

## *La unidad biopsicosocial*

Por el Dr.:

RICARDO GONZÁLEZ Y MENÉNDEZ<sup>3</sup>

González y Menéndez, R. *La unidad biopsicosocial*. Rev Cub Med 14: 1, 1975.

Se plantea que la unidad biopsicosocial es producto del desarrollo de la materia, y se valora la interacción de sus diferentes niveles en la salud y enfermedad. Se analizan las conexiones anatómicas y funcionales que viabilizan el criterio unitario del hombre. Se valora el término psicosomático en su concepto actual.

La única forma de aceptar la imbricación de elementos biológicos, psicológicos y sociales en la valoración integral del hombre es, en nuestro criterio, profundizar conceptualmente en los términos constituyentes de la "tríada biopsicosocial", considerando los mismos como diferentes niveles de desarrollo de la materia.

La aparición de los cuerpos albuminoideos marca un paso trascendental en este proceso, al aparecer sobre la tierra los primeros esbozos de vida que con el transcurso de millones de años fue tomando progresivamente formas más especializadas, desde los protozoos, ascendiendo por la escala zoológica con la aparición de los celentéreos, anélidos, moluscos, peces, batracios, reptiles, aves y mamíferos. Esta evolución progresiva alcanza en los primates, como consecuencia del desarrollo de los órganos de los sentidos y de la corteza cerebral, niveles que los acercan biológicamente a la posibilidad de dar el salto de lo fisiológico, a lo psicológico; pero faltan

aún en el desarrollo histórico las condiciones necesarias para que la realidad sea captada como lo hace el hombre, reflejándose todavía como conjunto de estímulos determinantes de sensaciones que no pueden integrarse (nivel fisiológico) hasta que aparezcan funciones más elaboradas que permitan captar el medio como conjunto de objetos y fenómenos con valor y significado propios, determinados por la relación de estos objetos y fenómenos con sus necesidades y con experiencias anteriores almacenadas en su memoria (nivel psicológico).<sup>3</sup>

Para que el paso cualitativo de lo fisiológico a lo psicológico tuviera lugar, fue necesario que el primate se organizara en la horda primitiva para enfrentarse a las dificultades del medio y estableciera actividades grupales de producción íntimamente relacionadas con el desarrollo de los instrumentos primitivos de trabajo, creándose por esta vía la necesidad de transmitir experiencias mediante el desarrollo del lenguaje hablado, así como de aceptar normas elementales de convivencia, esbozo histórico de nuestras normas sociales actuales.<sup>12</sup>

---

<sup>3</sup> Instructor de psicología médica y psiquiatría. Escuela de Medicina, Universidad de Oriente.

<sup>3</sup> Profesor de medicina interna de la Universidad de La Habana. Jefe del departamento de urgencia del hospital docente general "Calixto García".

De esa forma, mediante el trabajo, determinante fundamental de la comunidad primitiva, el primate fue transformado *er* hombre y los niveles psicológico y social fueron alcanzados en el desarrollo de la materia.<sup>6</sup> A partir de entonces el hombre primitivo pudo percatarse de lo que ocurría en sí mismo y en su ambiente, y reaccionar adecuadamente ante lo que acontecía; comienza a modificar el medio para facilitar su subsistencia (desarrollo de la vivienda, el fuego, armas e instrumentos de trabajo, represas, etc.), y crea así sus normas de convivencia más específicas hasta llegar a la sociedad de nuestros días.

Un rápido análisis de lo expuesto nos permite reconocer que la psiquis no es más que la función más especializada del soma, y que ambos son expresiones en niveles funcionales y estructurales del desarrollo de la materia, íntimamente relacionados con las condiciones del medio, el cual influirá sobre los mismos en su aspecto natural, y sobre todo social.<sup>11</sup>

#### *La unidad biopsicosocial en su interacción de niveles*

Tres niveles, íntimamente relacionados, pueden describirse cuando valoramos al más desarrollado de nuestros seres vivos: el biológico (que incluye el bioquímico y el fisiológico), psicológico y social. Siguiendo a *Jackson* plantearíamos que cada nivel superior influye sobre los inferiores, regulando su actividad.

Así, lo social determina y modifica el nivel psicológico, y aquél influye necesariamente sobre el somático; y en sentido inverso, lo somático actúa sobre lo psicológico, y aquél sobre la proyección social del hombre.<sup>9</sup>

Estas aclaraciones conceptuales, permiten aceptar: 1) que toda enfermedad toma, en diferentes proporciones, los tres niveles considerados; así, una afección determinada por factores predominantemente genéticos,

como la diabetes, se expresa en su mayor proporción en el nivel biológico, pero las limitaciones que impone y los riesgos que implica, afectan los niveles psíquico y social de quien la padece.

