálamo y del “locus cerúleo” (10-12). La estimulación del hipotálamo lleva, a su vez, en secuencia, a secreción de la hormona liberadora de corticotropina (*Corticotropin-releasing hormone, CRH*), secreción de hormona adreno-corticotropina (*Adrenocorticotropic hormone, ACTH*) por la hipófisis, y secreción de glucocorticoides, especialmente cortisona, por la corteza suprarrenal (10-12). De otro lado, la estimulación del “locus cerúleo” lleva a activación de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático y, a través de este proceso, a la liberación de adrenalina por la médula suprarrenal con subsecuente producción de múltiples efectos sobre diversos órganos, aparatos y sistemas del organismo (10-12).

Como probables efectos patógenos del estrés de origen psicológico se cuentan, entre otros, osteopenia y osteoporosis, enanismo, esteatosis de órganos, dislipidemias, úlcera péptica y otros trastornos digestivos, hipertensión arterial, problemas coronarios, desórdenes emocionales, etc. (10-12).

“NEUROSIS” O DESÓRDENES EMOCIONALES

Pavlov y teóricos del aprendizaje han precisado que, para producir “neurosis experimental” en un animal, se requiere mantenerlo en “situación de

confinamiento”, o sea, que no pueda escapar a la experiencia a la que se le somete. Además: 1) Aplicarle “castigo” (o “supresión de recompensa”) de gran intensidad, aunque sea por tiempo breve; o “castigo” (o “supresión de recompensa”) de poca intensidad, pero por tiempo prolongado; o 2) Ponerlo en situación incierta en lo que respecta a “castigo” o “recompensa” (13).

Con frecuencia se ha opinado que estas experiencias llevadas a cabo en animales no pueden ser tomadas en cuenta para interpretar lo que ocurre en SHs en estado de “neurosis” o desorden emocional. Pero, haciendo uso de un poco de imaginación, llegamos fácilmente a la conclusión de que muchos de nuestros congéneres se encuentran realmente en “situación de confinamiento” y, debido a ella, sin posibilidad de escapar al efecto de “castigos” (o “supresiones de recompensa”) o de situaciones inciertas *vis-a-vis* “recompensa” o “castigo”.

Como factores estresantes que predisponen a trastornos emocionales, se han citado: a) Pérdida de un ser u objeto amado; b) Conflicto, ya sea externo, es decir, con otras personas, o interno, o sea, en la propia mente, cuando no es fácil escoger entre dos o más decisiones o acciones a tomar; c) Cambio de país, domicilio, trabajo, etc.; d) Mal ajuste con el ambiente social en que se vive; e) Sentimiento de soledad o aislamiento; y f) Sentimiento de frustración o de fracaso en conseguir algo que se desea (14).

Se ha demostrado, y lo hemos confirmado con observaciones y trabajos de investigación, que el estrés psicológico tiende a inducir la aparición de “neurosis” o, mejor, trastornos emocionales. En varios estudios hemos encontrado que la ansiedad puede estar presente sola; pero, cuando hay ya depresión, ésta se acompaña siempre de ansiedad, somatización, obsesión-compulsión, y otros desórdenes emocionales (14-18). Hemos encontrado, también, que al tratar con medicamentos antidepressivos a personas que presentan ese conjunto de desórdenes emocionales, mejoran no sólo los síntomas catalogados como depresivos sino, también, los de los correspondientes a otros trastornos emocionales (17).

INSTRUMENTOS PARA DIAGNOSTICAR FACTORES PSICOLÓGICOS

A través del tiempo, hemos empleado diversos instrumentos con este propósito, estando entre los principales el Inventario de la Personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Inventory, EPI) (19), con el

que encontramos niveles más altos de neuroticismo e inestabilidad emocional, y niveles bajos de extroversión, o, lo que es lo mismo, más introversión, en pacientes con meteorismo que en sujetos normales (6); el Test de Zung para medir depresión (20), usado también en pacientes con meteorismo (6); la Lista de Registro de Síntomas-90 (Symptom Check List-90, SCL- 90 de Derogatis y col.) (6,21); la Escala para Evaluar el Reajuste Social (o estrés) (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) de Holmes y Rahe (22); y el Inventario de la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (14,23,24).

