



SESIÓN CIENTÍFICA 06/02/2014

Discurso de ingreso como académico correspondiente

“La integración científica de la psiquiatría en la medicina contemporánea: Psiconeuroendocrinoimmunología y otras áreas”

Dr. D. Carlos Mur de Vía

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría.

Fellow en Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática. Master en Psiquiatría Legal y Forense. Master en Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE

Director Gerente del Hospital Instituto Psiquiátrico "José Germain" de Leganés (Madrid)

Coordinador científico de la Estrategia en Salud Mental del SNS. Ministerio de Sanidad.

Presentado por:

Ilmo. Sr. D. José María Civeira Murillo

Académico Numerario

Excelentísimo Sr. Presidente, Dignísimas Autoridades, Excelentísimos e Ilustrísimos Sres. Académicos, Señoras y Señores:

Es para mí un enorme honor poder dirigirme a ustedes en esta Real Academia de Medicina, ante muchos de mis maestros y de tantas personas determinantes en la formación y evolución profesional de tantos compañeros en nuestra querida tierra aragonesa, la cual ha aportado a la Medicina universal muchos y prolíficos genios.

En la actualidad, dentro de las Ciencias Médicas, la neurociencia moderna ocupa un espacio destacado, pero no siempre fue así.

En tiempos pretéritos, la disciplina de Psiquiatría era considerada como un conjunto de actos diagnósticos y terapéuticos más propios de chamanes y demiurgos que de un médico especialista. Y ello, a pesar de ser una especialidad fuertemente vinculada con la Neurología, y cuyo sustrato de conocimiento fuese igualmente la más excelsa y compleja maquinaria de la Naturaleza: el cerebro humano.

En la actualidad, la integración de la Psiquiatría con otras especialidades médicas no está exenta de una cierta nebulosa de incertidumbres. Entre ambos mundos antaño separados, se ha situado tradicionalmente la medicina psicosomática. La Medicina actual toma conciencia de que la consideración de la enfermedad y su tratamiento no pueden realizarse eficazmente si se prescinde de los aspectos psicológicos o psiquiátricos. Como sabemos, la Psiquiatría de Enlace ocupa esa posición de *punte* entre la Medicina y la Psiquiatría. Dicha subespecialidad nos obliga a los médicos psiquiatras a tener unos conocimientos cada día más amplios en campos como las interacciones farmacológicas en pacientes con alteraciones en la eliminación renal, nos fuerza a familiarizarnos con contextos específicos como UCIs, Unidades Coronarias, etc. En cualquier caso, la Psiquiatría de Enlace fomenta una asistencia holística al paciente, permitiendo la integración completa de la Psiquiatría con el resto de especialidades de la Medicina actual. Y, entre otras cosas, unidades avanzadas de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace han permitido una recuperación más temprana de pacientes complejos... Reduciendo su estancia media y, en términos de gestión hospitalaria, reduciendo costos e incrementando eficacia y eficiencia. Un ejemplo ya clásico es que, en los pacientes que serán sometidos a cirugía, demuestran que la capacidad de expresar los sentimientos de ansiedad y depresión está asociada a una menor morbilidad perioperatoria y a una menor mortalidad. O bien los casos de pacientes sometidos a diálisis con problemas para integrar, psicológica y conductualmente, la necesidad simultánea de dependencia y de autonomía. Por no mencionar la enorme prevalencia del delirium, desorientación y reacciones de adaptación en las UCIs quirúrgicas. Asimismo, es frecuente que algunos pacientes diabéticos muestren problemas de adhesión a su tratamiento, con fluctuaciones en sus cifras de glucemia. Capítulo aparte merecerían los trastornos somatomorfos, en los cuales los factores psicológicos y sociales son preponderantes en la generación y mantenimiento de síntomas como el prurito, la disnea o la cefalea.

