Somatizaciones

29/04/2002 Guías Clínicas 2002; 2 (25)

Elaborada con opinión de un experto y revisión posterior por colegas

Autor: Carbajal de la Torre, Ana. del Grupo "Comunicación y Salud" - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico del SAP de Federico Tapia- A Coruña- SERGAS- España

Contenido:

- ¿Porqué es tan importante el problema de la somatización?
- ¿Cuál es su origen?
- ¿Cómo se diagnostica?
- ¿Cómo se maneja en la práctica?
- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes encontrados en el manejo?

¿Por qué es tan importante el problema de la somatización?

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:

- Constituye aproximadamente el 25% de las consultas nuevas en AP. Ciertos síntomas como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados en forma aislada, corresponden en un 80% de los casos a somatizaciones.
- Tiene un coste importante: consume gran cantidad de recursos (10% gasto sanitario en países desarrollados), 9 veces más que el paciente medio en AP
- A pesar de recibir mucha atención médica, los pacientes refieren gran sufrimiento
- Produce frustración profesional: es el sentimiento más frecuente que generan en los médicos (61%), seguido del enfado (12%), además de sentimiento de falta de eficacia al tener que manejar múltiples síntomas/ quejas que no encajan en ningún cuadro sindrómico.

Por esto parece necesario un abordaje específico de este tipo de pacientes, con el fin de entenderle y aliviarle así como reducir nuestros niveles de ansiedad y frustración y disminuir la iatrogenia que con frecuencia conlleva su tratamiento.

¿Cuál es su origen?

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 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: capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son "reales".

¿Cómo se diagnostica?

La somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión. De esto deriva el problema del coste y la frustración que puede generarnos el proceso diagnóstico, además del deterioro en la relación con el paciente si caemos en la discusión sistemática de todos los síntomas que éste nos presenta.

En la práctica hay dos hechos que nos deben hacer pensar en un proceso de somatización:

- La presencia de tres o más síntomas indefinidos, generalmente en diferentes aparatos
- El curso crónico (aproximadamente dos años)

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, 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 sinnúmero 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.

En la evaluación del paciente con un cuadro sospechoso de somatización, seguiremos los siguientes pasos:

1. Descartar la existencia de un trastorno orgánico
2. Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos
3. Buscar un diagnóstico positivo de somatización

¿Cómo se maneja en la práctica?

El primer principio para un manejo eficaz es entender el sufrimiento del paciente y desarrollar una actitud interesada y centrada en el enfermo, además de tener un buen control emocional. Desde el punto de vista médico, los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real.

Un manejo exitoso se basa sobre todo en tres puntos:

1. Explicarle de forma adecuada y aceptable los síntomas que sufre
- Aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad
 - Evitar sentencias del tipo: "lo suyo es de los nervios", "usted no tiene nada" ...
 - Es difícil que el paciente comprenda el proceso de la somatización, debemos transmitir un mensaje que contenga estas tres ideas fundamentales:
 - no padece una enfermedad grave y los resultados son buenos
 - estamos ante un padecimiento crónico
 - es muy frecuente en la práctica no hay un único tratamiento que lo cure pero sí algunas intervenciones terapéuticas que pueden ayudar.

- Si el paciente insiste en que se le dé un nombre a su padecimiento, puede ser beneficioso hacerlo. Si lo hay: síndrome del intestino irritable, fibromialgia... Si no lo hay podemos usar alguno inespecífico: por ejemplo, trastorno funcional digestivo. A muchos pacientes, tener un diagnóstico les hace más llevadero su problema.
- Permitir en todo momento el rol de enfermo que el paciente demanda: no tiene sentido discutir esto desde su perspectiva de sufrimiento.