Una afección predominantemente psíquica se expresa también en el nivel somático por diferentes disfunciones (constipación, pérdida de peso), y repercute socialmente reduciendo la capacidad laboral del sujeto y de sus relaciones humanas. Finalmente, una gusrra determinante de notables cambios en el nivel social, afecta necesariamente los niveles psicológicos y somáticos del hombre.

#### *Repercusión psicosocial de las enfermedades predominantemente somáticas. Factores que influyen en la misma*

Si utilizamos nuestro esquema de personalidad, y lo enfrentamos con la información ofrecida por el médico de que el sujeto padece una enfermedad, digamos una litiasis renal, comprenderemos las diferentes formas de reacción psicosocial que, en la práctica, apreciamos en los pacientes.

En efecto, la conciencia, por su vertiente informativa basada en la atención, actividad de los órganos de los sentidos y memoria, posibilitará al sujeto captar la situación a través de los síntomas que aqueja y de la información del médico.

Su función integradora le permitirá valorar esta información como una enfermedad con riesgos quirúrgicos, y relacionarla con su necesidad de eliminar los síntomas y establecer el planeamiento adecuado para, posteriormente, mediante la función ejecutora, comenzar y llevar a cabo el tratamiento médico indicado. Esta actividad consciente ideal, que observaremos ocasionalmente en sujetos con personalidad bien estructurada puede distorsionarse por la influencia de diferentes factores:

1. Intensidad de las molestias experimentadas, y forma en que el médico trasmite la información.
2. Conocimiento que el paciente posea de la enfermedad y sus complicaciones, donde influye notablemente la valoración popular de la misma.
3. Actitud que presente el paciente ante las enfermedades, por el grado de desarrollo de su seguridad personal, sus convicciones científicas o religiosas, y su temperamento (elementos estructurales de su personalidad).
4. Huellas psicotraumáticas relacionadas con la enfermedad (muerte del padre por la misma afección, por ejemplo).
5. Mecanismos de defensa psicológicos que se emplean para enfrentar la angustia que la enfermedad determina.

Valoremos brevemente la importancia de los factores enunciados: la intensidad de las molestias experimentadas y la forma en que se trasmite la información, son importantes, ya que la reacción será diferente según el grado de malestar determinado por la afección, así como por la preocupación del médico al transmitir la información con elementos que garanticen un buen pronóstico y atenúe la angustia.

El conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, donde juega un papel importante la valoración popular, influye notablemente como factor modificador de la repercusión de la enfermedad. Ello explica, en parte, la angustia de los profesionales de la medicina ante una afección, y la experimentada por un profano cuando escucha diagnósticos, tales como: embolia, trombosis, artrosis, con significado popular muy angustioso.

No debemos esperar igual reacción en un sujeto con actitudes normales, ante las enfermedades, que en otros donde se hayan

estructurado actitudes patológicas frente a las mismas.

La seguridad personal juega, por iguales razones, un importante papel; y, desde luego, no esperamos idénticas reacciones en alguien con un pensamiento científico, que en sujetos donde las convicciones religiosas les hagan ver la enfermedad como castigo divino, y la curación como un milagro. ¡Y qué decir de la importancia del temperamento en la modificación del temperamento, en la modificación del tipo de respuesta!

Las huellas psicotraumáticas relacionadas con la enfermedad pueden explicar reacciones que de otra forma no serían comprensibles.

Así, la angustia de un sujeto ante una simple faringitis puede explicarse por el cáncer faríngeo de que murió su padre; el recuerdo de las penurias familiares experimentados ante la tesis en épocas en que los aspectos humanos de los trabajadores no eran tenidos en cuenta, puede determinar una reacción angustiosa frente a la bronquitis más benigna. Sin duda, muchas reacciones humanas.

Ante las enfermedades sólo son comprendidas al conocerse la biografía del paciente.

#### *Los mecanismos psicológicos de defensa ante las enfermedades predominantemente somáticas*

Un aspecto interesante es el determinado por los mecanismos psicológicos de defensa, utilizados por el paciente.

Uno de los más frecuentes es el comportarse en forma parecida a como lo hacía en etapas anteriores del desarrollo, como si el enfermo buscara por esa vía las atenciones y el cariño que recibía en su infancia, cuando se enfermaba. Muchos pacientes manifiestan una gran demanda de atención, así como

notable dependencia cuando afrontan la enfermedad. Este mecanismo llamado por alguna regresión, determina serias dificultades en las relaciones médico-paciente.

