

Criterios psicosomáticos de gravedad en oncología

Serious psychomatic criteria in oncology

Larritasunezko irizpide psikosomatikoak onkologian

(1) Rebeca Ruiz, (2) Aljelani A. Shellick, (4,6,7) Isabel Usobiaga, (4,5,7) Juan Muro, (3) Juan Bilbao, (1,2,7) Ricardo Franco

1. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Departamento de Medicina, Bilbao (Spain)
2. Hospital de Basurto, Medicina Interna (Bilbao), Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (Spain)
3. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Medicina Preventiva y Salud Pública, Leioa (Spain)
4. Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM) (Spain)
5. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM) (Spain)
6. Institut de Psychosomatique de Paris (IPSO) (France)
7. Sociedad de Estudios Psicosomáticos Ibero-Americana (SEPIA).

RESUMEN

En el presente estudio se han examinado 7 ítems de riesgo psicomático de la Clasificación Psicosomática de Pierre Marty. Han participado 92 pacientes ingresados en un Área Médica del Hospital de Basurto (Bilbao). Todos los pacientes fueron entrevistados para elaborar la historia patopsicobiográfica necesaria para aplicar la Clasificación Psicosomática de Pierre Marty. En los 7 ítems se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes oncológicos con los pacientes afectos de otro tipo de patologías ($p<0.05$). Estos ítems diferencian a los pacientes con neoplasias de otro tipo de pacientes, y permiten una valoración global de los mismos, ofreciendo una idea de las expectativas del proceso.

Palabras clave: Psicosomática, cáncer, yo ideal, depresión esencial, conversión, depresión latente, estructura mental.

ABSTRACT

This study examined 7 psychosomatic risk factors of the Pierre Marty's Psychosomatic Classification. Participants were 92 patients hospitalised in Internal Medicine in Basurto Hospital (Bilbao, Spain). All patients were interviewed to elaborate the pathopsychobiographical medical history, necessary to apply the Pierre Marty's Psychosomatic Classification. Statistically significant differences have been found between patients with neoplastic pathologies and those with other pathologies in the seven studied items ($p<0.05$). These items differentiate oncologic patients from other kind of patients, and allows a global evaluation of the patient giving an idea of the process expectatives.

Key words: Psychomatics, cancer, ideal self, essential depression, conversion, latent depression, mental structure.

LABURPENA

Ikerketa honetan Pierre Martyren Sailkapen Psikosomatikoari dagozkion arrisku psikosomatikoko 7 item aztertu dira. Basurtoko (Bilbo) Ospitaleko Medikuntza Arlo batean ospitaleratuta dauden 92 gaixok parte hartu dute. Pierre Martyren Sailkapen Psikosomatikoa aplikatzeko beharrezkoa den historia patopsikobiografikoa egiteko asmoz, elkarriketa egin zitzairen gaixo guztiei. 7 itemak aztertuta, estatistikoki desberdintasun aipagarriak aurkitu ziren gaixo onkologikoen eta bestelako patologiak dituzten gaixoen artean ($p<0.05$). Horrez gain, item horiek neoplasiak dituzten gaixoak eta bestelako gaixoak bereizten dituzte, horiei buruzko balorazio orokorra egiteko aukera ematen dute, eta prozesuaren igurkapenen gaineko argibideak ematen dizkigute.

Hitz gakoak: Psikosomatikoa, minbizia, ni ideala, depresio esentziala, aldatzea, depresio sorra, buruko egitura.

Correspondencia:
Rebeca Ruiz-Onandi
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).
Departamento de Medicina.
Hospital de Basurto. Bilbao. Bizkaia. España UE.
Correo electrónico: rebeca_r_onandi@hotmail.com
Enviado: 10/12/06 Aceptado: 31/03/07

INTRODUCCIÓN:

En 1945, recién terminada la II Guerra Mundial, Pierre Marty (1918-1993), es reclamado por el Dr. Gosset para formar parte de su equipo de neurocirugía en calidad de psiquiatra y atender a algunos pacientes cuya evolución no responde a la que se podía esperar. Marty pronto se da cuenta de que sus conocimientos en psiquiatría le resultan insuficientes para poder entender aquellos casos y, empujado por su curiosidad y su interés por los fenómenos psicológicos, aconsejado por el Dr. Julián Ajuriaguerra, dirige su atención hacia el psicoanálisis, disciplina que a partir de entonces constituirá su principal herramienta de trabajo.

