

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2018;115(1):20-30

Psiquiatría psicosomática: la contribución desde la psiquiatría a una "medicina integral"

Antonio Lobo

Universidad de Zaragoza. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría psicosomática.
Psiquiatría de enlace.
Desarrollo.
Perspectivas.
Futuro.

Resumen:

Se dedica el artículo a la Psiquiatría Psicosomática y de Enlace, sub-disciplina psiquiátrica que quiere ser una aportación a la "medicina holista, integral" mediante la colaboración con otras especialidades. Se defiende una filosofía doble, la perspectiva del humanismo médico, pero también de la ciencia "empírica", que más recientemente ha sido denominada "basada en evidencias", pruebas o datos. Se apunta lo que se puede esperar en una Unidad comprometida y especializada y se describe el desarrollo de la subdisciplina tanto en nuestro país como en la Unión Europea, documentado en los estudios del European Consultation-Liaison Workgroup, (ECLW) en que participamos. Se resume la importante aportación del ECLW, incluyendo sus originales iniciativas proactivas y su método INTERMED para la temprana detección y subsiguiente intervención en pacientes "complejos".

El artículo aborda en su segunda parte las perspectivas de futuro de la disciplina, que camina hacia la subespecialización en psiquiatría: analiza el reto de la morbilidad psíquica no detectada en entornos médico-quirúrgicos, no tratada y el potencial de Unidades "mixtas" médico-psiquiátricas para atender los pacientes más graves con comorbilidad; afirma que el campo de la Psiquiatría Psicosomática desborda ampliamente el terreno de los hospitales generales, pero también que la dimensión del problema de la morbilidad psíquica en enfermedades somáticas requiere el compromiso y la responsabilidad del resto de las especialidades médicas. El artículo es crítico con añejas teorías "psicosomáticas", pero revisa con brevedad muy importantes y sólidas aportaciones de investigación sobre la influencia de factores psicosociales en enfermedades corporales; y reivindica el papel de la investigación para el progreso de la disciplina, subrayando la importancia y la experiencia en modelos colaborativos de intervención inter-disciplinar, avalados por estudios "controlados".

© 2018 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Psychosomatic psychiatry: the contribution to the "holistic medicine" from the field of psychiatry

Abstract:

This article is dedicated to Psychosomatic and Liaison Psychiatry, a psychiatric sub-discipline intended to contribute to the "holistic medicine" by means of the collaboration with other medical specialties. A dual philosophy is proposed, based on medical humanism but also in empirical science, more recently called "evidence based". The expectations of specialized Units are described, as well as the development of the discipline both in Spain and in the European Union, where we participated in the important European Consultation-Liaison Workgroup, ECLW studies. The ECLW contribution is described, including the original, proactive INTERMED based method for the early detection and subsequent intervention in "complex patients".

In the second part, the article discusses the future perspectives for this discipline, which moves toward subspecialization in psychiatry: it analyzes the challenge of undetected, untreated psychological morbidity and the potential of mixed medical-psychiatry Units for patients with severe comorbidity; it proclaims that the field of Psychosomatic Psychiatry goes well beyond the scope of general hospitals, but also that the size of the problem of psychopathological morbidity in medical conditions requires the compromise and the responsibility of non-psychiatric medical disciplines. The article is critical with old-fashioned "psychosomatic" theories, but reviews briefly very important and firm research contributions about the influence of psychopathological factors in medical conditions; and claims for the role of research for the progress in the discipline, underlying the relevance and the experience of collaborative, multi-disciplinary intervention models, sustained by "controlled" studies.

© 2018 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Psychosomatic
Psychiatry.
Liaison Psychiatry.
Development.
Perspectives.
Future.

Introducción

Professor Guimón leaves an indelible mark in the Basque psychiatry, his colleagues say. I could assure he also was a generous person, whose gentlemanliness similarly leaves an indelible mark in the Spanish psychiatry.

Es un honor escribir un artículo en homenaje al Prof. José Gimón Ugartechea, buen amigo y, como hemos dicho en su necrológica, un caballero que dejó marca indeleble en la psiquiatría vasca, pero también en la psiquiatría española (Lobo, 2017a). Siempre receptivo a nuevas iniciativas, estoy seguro de que también apoyaría algunos temas que aquí se defienden.

Entiendo la Psiquiatría Psicosomática como la disciplina psiquiátrica que intenta, explícitamente, contribuir a una medicina "integral", que suele llamarse "psicosomática" (Lobo et al., 2007a). Nuestro desaparecido amigo, el Dr. Maxi Lozano, acuñó por vez primera este nombre, pues la habitual denominación Psiquiatría de Enlace suena "poco clínica" cuando no equivoca para los compañeros médicos no-psiquiatras con quienes tenemos que trabajar en inter-consultas. Por otra parte, como veremos más adelante, la disciplina debe mirar, además de las plantas médico-quirúrgicas donde actualmente está más implantada, mucho más allá, allí donde se encuentra la comorbilidad somatopsíquica o donde los factores psicosociales tienen que ver en el origen y/o evolución de las enfermedades somáticas.

Nosotros inauguramos en 1977 una nueva Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace (UPPE) en el Hospital Clínico Universitario (HCU) de Zaragoza, con el novedoso enfoque de la psiquiatría norteamericana (Lobo y Seva, 1980; De Pablo et al., 2016). Ese mismo año se inauguró también la Unidad del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, que nosotros sepamos las primeras del país, aunque había antecedentes de algunas iniciativas "psicosomáticas" y de "interconsulta" en hospitales principalmente universitarios. Desde ese primer momento definiendo una filosofía bifronte (Lobo, 1986): "humanismo filosófico", la filosofía humanista que aprendí en la Facultad de Medicina de Zaragoza, que como otras Facultades de nuestro país resumaba medicina humanista, "integral", la que en nuestro país preconizaban Marañón, Rof Carballo, o Laín Entralgo, por citar algunos de los médicos más influyentes; y, por otra parte, ciencia "empírica", lo que ahora se ha dado en llamar "basada en la evidencia", la filosofía que aprendí del Prof. McHugh en el New York Hospital de la Universidad Cornell y después en el Johns Hopkins Hospital (McHugh y Slavney, 2001), un pionero en aquél país y que recientemente ha sido nombrado Doctor Honoris Causa por la Universidad de Zaragoza.

Tengo que reconocer que la filosofía "empírica" de la disciplina supuso inicialmente un choque para un joven residente que había sido expuesto a las provocativas teorías "psicosomáticas" por no decir psicogénicas de mediados y finales del siglo pasado.

