



UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LOS SÍNTOMAS INEXPLICABLES MÉDICAMENTE (SIM)

Juan Manuel Gasulla Roso

Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

9040jmg@comb.es

RESUMEN:

Los síntomas inexplicables médicamente (SIM) han recibido diversos nombres: histeria de conversión, trastornos somatomorfos, trastornos psicósomáticos, somatización, hipocondría. Suponen un problema clínico tanto por su elevada prevalencia (entre el 25 y el 50% de las consultas en Atención Primaria) como por su dificultad de comprensión teórica. Se trata de fenómenos de sentido y no de significado, insignificables. En consecuencia, no pueden ser abordados con los mismos instrumentos conceptuales ni métodos que se aplican en la significación de los síntomas explicables médicamente (SEM). En la presente comunicación abordamos los SIM tras un análisis crítico de cómo se construyen los elementos clínicos y proponemos una forma de acercarnos y de resolver los problemas clínicos que presentan.

ABSTRACT:

Medically Unexplained Symptoms (MUS) have received various names: hysteria of conversion, somatoform disorders, psychosomatic disorders, somatization and hypochondria. They pose a clinical problem both for its high prevalence (between 25 and 50 % of the consultations in Primary Care) and by its difficulty on theoretical understanding. These are phenomena of sense and not of meaning, signless phenomena. Consequently, they cannot be tackled with the same conceptual tools and methods applied when giving meaning to the Medically Explained Symptoms (MES). In this communication we address the MUS after a critical analysis of how clinical elements build up and we propose a way to approach and solve the clinical problems they present.

1.- Introducción

Los síntomas inexplicables médicamente (SIM) han recibido una diversidad de nombres que se encuentran agrupados en torno a la categoría trastornos somatomorfos del DSM-IV, que incluye la hipocondría. Según De Gucht y Maes (1) se conceptualizan como (a) siendo la expresión somática de un trastorno psiquiátrico, lo que implica una relación causal entre somatización y trastornos psicológicos; (b) como una categoría diagnóstica diferente, llamado trastorno de somatización, caracterizada por la presencia de múltiples síntomas somáticos referidos a diversos sistemas orgánicos, y (c) se refiere a los síndromes somáticos funcionales, que se caracteriza por la presencia de determinados grupos de síntomas somáticos.

A pesar de que los SIM constituyen entre el 25 y el 50 por ciento de las visitas en asistencia primaria (2) (3) y de la escasa o nula capacidad de los médicos para explicarlos y aunque su cronicidad se limita a un 2,5 %, constituyen un grave problema en atención primaria, puesto que supone una carga asistencial para los médicos, que carecen de medios adecuados para abordarlos, y un deterioro progresivo de la relación entre médico y paciente por suspicacias mutuas a pesar de los esfuerzos para obtener un entendimiento común (4)

Una buena parte de las personas que presentan SIM persistentes son enviadas a la consulta de especialistas o al hospital y frecuentemente se encuentra asociada alguna patología psiquiátrica, como ansiedad o depresión (5) que, sin embargo, no contribuye a obtener una explicación de esa clase de trastornos.

Disponemos de algunos modelos explicativos para los SIM (6), (7), (8), (9) y las aportaciones de estudios de neuroimagen (10), (11) que intentan relacionar estos síntomas con ciertas funciones y áreas cerebrales.

En este trabajo nos proponemos estudiar los SIM en conformidad a nuestras consideraciones en torno a los elementos fundamentales de la clínica (12), (13), (14). En consecuencia, si abordamos los SIM como elementos clínicos que sufrirán un proceso de significación, podemos considerarlos indistintamente desde su perspectiva como signos o como significantes, y acceder a una mejor comprensión sin necesidad de proponer ningún modelo explicativo, que siempre estará en dependencia de alguna teoría médica o psicológica.

2.- Estado de la cuestión

2.1.- *Discusión del concepto*

El concepto de síntomas inexplicables médicamente quisiera englobar un conjunto de ítems integrados en el Eje I o en el Eje II del DSM-IV como síntomas o síndromes psiquiátricos, y plausibles de acomodarse bajo los epígrafes de trastornos somatomorfos, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos adaptativos o en otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Sharpe y Walker (15) consideran que la medicina diagnóstica las patologías a partir de los síntomas y que éstos son invariablemente remitidos a una patología subyacente que los explica y que simultáneamente justifica la acción terapéutica. Cuando ésta patología no se encuentra, los síntomas son remitidos a una patología oculta que tarde o temprano será hallada, o a una patología psiquiátrica cuando finalmente no se encuentra patología orgánica subyacente. En numerosas ocasiones, a pesar de que los hallazgos patológicos estén presentes tras una exploración exhaustiva, éstos no explican ni la intensidad ni la persistencia ni la cualidad de los síntomas perturbadores. Es entonces cuando se propone una explicación en la psicopatología, lo que encuentra apoyo teórico en una mentalidad dualista mente/cuerpo. Sin embargo, una sugerencia de los autores, desde una perspectiva supuestamente monista, retiene nuestra atención: más que buscar en la psicopatología, podemos prestar atención a los síntomas mismos y centrarnos en su estudio. Entonces, proponen una práctica médica centrada en el síntoma desde una perspectiva multiaxial.

Por su parte, Sharpe (16) insiste en que no existen evidencias de que tras unos síntomas inexplicables se pueda hallar, finalmente, una patología, y se pregunta mediante el ejemplo de la "Fatiga Crónica" (FC) a qué especialidad pertenecen los SIM. Por una parte, dada la relevancia que tiene en este síndrome la teoría infecciosa, los pacientes se remiten a un servicio de Medicina Interna o de Patología Infecciosa, pero también a un servicio de Medicina Paliativa y, si hubiera dolor, puesto que a menudo se asocia a Fibromialgia, a un servicio de Anestesiología para tratamiento del dolor, cuando no a un servicio de Psiquiatría para tratamiento de la depresión asociada.

Asimismo, Sharpe y Mayou (17) proponen eliminar el término que figura en el DSM IV como Trastorno somatomorfo. Las dificultades empiezan, no obstante, cuando asumen como limitador para la clasificación el criterio de que la nueva categoría no derive de una teoría sobre su posible explicación clínica. De hecho, no hay una propuesta concreta de nombre para la categoría que debiera incluir esta clase de síntomas, pero que según los autores podría acomodarse fácilmente en el eje III, que es utilizado para enumerar síntomas o síndromes funcionales, como el dolor.

Wessley, Nimnuan y Sharpe (18) examinan la cuestión categórica con respecto a los síndromes somáticos funcionales, y se preguntan si al referirse a síndromes o síntomas funcionales, no se estarán examinando diversas facetas de un mismo problema, como un hombre ciego que examinara separadamente las distintas partes de un elefante y llegara a concluir que se trataba de animales distintos, refiriéndose a descripciones clínicas aparentemente tan dispares como el síndrome del colon irritable, el síndrome premenstrual, el dolor pélvico crónico, la fibromialgia, el dolor torácico o precordial inespecíficos, el síndrome de hiperventilación, el síndrome de fatiga crónica post infeccioso, la cefalea tensional, la disfunción temporo-mandibular y el dolor facial atípicos, el síndrome del globus faríngeo o globus hístico y la hipersensibilidad a múltiples agentes químicos, en base al análisis de cuatro hipótesis, que detallan. La hipótesis 1 postula que se solapan o superponen con frecuencia las definiciones de casos de síndromes específicos aplicados a una misma descripción clínica, como la distensión abdominal, cefaleas y fatiga; la hipótesis 2 sostiene que con frecuencia, los pacientes con un síndrome funcional cumplen criterios para otros síndromes, como el síndrome del colon irritable o la dispepsia ulcerosa manifiestan a la vez síntomas de dolor facial atípico, alergia alimentaria e hiperventilación crónica u otras combinadas; la hipótesis 3, según la cual los diferentes síndromes funcionales comparten las mismas características de los síntomas, y pueden agruparse según sexo, tipo de trastorno emocional, fisiología, historia de maltrato infantil y abuso en la infancia y las dificultades en la relación médico-paciente; por último, la hipótesis 4 que postula que todos los síndromes llamados funcionales, responden a las mismas terapias.

