



## **PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA**

Raquel Ramírez Parrondo

[rrparrondo@yahoo.es](mailto:rrparrondo@yahoo.es)

Psicofármacos, psicósomática

### **RESUMEN**

Los pacientes con una patología psicósomática presentan una patología o síntoma orgánico que les influye negativamente en su vida o tienen uno o varios síntomas físicos que son manifestación de un estrés emocional o tienen una enfermedad orgánica que ella o sus tratamientos producen síntomas psíquicos.

El tratamiento de estos pacientes es conveniente realizarlo de forma integral, combinado psicofármacos y psicoterapia. Nuestra ponencia se centra en el tratamiento farmacológico disponible en la actualidad para facilitar la elección individualizada de los fármacos adecuados para cada paciente.

### **DESARROLLO**

Los pacientes con una patología psicósomática en cualquier especialidad médica pueden presentar una o varias molestias corporales al mismo tiempo o a lo largo del tiempo de forma persistente. Su sufrimiento va más allá del síntoma físico, presentan también síntomas psicológicos y de comportamiento. En algunos pacientes predomina la angustia por la molestia física que presentan y en otros es sobre todo la ansiedad la que les produce el sufrimiento. Todos ellos se caracterizan por una búsqueda de una causa orgánica de la molestia que presentan.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Sin embargo, en estos pacientes, con frecuencia, no existe una patología orgánica concreta que justifique la sintomatología del paciente y por esto se dice que es una patología funcional.

En los pocos pacientes en los que puede haber una patología orgánica de base, esta no justifica la intensidad de los síntomas y el sufrimiento del paciente e incluso el tratamiento de la patología orgánica no hace que desaparezca la sintomatología.

El diagnóstico de estos pacientes en las distintas especialidades médicas estaría en los síndromes somáticos funcionales, algunos de los cuales tienen criterios diagnósticos establecidos como son por ejemplo los criterios de Roma del síndrome de intestino irritable o los criterios de la fibromialgia. En la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) estos pacientes se encuentran en la categoría de trastorno de síntomas somáticos y relacionados y se resalta que los síntomas físicos están unidos a pensamientos, emociones y comportamientos no adaptativos. En la onceava revisión de la ICD (ICD-11) estarían en el trastorno de malestar corporal en el que se muestran los síntomas corporales que generan angustia y las características psicoconductuales.

Estos pacientes con frecuencia se someten a distintos tratamientos sin conseguir ningún resultado satisfactorio y con relativa frecuencia se les dice que sus molestias no tienen explicación médica y por tanto no hay tratamiento, que tienen que vivir así toda la vida, por lo que aumenta aún el sentimiento de frustración e incluso la intensidad de la sintomatología repercutiendo negativamente en su calidad de vida.

El tratamiento efectivo de estos pacientes es el que se realiza desde la psicosomatología. En él se lleva a cabo un abordaje integral del paciente en el que se tiene en cuenta su sintomatología física y también sus factores psicológicos y sociales. El tratamiento es combinado: fármacos para síntomas orgánicos, psicofármacos y psicoterapia. En este estudio nos vamos a centrar en los tratamientos psicofarmacológicos.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

### Psicofármacos

Actualmente disponemos de los siguientes psicofármacos: benzodiacepinas, antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivantes.

#### Benzodiacepinas

Los receptores de las benzodiacepinas tienen afinidad predominante por los receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA), este es el neurotransmisor inhibitor más abundante en el sistema nervioso central. Las benzodiacepinas aumentan la afinidad del sitio de reconocimiento del GABA favoreciendo que este sea más eficaz. La activación del complejo benzodiacepinas-GABA-cloruro produce los efectos terapéuticos ansiolíticos de las benzodiacepinas.

Las benzodiacepinas comparten muchas propiedades clínicas, aunque los distintos fármacos de esta clase pueden tener diferentes propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas. Se pueden clasificar teniendo en cuenta su potencia y su vida media en benzodiacepinas de alta potencia (de vida media larga como el clonazepam y de vida media corta como son el alprazolam, loracepam, triazolam) y en benzodiacepinas de baja potencia (de vida media larga como el clorazepam, diazepam, clordiacepóxido, flurazepam y de vida media corta como el oxazepam y el temazepam).