Todos estos instrumentos han sido traducidos con fidelidad del inglés al castellano, y validados satisfactoriamente en nuestro medio.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Los síntomas más importantes de depresión incluyen ansiedad, irritabilidad, tristeza, sensación de que no vale la pena vivir, cansancio o agotamiento (se amanece cansado, y el cansancio disminuye con la actividad; o se presenta cansancio con menos actividad que antes), pérdida o, por el contrario, exageración del apetito, dificultad para concentrarse o pensar claramente, olvidos, pérdida de interés en cosas que siempre han interesado, pérdida de libido o interés sexual y trastornos de sueño (despertar muy temprano, dificultad para conciliar el sueño, despertar varias veces en la noche, pesadillas, sensación de sueño insuficiente, y somnolencia diurna) (4,14,20,21,23,24).

Incluir en la toma de la historia clínica un interrogatorio sobre estos síntomas requiere sólo unos pocos minutos adicionales y, en compensación, enriquece la comprensión del proceso que afecta al paciente.

Los posibles efectos de la depresión, además de los ya mencionados en relación con el estrés emocional, son: a) trastornos funcionales en diversos órganos, inducidos por acción del sistema nervioso vegetativo simpático y/o parasimpático (4,6); b) disminución del umbral doloroso, causado, sobre todo, por niveles disminuidos de endorfinas cerebrales (25); y c) compromiso del estado inmunológico del organismo, objetivable por reducción marcada de linfocitos citotóxicos y células “asesinas” (*natural killer cells*) (26). La disminución del umbral doloroso aumenta el sufrimiento de las personas enfermas, y el compromiso de su estado inmunológico las hace más propensas a procesos infecciosos y neoplásicos (26).

FACTORES DETERMINANTES DE LA DEPRESIÓN

Se ha demostrado que un buen número de las alteraciones depresivas son producidas por hipoactividad de los procesos de neurotransmisión, cuyas bases fisiológicas son bastante conocidas hoy en día (27).

Para que la neurotransmisión se produzca normalmente, se requieren varios procesos: 1) Síntesis, en las neuronas presinápticas, de tres grandes sistemas de neurotransmisores: serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico; la síntesis es regulada por mecanismos enzimáticos, codificados a su vez por perfiles genéticos; 2) Almacenamiento de los neurotransmisores en vesículas de las neuronas presinápticas; 3) Liberación de neurotransmisores hacia los espacios intersinápticos; 4) Acción de los neurotransmisores sobre receptores de las neuronas postsinápticas; 5) Mecanismo de acción postsináptico, puesto en marcha por el así llamado “segundo mensajero” o AMP cíclico de las neuronas postsinápticas; y 6) Inactivación de los neurotransmisores, mediante dos mecanismos: a) inactivación rápida, por recaptación de los neurotransmisores para ser reutilizados ulteriormente; y b) inactivación intracelular por la enzima monoamino-oxidasa (MAO), e inactivación de la membrana por la enzima catecol-o-metil-transferasa (COMT) (27).

La hipoactividad de los sistemas neurotransmisores en los trastornos depresivos podría ser debida, pues, a: 1) Síntesis deficitaria de neurotransmisores; 2) Liberación no apropiada o destrucción exagerada de neurotransmisores; 3) Alteraciones del funcionamiento de los receptores; y 4) Combinaciones de los tres factores mencionados (27).

Varios investigadores han demostrado que el estrés psicológico agota los depósitos de neurotransmisores en el sistema límbico del cerebro, lo cual sería la causa de aparición de depresión. Pero, cuando se administra tratamiento con antidepresivos, a pesar de que estos medicamentos corrigen inmediatamente el déficit de neurotransmisores, su acción antidepresiva comienza a hacerse patente sólo a partir de dos semanas. Esto ha llevado a introducir dos nuevos e interesantes aspectos en el fenómeno de la neurotransmisión distorsionada: a) Un posible desequilibrio de las relaciones entre los sistemas de neurotransmisores; y, lo que parece más probable, b) Hipersensibilidad de los receptores postsinápticos, precipitada por reducción

en la cantidad de neurotransmisores. El segundo mecanismo parece ser el más probable, ya que si bien los antidepresivos corrigen inmediatamente el déficit de neurotransmisores, normalizan la sensibilidad de los receptores postsinápticos sólo por lo menos 2 semanas después de haber sido suministrados, lo cual coincide con el tiempo de latencia de esos fármacos (27).