Más concretamente, Sharpe, Mayou y Walker (19) proponen dos posibles enfoques de clasificación de cara al nuevo DSM-V a revisar en el 2012. En la propuesta 1, el modesto cambio de que los trastornos somatomorfos sean eliminados y que se eviten patologías hipotéticas, como la Fibromialgia, y en su lugar el diagnóstico se reparta en los diversos ejes que componen los síndromes o los síntomas inexplicables y así, por ejemplo, para el dolor crónico inespecífico, pueda describirse a partir del Eje I: diagnóstico psiquiátrico, como por ejemplo, trastorno depresivo; Eje II, trastorno de la personalidad, por ejemplo, personalidad negativa; Eje III, diagnóstico médico, como dolor crónico.

Puesto que la primera propuesta tiene limitaciones claras, los autores proponen un acercamiento más radical al problema, y así sustituir las clasificaciones de diagnóstico médico y psiquiátrico actuales por un nuevo eje que registre los factores biológicos, psíquicos y sociales. Entonces, por ejemplo, un paciente con dolor crónico médicamente inexplicable: Nuevo Eje I: Síntomas del paciente, por ejemplo, dolor crónico; Nuevo Eje II, Factores biológicos, por ejemplo, sin patología pero con probables cambios en el sistema nervioso central (SNC); Nuevo Eje III, Factores psicológicos, como la depresión; Nuevo Eje IV, Factores sociales, como por ejemplo, duelo o pérdida afectiva. Esta oferta se haría extensiva a casos de pacientes con patología corporal, sin sufrir cambios.

2.2. Modelos explicativos de los SIM

En la Introducción a un número especial de la *Clinical Psychology Review* de 2007, Richard J. Brown (7) comenta que el término "síntomas inexplicables médicamente" es insatisfactorio en sí mismo porque implica que no se tiene una explicación satisfactoria para esta clase de síntomas. Desde el punto de vista de la etiología, las primeras teorías explicativas provienen de Janet y Freud que

pusieron de manifiesto el papel etiológico en la psicopatología que desempeña el "trauma psíquico". Sin embargo, a partir del modelo biopsicosocial de enfermedad, la etiología de estos síntomas tiende a explicarse bajo una perspectiva de interacciones complejas de distintos factores

De Gucht y Maes (1) proponen una teoría de la somatización basada en un enfoque psicológico plural, donde la herencia parece jugar algún papel, pero recayendo la mayor importancia etiológica en el aprendizaje social, el estrés y un conjunto de representaciones cognitivas relacionadas con a) la identificación de una amenaza para la salud, b) el tiempo necesario para desarrollar la enfermedad y para curarla, c) la causa de la enfermedad (interna o externa), d) las consecuencias tanto reales como imaginarias y e) el grado en el que la enfermedad puede ser influida para curarse. Asimismo, concluyen los autores que la teoría de la autorregulación puede explicar cómo se originan los síntomas y su persistencia como resultado de problemas existenciales que se reflejan en la alteración de los objetivos importantes de la vida. Postulan también que los modelos psicológicos han de integrarse, en última instancia, con los modelos de la fisiología de la somatización.

De nuevo Brown (6) propone un modelo para los SIM que apunta a dos objetivos muy concretos: por una parte, el modelo aspira a dar cuenta exacta, mecánica dice, de cómo es posible experimentar unos síntomas en ausencia de patología subyacente, asumiendo que se trata de verdaderos enfermos y no de fingir estar enfermo, que es un fenómeno diferente; por otro lado, el modelo aspira a aclarar cómo el desarrollo y mantenimiento de los SIM están moderados por diversos factores de riesgo asociados al fenómeno. A mi modo de ver, el pilar básico que puede servir para explicar su propuesta de modelo explicativo, son lo que denomina "representaciones inductoras de error" (i), que es una información inadecuada captada por el sistema primario de atención que puede proporcionar una plantilla generadora de una queja inexplicable, y pueden adquirirse de muchos modos: una exposición directa a los estados físicos en uno mismo, una exposición indirecta a los estados físicos en otros, la transmisión sociocultural de la información sobre la salud y la enfermedad, y por una sugerencia verbal.

Rief y Broadbent (9) reúnen en una tabla (tabla I) los diversos mecanismos implicados en los SIM. Según los autores, los estudios de neuroimagen aplicados a los SIM demuestran que, por un lado, la sola expectativa de un síntoma activa las áreas cerebrales correspondientes a la percepción de los síntomas, mientras que la distracción de la atención de los síntomas reduce la actividad de esas áreas de percepción. Asimismo, sostienen que los procesos de la memoria se encuentran involucrados en la producción de éstos fenómenos y sugieren que deben estudiarse más profundamente sus implicaciones.

Tabla I: Mecanismos implicados en los SIM y autores (Tomado de Rief y Broadbent 2007. Modificado)

Posibles precursores de los síntomas sin explicación médica	Referencia de la muestra
Sobre el concepto exclusivo de la salud	Barsky et al. (1993)
Experiencias traumáticas	Golding (1994)
Miembro de la familia con una enfermedad crónica en la infancia	Stuart y Russell (1999)
Estilo de apego, neuroticismo	Noyes et al. (2003)
Experiencias anteriores con el dolor y los síntomas	Bayer et al. (1997)
Personas que se preocupan de la salud	([Noyes et al., 2005] , [Petrie et al., 2005] y [Winters et al., 2003])
Aspectos de desarrollo de los síntomas y de su mantenimiento	---
Mayor conciencia de las sensaciones físicas; exploración del cuerpo	Rief, Hiller et al. (1998)

Posibles precursores de los síntomas sin explicación médica	Referencia de la muestra
Percepción de sensaciones físicas, problemas de filtrado de sensaciones (véase estudios EEG)	James et al. (1990)
Reconocimiento de las sensaciones físicas como signos de posible enfermedad	Hitchcock y Mathews (1992)
Falta de distracción	([Bantick et al., 2002] y [Pennebaker, 1982])
Expectativa sobre las sensaciones físicas	Lorenz et al. (2005)
Generalización de estímulos desencadenantes	---
Ansiedad por la salud, preocupación por la enfermedad	Jackson y Passamonti (2005)
Errores de memoria sobre las probabilidades de enfermedad	Rief et al. (2006)
Encuentro médico-paciente negativo se asocia con un fallo de reafirmación, la insatisfacción aumenta el uso de cuidados de salud	Rief y Nanke (2004)
Creencias múltiples sobre las causas de la enfermedad, pero las explicaciones orgánicas dominan la escena y predicen el uso de atención médica	Rief, Nanke et al. (2004)
Compañeros (¿y médicos?) confirmar la creencia en una enfermedad orgánica	Butler et al. (2001)
El condicionamiento operante de la conducta de enfermedad y la búsqueda de tranquilidad	([Salkovskis y Warwick, 1986] y [Sullivan et al., 2004])
La afectividad negativa reduce la tolerancia de los síntomas	Meagher et al. (2001)
Sensibilización neuronal, reducción neuronal de filtrado, plasticidad cerebral	Basbaum y Jessell (2000)
Desarrollo de "dolor y esquemas de los síntomas" en el cerebro	Pincus y Morley (2001)
Las condiciones de estrés crónico y las aberraciones inmunológicas se asocian con la hiperalgesia y el comportamiento de la enfermedad	Fries et al. (2005)
Participación del sistema serotoninérgico en la percepción del dolor	([Basbaum y Jessell, 2000], [Rief et al., 2004] y [Russo et al., 2003])