Las benzodiacepinas son tratamiento de los trastornos de ansiedad, de la espasticidad muscular, de los trastornos convulsivos, de trastornos del movimiento involuntarios y de la ansiedad asociada a afecciones cardiovasculares o gastrointestinales. Debido a que los trastornos de ansiedad varían en intensidad con el tiempo los pacientes que los sufren prefieren las benzodiacepinas porque las pueden tomar cuando notan que las necesitan.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Las propiedades farmacológicas como la potencia, vida media y la lipofilicidad junto con la dosis utilizada y la duración del tratamiento influyen en los efectos secundarios. La dependencia fisiológica es proporcional al total de exposición a las benzodiazepinas, es decir a la dosis tomada y al tiempo de tratamiento, aunque puede existir una variabilidad significativa entre pacientes. Las benzodiazepinas generalmente producen efectos casi inmediatos y pueden ser prescritas para un periodo de tiempo corto, de forma intermitente o cuando sea necesarias.

Las benzodiazepinas cuando se usan solas conllevan un riesgo muy bajo de toxicidad. Cuando se usan con otros medicamentos depresores del sistema nervioso central como son los antidepresivos sedantes, los neurolepticos, los antiepilépticos o antihistamínicos, pueden interactuar sinérgicamente. Además, pueden ocurrir interacciones farmacocinéticas como por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden aumentar los niveles sanguíneos de diazepam y la nefazadona puede aumentar los niveles de alprazolam por inhibición de las enzimas hepáticas por lo que pueden aumentar los niveles sedantes y los efectos secundarios.

### Antidepresivos

Los antidepresivos inhiben la recaptación de noradrenalina o 5-HT y por tanto aumentan su concentración en el espacio sináptico produciendo hiperactivación de los receptores presinápticos de 2-adrenérgico o 5-HT y así se potencia la retroalimentación negativa sobre la síntesis y liberación de noradrenalina y 5-HT y por tanto se consigue producir desensibilización o disminución de los receptores produciendo una normalización del funcionamiento noradrenérgico o serotoninérgico

Los antidepresivos se pueden clasificar en los antidepresivos tricíclicos (imipramina, nortriptilina, amitriptilina, desipramina, doxepina), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram), inhibidores de la

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina), antidepresivos atípicos (trazodona, la mirtazapina, vortioxetina, la vilazodona y el bupropión).

Los antidepresivos están indicados, además de en los trastornos depresivos, en todos los trastornos de ansiedad (crisis de angustia, ansiedad generalizada, fobia social, estrés postraumático) y algunos como los ISRS y la clomipramina en el trastorno obsesivo-compulsivo y en trastornos de personalidad y la amitriptilina, clomipramina o duloxetina en el tratamiento del dolor.

Todos los antidepresivos tienen un periodo de latencia que oscila de dos a cuatro semanas, por este motivo se debe esperar este tiempo para poder valorar si el fármaco es efectivo. Si es ineficaz se debe cambiar o asociar con otro antidepresivo con un mecanismo de acción distinto. Para evitar el riesgo de recaída, cuando el paciente tenga una remisión completa de la depresión el tratamiento se debe prolongar de seis a doce meses más. Como puede producirse el síndrome de retirada es recomendable reducir la dosis de forma lenta durante un periodo de más de cuatro semanas. Las interacciones con otros fármacos suelen ocurrir a los tres o cinco días del tratamiento.

### Antipsicóticos

Los antipsicóticos actúan bloqueando el receptor de la dopamina D2, los de primera generación con menos potencia que los de la segunda generación.

Entre los antipsicóticos de primera generación están el haloperidol, perfenazina, tioridazina, clorpromazina, flufenazina y entre los de segunda generación están la clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, aripiprazol.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Las indicaciones médicas de los antipsicóticos son la esquizofrenia, síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, síntomas maníacos del trastorno bipolar, estabilizadores del estado de ánimo.

Ningún estudio ha demostrado diferencia en cuanto a la efectividad entre los de primera o segunda generación con la excepción de la clozapina que es la más efectiva. Por tanto, la elección de un determinado antipsicótico va a depender de los potenciales efectos adversos en cada paciente en particular.

Los efectos secundarios de los antipsicóticos son: sedación, hipotensión ortostática, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia, agranulocitosis, arritmia cardíaca, mareos, síndrome metabólico.

### Antiepilépticos

Los antiepilépticos sirven para el tratamiento de la epilepsia y algunos se utilizan también para el tratamiento del trastorno bipolar o para profilaxis de la migraña.