PROGRESOS RECIENTES

Recientemente hemos demostrado que la depresión, mas no el simple estrés psicológico, puede ser un factor determinante de dislipidemia (28), y de osteopenia y osteoporosis (Observación aún no publicada). Estos estudios han conducido también a la elaboración de un instrumento sencillo para medir niveles de: a) problemas y dificultades; b) esfuerzos para controlarlos; y c) lo que se logra con esos esfuerzos. Al combinar los niveles b y c, hemos obtenido resultados que se relacionan estadísticamente con niveles de depresión medidos por el Inventario de Depresión de Beck (29).

POSIBLES FORMAS DE TRATAMIENTO DEL ESTRÉS, LOS DESÓRDENES EMOCIONALES Y LA DEPRESIÓN.

Según lo ha demostrado Frank (30), en cuidadosos estudios, las diversas formas de psicoterapia obtienen resultados positivos cuando, con ellas, se incrementan las esperanzas de curación o mejoría abrigadas por el paciente, y, además, cuando se le ayuda a recuperar una sensación de dominio o posibilidad de control de su enfermedad. Los médicos, pues, queriéndolo o no, ejercemos una acción positiva o negativa sobre la evolución de los problemas de nuestros pacientes, lo cual nos debe hacer pensar mucho en la forma adecuada de actuar.

Una forma muy eficiente de psicoterapia es la denominada “cognitivo-conductual”, por medio de la cual se trata de que los pacientes adopten interpretaciones positivas y actitudes o estrategias racionalmente bien encaminadas hacia la solución de sus problemas (23,24). Ayudan mucho también, el ejercicio físico (31), la música-terapia (32), y las técnicas de relajación y meditación (31) para mejorar el estrés, los desórdenes emocionales y la depresión.

Y algo muy importante, mencionado en varias publicaciones anteriores: Muchos pacientes se resisten a aceptar un diagnóstico de depresión y, más aún, un tratamiento con medicamentos antidepresivos;

consideran al estado depresivo como denigrante y a los medicamentos antidepresivos como potencialmente tóxicos o causantes de muchos efectos secundarios y, sobre todo, de adicción. Todo ello, en particular lo último, está muy lejos de ser cierto. Es también frecuente el hecho de que personas deprimidas se automedican frecuentemente con ansiolíticos que no corrigen totalmente su problema y que, a diferencia de los antidepresivos, sí tienden a producir adicción (14).

Cuando explicamos a los pacientes que lo que experimentan es agotamiento precipitado por factores estresantes, y que puede ser corregido con actividad física, técnicas de relajación y/o dosis pequeñas de antidepresivos, precisando que estos medicamentos no causan adicción, se obtienen resultados más satisfactorios y, sobre todo, un mejor cumplimiento de las medidas prescritas (14).

Todas estas observaciones deben conducir a un manejo integral de pacientes con enfermedades físicas cuya gravedad puede ser acentuada por la vigencia de factores psicológicos. El que el médico general o especialista no psiquiatra tenga estos aspectos muy en cuenta contribuirá decididamente a un alivio más rápido, a la adquisición por los pacientes de hábitos más saludables y a un pronóstico más favorable de muchas de aquellas condiciones comórbidas. Un diálogo activo entre psiquiatras y colegas de otras especialidades sobre éste y temas vinculados será un valioso aporte al manejo eficiente de multitud de problemas clínicos y a soluciones de salud integral para nuestra población.

Correspondencia:

Dr. Raúl León-Barúa

Av. Velasco Astete 970, Chacarilla del Estanque, San Borja, Lima 41, Perú.