A lo largo de la llamada “década del cerebro”, el desciframiento de nuestro código genético y el desarrollo de la neuroimagen han llevado a la Psiquiatría a otra dimensión. La epigenética es un nuevo concepto que sugiere otra fisiopatología de muchas enfermedades, y un enfoque distinto para la prevención y el tratamiento de diversos

trastornos psicosomáticos. La epigenética sugiere que existe una regulación de la expresión génica a través de los mecanismos moleculares (metilación del ADN, modificación de histonas y microRNA disregulación) en respuesta a los estímulos ambientales, fármacos, y productos químicos y qué epigenomas residen en la interfaz entre el genoma y el medio ambiente. Este campo está todavía en desarrollo, pero ha añadido nueva dimensión a nuestra comprensión de la comorbilidad en la medicina psicosomática. Con este desarrollo, subsiguientemente, diversas teorías han ganado fuerza y difusión en los últimos años, llevando la integración de la Psiquiatría en la Medicina a un nivel mucho más totalizador que la Psiquiatría de Enlace tradicional, y desterrando definitivamente la caduca dualidad “psique-soma” de la Grecia clásica.

De entre ellas, destaca la **Psiconeuroinmunoendocrinología** (PNIE), la cual comprende el estudio de la relación de los mecanismos regulatorios y de control del organismo. La comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular, conformando así distintos subsistemas en permanente interrelación. Clásicamente tenemos un subsistema psíquico-neurológico dado por los neurotransmisores, neuromediadores y neuromoduladores; otro inmunológico, dado por las interleuquinas e inmunomediadores; y otro endocrinológico, dado por las hormonas y péptidos. Pero hoy sabemos que cada uno de los componentes que forman la PNIE es capaz de interrelacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo.

Es decir, ningún mensajero es propio de un sistema, sino que todos son "vehículos de información". Los sistemas de comunicaciones entre las distintas partes del organismo deben funcionar armónicamente y en permanente interconexión con el medio en que se desarrollan.

NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA

El sistema PNIE está constituido por distintos subsistemas con bases anatómicas y funcionales propias e interrelacionadas.

I. Psicológico

Este nivel se encuentra expresado fundamentalmente por los circuitos límbico, paralímbico y pineal. Recordemos que estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones.

1) *Circuito Límbico*: es el circuito de lo vital, de lo propioceptivo, de lo primigenio, de lo visceral y de lo ancestral; estando compuesto de varios centros fundamentales:

1.1. Hipocampo: responsable de las memorias propias y de las memorias genéticas o instintos. Es el lugar de mayor interacción PNIE, con receptores para esteroides y otras sustancias, dependiendo de esta estructura la modulación de varios ejes gonadales (principalmente en el stress homeostático y en el distress). Su alteración fisiológica y su reducción anatómica se observa en enfermedades que cursan con hipercortisolemia (depresión endógena, distress o stress crónico) o hipocortisolemia (depresión atípica, Síndrome de fatiga crónica, síndrome de estrés postraumático)

1.2. Amígdala: responsable de la autopreservación y de las vivencias de familiaridad, procesador del disparo conductual en respuesta a amenazas. Sus centros mediobasales son más antiguos y conectan con el resto del sistema límbico, los corticolaterales son más nuevos y conectan con el telencéfalo.

1.3. Septum: responsable de la preservación de la especie (los mecanismos de moderación septohipocampales son fundamentales en la génesis de la ansiedad)

1.4. Comisura anterior: responsable de la conexión de fibras blancas límbicas de ambos hemisferios. Es al sistema límbico lo que el cuerpo calloso es al telencéfalo. Ambos presentan más fibras de asociación en cerebros femeninos que masculinos.

1.5. Ganglios basales límbicos: accumbens y fundus striati, encargados de darle estabilidad a las conductas instintivas. El estriado ventral es psiquiátrico, describiéndose alteraciones funcionales en desordenes afectivos y psicosis.

Este sistema nos conecta con lo más primitivo, lo más arcaico o ancestral de nuestras emociones y conductas. Permite la vinculación de cada persona consigo mismo.

2) *Circuito Paralímbico*: es el circuito de lo valorativo, del jerarquizar y está compuesto por:

2.1. *Córtex temporo-parietal y entorrinal*: conectan lo sensorial con lo protopático y lo emocional. Dan sentimiento a las sensaciones. En las alteraciones del neurodesarrollo, descritas en la génesis de las psicosis, se describen errores en la migración en las capas basales con falta de maduración de sus células.

2.2. *Córtex orbitofrontal*: sede del "yo social". Actúa como la corteza de la "censura", evitando actos impulsivos en aras de un bien común, es una de las cortezas que más nos diferencian de nuestros primos primates. Su disfunción está descrita en psicópatas impulsivos y su hiperactividad en melancólicos inhibidos graves.