Síntomas y síndromes comunes en pacientes somatizadores:

Gastrointestinales	Pseudoneurológicos
Vómitos	Amnesia
Dolor abdominal	Dificultad el tragar
Náuseas	Pérdida de voz
Flatulencia	Sordera
Hinchazón	Ceguera
Diarrea	Visión borrosa
Intolerancias alimentarias	Desfallecimiento
	Debilidad muscular
	Pseudoconvulsiones
	Dificultad miccional
Síntomas dolorosos	Aparato Reprodutor
Dolor difuso	Dispareunia
Dolor en extremidades	Dismenorrea
Dolor de espalda	Irregularidad ciclos menstruales
Dolor articular	Hipermenorrea
Dolor al orinar	Vómitos a lo largo del embarazo
Cefaleas	Sensaciones quemantes en los órganos sexuales
Cardiopulmonares	Síndromes
Dificultad respiratoria en reposo	Alergias alimentarias extrañas
Palpitaciones	Síndrome de fatiga crónica
Dolor torácico	Síndrome articulación temporomandibular
Mareo	Fibromialgia
	Sensibilidad medicamentosa múltiple

2. Establecer unos objetivos de tratamiento razonables, centrándose más en la funcionalidad que en los síntomas

En cada visita, el médico debe escuchar las quejas y síntomas que expone el paciente y, si es preciso, explorarle.

Es importante ahora apartarse de los síntomas físicos y explorar la esfera psicosocial, por ejemplo preguntando cómo le afectan a su vida determinados síntomas (el somatizador suele estar siempre dispuesto a hablar de ello). El objetivo es centrarse en la funcionalidad, no en los síntomas. Esto se hace con preguntas evaluativas: mediante preguntas abiertas, intentamos conocer su opinión sobre su entorno, si relaciona lo que le está sucediendo con algún problema concreto, qué le preocupa, cómo lo lleva... y, por supuesto, comprendiendo su sufrimiento.

Decidiremos los objetivos y tratamientos que nos pueden ayudar:

- Tratamiento farmacológico de los padecimientos psiquiátricos concomitantes: especialmente ansiedad y depresión, que suelen responder bien, aunque la medicación es sólo un coadyuvante pues no disminuyen su "necesidad de estar enfermos".
- Psicoeducación, psicoterapia, si es posible
- Recomendaciones de estilo de vida: reducción de estrés, ejercicio físico (3 sesiones de 20 min. por semana sería adecuado)

- Uso de "tratamientos benignos": existen una serie de terapias sin utilidad científica demostrada, como los masajes, la acupuntura, la homeopatía, las vitaminas... que pueden ayudar sin causar iatrogenia. Puede ser razonable utilizarlas para que el paciente se responsabilice de su autocuidado. En todo caso son más seguras que ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos
3. Establecer un calendario de visitas breves pero regulares, que haga innecesario el desarrollo de nuevos síntomas para recibir atención

Su objetivo es que el paciente reciba la atención que demanda sin tener que desarrollar nuevos síntomas. Se pactan con la frecuencia y duración que se crea conveniente (ej. Inicialmente 15 min. cada 15 – 20 días, luego cada mes...), intentando disminuirlas en el tiempo. Además, sirven para que el médico ayude al paciente a tolerar sus síntomas, y asegurarse de que no se está desarrollando ningún padecimiento grave.

Está demostrado que estas visitas aumentan la satisfacción del paciente y del médico. Además disminuyen los costes y el número de visitas a los servicios de urgencia.

¿Cuáles son los problemas más 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 llamas fuera de hora, no te puedo atender correctamente, puedo cometer errores...
- veo que esta semana has ido tres veces a urgencias, quizá tengamos que dedicarle más tiempo a...
- no veo que estemos mejorando, ¿qué crees que podemos hacer?

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 nuestro desgaste emocional.

Tratamiento del paciente somatizador

QUÉ HACER

Designar un solo médico de referencia
Pactar visitas breves y regulares
Permitir papel de enfermo
Centrarse en funcionalidad, no en síntomas
Explorar aspectos psicosociales
Prescribir tratamientos "benignos" y actividades lúdicas

QUÉ NO HACER

Sugerir que "es de los nervios" o que no tiene nada
Realizar pruebas diagnósticas agresivas sin una buena indicación
Enviar excesivamente a los especialistas
Centrarse sólo en los síntomas

Bibliografía:

García Campayo J, Sanz-Carrillo C. The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain. Br J Gen Pract 2000; 50: 487-488

García Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, López-Aylon C, Monton C. Management of somatisers in primary care : are family doctors motivated? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 1998; 32: 528-533

Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients. Part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61: 1073-8

Servan-Schreiber,D; Tabas, G; Kolb, NR; Somatizing patients. Part II Practical Management. Am Fam Physician 2000; 61: 1423-8, 1431-2