



SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

Dr. Raúl Riquelme Véjar

Psiquiatra Psicoanalista, Jefe de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Chile, de la UNAB, Santo Tomás y del Instituto de Psicoanálisis
Ex director de los Hospitales Psiquiátricos de Santiago y de Putaendo.

raulriquelmevejar@gmail.com

Santiago, Junio de 2011

INTRODUCCIÓN

En esta presentación se revisan algunos modelos conceptuales que permiten un acercamiento al campo de la medicina psicosomática. El modelo psicoanalítico ha tenido una influencia histórica, y ha evolucionado a través de conceptos derivados como la alexitimia. La idea básica sigue siendo la dificultad de mentalizar o procesar las emociones, con una descarga somática posterior. Los modelos cognitivos han hecho interesantes aportes recientes, y permiten una exploración conjunta con imágenes funcionales de cerebro.

El modelo del estrés, la psiconeuroinmunología y la importancia de eventos tempranos en la respuesta posterior del organismo ante situaciones adversas.

Se revisan las enfermedades psicosomáticas del aparato digestivo más frecuentes y se ejemplifica el tratamiento con un caso clínico



PLAN DE LA PRESENTACIÓN

- ❑ Modelos conceptuales en Medicina Psicosomática
- ❑ Enfermedades psicosomáticas del aparato digestivo más frecuentes
- ❑ Terapéutica
- ❑ Casos Clínicos



TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

DEFINICIÓN

- ❑ Actualmente se utiliza denominación de “psicosomático” para poder expresar la relación existente entre el cuerpo y la psique.
- ❑ Existe un gran número de enfermedades en las que interactúan los factores orgánicos y psicológicos en su desarrollo, destacándose estos últimos como factores determinantes.
- ❑ Esta definición es muy cuestionada por muchos investigadores al plantearse la siguiente pregunta. ¿qué enfermedad no presenta una interacción de factores orgánicos y psicológicos?



MODELOS CONCEPTUALES EN MEDICINA PSCIOSOMÁTICA



TEORIA PSICOANALÍTICA

- ❑ Freud(1) planteó que los síntomas somáticos podrían corresponder a una expresión simbólica de un conflicto o no simbólica.
- ❑ En la caso de las Histerias de Conversión el órgano o el segmento corporal afectado simboliza el conflicto entre la pulsión y la defensa.
- ❑ En los casos de trastornos psicósomáticos no hay esta simbolización, y se encuentra con un déficit en la capacidad de “mentalizar” y/o simbolizar

Alexander(2,3) planteó que para cada uno de las enfermedades psicósomáticas, había un conflicto de base. Esta teoría fue abandonada posteriormente.

(1) Freud, S. *Estudio sobre la Histeria. Obras Completas. Edit. Amorroutor, 1900*