Otras veces el enfermo piensa que, con su afección, "paga" algún mal cometido, y acepta la enfermedad como una expiación.

Este mecanismo frecuente en personas religiosas, es la restitución. En ocasiones, algunos pacientes hacen comentarios como el siguiente: "estaría peor si en vez de tuberculosis fuera un cáncer". Este mecanismo consistente en restarle importancia a la enfermedad, se denomina subestimación.

En algunos pacientes, los sentimientos hostiles creados por el infortunio se convierten en preocupaciones por los demás, y muchas veces la enfermedad conduce a la elección de especialidades médicas, como el caso del diabético que hace endocrinología (sublimación).

Otros se comportan en forma parecida a un proyector de cine, y diagnostican a todos los que le rodean, sin reconocer la enfermedad en ellos mismos (proyección).

La situación angustiosa determinada por la enfermedad, hace que muchos enfermos desplacen hacia el médico sentimientos que en otras épocas dirigían hacia seres queridos (transferencia).

Un médico diagnosticado de hepatitis acepta el reposo con menos angustia, al plantearse que el tiempo inactivo lo utilizará en estudiar (racionalización). Otros pacientes, sin darse cuenta, copian gestos y frases del médico con el objetivo mágico de ser como él, para estar sanos (identificación). Algunos elaboran imágenes futuristas de su recuperación y regreso al hogar (fantasía). Un paciente con trastornos crónicos en la marcha, desarrolla características personales para opacar el defecto (compensación). Y quien haya visto a un clínico brillante en su lecho de

enfermo aceptando que su carcinosis peritoneal no es más que una disfunción vesicular, habrá presenciado el más frecuente de los mecanismos de defensa ante las enfermedades (la negación).

#### *Modalidades más frecuentes de repercusión psicocial de estas afecciones*

Como resultado de estos análisis, y en grado variable según las condiciones presentes, las enfermedades predominantemente somáticas repercuten, tanto en el nivel psicológico (determinando angustia, inseguridad, depresión), como en el nivel social (produciendo dificultades interpersonales y obstaculizando el disfrute de actividades recreativas, culturales y laborales).

#### *Repercusión somática de las enfermedades predominantemente psicosociales*

Aunque es de esperar que el hombre, desde épocas remotas, haya apreciado la estrecha relación entre la actividad psíquica (reflejo del medio) y el funcionamiento de ciertos órganos, la primera evidencia gráfica de este conocimiento consiste en un papiro egipcio que data de 3 000 años antes de nuestra era, en que un médico de la época diagnosticó el mal que aquejaba al hijo de un faraón cuando se percató de que la presencia de una de las múltiples integrantes del harén de su padre, aceleraba notablemente el pulso del joven enamorado de aquella mujer "prohibida". Considerando que dicha situación era la determinante de la sintomatología de su paciente.

El posterior desarrollo de la ciencia dio a conocer profundamente cuáles vías permitían, que situaciones como las descritas produjeran alteraciones funcionales y estructurales en diferentes órganos, aparatos y sistemas.

### *Vías de conexión hiopsicosocial*

Tres han sido los caminos evidenciados que relacionan la actividad psíquica con el resto de las funciones del hombre:<sup>27</sup>

1. El neuromuscular, que relaciona el sistema nervioso central con el sistema musculoesquelético y la piel a través, de los nervios craneoespinales.
2. El neurovegetativo, que relaciona las funciones psíquicas con la actividad visceral.
3. El neuroendocrino, que a través del hipotálamo e hipófisis enlaza la actividad psíquica con los influjos hormonales.

Si bien la primera vía puede ser responsable de molestias desagradables secundarias a la tensión muscular (temblores, agotamiento, artralgias y mialgias), y de alteraciones tróficas de la piel (alopecia, liquenificación), las relaciones de más significación son las producidas mediante el sistema neurovegetativo y neuroendocrino, que constituyen sin duda el enlace fundamental que posibilita la unidad biopsicosocial.

En efecto, en forma esquemática podríamos considerar el medio social repercutiendo sobre el neocórtex a través de los órganos de los sentidos, determinando el fenómeno psíquico y aportando los componentes psicosociales de la unidad. Pero el neocórtex establece conexiones con el sistema límbico, donde ya existen representaciones vegetativas corticales; y ambos, sistema límbico y neocórtex, establecen relaciones con el hipotálamo, donde existen importantes centros vegetativos, determinándose en esta forma la relación del sistema nervioso central (SNC) con el simpático y parasimpático.<sup>10</sup>

Por otra parte, el hipotálamo, gracias a sus íntimas relaciones anatómicas y funcionales

con la hipófisis anterior y posterior, es responsable de influencias estimuladoras de la producción de hormonas del crecimiento. tirotrófina, corticotrofina (ACTH) y gonadotrofinas (FSH hormona estimulante del foliculo, LH hormona luteinizante, y LTH hormona luteotrófica) (lóbulo anterior), así como de hormonas antidiurética y oxitocina (lóbulo posterior).

