

MANEJO DEL PACIENTE QUE SOMATIZA

Juan Manuel Gimenez Pedemonte, Martín Daniel González,
Julio Vidal Dávalos, Fernando Daniel Pucheta,
Dra.: Graciela María Roux.

RESUMEN:

La somatización es el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos. Es uno de los problemas más comunes a los que se puede ver enfrentado el médico en su práctica cotidiana, ya que los síntomas casi nunca tienen una causa orgánica determinada. En este trabajo se revisan y actualizan los conocimientos existentes acerca de la somatización y sus diferentes trastornos, repasando los métodos con los que cuenta el médico para poder llegar al diagnóstico, y se brindan algunas recomendaciones útiles para el manejo de los pacientes, teniendo en cuenta que poder llegar a saber si la etiología del síntoma es psicológico y no físico no es una tarea fácil.

Palabras claves: somatización, paciente, síntomas somáticos, personalidad somatizante.

Abstract

Somatization, the process by which people experience and express emotional distress through physical symptoms, is one of the biggest challenges a physician may face in his daily medical practice because the symptoms have no organic documentable cause. The article reviews and updates the knowledge of somatization and its various disorders, seeking to expand the tools for physicians to perform a more accurate diagnosis and provides some useful recommendations for the management of patients taking into account that the decision whether the etiology of the symptom is psychological and not physical is not easy.

Key words: Somatization, patient, somatic symptoms, personality somatizante.

INTRODUCCION:

La somatización se considera uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que encaran los médicos a nivel de la atención primaria^{1,2,3}. Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo, los cuales, a veces, aun cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica^{1,2,4,5}.

El fenómeno de la somatización, que se manifiesta en forma de síntomas y quejas sin aparente explicación, es muy frecuente en Atención Primaria (AP) y con frecuencia no es diagnosticado^{2,6,7}.

El paciente que somatiza o no tiene patología orgánica discernible y se presenta repetidamente con síntomas físicos, o bien tiene problemas orgánicos, pero amplifica sus síntomas, es usuario frecuente de los servicios del médico^{1,2}.

Aunque se desconocen los mecanismos que desencadenan este fenómeno, existen patrones comunes que se repiten en la mayoría de los pacientes: se trata de gente con personalidad egocéntrica, exagerada dependencia de los demás y que proviene de un núcleo familiar en donde se presentan casos similares³.

También es característico que cuando estas personas tienen la oportunidad de expresar sus molestias a un médico lo hagan de manera dramática y emotiva, refiriéndose a ellas como "una cosa insoportable", "dolores

indescriptibles" o "lo peor que pueda imaginarse", y aunque las manifestaciones pueden variar enormemente se presentan más a menudo como dolor de cabeza y abdominal, náusea, vómito, dificultad para tragar, diarrea, cansancio, pérdida de conciencia, pseudo convulsiones, visión borrosa, disminución de la libido, así como menstruaciones dolorosas y molestias severas durante el coito (en mujeres) y disfunción eréctil (en hombres)^{2,7,8,9,10,11}. Independientemente de esto, son constantes las evidencias psicológicas: ansiedad y depresión^{6,7,8,12,13}.

Esta Revisión Bibliográfica tiene por **objetivo** describir y analizar distintas publicaciones científicas referentes al manejo del paciente que somatiza, revisando los aspectos más relevantes de dicha patología, haciendo hincapié en sus características clínicas, sus factores etiológicos y las bases de su manejo, ya que se trata de una entidad de elevada frecuencia en la consulta de la práctica médica general^{10,14,15}.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó la recopilación de artículos científicos a través de buscadores específicos: Cochrane, IMBIOMED, LILACS y MEDLINE. Se revisaron los archivos de publicación previas de revistas internacionales: New England, The Lancet, British Medical Journal. Se utilizaron como términos de búsqueda: somatización, paciente, síntomas somáticos, personalidad somatizante.

DESARROLLO

La condición normal del ser humano es experimentar síntomas somáticos^{3,6}. El 75% de

los adultos sanos presentan algún tipo de malestar físico en el plazo de una semana ^{2,14}. Éste puede deberse a circunstancias fisiológicas como la respiración o la circulación, a modificaciones en la dieta, a infecciones víricas subclínicas o a determinados factores ambientales (calor o frío extremo, contaminación) ². Son síntomas somáticos que no constituyen enfermedad. Pero algunos pacientes amplían sus sensaciones corporales y la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones «normales» de estas sensaciones pensando que son patológicas y aumentando su ansiedad ^{3,14}. Por lo tanto muchos síntomas no explicables por causas fisiopatológicas pueden ser atribuidos a orígenes psicosociales ².