2.3. Características clínicas

Según Brown (6), los SIM más frecuentes son el dolor, la fatiga y el mal estar general. A continuación, siguen los trastornos y molestias gastrointestinales y síntomas de la esfera sexual y reproductiva. En el ámbito neurológico, existen tanto síntomas positivos, es decir, nuevas producciones que obstaculizan la vida ordinaria (trastornos de la marcha, temblores, pseudoalucinaciones, pseudoconvulsiones) y síntomas negativos caracterizados por la pérdida del funcionamiento normal (trastornos sensitivos, amnesia, parálisis) Por lo general, los SIM más comunes implican un marcado componente subjetivo (dolor, fatiga, vértigos) o la interrupción del

control voluntario de la acción (trastornos de la marcha, retención urinaria, disfagia) Los SIM son más frecuentes en mujeres que en hombres. Añade Brown que en numerosas ocasiones la distinción entre SIM y sus contrapartes orgánicas puede ser extremadamente difícil; en una pequeña proporción de casos, son de reconocimiento fisiológico o anatómico imposible (ejemplo: visión triple); en otras ocasiones, la sospecha recae por las incongruencias de las respuestas a las preguntas médicas asociadas al fenómeno, por la anómala distribución de las manifestaciones clínicas y, aunque Brown no lo diga, las características clínicas y los métodos diagnósticos que él describe, formaban parte de los estudios clásicos de los síntomas histéricos, y estas características clínicas se agrupaban antaño, antes de la era DSM, bajo el común denominador de trastornos de conversión, síntomas conversivos o histeria. Eran los llamados "falsos síntomas", como las "falsas epilepsias", que todo médico estaba obligado a reconocer y a no dejarse engañar por ellos, en favor de los "verdaderos" síntomas de enfermedad.

Hatman y cols. (3) en su reciente revisión sistemática de la bibliografía, encuentran que los SIM constituyen entre el 25 y el 50 % de todas las visitas médicas en atención primaria. En su estudio no se incluyen la proporción entre distintas especialidades. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, sólo un 2,5 % cumple criterios de cronicidad, representan un problema grave en asistencia primaria. Estos pacientes suelen tener una comorbilidad psiquiátrica muy presente, pero la carga mayor para la asistencia primaria recae en las dificultades del médico para explicar los síntomas, la búsqueda frecuentemente infructuosa de un entendimiento común necesario entre médico y paciente, la desconfianza del enfermo por la falta de reconocimiento y la falta de opciones de tratamiento. A falta de pruebas objetivas diagnósticas que identifiquen con claridad los SIM, el criterio médico es el instrumento diagnóstico más importante, por no decir el único, basado fundamentalmente en criterios de exclusión (los llamaríamos diagnósticos negativos, por exclusión) Encuentran los autores una alta prevalencia en el sexo femenino, entre los 35 y los 45 años de edad. Asimismo, el número de SIM que presenta una misma persona predice el curso del trastorno, de modo que cuanto mayor es el número, la persistencia y la gravedad, peor es el pronóstico. No hay resultados concluyentes sobre la comorbilidad en salud mental, el estado afectivo y la alexitimia. Un dato a destacar: la mayoría de pacientes con hipocondría no se recuperan, lo que sugiere que la hipocondría es una condición grave.

Smith y cols. (5), utilizando criterios de clasificación muy restrictivos, han llevado a cabo un estudio piloto que pretendía identificar los pacientes con SIM a partir de su remisión frecuente al hospital en demanda de atención especializada. Entre los pacientes cuyo diagnóstico de SIM respondía a los criterios seleccionados, el porcentaje mayor de pacientes asociaba ansiedad o depresión en el pasado en un 75% y actuales en un 50 % de los casos; un 19 % carecía de diagnóstico psiquiátrico y un 25 % estaba diagnosticado de trastorno de somatización.

2.4. Neuroimagen en los SIM

Según Wood (11), la búsqueda de indicios orgánicos en pacientes afectos de SIM y la ausencia de indicios de patología periférica que expliquen los síntomas, ha conducido las investigaciones hacia el Sistema Nervioso Central (SNC) como fuente potencial de patología. Estos estudios han demostrado diferencias en el SNC, ya sea de partida o como respuesta a estímulos y, a su vez, sirven para construir un sustrato orgánico para esta patología. No hay una sola prueba de neuroimagen que sea prevalente sobre las demás, de modo que el conjunto de TAC, PET, RMN, SPECT, fMRI, es de donde se obtienen datos concluyentes sobre el origen y participación de SNC en esta patología. Desde el punto de vista del investigador, los SIM, a pesar de su uniformidad sintomática, pueden estar expresando una diversidad de acontecimientos cerebrales distintos. Por ejemplo, un paciente aquejado de dolor generalizado puede estar indicando tanto un incremento de los niveles de dolor absolutos o un incremento de la actividad nociceptiva periférica, una mayor elaboración en las vías aferentes ascendentes o una disminución de la capacidad del paciente para tolerar el estímulo, lo que sugeriría una disfunción de los procesos descendentes antinociceptivos o defectos en la constitución psíquica del individuo en relación a la tolerancia al dolor. En cualquier caso, la implicación subcortical (tálamo y ganglios basales) está bien documentada, así como la participación del hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala, en los procesos nociceptivos.

Por otra parte, el mismo Wood (20), (21) ha sugerido que en estos procesos se encontraría afectada la vía glutamatérgica en el hipocampo y en la corteza frontal, y que al suprimir la reactividad dopaminérgica en los ganglios basales, se produce una mejoría del dolor inducida por el estrés.

La implicación de la corteza cingular y de la ínsula parecen ser las responsables de las percepciones subjetivas en la producción de SIM, según Landgrebe y cols. (10)

2.5. Terapéutica

En la revisión de Wessley, Nimnuan y Sharpe de 1999 (18) los autores describieron diversos enfoques terapéuticos de acuerdo con las distintas concepciones sobre los SIM. Existen diversas guías terapéuticas notablemente similares para gestionar esta clase de síntomas. Algunos autores recomiendan el tratamiento con fármacos antidepresivos en el síndrome premenstrual, el dolor facial atípico, el dolor torácico no cardíaco, y está controvertido en la Fibromialgia y en el síndrome de fatiga crónica, puesto que el estado bajo de ánimo que suelen presentar estos pacientes más parece consecuencia del estado físico que causa del mismo.

En casi todos los síndromes funcionales se han recomendado psicoterapias, y se han mostrado eficaces en muchos casos. Según los autores, la terapia cognitivo-conductual se muestra superior a otras terapias, particularmente porque puede evaluarse su eficacia objetivamente, y la persistencia de sus efectos. Incluso se ha propuesto tratamiento corticoideo para determinados síntomas somáticos, como la fatiga crónica o el colon irritable.

3.- Análisis centrado en el signo clínico

En sintonía con Sharpe (15), más que pretender un nuevo modelo explicativo basado en alguna teoría psicopatológica, en nuestro análisis de los SIM tomamos los síntomas en sí mismos, antes de ser significados médicamente, y nos detenemos en el modo de construcción de los elementos fundamentales de la clínica (síntoma y signo), porque es posible concebir todo el proceso clínico como un proceso semántico o de significación de los síntomas.

En las diferentes propuestas explicativas para los SIM hay un desconocimiento o una falta de crítica sobre en qué consisten los elementos clínicos fundamentales y, en consecuencia, se construyen teorías que proceden de otros campos (mayormente de la psicopatología) ajenos a la propia construcción de la clínica, y pensamos que éste desconocimiento imprime a los estudios sobre los SIM cierta orientación que nos aparta de una concepción más cabalmente fundada en la teoría del conocimiento clínico.