Sus observaciones le llevaron a articular una teoría que, partiendo del psicoanálisis, trata de explicar la interrelación que existe entre cuerpo y mente, y la importancia que tienen los procesos psíquicos en la enfermedad somática. Al diferenciar el padecimiento psicossomático del síntoma neurótico, funda la clínica psicossomática moderna. Para Marty, el dualismo psique-soma no existe, sino que cuerpo y mente están profundamente imbricados, formando una unidad indivisible; de modo que todo lo que acontece al individuo afecta tanto a su componente psíquico como a su componente somático.

La Clasificación Psicossomática de Pierre Marty es un instrumento para el diagnóstico y el pronóstico. Consta de una serie de ítems que denominaremos protectores y de otros de riesgo psicossomático. En base a la historia patopsicobiográfica se emite el pronóstico psicossomático. En el presente estudio hemos encontrado 7 ítems de riesgo psicossomático en los pacientes con enfermedades neoplásicas, existiendo diferencias estadísticamente significativas con los pacientes afectados de otro tipo de patologías.

MATERIALES Y MÉTODO:

Sujetos:

Se trata de sujetos ingresados el Área Médica del Hospital de Basurto. Los requisitos de inclusión de los pacientes para el estudio son: a) estar ingresado en un Servicio Médico del citado hospital, b) ser mayor de edad, c) desconocer el diagnóstico de la enfermedad que suscito tal ingreso y d) aceptar participar en el estudio.

Se excluyeron todos aquellos pacientes ingresados en otros servicios hospitalarios, los pacientes cuyo diagnóstico de enfermedad era conocido; bien por el entrevistador o bien por cualquiera de los miembros del comité que aplicaban la Clasificación. También quedaban excluidos los pacientes con diagnósticos de enfermedades precancerosas.

Todos los sujetos a estudio fueron clasificados grupos atendiendo a su sexo y a la presencia o ausencia de enfermedad oncológica desde el punto de vista clínico, edad, consumo de

Rúbrica	Cáncer	No Cáncer	p	OR (IC95%)
Depresión latente	25 (74%)	26 (45%)	0.011	3.222 (1.278-8.122)
Yo ideal predominante	16 (47%)	3 (5%)	<0.001	10.737 (3.183-36.212)
Conversiones habituales	0 (0%)	12 (21%)	0.003	0.064 (0.008-0.519)
Conversión actual	0 (0%)	15 (26%)	0.001	0.22 (0.06-0.82)
Beneficios secundarios	2 (6%)	17 (29%)	0.008	0.151 (0.032-0.701)
Estructura Mental de Riesgo (EMR)	27 (79%)	32 (55%)	0.01	4.219 (1.421-12.526)
Pronóstico psicossomático malo (PPM)	28(82%)	21(36%)	<0.001	9.333 (3.124-27.888)

tabaco y alcohol. La distribución de los pacientes según sexo y patología fue como sigue:

- Patología no oncológica: 58 pacientes.
- Patología oncológica: 34 pacientes.

Historia patopsicobiográfica:

La obtención de la historia patopsicobiográfica se divide en tres partes. En la primera parte se obtienen los datos referentes a la historia clínica del paciente, relativos tanto a la enfermedad actual como a otras enfermedades, antecedentes quirúrgicos y otros datos de interés clínico. En la segunda parte se obtienen los datos biográficos de cada paciente.

La historia patopsicobiográfica se elaboró en una única sesión o requirió de varias para completarla. Con el consentimiento de los pacientes se grabaron las entrevistas. El comité de expertos dispuso de la transcripción literal de cada historia para su análisis y clasificación.