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido también señalada como relevante ^{6,7}. Si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental desde antiguo, ha recibido nuevamente atención en la última década, después de estudios epidemiológicos que han demostrado su prevalencia mayor de lo esperado, sea como trauma bélico, civil o familiar ^{1,2,14}.

El modelo biopsicosocial postula que no tiene sentido dividir a los síntomas en funcionales y orgánicos ^{3,14}. Todo síntoma esta compuesto por dos elementos: una sensación periférica (componente perceptual), y una elaboración cortical cerebral de esa sensación (componente reactivo) ². El componente reactivo a su vez puede ser de amplificación, o de minimización. Tanto pacientes sintomáticos como pacientes que somatizan pueden amplificar sus sensaciones periféricas ¹⁴. La tendencia hacia la amplificación es un atributo de la personalidad, una estrategia de manejo cognitivo, una característica neurofisiológica, y una función de los antecedentes médicos, de las fuerzas socioculturales, de la naturaleza del síntoma particular, y de los eventos de vida ^{1,2,14}. No hay relación fija y consistente entre la cantidad demostrable de enfermedad y la cantidad subjetiva de malestar que el paciente siente. La somatización puede ser vista como una respuesta de un individuo a estímulos estresantes ². Estos estímulos pueden ser externos (ambientales o sociales), o internos (psicológicos o fisiológicos). La respuesta del individuo a estos estímulos esta influenciada por muchos factores, incluyendo factores psicológicos, la familia, variables socioculturales y la naturaleza del estímulo en sí ^{1,14}.

Factores Etiológicos

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad ^{1,5}.

Factores psicológicos y de personalidad.

Tanto la depresión como la ansiedad pueden presentarse con síntomas somáticos ^{1,2,7,12}. Los pacientes con depresión pueden presentar un cuadro en el cual predominan los síntomas somáticos y el efecto depresivo característico no es obvio ^{7,12}. Los pacientes ansiosos pueden presentar síntomas somáticos sin causa patológica aparente, y sin evidencia de la ansiedad psicomotriz característica. El síntoma somático puede ser debido a un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático tal como taquicardia, diaforesis, y diarrea u otros trastornos gastroenterológicos, o puede ser una de varias sensaciones comunes tales como cefalea, fatiga, o dolor de pecho ^{2,12}. La ansiedad crónica aumenta la sensibilidad a las sensaciones, y los pacientes ansiosos demuestran una tolerancia disminuida para el dolor ⁵.

Una personalidad somatizante se describe como aquella caracterizada por largos antecedentes de muchos síntomas físicos sin anomalías serias, acompañadas por un miedo persistente a la enfermedad y una convicción sobre su presencia ⁵. Personas con variaciones de la personalidad somatizante han recibido atención y han sido denominadas hipocondríacos, somatizadores, pacientes problemáticos, pacientes con dolor crónico, masoquistas y pacientes con quejas crónicas ⁵. Estas variantes de la personalidad incluyen la enfermedad y el sufrimiento como componentes fundamentales de sus relaciones sociales, su manera de manejar el estrés y su visión de si mismo. Las relaciones interpersonales están basadas en la enfermedad y el sufrimiento de la persona, que son utilizados para manipular a otras personas ⁵. Esta personalidad demuestra tres lemas: 1) masoquismo y culpa crónica y la interpretación de la enfermedad como un castigo; 2) hostilidad con un sentido de haber sido agredido; y 3) dependencia y demandas interpersonales excesivas.

Factores familiares. Cada unidad familiar tiene normas y reglas diferentes en cuanto al manejo de problemas, incluyendo problemas emocionales ⁵. Es dentro de esta unidad social que el niño aprende las respuestas apropiadas a su ambiente, su mundo social y sus sentimientos internos. Los niños no pueden distinguir entre el dolor físico y emocional, y es solo por medio de las reacciones de adultos que aprenden a hacer esta distinción ⁵. En muchas familias los malestares somáticos evocan atención y cariño, mientras que los malestares emocionales no evocan ninguna respuesta. En estas familias, el niño aprende rápidamente a utilizar síntomas somáticos para conseguir atención. Como resultado los problemas físicos y emocionales se unen y no se produce un lenguaje psicológico para los estados de ánimo internos. La agresión, el sufrimiento y el dolor juegan roles importantes en

las relaciones familiares precoces de los pacientes. Las familias psicósomáticas demuestran ausencia de lenguajes psicológicos, falta de resolución verbal del conflicto y negación de problemas psicológicos. Muchas veces la somatización de un niño sirve para estabilizar relaciones familiares precarias y para externalizar problemas emocionales familiares⁵.

