

PSICOANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD

Dra. Alejandra Menassa de Lucia

Dra. Pilar Rojas Martínez.

18m1 44886 Psicoanálisis de los trastornos de la inmunidad.

INTRODUCCIÓN

Hemos elegido el tema de la inmunidad, porque sus alteraciones producen una gama muy amplia de enfermedades con afectación sistémica, desde las alergias, donde el sistema inmune responde inadecuadamente, reconociendo como nociva a una sustancia que no lo es y reaccionando exageradamente frente a ella, hasta el cáncer, donde el fallo de la inmunovigilancia tiene un impacto directo en el desarrollo de la enfermedad tumoral, pasando por la autoinmunidad, donde el sistema reacciona atacando lo propio, el propio cuerpo (1).

Además de la implicación del sistema inmune en las enfermedades autoinmunes, tanto sistémicas (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerodermia) como órgano-específicas (tiroiditis autoinmune, hepatitis auto inmune y otras), en las inmunodeficiencias congénitas y adquiridas (SIDA), en las reacciones alérgicas y en el cáncer, se está investigando el papel de este sistema en enfermedades que afectan a un porcentaje importante de la población, como el infarto de miocardio, donde se han aislado linfocitos activados y macrófagos en las placas inestables, que son las responsables del infarto o de la angina de pecho. Así podríamos seguir agregando una larga lista de enfermedades, como la diabetes tipo 1, entre otras.

Para algunos autores psicoanalíticos (2) el sistema inmune es el sustrato de representación de lo psíquico en el cuerpo. Como ejemplo bastaría señalar que es excepcional que exista una depresión psíquica que no se acompañe de depresión inmunológica.

Para expresar esta interacción psiquis-sistema inmune, el Psicólogo Robert Ader acuñó el término psiconeuroinmunología a fines de la década del 70, y en la década de 1980,

aparece en el horizonte médico esta nueva rama de la Inmunología como campo multidisciplinario. (3)

El sistema inmune es un complejo sistema formado por diversas estructuras y células dispersas por todo el organismo. Su función principal consiste en protegerlo de sustancias extrañas potencialmente dañinas. Veremos a continuación algunas de las funciones de este sistema, después sus alteraciones más comunes, y finalmente un enfoque psicoanalítico de estas alteraciones.

Pero antes de proseguir, creemos necesaria una aclaración. Cuando planteamos la interacción psique-soma, la planteamos desde un enfoque psicosomático y psicoanalítico, que debe distinguirse de otro somatopsíquico. El enfoque somatopsíquico está en relación con el pensamiento de que las alteraciones psíquicas son secundarias a una enfermedad somática, a un padecimiento corporal. (4)

Describir los fenómenos psicosomáticos fuera de la transferencia analítica es quedarse en la descripción fisiológica o en la manifestación de sus efectos, es decir, en el modo de comportamiento al que el sujeto es llevado por la presión de la enfermedad, enmascarando la presión que se ejerce desde lo psíquico. (5)

Cuando hablamos de psicosomático hablamos de lo psíquico determinando lo somático. Por ejemplo: no es que el paciente con cáncer está deprimido (efecto psíquico) por el diagnóstico de cáncer (padecimiento somático), sino que lo que planteamos es que la depresión es previa y está en juego en la etiología, en la causa, del cáncer. Lo psíquico estaría aquí determinando lo somático.

GENERALIDADES SOBRE EL SISTEMA INMUNE

El término inmunidad deriva de la palabra latina "inmunitas", que se refiere a la exención de diferentes deberes cívicos y procesos legales que se ofrecía a los senadores romanos mientras permanecían en sus cargos. En Medicina inmunidad significa protección frente a la enfermedad, más específicamente, frente a las enfermedades infecciosas.

El sistema inmune cuenta con diversos mecanismos para defenderse de las amenazas exteriores, estos incluyen:

- **La inmunidad inespecífica**, natural, innata o nativa: las barreras físicas (piel y mucosas), las células fagocitarias y los eosinófilos de la sangre y los tejidos, un tipo de linfocitos llamados "células agresoras naturales" (NK, natural killer) y diversas proteínas.
- **La inmunidad adquirida o específica**: Estos mecanismos son inducidos o estimulados por la exposición a sustancias extrañas (antígeno), son exquisitamente específicos y aumentan en magnitud o capacidad defensiva con cada nueva exposición al antígeno, es decir, tienen memoria. La célula clave de esta respuesta inmune es el linfocito T y B.

