

Trastorno por Somatización: Su abordaje en Atención Primaria

Ramiro Eduardo Guzmán Guzmán^a

^a Médico especialista en
Medicina Familiar. Caja
Nacional de Salud, distrital La
Paz, Bolivia

Correspondencia:
Ramiro Eduardo Guzmán
Guzmán. Correo electrónico:
guzman_ramiro@hotmail.com

Recibido el 1 de junio de 2011.

Aceptado para su publicación el
22 de julio de 2011.

RESUMEN

La somatización como tal no es un diagnóstico psiquiátrico, sino un denominador común de una serie de procesos patológicos agrupados según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como trastornos somatomorfos. Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés. Los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves (sobre todo el trastorno por somatización, la hipocondría, la dismorfofobia y el dolor psicógeno) suelen presentarse también con trastornos de la personalidad que determinan la evolución o, incluso, son el diagnóstico principal del caso.

Con frecuencia, además, estos pacientes presentan un estrés psicosocial importante cuando acuden al médico y problemas de ajuste social que muchas veces tienen un refuerzo ambiental de los síntomas. Las ganancias derivadas de la enfermedad y de la asunción del papel de enfermo, los mecanismos cognitivo-perceptivos anómalos y los trastornos de la relación médico-enfermo resultan también imprescindibles para entender el proceso de configuración de muchos trastornos somatomorfos y para articular el tratamiento de éstos.

El trastorno por somatización, por tanto, se debe conocer y tener en cuenta en la consulta del médico de familia porque muchos de los síntomas somáticos que presenta un paciente puede ser la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales que pueden poner en peligro la relación médico-paciente.

Palabras clave. Trastornos Somatoformes, Somatización.

ABSTRACT

Somatisation disorder: Primary Care approach

Somatisation as such is not a psychiatric diagnosis, but is a common denominator of a number of disorders described by the DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) as somatoform disorders.

Somatoform disorders are diagnosed by the presence of body symptoms that suggest a physical disorder without a demonstrable organic cause or known physiological mechanism that fully explains them and by the reasonable presumption that these symptoms are related to psychological factors or stress. Patients with chronic, serious somatoform disorders (mainly somatisation disorder, hypochondriasis, body dysmorphic disorder, and psychogenic pain) also present with personality disorders that determine the evolution or are even the main diagnosis. In addition, these patients frequently present/display severe psycho-social stress when they go to the doctor and have social adjustment problems, which often reinforce the symptoms. The gains derived from the disease and the role the patient assumes, the anomalous cognitive-perceptive mechanisms and the doctor-patient relationship are all essential for the understanding of the configuration process of many somatoform disorders and for determining their treatment. Primary care doctors therefore should be aware of and consider somatisation disorders in their clinical practice because many of the patient's symptoms could be an expression of their emotional difficulties that summarize complex psychological, life, family and social interactions, that may jeopardize the doctor-patient relationship.

Key words. Somatoform Disorders.

INTRODUCCIÓN

La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en la consulta de atención primaria. Muchos pacientes presentan estos síntomas incidentalmente pero otros lo padecen crónicamente y persisten mucho tiempo buscando atención médica. Los síntomas somáticos en estos pacientes representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. Este escenario clínico ha sido denominado de varias formas: somatizaciones, cuadros funcionales, síntomas físicos sin explicación médica, trastorno de somatización, somatización, etc.