Hemos tomado el síntoma como el elemento del que parte y justifica toda la acción médica y sobre el que se construye la clínica (12). No obstante, cuando los diversos autores se han referido a los SIM, en realidad, según nuestro análisis, se estaban refiriendo a síntomas que no pueden ser transformados en signos clínicos; los SIM son pues, desde nuestra perspectiva, síntomas insignificables médicamente, antes que síntomas inexplicables. Lo justificamos en lo que sigue. Tomando apoyo en la concepción que Ogden y Richards (22) describieron para el signo y en base a las sucesivas modificaciones que según Eco (23) se han introducido en su triángulo semántico, hemos concebido el signo clínico como un triángulo constituido por tres vértices (ver figura 1): el Síntoma, el Sentido y el Referente (14), que son sus elementos constituyentes.

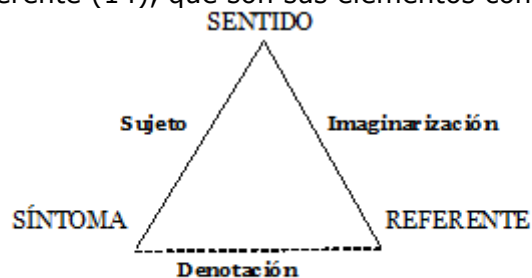


Figura 1.- Representación del Signo Clínico. Tomado de Gasulla (14) Explicación en el texto.

El desarrollo de éste triángulo puede comprenderse bien a partir de un ejemplo que hemos tomado del proemio del libro de Umberto Eco, Signo (23): "Supongamos que el señor Sigma, en el curso de un viaje a París, empieza a sentir molestias en el «vientre». Utilizo un término genérico, porque el señor Sigma por el momento tiene una sensación confusa. Se concentra e intenta definir

la molestia: ¿ardor de estómago?, ¿espasmos?, ¿dolores viscerales? Intenta dar nombre a unos estímulos imprecisos; y al darles un nombre, los culturaliza, es decir, encuadra lo que era un fenómeno natural en unas rúbricas muy precisas y «codificadas»; o sea, que intenta dar a una experiencia personal propia, una calificación que la haga similar a otras experiencias ya expresadas en los libros de medicina o en los artículos de los periódicos”

De acuerdo con el ejemplo, el primer paso establece una relación entre una sensación corporal y un significante que las nombre: “dolor en el vientre”. Este “dolor en el vientre”, que es el Síntoma, se relaciona con un Sentido concreto que Eco lo describe así en el ejemplo: “...intenta dar a una experiencia personal propia una calificación que la haga similar a otras experiencias ya expresadas en los libros de medicina o en los artículos de los periódicos”. En otras culturas o en otros ámbitos, ese Síntoma que nombra una sensación en el cuerpo (dolor en el vientre) podrá revestirse de otros sentidos que no sea el sentido médico, como por ejemplo un conflicto con determinados espíritus o el de una culpa moral. Las relaciones entre el síntoma y el sentido determinan una posición de Sujeto de discurso, que es el que consideramos “paciente” o “enfermo” en nuestra cultura.

Aquí establecemos que el Síntoma es un significante que nombra una sensación corporal, pero ya interpretado en un ámbito cultural concreto, dotándolo de Sentido. De acuerdo con nuestro dispositivo didáctico que hemos llamado “la puerta del consultorio médico” (12), el Síntoma es un significante que carece de significado, aunque posee un sentido.

Nuestra cultura médica ha establecido que el par Síntoma-Sentido posee un significado en un Referente que es la enfermedad, con lo que el Signo Clínico está constituido por los tres elementos que constituyen el triángulo semántico del Signo Clínico. Según Laín Entralgo (24), el proceso histórico del diagnóstico médico, que no es otra cosa que el proceso por el que la medicina dota de significado, dentro del paradigma médico moderno, al par Síntoma-Sentido, se ha establecido en cinco etapas sucesivas: 1, el diagnóstico sydenhamiano; 2, el diagnóstico anatomoclínico; 3, el diagnóstico fisiopatológico; 4, el diagnóstico etiopatológico y 5, la consideración clínica de la individualidad orgánica del enfermo. Este proceso relaciona el par Síntoma-Sentido con un Referente orgánico mediante la traducción de la subjetividad (el sujeto que se origina en la relación Síntoma-Sentido) en una visión directa o indirecta, pero en cualquier caso simbólica, de la lesión o de la alteración funcional (procedimientos de imagen, datos de laboratorio, gráficos funcionales de los aparatos de registro y medida).

Establecido un referente orgánico para el Sentido, el Síntoma se relaciona de modo indirecto con ese referente por medio de una operación que denota, esto es, significa objetivamente una lesión o alteración funcional. Sin embargo, el Síntoma en sí mismo connota (ii) un sentido propio y específico para el sujeto, que en el ejemplo de Eco se capta en el momento en el que el Sr. Sigma trata de encontrar palabras para ser acogido por un médico, mientras que si el Sr. Sigma viviera en otra cultura, trataría de adaptar la expresión de la molestia en su vientre a un sentido moral o en la culpa, o a un sentido propio de su ambiente cultural.

El Sujeto, que es la operación que da sentido a la relación entre Síntoma y Sentido, es eliminado en el discurso médico, que sólo retiene de la estructura del signo las otras dos operaciones: la denotación (entre Síntoma y Referente) y la operación de Imaginarización, esto es, de traducción en imágenes del sentido de los síntomas para el sujeto.

De acuerdo con esta concepción del Signo Clínico, los SIM son síntomas que no se pueden convertir en Signo Clínico. Esto es así porque no puede realizarse la operación Denotación.

Muy resumidamente, la operación Denotación consiste, fundamentalmente, en hacer legibles los síntomas en un referente patológico; dicho de otro modo, en poder leer los síntomas en un texto conocido de la enfermedad. Es una operación de traducción y de lectura de una escritura. Por así decir, los síntomas se leen en las radiografías, las biopsias, los electrocardiogramas, los datos de laboratorio y otros registros, mediante el lenguaje artificial de la enfermedad, tal como se leen los jeroglíficos según el método ideado por Jean-François Champollion. Una vez se ha establecido esta relación entre Síntoma y Referente, la línea de puntos inferior del triángulo de la figura 1, se transforma en línea continua, pues el proceso de significación médico establece una relación fija, un significado fijo. No puede ser de otra manera, porque para establecer un diagnóstico, las relaciones entre los síntomas y los referentes orgánicos no pueden ser aleatorias ni arbitrarias, si no estables. Así pues, para que un Síntoma sea un Signo Clínico, los tres elementos han de estar presentes (Síntoma, Sentido y Referente), así como las tres operaciones que relacionan los elementos entre sí. En consecuencia, los SIM no pueden constituirse en Signo Clínico porque falla el método de lectura. Todos los intentos que hemos visto más arriba en torno a los SIM, son intentos de denotarlos

mediante diversos métodos de interpretación de la lectura, tanto en la psicopatología como en métodos de imagen.

3.1. Los distintos tipos de SIM según su clasificación semántica.

Hemos analizado de qué modo se construye el Signo Clínico, cuáles son sus elementos estructurales, qué relaciones mantienen entre sí estos elementos y cuáles son las operaciones transformacionales que los sostienen dándole una estructura triangular. Un síntoma es significativo, esto es, puede ser transformado en Signo Clínico, cuando es posible realizar sobre él las operaciones descritas y sostenerse en una estructura triangular. Pero esta estructura puede no estar completa y dar lugar a un SIM, sea porque falte algún elemento o porque no sea posible alguna de las operaciones relacionales, aún con los elementos presentes.