Cuando una sustancia extraña a nuestro organismo (antígeno) penetra en el mismo, el sistema inmune se encarga de detectarla y destruirla. Esta misión se lleva a cabo teniendo en cuenta que no se debe actuar contra aquello que le es propio a cada uno, fenómeno llamado de tolerancia.

Un sistema inmune competente, por tanto, se caracteriza:

- Por su capacidad tanto para reconocer y destruir sustancias extrañas, potencialmente nocivas.
- Por identificar como propios aquellos tejidos y células que le pertenecen, es decir la capacidad de discriminar lo propio y lo no propio, para no atacar lo propio (reconocimiento/discernimiento).
- Reconocer las células tumorales (células con una mutación que propicia el desarrollo de tumores) del propio sujeto y eliminarlas, fenómeno conocido como inmunovigilancia.

El desarrollo del sistema inmune es un proceso progresivo desde el período de recién nacido hasta el fin del período escolar. Durante los 3 a 5 primeros años de vida los niños

pueden presentar infecciones bacterianas ocasionales y hasta 6 episodios anuales de infecciones respiratorias altas de etiología viral, lo que se puede incrementar aún más por la asistencia a la guardería o por la presencia de hermanos que acuden a la guardería o al colegio.

La capacidad de reconocimiento-discernimiento se genera durante su formación como sistema, proceso que comienza en las células hematopoyéticas pluripotenciales de la médula ósea y continua en órganos de maduración linfoide. Las células potencialmente reactivas frente a antígenos propios (linfocitos autorreactivos) son eliminadas y/o inactivadas durante fases tempranas del desarrollo.

No obstante en el adulto y en condiciones normales existen linfocitos autorreactivos en pequeñas cantidades. El sistema se encargaría de controlar y conseguir la falta de respuesta de estas células mediante mecanismos centrales (en el timo) y periféricos (en tejidos periféricos) que mantienen la tolerancia y que consisten en (6):

1. Mecanismos centrales, el más importante de ellos es:

La delección clonal: El mecanismo responsable de ésta es la apoptosis (o muerte celular) de los timocitos autorreactivos.

2. Mecanismos periféricos, entre los que se encuentra, por ejemplo:

La anergia clonal ocurre frecuentemente en los tejidos periféricos y consiste en la incapacidad de respuesta por parte del linfocito una vez este ha sido estimulado por su antígeno específico.

Cuando fallan estos mecanismos de regulación de las células autorreactivas, surgen fenómenos de autoinmunidad.

APROXIMACIÓN A LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA INMUNE

Podríamos clasificar los posibles mecanismos de producción de enfermedad en relación a la disfunción del sistema inmune de la siguiente manera:

A. Hiperrespuesta o respuesta inmune exagerada:

1. Enfermedades autoinmunes: no se reconoce lo propio como tal y se desencadenan una serie de reacciones que tienden a eliminar a ese antígeno como si fuera extraño o no propio, como sucede en las enfermedades autoinmunes.

2. Alergias: se reacciona contra una sustancia inocua como si fuera peligrosa, lo que nos llevaría a hablar de enfermedades alérgicas.

3. Enfermedades inflamatorias crónicas, por ejemplo la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa): donde hay una falta de reconocimiento y una reacción frente a la flora concomitante, es decir frente “al amigo” o “el aliado”.

4. Rechazo agudo del trasplante: la respuesta “normal” frente a un antígeno extraño (el tejido trasplantado del donante), se intensifica de tal manera que no puede ser regulada por la inmunosupresión inducida por fármacos en el receptor.

B. Hiporrespuesta inmune o déficit de respuesta

1. Inmunodeficiencias: la respuesta es insuficiente o inexistente, lo que nos sitúa ante las llamadas inmunodeficiencias: Entre las adquiridas, la más relevante es el SIDA.

2. Fallo de la inmunovigilancia: el sistema inmune falla en el reconocimiento de la célula tumoral, lo que propiciaría el desarrollo de neoplasias.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO DE LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA INMUNE.

Postulamos que la sobredeterminación de las patologías del sistema inmune es psíquica. Por ejemplo, el cáncer acontece en un sujeto deprimido. La depresión tendría una faz psíquica y una faz orgánica, esta última consistiría en una depresión del sistema inmune que propicia el desarrollo del cáncer, por fallo de la inmunovigilancia.