Los fenómenos de somatización se conocen en Medicina desde hace siglos, aunque su historia se ha solapado con la de la histeria. La primera referencia escrita de este trastorno la realizaron los egipcios en 1900 a. C. a través del Papiro de Kahun. Los griegos crearon el término «histeria», cuyo origen es la palabra griega *hysterum* (útero). Consideraban que la histeria se producía por el desplazamiento del útero a través de los diferentes humores corporales, de forma que se experimentaban los síntomas en la zona del organismo donde recalaba el útero. En el *Corpus Hipocraticum* reconocieron también el trastorno de somatización. Durante la Edad Media, muchos pacientes histéricos acabaron en la hoguera, acusados de brujería. A finales del S. XVI, Le Pois rechaza el origen uterino de la histeria y Sydenham, en 1682, descubre la hipocondriasis como contrapartida masculina del mismo trastorno. El psiquiatra francés Paul Briquet (1859) describe de forma exhaustiva la clínica de la enfermedad y Freud formula, alrededor de 1895, los mecanismos de la histeria de conversión. A lo largo del siglo XX, a través de estudios clínicos, epidemiológicos y de seguimiento, se estableció la validez, fiabilidad, estabilidad temporal y consistencia interna del Síndrome de Briquet, demostrando su independencia de los trastornos ansiosos y depresivos. La categoría de los trastornos somatomorfos se creó en 1980, cuando se describió por primera vez en el DSM-III, abandonando el epónimo de Síndrome de Briquet, y en la cuarta versión de este manual (DSM-IV) se pulieron los conceptos de este trastorno que conocemos en la actualidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como “un patrón crónico de conducta

de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias”.

La alta utilización de recursos expresada a través de la solicitud de estudios innecesarios e interconsultas a especialistas genera altos costos y riesgo de complicaciones iatrogénicas. La insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la falta de reconocimiento del origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad.

DEFINICIÓN

Síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica.

ASPECTOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido señalada como relevante. Si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental, ha recibido nuevamente atención en la última década, después de que estudios epidemiológicos han demostrado una prevalencia mayor de lo esperado, sea como trauma bélico, civil o familiar. Algunos estudios han ligado síntomas específicos de trauma a patrones específicos de sintomatología somática. Por ejemplo, los abusos sexuales informan tasas elevadas de síntomas ginecoobstétricos o gastrointestinales inexplicables; otros casos de refugiados que han presenciado atrocidades bélicas presentan tasas altas de ceguera psicogénica.

Varios estudios han mostrado una asociación entre trauma y presentación de síntomas somatomorfos. Estos hallazgos señalan que puede ser útil investigar sistemáticamente cómo diversos traumas pueden ligarse específicamente a somatización, TEPT (trastorno de estrés postraumático) y otros trastornos comórbidos.

Leserman *et al.* han examinado en detalle la relación entre abuso físico y sexual relacionados con síntomas gastrointestinales inexplicados en mujeres en consulta ambulatoria, identificando como factores de riesgo heridas serias durante el abuso, victimización por múltiples perpetradores.

dores, violación y amenazas repetidas hacia la propia vida.

Asimismo, la somatización se ha asociado a un número de diagnósticos psiquiátricos, en los cuales se ha relacionado la comorbilidad de trastornos psiquiátricos con somatización, ya sea basados en estudios con población psiquiátrica o de atención primaria de salud, pudiendo encontrar mayor riesgo relativo de somatización que la población general en trastorno de pánico, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y episodio maníaco.

Por otro lado, existen razones sociales y culturales para magnificar los síntomas. Las clases sociales altas tienden a amplificar los síntomas, mientras que la somatización es más frecuente en personas con nivel socio-económico o educacional bajos y domicilio rural.

Otros estudios señalan que entre el 38% y 60% de los pacientes informan de síntomas que no pueden ser relacionados con una enfermedad o patología orgánica.

La variabilidad de las cifras de prevalencia se debe, por una parte, a la dificultad generada por lo restrictivo de los criterios diagnósticos para el trastorno por somatización del DSM-IV y, por otra, a lo impreciso de los criterios diagnósticos para poder realizar un diagnóstico específico.

ETIOLOGÍA

Factores genéticos

La propuesta clásica de una base genética común para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo.

Factores biológicos

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensoriomotora anómala. El análisis

del patrón verbal en estos pacientes muestra una identidad del *self* negativa y confusa con dos componentes: una modificación de los objetos y de las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía y pseudodependencia.

Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro.

Factores biopsicosociales

Parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización. Las mujeres que presentan un trastorno por somatización suelen tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente y suelen casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos.