Preconizaban esas teorías en boga, también en el entorno americano, el origen psicológico de algunas graves enfermedades corporales, y fue un choque encontrarme en un programa formativo que no toleraba enunciados que no estuviesen bien fundamentados, apoyados en hechos concretos, en datos. Pero ese duro encuentro con la realidad pronto me resultó providencial, en el intento de pisar terreno firme y no caer en conjeturas sin base.

Fundamentos empíricos de la Psiquiatría Psicosomática y de Enlace

Aunque existían en nuestro país algunas iniciativas en el campo de la psicosomática, y en Alemania ya representaban una fuerte corriente eventualmente convertida en especialidad médica, la psiquiatría norteamericana propuso un modelo convincente, que fue el que se extendió en aquél país y pusimos en marcha también entre nosotros. Había fundamentos humanistas, pero había sobre todo una base empírica y un claro pragmatismo en la puesta en práctica. Los fundamentos empíricos se resumen en la figura 1: entre pacientes médico-quirúrgicos hay una alta prevalencia de morbilidad psíquica; esa morbilidad psíquica es insuficientemente detectada y tratada, pero complica el pronóstico de la enfermedad somática; y las intervenciones especializadas, para un tratamiento integral, mejoran el pronóstico de la enfermedad somática (Lipowski, 1974).

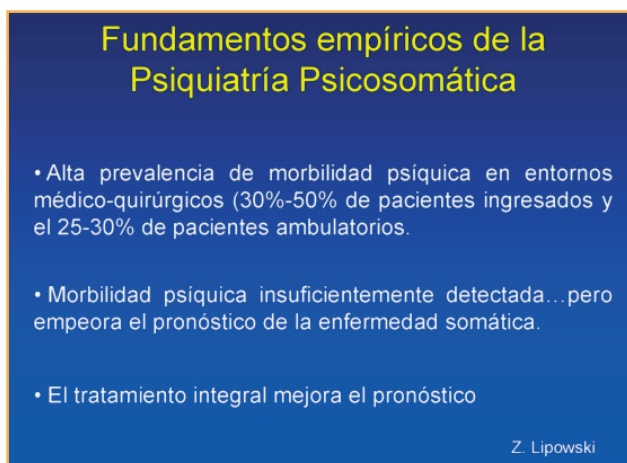


Figura 1. Fundamentos empíricos de la Psiquiatría Psicosomática.

Por otra parte, precisamente porque la morbilidad psíquica es insuficientemente detectada y tratada, los psiquiatras que trabajan en entornos médicos, además de tratar directamente a los enfermos en quienes son consultados, intentan contribuir a la formación de los equipos médicos, para que éstos puedan eventualmente tratar al menos los casos no graves de patología psíquica. Estas son las estrategias que se conocen como “de enlace” (Strain et al., 1989), y al modelo completo se le llamó “de inter-consulta y enlace” (Lipowski, 1979).

Lo que se puede esperar en una unidad comprometida y especializada

Ese modelo inicialmente norteamericano, basado en “inter-consultas” y en el “enlace”, que ha visto una importante expansión internacional, es el que implantamos en las primeras Unidades en nuestro país. La evolución de la UPPE en el HCU de Zaragoza puede dar muestra del potencial del modelo: una unidad comprometida y suficientemente bien dotada, como la que se consiguió organizar en nuestro hospital, con psiquiatras, enfermera especializada y auxiliar clínico a tiempo completo, y trabajadora social y secretaria a tiempo parcial, puede esperar un rápido incremento del número de consultas recibidas, como se ve en la figura 2: algo más de 200 consultas anuales cuando las inter-consultas se atendían de modo rotatorio por todos los psiquiatras del servicio, hasta las 1.400 en los últimos años (además de las consultas ambulatorias), un aproximado 4% de todos los pacientes adultos que ingresan en el hospital general. Por otra parte, en esa unidad hay aproximadamente, cada día, 50 pacientes “activos” en quienes se ha consultado, distribuidos por todas las plantas médico-quirúrgicas y que idealmente necesitan seguimiento, intenso en casos como los de delirium o riesgo de suicidio.

Por tanto, la actividad clínica que debe esperar una unidad comprometida puede ser particularmente intensa; y si se consigue hacer de modo sistemático unas intervenciones adecuadas, el rendimiento clínico puede ser muy notable. Siempre hemos mantenido que cada inter-consulta, además de resolver el problema clínico del paciente, es una excelente oportunidad de hacer un buen “enlace” con los equipos médico-quirúrgicos. (figura 3).

Por otra parte, los hospitales españoles, al menos los 7 hospitales que participaron en los estudios europeos patrocinados por los programas BIOMED, con la iniciativa del European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) of Liaison Psychiatry and Psychosomatics, reciben un equilibrado perfil de diagnósticos psiquiátricos en los pacientes atendidos (Valdés et al., 2000): a diferencia de algunos hospitales europeos, muy polarizados hacia un tipo u otro de pacientes, atienden tanto cuadros “orgánicos” (principalmente delirium o demencias), como depresiones mayores, cuadros de alcoholismo o abuso de sustancias complicando enfermedades somáticas; y también patología “menor”, como los trastornos de adaptación, además de otros diagnósticos menos frecuentes. Desde luego, en plantas médico-quirúrgicas prácticamente no se ven típicos cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Asimismo, en los hospitales españoles más activos hay programas específicos “de enlace”, que mediante compromisos más o menos formales tratan de trabajar con intensidad con servicios y tipos de patologías concretas. Entre los programas de enlace más frecuentes en nuestro país están los de psico-oncología; obesidad, conducta alimentaria y cirugía de la obesidad; trasplantes, etc. Pero también algunos destacados progra-