3.1.1. El signo carece de referente.

Es el caso cuando existe un síntoma, éste tiene un sentido, pero no hay referente en la enfermedad, porque no se detectan lesiones o alteraciones funcionales. (Ver figura 2) (iii)

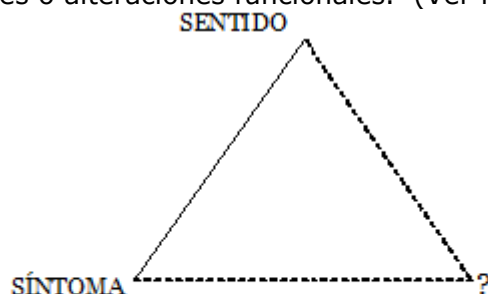


Figura 2.- El Signo contiene un síntoma y un sentido, pero no pueden realizarse las operaciones de Imaginarización ni de connotación; en consecuencia, carece de referente (ejemplo: Fibromialgia, trastornos psiquiátricos)

Es el caso, por ejemplo, en la Fibromialgia, donde existe el síntoma dolor, tiene un sentido, porque limita las funciones ordinarias del individuo, pero carece de referente porque no se halla ninguna lesión o alteración funcional. Se realizan esfuerzos para delimitar el síntoma y el trastorno, tanto desde el punto de vista de la investigación básica como desde el punto de vista de la investigación clínica.

Otro tanto ocurre con la mayoría de trastornos psiquiátricos, cuya etiología o explicación se buscan en alteraciones en la anatomía del cerebro y en las funciones cerebrales.

No entrarían en este grupo las llamadas patologías psicológicas, porque el referente en estos casos puede ser de dos clases: una conducta errónea o un conflicto inconsciente. Hay teorías que sirven de referente a los síntomas que permiten realizar operaciones de denotación y de Imaginarización.

3.1.2. El signo carece de sentido, pero posee un referente

Tal es el caso, por ejemplo, de los vómitos psicógenos, donde existen un síntoma y un referente objetivo, pero no poseen sentido.

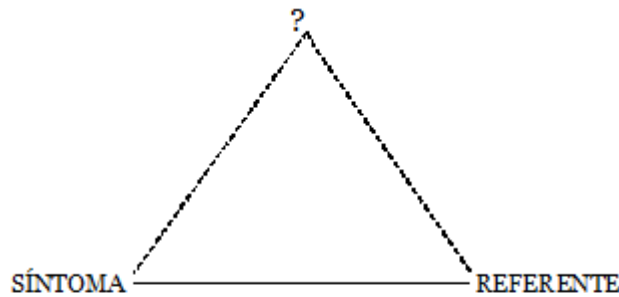


Figura 3- Existe síntoma, existe referente, pero no existe sentido. Es el caso de los vómitos psicógenos. No pueden realizarse las operaciones de Subjetivación ni de Imaginarización.

En los vómitos llamados psicógenos, el referente es objetivo, el síntoma existe, pero se desconoce el sentido del síntoma y entraría de lleno en lo que consideramos SIM a pesar de ser objetivo. Son síntomas insignificables.

3.1.3. El signo carece de sentido y de referente

Tal es el caso de la hipocondría, donde no existe más que un síntoma localizado, o impreciso, pero que carece de sentido para el sujeto y no puede denotarse en una lesión o alteración funcional

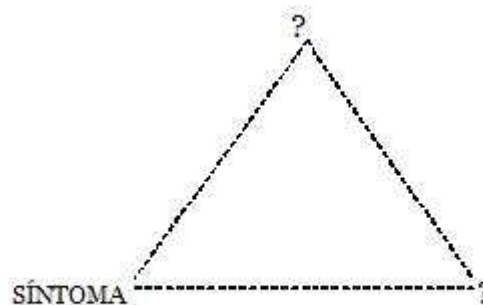


Figura 4:- En la hipocondría, existe Síntoma, pero no Sentido ni Referente.

3.1.4. El signo existe, la enfermedad también, pero hay un exceso de sentido

Esto ocurre, por ejemplo, cuando un síntoma somático claro, referido a una enfermedad, persiste de un modo intenso a pesar de que las causas orgánicas que lo originaron han menguado, se han compensado, incluso han desaparecido.

Ocurre en numerosas situaciones clínicas: persistencia de la disnea tras la compensación de una insuficiencia cardíaca, percepción anómala e hipervalorada de sensaciones torácicas posteriores a un episodio arrítmico o isquémico, hiperalgesia dolorosa tras una lesión sin causa demostrable que la justifique, atribuir a una mala fortuna personal un trastorno común; las frases "Todo me ocurre a mí", "Todo me viene a la vez", "¿Qué habré hecho yo para que me ocurra esto?" son ejemplos de un exceso de sentido.

También pueden entrar a formar parte de este capítulo los síntomas cuya intensidad sobrepasa el grado de gravedad objetiva, o los que se exageran o se hacen persistir: cojeras, dolor, persistencia de asma con producción gutural de sibilantes.

4.- Enfoque terapéutico de los SIM

4.1. Estructura del síntoma

En el apartado anterior hemos estudiado los SIM desde la perspectiva del signo clínico y hemos considerado que, de un modo genérico, un SIM no es otra cosa que un Síntoma que no se puede significar, que no se puede transformar en signo de enfermedad porque puede carecer de un referente, de un sentido o de ambas cosas a la vez o, aún teniendo un referente objetivo, algo parece exceder el sentido ordinario de los síntomas comunes. Este es el aspecto que consideramos fundamental: los SIM son síntomas insignificables en nuestra concepción anatomopatológica y funcional de la enfermedad, que es el referente común para los síntomas en nuestra cultura. No obstante, el empeño en mantener el principio médico monista (15) de que todo aquello que ocurre en el cuerpo ha de tener una explicación en el cuerpo, lleva la búsqueda de un referente orgánico a mantener la esperanza en hallarlo.

Ahora bien, sin menoscabo del principio monista (25), un síntoma es siempre un significante lingüístico; en consecuencia, uno de sus aspectos es la posibilidad de ser leído como un signo clínico, esto es, atribuirle un referente en la enfermedad y buscarlo, pero también puede ser leído como un signo lingüístico.

Ya he discutido en otro lugar (26) el por qué nuestros modelos de enfermedad (por ejemplo el biopsicosocial) han de contener al menos tres registros en vez de uno (modelo biomédico de enfermedad) o de dos (modelo psicossomático de enfermedad) y, en consecuencia, los mismos argumentos que hemos utilizado para comprender el porqué del modelo triple de enfermedad valen y deben utilizarse para aplicarlos sobre los elementos de los que nos valemos en la clínica (síntoma y signo). En el apartado anterior hemos visto el signo clínico bajo la perspectiva tripódica (tres componentes) y ahora examinaremos el síntoma en su dimensión de significante, también tripódica. De acuerdo con la descripción general del signo que dieron Ogden y Richards (22) que hemos tomado como argumento, es dado concebir para el Síntoma una estructura triangular como la que se muestra en la figura 5.

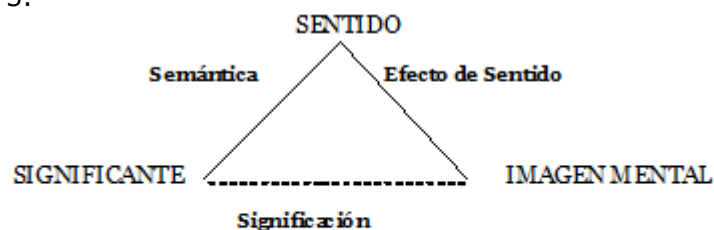


Fig. 5.- Representación triangular del Síntoma. (Explicación en el texto)

Todo signo se sostiene, según Ogden y Richards, en tres componentes: un elemento significante o simbólico, un elemento imaginario o pensamiento y un elemento real, que es un referente. Los tres elementos sobre los que se asienta el trípode del Síntoma son: el Significante como elemento simbólico, el Sentido como elemento imaginario y la Imagen Mental como elemento real o referente. Destaco que en el lugar del elemento real, que en el signo clínico se encuentra el referente, está en éste esquema la Imagen Mental, esto es, lo que Saussure llamará, en su concepción dual del signo (significante/significado), el concepto o significado.

El Significante es todo aquello de tipo simbólico (palabra, gesto, sonido, imagen, etc.) que sirva para la representación del pensamiento (sentido + imagen mental o significado). En nuestro caso, puesto que se trata de comprender el Síntoma, el elemento significante serán palabras, pero pueden ser gestos o imágenes (un vómito, lesiones cutáneas, etc.)