En general se deben utilizar en monoterapia y a la dosis mínima efectiva para conseguir los menores efectos secundarios. Si un antiepiléptico no es efectivo o aparecen efectos secundarios, de forma progresiva se introducirá otro hasta alcanzar la dosis terapéutica y el primero se retirará hasta llegar a suspenderlo totalmente.

La elección del antiepiléptico debe depender de la edad, de las comorbilidades y de los potenciales efectos secundarios. Ante una mujer fértil es recomendable utilizar la lamotrigina o la carbamazepina y evitar el fenobarbital o el ácido valproico. En las personas mayores pluripatológicas es preferible el levetiracetam o la lamotrigina. Ante un paciente obeso sería conveniente el topiramato o la zonisamida y no el ácido valproico. En los pacientes con migrañas se pueden utilizar el topiramato o la zonisamida. En el caso de un paciente con

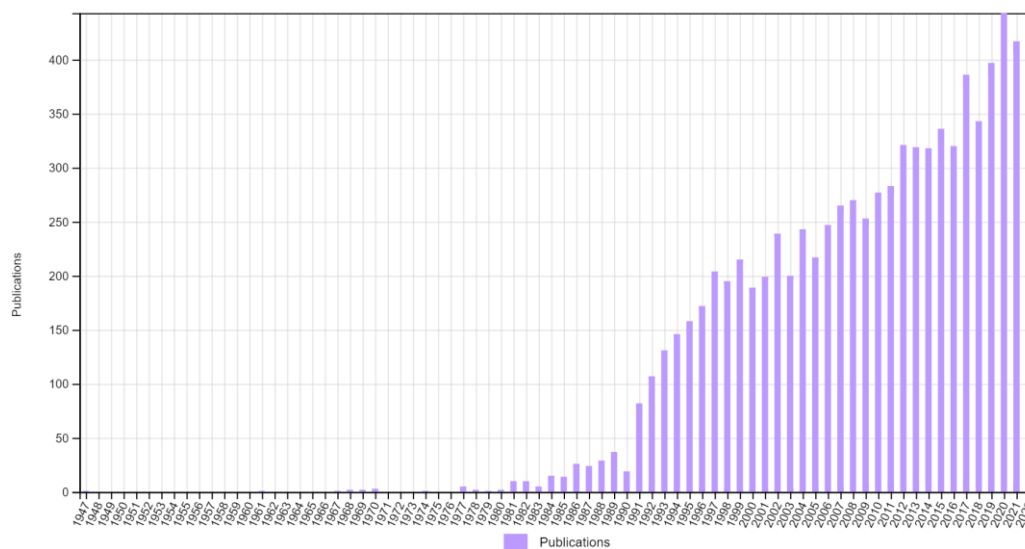
## **PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA**

enfermedad hepática conviene elegir levetiracetam, topiramato o lacosamida que tienen escasa unión a proteínas y evitar el fenobarbital, fenitoína y el valproato por su unión marcada a las proteínas. Cuando hay insuficiencia renal los fármacos de elección son el ácido valproico o la lamotrigina porque son eliminados por vía hepática. Si el paciente presenta enfermedad cardiovascular conviene tener en cuenta que los inductores enzimáticos (fenobarbital, carbamazepina, fenitoína) interactúan con los antagonistas del calcio, dicumarínicos y con algunos antiarrítmicos, que la fenitoína o el topiramato pueden disminuir los niveles de digoxina, que la carbamazepina o la oxcarbamazepina pueden aumentar la hiponatremia de los diuréticos, que el ácido valproico y los nuevos antiepilépticos no interactúan con los anticoagulantes.

### **Uso de psicofármacos en psicosomatología**

La psicosomatología cada vez está siendo más motivo de estudio científico como se puede objetivar en la búsqueda realizada en la base de datos Web of Science con el término somatización en la que se objetiva el crecimiento significativo de publicaciones a lo largo del tiempo llegando a los 8125 resultados.