De lo anteriormente señalado se desprenden las estrechas relaciones del SNC con el resto de la economía, mediante vías centrales (nervios craneoespinales), vegetativas y hormonales.

### *Las afecciones predominantemente psicosociales. Su repercusión somática*

En forma muy genérica, y de acuerdo con su etiología, existen dos grandes grupos de enfermedades predominantemente psíquicas, representadas por: aquellas que por ser fundamentalmente producto de noxas psicológicas y sociales, se denominan exógenas; y otras primordialmente determinadas por factores genéticos, denominadas endógenas; ejemplos de las primeras son la ansiedad y depresión reactiva, mientras que la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva son los más típicos de las enfermedades endógenas.

Conocidas las relaciones anatómicas y funcionales arriba expresadas, nos será fácil aceptar la presencia de manifestaciones musculares, cutáneas, vegetativas y hormonales acompañando la sintomatología psiquiátrica en cualquiera de los dos grupos etiológicos estudiados, siendo la mialgia, caída del cabello, trastornos digestivos, cardiovasculares, ginecológicos y sexuales, los síntomas más frecuentes.

El término psicósomático utilizado por vez primera por *Heinroth* en 1838, y manejado profusamente a principios de este siglo,<sup>4</sup>

---

4 Presencia mantenida de conflictos ambientales o patrones patológicos

servió para designar una concepción de la medicina, que en mucho superaba las tendencias exclusivamente somatistas del pasado; aunque al considerar al hombre como unidad, olvidó la importancia extraordinaria del medio.

Los criterios de este enfoque médico (desplazados actualmente por el integral al considerarse el elemento social) tuvieron sus raíces en el movimiento psicoanalítico, que, a pesar de haber sido superado por carecer de fundamentos científicos, tuvo indiscutibles repercusiones psicológicas, psiquiátricas y médicas en el mundo. Este factor determinó la persistencia del término psicósomático hasta nuestros días, donde se le utiliza con los siguientes significados:<sup>5</sup>

1. Manifestaciones somáticas de las emociones. El rubor del amor, la midriasis que acompaña a la ira, la excreción de lágrimas ante el dolor.
2. Síntomas somáticos acompañantes de las enfermedades predominantemente psíquicas, como la constipación del deprimido, la amenorrea de la ansiosa, la dispepsia del asténico.
3. Enfermedades con manifestaciones muy localizadas en un órgano, aparato o sistema (en que pueden ocurrir trastornos funcionales o estructurales), donde los factores psicósomáticos juegan un importante papel etiopatogénico.

#### *Las enfermedades mal llamadas "psicósomáticas"*

Estas famosas enfermedades psicósomáticas no serían más que enfermedades predominantemente somáticas en sus manifestaciones clínicas, donde los factores psicosociales tienen gran significado etiopatogénico, y plantearían a la unidad biopsicosocial las siguientes condiciones para producirse:

1. Presencia mantenida de conflictos ambientales o patrones patológicos habituales de respuestas emocionales.

2. Dificultad para reaccionar siguiendo la vía que conduce a las enfermedades predominantemente psíquicas (la psicológica), escogiendo preferentemente las vías craneoespinal, vegetativa y hormonal.
3. Predisposición (generalmente en forma de hiperreactividad) de un órgano, aparato o sistema. Veamos un ejemplo: un paciente con serios conflictos con un jefe autoritario (conflicto ambiental) o con tendencia a reaccionar con hostilidad ante cualquier figura que le recuerde al padre (patrón patológico habitual de respuesta emocional), en lugar de reaccionar con manifestaciones predominantemente psíquicas, como: depresión, ansiedad, etc. (dificultad para seguir la vía psicológica), sigue vías craneoespinales, vegetativas y endocrinas, que repercuten sobre un sistema vascular constitucionalmente hiperreactivo (sistema predispuesto), determinando un espasmo vascular generalizado que afecta al riñón y produce renina, cuyo efecto hipertensivo conduce a la enfermedad "psicósomática" hipertensiva.

