

ESCENARIOS CLÍNICOS DEL CUERPO ENFERMO

Dr. Armando Nader

Resumen

El drama del cuerpo enfermo, transcurre en diversos escenarios de la vida: en el escenario de la entrevista clínica, de la relación familiar, de los traumas y conflictos, en el escenario de la biografía y de la personalidad. Su guión es la dificultad de percibir y expresar sentimientos, el guión es la alexitimia.

En este capítulo, damos a conocer estos escenarios para así plantear una terapia adecuada cuyo objetivo será romper este guión y modificar dichos escenarios, sino, viene un lento y progresivo deterioro, hasta que el teatro de la vida al que hemos aludido, se derrumba.

I. El cuerpo

Entendemos por cuerpo un complejo constituido por el cuerpo propiamente tal y la mente. Cuerpo es psique y soma, es una unidad ordenada y normada, integrada por Sistemas y estos por diversos órganos, interconectados e interactivos en su funcionamiento⁶.

Cerebro y cuerpo constituyen un organismo indisociable, integrado mediante circuitos regulatorios neurales y bioquímicos mutuamente interactivos. Dicho organismo interactúa con el entorno como un conjunto. Así, las operaciones fisiológicas que llamamos “mente” no emanan sólo del cerebro, sino del conjunto estructural y funcional: el organismo².

Dicho cuerpo puede enfermar, de cualquier patología, sin embargo, aquí nos referiremos principalmente a las llamadas Psicósomáticas^{1,19} definiendo estas como aquellas enfermedades médicas en que la influencia de factores Psicológicos o eventos vitales que generan algún grado de estrés, influyen severamente en el desencadenamiento, curso y final de dicha enfermedad⁹. Coincidiendo con la literatura, dichas enfermedades son por ejemplo, la Hipertensión Arterial, Diabetes, enfermedades inmuno-endocrinas, enfermedades inmuno-reumatólogicas, entre otras¹¹. En este capítulo, nos vamos a referir especialmente a las enfermedades inmuno-reumatólogicas motivo de trabajo de nuestro equipo multidisciplinario.

En cuanto a cuerpo vivido, al decir de Nancy¹⁶, “no tenemos un cuerpo, somos un cuerpo”. Este cuerpo, en cuanto cuerpo enfermo, actúa (actuamos) en diversos escenarios clínicos¹³, así, en adelante describiremos esta situación científica-metafórica, académica y poética, real y dramática, tal como la percibimos a lo largo de nuestra experiencia clínica como espectadores.

II. El cuerpo enfermo en el escenario de la entrevista psiquiátrica

La entrevista clínica, muestra bastantes dificultades. Los pacientes con enfermedades inmuno-reumatológicas y con síntomas psíquicos son, en términos psiquiátricos, difíciles de entrevistar, como lo son, en general, los pacientes psicósomáticos; los síntomas psiquiátricos, los conflictos psicológicos, los episodios vitales no se relatan espontáneamente; los pacientes sólo refieren que el especialista los derivó, sin entender el motivo. Al interrogatorio dirigido, los pacientes niegan los síntomas y responden que se encuentran bien. Esta condición o “alexitimia”, se encuentra en la totalidad de nuestra casuística. Para algunos autores es un rasgo propio y constitucional, es además, en nuestra experiencia, un proceso que va en aumento durante la vida, quizás como defensa ante tanto infortunio; la alexitimia rasgo constitucional o adquirido o ambos, es una característica central en estos pacientes, es el guión de esta obra teatral, de este drama, y es lo que se debe romper con el tratamiento para que éste, a su vez, pueda ser eficaz^{5,17,21,22,23}.

Los pacientes asisten derivados por el médico internista y habitualmente pueden, por ejemplo expresarse así: “el doctor me dijo que viniera, tengo un lupus, pero no sé por qué vengo aquí”. Algunos pacientes incluso se molestan y dicen: “doctor yo no estoy loco para ver a un psiquiatra” y se quedan en silencio. Cuando el psiquiatra pregunta cómo se siente, además de su dolencia física, la mayoría reitera que está bien y vuelve a quedar en silencio. Sin embargo, tras una máscara, con la cual intentan esconder los verdaderos sentimientos, la expresión del paciente, el lenguaje, el tono de voz, la mímica, la gesticulación, la mirada, toda la persona en sí misma, va indicando lo contrario y la impresión nuestra es la de estar frente a una persona tensa, desalentada, enojada, con profundas amarguras.