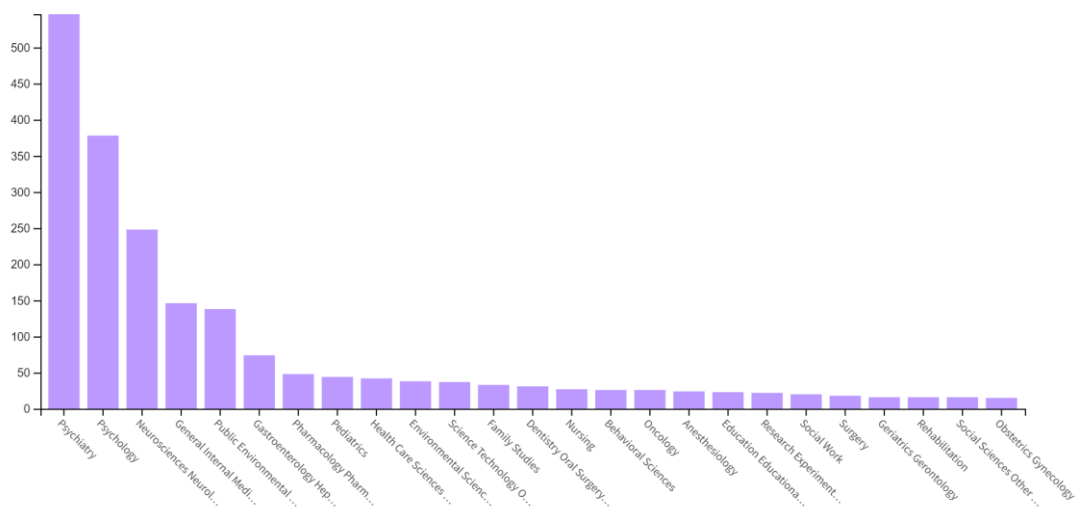
## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA



Y además en esa búsqueda se puede ver que las áreas de investigación son muy variadas, no son exclusivas de los psiquiatras o psicólogos que son las que predominan, sino que después en frecuencia son las de los médicos de familia, internistas o pediatras que son los que realizan un abordaje más integral del paciente con cualquier patología y después están las publicaciones de los de digestivo en las que son relativamente frecuentes sus trastornos funcionales entre los que destacan el síndrome del intestino irritable.



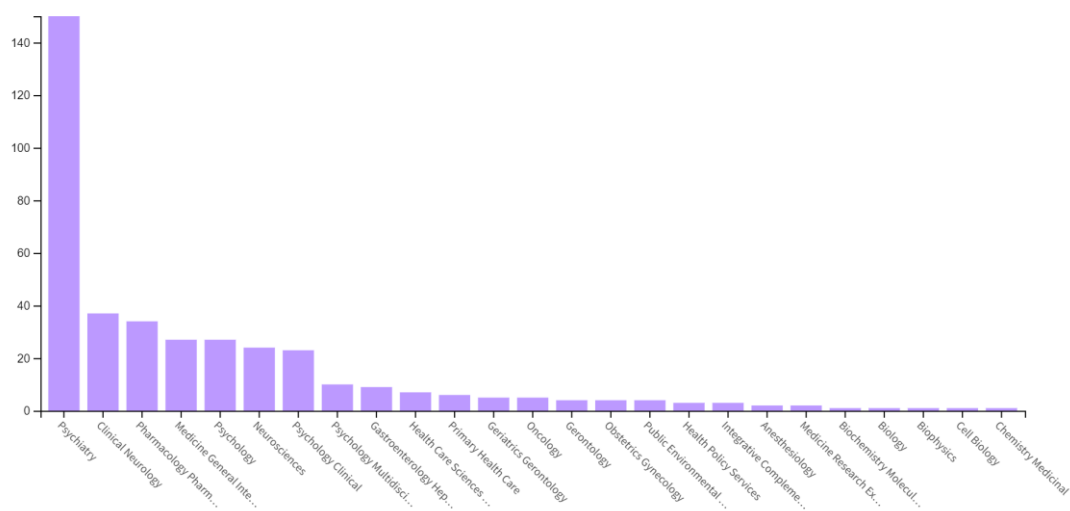
## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA



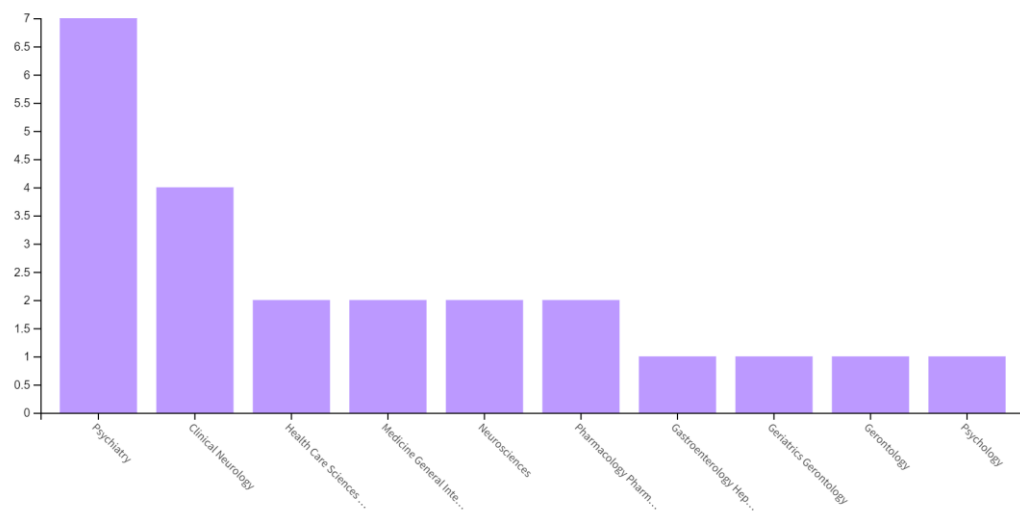
Continuando con esa búsqueda “somatización” si se concreta más teniendo en cuenta los distintos tipos de psicofármacos obtenemos lo siguiente:

Estudios con antidepresivos se consiguieron 224 resultados

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

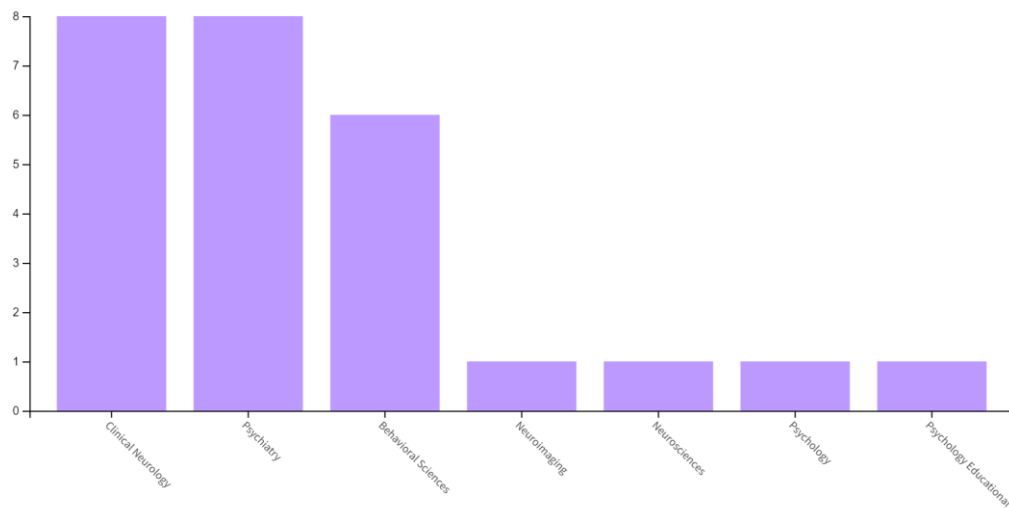


En investigaciones con benzodiazepinas se obtuvieron diez publicaciones



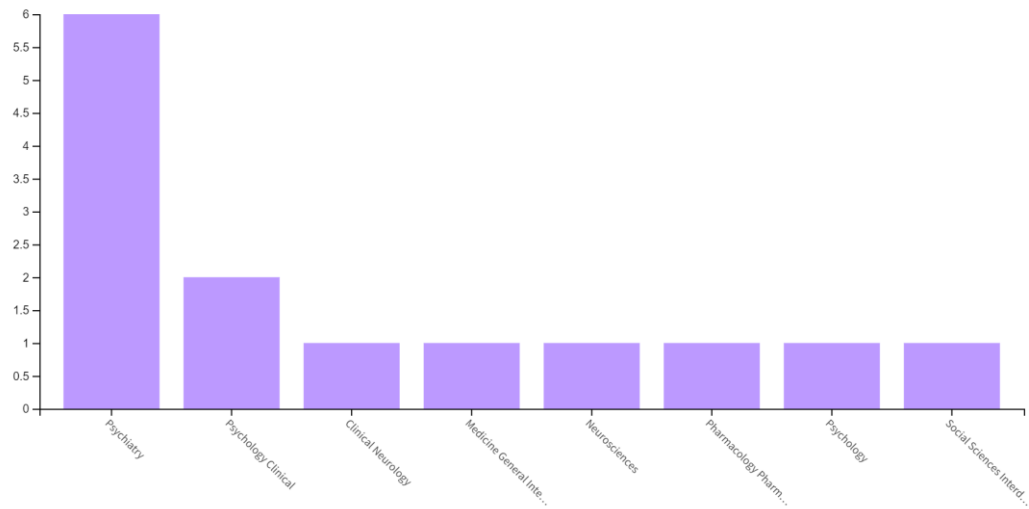
## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Los estudios con antiepilépticos fueron diez publicaciones