2.3. *Córtex prefrontal*: cumple una función cognitiva y de intelectualización de las vivencias. Es la corteza del razonamiento y sus conatos emocionales, disminuyendo su función en los estados de deterioro cognitivo. Su componente dorsolateral es responsable de la función ejecutiva, que se pierde en las psicosis y en las enfermedades mentales crónicas.

2.4. *Córtex asociativas*: vinculan los centros sensoriales primarios que reciben la señal sensorial con el reconocimiento y el procesamiento de la misma.

2.5. *Cerebelo*: considerado un adaptador conductual, que regula el tono de respuesta fina del equilibrio motor, sensorial y conductual. Este órgano del SNC estuvo "mudo" (o mejor dicho, nosotros fuimos sordos a él) durante mucho tiempo, en que solo lo vinculábamos al movimiento motor. Hoy sabemos que alteraciones funcionales en su conexión con circuitos fronto-talámicos forman parte de la etiopatogenia de varias psicosis de aparición temprana.

Así, este sistema paralímbico, filio y ontogenéticamente más nuevo que el límbico, nos permite relacionarnos con los otros, con los congéneres.

3) *Circuito Pineal*: es el responsable de la traducción de las señales lumínicas en químicas, permitiendo la sincronización de los ritmos biológicos endógenos (ritmos circadianos), con los ritmos externos. Iniciándose en las células ganglionares retinales, se integra en el núcleo supraquiasmático hipotalámico (nuestro marcapasos endógeno) y termina en la glándula pineal. Esta produce al menos veinte sustancias diferentes que actúan como sincronizadores de distintos ritmos biológicos. Entre las más importantes podemos mencionar a la melatonina, la arginina, la vasopresina y el factor inhibidor de la secreción de gonadotrofinas (GIF). El sistema permitirá la sincronización de los ritmos internos hipotalámicos con los ritmos exógenos dados por los llamados *zeitgebers* o dadores de tiempo como el ciclo luz-oscuridad, la disponibilidad de alimento y la estacionalidad, entre otros.

Así este sistema nos permite vincularnos con el mundo que nos rodea y preveer y anticipar probables cambios en el medio ambiente.

II. Neurológico

Se expresa por el SNC y SNP, fundamentalmente mediante neurotransmisores y neuroreguladores. Los neuroreguladores se encuentran en mayor número que los neurotransmisores e incluyen, entre otros a los péptidos hipotalámicos, enterohormonas y citoquinas. Recordemos que las células de la glía son fundamentales como componente del SNC y que se encarga de funciones de crecimiento, de soporte, de conducción, de producción de factores de crecimiento neurales y de neuroplasticidad.

Los sistemas de neurotransmisión y los sistemas de conducción de señales del SNC son esenciales para explicar la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, en especial el de la dopamina, serotonina, glutamato, noradrenalina, acetilcolina y GABA

III. Endocrinológico

El Hipotálamo, como principal estructura neuroendocrina está conformado por la región cerebral que rodea el sector inferior del tercer ventrículo, extendiéndose desde el quiasma óptico a los cuerpos mamilares. Se encuentra conectado entre sí, con el neocórtex, con las otras áreas cerebrales y con el sistema inmune.

Produce factores peptídicos o glucopeptídicos uni o multifuncionales que regulan en forma inhibitoria o estimuladora la liberación de hormonas hipofisarias, las que a su vez regulan a las hormonas periféricas. De esta forma, se vinculan y regulan las conductas efectoras (endocrinas) con los estímulos viscerales y/o emocionales. La alteración del eje cortico-límbico-hipotálamo-hipófiso-periféricos interviene en la génesis de muchas de las principales enfermedades psiquiátricas.

IV. **Inmunológico**

El sistema inmune posee como principal función la discriminación entre lo propio y lo ajeno. Comparte esta función con el SNC además de ser los dos únicos sistemas del organismo con capacidad de memoria y de aprendizaje. Ambos tienen regulación por maduración y apoptosis, es decir, comparten características afines, no habituales para otros sistemas (ej: una célula parietal gástrica no discrimina si el ácido lo produjo su medio o proviene de un alimento, el SNC si diferencia lo propio y el sistema inmune tampoco debiera cometer dos veces el mismo error salvo en las enfermedades autoinmunes...). Sus células efectoras se dividen en distintos tipos de subpoblaciones de linfocitos según sus CD o clusters de diferenciación, los grupos de anticuerpos monoclonales que son marcadores de maduración o activación linfocitaria.