En varones se relaciona más con situaciones legales, del servicio militar o a compensación por incapacidad, pensiones de veteranos o económicas postraumas.

Las experiencias infantiles tienen interés en la formación del carácter del somatizador desde una perspectiva evolutiva. Influirían factores como las carencias afectivas en la infancia, un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres (enfermaban con frecuencia, acudían a menudo a los médicos, la enfermedad física era bien aceptada por parte de la familia y excusaba al enfermo de obligaciones).

Dentro de un grupo familiar patológico, la familia se organiza en torno al enfermo para olvidar otros problemas. El niño puede aprender poco a poco que, a veces, la única manera de obtener la respuesta que necesita es mediante una «conducta de enfermedad». De adulto, ante las dificultades para manejarse en las situaciones de la vida diaria, la enfermedad puede ser una forma inconsciente de refugio que aprendió a usar cuando era pequeño.

CATEGORIZACIÓN DE POSIBLES CUADROS CLÍNICOS

Han sido descritas tres formas para categorizar los posibles cuadros clínicos: síndromes clínicos en relación a los síntomas, categorías psiquiátricas y visión integradora.

Síndromes clínicos relacionados a los síntomas

Una primera alternativa es categorizar a estos pacientes desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación al órgano, aparato o sistema de su incumbencia (tabla 1).

Categorías psiquiátricas

La segunda forma de categorizar a estos pacientes es intentar incluirlos dentro de las categorías psiquiátricas del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), que incluye los trastornos somatomorfos. Este consenso define estos trastornos como la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, efectos de una sustancia u otro trastorno mental. Además, los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especialidad	Síndrome funcional
Gastroenterología Urología Reumatología Neumología Neurología Otorrinolaringología Cardiología Ortopedia Miscelánea	Colon irritable, dispepsia no ulcerosa Dolor pélvico crónico Fibromialgia Síndrome de hiperventilación Cefalea tensional, acúfenos Globus faríngeo, tinnitus Dolor precordial atípico Dolor lumbar crónico Síndrome de fatiga crónica

Tabla 1. Síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad.

Nemotecnia	Síntoma	Sistema afectado
Respiración entrecortada	<i>Shortness of breath</i>	Respiratorio
Dismenorrea	<i>Dysmenorrhea</i>	Reproductor
Quemazón genital	<i>Burning in sex organ</i>	Psicosexual
Nudo en la garganta (dificultad para tragar)	<i>Lump in throat</i>	Seudoneurológico
Amnesia	<i>Amnesia</i>	Seudoneurológico
Vómito	<i>Vomiting</i>	Gastrointestinal
Dolor en las extremidades	<i>Painful extremities</i>	Musculoesquelético

Tabla 2. Test de cribado de Othmer y DeSouza para el trastorno por somatización con siete síntomas (Tomada de Othmer y DeSouza, 1985).

Visión integradora

Una tercera forma de categorizar esta problemática integra las clasificaciones anteriores en forma práctica y con fines pragmáticos. Ésta parte de la premisa de que la somatización no es una entidad específica y sí un proceso con diferentes aristas y grados de expresión y de que, si el proceso de somatización es identificado, el manejo de las diferentes formas de expresión es similar. En ocasiones puede ser más claro y conveniente utilizar las "etiquetas" de los cuadros clínicos y, en otras, las de la terminología psiquiátrica.

El espectro del síndrome es tan variable que puede relacionarse, en un extremo del espectro, con síntomas comunes o habituales como lumbalgia, cefalea o diarrea, en el contexto, por ejemplo, de una crisis vital normativa como casamiento, duelo o nacimiento de un hijo; y en el otro extremo, con síntomas crónicos, múltiples e incapacitantes que generan gran interferencia en la vida del sujeto y fatiga en el equipo de salud.