Un recurso que se utiliza habitualmente es la entrevista familiar, generalmente del cónyuge varón, ya que la mayoría de los pacientes son de sexo femenino; se observa que aquel entra en una suerte de complicidad y relata que, fuera de la enfermedad reumatológica, su esposa es una mujer espectacular, estupenda madre, llega incluso al halago delante nuestro, pero no alude a los sentimientos de su pareja, no alude a los sentimientos de la relación de pareja, tampoco a los

sentimientos propios y se aprecia también una suerte de alexitimia de la relación de pareja. Este, es **el cuerpo enfermo en el escenario de la relación matrimonial**, donde el guión, sigue siendo la alexitimia.

Dos estrategias son útiles para acceder al mundo interno de los pacientes: una desde el síntoma físico y la otra desde lo biográfico.

Optamos entonces por investigar concretamente la relación cronológica del síntoma físico con cualquier evento vital, preguntamos si la dolencia física está relacionada con: duelos, conflictos familiares, matrimoniales, problemas laborales, conflictos con los hijos, etc. Así, la paciente se explaya acerca del episodio vital, y nosotros intentamos establecer una relación cronológica con el síntoma físico, luego, con mucha dificultad, intentamos además, que relacione afectivamente los sentimientos de rabia, de angustia, de pena, en el curso de varias entrevistas.

Lentamente, este proceder va generando en la paciente una mejor introspección o *insight*, y también una mayor reacción emocional o catarsis, y se abre de esta manera a su mundo interno, lo que permite una mejor comprensión y el inicio de alivio de sus síntomas.

Como esta estrategia no siempre resulta, intentamos otras, como la de realizar una historia biográfica; explicamos previamente a los pacientes que para un buen tratamiento es necesario conocer su historia vital y se les solicita que hagan un relato de ésta.

Para esto, con pacientes no alexitímicos, basta con unas 2 ó 3 sesiones, pero no sucede así con los pacientes psicossomáticos y las respuestas son característicamente así: "Mire, doctor, yo nací en Santiago, tengo tantos hermanos, después fui al colegio, lo terminé, fui a la universidad, me casé y ahora soy dueña de casa" y después permanecen en silencio. Frente a esto, tenemos que realizar nuevamente un interrogatorio dirigido, en el que se pregunta por cada una de las etapas de la vida, aprovechando de investigar, al mismo tiempo, si en alguna de estas etapas presenta síntomas físicos o psíquicos. Si hay alguna coincidencia, la paciente hace una relación más bien racional, entonces, un trabajo laborioso de interiorización de una relación más afectiva permite que la paciente se explaye sobre sus sentimientos y, de esta manera, logra nuevamente hacer una catarsis y liberarse en parte de la sintomatología. Aquí, **el cuerpo enfermo actúa en el escenario biográfico**, con el mismo guión alexitímico.

En algunos pacientes muy alexitímicos y difíciles, la actuación en estos escenarios no dan resultados y se debe recurrir al arte de imbricarlos para lograr algún éxito: **el cuerpo enfermo en un escenario mixto**; de esa manera, el paciente abre su mundo interno y entra a confiar en el médico, a explayarse con sentimientos, lo que sí resulta de gran utilidad.

III. El cuerpo enfermo en el escenario clínico (médico y psiquiátrico)

En un estudio realizado por nosotros¹⁵, en 102 pacientes, encontramos que, el grupo está conformado principalmente por mujeres (83%), la mayoría casadas (88%), de 46 años de edad promedio, con un rango entre 17 y 82 años.

Las **enfermedades inmuno-reumatológicas** más frecuentes, son en primer lugar el Lupus Eritematoso Sistémico (25,4%), ya que nos hemos ido especializando en este tema, le siguen, la Artritis Psoriática (una artritis inmunitaria, con un 17,7%) y la Fibromialgia primaria (17,6%), y luego el Síndrome Antifosfolípidos (un primo del Lupus con un 11,8%), la Osteoartritis (7,8%) y el Síndrome de Sjögren (5,9%), entre otros. La mayoría de ellos se asocia con algún cuadro endocrinológico como Hipotiroidismo, Insulinorresistencia o Hipoglicemia reactiva; Endometriosis, Edema Idiopático e Hiperprolactinemia. Y además con Hipertensión Arterial, Colon Irritable, Jaquecas, Reflujo Gastroesofágico y Diabetes.