Son fundamentales en el sistema inmune los procesos de comunicación mediados por sustancias llamadas citoquinas. Dentro de las citoquinas están las linfoquinas con actividad predominantemente linfocitaria y dentro de estas las interleuquinas, las cuales:

- Son unidades de información producidas en una célula de diferentes tipos celulares que ejercen su acción sobre otras células de la misma o de diferente estirpe. (pleiotrofismo).
- Son inmunotransmisores que vehiculizan información en el sistema PNIE.
- Componen sistemas de regulación autocrina, paracrina y endocrina.
- Sus funciones son la resultante de las acciones sumadas, potenciadas, modificadas o inhibidas de unas sobre las otras (complementariedad plurifuncional).
- Son producidas durante fases tanto de inmunidad inespecífica como específica.

- La regulación ejercida es breve y autolimitada.
- Determinan diferentes efectos sobre una misma célula blanco (target).
- Sus acciones son a menudo redundantes.
- La acción de una está influenciada por otras.
- Poseen señales específicas para regular la expresión de muchos de sus receptores.
- La mayoría de sus respuestas celulares requieren síntesis de ARNm y proteínas.
- Actúan regulando la división de muchas células blanco (ej: GF).

Investigaciones recientes apuntan un importante papel de las citoquinas inflamatorias en los trastornos del ánimo. Un ejemplo de lo mencionado es la implicación de la IL-6 en la aparición del SAOS (síndrome obstructivo de la apnea de sueño), narcolepsia o hipersomnia idiopática.

Otro ejemplo muy prevalente es la aparición de síntomas mentales orgánicos en los tratamientos con **interferón alfa** –falta de concentración, alteraciones de la memoria, confusión/desorientación- o síndromes depresivos -disforia, anhedonia, astenia, intentos de suicidio, fluctuaciones del ánimo, disminución de la autoestima-. Dichos síntomas son frecuentes en personas con cáncer o ELA tratados con el mencionado INF alfa. De este hecho se ha inferido uno de los mayores descubrimientos en torno al trastorno depresivo mayor: dicha enfermedad se acompaña del aumento de la producción de citoquinas pro-inflamatorias como IL-1, IL-6 e INF- gamma. La inducción de citoquinas endógenas en sujetos sanos produce síntomas depresivos y ansiedad, y el INF modula la expresión del transportador de serotonina en el cerebro. Una cuestión pendiente es el mecanismo por el cual un polipéptido de gran tamaño como el INF atraviesa la barrera hematoencefálica: parece ser por transcitosis endotelial. Su efecto general es el descenso de los niveles de triptófano sérico, el precursor de la serotonina. Y este papel del INF complementa el resultado de otras investigaciones que proponen que, en sujetos deprimidos, estarían alterados los parámetros del sistema inmune, en especial los linfocitos NK (*natural killer*) y marcadores como el HLA. Por último, parece comprobado que el INF alfa puede inducir una causa tan frecuente de depresión mayor como el hipotiroidismo, probablemente por la génesis de auto-anticuerpos antitiroideos.

La relación entre los cuatro sistemas se objetiva en la expresión recíproca de receptores a sustancias comunes en células de cada uno. Es así que citoquinas, hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos encontrarán sus receptores específicos distribuidos en todos los tejidos.

Como ejemplo podemos citar al linfocito que expresa receptores a corticoides, VIP, insulina, estradiol, prolactina, testosterona, ACTH, agentes β adrenérgicos, sustancia P, somatostatina, encefalinas y endorfinas. Podríamos pensar que los linfocitos se comportan como verdaderas hipófisis periféricas circulantes. Como consecuencia, podemos observar como un estado infeccioso puede tener la misma manifestación de astenia y déficit sistémicos que la depresión endógena.