DIAGNÓSTICO

Aunque los mecanismos no se conocen con exactitud, existen varias teorías ampliamente discutidas que nos pueden ayudar a entender y, sobre todo, a mostrar empatía y manejar mejor este tipo de pacientes. En general, el paciente somatizador manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

1. La amplificación de las sensaciones corporales. La preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones "normales" de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.
2. La necesidad de identificar a un "paciente" dentro de un grupo familiar patológico o desestructurado. La familia se organiza en torno al "enfermo", para olvidar otros conflictos o problemas.
3. Necesidad de estar enfermo, manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
4. La disociación o capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial. Las sensaciones así percibidas son "reales".

El DSM-IV establece criterios diagnósticos para el trastorno por somatización en base a síntomas o quejas físicas de años de duración, desde antes de los 30 años de edad, que implican disfunción social, laboral u otras, y todas las siguientes manifestaciones en algún momento durante la evolución del trastorno: 1) cuatro síntomas dolorosos diferentes (cefalea, dorsalgia, dolor en extremidades, dolor torácico, disuria, dismenorrea o dispareunia); 2) dos síntomas gastrointestinales diferentes del dolor (náusea, distensión abdominal, vómitos fuera del embarazo, diarrea o intolerancia a la comida); 3) un síntoma sexual (síntomas menstruales, disfunción eréctil o eyaculatoria o indiferencia sexual); 4) un síntoma pseudo-neurológico diferente del dolor (sordera, parálisis, globus faríngeo, afonía, debilidad, anestesia o ceguera).

Los síntomas siempre son graves y discapacitantes y no guardan proporción con los hallazgos orgánicos. Como la lista de síntomas funcionales posibles en el trastorno por somatización es muy larga para ser explorada en atención primaria, Othmer y DeSouza desarrollaron una lista de 7 síntomas sin explicación orgánica. Con un punto de corte de 2 síntomas o más el test tiene una sensibilidad del 63% y una especificidad del 69% y con 3 síntomas tiene una sensibilidad del 87 y una especificidad del 97% y clasifica bien al 91% de los casos (tabla 2).

Criterios de Bridges y Goldberg para establecer diagnóstico del paciente somatizador:

1. El paciente consulta por síntomas somáticos.
2. El paciente considera que su problema es de causa somática.
3. Los síntomas que el paciente presenta justifican un diagnóstico psiquiátrico según las clasificaciones psiquiátricas actuales.
4. En opinión del psiquiatra, el tratamiento del trastorno psiquiátrico mejoraría los síntomas físicos.

Sistemática de estudio para el diagnóstico del paciente somático.

En la evaluación de un paciente somatizador, seguiremos los siguientes pasos:

- Descartar la presencia de un trastorno orgánico.
- Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos.
- Buscar un diagnóstico positivo de somatización.

Pero hay también otros hechos que nos pueden ayudar a saber que estamos ante un trastorno somatomorfo:

- Presencia de un trastorno psiquiátrico coexistente (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o abuso de sustancias).
- Recurso a medicinas o terapias alternativas: es muy frecuente, aunque un 60% lo oculta a su médico habitual. La justificación de recurrir a este tipo de profesionales es que "sienten que les escuchan y que les prestan atención a sus quejas".
- Historia de múltiples pruebas diagnósticas recientes o visitas múltiples a los servicios de urgencia.
- Rechazo de otros médicos.
- También nuestra propia reacción emocional: un sentimiento de frustración o disconfort, o de estar sobrepasado ante un paciente con un sin número de síntomas, a veces complejos y que precisan tiempo para su evaluación, en una persona con un aparente "buen aspecto" deben constituir una señal al médico de que debe incluir la somatización entre el diagnóstico diferencial de ese paciente.

Correlación con patologías psiquiátricas

Los trastornos psiquiátricos tienen una muy fuerte asociación con síndromes de somatización. En atención primaria el 50 a 70% de los trastornos psiquiátricos se presentan en forma somática y el 75% de los pacientes con depresión mayor o ataques de pánico que consultan en este ámbito lo hacen exclusivamente por síntomas somáticos.

El paciente con trastorno de somatización consulta por molestias derivadas de los síntomas y no por su significado.