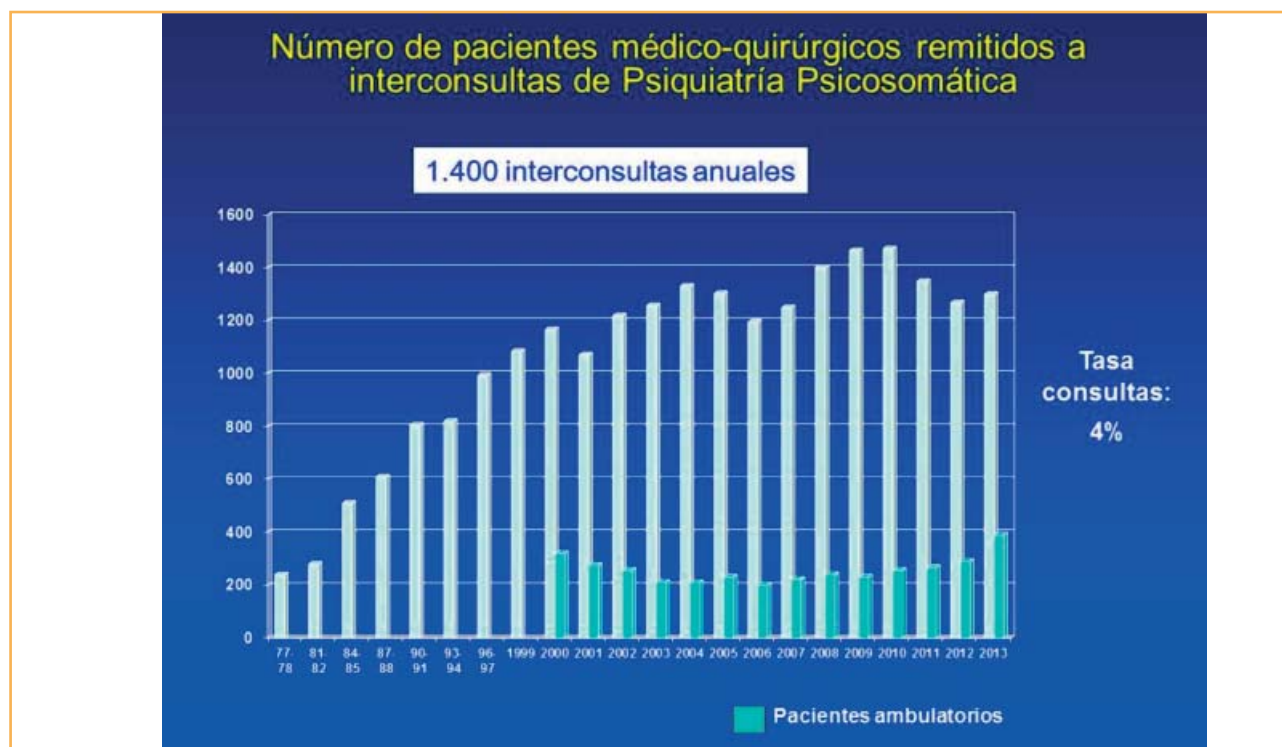


Figura 2. La evolución del número de remisiones a una Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

mas de "enlace" con Atención Primaria (Lobo y Campos, 1997).

El potencial docente de las UPPE

Las UPPE tienen un notable potencial docente, particularmente en los hospitales con programas MIR y en los hospitales universitarios. La formación que estas Unidades pueden impartir incluye a los residentes de psiquiatría, cuyo programa formativo oficial lo exige; pero también a los de otras disciplinas médicas que ofi-

lobo, 2013); a enfermería en salud mental o trabajo social psiquiátrico, como en el caso del Master de la Universidad de Zaragoza. Puede incluir rotaciones tipo "fellowship", aprovechando las ya comunes iniciativas del sistema nacional de la salud. Y, por filosofía fundacional y mantenida, estas unidades están comprometidas con la formación de todo el personal médico de los hospitales. Como muestra del progreso de la disciplina, además del programa oficial citado, ha habido importantes iniciativas para programas formativos, como la propuesta por Gómez Reino et al., (2014) desde el Grupo de Trabajo correspondiente de la Sociedad Española de Psiquiatría; o el programa consensuado la European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) y la American Academy of Psychosomatic Medicine (APM) (Leentjens et al., 2011).

El desarrollo de la Psiquiatría Psicosomática y de Enlace

La disciplina está muy desarrollada en los EE.UU., donde se ha convertido oficialmente en una subespecialidad psiquiátrica (Gitlin et al., 2004).

Curiosamente, la denominación inicial de "Consultation-Liaison Psychiatry" fue mutada en el momento de conseguir la acreditación como subespecialidad, denominándose ahora "Psychosomatic Medicine", etiqueta en mi criterio particularmente desacertada; la "medicina psicosomática" debe ser mucho más amplia que una subespecialidad psiquiátrica (Lobo et al., 2007a). En nuestro país, la encuesta nacional que hemos finalizado recientemente con una razonable participación sugiere que aproximadamente el 60% de

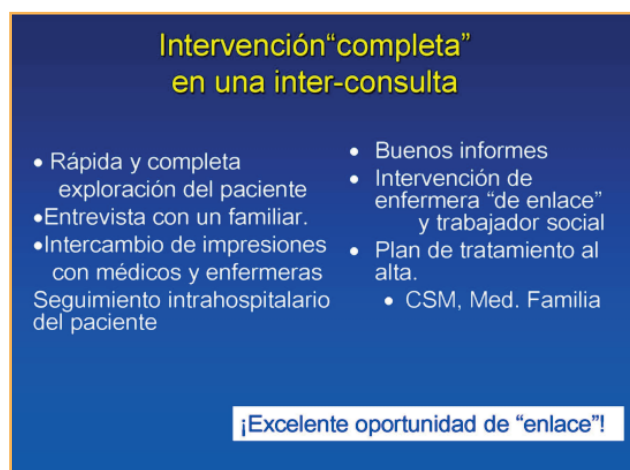


Figura 3. Intervención completa en una interconsulta, como oportunidad de "enlace".

cialmente rotan en ellas, muy especialmente a los de Atención Primaria, Geriátrica, o Neurología. Incluye además a los estudiantes de Medicina (Lobo et al., 2012;

los más de 100 hospitales que proporcionaron información cuentan con una UPPE, con distintas denominaciones, aunque los criterios para considerarlas como tales eran muy ‘permissivos’ (Lobo et al., en prensa). Por otra parte, la dotación de profesionales no-psiquiatras es también limitada y, consecuentemente, no se puede decir que el desarrollo en nuestro entorno sea espectacular. De las dos Unidades iniciales en 1977 se han identificado ahora 48 Unidades y podría haber más, aunque no hayan proporcionado todavía información. Sin embargo, la atención ambulatoria se limita a aproximadamente dos tercios de la unidades acreditadas.

Sobre el desarrollo de la Psiquiatría Psicósomática y de Enlace en la Unión Europea completamos desde el Grupo de trabajo europeo ECLW, germen de la Asociación europea correspondiente (European Association for Psychosomatic Medicine, EAPM), un importante estudio para describir “el estado de la cuestión” de la disciplina (Huyse et al., 1996; Huyse et al., 2000). Tras analizar los resultados de 15.000 pacientes remitidos a UPPE en 13 países y 90 hospitales, con la participación de un total de 220 consultores, se concluyó que las tasas de remisión de pacientes eran muy bajas (1,4% de media europea). Los hospitales españoles participantes (Ramón y Cajal y Princesa, de Madrid; y el HCU de Zaragoza) tenían tasas superiores al 3%. Estimó el ECLW que no todos los pacientes con morbilidad psíquica en hospitales generales necesitan una intervención especializada, y consensuó que la tasa “ideal” de inter-consultas debería ser de un aproximado 10%. Se concluyó, por tanto, que a pesar de que las UPPE prestan una muy considerable atención clínica, la mayor parte de la morbilidad psíquica entre pacientes médico-quirúrgicos en Europa no llega a tener una atención especializada.

