

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Burillo Gonzalvo, Ricardo Robles Martínez, María José García Rubio, Asún Pascual García, Jaime Ferrandez Cortes, María Jesús Pérez Echeverría, Manuel González Panzano, David Rohner del Sordo, Marina García Rapun, Miquel Serra Casaus

Hospital Universitario Miguel Servet

maria.burillo@hotmail.es

Trastorno de somatización. Enfermedad física. Abordaje psicoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: Tras un proceso evolutivo del concepto de somatización, Lipowski (1986) propone la siguiente definición; tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa y en consecuencia solicita asistencia médica para ello. **Objetivos:** Mostrar las dificultades de diagnóstico de los trastornos de somatización y la necesidad de realizar un tratamiento a tiempo para evitar la cronificación del cuadro. **Método:** Exposición de un caso clínico y breve revisión bibliográfica sobre el tema. **Resultados:** La discusión atravesará un caso clínico atendido en el Hospital Universitario Miguel Servet: varón de 62 años que presenta episodios de mareos, inestabilidad en la marcha y visión borrosa, sin cuadros sincopales desde hace más de 30 años. Es derivado a la Unidad de Psicósomática y psiquiatría de enlace para valoración y tratamiento si procede. Se expondrá la historia previa del paciente, su evolución desde el momento de la clínica hasta la actualidad y el abordaje psicoterapéutico realizado. **Conclusiones:** Se demuestra la mejoría de los síntomas vertiginosos del paciente tras abordar sus dificultades emocionales no identificadas previamente y que tenían su reflejo en la sintomatología orgánica.

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los hoy denominados desórdenes somatoformes provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de neurosis histérica. Aunque el término histeria fue ya utilizado por los griegos y romanos, su incorporación al ámbito de la psicopatología obedece en gran medida a los trabajos efectuados en la escuela francesa por J.M. Charcot (1825-1893) y P Janet (1859-1947) y sobre todo, a la influencia de la escuela psicoanalítica de Sigmund Freud (1856-1939) y sus seguidores. (Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F., 2009). Hoy en día, en el DSM IV TR, quedarían recogidos en el apartado de trastornos somatomorfos, que incluiría el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno por dolor, hipocondría y el trastorno dismórfico corporal.

Para referirnos al trastorno de somatización debemos remontarnos a la primera referencia al término "somatización" que fue introducido por Stekel (1943) para hacer referencia a un proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal. Tras un proceso evolutivo del concepto, es Lipowski quien, en 1986 critica las definiciones tradicionales, y propone la siguiente definición: "tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa y en consecuencia solicita asistencia médica para ello".

Los rasgos principales del trastorno de somatización son síntomas físicos múltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes de al menos dos años de duración. La mayoría de pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con servicios de salud de atención primaria y especializada, durante los cuales se han llevado a cabo múltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias infructuosas. El curso del trastorno es crónico y fluctuante, y al menos se asocia con alteraciones en la vida social, familiar e interpersonal (OMS, 2000). En este cuadro clínico se presentan otras manifestaciones que dan lugar a su diagnóstico como por ejemplo, la vaguedad de los síntomas, la consulta médica incrementada, el aumento de consumo de fármacos o la falta de persistencia en el tratamiento, cronicidad, incapacidad para aceptar que en el desarrollo del trastorno intervienen factores psicológicos y alteraciones de la relación médico-paciente (Florenzano, Fullerton y Acuña, 2002).

Respecto a las teorías etiológicas del trastorno de somatización podemos decir que los síntomas somáticos expresan sentimientos, pensamientos o problemas que la persona no verbaliza, tratándose entonces de otra forma comunicativa. Algunos de los síntomas que caracterizan al trastorno por somatización pueden entenderse como expresión directa de conflictos psicológicos, otros parecen asociarse inespecíficamente al estrés. Con independencia de su naturaleza, es habitual que el paciente utilice sus síntomas como un lenguaje de comunicación de emociones y

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

que trate de relacionarse y controlar a los allegados y al ambiente con ellos (García, Sanz y Claraco, 2000).

La investigación en el trastorno de somatización está orientada hacia la delimitación de los cuadros clínicos con el fin de optimizar la claridad en el diagnóstico y la intervención. Entre las recomendaciones más frecuentes se encuentra el análisis interdisciplinario de los casos, el estudio de la historia clínica, y el retorno al médico de familia, con el fin de tener criterios unificados en relación con el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes (Carbajal de la Torre, 2002; García, Alda y Moreno, 2005; García-Campayo, Dueñas, Alda, Claraco y Arévalo, 2003; Gili, 2004). Es importante delimitar las acciones que se emprenden con los pacientes con el fin de evitar la yatrogenesis y el uso excesivo de servicios de salud que se consideran innecesarios, así como la inclusión de psicólogos y psiquiatras en el equipo interdisciplinario que atiende a los pacientes somatizadores (Caballero y Caballero, 2004).