Todos los sistemas están en permanente relación y la modificación en uno dará indefectiblemente cambio en el otro. Con la íntima interrelación de los sistemas psicológico, neurológico, endocrinológico e inmunológico se conforma el sistema psiconeuroinmunoendocrino, que recalquemos es el realmente responsable de las respuestas adaptativas e integrativas desde y hacia el medio.

En la actualidad, nadie duda que una situación emocional pueda influir sobre el cuerpo y determinar o modificar una enfermedad, ni tampoco que una enfermedad pueda modificar la reacción psicológica del individuo hacia los demás y hacia el medio. Entendiendo los mecanismos psiconeuroinmunoendocrinológicos que comprenderemos este causalismo. La desregulación del sistema PNIE produce enfermedad que puede manifestarse en el plano físico o psicológico. Queda claro que cualquier patología se expresa primordialmente en un sistema pero conlleva, indefectiblemente, a una alteración en todo el resto del circuito.

Sin embargo la repercusión psicológica o emocional excede a la orgánica. No respondemos todos del mismo modo al mismo stress. Sabemos que la respuesta multimodal al estresor no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva individual de cada uno, con el bagaje sociogenético-cultural que arrastra.

La PNIE nos enseña lo errado del concepto de equilibrio. Lo normal es la adaptación circadiana, metabólica, endocrina y psicológica a cambios permanentes. La

fluctuación y la adaptabilidad definen la salud. La pérdida de esta capacidad de adaptación es la enfermedad.

Por ejemplo, reconozcamos que toda experiencia conflictiva o traumática puede producir cambios orgánicos. Un hecho traumático externo puede quedar grabado en tres tipos de memoria: la sensorial corta, la límbico-temporal larga o la inmunoendocrina, que es eterna. Las tres producen enormes cambios en el organismo.

En resumen, la PNIE pretende estudiar a la enfermedad como el resultado de la ruptura de un sistema. Tradicionalmente cada especialidad médica entiende a la enfermedad sólo parcialmente, parcialidad producto de un pensamiento unicausal y simplista. El ser humano es una complejidad de sistemas que nosotros dividimos para entender y aprender, pero no debemos perder el concepto de que el todo es más que la suma de las partes. Solo así, más que aprender, aprehenderemos la salud y la enfermedad. La PNIE recupera la versión holística de la Medicina hipocrática pero sin olvidar la singularidad de cada ser. Sólo en la interacción del hombre biológico, psicológico y social con su medio se entiende que no hay enfermedades sino enfermos, como dijo el gran maestro Gregorio Marañón.

VIVENCIAS y ENFERMEDAD

Nadie duda que una situación emocional pueda influir sobre el cuerpo y determinar o modificar una enfermedad, ni tampoco que una enfermedad pueda modificar la reacción psicológica del individuo hacia los demás y hacia el medio. Entendiendo los mecanismos de la PNIE comprenderemos este causalismo.

El estudio más notorio es el estudio epidemiológico de House et al., quienes evalúan que el aislamiento afectivo es un factor de riesgo metabólico tanto o más importante que el tabaquismo, la hipertensión arterial o la obesidad.

También en un estudio retrospectivo Rozansky mostró como la depresión es el factor predisponente más importante para enfermedad cardiovascular, por encima de la obesidad, el sedentarismo y el uso de drogas.

STRESS Y NEURODESARROLLO. *Vivencias traumáticas tempranas*

Para ejemplificar la importancia del sistema PNIE, en la génesis de la enfermedad psiquiátrica temprana explicaremos como las vivencias infantiles producen rupturas de equilibrio iniciales que se expresan en discapacidades de por vida.