Es importante plantear que no todas las hipertensiones esenciales pueden considerarse como enfermedades "psicósomáticas", ya que, aunque sabemos que en toda enfermedad hay factores biológicos, psicológicos y sociales, interactuando en diferentes proporciones, para considerar una afección como "psicósomática" se hace necesario que los factores psicosociales tengan importante fuerza etiológica, y que las manifestaciones sean predominantemente somáticas.

Resulta fácil reconocer que la valoración práctica de si una afección es psicósomática o no, sólo puede lograrse mediante una exploración integral del enfermo.

*Las enfermedades "psicosomáticas" más conocidas*

Entre las enfermedades psicosomáticas se incluyen ciertos casos de úlcera gastroduodenal y colitis ulcerativa (aparato digestivo), asma esencial e hiperventilación (aparato respiratorio), migraña e hipertensión esencial (cardiovascular), impotencia, frigidez, esterilidad, amenorrea (genitourinaria), artritis reumatoidea (SOMA), Basedow Graves (endocrino), liquen plano y alopecia, areata (piel y faneras).<sup>1</sup>

*La unidad hiopsicosocial y la medicina integral*

De lo señalado anteriormente podemos destacar:

1. Que en la etiopatogenia de las enfermedades interactúan en diferentes

proporciones factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. Que la afectación de un nivel repercute necesariamente sobre los restantes en el bloque hiopsicosocial.
3. Que la única forma racional de planear la profilaxis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para garantizar el éxito, es considerar al hombre en sus tres niveles interactuantes.
4. Que el médico como profesional y ciudadano, en sus proyecciones investigativas, docentes y sociales, debe ser guiado por conceptos integrales.
5. Que el enfoque integral en medicina, y su consecuencia, la preocupación por formar médicos integrales, es producto de la evolución histórica de la ciencia médica y necesidad social, en un medio como el nuestro, donde la salud del pueblo constituye una meta fundamental.

SUMMARY

González and Menéndez, R. *Biopsyo-social unit*. Rev Cub Med 14: 1, 1975.

It is stated that the biopsyo-social unit is a consequence of matter development; an evaluation of the interaction of its different levels in health and disease is made. Functional and anatomic connections that make possible the unitary criterium of man are analyzed. The current concept of this psychosomatic term is assessed.

RESUME

González Menéndez. R. *L'unité biopsychosociale*. Rev Cub Med 14; 1, 1975.

On établi que l'unité biopsychosociale est le résultat du développement de la matière, et on valorise l'interaction de ses différents niveaux dans la santé et dans la maladie. Les auteurs analysent les connexions anatomiques et fonctionnelles dans le but d'atteindre un entere um- taire chez l'homme. On valorise le terme psychosomatique dans sa conception actuelle.

PB3USS-

roHcajrec a Meneimec P. EzoncaxocomiattMa\* cJWHEUQ. Hay Cub Mea 14: 1,

1975.

O-ruetiaeTCfl, HTO Ó n o n c i D C O C p o B H e i 9 ! 2 ^  
THH JDJCHHIUIMH H OUeHHBaeTCfl BSaHMOflleaCTBHe e p ;hVHKIIHOH-  
OOCrSBHH MOPOBM H aJILHXX CBHSefl, no3BoJWKm2X COCTaEHTB eflHHEH p cOB'OeMeKHOM  
neHjmn. BOflETCH oneraca nemcocoMaTiraecKoro Te piraba b eio

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Alexander, F.* Psychosomatic medicine. Norton. New York, 1950.
2. —*Barraquer, L.* Neurología fundamental. Ed. Revolucionarias. 1967.
3. —*Bustamante, J.* Psicología médica. Instituto del Libro, 1968.
4. —*Córdova, A.* Conferencia cátedra de psiquiatría. Habana, 1961.
- 5.—*Dunbar, F.* Emotions bodily changes. Columbia University, 1954.
- ^ *Engels, F.* El trabajo en la transformación del mono en hombre.
- 7.—*Ey, H.* Tratado de psiquiatría. Toray Mas-son, Barcelona, 1969.
8. *breedman A. and H. ¡Captan.* Comprehen\* sive textbook of psychiatry. Baltimore, 1967.
9. —*González, R., S.* Agramonte. Aspectos biopsicosociales de la enfermedad coronaria arteroesclerótica en Cuba. Tesis de grado, 1969.
10. —*Guyton.* Fisiología médica. Ediciones Revolucionarias. Habana, 1966.
11. —*Rubinstein, J.* Psicología general. Ed. Revolucionarias. Habana, 1967.
12. *Rubinstein, S. L.* El ser y la conciencia. Editora Universitaria Habana, 1966.

HOSPITAL DOCENTE GENERAL "CALIXTO GARCIA"