Los estudios del ECLW confirmaron asimismo una hipótesis de partida: la estructura de las UPPE influen-

cia la función, y aquéllas que están poco dotadas hacen menos intervenciones y más superficiales. Y pusieron además de manifiesto que una alta proporción de interconsultas se solicita de modo “urgente” y, por tanto, es difícil una planificación sistemática (Huyse et al., 2000): actuar simplemente como “brigadas de incendios” para apagar “fuegos” inesperados en pacientes problemáticos es difícilmente compatible con la prestación de una buena atención a la salud mental de los pacientes médico-quirúrgicos.

En relación con ello, se buscaron sistemas de atención proactivos, y se puso un especial énfasis en lo que se denominaron pacientes “complejos”, operativamente definidos como aquellos en los que a la enfermedad somática importante se une morbilidad psíquica y/o problemática social relevante; y/o alto consumo de servicios. La prevalencia de tales pacientes “complejos” es alta, y es particularmente alta entre los pacientes remitidos a inter-consulta. Como muestra de ello, en todos y cada uno de los trece países europeos investigados, la media de estancia hospitalaria fue dos o tres veces superior a la media hospitalaria general. Ahí nació la iniciativa del sistema de “screening” denominado COMPRI/INTERMED (Huyse et al., 2003; Lobo et al., 2008): un sistema de despistaje “en dos fases” (instrumento de screening; y entrevista estructurada) para la temprana detección de estos pacientes y para facilitar la temprana instauración de una intervención “integral”, multidisciplinar. Este novedoso enfoque tuvo notable impacto en los EE. UU.

Sobre el futuro de la disciplina

El futuro de la Psiquiatría Psicósomática, en la opinión de uno de los más característicos representantes en EE. UU., Thomas Wise, es muy optimista (Wise, 2014): pero viniendo de un país donde predomina una visión posi-



Figura 4. Diagrama del método COMPRI-INTERMED.

tiva casi siempre y muy poco acomplejada, puede tomarse con alguna cautela. En mi opinión, el futuro de la Psiquiatría Psicosomática en nuestro país dependerá: de la visión y el compromiso de los Servicios de Psiquiatría, pero también del resto de Servicios médico-quirúrgicos; y del Sistema de salud. Dependerá además del compromiso y liderazgo de los psiquiatras que se dediquen a este campo de la disciplina; y del avance de la investigación e "innovación". En los apartados siguientes trato de revisar algunos aspectos concretos.

1. El reto de la morbilidad psíquica no atendida

Como hemos visto en los apartados anteriores, la dimensión del problema de la morbilidad psíquica en entornos médico-quirúrgicos, incluyendo la Atención Primaria, es muy notable (Haro et al., 2007), y la más activas UPPE están saturadas: como en otros campos médicos, hay el riesgo de "morir de éxito" si no se miden las fuerzas. Modelos "proactivos", como el señalado a propósito de los enfermos "complejos", empiezan a demostrar efectividad y eficiencia (Stiefel et al., 1999).

En un estudio multicéntrico en nuestro país se ha documentado que más de la cuarta parte de los pacientes de Medicina Interna son "complejos" y el 5% tienen una "grave" complejidad (Lobo et al., 2015); consecuentemente, se sugiere la pertinencia de una temprana intervención proactiva.

Por otra parte, en esos mismos estudios se ha documentado con este sistema que las principales diferencias entre pacientes "complejos" y "no-complejos" se refieren, precisamente, a las tres dimensiones distintas de la morbilidad somática. Si se confirma la efectividad y eficiencia de las intervenciones basadas en el modelo, éste debería adquirir mayor predicamento. A propósito de este, pero también de otros modelos en la disciplina, los estudios bien "controlados" y aleatorizados podrían acompañarse de intervenciones basadas en proyectos de "innovación", menos exigentes.

2. El reto de los pacientes más graves

Se ha estudiado en nuestro entorno la posibilidad de contar con "Unidades Mixtas de Medicina y Psiquiatría", siguiendo el modelo de R. Kathol (Kathol, 1994). Estas unidades, con un equipo mixto de internistas y psiquiatras, tratan de atender a los pacientes con grave patología médica y, además, comórbidamente, grave patología psíquica.

Un trabajo realizado en el HCU de Zaragoza ha documentado que el 7% de los enfermos remitidos a UPPE están en esa situación (grado 4 de acuerdo con los criterios de Kathol), habiéndose calculado que en un hospital de 900 camas totales harían falta 4-6 camas de modo persistente para atender a estos pacientes (Cortina, 2013). Además, otro 21% de los pacientes remitidos a UPPE en el mismo hospital estarían en el grado III, de co-morbilidad algo menos grave, que también requerirían de todos modos una intervención especial.

3. La Psiquiatría Psicosomática no se puede limitar a los hospitales generales

Cuando se habla de Psiquiatría de enlace, en general, se refiere a las Unidades que trabajan en hospitales generales, muchas de las cuales en nuestro país, como vimos en un apartado anterior, se limitan a una actividad con pacientes hospitalizados en plantas médico-quirúrgicas, un modelo heredado del norteamericano. Pero hay abundantes datos empíricos señalando que en las consultas de especialidades médicas, y de Atención Primaria, la morbilidad es muy frecuente y también lo son sus consecuencias negativas (Üstun y Sartorius, 1995). Consecuentemente, en circunstancias óptimas, la Psiquiatría Psicosomática tendría importantes posibilidades de expansión.

Algunos de nuestros estudios también apuntan igualmente en esa dirección. Durante el estudio multicéntrico en siete hospitales españoles, auspiciado por el FIS y el Instituto de Salud Carlos III mediante el programa de Redes Temáticas, documentamos que, en el momento del alta hospitalaria (edad media 74,5 años; media de cinco diagnósticos "médicos"), la prevalencia de depresión era del 19%, a pesar, lógicamente, de que enfermedad somática habría mejorado durante su ingreso (Lobo et al., 2007b). En el seguimiento en Atención Primaria, a los 6 meses, aparte los pacientes que habían fallecido, una importante proporción continuaban deprimidos y, comparados con los no-deprimidos, mostraban marcada afectación de su calidad de vida y aumento del consumo de servicios médicos. Este tipo de comorbilidad en población de mayores está notablemente desasistido.