Historia del paciente, ciclos vitales, genograma y factores precipitantes

Es importante repasar la historia médica del sujeto con el objetivo de no perder antecedentes patológicos muy importantes y, dado que muchos de estos pacientes tienen antecedentes de policonsultas, no persistir en soluciones ya intentadas que fracasaron y que aumentarán la ansiedad del paciente y la frustración del médico.

La historia biopatográfica del paciente también debe ser repasada poniendo atención en sus ciclos vitales, lo que nos dará la pautas de estresores

psicosociales, actuales o pasados. Es importante ser cuidadoso en este punto, ya que estos pacientes tienen una mayor frecuencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia.

La realización de un genograma tiene en ese sentido una gran jerarquía, ya que el solo hecho de indagar en sus relaciones, sin referirse explícitamente a sus síntomas, moviliza al paciente aunque éste lo niegue a cualquier conexión con problemas psicosociales.

Es una premisa de la evaluación no repetir estudios previos con el único objetivo de tranquilizar momentáneamente al paciente y disminuir la angustia del médico.

Examen físico y estudios de laboratorio.

El examen físico es importante para descartar causas orgánicas y para reasegurar al paciente. Puede ser útil repetirlo en cada consulta, aunque sea en forma mínima y con el objetivo de que el paciente se sienta "revisado".

Es recomendable ser conservador con la solicitud de exámenes complementarios, que, si bien pueden servir como reaseguro, conducen al aumento del riesgo de que se obtengan resultados falsamente positivos, probabilidad que aumenta en función del número de pruebas solicitadas. Recordamos que el valor predictivo positivo (VPP) de una prueba depende de la prevalencia de la condición clínica que se está pesquisando, por lo tanto el VPP tenderá a ser bajo cuando se están solicitando pruebas diagnósticas para "descartar" diagnósticos poco probables. Además, toda solicitud hecha para "descartar" hace sospechar al paciente que el médico piensa algo que no dice y refuerza el mecanismo de los síntomas. Cuando el profesional decide que es preferible negociar con el paciente o con la familia la solicitud de algún examen complementario, con el único objetivo de mostrar que no se están escatimando los recursos disponibles y de que se está intentando cuidar al paciente, consideramos que es importante explicitar previamente que se lo está haciendo con la finalidad de "dejarlo tranquilo a él (no al médico)" y que realmente pensamos que los estudios van a tener resultados normales o negativos.

El diagnóstico del paciente somatizador debe servir para poder entenderlo, ya que muchas personas

que por una u otra razón se ven en dificultades para resolver problemas personales apelan al recurso de enfermar. Por tanto, el diagnóstico descriptivo será el diagnóstico de la enfermedad y el diagnóstico comprensivo será conocer al enfermo (biografía, entorno familiar y redes sociales).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando se evalúa a pacientes con probables somatizaciones, el médico debe considerar patologías cuya aparición clínica es vaga y multisistémica. Al considerar síntomas neurológicos como parestesias o debilidad, y dependiendo del contexto, es mucho más probable una somatización que formas raras de esclerosis múltiple, síndromes miasténicos o síndromes paraneoplásicos.

Desde ya, siempre debe primar el criterio clínico, y no será lo mismo la evaluación a un paciente con dolor de pecho que haga pensar en enfermedad coronaria, ya que los pacientes con síntomas funcionales tienen igual riesgo de enfermarse que el resto de la población y la enfermedad coronaria también es la primera causa de muerte en este grupo.

El médico se enfrenta con la ansiedad de equivocarse y el no reconocer esta sensación puede llevarlo a practicar medicina defensiva.

Las enfermedades con las que se hace diagnóstico diferencial son:

- Malos tratos domésticos y abuso sexual.
- Trastornos adaptativos.
- Personalidad esquizoide.
- Personalidad histriónica.
- Trastorno facticio y simulación. En la simulación el síntoma suele tener un tinte burdo o falso, el beneficio es groseramente visible y el paciente tiene antecedentes de simulación.
- Alcoholismo y otras dependencias.
- Trastornos ansiosos y depresivos que pueden presentarse con síntomas funcionales somáticos secundarios. Hay que descartar esta posibilidad, especialmente en presuntas somatizaciones que se manifiestan después de los 40 años.
- En esquizofrenia o en depresiones psicóticas pueden presentarse síntomas somáticos funcionales que suelen presentar características bizarras o extravagantes, ser menos numerosos y más persistentes y estables.