Otro ejemplo significativo es el del rechazo al trasplante, sostenemos que hay un rechazo psíquico al otro, al semejante en la base de todo rechazo celular al injerto, esto

explica las distintas formas de rechazo y su distinta intensidad en cada sujeto trasplantado. (7)

Ahora desplegaremos, en cada uno de los grupos mencionados en el anterior apartado, cuáles son algunos de los mecanismos psíquicos en juego:

A. Hiperrespuesta o respuesta inmune exagerada

1. Enfermedades autoinmunes

A principio del siglo XX, Paul Erlich acuñó la dramática expresión "horror autotoxicus" para designar la inmunidad contra lo propio. La autoinmunidad es una causa importante de enfermedad en los humanos, que afecta aproximadamente al 3 al 5% de la población general.

La cuestión central en las enfermedades autoinmunes, aquello que las caracteriza, es que el propio sistema inmune de defensa, el mismo que tiene que proteger al sujeto, ataca sus tejidos, sus propias células, dañándolas y produciendo enfermedad.

Las enfermedades autoinmunes constituyen uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la Medicina hoy en día. Aunque se sabe que se trata de enfermedades en las que se produce un fallo en el fenómeno de tolerancia inmunológica, no hay explicación médica de porqué, ni en muchos casos cómo, se produce la enfermedad. Se habla de predisposición genética y factores ambientales, es decir, multipledeterminación.

Recordemos que la clave del funcionamiento correcto del sistema inmune se sitúa en el fenómeno de autotolerancia: los linfocitos autorreactivos, es decir, capaces de reaccionar contra antígenos propios, son eliminados mayoritariamente durante la maduración del sistema inmune o inactivados y/o eliminados en etapas posteriores, a lo largo de la vida. Este fenómeno de tolerancia inmunológica, se basa en el reconocimiento celular.

En condiciones normales el linfocito reconoce las células propias, por presentar determinados marcadores celulares, y no las ataca. En las enfermedades autoinmunes, sería como si en el fragor de la batalla el enemigo se disfrazara con "nuestras mismas

ropas”, no habría posibilidad de diferenciar entre lo ajeno y lo propio, y “nuestras armas” acabarían con alguno de los suyos, pero también con alguno de los nuestros.

La gran mayoría de linfocitos autorreactivos son eliminados durante la maduración del sistema (mediante selección clonal) o inactivados (anergia), pero en individuos normales también existe un pequeño pool de células autorreactivas. Es decir que al igual que decimos que la estructura del aparato psíquico y los mecanismos que en él actúan son iguales para enfermos y sanos y debemos pensar la enfermedad desde el punto de vista dinámico, parece que aquí podría suceder lo mismo: no hay alteraciones estructurales del sistema, sino funcionales.(8)

Las alteraciones de la tolerancia inmunológica y de todos los dispositivos para mantenerla dan lugar a patología autoinmune, no se reconoce lo propio como tal y se desencadenan una serie de reacciones que tienden a eliminar a ese antígeno como si fuera extraño o no propio.

La consecuencia normal de una respuesta frente a un antígeno externo es la eliminación del antígeno invasor. Sin embargo, cuando se desarrolla una respuesta inmunitaria frente a un antígeno propio, resulta habitualmente imposible para los mecanismos inmunitarios eliminar por completo al antígeno, como consecuencia se producen lesiones inflamatorias crónicas en los tejidos, que incluso pueden llegar a ser mortales.

Un acercamiento psicoanalítico a la etiopatogenia de las enfermedades autoinmunes.

A. Autoinmunidad y pulsión de muerte

Hay dos tendencias o pulsiones que regulan la vida de todo sujeto: la pulsión de vida y la pulsión de muerte (9). Ambas actúan conjuntamente para la conservación de la vida.

La pulsión de muerte tiene varios componentes:

1. La pulsión de muerte que actúa internamente en el sujeto:
 - a. El componente de la pulsión de muerte necesaria para los procesos de mantenimiento de la vida, que en su faceta biológica sería la apoptosis o muerte celular programada, que consiste en un fenómeno necesario para la vida: algunas células mueren para que el organismo entero conserve su

existencia (todas las células orgánicas, tienen una vida media, por ejemplo: 120 días para los hematíes, que cuando termina, son inducidos unos mecanismos de apoptosis o muerte celular programada activos: la célula no muere pasivamente sino que “se mata”. Desde el punto de vista psíquico, esta pulsión tiene que ver con la puntuación, con los finales, con la capacidad de dejar una tarea o etapa para iniciar una nueva, etc.

b. Un componente de la pulsión de muerte que tiene relación con el “masoquismo primordial”: aquella tendencia del sujeto que actúa contra sí mismo.