Clasificación Psicossomática de Pierre Marty:

La transcripción de lo grabado junto con determinados fragmentos de la cinta, fueron reproducidos en virtud de su peso emotivo, -tanto por las inflexiones de la voz en unas ocasiones, como por el tono monótono del diálogo del paciente en otras-, es lo que el referido comité de expertos valoró a la hora de aplicar la clasificación.

A partir de los ítems adjudicados en la clasificación a cada paciente, se emitió un pronóstico en términos de bueno, dudoso o malo, en función de la estructura mental del individuo; de su estado actual, organizado o desorganizado y de sus capacidades de regresión y reorganización.

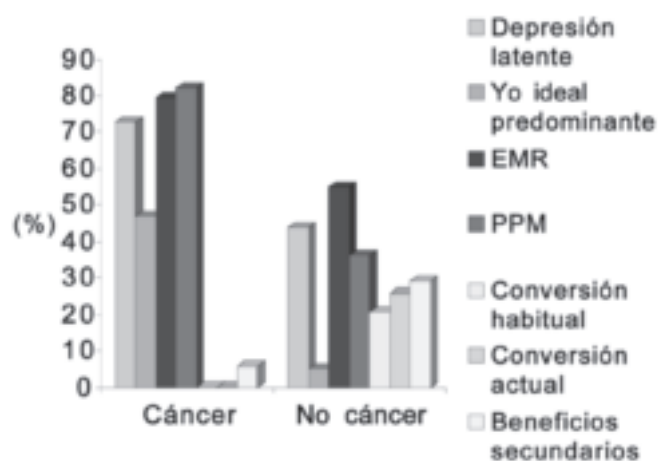
En el presente artículo se valoran siete ítems: Yo Ideal Predominante, Depresión Latente, la ausencia de Conversiones (tanto habituales como actuales), la ausencia de Beneficios Secundarios a la Enfermedad, junto con la

posesión de una Estructura Mental de Riesgo y el Pronóstico Psicosomático obtenido tras la aplicación de la clasificación. En las rúbricas Conversiones (habitales y actuales) y Beneficios Secundarios a la Enfermedad es su ausencia lo que determina el riesgo psicosomático.

El yo ideal predominante es un vestigio conservado o reencontrado del narcisismo primario. El Yo-ideal es testimonio de una insuficiencia evolutiva parcial del aparato mental. Su presencia puede ser basal o aparecer solo con motivo de desorganizaciones o regresiones psíquicas. Desde fuera, se percibe como un sentimiento de omnipotencia del sujeto frente a sí mismo y, llegado el caso, frente al mundo exterior. Se presenta como un poderoso rasgo de carácter. Así como el 'Superyó' es fuente de prohibiciones y el 'Ideal del Yo' es creador de obligaciones (aunque diferibles), el 'Yo ideal' es un estado de exigencia, sin matices, del sujeto con respecto a él mismo (omnipotencia), sin posibilidad de adaptación a las circunstancias exteriores ni a los seres que le rodean. No deja sitio a las deliberaciones internas ni a las regresiones. Hay una incapacidad importante en el funcionamiento del aparato mental del sujeto. El fracaso ante la realidad es vivido como una herida narcisista y no como una culpabilidad negociable.

Todos los individuos están sometidos a diversas situaciones que producen excitaciones más o menos intensas. Cuando son muy intensas, repetidas y excesivas pueden alcanzar los sistemas funcionales desorganizándolos. Hay dos vías para canalizar estas excitaciones: la vía mental y la vía de la actividad sensoriomotora. Cuando estas dos vías no están disponibles, serán los aparatos somáticos los que respondan a las excitaciones, lo que constituye el principio de las somatizaciones. Cuando el exceso de excitación es muy grande o muy duradero, las vías de descarga no son suficientes y no hay posibilidades regresivas o son pobres, tiene lugar una desorganización progresiva, lo que origina una enfermedad evolutiva grave.