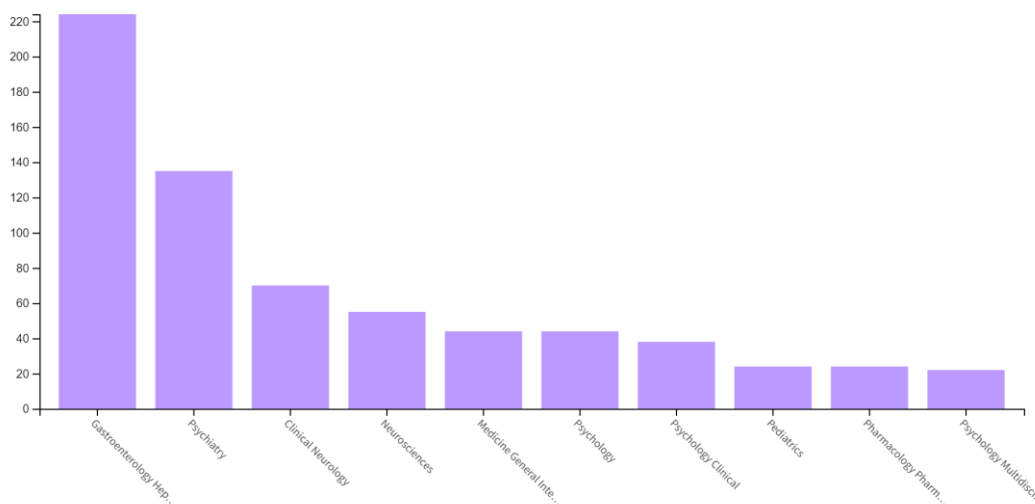
Las publicaciones con antipsicóticos fueron ocho.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA



Continuando en esta misma búsqueda de “somatización” en la web of Science se realiza una búsqueda más concreta, en una patología psicosomática clásica como es el “síndrome del intestino irritable”, y se obtienen 512 resultados.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA



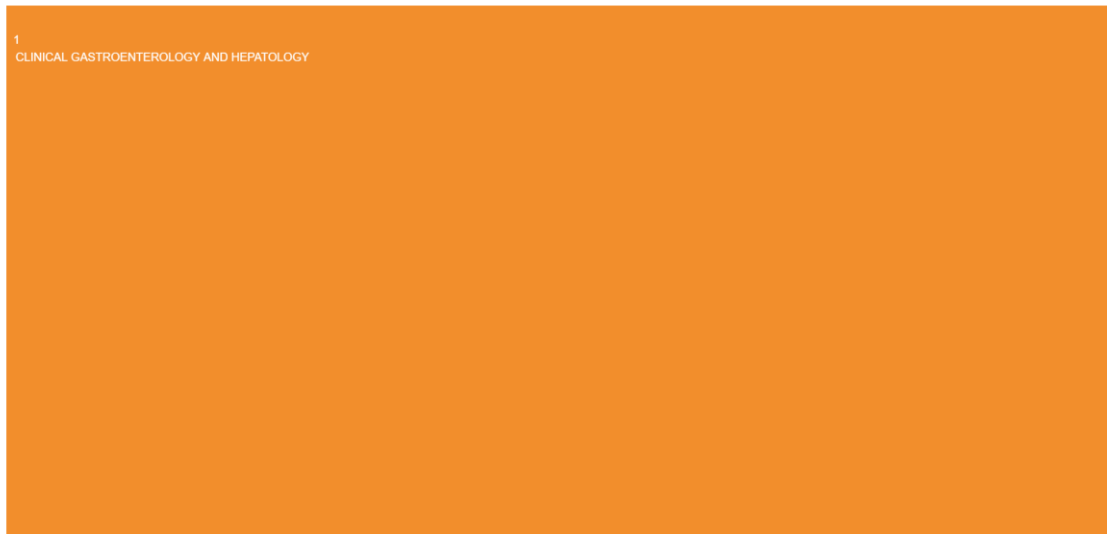
En estos 512 resultados de somatización y síndrome de intestino irritable se quiere ver si se mantienen las mismas proporciones de estudios con los distintos psicofármacos y se obtiene lo siguiente:

En relación con los antidepresivos se obtienen 24 resultados en las siguientes revistas científicas.



## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Respecto a las benzodiazepinas solo se obtuvo un resultado



No se objetivó ningún resultado sobre el uso de antiepilépticos en pacientes con síndrome de intestino irritable.

Con respecto a los antipsicóticos se objetivaron tres artículos sobre su uso en estos pacientes.

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA



Por lo que podemos concluir que todos los tipos de psicofármacos se pueden utilizar en un paciente psicosomático siendo los antidepresivos los que con más frecuencia se utilizan e investigan y siendo estos además los que más se utilizan en todo tipo de especialidades médicas.

### Bibliografía

American Psychiatric Association, APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition revised (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.

Adewusi J, Levita L, Gray C, Reuber M. Subjective versus objective measures of distress, arousal and symptom burden in patients with functional seizures and other functional

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

neurological symptom disorder presentations: A systematic review. *Epilepsy Behav Rep.* 2021;16:100502. Published 2021;9. doi:10.1016/j.ebr.2021.100502

Bair MJ, Krebs EE. Fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2020;172(5). doi: 10.7326/AITC202003030. PMID: 32120395.

Ball, S, Howes, C, Affleck A. Functional symptoms in dermatology: Part 1. . *Clin Exp Dermatol*, 2020;45 (1):15–19. doi.org/10.1111/ced.14063

Ball, S, Howes, C, Affleck A. Síntomas funcionales en dermatología: Parte 2. *Clin Exp Dermatol*, 2020;45(1):20-24. doi.org/10.1111/ced.14064

Carbone F, Vanuytsel T, Tack J. The effect of mirtazapine on gastric accommodation, gastric sensitivity to distention, and nutrient tolerance in healthy subjects. *Neurogastroenterol Motil* 2017;29.

Cipriani A, Toshi A, Furukawa , Salanti G , Chaimani A, Atkinson LZ et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018;391(10128):1357-1366.

doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7.

Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, et al. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 1:CD012188.



## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019;114:21-39

Ford AC, Luthra P, Tack J, et al. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2017;66:411–20.

Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31548-8. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33049223.

Gureje O., Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*. 2016;15(3):291–292

Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):23-31. doi:10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen

Kim DY, Lee JS, Park SY, Kim SJ, Son CG. Systematic review of randomized controlled trials for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *J Transl Med*. 2020;18(1):7. doi: 10.1186/s12967-019-02196-9.

Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54A

Murakami M, Osada K, Ichibayashi H, et al. An open-label, long-term, phase III extension trial of duloxetine in Japanese patients with fibromyalgia. *Mod Rheumatol*. 2017;27:688-95.

Murray AM., Toussaint A., Althaus A., Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res*. 2016;80:1–10

## PSICOFÁRMACOS EN PSICOSOMATOLOGÍA

Saito YA, AE Almazar, KE Tilkes, et al. Randomised clinical trial: pregabalin vs placebo for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 2019; 49:389-397

Sayuk GS, Gyawali CP. Functional Dyspepsia: Diagnostic and Therapeutic Approaches. *Drugs*. 2020 Sep;80(13):1319-1336. doi: 10.1007/s40265-020-01362-4. PMID: 32691294.

Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci*. 2021;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891.

Tack J, Ly HG, Carbone F, et al. Efficacy of mirtazapine in patients with functional dyspepsia and weight loss. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(385–392):e4.

Update on Antiepileptic Drugs 2019. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2019; 25 (2): 508-536. doi: 10.1212/CON.0000000000000715.

Wilkinson JM, Cozine EW, LOFTUS CG. Gas, Bloating, and Belching: Approach to Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Mar 1;99(5):301-309.

Wilkinson JM, Gill MC. Irritable Bowel Syndrome: Questions and Answers for Effective Care. *Am Fam Physician*. 2021 Jun 15;103(12):727-736.