2. La pulsión de muerte que se dirige al exterior como agresividad. Es un componente de la pulsión cuando después de rodear al objeto, se vuelve hacia el sujeto, puede producir daño en el sujeto. (10)

Parece que este último componente de la pulsión de muerte es el que está en juego en la autoinmunidad. La agresividad, necesaria por otra parte para mantener la vida, que el sistema inmune descarga hacia el germen extraño, es la misma que se vuelve contra sí mismo, provocando la lesión tisular. Apoyando esta hipótesis, está el hallazgo de una frecuencia más elevada de infecciones en el paciente con enfermedad autoinmune, no relacionadas con el tratamiento inmunosupresor. Es decir, que un sistema inmune “distráido en atacar al propio organismo”, en dirigir el componente agresivo contra sí mismo, no puede dirigirlo contra el “enemigo exterior”.

B. Autoinmunidad y reconocimiento de lo propio, lo semejante y lo diferente.

Los humanos somos todos semejantes, en tanto humanos, pero también somos diferentes, cada uno tiene su singularidad. La aceptación de lo semejante y lo diferente no está dada, es necesario un tiempo y un trabajo para su constitución. Lo primero que se constituye es la semejanza, tanto en el psiquismo como en la construcción del sistema inmune. (11)

La operación por la cual se constituye la semejanza, por la cual el sujeto concluye: “soy de la especie humana”, es lo que denominamos alienación. En esta operación, a la vez que el sujeto se acepta como integrante de la especie humana, también adquiere una identidad: “soy humano”. Es decir: desde lo semejante, desde el otro, se constituye lo propio: “sólo soy un humano entre humanos” y también lo semejante.

Una vez constituido lo semejante, el sujeto se tiene que diferenciar del otro: “soy un humano como el otro, pero no soy el otro”, es lo que llamamos operación de separación, reconocimiento de lo diferente. Podemos concluir que sólo desde el establecimiento de la diferencia hay verdaderamente semejante. (12)

En el sistema inmune, primero se reconoce lo propio, proceso que tiene lugar en el timo y en médula ósea y posteriormente se reconoce lo extraño, lo exterior, lo diferente al sujeto: el sistema inmune se va poniendo en contacto con los gérmenes y se va desarrollando una memoria inmunológica.

En Psicología de las masas y análisis del yo, Freud nos dice: *“En la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, «el otro», como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado”*.

Traemos este fragmento para indicar que entre lo semejante y lo diferente, hay un espectro de funciones, tanto para el psiquismo como para el sistema inmune, así, igual que necesitamos del otro como auxiliar, el sistema inmune aprende a tolerar, por ejemplo, ciertas bacterias intestinales porque son necesarias para funciones como la síntesis de vitamina K.

Podemos decir que en las patologías autoinmunes, la cuestión se sitúa en el nivel del reconocimiento de lo propio, todo se juega en la operación de alienación.

2. Alergias

Trousseau (1801-1867), eminente médico clínico y teórico de la Medicina, era asmático y analizó sobre él mismo el papel que jugaba el alérgeno (que llegó a identificar como polvo de avena) en el desarrollo de sus crisis de asma, con respecto a una de ellas escribe: “Pero, seguramente también, este polvo no ha sido suficiente por sí solo para causarme un accidente tan violento, ha hecho falta, pues, que esta causa me haya sorprendido en condiciones particulares. Bajo la influencia de la emoción moral mi sistema nervioso estaba excitado”.

La respuesta alérgica es una respuesta inmune inadecuada y exagerada a un antígeno inocuo para el organismo, por ejemplo: el polen o el polvo. Frente a un grano de polen, despliega el sujeto gran parte de su ejército inmune, como si de un enemigo poderoso se tratase.

La respuesta inflamatoria que se observa en los bronquios de los pacientes con asma, no es otra cosa que esta respuesta exagerada. Podríamos decir que los asmáticos alérgicos no son hiperreactivos sólo a nivel bronquial, sino también a nivel inmunitario, y es muy posible que lo sean también en sus relaciones sociales. La relación de objeto en el alérgico está marcada por esta característica, mostrándose en ocasiones intolerantes, desconfiados, y como si todo lo ajeno, lo exterior, el otro, fuese un enemigo que amenazase la propia integridad. (13)

Esta posición psíquica, de suponer enemigo al semejante, es muy característica de una posición fóbica. En relación a este señalamiento, se han realizado estudios médicos donde se observa que las personas que sufren agorafobia y trastornos de pánico registran mayor riesgo de padecer alergias. (14)

En un estudio realizado en el Hospital del Mar de Barcelona, por el Dr. Bulbena, que comparó un grupo de personas que sufría trastornos de ansiedad (agorafobia, trastornos de pánico) con un grupo de pacientes sin ninguna enfermedad psiquiátrica, se pudo observar que los primeros presentaban con una mayor frecuencia las enfermedades somáticas mencionadas, 6,1 veces más alergias.