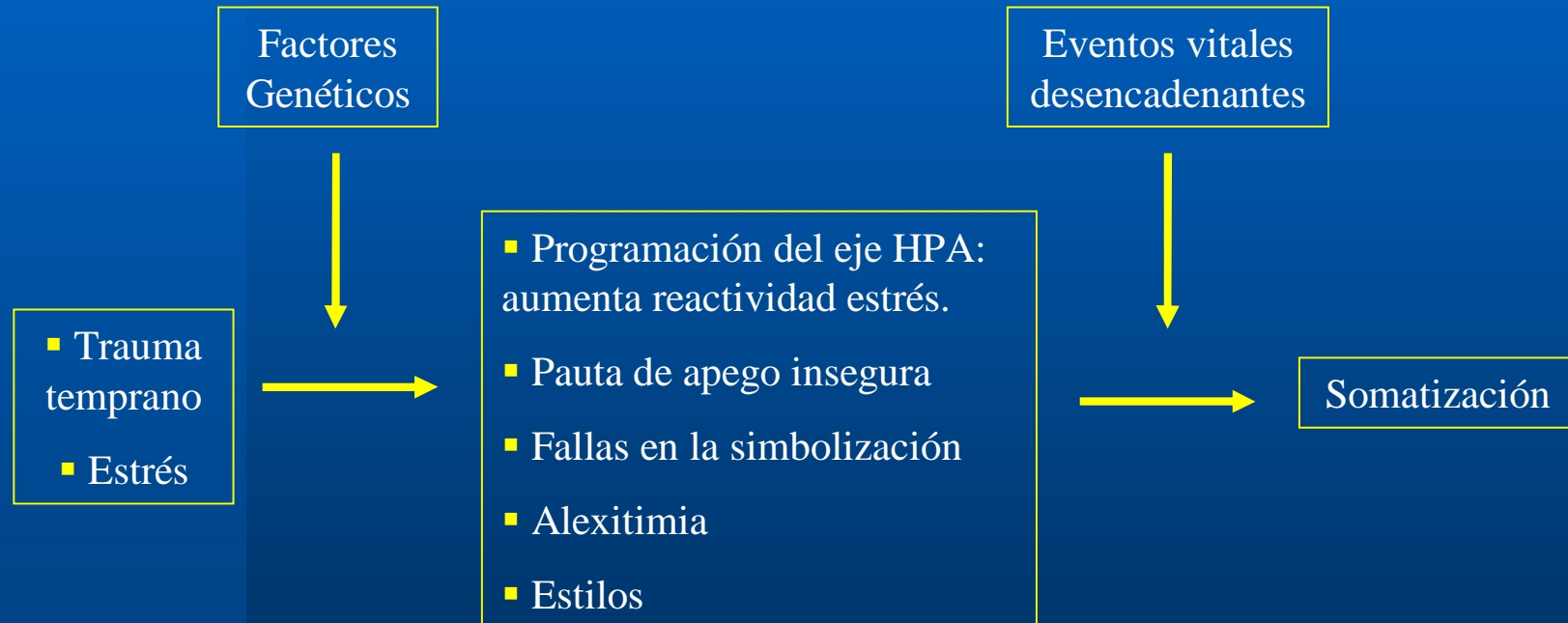
(2) Alexander F., *Medicina Psicósomática, New York: Norton, 1950*

(3) Thomä H, Kächele H. *Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder; 1990.*



TEORIA PSICOANALÍTICA

Gráfico: Estrés, trauma y psicopatología. (4)



(4) URIBE RESTREPO, Miguel. *Sychosomatic Medicine: Models for Understanding*
it. rev.colomb.psiquiater., jun. 2006, vol.35 supl.1, p.7-20. ISSN 0034-7450.



TEORIA PSICOANALÍTICA

Sifneos introdujo el término alexitimia, en 1972. La etimología de la palabra señala la

Ausencia (a)

De palabra (lexis)

Para los Sentimientos (timia)(5).

Sifneos encontró en un grupo de pacientes psicósomáticos ciertas características comunes: “un vocabulario limitado, un afecto inapropiado, una personalidad primitiva” con dificultades interpersonales y para la comunicación (6).

Lo que más le llamó la atención de estos pacientes fue su marcada dificultad para expresar sus sentimientos, como si no pudieran poner palabras a sus emociones y “no entendieran el significado de la palabra sentimiento”.

Otros rasgos asociados son la dificultad en la simbolización, el pensamiento concreto, la insistencia en fijarse en los eventos externos relegando el mundo interno a un segundo plano y la dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.

Recientemente se han desarrollado escalas para medir la alexitimia y son numerosos los estudios sobre la relación alexitimia-enfermedad psicósomática.

(5) Tronick EZ. *Emotions and emotional communication in infants. Am Psychol.* 1989;44(2):112-9.

(6) Rincón H. *La psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina. Entrevista a James Strain. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace.* 2005;(25):15-17.



TEORIA PSICOANALÍTICA

- ❑ El modelo psicológico de la alexitimia hace hincapié en factores traumáticos o del desarrollo temprano (alexitimia secundaria). Otro de los investigadores en este campo, Nemiah, propuso una hipótesis alternativa neurofisiológica (estructural) para explicar el déficit en los afectos propios de los pacientes con alexitimia y enfermedad psicósomática (alexitimia primaria) (7).
- ❑ Una interrupción de la comunicación límbico-neocortical, por disfunción de las vías dopaminérgicas paleoestriadas, podría subyacer a este déficit.
- ❑ Un estudio reciente que utilizó tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral encontró una diferencia en la forma como las personas con alexitimia procesan las expresiones faciales (8).
- ❑ Otro estudio que empleó resonancia magnética nuclear (RNM) funcional sugiere que hay una diferencia en el procesamiento de estímulos emocionales (9). También se ha propuesto que

estos defectos podrían tener una base genética.