En relación con esto, inquieta ya a los expertos internacionales el tema de la multimorbilidad, una realidad epidemiológica en población general, pero también clínica, relacionada sobre todo con el envejecimiento de la población. Sartorius et al. (2015), en un libro muy relevante, destacan que la existencia de comorbilidad empeora el pronóstico de cada enfermedad, tanto somática como psíquica; y que el tema de la multimorbilidad es de tal calibre y está tan pobremente abordado, que Facultades de Medicina y organismos responsables de la sanidad, en todos los países, deberían tomar buena nota y actuar en consecuencia, pues no existe clara estrategia de intervención, ni a nivel nacional, ni internacional. La psiquiatría psicosomática y de enlace para nada es la solución única para abordar este problema, pero puede ciertamente contribuir a una mejor solución.

Es más conocido el tema de la morbilidad psíquica en entornos de Atención Primaria. En nuestro Estudio Zaragoza, en concreto, en una muestra representativa, la prevalencia de morbilidad psíquica fue del 27%, frecuentemente "somatizada", aunque buena parte de la morbilidad era de leve intensidad (García Campayo et al., 1996). Es patente que muchos psiquiatras que trabajan en Centros de Salud Mental tienen programas de colaboración con la Atención Primaria, pero también estos pueden beneficiarse o se han beneficiado de la experiencia y la técnica propulsada desde la Psiquiatría Psicosomática (Creed y Marks, 1989).

4. La “Psiquiatría Psicosomática”, ¿hace suficiente por una “medicina integral”?

La Psiquiatría Psicosomática, en el pasado, abusó de teorías psicogenéticas sobre enfermedades que se llamaron “psicosomáticas” (Shepherd, 1978); y considero que los excesos teóricos pudieron llevar a cierto descrédito de la disciplina. Si uno revisa con suficiente atención la bibliografía, en textos actuales respetables como el editado por J Levenson (2011) o por Lloyd y Guthrie (2012) encontrará poca “evidencia” de enfermedades somáticas potencialmente graves de causa psicopatológica única o incluso principal. Pero, por el contrario, encontrará muy abundantes datos señalando que la morbilidad psíquica al menos precipita, agrava o complica el curso de la enfermedad somática. Consecuentemente, esa morbilidad necesita diagnóstico y tratamiento adecuados.

La pregunta sería...¿se trata de una tarea pendiente para la Psiquiatría Psicosomática? ¡Caramba! ¿Y el resto de la Medicina, tiene algo que decir? Reproduzco una frase, para mí lapidaria, de Robert Platt, Lord Platt, baron of Grindelford, (Lord Platt, 1967), influyente médico no psiquiatra, con máxima responsabilidad en Manchester y eventualmente presidente del Royal College of Physicians británico. Le cito a menudo, por el sentido común que derrochan sus escritos como, a veces, por su punzante humor británico.



Figura 5. Cita de Lord Platt (1967).

“Olvido prácticamente completo de los factores psicológicos en la enfermedad somática”, dice Lord Platt. Sospecho que la “ciencia clínica” en el Reino Unido o en España no ha cambiado demasiado en ese sentido desde 1967. Los factores psicológicos en la enfermedad somática competen a la Psiquiatría Psicosomática, pero

creo que competen sobre todo al resto de la Medicina; se trata de “sus” enfermos. No puede ser eterna la desconsideración en amplios sectores médicos de la documentación sólida sobre los efectos de la morbilidad psíquica en las enfermedades que son de su responsabilidad.

Es cierto, sin embargo, que en los últimos años se advierten iniciativas muy relevantes de disciplinas no psiquiátricas para ocuparse de aspectos psicopatológicos y psiquiátricos en los enfermos a su cargo. Pongo el ejemplo del programa que el Dr. J. Huffman presentó en el congreso de la EAPM, hace unas semanas en Barcelona. Un impresionante programa colaborativo, clínico e investigador, entre psiquiatras y cardiólogos en el Massachussets General Hospital de la Universidad de Harvard (Huffman, 2017).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que en algún país, como Alemania, además de la psiquiatría hay una disciplina independiente, la Psicosomática, que proviene más bien de la Medicina Interna, con una notable expansión y que cubre un importante sector de comorbilidad psico-física (Herzog, 1994).

5. ¿Se investiga sobre teorías “psicosomáticas”?

Pues sí, se investiga mucho... y hay revistas especializadas, con apreciable factor de impacto: Psychotherapy and Psychosomatics; Journal of Psychosomatic Research; Psychosomatic Medicine; General Hospital Psychiatry; o Psychosomatics, órgano de la Academy of Psychosomatic Medicine, la organización principal de los psiquiatras americanos “de enlace”. En nuestro país está especializada Cuadernos de Medicina Psicosomática, que recientemente ha pasado a llamarse Psicosomática y Psiquiatría, publicación que cuenta con el respaldo de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP). Una somera revisión de estas publicaciones atestigua el amplio espectro de temas cubiertos, que van desde los estrictamente clínicos, a los epidemiológicos, pero también estudios de investigación de laboratorio sobre mecanismos psicofisiológicos. Por otra parte, el CIBERSAM tiene un programa especial sobre trastornos psicosomáticos, aunque no su programa más potente, lo que significa que éste no es el área principal de la investigación psiquiátrica en España.

De todos modos hay estudios muy relevantes relacionados con esta área a nivel internacional. En el campo de la contribución epidemiológica, recientemente tuve oportunidad de revisar el tema para el congreso de la EAPM citado (Lobo, 2017b). En Europa hay estudios muy notables, señalando, por sólo poner unos ejemplos recientes, que la depresión es un factor de riesgo de enfermedad coronaria (Chauvet-Gélinier et al., 2013); la personalidad de “tipo D” se asocia con un doble riesgo de padecer un mal estado de salud física en pacientes cardiovasculares (Versteeg et al., 2012); los trastornos de ansiedad “somática” predicen el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal (Löwe et al, 2016); los síntomas depresivos post-operatorios se asocian con dolor al alta en pacientes de cirugía or-

topédica; el estrés “percibido” en adultos predice discapacidad en los ancianos (Kulmala et al., 2013); o la ansiedad “rasgo” se asocia con un incremento de la mortalidad en el seguimiento (Tolmunen et al., 2014).