En la depresión esencial, se observa una disminución del tono vital sin contrapartida económica alguna. En ocasiones se ha llamado a la depresión esencial como depresión en negativo, ya que la sintomatología es fundamentalmente negativa, desaparece la identificación, la proyección, el desplazamiento, la condensación y los sueños y fantasías. La ausencia de contrapartida económica positiva muestra un bajo nivel de las relaciones de investidura y ligadura. Esta mala mentalización es la que explicaría la ausencia de afecto doloroso en la depresión esencial. El mejor indicador del comienzo de una depresión esencial es la desaparición de los comportamientos habituales. El preconscious deja de funcionar, quedando abolidas las vías asociativas. La actividad mental se reduce al relato neutro de los hechos actuales o de las acciones a realizar. La libido, tanto narcisista como objeto, desaparece, y las funciones mentales se desestructuran, lo que muestra el trabajo de los instintos de muerte. La depresión esencial puede aparecer en la infancia y permanecer escondida al no ser elaborada. En momentos especialmente traumáticos puede reavivarse. Estos individuos tienen un tono vital bajo permanente. Es lo que se denomina depresión latente.



Las conversiones son procesos automáticos e involuntarios mediante los cuales impulsos psíquicos inaceptables y reprimidos encuentran su salida modificando alguna función orgánica. Aquí es importante el simbolismo. El síntoma de conversión muestra de forma velada el conflicto psíquico subyacente. transformación de una carga emocional reprimida en un síntoma somático.

Los Beneficios secundarios de la enfermedad actual incluyen beneficios personales, atenciones de la familia y amigos, beneficios sociales...

Las estructuras mentales se determinan por la cantidad y a la calidad de las representaciones psíquicas. La calidad se define por el espesor del preconscious (abundancia de representaciones y asociaciones entre ellas), la permeabilidad (circulación de las representaciones entre el consciente y el inconsciente) y por la regularidad de su funcionamiento. Así, en función de esta calidad la resistencia del aparato psíquico será diferente. Cuanto más bajo sea el nivel de mentalización, de mayor riesgo será la Estructura Mental.

Análisis estadístico de los datos:

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS-10, empleando la Chi cuadrado y la t de Student. Además se han hallado los valores relativos tanto a la sensibilidad como a la especificidad y la ODDs ratio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Se han considerado resultados significativos aquellos en los que la p ha sido menor de 0.05 ($p < 0.05$).

RESULTADOS:

En la siguiente tabla se muestra la distribución del Yo Ideal Predominante, Depresión Latente, Conversiones (habituales y actuales), Beneficios Secundarios a la Enfermedad, Estructura Mental de Riesgo junto con el pronóstico psicosomático malo. En cuanto al pronóstico psicosomático emitido a partir de la historia psicopatobiográfica y a la Clasificación,

Ítem	S	E
Depresión latente	73.5	55.1
Yo ideal predominante	47	94.8
Conversiones habituales	100	20
Conversión actual	100	25.8
Beneficios secundarios	94	29.3
Estructura mental de riesgo	79.4	43.8
Mal pronóstico	84.8	62.5

éste es expresado en términos de bueno, dudoso y malo, dado que únicamente 3 pacientes han presentado un pronóstico psicosomático dudoso. A la hora de analizar esta característica hemos eliminado estos 3 pacientes. En las tablas también aparecen los datos relativos a la "p", a la odds ratio (OR) y al intervalo de confianza al 95% (IC95%). La depresión latente se presentó en el 55% de los pacientes que participaron en el estudio. En el grupo de pacientes con patologías oncológicas este ítem aparece en el 74% de los casos, mientras que entre los pacientes no oncológicos lo hace en el 45%. El yo ideal predominante apareció en el 21% de nuestros pacientes. En el grupo de sujetos con patologías oncológicas se presentó en el 47%, mientras que entre los no oncológicos lo hizo en el 5%. Las conversiones se presentaron en el 13% las habituales y en el 16% las actuales, el 100% de las mismas en los pacientes no oncológicos. Los beneficios secundarios a la enfermedad se presentaron en el 21% de los pacientes del estudio. En el grupo de pacientes con patologías no oncológicas este ítem aparece en el 29% de los casos, mientras que entre los pacientes oncológicos lo hace en el 6%. La Estructura mental de riesgo (EMR) se presentó en el 64% de los pacientes. En el grupo de pacientes con patologías oncológicas este ítem aparece en el 79% de los casos, mientras que entre los pacientes no oncológicos lo hace en el 55%. En lo que respecta al pronóstico psicosomático, al 36% de los pacientes con patologías no oncológicas se les adjudicó un mal pronóstico (PPM), mientras que esto sucedía en el 82% de los pacientes con patologías oncológicas.