(7) Nemiah JC. Alexithymia: a developmental model. *Psychosom Med*. 1996;58(1): 1-10.

(8) Kano M, Fukudo S, Gyoba J, Kamachi M, Tagawa M, Mochizuki H, et al. Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an H215O-PET study. *Brain*. 2003;126(6): 1474-84.

(9) Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele PF, Poline JP, Rouquette S, Consoli S, et al. Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: an fmri study of men with alexithymia. *Am J Psych*. 2002;159(6): 961-7.



MODELO COGNITIVO

- ❑ Los aportes de la psicología cognitiva a la medicina psicosomática también han sido extensos, y aquí sólo se mencionan algunos.
- ❑ Para este modelo, los esquemas de cognición determinan la manera cómo el individuo interpreta su realidad, entre éstos los estímulos corporales.
- ❑ Uno de los elementos de la psicoterapia consiste en corregir estas distorsiones cognitivas.
- ❑ Los pacientes hipocondriacos, por ejemplo, amplifican las sensaciones corporales (11-12). Estas sensaciones corporales son incorrectamente interpretadas como indicadoras de enfermedad o daño. Se encuentra en ellos una “predisposición” a pensar y construir conceptos en términos físicos y concretos (10).

10. Stoudemire A. *Somatothymia*. *Psychosomatics*. 1991;32(4):365-81.

11. Barsky A, Klerman GL. *Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles*. *Am J Psychiatry*. 1983 Mar;140:273-83.

12. Barsky A. *The patient with hypochondriasis*. *N Engl J Med*. 2001;345:1395-9.



MODELO COGNITIVO

- ❑ Brown ha propuesto un modelo que busca reunir los hallazgos recientes desde el punto de vista cognitivo (13). Según este autor, los síntomas somáticos obedecen a dos procesos de los mecanismos atencionales de los sistemas cognitivos:
 - 1) La forma que adquieren los contenidos de la conciencia y
 - 2) El control del pensamiento y de la acción.
- ❑ En un momento dado, el sistema cognitivo está inundado de una cantidad de información, que es seleccionada y filtrada por medio de mecanismos cognitivos que operan en gran medida por fuera de la conciencia (locus de selección).
- ❑ La activación paralela de sistemas de percepción y memoria permite una formulación de hipótesis perceptuales guiadas por la experiencia previa. Una de esas hipótesis es la que va a permitir organizar la información presente en una representación primaria, que permite dar una explicación del medio y coordinar la acción.
- ❑ La representación primaria, a su vez, activa algunos de los esquemas de acción y pensamiento y, de ese modo, la acción se controla de manera rápida, eficiente y con poco consumo de recursos. Cuando la acción opera en este nivel, se experimenta como intuitiva, sin esfuerzo o no problemática.

(13) Brown R. *Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model.* *Psychol Bull.* 2004;130:793-812.



FACTORES DE LA PERSONALIDAD

- ❑ La hipótesis que asocia la personalidad tipo A con la enfermedad coronaria es el ejemplo clásico de este modelo, cuya investigación floreció en las décadas de los setenta y de los ochenta (14).
- ❑ La conducta tipo A consiste en irascibilidad, impaciencia, agresión, competitividad y sensación de apremio del tiempo, y en algunos estudios se asoció con un riesgo doble de padecer enfermedad coronaria. A pesar de dificultades para validar esta noción, permite una serie de intervenciones para modificar estas conductas y mejorar el pronóstico en algunos pacientes.
- ❑ La hostilidad parece ser el factor de mayor peso en la asociación con enfermedad coronaria, y tiene un sustento fisiopatológico.
- ❑ La asociación entre el tipo de personalidad y la mortalidad general ha sido estudiada recientemente. Como resume Cloninger (15), la personalidad sana predispone a la longevidad y a una utilización más efectiva de los tratamientos médicos (y a menores conductas de riesgo). La personalidad menos sana, por el contrario, se asocia a mayor mortalidad e implica con frecuencia una utilización menos productiva de los servicios médicos.