En relación a los **Trastornos psiquiátricos**, de acuerdo al DSM IV³ coincidiendo con la literatura^{8,10,12}, el 60% aproximadamente presenta algún Trastorno del Ánimo, como primer diagnóstico, sin embargo, aproximadamente el 80% de ellos lo padece si tomamos en cuenta el segundo diagnóstico. Entre ellos, prima la Depresión Mayor con un 27%, luego, los Trastornos Bipolares, que se dan con mayor frecuencia entre los pacientes con Lupus, incluso antes de usar corticoides, 7 de los 8 pacientes bipolares tienen un Lupus. Esta es generalmente de tipo Mixta asociada a síntomas ansiosos. Le sigue la Depresión Mayor Atípica con un 7% y las Depresiones Dobles con un 6%, luego, con una menor frecuencia, la Depresión Mayor Endógena, la Delirante y las Distimias. El cuadro depresivo se da con sentimientos de inutilidad, deseos de muerte y con ideación suicida, según ellos relacionado con la “mala suerte” de padecer dos enfermedades al mismo tiempo y a la relativa discapacidad que ambas le generan.

En segundo lugar se encuentran los Trastornos de Ansiedad, con un 29%, siendo más frecuente un fondo ansioso del tipo de la Ansiedad generalizada con un 17%. Le siguen el Trastorno de Pánico y las Fobias. (Llama la atención que el trastorno de Pánico tiene una alta frecuencia, mayor que en la población general, la explicación quizás sea porque estos también son pacientes alexitímicos).

Cabe mencionar que el Trastorno del sueño, secundario a los padecimientos del enfermo se presenta en casi todos ellos, siendo este de tipo mixto y, aproximadamente un tercio de ellos padecen una Apnea de sueño.

IV. El cuerpo enfermo en el escenario de los problemas psicológicos y ambientales

En cuanto a los Problemas Psicológicos y Ambientales, los problemas de pareja son el 88% de los eventos vitales cercanos, estos son previos a la apari-

ción de la enfermedad, y de larga data; le siguen los conflictos familiares (47,8%), los cambios de la situación de vida, el trabajo estresante y los problemas con los hijos, entre otros. Por otro lado, los duelos y las pérdidas de todo tipo, no elaborados, aparecen como eventos lejanos cronológicamente, pero latentes (en el subconsciente). Se da en la mayoría de los pacientes y pocas veces son relatados espontáneamente. Siguiendo el guión alexitímico.

V. Trastornos de la personalidad, el cuerpo enfermo sube ahora al escenario de la personalidad

Pasando a otro punto, aproximadamente 2/3 de los pacientes derivados por el médico internista, presentan algún grado de trastorno de la personalidad. En el mismo estudio que realizamos sobre 102 pacientes, los tipos predominantes de acuerdo al DSM IV, son en primer lugar los Obsesivo-Compulsivos (33,3%), en segundo lugar los Límites (26,5%), luego los tipos Narcisistas (16,7%), Paranoides (15,7%) y Dependientes (14,7%), situación semejante a la encontrada en la literatura^{7,14,20,24}. Sin embargo, al analizar los resultados por rasgos (uno, dos o tres en cada paciente), encontramos que los rasgos más frecuentes son los Límite enmascarados con rasgos de otros tipos de personalidad^{4,18}. Clínicamente impresionan como personas de afectos y cogniciones confusas, sin identidad estructurada, inestables, potencialmente impulsivos, algo conflictivos, con dificultad para estar solos, por ello dependientes de los otros y con dificultad para tolerar la angustia conscientemente. Por ello, para sobrevivir se rodean de una rígida máscara que los defiende del mundo externo e interno. Una máscara con ojos y oídos que los hace atentos entonces a las posibles agresiones del medio por lo que se tornan paranoides. Una máscara en la que se ven las huellas del orientar su vida en un estricto cumplimiento del deber, al estilo de los Obsesivos, pero además con un tinte Narcisista. Dicho narcisismo, sin embargo, tiene una particularidad, no es el narcisismo clásico solamente que dice: "soy poderoso y puedo con todo" sino que "debo esforzarme y poder cumplir con todo", no por ello son más eficientes, por el contrario, agotados e irritados sólo cumplen con lo mínimo que se imponen ante cualquier tarea. Otra máscara es una de expresión frágil y altruista, porque son personas dependientes, en el sentido que, anteponen la satisfacción de sus propias necesidades a las de los demás, o quizás más bien a las necesidades que ellos suponen que los demás tienen, pues la capacidad de empatía está notablemente reducida. Esto, en función de no verse distanciados o abandonados de las personas significativas, pues ello acarrea angustia, enojo e inseguridad.

Llegan así a la extenuación, padeciendo todos entonces un Estado de Estrés. Este último, mediado en parte por las presiones externas, pero en mayor medida por sus propias autoexigencias frente al deber.