3. Enfermedad inflamatoria crónica (EII)

En la EII existe una alteración de la inmunidad local, a nivel del intestino. El estado normal del sistema inmunitario mucoso es el de una respuesta inmunitaria inhibida frente a los contenidos lumbinales, a causa de la tolerancia oral que se produce en condiciones normales. Por ejemplo cuando se administran por vía oral antígenos solubles, en vez de por vía subcutánea o por vía IM, se induce una arreactividad específica, esto explica la falta de respuesta a los antígenos de la dieta y a la microflora comensal intestinal. En la EII se altera este estado de supresión que se ha relacionado con una alteración de la apoptosis de linfocitos T. (15)

El intestino constituye una extensa superficie mucosa con vellosidades, microvellosidades y criptas, especialmente diseñadas para aumentar el área de contacto y favorecer la absorción de nutrientes que provienen principalmente de los alimentos. Los componentes del intestino interactúan con los alimentos así como con más de 400 especies diferentes de bacterias comensales, que se alojan en la mucosa y facilitan procesos asociados con la nutrición.

Debido al gran número de bacterias presentes en el intestino, el sistema inmune debe ser capaz de diferenciar entre comensales y patógenos, y generar adecuadas respuestas de tolerancia o inflamación, respectivamente.

Las EII se caracterizan por una pérdida de la capacidad de controlar la respuesta inmune a antígenos presentes en el lumen intestinal.

En pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria se han observado reacciones inmunológicas humorales y celulares dirigidas contra las bacterias intestinales y las células entéricas. Esta “equivocada identificación” parece estar relacionada con algunas particularidades de las células del sistema inmune, que normalmente reconocen a estas bacterias.

En la enfermedad de Crohn se ha sugerido que un mecanismo natural llamado apoptosis, un proceso mediante el cual las células se autodestruyen, puede no ser eficaz. En el caso de la enfermedad de Crohn las células T pueden carecer de esta propiedad y de este modo se multiplican de una manera más rápida de la que mueren, causando una respuesta inmunológica excesiva.

Desde el psicoanálisis, podemos pensar que la alteración que existe en estos sujetos es la dificultad de reconocer al amigo, colaborador, aliado o auxiliar como tal: se lo ataca como si de un enemigo se tratase.

Por otra parte, las enfermedades inflamatorias específicamente intestinales tienen otras características que no dependen de la alteración del sistema inmune, sino de las características del órgano afecto: en general, en las afecciones del tubo digestivo se

pone en juego uno de los componentes de la libido que es el erotismo anal. Al carácter anal se asocian ciertos rasgos de la personalidad, como son el orden, la tacañería y la terquedad, que no es raro ver en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.(16)

4. Rechazo inmunológico al órgano trasplantado.

Una de las causas más importantes de fracaso del trasplante es el rechazo, este puede ser hiperagudo, agudo y crónico, dependiendo del momento de su instauración. La respuesta inmune del receptor hacia el órgano o tejido trasplantado es determinante en este rechazo. Se intenta conseguir la máxima compatibilidad de los injertos, sobre todo teniendo en cuenta el grupo sanguíneo (ABO) y los antígenos HLA (complejo mayor de histocompatibilidad: una serie de genes que codifican proteínas que se expresan en la superficie celular y que son como las “señas de identidad de la célula”, gracias a estas moléculas, el sistema inmune reconoce como propio lo que lo es). Con la optimización de la compatibilidad se minimiza pero no se evita el rechazo, por lo que estos pacientes precisan de tratamiento inmunosupresor para mantener la viabilidad del injerto.

Dado que no todos los trasplantes sufren rechazo (con inmunosupresión) y es tan extremadamente variable la velocidad de instauración y la gravedad del mismo, esto nos lleva a pensar que, además del factor orgánico, debe existir un factor psíquico.

Si trabajamos el rechazo del trasplante como rechazo psíquico, tenemos que el rechazo es la no aceptación de la diferencia, una autoafirmación de lo que denominamos narcisismo de las pequeñas diferencias. (17)

El narcisismo de las pequeñas diferencias se da cuando dentro de una gran semejanza, aparece una pequeña diferencia, por ejemplo: entre poblaciones vecinas, entre los hinchas de un equipo de fútbol y los de otro. Es como si al ser tan semejantes, lo que el otro hace diferente a uno, fuera vivido como una crítica. Como si se concluyera de una manera diferente de hacer o de pensar las cosas: “me está diciendo que lo hago mal”, esta situación genera agresividad.