14. Stoudemire A, McDaniel J. Psychological factors affecting medical conditions. In: Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

15. Cloninger C. How does personality influence mortality in the elderly? *Psychosom Med.* 2005;67(6):839-40.



MODELOS BIOLÓGICOS

- ❑ Sobre el estrés
- ❑ El concepto de estrés fue introducido por Cannon, con un modelo derivado de la física. Es interesante anotar que el modelo de la física también subyace al término **resiliencia**, de uso más reciente, para describir la capacidad de resistir a las tensiones o impactos del ambiente. Seyle, por su parte, describió el síndrome de adaptación general, con las siguientes etapas (16):
 1. Reacción de alarma.
 2. Estado de resistencia, en el que se alcanza idealmente la adaptación.
 3. Estado de agotamiento.
- ❑ El ejemplo de esta reacción es la respuesta de lucha / huida. En la reacción inicial se describía un aumento de la secreción de norepinefrina por parte de la médula adrenal y un aumento de los glucocorticoides por parte de la corteza adrenal.



MODELOS BIOLÓGICOS

- ❑ Seyle reconoció que la activación de los sistemas fisiológicos podía tanto proteger al organismo como ocasionarle daño, de modo que se trata de una respuesta estereotipada a todo tipo de estresores; hoy en día, por el contrario, se sabe que hay distintos tipos de respuesta al estrés.
- ❑ Esto envuelve también diferencias en las respuestas entre hembras y machos. La terminología introducida por McEwen de alostasis (la capacidad de alcanzar la estabilidad a través del cambio) y carga alostática (el “precio” acumulativo que se paga con el tiempo por esta adaptación) busca un enfoque nuevo que incluya los aspectos protectores y nocivos que pueden tener los mediadores al estrés (16-17). Los mediadores primarios son las hormonas del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), las catecolaminas y las citocinas.
- ❑ Los factores genéticos, si bien son mediadores de la respuesta al estrés, tal como se mencionó atrás, no dan cuenta de toda su variabilidad individual. La forma como la persona percibe una situación y su estado general de salud, relacionado en gran medida con su estilo de vida, son factores clave en tal respuesta. Los mediadores al estrés pueden tener un efecto protector o un efecto nocivo, dependiendo del patrón temporal de las secreciones: el eje HPA es la vía más común en estas respuestas.

(16) McEwen B. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 1998;338:171-9.

(17) McEwen BS. Stressed or stressed out: what is the difference? *J Psychiatry Neurosci.* 2005 Sep;30(5):315-8.



MODELO BIOLÓGICO

PSICOENMUNIBIOLOGIA

- ❑ El papel del sistema inmunológico puede estudiarse como parte de las respuestas del organismo al estrés y como uno de los mecanismos fisiopatológicos que explican la manera en que lo psíquico impacta en los procesos corporales. Por ejemplo, la respuesta de las citocinas, entendidas como inmunotransmisores, se ha asociado con una respuesta inflamatoria que subyace a la depresión (18). Una vez más, la respuesta del sistema inmune varía ante un **estrés agudo y ante un estrés crónico**. Las situaciones crónicas tienden a debilitar la respuesta inmunológica, mientras que en la fase aguda tiende a activar el sistema inmune (18).
- ❑ La síntesis y la liberación de las citocinas pro inflamatorias se dan como resultado de la activación de células inmunes innatas en respuesta a patógenos. Además de las respuestas periféricas, las citocinas actúan en el cerebro, produciendo fiebre, activación del eje HPA e induciendo el comportamiento de enfermedad (19). Estas citocinas se derivan de una red local en el cerebro (sistema cerebral de citocinas) que refleja la activación periférica. Los mecanismos que permiten esta “comunicación” entre el cerebro y los órganos periféricos aún están en investigación.

18. Anisman H. Stress, immunity, cytokines and depression. *Acta Neuropsychiatrica*. 2002;14:251-61.

19. Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30:947-52.



ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO MÁS FRECUENTES



TRASTORNOS SOMATOMORFO EN EL DSM-IV

Criterios para el Diagnóstico de (F45.0) Trastorno de Somatización (300.81)

- A.** Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B.** Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - 1.** Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
 - 2.** **Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)**
 - 3.** Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)
 - 4.** Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)



TRASTORNOS SOMATOMORFO EN EL DSM-IV

- C. Cualquiera de las dos características siguientes:
1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)
 2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio
- D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).