El guión aquí, es la confusión y falta de desarrollo de identidad y de estructura que es guardada alexitímicamente tras una serie de máscaras, que como tales, sólo ayudan por un tiempo, produciéndose finalmente, el deterioro de estas y la caída del *escenario de la personalidad de este cuerpo enfermo*.

VI. Así, llegamos al final de este drama

El drama del cuerpo enfermo, que ha transcurrido en diversos escenarios de la vida, en el escenario de la entrevista clínica, de la relación familiar, de los traumas y conflictos, en el escenario de la biografía y de la personalidad. Cuyo guión ha sido la dificultad de percibir y expresar sentimientos, el guión ha sido la alexitimia. Me ha parecido importante darles a conocer estos escenarios para así plantear una terapia adecuada cuyo objetivo será romper este guión y modificar los escenarios, sino, viene un lento y progresivo deterioro, hasta que el teatro de la vida al que hemos aludido, se derrumba.

Bibliografía

1. Bekei M. Psicopatología de las enfermedades psicosomáticas. Trastornos Psicosomáticos en la niñez y la adolescencia. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 4ª Edición 1992. Cap. 5, 73-82.
2. Damasio A. El error de Descartes. El cerebro: cuerpo y mente. Andrés Bello, Chile 1994. Cap. 10: 249-71.
3. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson 1995.
4. Groves J. Pacientes difíciles. Massachusetts General Hospital. Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Ed. Harcourt Brace de España 1998. Cap. 15: 355-86.
5. Keleman S. Anatomía Emocional. Desclée. España 1985.
6. Kottow M, Bustos R. Antropología Médica. Cuerpo, Medicina y Enfermedad. Mediterraneo. Chile 2005. Cap. 8: 99-112.
7. Krystal H. Affect Regulation and Narcissism: Trauma, Alexithymia, and Psychosomatic Illness in Narcissistic Patients. Disorders of Narcissism. American Psychiatric Press, Inc. USA 1998. Cap. 13: 299-325.
8. Larach V, Erazo R. Psiquiatría de enlace e interconsulta en el Hospital General. Psiquiatría Clínica. Ediciones de la Soc. de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile 2000. Cap. 33: 699-709.
9. Levenson J, Mc Daniel S. Factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas. DSM IV. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson Barcelona 2000. Cap. 15: 633-61.
10. Litman A, Ketterer M. Behavioral Medicine. Essentials of consultation-liaison psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. USA 1999. Cap 34: 607-16.

11. Lolas F. Generalizaciones, teorías y modelos en psicología. La perspectiva psicología en medicina. Ed. Universitaria. Santiago. 1ª Edición 1984. Cap. II: 47-104.
12. Luban-Plozza B, Poldinger W. El enfermo psicología y su médico práctico. Ed Roche Basilea 1986.
13. Mc Dougall J. Teatros del cuerpo. Julián Yébenes, S.A. España 1995.
14. Marcenaro M, et al. Rheumatoid Arthritis, Personality, Stress Response Style, and Coping with Illness. Annals New York Academy of Sciences: 419-25.
15. Nader A, Grisanti M, Torres P, Cacciuttolo R. Las enfermedades psicología-inmuno-reumatológicas. Simposio de Psiquiatría. 56ª Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Rev Chilena de Neuro-Psiquiatría Vol 39 Suplemento 3. Noviembre 2001: 8-10.
16. Nancy J-L. Corpus. Arena Libros. Madrid 2003.
17. Paez D, Martina M. Cultura y Alexitimia. Ed. Paidós. Argentina 2000.
18. Riquelme R. La personalidad, sus trastornos y estructuras limítrofes. Rev de Psiquiatría y Salud Mental 2002; año XIX N° 4: 204-18.
19. Roa A. Trastornos Psicología. Cap XII, 179-197. Psiquiatría. Ed. Andrés Bello. Santiago 1981.
20. Rubino A, Zanna V. Further comments on Psoriasis and personality disorders. Psychological Reports 1996; 79: 1248-50.
21. Sivak R, Wiater A. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Ed. Paidós. Argentina 1998.
22. Taylor G. Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry. Vol 45 Marzo 2000; 134-42.
23. Tordeurs D, Janne P. Alexithymie, santé et psychopathologie. L'Encéphale 2000; XXVI: 61-8.
24. Ursano R, et al. Behavioral Responses to Illness: Personality and Personality Disorders. Essentials of consultation- liaison psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. USA 1999. Cap 3: 27-37.