Para valorar lo acertado de los ítems y el pronóstico psicosomático y para comprobar o descartar la presencia de una enfermedad oncológica, se emplean los datos relativos a la sensibilidad (S) y especificidad (E).

Las rúbricas más sensibles son la ausencia de criterios protectores (conversiones y beneficios secundarios), mientras que el Yo ideal predominante aparece como el más específico.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en todas las características mencionadas. En ningún caso se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con patologías oncológicas frente a aquellos con otras patologías en razón del sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol o edad.

A tenor de los resultados obtenidos, cuando el yo ideal predominante está presente, aparece de forma mayoritaria (84%) entre los pacientes oncológicos. El ítem depresión latente aparece con más frecuencia entre los pacientes oncológicos que entre los no oncológicos, lo que marca a este tipo de enfermos. Este ítem presenta un valor de OR de 3.222 y un intervalo de confianza (IC95%) de 1.278-8.122, lo que implica que este ítem es un factor de riesgo para padecer una enfermedad oncológica, lo mismo que ocurre con el ítem Yo ideal predominante, que tiene una OR de 10.737 y un IC95% de 3.183-36.212. Además, las ausencias de conversiones (100% de ellas entre los no oncológicos) y de beneficios secundarios (89% en los pacientes no oncológicos) también se perfilan como marcadores de riesgo en este tipo de pacientes. En cuanto a la estructura mental de riesgo, ésta aparece en el 79% de los pacientes con neoplasias estudiados, con una OR de 4.219 y un IC95% de 1.421-12.526.

Estos datos concuerdan con los obtenidos en el estudio denominado IPSOJASARC, dirigido por el Claude Jazmin y Pierre Marty en el que se estudiaron 66 mujeres francófonas, de 35 a 65 años, que presentaban un tumor mamario palpable de naturaleza desconocida. En el citado estudio encontraron que en más del 35% de las pacientes cuya tumoración resultó maligna, la depresión latente estaba presente, y lo mismo ocurría con el Yo ideal predominante. Además, en este estudio encontraron que el 67% de las pacientes cancerosas tenían una estructura mental de riesgo. En un segundo estudio realizado por Jean Benjamin Stora, Régine Herzberg-Poloniecka y Pierre Marty -denominado IPSO II-, en el que estudiaron a 51 enfermos mediante la clasificación psicosomática Marty-IPSO, confirmaron la importancia de la depresión latente (aparecía en el 49% de los casos oncológicos), y pusieron de relieve la tasa del Yo ideal predominante (aparecía en un 20% de los casos). En otro estudio realizado en el IPSO en 1985 sobre 323 pacientes, se vio que tanto la depresión latente como el Yo ideal predominante (entre otros ítems de la clasificación) eran observados con una frecuencia notable, al igual que en el caso de las estructuras mentales de riesgo, que se observaron en el 82% de los enfermos cancerosos.

Con relación al pronóstico psicosomático, entre los pacientes oncológicos encontramos que a 28 (82%) se les adjudicó un mal pronóstico psicosomático y únicamente en 5 (15%) el pronóstico fue bueno. El pronóstico psicosomático tiene una OR

de 9.333 y un IC95% de 3.124-27.888, luego el mal pronóstico psicosomático también se perfila como factor de riesgo para padecer una enfermedad oncológica. Esta diferencia estadísticamente significativa respalda de alguna forma los resultados obtenido por Jazmín, Lê, Marty, Herzberg y el Psycho-oncologic Group, en el que estudiaron la relación entre el riesgo de padecer un cáncer de mama y el pronóstico psicosomático emitido. Observaron que dicha relación era estadísticamente significativa, con una p de 0.02. Un ítem muy importante es el pronóstico psicosomático que se emite a partir de la clasificación. Este tiene una sensibilidad del 84.8% y una especificidad del 62.15% ($OR = 9.333$) para la enfermedad oncológica. El hecho de que estos valores no sean superiores puede deberse a que el número de pacientes empleados en el estudio es únicamente de 92, y cabe esperar que tales valores aumenten a medida que se incrementa el número de participantes en el estudio, como hemos podido comprobar teniendo en cuenta los datos de anteriores análisis.