De nuevo recurrimos al ejemplo de Umberto Eco, del que nos hemos servido más arriba, y dice Eco que el Sr. Sigma "Intenta dar nombre a unos estímulos imprecisos". El nombre que va a dar a esos estímulos imprecisos es lo que llamamos Significante; esto es, al sonido concreto que emite con su voz o que se puede escribir. Puede ser también un gesto, sin necesidad de palabras, y aunque no

hemos desarrollado todavía un análisis del gesto, podemos tomar apoyo en la retórica del signo visual para comprender el alcance significante del gesto (27)

Este Significante se relaciona directamente con un Sentido mediante una operación semántica y, a su vez, mediante una relación arbitraria que llamaremos Significación (trazo punteado en la figura 5), se relaciona con una Imagen Mental, constituyendo el par Significante/significado que F. de Saussure consideró el signo lingüístico (28) (Ver figura 5)

Por último, el Sentido se relaciona directamente con la Imagen Mental mediante esa operación que llamamos Efecto de Sentido, que nos es tan familiar cuando para comprender hemos de imaginar (Ver figura 5)

De acuerdo con esta estructura del Síntoma, no hay más que permitir su despliegue en el sentido para poder comprenderlo en su dimensión subjetiva.

4.2. Método clínico centrado en el sentido

Una de las opciones sobre el síntoma es significarlo, esto es, convertirlo en signo clínico de una enfermedad. En ocasiones, como ocurre con los SIM, esto no es posible. La otra opción es tomarlo como signo lingüístico y comprender su sentido. Ninguna de las dos posibilidades son excluyentes entre sí, pero presuponen métodos muy diferentes. Para la primera, se precisa todo el conocimiento médico; para la segunda, todo el conocimiento que el paciente tiene de sí mismo. El método para la segunda operación es simple (lo que no quiere decir sencillo) y se fundamenta en la conversación común, pero con un fin centrado en comprender lo que en una primera impresión resulta incomprensible. Se pondrán en marcha operaciones comunes de sentido, como deducción e inducción, metáfora y metonimia, a partir de los elementos incomprensibles bien desarrollados. Diversos autores han destacado el carácter benigno de los SIM y su escasa tendencia a la cronicidad (entre un 2,5 % y un 4 % de los casos) (2), (3). Este dato sugiere que tanto el origen como la disolución de la mayoría de SIM pueden comprenderse como cambios en el sentido que tienen los síntomas para el paciente y que, efectivamente, estamos ante operaciones de sentido.

En principio, las sensaciones son revestidas de un imaginario que liga un temor vital, y desaparecen en cuanto ese imaginario no se corrobora en una amenaza, sino que, en la conversación con el médico, cobran un nuevo sentido en algún episodio vital o circunstancial del paciente.

Ejemplo. T. M., mujer, 66 años. Su síntoma principal es lo que podría considerarse "disnea de esfuerzo progresiva", lo que, al significarse, debiera poner de manifiesto una insuficiencia cardíaca o respiratoria. La exploración física, los exámenes de laboratorio y las exploraciones complementarias (radiografía de tórax, ECG y Ecocardiograma) son normales, con una FE ventricular del 75% y un índice de Tiffeneau del 82 % en la espirometría. Durante el proceso de significación, mientras se realizaba las pruebas y mientras esperábamos los resultados, la paciente acudía regularmente a la consulta para hablar de sí misma. La consigna y excusa para estas visitas fue que quizás fuera bueno llegar a comprender al mínimo detalle su padecimiento y que para eso se requería escucharla durante unos cuantos días. Aceptó. Poco a poco, sin ninguna sugerencia del médico sino más bien en un casi monólogo espontáneo y sin que el médico dirigiera sus pensamientos, ella relacionó sus síntomas con la reciente jubilación de su marido y con el conjunto de quejas históricas que tenía hacia él. Como las pruebas fueron normales, ella dispuso entonces, mediante este monólogo clínico, de un elemento de sentido al que referir su disnea; el síntoma desapareció o dejó de tener importancia. Ella misma lo sugirió: "Lo mejor será no darle importancia". Lo que no fue obstáculo para que, efectivamente, se planificara un seguimiento del síntoma en el plano médico. Cuando llegaron todos los resultados ella ya esperaba que fueran normales, lo que pone en evidencia que el síntoma había adquirido en el transcurso del proceso de hablar sobre ella, un sentido no médico que incluía sus manifestaciones corporales.

Dos elementos parecen ser decisivos en este caso: la confirmación de que sus síntomas no son signos de enfermedad, y la búsqueda de un sentido a los síntomas, tanto a partir de sus circunstancias actuales como al conocimiento que tiene de su historia y las experiencias que ya había tenido con otros síntomas somáticos que no habían remitido a ninguna patología, si no a circunstancias muy concretas de su biografía. Si estos síntomas no eran signos de enfermedad ¿de qué eran síntomas?

Según este ejemplo, el método terapéutico seguido se rige por tres reglas simples:

- a) Comprobar que no se trata de un signo de enfermedad o que, siéndolo, no sobrepasa una cierta intensidad de sentido.
- b) Dejar hablar espontáneamente al paciente sin importar el tiempo que precise para desplegar todos los elementos que se relacionan con el sentido de sus síntomas.
- c) Cualquier intervención del médico que apunte al referente del síntoma ha de ser en el "interior" del discurso del paciente y según su propia lógica, esto es, ha de hacer referencia a lo que efectivamente ha dicho el paciente, a sus referentes y a la lógica con la que rige sus pensamientos.

La aplicación de estas reglas se pone de evidencia, por ejemplo, en el caso extremo de una joven esquizofrénica que cuenta en la consulta su alegría al descubrir que lo que la engorda es el color de la ropa que llevan los demás, no obstante los atracones de sus visitas nocturnas a la nevera. Desde el punto de vista de la significación, se trata de un disparate, de una alteración de la percepción, de un error del pensamiento, esto es, de un delirio, porque es un hecho que lo que la engorda es lo que come en exceso. La comida en exceso es el referente de su engordar. La estructura del signo es visible (estaríamos en un caso idéntico estructuralmente a la hipocondría de la figura 4), ya que se trata de un error del pensamiento que la psiquiatría atribuye a una enfermedad mental, y entonces, se trata del signo de una enfermedad mental. Sin embargo, en el plano del síntoma, el sentido se ha de construir con ella y a partir de lo que pueda ir aportando para esclarecerlo. Se ha de comprender qué sentido puede tener para ella el significante "engordar" (ya se ve que además del aumento de peso parece que puede tener otros sentidos asociados y simultáneos) y que sea precisamente el color de la ropa de los demás. Al ser algo cuya lógica común se nos escapa, tanto al médico como a la propia paciente (se muestra muy sorprendida por esa convicción que le ha venido impuesta), ello no quiere decir que no sea susceptible de sentido construido con una lógica que nos es desconocida, pero que puede ser deducible a partir de sus aportaciones. En este ejemplo se pueden ver disociados los dos registros simultáneos del síntoma, aunque operando a la vez: en tanto signo y en tanto significante. Es posible que si se comprende el sentido que "engordar" tiene para la paciente, se comprenda también la razón de sus frecuentes ataques a la nevera. Aportaciones espontáneas del paciente y la deducción, incluyendo las aparentes incongruencias, son los fundamentos en los que se basa el abordaje clínico en los SIM.

Por así decir, se trata de un cambio de posición en el seno de la relación médica. El saber cambia de lado, ya que si en la transformación del síntoma en signo es el médico el que sabe y el paciente quien está en posición de ignorante, en el proceso de comprender el sentido de los síntomas es el paciente el que sabe y el médico quien carece de cualquier referentes sobre el sentido y el significado de los síntomas de su paciente.