TRASTORNOS SOMATOMORFO EN EL DSM-IV

Criterios para el Diagnóstico (F45.1) Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (300.81)

- A.** Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B.** Cualquiera de las dos características siguientes:
 - 1.** Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)
 - 2.** Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio
- C.** Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** La duración del trastorno es al menos de 6 meses.
- E.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).
- F.** Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).



TRASTORNOS SOMATOMORFO EN EL DSM-IV

Criterios para el Diagnóstico de (F45.2) Hipocondría (300.7)

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.



ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS DEL APARATO DIGESTIVO

- ❑ **Úlcera Duodenal**
- ❑ **Úlcera Gástrica**
- ❑ **Colón Irritable**
- ❑ **Colitis Ulcerosa**
- ❑ **Colitis Mucosa**
- ❑ **Espasmo Pilórico**
- ❑ **Enterítis Regional**
- ❑ **Colitis Espástica**
- ❑ **Vómitos**



ULCERA DUODENAL (20)

- ❑ Úlcera péptica se define como ulceración mucosa que compromete la región distal del estómago o la proximal del duodeno.
- ❑ Los síntomas de enfermedad ulcerosa péptica son dolor epigástrico corrosivo o urente de 1 a 3 horas tras las comidas, aliviado por alimentos o antiácidos.
- ❑ Los síntomas asociados pueden ser náuseas, vómitos, dispepsia o signos de hemorragia gastrointestinal, como hematemesis o melena.
- ❑ Los primeros estudios de enfermedad ulcerosa péptica, sugerían que los factores psicológicos participaban en la vulnerabilidad a úlceras, que dependía de la mayor secreción de ácido gástrico asociado con el estrés psicológico.
- ❑ Los factores psicosociales intervienen en la expresión clínica de los síntomas, posiblemente al reducir las respuestas inmunitarias, lo que determina vulnerabilidad a la infección por *H. pylori*.



COLON IRRITABLE (20)

- ❑ Síndrome del intestino irritable: dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, eliminación de moco sanguinolento.
- ❑ Este cuadro suele encontrarse frecuentemente asociado a otras patologías somáticas, tanto del aparato digestivo como de otros sistemas. Además se da asociado con otras patologías psiquiátricas, de modo que tanto especialistas psiquiatras como internistas lo encuentran en su práctica clínica
- ❑ Muchas veces este cuadro clínico queda sin tratamiento porque las otras patologías asociadas son de mayor importancia de ser tratados.
- ❑ Considero que debemos tenerlo en cuenta en el tratamiento complementario de otras patologías que nos toca atender.



COLITIS ULCEROSA (20)

- ❑ La colitis ulcerosa es una enfermedad intestinal inflamatoria de causa desconocida que afecta fundamentalmente el intestino grueso. El síntoma predominante es la diarrea sanguinolenta. Las manifestaciones extracolónicas pueden consistir en uveítis, iritis, enfermedades dermatológicas y colangitis esclerosante primaria.
- ❑ El diagnóstico se efectúa principalmente por colonoscopia o rectoscopia. La resección quirúrgica de segmentos de intestino grueso o de todo el intestino puede curar a algunos casos.
- ❑ Estudios de pacientes con colitis ulcerosa han mostrado predominio de rasgos obsesivo-compulsivos. Son prolijos, ordenados, puntuales y tienen dificultad para expresar la ira. De todos modos, hay amplia variación del cuadro psiquiátrico de los pacientes con este trastorno.



VOMITOS

- ❑ El vómito desde la infancia, resulta ser un signo gastrointestinal muy frecuente, que en la mayoría de los casos significa un acto de rechazo.
- ❑ Este síntoma puede ser reactivo a una situación psíquica o a una condición gastrointestinal patológica que va desde lo más leve a situaciones clínicas graves, de modo que es necesario hacer una acuciosa anamnesis para precisar justamente los casos más graves.