Factores socioculturales. La estructura social y la cultura afectan profundamente la manera en la cual se experimentan los procesos biológicos y psicológicos⁵. Los estudios transculturales sobre la depresión han demostrado que los síntomas vegetativos de la depresión son semejantes a través de las culturas, pero los componentes cognitivos y afectivos difieren de manera importante^{4,8}. La gran variedad de reacciones al estrés fisiológico y al psicológico pueden ser apreciadas a través de fronteras étnicas, sociales y familiares de la sociedad⁵. La somatización es más prevalente en las personas con menos educación, de vivienda rural, de regiones fundamentalistas, de orientaciones étnicas tradicionales y de clases socioeconómicas más bajas⁵.

El sistema familiar

La reacción de la familia al paciente que somatiza es crítica. La familia puede reforzar la somatización del paciente, permitiéndole el rol de enfermo, con el cuidado, la atención, y la exención de las responsabilidades sociales correspondientes. Si el rol de enfermo llega a ser crónico, un nuevo equilibrio que depende de la enfermedad continuada del paciente puede ser establecido en la familia⁵.

El sistema de atención médica

Con su preocupación predominante por el diagnóstico y tratamiento de problemas somáticos (orgánicos), los médicos están principalmente orientados a un idioma somático. Cuando un paciente presenta síntomas somáticos, el énfasis está en descartar o comprobar una causa orgánica del síntoma^{1,5}. Mientras esto es un proceso necesario y esencial de la consulta clínica, demasiadas veces el descartar una causa orgánica completa el proceso se le reasegura al paciente que no tiene nada serio y se lo despiden. Este proceso no solo organiza los síntomas del paciente y refuerza su somatización, sino que también falla en producir un diagnóstico y un plan de tratamiento significativo. El paciente aun tiene sus síntomas, y seguirá buscando atención y solución a sus problemas el sistema de atención biomédica fomenta la expresión de problemas psicosociales por medio de síntomas somáticos.

Evaluación clínica biopsicosocial

La evaluación biomédica sistemática es parte integral del proceso de diagnóstico,

aunque sola es inadecuada¹⁰. Deben evaluarse cuatro áreas: psicológica, familiar, sociocultural, y la naturaleza de los factores estresantes¹. Deben buscarse síntomas somáticos típicos de ansiedad y depresión, se debe preguntar sobre la familia de origen y la familia nuclear actual^{8,13,15}. Debe investigarse el origen étnico del paciente, su clase social, afiliación religiosa, su situación de trabajo y su nivel de educación¹⁰. Es útil preguntar como la enfermedad ha afectado su vida y su familia, y como sería su vida si no estuviera enfermo^{2,10,15}. Es importante buscar la presencia de factores estresantes significativos en la vida del paciente^{2,10,15}. Es importante entender la enfermedad con la perspectiva del paciente^{2,10}. El modelo explicatorio del paciente, da al médico un conocimiento del entendimiento del paciente sobre su causa, la fisiopatología, el curso esperado y el tratamiento deseado para la enfermedad^{3,10}.

Tratamiento del paciente que somatiza

El tratamiento del paciente que somatiza requiere metas realistas. No es realista, por ejemplo, esperar una cura completa, un paciente feliz, fácil expresión de afecto o agradecimiento^{15,16}. Metas más realistas incluyen: una disminución en la utilización de servicios médicos, una disminución en los comportamientos disruptivos, una mejoría en la asistencia al trabajo, y una mejoría en las relaciones interpersonales^{2,15}.

La primera tarea al trabajar con estos pacientes es establecer y mantener una buena relación médico paciente⁶. Es importante comunicar la aceptación de la naturaleza somática del problema del paciente, y después de una investigación médica cuidadosa, explicarle que no hay condiciones serias, y que no serán necesarias pruebas adicionales o cirugías y que el médico conoce el diagnóstico y hará una reevaluación periódica de la situación¹⁵. Es apropiado dar al paciente una explicación somática significativa pero benigna (exceso de tensión muscular, espasmo muscular, etc.) gradualmente el médico debe desarrollar con el paciente el concepto del rol del estrés, evitando una connotación psiquiátrica¹⁵. Es muy importante que el médico comunique que el cree que el síntoma es real, pero no se pueden separar las emociones de las sensaciones físicas². Es importante luego, que el médico comunique al paciente que no será posible, curar o suprimir el síntoma, pero que quizás sea posible que el paciente viva una vida más productiva con quitar el problema del centro de su vida^{12,15,16}. Durante los contactos iniciales es importante desarrollar, en el lenguaje del paciente, la idea de que la multiplicidad usual de agentes terapéuticos no sirvió y que fueron acompañadas por efectos colaterales. Utilizando las observaciones propias del paciente se pueden reducir las discusiones po-