- Otros trastornos somatomorfos. En la hipocondría el síntoma dominante es la preocupación o la convicción de padecer una enfermedad grave (más que los propios síntomas), se demandan al médico más exploraciones diagnósticas que tratamiento y la personalidad del paciente suele ser menos disemocional y más obsesiva o controlada que en los trastornos por somatización. Los síntomas conversivos y los dolores somatomorfos pueden formar parte del trastorno por somatización pero, a diferencia del trastorno conversivo y del trastorno por dolor somatomorfo, están acompañados por otros síntomas funcionales.
- Trastornos facticios. Los síntomas los producen voluntariamente los pacientes, sin otro beneficio aparente que el de ser considerados y tratados como enfermos o ingresar en hospitales. Los afectados suelen presentar trastornos por personalidades disemocionales (grupo B del DSM-IV). Se presenta más en personas que sufrieron abusos o privaciones importantes en la infancia y en el personal sanitario.
- Enfermedades orgánicas sistémicas que cursan con una afectación general importante, como el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el lupus eritematoso sistémico, la miastenia grave, la porfiria aguda intermitente, la esclerosis múltiple y algunos procesos infecciosos o expansivos del sistema nervioso central.
- Otras enfermedades psiquiátricas, como depresión, ataques de pánico o trastorno delirante, pueden simular en una fase inicial un trastorno somatoforme.

TRATAMIENTO

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y va a tratar a gran parte de los pacientes somatizadores, por lo que se tiene que asumir la responsabilidad de conocer el manejo correcto de estos enfermos.

Existen unas normas de buena práctica clínica en atención primaria con los pacientes con trastornos de somatización que deberíamos conocer:

- El paciente debe ser atendido por un sólo médico: su médico de familia.
- Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
- Realizar consultas breves que sean posibles en la agenda del generalista.

- Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
- Buscar signos. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
- Evitar tests diagnósticos que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
- Evitar diagnósticos espurios y tratamientos innecesarios.
- Tranquilizar y reasegurar.
- Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

Estas recomendaciones han resultado efectivas y se ha demostrado un ahorro de los gastos sanitarios producidos por los somatizadores de un 32%.

Principios generales

Es fundamental entender el sufrimiento del enfermo y tener un buen control emocional. Los tres pilares fundamentales de tratamiento serían:

1. Explicar los síntomas al enfermo.

- Aprovechar la consulta en la que hemos recibido pruebas negativas que descarten organicidad.
- Evitar sentencias del tipo: «no tiene nada», «es de los nervios», etc.
- Explicar al paciente que no padece ninguna enfermedad grave, que se trata de un trastorno crónico, pero que hay intervenciones terapéuticas que ayudan.
- Dar nombre a la enfermedad si lo tiene: colon irritable, fibromialgia, aunque se trate de algo inespecífico como trastorno funcional digestivo.
- Permitir el rol de enfermo.

2. Establecer objetivos de tratamiento razonables.

- Escuchar las quejas, explorar en cada visita si se precisa, explorar la esfera psicosocial. Debemos centrarnos en la funcionalidad, no en los síntomas, mediante preguntas abiertas, intentando conocer qué le preocupa al paciente y si lo relaciona con su problema físico.
- Calendario de visitas breves y regulares, por ejemplo 15 minutos cada 15 ó 20 días, para ir alargando hasta el mes. De esta manera nos aseguramos que el paciente no desarrolle una enfermedad orgánica sobreañadida grave, disminuimos costes y visitas a urgencias, y se aumenta la satisfacción de la relación médico-paciente.