Por todo lo explicado anteriormente, nuestro objetivo es a través de la exposición de un caso clínico y una breve revisión bibliográfica sobre el tema, reflexionar sobre las dificultades de diagnóstico de los trastornos de somatización y la necesidad de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la cronificación del cuadro.

RESULTADOS

Paciente varón de 62 años de edad que es derivado por el Servicio de Rehabilitación vestibular a la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace del Hospital Miguel Servet. En la hoja de interconsulta podemos leer: "Queja crónica de inestabilidad desde hace años. Exploración: equilibrio normal. Pruebas complementarias normales. Visto en neurología, medicina interna, ORL; pruebas normales. Ruego valoración por vuestra parte"

Al iniciar el proceso de evaluación psicológica, el motivo de consulta son los episodios de mareos, inestabilidad en la marcha, visión borrosa, fatiga, falta de energía, pérdida de fuerza, problemas de memoria y diarreas.

Refiere una repercusión muy importante en sus actividades diarias y en su calidad de vida: dificultad para realizar actividades de ocio, disminución del contacto social y aislamiento debido a las limitaciones asociadas al cuadro sintomático que presenta

Antecedentes personales: Es el tercero de una fratria de cuatro hermanos. Refiere buena relación con padres y hermanos. No constan antecedentes familiares psiquiátricos relevantes.

Refiere vivencia de malos tratos por parte del profesorado en el colegio de carácter religioso en el que estaba interno, durante aproximadamente seis años. En aquella época también fue testigo

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

de abusos sexuales a otros compañeros, negando haber sido víctima de ellos en primera persona. Estudió hasta los 17 años.

La historia laboral muestra que el paciente se vinculó a una entidad bancaria cuando tenía 19 años donde trabajó en distintos puestos, oficinas y pueblos, siempre con un adecuado rendimiento, buenas relaciones con los compañeros y sin tener que estar con incapacidades temporales debidas al cuadro que refiere, aunque los síntomas se mantenían con intensidad variable. Trabajó hasta que a los 53 años fue prejubilado tras un acuerdo con la entidad bancaria en la que trabajaba.

Conoció a su mujer con 15 años y se casó con ella a los 23 años. Tienen dos hijos de 38 y 36 años respectivamente y dos nietos de 6 y 3 años. Dice tener buena la relación con sus hijos es buena, manteniendo con ellos un contacto frecuente y realizando visitas periódicas con ellos. Así mismo, refiere conyugalidad armónica.

Historia del problema: Sitúa el inicio de la problemática con 24 años. El motivo de consulta entonces era su dificultad para caminar, vértigos, alteración de la sensibilidad, parálisis facial izquierda y de brazo izquierdo lo que aumentó la frecuencia de consultas a los servicios de salud. Fue atendido en varias ocasiones por diferentes especialistas: Medicina Interna, ORL, Rehabilitación y Neurología que solo encuentran una pequeña lesión en el oído que no justifica su sintomatología. En aquel momento se sospechó el posible diagnóstico de esclerosis múltiple pero fue descartado por resonancia magnética aunque esto ha sido mantenido por el paciente como una posible explicación de la sintomatología presentada: lesión mínima a nivel cerebral.

Comenta que la sintomatología ha durado hasta la actualidad con fluctuaciones en intensidad e incapacidad que en ningún momento el paciente relaciona con situaciones vitales estresantes o acontecimientos de levada carga emocional. Él atribuye su patología a una posible lesión a nivel cerebral de carácter neurológico que el paciente cree tener a pesar de que no ha sido confirmada por las múltiples pruebas realizadas.

Al elaborar la historia del paciente se observa la presencia de acontecimientos que pueden influir en la patología orgánica que el paciente refiere, sin embargo, el paciente no encuentra relación con dichos episodios. Últimamente, coincide la reagudización de la sintomatología con la prejubilación, hace nueve años, por lo que de nuevo la consulta médica se incrementa y se genera un proceso de visitas a diferentes especialistas. De nuevo observamos un empeoramiento de la clínica tras otro evento vital estresante, la muerte de su hermano, hace 8 meses.