Los pacientes transplantados, reciben un órgano de características muy similares al propio, pero diferente. Esto puede desencadenar, por un lado, el rechazo biológico del que hemos hablado, pero también hay un rechazo psíquico a recibir algo diferente, a la diferencia.

B. Hiporrespuesta inmune o déficit de respuesta

1. Inmunodeficiencias.

La inmunodeficiencia es una hipofunción del sistema inmune, es decir una situación en la que el sistema inmune funciona insuficientemente. Esta hipofunción puede ser congénita o adquirida, entre las adquiridas, la más frecuente y paradigmática es el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), relacionada con la infección por el HIV (virus de la inmunodeficiencia humana), por eso tomaremos esta patología como ejemplo.

La infección por HIV produce una destrucción progresiva de linfocitos T, que condicionan una inmunodepresión severa, por lo que estos pacientes inicialmente solían fallecer de infecciones oportunistas (por gérmenes que no producen enfermedad en sujetos inmunocompetentes). Pero además, ha de existir algún grado de inmunodepresión previa para contraer la infección y que ésta progrese a enfermedad, dado que no todos los pacientes que tienen contacto con el virus (incluso a cargas elevadas y reiteradamente) se infectan y no todos los infectados desarrollan la enfermedad. (18)

Por tanto, en el paciente HIV podríamos hablar de una inmunodepresión como causa inicial de la infección. En muchos de los pacientes con HIV se observan antecedentes de depresión psíquica, que como hemos visto, se acompaña de una depresión inmunológica.

También es interesante observar que cierto grupo de pacientes HIV (adictos a drogas intravenosas: ADVP, por ejemplo) son sujetos con muchas “relaciones parasitarias”, podríamos hablar de un estado de inmunosupresión relativa. Si el sujeto es producto de sus relaciones, podemos decir que las relaciones del paciente con HIV “superan” a su sistema inmune, es un sistema excedido en su función por las innumerables relaciones parasitarias del sujeto (por ejemplo, las que mantienen los pacientes ADVP).

Por otra parte, en la depresión se puede dar el mayor grado de “autolesión” de que el sujeto es capaz: su propia muerte (en el suicidio). Entrecorramos “autolesión” porque nadie es capaz de dañarse directamente a sí mismo, si no es por intermedio del otro, el suicida mata en él al otro (al objeto perdido, ya que la depresión sobreviene siempre frente a una pérdida de objeto al que se odia por el abandono sufrido). El suicida es, como nos dice Pavese en *El oficio de vivir*, un “asesino tímido”. Podríamos pensar que el SIDA, sería, cuando lleva a la muerte del paciente, un suicidio encubierto: ha decidido inconscientemente morir/matar. (19)

Además, la actitud del paciente una vez contraída la enfermedad es similar a la que le llevó a adquirirla, podemos observar una conducta depresiva del paciente previa al contagio de la enfermedad, que se muestra en la compulsión a la realización de actos con daño personal (actitudes suicidas o suicidios encubiertos que ponen en riesgo su vida: compartir jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin preservativo, con sujetos potencialmente infectados, etc.).

Una vez contraída la enfermedad o la infección, el incumplimiento terapéutico, que es la primera causa de fracaso del tratamiento antirretroviral, tratamiento que requiere para su eficacia cumplimientos del 90% (mucho más que cualquier otra medicación), es otra manifestación de esta tendencia a la “autolesión”, ya que el paciente conoce la importancia de la adherencia al mismo y, a pesar de eso, no la cumple.

Los deseos de muerte sobre el otro (el objeto perdido), siempre inconscientes en el deprimido, generan un sentimiento de culpa, también inconsciente, que se expresa por la necesidad de castigo, en este sentido, la enfermedad orgánica potencialmente mortal, es el castigo que atenúa la culpa. Esto refuerza el incumplimiento terapéutico, ya que para el sujeto es más tolerable la enfermedad que la culpa.

Por tanto, es muy importante tener en cuenta estos procesos psíquicos que llevan a la producción y mantenimiento de la enfermedad, cuyo conocimiento nos permite el psicoanálisis en el tratamiento de estos pacientes para mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico y, de este modo, mejorar su supervivencia y su calidad de vida. Si no tratamos la depresión de base, el paciente no hará nada que le procure un

beneficio, tampoco seguir su tratamiento pero, además, podríamos añadir que el tratamiento de la depresión, mejorando la respuesta inmune, previene al sujeto del desarrollo de enfermedades infecciosas y, sobre todo, le previene de adoptar conductas de riesgo, que van dirigidas más o menos manifiestamente, contra su vida (suicidio encubierto).