En un enfoque de los síntomas centrado en el paciente, el médico no está en la relación dual como el que sabe sobre la enfermedad, porque no hay enfermedad, sino que está únicamente como soporte, por una parte, de esa falta de enfermedad relacionada con los síntomas y, por otra, de lo que el paciente tiene y puede decir sobre sí mismo en relación a sus síntomas.

4.3. El sentido de los SIM

Puesto que los SIM no son signos, porque carecen de referente médico, al indagar sobre el sentido en cada paciente siguiendo el método arriba propuesto, y a pesar de que el sentido es absolutamente personal e individual, pueden agruparse por ser la expresión clínica de diversas estructuras psíquicas

4.3.1. Los SIM son la expresión de un temor común

Acaso sea éste el sentido más extendido ligado a los SIM. Un síntoma corporal es la expresión de un malestar psíquico concomitante. Al no poder resolver el "conflicto psíquico", la atención se centra sobre una molestia física que aparece simultáneamente, o que ya existía pero a la que "no se le hacía caso".

En numerosísimas situaciones clínicas, el SIM ha adquirido relevancia temporal por razones las más

de las veces no aclaradas. En otras ocasiones, se trata de un temor en torno a un síntoma somático real, como ansiedad somatizada y otros eventos. El SIM se resuelve, por ejemplo, cuando el paciente dice que ahora reconoce que lo suyo había sido más que otra cosa, un susto, una alarma. Comprender el entorno en el que aparece el SIM ayuda, incluso es determinante, para que se desvanezca.

4.3.2. Los SIM reproducen, teatralizándola, una situación psíquica conflictiva.

Esta era la situación en la "gran histeria" de Charcot. De hecho, constituye el modelo de comprensión de los SIM a partir de los estudios sobre la histeria de Freud y Breuer (29) Según estos estudios, los síntomas son expresiones lingüísticas reprimidas, pero representadas mediante una teatralización. Para Groddeck (30), (31), (32), (33), (34), (35), se trataba de lo imaginario del enfermo puesto en escena. Para nosotros, este imaginario está, representado en imágenes. Es interesante repasar la casuística de Freud o, por ejemplo, el análisis que llevó a cabo sobre su paciente Dora (36) para comprender las posibilidades de sentido que pueden tener los SIM

4.3.3. Los SIM son el equivalente a un "delirio somático"

No es infrecuente que una psicosis o una patología límite se manifieste por primera vez mediante un SIM y que, entonces, adquiere el valor de un delirio cuyo tema es un síntoma corporal. Es probable que ese 2,5 % de SIM graves que tienden a la cronicidad estén cumpliendo el papel de un delirio. Sin ánimo de analizar aquí esa estructura, en algunos casos los SIM poseen la misma estructura que un pensamiento delirante.

Esta hipótesis se me plantea como alternativa frente a algunos casos intratables e incomprensibles cuyo sentido únicamente se alcanza si se hace la hipótesis de que se está frente a un fenómeno del tipo del delirio psicótico. El, o los SIM, en esos casos parecen cumplir el mismo papel que el delirio en la psicosis. Existe una dificultad en diagnosticar una psicosis a estos pacientes, como se pone ocasionalmente de manifiesto en las discusiones clínicas de casos.

5.- Discusión

Desde nuestro análisis, el síntoma es un significante que centra una demanda de atención médica, tal como veíamos muy bien de manifiesto en el ejemplo tomado de Umberto Eco (23) Para resolver el enigma que es un síntoma cabe aplicarle dos principios: en uno, el síntoma es considerado un correlato de la enfermedad y se le aplica el principio de que todo síntoma se objetivará en signo clínico, que es una de las manifestaciones de la enfermedad. Es la posibilidad semiótica del síntoma, esto es, convertirlo en signo.

El otro principio aplicable para resolver el enigma del síntoma es considerarlo como un relato y resolverlo en el sentido. Es su "vertiente" o su posibilidad semántica. Esta posibilidad la abordó Freud y dio origen a una ciencia nueva fundada en un método de análisis distinto al médico hipocrático, para significar el síntoma.

Hemos mantenido la terminología SIM (síntomas inexplicables médicamente), no sólo para no crear confusión y conservar una terminología aceptada por muchos y conocidos por sus siglas inglesas como MUS (medically unexplained symptoms), sino también para dar cuenta de que, efectivamente, la cuestión central planteada en la clínica desde Hipócrates es siempre la explicación de los síntomas, y estos la han encontrado en la medicina al ser significados en la enfermedad, lo que, según Laín Entralgo (24) explica la sinonimia entre síntoma y signo, por cuanto todo síntoma finalmente será objetivado en un signo de enfermedad. Esta noción puede ser tomada como lo que sería un principio clínico fundamental, que podríamos llamar de "correlato" o de "correlación", según el cual todo síntoma es un correlato de la enfermedad que se objetivará en signo y éste lo será de enfermedad, que es el principio que creemos rector de las publicaciones consultadas en este trabajo. De acuerdo con este principio, el signo ocupa el lugar central en la medicina clínica, y el síntoma es su correlato; en consecuencia, lo es también de la enfermedad. Es la vertiente o posibilidad semiótica del síntoma.

Los SIM han sido abordados desde diversas vertientes clínicas; casi siempre tomándolos como signos a los que les falta un referente y, por consiguiente, inexplicables médicamente, ya que la condición para que un signo lo sea de enfermedad es que sus elementos componentes (síntoma,

sentido y referente) se encuentren completos. Al ser analizados únicamente bajo su vertiente de signos, su característica es precisamente su falta de significación en el principio clínico monista de correlación, que sostiene que todo síntoma ha de tener un referente en la lesión, sea anatómica o funcional, y es un correlato de la enfermedad. Los esfuerzos de los investigadores van en la línea de encontrar un referente en la psicopatología o en una alteración anatómica o funcional del cerebro. Ninguno de estos esfuerzos da, por ahora, un resultado plenamente satisfactorio.

Nuestra posición de inicio para el estudio de los SIM parte de un desplazamiento hacia el síntoma del lugar central que ocupa el signo en la clínica médica, al considerar que aquél es el portador de una demanda del paciente y constituye el elemento clave a descifrar. En consecuencia, tomamos al síntoma como un significante que centra, focaliza y es portador de la demanda de atención médica y, en consecuencia, el síntoma ocupa ahora en la clínica el lugar central, solar, en la metáfora copernicana, y el proceso médico consiste en aplicar diversos métodos para significarlos. Los métodos de interpretación y lectura de los síntomas son, básicamente, de dos órdenes: uno, según el principio de correlato clínico que ya hemos conocido, y el otro según el principio que podemos llamar de relato, que fue ampliamente desarrollado por Freud. De acuerdo con el principio de correlato clínico, los síntomas pueden formar parte de una semiótica, mientras que según el principio de relato, dan paso al sentido.

El síntoma, según este principio de "relato", puede ser tratado indistintamente, tanto como signo que como sentido. Hemos tomado de Gottlob Frege las definiciones que dió en "Über Sinn und Bedeutung" (37) y traducimos Bedeutung como denotación o signo y Sinn como sentido.

En esta ocasión únicamente hemos abordado los aspectos teóricos en los que fundamentar el abordaje clínico de los SIM y hemos aportado brevemente algunos ejemplos que ayudan a comprender la teoría; sin embargo, habrá que utilizar más ejemplos clínicos en otras ocasiones, para ilustrar mejor el proceder.

Puesto que se trata de un "importante problema" en asistencia primaria y, desde luego, un importante problema en medicina clínica y teórica, nos ha parecido prioritario desarrollar los conceptos que permiten arrojar nueva luz sobre un campo oscuro. Saber de qué se trata tranquiliza a los médicos, que ya no van tan perdidos y pueden poner a salvo la relación tan necesaria con sus pacientes. Dicho muy resumidamente, el principio de relato permite la posibilidad de poder abordar los SIM como síntomas insignificables médicamente, lo que, manteniendo las siglas, permite otra lectura, al denotar su dificultad de ser transformados en signos positivos de enfermedad a la vez que la falta de explicación médica según esas operaciones de significación.