En nuestro país, son muy relevantes estudios como los de multi-morbilidad en población general del Grupo de JM Haro en el CIBERSAM. (Garin y cols, 2016). Nosotros, engranando este tema con el área de la psiquiatría de los mayores, durante el Proyecto ZARADEMP, en una cohorte de población general de cerca de 5.000 personas de 55 o más años, examinadas en el estudio de base y en otras cuatro “olas” de seguimiento a lo largo de 20 años (figura 6) hemos podido encontrar apoyo para hipótesis “psicosomáticas”, tales como las referentes al fenómeno del “clustering”, la asociación estadística entre morbilidad psíquica y enfermedad somática en población general (Lobo-Escolar et al., 2008); o las que relacionan la depresión con el incremento del riesgo de diabetes (Campayo et al., 2010), de enfermedad de Alzheimer (Gracia-García et al., 2013) o de mortalidad (Saz et al., 1999).

Los hallazgos de estos estudios no significan que, en el ejemplo de la depresión, ésta sea “la” causa de diabetes o enf. de Alzheimer; pero sí aumenta su riesgo y, por tanto, debe ser seriamente considerada a nivel terapéutico o preventivo. Por otra parte, estos estudios tienen potencial heurístico, generador de hipótesis, pues, por ejemplo, puede uno a continuación preguntarse por los mecanismos que expliquen cómo una depresión lleva al incremento de la mortalidad, sugiriéndose quizás mecanismos biológicos (neuroinflamación, etc.), pero también psicosociales (el abandono de sus cuidados por los pacientes deprimidos). Por tanto, la investigación “traslacional” tiene aquí uno de sus ejemplos de aplicabilidad.

6. La importancia de los estudios de intervención “controlados”

El futuro de la Psiquiatría Psicosomática, en relación con el apartado anterior, también estará condicionado al resultado de las intervenciones que demuestren su importancia. Aquí pueden entrar estudios naturalistas sobre modelos “innovadores”, importantes por su rápida aplicabilidad. Y son más ambiciosos, aunque naturalmente necesitan más tiempo para obtener conclusiones, los estudios de intervenciones “controladas”. Pues a pesar de la complejidad y costes de estos diseños, existen ya muy notables estudios “controlados” y estudios de modelos “colaborativos”, en los que médicos psiquiatras y no-psiquiatras, en equipos multidisciplinares han abordado con éxito el tratamiento de morbilidad psíquica entre pacientes vistos en distintas áreas médicas.

Un muy interesante artículo de Hufmann y cols en Psychosomatics (2014), auspiciado por la Academy of Psychosomatic Medicine americana, recoge una serie de artículos sobre tales modelos colaborativos en entornos médicos. Por poner algunos ejemplos, hay artículos referentes a ensayos aleatorizados y controlados documentando la efectividad del tratamiento en Atención Primaria de la depresión en los mayores (Unützer et al., 2002); o de los trastornos de ansiedad (Roy-Byrne et al., 2010). Y también en pacientes deprimidos y con graves enfermedades somáticas como el cáncer (Strong et al., 2008). Diversos estudios europeos “controlados” son asimismo notables. Por poner algunos ejemplos, Hermann-Lingen C et al., (2016) han diseñado un estudio multicéntrico, aleatorizado, de psicoterapia “en escalera” (“stepwise”) para reducir el riesgo de enfermedad coronaria; se ha publicado en es-

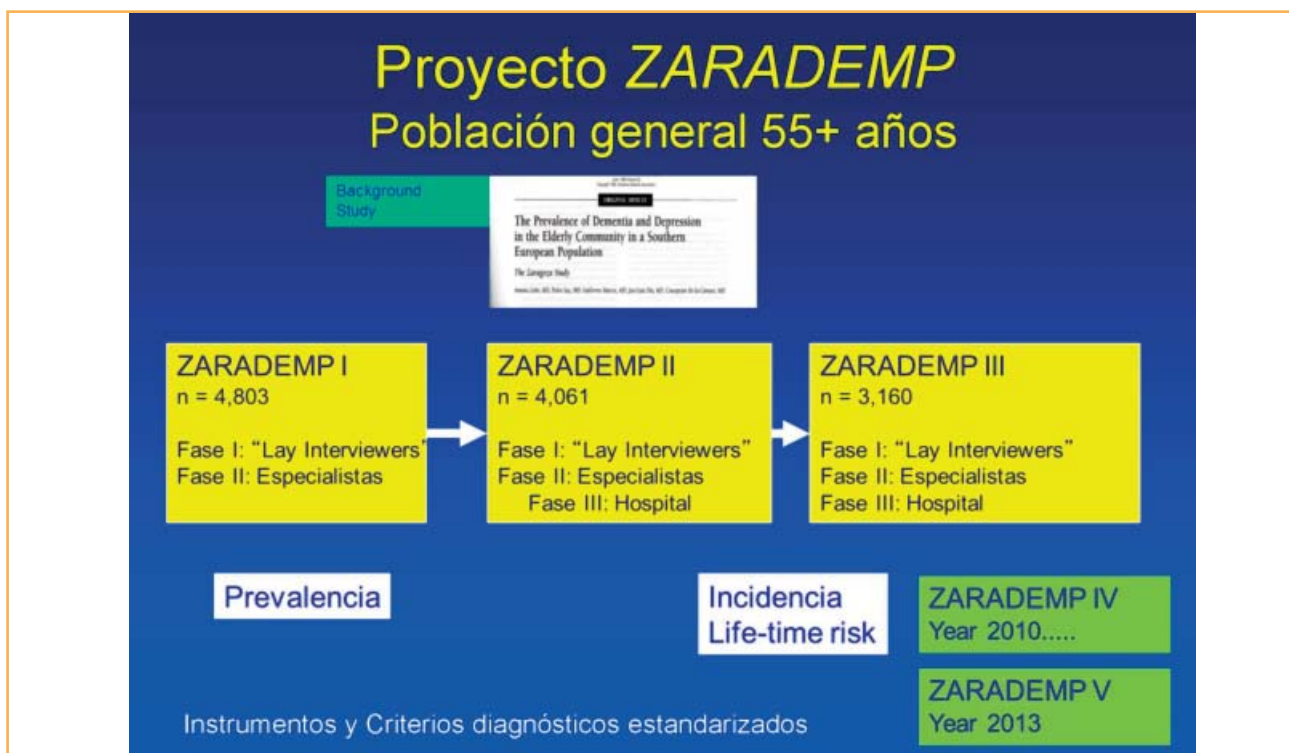


Figura 6. El diseño del Proyecto ZARADEMP.

tudios “controlados” sobre el automanejo de la depresión (Musekamp et al., 2016); y se han hecho revisiones sistemáticas y meta-análisis en temas como la influencia del malestar emocional en la calidad de vida de pacientes oncológicos (Faller et al., 2013).