VÓMITOS

- ❑ El reflujo gastrointestinal, suele cursar con vómitos en la primera infancia.
- ❑ En la adolescencia la anorexia y la bulimia, son patologías que se expresan muchas veces su rechazo por la comida y la imagen corporal por los vómitos repetidos que pone en riesgo la homeostasis de la persona enferma.
- ❑ La hiperemesis gravídica es otra patología que cursa con vómitos y que puede ser de corta duración o de muy difícil tratamiento de los primeros meses del embarazo.
- ❑ La angustia psicótica en pacientes que están empezando una enfermedad psiquiátrica grave, en algunos casos se presenta con vómitos y síntomas gastrointestinales, esto asociado a ideas de perjuicio, autismo y paranoidismo.



TERAPÉUTICA



TRATAMIENTO COMBINADO (20)

- ❑ Cuando un psiquiatra maneja los aspectos psiquiátricos del caso y un internista u otro especialista trata los aspectos somáticos, se requiere la más estrecha colaboración entre los dos médicos.
- ❑ El propósito del tratamiento es mejorar el estado físico del paciente, de manera que éste pueda participar exitosamente en la psicoterapia para una curación total.
- ❑ En una enfermedad somática aguda, el tratamiento médico tiene prioridad, mientras que la psicoterapia consiste en tranquilizar y apoyar al paciente. A medida que la enfermedad se vuelve crónica, la psicoterapia adopta el papel principal.
- ❑ Se necesita tranquilizar a los pacientes para tratar los síndromes psicósomáticos, el internista puede tratar los síntomas propiamente tal y el psiquiatra puede ayudar a conocer los procesos inconscientes que intervienen en la mejoría sintomática. Si se maneja insensiblemente a los pacientes, los resultados pueden ser graves.



DESARROLLO DE LA RELACIÓN Y LA TRANSFERENCIA ⁽²⁰⁾

- ❑ La psicoterapia de pacientes psicósomáticos, a menudo avanza más lenta y cautelosa que los otros pacientes psiquiátricos.
- ❑ Se debe desarrollar gradualmente la transferencia positiva, y los psiquiatras deben ser contenedores y tranquilizadores durante la enfermedad aguda.
- ❑ Los pacientes psicósomáticos son dependientes y esta característica se puede utilizar para dar apoyo e interpretar durante períodos cruciales del tratamiento.



INTERPRETACIÓN (20)

- ❑ Los terapeutas deben prestar particular atención a los problemas actuales en la vida cotidiana de los pacientes , haciendo hincapié en la evaluación de las dificultades y las reacciones, especialmente con ellos mismos (autoestima, culpa) y su medio (dependencia, sumisión, necesidad de afecto).
- ❑ Los psiquiatras deben analizar las ansiedades y los mecanismos para sobrellevar situaciones de los pacientes, por ejemplo, solicitudes de atención completa, necesidad de tener siempre la razón, falta de autoafirmación, etc.
- ❑ A menudo estos pacientes repiten un patrón de estrés en sus relaciones interpersonales. Se debe mostrar a los pacientes cómo modificar el patrón perturbador y actuar de una manera nueva y más sana.
- ❑ La mayoría tiende a adoptar comportamientos mentales y físicos de regresión psicológica, y suelen regresar a un período traumático o sumamente conflictivo.
- ❑ Debido a la falta de motivación y el mal estado físico del paciente, quizá sea necesario modificar el enfoque psicoterapéutico frecuentemente.



RESISTENCIA DURANTE EL TTO. (20)

- ❑ Como los pacientes con trastornos psicossomáticos suelen resistir firmemente a iniciar psicoterapia, a menudo, la resistencia persiste durante la terapia. Muchos pacientes tienen tan poca motivación para iniciar el tratamiento que lo abandonan por razones menores.



PSICOFARMACOTERAPIA

- **Ansiolíticos** (Clonazepan)
- **Antipsicóticos Atípicos** (Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol)
- **Antidepresivos**
 - **ISRS** (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: Fluoxitina, Paroxetina, Sertralina).
 - **Duales** (Duloxetina, Milnacipran, Venlafaxina).