Al considerar los síntomas como significantes, se abre la posibilidad de su sentido. Esa es, pensamos, la vía necesaria no solo para introducir al sujeto en la clínica, según proponía Laín Entralgo (24) como el nuevo paradigma del diagnóstico médico, sino para hacer de la clínica y de la práctica médicas una ciencia que incluya al sujeto.

6.- Conclusiones

Al tomar los SIM como un relato, en vez de como un correlato, quedan abiertos al sentido y, así, resolverlos dentro de la relación médico-enfermo misma, sin tener que recurrir a otras explicaciones distintas de las que será capaz de obtener el paciente de sus propios relatos.

El abordaje de los SIM como relatos, se muestra muy fructífero en la clínica para resolverlos.

7.- Notas y Bibliografía

i .- Rogue representatios.

ii.- Denotación: es la indicación objetiva de una palabra, su referente objetivo. Se opone a Connotación, que es un sentido añadido a la denotación. Por ejemplo, la palabra Luna denota un objeto que es el satélite de la Tierra, mientras que lleva asociadas las notas connotativas de frialdad, noche, romanticismo, intuición, amor, entre otras. El lógico alemán G. Frege (ver referencia bibliográfica 37) distinguió entre Bedeutung, significación o denotación, y Sinn, sentido o connotación. Así, las expresiones "el lucero matutino" y "el lucero vespertino" denotan el mismo

objeto referencial (el planeta Venus), pero tienen sentidos diferentes. Este es el mismo criterio que utilizan Ducrot y Schaeffert para distinguir entre denotación y connotación, en su Nuevo diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje. Arrecife Producciones. Madrid. 1995

iii.- En el pie de la figura 2 el texto debe decir: El signo contiene un Síntoma y un Sentido, pero no pueden realizarse las operaciones de Imaginarización ni de Denotación; en consecuencia, carece de Referente (ejemplo: Fibromialgia, trastornos psiquiátricos)

1 .- De Gucht, V.; Maes, S. Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *J Psychom. Res.*; 60 (4) 349-352 (2006).

[doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.021](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.021)

2 .- Creed, F.; Barsky, A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Jour. Psychosomatic Res.* 56 (4) 391-408. (2004) [doi:10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6)

3 .- Tim C. olde Hartman, Machteld S. Borghuis, Peter L.B.J. Lucassen, Floris A. van de Laar, Anne E. Speckens, and Chris van Weel. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Jour. Psychosomatic Res.*; 66 (5) 363-377 (2009) [doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.018](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.018)

4 .- Mas Garriga, X; Solé Dalfó, M; Licerán Sanandrés, M; Riera Cervera, D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud?. *Aten Primaria.* 2006;38(4):192-9

5 .- B. Smith, K. McGorm, D. Weller, C. Burton, M. Sharpe. The identification in primary care of patients who have been repeatedly referred to hospital for medically unexplained symptoms: A pilot study. *Jour. Psychosomatic Res.* 67 (3): 207-211. [doi:10.1016/j.jpsychores.2009.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.01.004)

6 .- Brown, RJ. Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin.*, Vol. 130 (5), 793-812 (2004)

7 .- Brown, RJ. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clin. Psychol. Rev.* 27 (7) 769-780 (2007) [doi:10.1016/j.cpr.2007.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.003)

8 .- Deary V; Chalder T; Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clin. Psychol. Rev.* 27 (7), 781-797 (2007) [doi:10.1016/j.cpr.2007.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002)

9 .- Rief W; Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin. Psychol. Rev.*: 27 (7) 821-841 2007

10.- Landgrebe M, Barta W, Rosengarth K, Frick U, Hauser S, Langguth B, Rutschmann R, Greenlee MW, Hajak G, Eichhammer P. Neuronal correlates of symptom formation in functional somatic syndromes: a fMRI study. *Neuroimage.* 41 (4): 1336-1344 (2008) [doi:10.1016/j.neuroimage.2008.04.171](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.171)

11.- Wood PB. Neuroimaging in functional somatic syndromes. *Int Revi. Neurobiol.* 67; 119-163 (2005)

12.- Gasulla, JM: *Fundamentos de la práctica médica en un modelo biopsicosocial de enfermedad.* VIIIº Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero-28 febrero 2007. Fecha vis.: 14 de febrero de 2007 Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/28385/?++interactivo>

13.- Gasulla, JM: *Los elementos fundamentales de la clínica: el síntoma y el signo.* INTERPSIQUIS 2007 Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/28340/>

14.- Gasulla, JM: *Fundamentos clínicos: La transformación de enunciados comunes en enunciados clínicos.* INTERPSIQUIS 2007. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/diagnostico/28300/>

15.- Sharpe M, Walker J. Symptoms: a new approach. *Psychiatry* 8(5) 146-148 (2009) [doi:10.1016/j.mppsy.2009.03.016](https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.03.016)

16.- Sharpe, M. Bodily symptoms: a new approach. *Psychiatry*, 5(2) 39-42 (2006) [doi:10.1383/psyt.2006.5.2.39](https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.2.39)

17.- Sharpe, M. Mayou, R. Editorial. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? *The British J Psychiatry.*; 184: 465 – 467; 2004

18.- Wessley S; Nimnuan C; Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*: 354: 936-939; 1999

19.- Sharpe M; Mayou R; Walker J. Bodily symptoms: new approaches to classification. *Psychosomatic R.*: 60(4), 353-356; 2006 [doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.020)

20.- Wood PB. P.B. Stress and dopamine: Implications for the pathophysiology of chronic

widespread pain, *Med. Hypotheses* 62 (3) 420–424; 2004. Doi:wood PB. 10.1016/j.mehy.2003.10.013

21.- Wood BP. Fibromyalgia: A central role for the hippocampus—a theoretical construct, *J. Musculoskeletal Pain* 12: 19–26; 2004. Doi: 10.1300/J094v12n01_04

22.- Ogden CK; Richards IA: *The meaning of meaning*. Routledge & Kegan Paul Ltd. Londres 1923. Ed. Esp.: *El significado del significado. Una investigación acerca de la influencia del lenguaje sobre el pensamiento y de la ciencia simbólica*. Paidós Studio. Barcelona. 1984

23.- Eco U. *Signo*. Editorial Labor S.A. Barcelona. 2ª Ed. 1994

24.- Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Salvat. Barcelona. 1982

25.- Gasulla JM. ¿Es todavía vigente el dualismo cartesiano? INTERPSIQUIS 2009. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/38983/>

26.- Gasulla JM. El modelo biopsicosocial de enfermedad ¿Por qué 3, y no 2 ó 1? INTERPSIQUIS 2009. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/38984/>

27.- Groupe µ. *Traité du signe visuel. Pour une rhétorique de l'image*. Seuil. París. 1992

28.- Saussure, F. *Cours de linguistique général*. Payot. París. 1981

29.- Breuer J; Freud S.: *Estudios sobre la histeria*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu editores. T II. Buenos Aires. 1980.

30.- Chemouni J.: *Georg Groddeck psychanalyste de l'imaginaire*. Payot. París. 1984.

31.- Groddeck G.: *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Paidós. Buenos Aires. 1983

32.- Groddeck G.: *El libro del Ello*. Taurus. Madrid. 1981

33.- Groddeck G.: *La vista, el mundo del ojo y ver sin ojos*. Ediciones del lunar. Jaén. 1999

34.- Groddeck G.: *Las tripas*. Ediciones del lunar. Jaén. 2001

35.- Ferenczi S; Groddeck G.: *Correspondencia 1921-1933* Ediciones del lunar. Jaén. 2003

36.- Freud S.: *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)* Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu editores. T. VII. Buenos Aires. 1978

37.- Frege G.: *Sobre Sentido y Referencia [Über Sinn und Bedeutung. 1892]* En: Gottlob Frege. *Escritos filosóficos*; pp. 172-197. Crítica. Barcelona. 1996