Probablemente los valores de sensibilidad y especificidad, así como de la OR para los ítems estudiados no son más elevados al ser éstos marcadores de riesgo psicosomático. Riesgo psicosomático que no implica forzosamente enfermedad neoplásica, puesto que hay enfermedades tan graves o más que las oncológicas que también presentan estos ítems. Si bien es cierto, en el presente estudio hemos encontrado que los ítems Yo Ideal Predominante, Depresión Latente, la ausencia Conversiones (habituales y actuales), la ausencia de Beneficios Secundarios a la Enfermedad, junto con la posesión de una Estructura Mental de Riesgo y el Pronóstico Psicosomático obtenido tras la aplicación de la clasificación aparecen como claramente diferenciadores de los pacientes con enfermedades neoplásicas.

CONCLUSIONES:

1. En el estudio realizado, el Yo ideal predominante y la depresión latente constituyen criterios de gravedad psicosomática. (OR de 16.296 y 3.419 respectivamente). Así como la ausencia de conversiones (tanto habituales como actuales) y de beneficios secundarios (OR de 0.064, 0.22 y 0.151 respectivamente).
2. En los pacientes clasificados dentro del grupo "cáncer", los factores de riesgo psicosomático analizados adquieren una gran importancia, refrendada por su alta significación estadística ($p < 0.01$ para el Yo Ideal Predominante, Depresión Latente, ausencia de Conversiones (habituales o actuales), ausencia de Beneficios Secundarios a la Enfermedad y el mal pronóstico psicosomático, y de 0.01 para la estructura mental de riesgo).
3. Existe una correlación muy estrecha entre el pronóstico psicosomático y la magnitud de la enfermedad clínica.
4. La clasificación psicosomática Marty-IPSO es una buena herramienta de trabajo, pues su correcto uso permite una valoración global del enfermo y una visión de las expectativas de su proceso, generando a su vez pautas de actuación psicoterapéutica coadyuvantes a las específicas de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Calatroni M.: Pierre Marty y la psicosomática. Amorrortu editores, 1998.
 Debray R: Pierre Marty. Presses Universitaires de France. París, 1998.
 Kamieniecki H: Histoire de la psychosomatique. Presses Universitaires de France, París, 1994.
 Marty P: Depresión esencial y enfermedades somáticas. En Pierre Marty y la psicosomática. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1998: 100-109.
 Marty P: Disposiciones mentales en la primera infancia y cánceres en la edad adulta. En Pierre Marty y la psicosomática. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1998: 245-257.
 Marty P: Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique. En: La psychosomatique, hier et aujourd'hui. Ed. Delachaux et Niestlé, París, 1995:155-178.
 Marty P: La psicosomática del adulto. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1995.
 Marty P: Les mouvements individuels de vie et de mort. Bibliothèque scientifique Payot, París, 1998.
 Marty P: Mentalización y psicosomática. En Pierre Marty y la psicosomática. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1998: 110-127.
 Marty P: El orden psicosomático. Editorial Promolibro, Valencia, 1995.
 Moreau F.: La clasificación IPSO-Pierre Marty en la clínica psicosomática. Revista de Psicoterapia y Psicosomática, Enero 2001, 46: 7-13.
 Smadja C: Pierre Marty, une brève histoire de son oeuvre. En: Revue française de Psychosomatique. Ed. PUF, París, 1994; 6: 29-38.

Entre Octubre del 2001 y Septiembre del 2005 este proyecto ha contado con la financiación del Gobierno Vasco, a través de una beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación, concedida a la Dra. Rebeca Ruiz Onandi.