Para terminar

En definitiva, la Psiquiatría Psicósomática, la aportación desde la psiquiatría a una medicina que quiere ser “holista”, “integral”, tiene un amplio campo de actuación. Además de su visión humanista, que comparte con otras disciplinas médicas, tiene sólidas bases empíricas, por el bien documentado volumen de la morbilidad psíquica en pacientes médico-quirúrgicos; porque esta morbilidad está todavía muy insuficientemente atendida; porque ha documentado que los factores psicopatológicos provocan, mantienen o agravan el curso de las enfermedades somáticas; y porque ha documentado efectividad y eficiencia en sus intervenciones. La disciplina, que camina hacia su subespecialización, cumple un importante papel clínico, pero no ha llegado todavía a todos los hospitales en nuestro país, y las unidades más activas están saturadas. Para hacer frente a la dimensión del problema en su campo de actuación, que incluye el tema de la comorbilidad y la multimorbilidad, necesita nuevos modelos, como los modelos proactivos que ya ha diseñado. Pero se necesita el concurso de otras disciplinas médicas: el resto de la Medicina tiene evidentemente que contribuir a afrontar el problema de la morbilidad psíquica y las consecuencias negativas en sus enfermos. La investigación e innovación, ambas muy activas en la disciplina, van dictando pautas de actuación, y seguirán siendo fundamentales en el progreso del conocimiento en este campo, y en la prevención y tratamiento de los problemas que le competen.

Financiación

Este trabajo ha sido apoyado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Centro de investigación Biomédica en Red en Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III y Gobierno de Aragón /Programa Operativo Fondo Social Europeo 2007–2013.

Agradecimientos

Agradecimientos a todos los miembros del equipo del Grupo de Trabajo ZARADEMP Zaragoza que durante años han contribuido a las investigaciones que aquí se citan; y al Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- 1 Campayo A, de Jonge P, Roy JF, Saz P, de la Cámara C, Quintanilla MA, Marcos G, Lobo A. Depressive disorder and incident diabetes: The effect of characteristics of depression. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(5):580-8.
- 2 Chauvet-Gélinier JC, Trojak B, Vergès-Patois B, Cottin Y, Bonin B. Review on depression and coronary heart disease. *Arch Cardiovasc Dis*. 2013 Feb;106(2):103-10.
- 3 Cortina M. Tesis doctoral: Comorbilidad Médico-Psiquiátrica En Pacientes Ingresados En El Hospital General Y Atendidos En Una Unidad De Psiquiatría Psicósomática Y De Enlace (Uppe). Frecuencia, Perfil De Gravedad Y Necesidades Asistenciales. 2013.
- 4 Creed F, Marks B. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models. *J R Coll Gen Pract*. 1989 Dec;39(329):514-7. Review.
- 5 Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*. 2013 Feb 20;31(6):782-93.
- 6 García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A and the GMPPZ: Somatization in Primary Care in Spain. II: Differences between Somatizers and Psychologizers. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 348-353.
- 7 Garin N, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M, Lara E, Koskinen S, Tobiasz-Adamczyk B, Ayuso-Mateos JL, Haro JM. Global Multimorbidity Patterns: A Cross-Sectional, Population-Based, Multi-Country Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016 Feb;71(2):205-14.
- 8 Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry*. 2004 Spring;28(1):4-11. Review.
- 9 Gómez-Reino, I et al. A proposal of basic guidelines for training in psychosomatic and liaison psychiatry in Spanish psychiatry training programs. *Eur. J. Psychiatr*. [online]. 2014, vol.28, n.3, pp.172-182. ISSN 0213-6163.
- 10 Gracia-García P, de-la-Cámara C, Santabárbara J, Lopez-Anton R, Quintanilla, MA, Ventura T, Marcos G, Campayo A, Saz P, Lyketsos C, Lobo A. Depression and incident Alzheimer disease: the impact of disease severity. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;23(2):119-29.
- 11 Haro JM, Pinto-Meza A y Serrano-Blanco A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. José Luis Vázquez-Barquero editor. Aula Médica ediciones. Madrid, 2007.
- 12 Herrmann-Lingen C, Beutel ME, Bosbach A, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J, Jünger J, Ladwig KH, Michal M, Petrowski K, Pieske B, Ronel J, Söllner W, Stöhr A, Weber C, de Zwaan M, Albus C; SPIRR-CAD Study Group. A Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD): Results of an Observer-Blinded, Multicenter, Randomized Trial in Depressed Patients With Coronary Artery Disease. *Psychosom Med*. 2016.Jul-Aug;78(6):704-15.