tenciales sobre el uso de medicaciones¹⁰. Los principios de modificación del comportamiento pueden ser utilizados para fomentar comportamientos positivos en cuanto a trabajos, relaciones sociales, actividades familiares y recreo^{9,15}. También es esencial atender de una manera mínima a comportamientos de enfermos (somatizaciones), y apoyar esta misma táctica por parte de la familia⁹. Los síntomas somáticos deben ser evaluados brevemente, pero el médico debe evitar el reforzar el componente somático, reforzando de manera positiva con el paciente de sus factores estresantes de vida actuales^{9,15}. En vez de decirle al paciente que vuelva cuando tenga problemas, es preferible citarlo de nuevo para un día fijo, tenga o no tenga síntomas¹⁵. Las citas de seguimiento deben de ser limitadas a diez o veinte minutos y deben ocurrir cada cuatro a seis semanas¹⁵. En el caso del paciente difícil, la atención del paciente puede ser compartida entre el médico de familia y el psiquiatra^{9,11,13}. En la mayoría de los pacientes, el médico de familia puede manejar al paciente solo¹⁵.

CONCLUSION

La somatización es un fenómeno psicológico complejo que incluye no solo el mecanismo inconsciente de defensa como tal, si no una serie de conductas patológicas por parte de

los pacientes. Es frecuente en la práctica médica, especialmente en áreas de atención primaria y su diagnóstico es un reto para el médico, pues la búsqueda etiológica de los síntomas demanda tiempo, paciencia, conocimientos y experticia; concluir que la etiología de los síntomas físicos es psicológica no es tarea fácil. Se deben descartar todas las posibles causas orgánicas de los síntomas sin caer en excesos y una vez se haya determinado que la sintomatología corresponde a un proceso de somatización, el médico debe, no solo realizar el diagnóstico de acuerdo a la clasificación, si no comunicárselo al paciente de la forma mas respetuosa y empática posible. El manejo se puede considerar exitoso si consigue mantener al paciente alejado de los servicios de urgencias, si reduce la exposición a procedimientos iatrogénicos, y por supuesto, si consigue disminuir el sufrimiento, lo que consecuentemente disminuirá el desgaste emocional del médico.

La interconsulta a psiquiatría para corroborar el diagnóstico y recibir el tratamiento adecuado es mandatoria, recordando que la remisión no significa que el paciente no deba volver a su médico tratante, ya que el manejo debe ser en conjunto, procurando una atención integral al paciente pues lo psicológico no excluye lo orgánico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Di Silvestre C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Redalyc [en línea] Chile. 1998. [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10100407>
- 2- Carbajal de la Torre A. Somatizaciones. Fistera [en línea] Guías Clínicas 2002; 2 (25). [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/somatizaciones.asp>
- 3- Spann S. El manejo del paciente con problemas somatomorfos. Revista internacional de Medicina Familiar. 1988; 5(1).
- 4- Gaedicke Hornung A, González-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14.
- 5- Zegarra Mita H, Guzmán R. Trastorno de somatización, trastorno por somatización, somatización. Rev. Pacea Med Fam 2007; 4(6): 144-148.
- 6- Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñoz C, Leighton C, Marambio M. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2002; 40:4.
- 7- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elmin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Zirkzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009; 302(5):550-561.
- 8- González Ramírez MT, Hernández R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 25(2):141-5.
- 9- Gerra Cid LR. Propuestas básicas para la intervención con el paciente psicósomático. Instituto de psicoterapia IPSA-levante [en línea] España. 2007. [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://perso.wanadoo.es/ipsa/articulos/Propuestas.PDF>
- 10- Gasulla Roso JM. Una aproximación conceptual a los síntomas inexplicables médicamente (SIM). Editorial intersalud. Bibliopsiquis [en línea] Febrero-Marzo de 2010. [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/handle/10401/970>
- 11- Castillo Alarcón MP, Ziadi Trives M, García Bourza R, Dani R, García Nues C, Fenollar Ibáñez F, Martí Martínez A. Trastorno somatomorfo. Caso clínico: Todos me engañan, estoy muerta por dentro. Bibliopsiquis [en línea] Febrero-Marzo de 2010. [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://psiquiatria.tv/bibliopsiquis/handle/10401/978>
- 12- López S, Belloch J. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2002; 7 (2):73-93.
- 13- Creed F. Importancia de los Trastornos Somatomorfos en la Psiquiatría General. World Psychiatry 2006; 5(3):146-150.
- 14- Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Rev. chil. Neuropsiquiatría 2002; 40 (1).
- 15- Campayo JG. Fenómeno de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. Rev. esp. sanid. penit. v.9 n.3. Scielo [en línea] Barcelona nov.-feb. 2007. [fecha de acceso 27 de marzo del 2010]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202007000300004&script=sci_arttext
- 16- Tampayo JM, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007; 29 (2).