- La entrevista es el instrumento básico en el manejo de estos pacientes. Se interacciona con el paciente haciéndole preguntas, mostrando empatía y ofreciéndole explicaciones o interpretaciones. Es fundamental la flexibilidad, la paciencia y la perspicacia. Debemos aceptar mejorías parciales como satisfactorias, incluso sólo las emocionales, aunque persista la queja. Un abordaje posible de estos pacientes en la consulta de atención primaria serían las técnicas de retribución, consistentes en hacer ver al paciente que el síntoma que presenta no es de índole somática, sino un trastorno mental. Para realizar estas técnicas contamos con 3 fases. En la fase I de retribución se intenta que el paciente se sienta comprendido, se elabora la historia clínica del síntoma, prestando atención a los indicios de malestar psicológico, explorando los problemas sociales y los sentimientos respecto a la enfermedad. Se complementa con una exploración física. Posteriormente se intenta ampliar la agenda, redefiniendo el problema y tratando de esclarecer el vínculo del síntoma con los problemas psicológicos, dando explicaciones al paciente con demostraciones prácticas. La fase II consiste en la internalización por parte del paciente del diagnóstico psicológico y su responsabilidad activa en la búsqueda de soluciones. La fase III es la del abordaje psicológico, basada en técnicas de relajación, resolución de problemas, tratamiento de la ansiedad, bien en atención primaria o en salud mental, dependiendo de la gravedad del caso. Sería interesante intentar retribuir también a la familia, usar folletos explicativos y crear unidades de enlace con psiquiatría.

3. Tratamiento psicofarmacológico.

- Los trastornos psiquiátricos que se asocian a somatizaciones, específicamente ansiedad y depresión, responden satisfactoriamente al tratamiento farmacológico.
- En general, este tipo de paciente tiende a padecer más efectos adversos y a desarrollar nuevos síntomas, por lo que es conveniente comenzar con bajas dosis. La prescripción debe ser realizada en conjunto y de acuerdo con el paciente y, dado que los resultados producen cierta mejoría pero ésta no es espectacular y puede demorar, no conviene insistir cuando éste sea escéptico o pesimista

al respecto. Como estos pacientes carecen del componente de tristeza de la depresión, el término antidepresivo puede no resultar muy útil, por lo que se recomienda utilizar otro nombre para dichos fármacos. Sin embargo, como los envases que los contienen anuncian que se trata de un medicamento antidepresivo, conviene adelantarse a dicho hallazgo dándole previamente una explicación al paciente como por ejemplo: "...este medicamento se utiliza frecuentemente para la depresión, por lo que muchos lo llaman antidepresivo, sin embargo, en usted lo vamos a utilizar porque ha también demostrado producir alivio en los síntomas que menciona..."

- El dolor puede ser el síntoma principal en algunos pacientes, por lo que podrían beneficiarse del uso de antidepresivos, explicando al paciente el efecto que pueden tener sobre el control del dolor. También de benzodiazepinas en los pacientes con gran carga de ansiedad, beta-bloqueantes, si hay excesivos síntomas por hiperexcitación del sistema nervioso simpático, y algunos otros como carbamazepina, gabapentina o sulpiride.

PROBLEMAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN EL MANEJO

1. Establecer objetivos poco realistas. Para evitar la frustración en ambas partes, el objetivo no debe ser eliminar los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos o convivir con ellos. Ambos deberán aceptar la incertidumbre de no tener un diagnóstico preciso, a pesar de lo que el médico se compromete a seguir cuidándole.
2. Presencia de padecimientos orgánicos sobreañadidos que pueden aparecer como en cualquier otro paciente. En el somatizador, además, la sintomatología o el sufrimiento puede ser exagerado en relación a la patología que se objetiva: es importante tenerlo en cuenta. Quizá en este tipo de enfermos (somatizador con patología orgánica) haya que guiarse más de hallazgos objetivos en la exploración física o en pruebas complementarias para el seguimiento de su enfermedad.
3. Peticion de pruebas complementarias o derivaciones. Es frecuente que el paciente lance el reto al médico "¿y cómo puede saber que no

tengo un tumor sin hacerme un escáner"? o similar. Los argumentos que podemos utilizar son:

- Las visitas pactadas sirven para descartar problemas graves.
- Nuestra accesibilidad en caso de que las cosas no vayan bien.
- La posibilidad real de pedir tales pruebas, pero cuando sean necesarias para evitar iatrogenia. Dar márgenes de espera, no negarlas de entrada, pero sí posponerlas.