- 13 Herzog Th, Stein B, Nickel Th, Lobo A, Huyse F, Malt UF and the European Consultation Liaison Workgroup (ECLW): Tratamiento de los trastornos "psicosomáticos". Cuestiones conceptuales y de "coste-efectividad". Trasfondo histórico y evidencia empírica desde los servicios (consultas) de salud mental españoles y alemanes. Cuadernos de Psicología 1994; 30: 12-27.
- 14 Huffman J. Bridging the gap Between Soma and Psyche: Collaborative care and related interventions in patients with heart disease. Plenary Session. Annual Scientific Conference of The European Association of Psychosomatic Medicine. Barcelona 28 jun-1 jul. 2017
- 15 Huffman JC, Niazi SK, Rundell JR, Sharpe M, Katon WJ. Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: a publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. Psychosomatics. 2014 Mar-Apr;55(2):109-22. Epub 2013 Dec 25. Review.
- 16 Huyse FJ, de Jonge P, Bauer I, Huyse FJ, Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug;65(4):534-41.
- 17 Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Cardoso G, Creed F, Crespo MD, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. European consultation-liaison services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. Psychosomatics. 2000 Jul-Aug;41(4):330-8.
- 18 Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. Acta Psychiatr Scand. 2000 May;101(5):360-6.
- 19 Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General outline. Gen Hosp Psychiatry. 1996 Jan;18(1):44-55.
- 20 J. de Pablo Rabassó, A. Lobo, M. Valdés Miyar. Psiquiatría Psicosomática. En: Farreras y Rozman, eds. Medicina Interna. 18ª edición. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 1526-1529.
- 21 Kathol RG. Medical psychiatry units: the wave of the future. Gen Hosp Psychiatry. 1994 Jan;16(1):1-3.
- 22 Kulmala J, von Bonsdorff MB, Stenholm S, Törmäkangas T, von Bonsdorff ME, Nygård CH, Klockars M, Seitsamo J, Ilmarinen J, Rantanen T. Perceived stress symptoms in midlife predict disability in old age: a 28-year prospective cohort study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Aug;68(8):984-91.
- 23 Leentjens AF, Rundell JR, Diefenbacher A, Kathol R, Guthrie E. Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. [corrected] A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and [corrected] the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). [corrected]. Psychosomatics. 2011 Jan-Feb;52(1):19-25. Erratum in: Psychosomatics. 2011 May-Jun;52(3):301.
- 24 Levenson JL ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing Inc. Arlington. 2011.
- 25 Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. Am J Psychiatry. 1974 Jun;131(6):623-30.
- 26 Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: past failures and new opportunities. Gen Hosp Psychiatry. 1979 Apr;1(1):3-10.
- 27 Lloyd G and Guthrie E ed. Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge University Press. 2nd Edition. 2012.
- 28 Lobo A, Seva A. Aportación psiquiátrica a una medicina "integral": Un Servicio de Psicología (y Psicoterapia). II. La triple vertiente clínico-docente-investigadora. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 1980; 8(6): 443-470.
- 29 Lobo A. Philosophical humanism and empirical science: Spanish perspectives on Psychosomatics. En: Temoshock L., Fox B.H. (Eds.), Special International Issue, Advances, Institute for the Advancement of Health 1986; 3(4): 58-76.
- 30 Lobo A, Campos R. Managing the Psychiatry/Primary Care interface. In: Robertson M, Katona C (eds). Depression and Physical Illness: John Wiley & Sons Ltd; 1997. p. 39-66.
- 31 Lobo A, Lozano M, Diefenbacher A. Psychosomatic Psychiatry: a European View. Eur J Psychiat. 2007. 21(2):153-68.
- 32 Lobo A, Saz P, Sarasola A, Bulbena A, de Pablo J, Farré JM et al. Spanish Perspective to Enlarge a Small Specialty: The National Research Network for Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Psychosomatics. 2017; 48(1): 46-53.
- 33 Lobo A, Campayo A, de-la-Cámara C, Saz P, Salvador H, Lobo-Escolar L, López-Mendoza H, Pérez G, Calvo ME, Ventura T, Lobo E, Marco C. The teaching of liaison psychiatry. J Psychosom Res. 2012;72(6):457-9.
- 34 Lobo A. Manual de Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- 35 Lobo A. Obituary. José Guimón, Emeritus Professor, 1943-2016. Eur. J. Psychiat. 2017;31(1):1-2.
- 36 Lobo A. The contribution of epidemiology to the field of Psychosomatic Psychiatry. Special lecture. Annual Scientific Conference of The European Association of Psychosomatic Medicine. Barcelona 28 jun-1 jul. 2017.
- 37 Lobo A, Parramón G, Gómez-Reino I, Navío M, Ezquiaga E, Franco M, Devolx VM, Artal J, Palomo J, Cuesta M, Ortega MA, Aguilar EJ, Perez L, Roca M,

- Fleta JL, Espárrago G, Martínez JJ, Rabanaque I, Campos R. A national enquiry about the development of the Psychosomatic Psychiatry Units in Spain. (En prensa).
- 38 Lobo E, de Jonge P, Huyse FJ, Rabanaque MJ, Suárez J, Lobo A. [Early prediction of psychosocial intervention needs in pneumology patients after nurses' evaluation]. *Med Clin (Barc)*. 2008 Nov 29;131(19):731-6.
- 39 Lobo E, Ventura T, Navio M, Santabárbara J, Kathol R, Samaniego E, Marco C, Lobo A. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. *Int J Clin Pract*. 2015 Aug 13.
- 40 Lobo-Escolar A, Saz P, Marcos G, Quintanilla MA, Campayo A, Lobo A and the ZARADEMP Workgroup. Somatic and psychiatric comorbidity in the general elderly population: Results from the ZARADEMP Project. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 65(4): 347-55.
- 41 Lord Platt. *Medical Science: Master or Servant?*. *Brith Med*, 7, 1967, 4. 439-444.
- 42 Löwe B, Lohse A, Andresen V, Vettorazzi E, Rose M, Broicher W. The Development of Irritable Bowel Syndrome: A Prospective Community-Based Cohort Study. *Am J Gastroenterol*. 2016 Sep;111(9):1320-9.
- 43 McHugh PR, Slavney PR. *Las perspectivas de la Psiquiatría*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2ª edición; 2001.
- 44 Musekamp G, Bengel J, Schuler M, Faller H. Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders. *Patient Educ Couns*. 2016 Aug;99(8):1355-61.
- 45 Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1921-8.
- 46 Sartorius N, Richard I.G., Holt IG, Maj M. ed. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*. Basel: Karger, 2015.
- 47 Saz P, Launer LJ, Día JL, De la Cámara C, Marcos G, Lobo A. Mortality and mental disorders in a Spanish elderly population. *International Journal Geriatric Psychiatry* 1999; 14(12): 1031-1038.
- 48 Shepherd M. Epidemiological perspective: psychosomatic medicine. *Int J Epidemiol*. 1978 Sep;7(3):201-5.
- 49 Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, Spagnoli J, Vannotti M. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jan-Feb;21(1):49-56.
- 50 Strain JJ, Gise LH, Fulop G. Consultation--liaison psychiatry. Possibilities for the 1990s. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989 Jul;11(4):235-40.
- 51 Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, McHugh G, Walker A, Sharpe M. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. 2008 Jul 5;372(9632):40-8.
- 52 T.B. Üstün, N. Sartorius, editors. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 1995. 410pp.
- 53 Tolmunen T, Lehto SM, Julkunen J, Hintikka J, Kauhane J. Trait anxiety and somatic concerns associate with increased mortality risk: a 23-year follow-up in aging men. *Ann Epidemiol*. 2014 Jun;24(6):463-8.
- 54 Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noël PH, Lin EH, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C; IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Dec 11;288(22):2836-45.
- 55 Valdés M, de Pablo J, Campos R, Farré JM, Girón M, Lozano M, Aibar C, García-Camba E, Martínez Calvo A, Carreras S, Stein B, Huyse F, Herzog Th, Lobo A. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en Psiquiatría de Enlace en el Hospital General: el perfil clínico en España. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2000; 115(18): 690-694.
- 56 Versteeg H, Spek V, Pedersen SS, Denollet J. Type D personality and health status in cardiovascular disease populations: a meta-analysis of prospective studies. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Dec;19(6):1373-80.
- 57 Wise TN. Psychosomatics: past, present and future. *Psychother Psychosom*. 2014;83(2):65-9. doi: 10.1159/000356518. Epub 2014 Jan 22.