E-mail: rlbmd@ndt-innovations.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León-Barúa R. Factores psicológicos en las enfermedades. *Rev Psicol Herediana* (Edición Especial), Septiembre 2011; 7-12.
2. León-Barúa R. Estrés, desórdenes emocionales y enfermedad. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2009; 22 (4): 151-155.
3. León-Barúa R. Una visión multifactorial de la medicina. *Anales Academia Nacional de Medicina*. 1996-1997; 85-90.
4. León-Barúa R. Estrés, desórdenes emocionales y enfermedad. El papel de lo psicológico en la medicina. *Diagnóstico*. 1999; 38 (1): 22-28.
5. León-Barúa R. La esencia real del diagnóstico. *Diagnóstico*. 1999; 38 (3): 141-143.
6. León-Barúa R. Del diagnóstico a la investigación en medicina. *Diagnóstico*. 1999; 38 (6): 293-296.
7. Seguí CA. La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.; 1982. (pp. 189-205).
8. Delgado H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1960. (pp. 85-105).
9. León-Barúa R. Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. *Diagnóstico*. 2003; 42 (5 - 6): 239-243.
10. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*. 1936; 138: 32.
11. Selye H. *Stress without stress*. New York: A Signet Book, The New American Library; 1975.
12. Stratakis CA, Chrousos GP. Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annals NY Acad Med*. 1995; 771: 1-18.
13. Wolpe J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Editorial Española Descleé de Brouwer, 1981.p.55-90.
14. León-Barúa R. Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de "agotamiento nervioso"? *Rev Soc Peru Med Interna*. 2007; 20 (4): 149-152.
15. Vega-Sánchez de Chirinos SM, León-Barúa R. Perfil psicopatológico de pacientes con meteorismo. *Arq Gastroenterol*. 1976; 13: 103-108.
16. Accinelli-Tanaka R, León-Barúa R. Tuberculosis pulmonar y depresión. *Diagnóstico*. 1981; 7: 221-224.
17. Accinelli-Tanaka R, León-Barúa R. Ansiedad, obsesión-compulsión y cólera-hostilidad en pacientes con depresión. *Rev Neuropsiquiatr*. 1981; 44 (2): 83-91.
18. Shiroma-Matayoshi PR, León-Barúa R, Berendson-Seminario R. Ansiedad, somatización, depresión, obsesión-compulsión y cólera-hostilidad: diversas manifestaciones de un único trastorno emocional. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 2001; 47 (3): 229-233.
19. Eysenck HJ. *Fact and fiction in psychology*. Harmondsworth, Middlesex, UK: Penguin Books Ltd; 1965. p.52-94.
20. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr*, 1965; 12: 63-70.
21. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale (Preliminary report). *Psychopharm Bull*. 1973; 9 (1): 13-27.
22. Holmes RH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967; 11: 213-8.
23. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. 4th. ed. New York: The Guilford Press; 1983.
24. Burns DD. *Feeling good. The new mood therapy*.

- New York: A Signet Book. The New American Library, Inc.; 1980.
25. Marsden CD. The emotion of pain and its chemistry. In: Symposium on Brain and Mind, Wolstenholme GEW, O'Connor M, Ciba Foundation. Brain and mind. Amsterdam: Excerpta Medica; 1979.p.305-313.
 26. Sapolski R. Why do zebras don't get ulcers? A guide to stress, stress-related diseases and coping. New York: WH Freeman and Company, 1995.p.132-164.
 27. Herrero L, Sabanés F, Payés E. Transtornos depresivos en la práctica diaria. Barcelona: Hoechst Ibérica, S.A., 1983.p.53-59.
 28. Torres-Zevallos H, León-Barúa R, Berendson-Seminario R. Estrés emocional, depresión e hipercolesterolemia. Rev Soc Peru Med Interna. 2010; 23 (1): 6-9.
 29. León-Barúa R. Torres-Zevallos H, Berendson-Seminario R. Instrumento para evaluar niveles de problemas o dificultades estresantes, los esfuerzos que se realizan para dominarlos, y lo que se logra con los esfuerzos (Problemas, afrontamientos y logros, PAL). Rev Soc Peru Med Interna., 2013; (Por publicarse).
 30. Frank JD. Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy. Third printing, revised edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1974.
 31. Bensabat S. Stress: Grandes especialistas responden (Con la colaboración de Hans Selye). Bilbao: Ediciones Mensajero;1987.
 32. Alvin J. Musicoterapia. Traducción al castellano de Enrique Molina de Vedia. Barcelona: Ediciones Paidós; 1984.

Recibido: 14/09/2013 Aceptado: 20/10/2013
--