2. Un fallo de la inmunovigilancia

La relación entre el cáncer y el estado de ánimo ha sido sugerida desde la antigüedad. Ya Hipócrates hablaba de la asociación entre las personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres melancólicas eran más vulnerables al cáncer que las mujeres de temperamento sanguíneo.

Lo que hizo pensar a los científicos que existía una relación entre la depresión y la inmunodepresión fue la existencia en pacientes con enfermedades como el cáncer de una depresión psíquica que coexistía con una inmunodepresión.

Los pacientes con cáncer tienen una inmunodepresión, de tal manera que tienden a hacer enfermedades oportunistas (producidas por microorganismos que raramente causan infección en sujetos inmunocompetentes). Algunos cánceres se sospechan y diagnostican porque acontece una enfermedad extraña en pacientes inmunocompetentes, pero que no es excepcional en los pacientes inmunodeprimidos.

Esta vía de pensamiento, donde se relaciona la depresión con la inmunodepresión, ha sido trabajada por la Psiconeuroinmunología. Aislado in vitro, en laboratorio, células de pacientes deprimidos se ha observado una disminución de la función de las células del sistema inmune.

Para el médico no acostumbrado a las teorizaciones psicoanalíticas la depresión sería el resultado de comunicar al paciente una mala noticia, sería lo que se denomina depresión reactiva. Primero cáncer (orgánicamente determinado en un modelo multifactorial: virus, radiaciones, sustancias químicas como el tabaco o tóxicos industriales, etc., y la mayoría de las veces de causa desconocida), y secundariamente al diagnóstico de una enfermedad asociada con la muerte temprana, la depresión. Con la inmunodepresión

sucede lo mismo, se postula que es primero el cáncer y después el cáncer produce una inmunodepresión. Sin embargo, lo que se postula en esta comunicación, es que la depresión psíquica y la inmunodepresión, son previas al desarrollo del cáncer. (20)

¿Por qué vía la inmunodepresión conduce al desarrollo del cáncer? Hemos visto que una de las funciones del sistema inmune es la inmunovigilancia, es decir, la detección por el sistema inmune de células que han sufrido alguna mutación en su proceso de multiplicación celular (acontecimiento frecuente en el organismo), y una vez reconocidas, su destrucción, ya que algunas de estas mutaciones tienen como resultado un crecimiento desenfrenado que no responde a la regulación establecida para el crecimiento celular, dando origen al desarrollo de tumores.

La depresión se caracteriza psíquicamente, entre otras cosas, por la inhibición de todas las funciones (anorexia, insomnio...). Esta disminución de las funciones propia del estado depresivo parece extenderse a la función de vigilancia del sistema inmune. Un sistema inmune deprimido es incapaz de cumplir su función de inmunovigilancia y será, por tanto, permisivo con las células mutadas.

No obstante, hemos de señalar que el fallo de la inmunovigilancia, es condición necesaria pero no suficiente para la producción del cáncer. Además de un sistema inmune deprimido, hay una célula mutada, y en la mutación celular intervienen también otros factores psíquicos y físicos que escapan a los límites de esta comunicación.

Con este nuevo modelo, que incluye como instrumento de pensamiento el psicoanálisis, se postula que tanto la inmunodepresión como la depresión psíquica son el mismo proceso, dos facetas, dos caras de lo mismo: la cara orgánica y la cara psíquica. Un mismo sujeto que enferma su psiquismo y su cuerpo, puesto que psiquis y soma son como una banda de Moebius (que aparentemente posee dos caras, pero en realidad es una, exterior e interior de la banda se continúan sin solución de continuidad), diferentes pero inseparables.

Según esta nueva concepción, la depresión y la inmunodepresión estarían en la etiopatogenia, en la base, de la producción de la enfermedad. Por tanto, tenemos una etiología de determinadas enfermedades orgánicas y tenemos un tratamiento que evita

su desarrollo: el psicoanálisis. En el otro pensamiento, tenemos una enfermedad, la mayoría de las veces, de causa desconocida por lo que no se puede aplicar un tratamiento preventivo eficaz y lo único que podemos hacer, que no es poco, es actuar sobre la enfermedad orgánica ya establecida (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.).