En estas situaciones es importante tener un alto grado de asertividad y autocontrol emocional. De todas formas, lo más frecuente en la consulta diaria es la negociación de petición de análisis de sangre. Hacerlos, aparte de poco nocivo, le da al paciente cierta seguridad y sensación de control y mejora la confianza entre ambos.

4. Llamadas fuera de lo pactado. Visitas excesivas al servicio de urgencias... En estos casos, es útil mostrar nuestros sentimientos, más que imponer reglas rígidas que podrían parecer arbitrarias:

- Si me llama fuera de hora, no le puedo atender correctamente, puedo cometer errores...
- Veo que esta semana acudió tres veces a urgencias, quizá tengamos que dedicarle más tiempo a...
- No veo que estemos mejorando, ¿qué cree que podemos hacer?

El manejo se puede considerar exitoso si se consigue mantener al paciente alejado de los servicios de urgencias, si se reduce la exposición a procedimientos iatrogénicos y, por supuesto, si se consigue disminuir el sufrimiento, lo que consecuentemente disminuirá nuestro desgaste emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zorraquino E, Jiménez M, Calvo MF. Trastornos somatomorfos en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2005; 6(1):7-11.
2. Aguirre AA, Martínez H, Nuñez L. Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos. *Rev Mex Neuroci*. 2005;6(6):480-7.
3. Lopez J, Belloch A, Madrigal M. Valoración del screening de Ohtmer y DeSouza para el trastorno de somatización en salud mental. *C Med Psicosom* (on line). 2005/2006 (Consultado el 5 de enero de 2008); 2(76/77). Disponible

- en: <http://www.editorialmedica.com/Cuad-76-77-Trabajo7.pdf>.
4. Carvajal de la Torre A. Somatizaciones. Guías Clínicas en Atención Primaria (on line) 2002 (Consultado el 20 de diciembre de 2007); 2(25). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/somatizaciones.asp>.
 5. Noguera E, Bayona H, Dávila A. Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. *Rev Colomb Psiquiat*. 2007;2: 349-58.
 6. Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid Actual Pract Ambul*. 2006; 9(6):176-80.
 7. Zegarra H, Guzmán R. Trastorno de somatización, trastorno por somatización, somatización. *Rev Pacea Med Fam* 2007;4(6):144-48.
 8. Caballero M, Caballero F. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Jano*. 2008; 1714:15-28.
 9. Smith H, Martin S, Womack W, Marsigan J. Comparative study of anxiety, depresión, somatización, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *Pediatrics*. 2004; 111(4):376-81.
 10. Florenzano R, Fullerton C, Acuna J, *et al*. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. (on line) 2002 (consultado el 7 de enero de 2008); 40(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006&Ing=es&nrm=iso.
 11. Florenzano R, Weil K, Cruz C. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. (on line) 2002 (consultado el 6 de enero de 2008); 40(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400005&Ing=es&nrm=iso.
 12. Falcoff A. Cuadros somatoformes. *Actas del II congreso Argentino de Salud Mental*; 2007. 22-24 de marzo, Buenos Aires, Argentina.
 13. Dickinson WP, Dickinson LM, de Gruy FV, Main DS, Candib LM, Rost K. A randomized clinical trial of care recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Ann Fam Med*. 2003; 1:228-35.
 14. Pichot P, López J, Valdez M. Trastornos somatomorfos. En: *American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. Barcelona: Mason; 1995. p. 457-68.
 15. Lipowski J. somatization: the concept and its clinical applications. *Am J Psych*. 1998; 145:1358-68.