PSICOFARMACOTERAPIA

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO SINTOMÁTICO RELATIVO AL APARATO DIGESTIVO

- ❑ **Antiemético-Antinauseoso:** Aloperidol (Aldol®), Donperidona, (Idón®, Dosin®)
- ❑ **Antiemético-Antivertiginoso:** Tietilperazina Torecan®
- ❑ **Anticolinérgicos:** Lerogin®, Cliridio-Clordiazepóxido (Livraxin®), Trimembutina (Debridat®, Tebutel®)
- ❑ **Relajantes Musculares:** Ciclobenzaprina (Tensodox®, Reflexan®, Donalgen®.)
- ❑ **Antidolorosos:** Pregabalina Pregalex®, Lyrica®, Neurum®, Pregobin®



CASO CLÍNICO



DATOS PERSONALES

Nombre : M.

Edad : 41 años

Fecha de Nacimiento : Septiembre de 1964

Ocupación : Funcionario del
Servicio Público

Estado Civil : Casado, dos hijos



SINTOMATOLOGIA

- ❑ M se encuentra a la fecha con licencia médica, la cual fue indicada el 26 de Abril de 2007, a la fecha, con el diagnóstico de “Depresión Mayor y Colitis Ulcerosa Descompensada”. No se encuentra en condiciones de volver a su trabajo.
- ❑ Desde hace dos años describe un ánimo depresivo permanente con oscilaciones, falta de energía, tristeza vital, sentimientos de inutilidad y baja autoestima. Refiere que es “una persona infeliz, sin fuerza e incapaz”. Se queja de fallas en la concentración y constantes olvidos, los cuales no le permiten realizar ni siquiera trámites sencillos. Ha aumentado 7 Kg. en el último mes, producto de la ansiedad y la experiencia subjetiva de “presión psicológica”.



SINTOMATOLOGIA

- ❑ Sus síntomas depresivos coinciden temporalmente con un cuadro inflamatorio del colon, de 11 años de evolución con períodos de colitis ulcerosa activa e inactiva con remisión parcial, con muy mal pronóstico. Dada la persistencia de la actividad inflamatoria y la resistencia al tratamiento médico, se ha planteado realizar un tratamiento quirúrgico de Colectomía total del colon en un corto plazo, si los síntomas persisten.



SINTOMATOLOGIA

- ❑ Las crisis de colitis ulcerosas son muy intensas y lo invalidan severamente, por ejemplo, pasa periodos en que tiene que ir 30 veces al día al baño, con intensos síntomas neurovegetativos. En estos periodos de descompensación asistía al trabajo no logrando rendir suficientemente, ni lograr una mejoría, dado que el estrés propio de sus funciones policiales aumentan su enfermedad del colon y su depresión. Estos periodos duraban varias semanas terminando con una licencia médica que disminuía sus síntomas levemente que lo hacían reintegrarse sin lograr una real mejoría.



DE SU VIDA PERSONAL DESTACA LO SIGUIENTE

- ❑ M está casado, tiene dos hijos, ambos en tratamiento psiquiátrico. Su hijo mayor diagnosticado hace 2 años de Esquizofrenia y su hija con Trastorno Oposicionista Desafiante. Ambos ya registran al menos dos hospitalizaciones psiquiátricas cada uno.
- ❑ Con una disfunción familiar severa, debido a pautas comunicacionales muy contradictorias y ambiguas al interior de la familia, lo cual ha interferido severamente en su rol de autoridad y en el manejo conductual de sus hijos.



PERSONALIDAD PRE-MÓRBIDA

- ❑ M se define a si mismo como una persona “cumplidora, responsable, comprometida y empeñosa.... todo eso ya no lo tengo”
- ❑ Retraído, temeroso, dependiendo de su familia. Apegado y temeroso de la autoridad. Sometido a la autoridad del padre. De hecho ingresa a la Institución, desechando otros intereses vocacionales, por hacer caso de la voluntad del padre.



DIAGNOSTICO MULTIAXIAL:

- Eje I** Depresión Mayor recurrente
- Eje II** Trastorno de Personalidad Obsesivo con rasgos paranoides y pasivo agresivos.
- Eje III** Colitis Ulcerosa Crónica
Osteoporosis lumbar secundaria a tratamiento por corticoides
Hernia lumbar
- Eje IV** Disfunción Familiar Grave
Hijo con Esquizofrenia
Hija con Trastorno Oposicionista Desafiante
- Eje V** El funcionamiento general de M se encuentra inhibido por sus síntomas depresivos y su patología psicosomática. Sus enfermedades le impiden un funcionamiento laboral.
30%