Esto nos permite ver alguna luz en el sentido de que el tratamiento de la depresión tendría repercusión directa sobre el desarrollo o no de ciertas enfermedades orgánicas (puesto que evitaría la inmunodepresión que las precede) de esta manera podemos pensar que el tratamiento psicoanalítico de la depresión, no sólo trata y cura la depresión, sino que previene el desarrollo de enfermedades orgánicas en ese sujeto. Además de esta faceta preventiva, es un arma terapéutica eficaz para los pacientes que ya han desarrollado un cáncer, se ha visto, entre otros beneficios, que los pacientes en análisis toleran mejor la quimioterapia, sufriendo menos efectos secundarios y soportando dosis más altas.

CONCLUSIONES:

1. El sistema inmune es altamente influenciado por los procesos psíquicos.
2. En la autoinmunidad se juega la aceptación de lo propio.
3. Los pacientes alérgicos muestran en ocasiones una posición fóbica que incluye la consideración del otro semejante como enemigo.
4. En la enfermedad inflamatoria no se reconoce al amigo como tal, esta jugado el reconocimiento de lo no propio “amistoso”.
5. El rechazo en el trasplante no es únicamente biológico, también es psíquico, y está relacionado con el narcisismo de las pequeñas diferencias.
6. La depresión psíquica, se suele acompañar de una depresión inmunológica, que propicia el desarrollo de enfermedades orgánicas, como el cáncer o el SIDA.
7. El tratamiento psicoanalítico de la depresión podría evitar el desarrollo de algunas enfermedades orgánicas.
8. La escucha psicoanalítica permite otro pronóstico para estos pacientes, escuchar la problemática psíquica que subyace en todo proceso somático, modifica el curso de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Braundwald, F., y otros. Harrison, Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill Interamericana, Madrid. 2002.
2. Fernández del Ganso, C. SIDA, stress, depresión. Editorial Grupo Cero. Madrid 2000.
3. Solomon, G. F. Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática. 2001
<http://www.biocognitive.com/images/pdf/Psiconeuroinmunologia%20Sinopsis%20de%20Su%20Historia,%20Evidencia%20y.pdf>
4. Rojas Martínez. P, Menassa de Lucia. A, Barrios. I, Psicoanálisis y Medicina. Editorial Grupo Cero. Madrid 2002.
5. Diez Cuesta, A. Cuerpo, Fenómeno Psicósomático y Transferencia Extensión Universitaria. N.63.
<http://www.extensionuniversitaria.com/num63/pg1.htm#XI%20CONGRESO%20INTERNACIONAL%20GRUPO%20CERO>
6. Pujol-Borrell. R, García-Cozar. F, Peña J. y Santamaría M. Tolerancia Inmunológica. <http://www.uco.es/grupos/inmunologia-molecular/inmunologia/tema15/etexto15.htm>
7. Menassa Chamli M. Ponencia inaugural. En: Editorial Grupo Cero. Patologías de fin de siglo. Actas del VII Congreso Internacional Grupo Cedro. Madrid 1998.
8. Freud, S. La interpretación de los sueños. En Obras completas de Sigmund Freud. Tomo II. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983.
9. Freud, S. Más allá del principio del placer. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VII. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983.
10. Freud, S. El problema económico del masoquismo. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VII. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983.
11. Freud, S. Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VII. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983

12. Lacan, J. Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1999.
13. Menassa, A. ¿Es el asma una afección psicosomática? Revista Extensión Universitaria n. 102. Marzo 2009.
<http://www.extensionuniversitaria.com/num102/n102-Extension.pdf>
14. Mauricio Infante, Marcia J. Slattery, Marjorie H. Klein, and Marilyn J. Essex. Association of Internalizing Disorders and Allergies in a Child and Adolescent Psychiatry Clinical Sample. J Clin Psychiatry 2007;68:1419-1425
15. Sofía E Sepúlveda, Caroll J Beltrán, Alexis Peralta, Paola Rivas, Néstor Rojas, Carolina Figueroa et cols. Enfermedad inflamatoria intestinal: Una mirada inmunológica. Rev Méd Chile 2008; 136: 367-375
16. Freud, S. Sobre la transmutación de los instintos y especialmente del erotismo anal. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VI. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983
17. Freud, S. El malestar en la cultura. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VIII. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983.
18. Jane Leserman, Ph.D., John M. Petitto, M.D., Robert N. Golden, M.D., Bradley N. Gaynes, et cols. Impact of Stressful Life Events, Depression, Social Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS American Journal Psychiatry 157:1221-1228, August 2000.
19. Freud, S. Duelo y melancolía. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo VI. Segunda edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 1983.
20. Gili Planas, M.G., Roca Bennasar, M. (1996). Trastornos Afectivos en Oncología. Trastornos Depresivos en Patologías Médicas. Miquel Roca Benasar, Miquel Bernardo Arroyo. Editorial Masson Cap8. pp119-134.