Los factores estresantes influyen en el desarrollo y la modelación de todas las respuestas psiconeuroinmunoendocrinas. Así, el rol de las llamadas "situaciones traumáticas" sobre los procesos del neurodesarrollo ha sido en los últimos años un tema con gran número de investigaciones, las cuales muestran cada vez con mayor contundencia el papel determinante tanto pre como post natal. Recordemos que muchas regiones del cerebro continúan con neurogénesis en la vida postnatal dado que se encuentran en estados pre-mitóticos; entre ellas podemos mencionar al bulbo olfatorio, el hipocampo y el cerebelo. De igual forma también continúan postnatalmente ciertos procesos de gliogénesis cerebral. Se irá dando, entonces, en forma permanente una remodelación de las estructuras y las funciones del SNC. Debemos entonces aceptar que aquellas experiencias vitales, fundamentalmente tempranas, vividas como factores estresantes ya sean de carácter real (afecciones sistémicas, mal nutrición, catástrofes, etc.) o vivenciales menos objetivables (traumas psicológicos, conflictos fantaseados, etc.), se objetivarán en alteraciones biológicas. Sin importar el tipo, mientras estas experiencias sean evaluadas por el individuo como estresantes, mostrarán una interacción con otros factores concomitantes (genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, socio-culturales). De esta forma, el procesamiento individual ante los estímulos estará íntimamente relacionado con dichas trazas biológicas, dando como resultante diferentes patrones de afrontamiento al stress.

Son ya clásicos los trabajos de pacientes con abuso o maltrato infantil que muestran mayor vulnerabilidad a la depresión, a los trastornos de ansiedad y una menor capacidad de respuesta a factores estresantes en la edad adulta. Esto muestra claramente la influencia de las experiencias tempranas sobre las respuestas conductuales futuras, tanto normales como patológicas. El fenotipo vulnerable tiene entonces hiperactividad límbico-hipotálamo-hipófiso-adrenal, hipertono noradrenérgico, aumento de los fenómenos de neurotoxicidad y disminución de los fenómenos de neurogénesis. A su

vez, por la íntima interrelación entre todos los sistemas psiconeuroinmunoendócrinos, este aumento de CRH llevará a una hipofunción tiroidea y somatotrófica (consecuencia del aumento de somatostatinas) con modificaciones prolactínicas y alteraciones en el eje gonadal (consecuencia del aumento de β -endorfinas). Es asimismo importante la inmunosupresión que se produce. Todas estas alteraciones aparecen ante vivencias traumáticas y condicionan respuestas adaptativas patológicas que pueden perdurar.

Otra área en continuo desarrollo es la **Psicodermatología**. No olvidemos que aproximadamente el 30-40% de los pacientes que buscan tratamiento para trastornos de la piel tienen un problema psicológico o psiquiátrico que causa o exagera una queja cutánea. Las enfermedades dermatológicas tienen consecuencias estéticas, a menudo tienen un curso crónico, lo que trae consigo la morbilidad psicológica, dando lugar a trastornos psiquiátricos secundarios. Estos pacientes deben ser abordados con un enfoque terapéutico integral. Al fin y al cabo, el cerebro, los nervios y la piel son estructuras que derivan de la misma capa embrionaria, el ectodermo. El modelo neuro-inmuno-endocrino cutáneo explica la base de muchas dermatosis cutáneas inflamatorias que se activan o exacerbadas por factores psicológicos. Estos órganos comparten un lenguaje complejo de neuropéptidos, citoquinas, glucocorticoides, y otras moléculas efectoras del eje hipotálamo hipófisis (HPA) responde al estrés psicológico con la regulación positiva de las hormonas del estrés (hormona liberadora de corticotropina, hormona liberadora de corticotropina, cortisol y prolactina), la activación del sistema nervioso simpático, que lleva a los niveles de catecolaminas elevadas, y la liberación de neuropéptidos y neuromediadores (sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina). Los mastocitos de la piel son un objetivo importante de las hormonas y mediadores de estrés clave, y su activación conduce a la desregulación inmune y diversos trastornos de la piel. Recordemos que la piel es un órgano exquisitamente bien innervado y tiene su propio sistema de respuesta al estrés, estrechamente vinculado al eje neuroendocrino sistémico. Los mastocitos de la piel son un objetivo importante de las hormonas y mediadores de estrés clave, y su activación conduce a la desregulación inmune y diversos trastornos de la piel.

Otro ejemplo es un síntoma cardinal de la depresión como la alexitimia. Dicho término se caracteriza por la reducción de pensamiento simbólico y una capacidad limitada para identificar y expresar verbalmente las emociones, con reacción fisiológica

alterada y respuestas corporales inmunes. Varios estudios han reportado una alta incidencia de la alexitimia en la alopecia areata (58%), la psoriasis (35%), la urticaria crónica (50%), y el vitíligo (35,5%).

Entre los trastornos dermatológicos “de creencias” destaca el delirio de parasitosis, también conocido como síndrome de Ekbom. Es un trastorno delirante de tipo somático poco frecuente, cuya prevalencia exacta es desconocida. El paciente desarrolla una creencia delirante impermeable que sus cuerpos están infestados con parásitos. El problema psiquiátrico subyacente es una "psicosis hipocondríaca monosintomática". Los pacientes narran describen alucinaciones visuales y táctiles de los parásitos que se arrastran y muerden en su superficie cutánea. Las excoriaciones son habituales, y el tratamiento con medicación antipsicótica puede ser iniciado por el dermatólogo en consulta con el psiquiatra antes de la remisión.

Entre los trastornos asociados a un déficit de control de impulsos destacan la tricotilomanía, o alopecia traumática por arrancamiento de los cabellos debido a ansiedad concomitante, y las excoriaciones neuróticas, lesiones por rascado compulsivo con daño tisular visible y deterioro funcional. La co-morbilidad psiquiátrica incluye el trastorno límite de la personalidad, la depresión, la ansiedad, el TOC, trastorno delirante y fobias sociales. La psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo-conductual, y el hábito de programas de inversión, junto con los antidepressivos ayudan a estos pacientes.

En el capítulo de los trastornos facticios destaca la Dermatitis Artefacta (DA); es una enfermedad de la piel causada por la acción deliberada de un paciente plenamente consciente en la piel, el cabello, las uñas o la mucosa. El sitio más común de producción es la cara, seguido por el dorso de las manos y el antebrazo.

Las lesiones son polimórficas, extrañas, claramente separadas de la piel normal circundante y pueden parecerse a muchas reacciones inflamatorias en la piel. La comorbilidad psiquiátrica en adultos es amplia, destacando la paranoia, la depresión, la histeria o las llamadas neurosis de renta. En su tratamiento farmacológico, debe tenerse en cuenta que el riesgo de dependencia de benzodiazepinas es bastante alto, por lo que sólo se indican para el tratamiento a corto plazo (2-4 semanas) para los síntomas severos e incapacitantes y se deben evitar en las formas más leves.

La Psiquiatría también ha establecido lazos integradores con especialidades tan supuestamente alejadas como la Oftalmología o la Otorrinolaringología. La asociación de la ansiedad con un importante porcentaje de las uveítis idiopáticas crónicas, o la presencia frecuente de acúfenos en pacientes con depresión mayor son dos ejemplos respectivos. En el caso de los acúfenos, que alteran la calidad de vida del 2% de la población, la terapia sonora desensibilizadora se muestra insuficiente en ocasiones. Los acúfenos pueden ser percibidos como estímulos dañinos y estimular el Sistema Límbico impidiendo la habituación fisiológica produciendo ansiedad, depresión y otras complicaciones somáticas. Suelen ser acúfenos bilaterales sin hipoacusia, para los cuales puede ser útil el abordaje psicossomático (Psicoeducación, técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, antidepresivos...), además de la Tinnitus Retraining Therapy (TRT) por parte de ORL. El éxito del tratamiento llega cuando el paciente comprende la psico-fisiología del acúfeno, acepta lo que ha sucedido y realiza una conducta adaptativa.

Las áreas descritas son evidentes ejemplos de la absoluta interacción entre lo biológico y lo experiencial que determinan los postulados de la Psiquiatría moderna según el modelo bio-psico-social. Dicho modelo y la atención basada en lo asertivo-comunitario han llevado al desarrollo de la actual red de dispositivos de atención a la Salud Mental. La integración de la disciplina de la Psiquiatría en el conjunto de la Medicina, y la coordinación de los recursos específicos con las distintas especialidades médico-quirúrgicas y con la Atención Primaria, supone algo fundamental para mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de Salud Mental, como dice el objetivo general 4 de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

Además, la visión expresada en esta humilde sesión científica proporciona a los pacientes con trastorno mental grave un adecuado cuidado de su salud general, y contribuye a erradicar el estigma y la discriminación asociados a la enfermedad mental. Entre otras cosas, porque abraza el carácter más científico y medible de la disciplina, permitiendo la investigación interdisciplinaria prioritaria en el campo de la Salud Mental, con tantos terrenos desconocidos que descubrir y describir.

Muchas gracias por su atención.