El paciente presentaba múltiples motivos de consulta, quejas somáticas y enfermedades que no concluían en un diagnóstico claro o que explicara la complejidad de la sintomatología expresada. Asimismo, continuaba la hiperfrecuentación médica y su polisintomatología, con baja respuesta y adherencia a los tratamientos. Finalmente se decide derivación a la Unidad en

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

noviembre de 2014 dado que no se encuentra causa orgánica que justifique la sintomatología referida y con el objetivo de valorar si existían factores de carácter psicológico que influyan en el malestar que refiere el paciente.

Durante la exploración el paciente se presenta correcto y educado. Dispuesto a colaborar debido a lo incapacitantes que le resultaban los síntomas, pero con bastante escepticismo respecto a que el origen fuera "nervioso" , dado que para él siempre hubo una causa orgánica, alguna anomalía cerebral que explicará los síntomas. "Me mandan aquí porque no encuentran solución". Manifiesta dudas de la utilidad de la consulta. Niega clínica depresiva . No ideas de muerte. No clínica psicótica. Juicio de realidad conservado. Duerme bien por la noche. Apetito conservado. Niega rumiaciones respecto al tema médico pero si manifiesta rabia ante las limitaciones que le producen e impotencia sobre el escaso control sobre ellas . "Quiero que salga lo que sea , aunque sea algo malo, saber lo que tengo". "Creo que tengo lo mismo que cuando tenía 24 años, aquellas secuelas neurológicas que se están acentuando con la edad." "Es lo mismo que antes pero ahora se muestra con más fuerza al ser yo mayor" . La clínica desaparece cuando está dormido. Niega que al sintomatología le genere angustia o ansiedad. "A mi esto no me agobia, lo único que tengo es enfado por no poder hacer las cosas.". Como rasgos de personalidad refiere ser una persona reservada, trabajadora y responsable. Nunca ha estado de baja a pesar de que en algunos periodos de su vida laboral, los síntomas eran bastante incapacitantes y necesitaba ayuda de los compañeros de trabajo.

El paciente presenta dificultad para relacionar sus síntomas con dificultades emocionales. Durante las exploraciones iniciales se observa una pobre elaboración e identificación de los aspectos emocionales tanto de su vida pasada como presente. La escasa visión introspectiva inicial, dificulta la comprensión del problema y del ciclo que genera y perpetúa. Es decir, el problema lo percibe de manera aislada sin que se pudiera promover en él un cambio en la visión o una dinamización de otros puntos de vista sobre la misma condición, por lo que fue necesario promover la autoexploración y la flexibilidad en los juicios que realiza sobre su participación en la evolución del problema.

Inicialmente, se realizaron intervenciones orientadas a atenuar la ansiedad, a través del tratamiento farmacológico y técnicas de relajación que se le instruyo para que usara cuando aparecieran los síntomas somáticos (a pesar de no confiar en su utilidad). Así tratamos de desarrollar estrategias de afrontamiento más eficaces, comprender su estado clínico y la importancia de tener un adecuado uso de la medicación. El paciente experimentó la posibilidad de un control sobre sus síntomas y al ver como se reducía la intensidad e incluso desaparecían pudo mantener sus actividades previstas.

Posteriormente se ha empezado a relacionar la presencia de síntomas con las situaciones personales en las que hay un cambio de rutina impuesto, donde no da su opinión o rechaza una

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

propuesta por miedo al enfado o no aceptación del "otro". Se pone de manifiesto una dificultad para tolerar el conflicto y una presencia permanente de sentimientos de culpa ante las emociones negativas el entorno considerando su responsabilidad constante en las mismas.

Se observa la mejoría de los síntomas vertiginosos del paciente tras abordar sus dificultades emocionales no identificadas previamente y que tenían su reflejo en la sintomatología orgánica. El paciente continua en tratamiento psiquiátrico y psicológico. En tratamiento farmacológico actual es sulpiride 50 mg y lorazepam 1 mg por la noche. Se han reducido las consultas médicas

CONCLUSIONES

El paciente no tuvo un diagnóstico precoz que desde el inicio apuntara hacia la identificación del trastorno de somatización. Durante muchos años no recibió el diagnóstico ni el tratamiento adecuado debido a que los síntomas se presentaban de manera difusa. Esta situación trajo como consecuencia un proceso yatrogénico que a través del tiempo complejizaba más el caso. La sintomatología del paciente podía haber causado la sospecha de que el paciente tenía una alteración diferente a una condición médica sin embargo no es derivado a Psiquiatría hasta 30 años después de reincidir en cuadros clínicos diagnosticados de manera confusa e inconsistente.

En este tipo de casos se requiere de un equipo interdisciplinar que analice el caso de determinados pacientes, los cuales muestran cuadros clínicos vinculados a diagnósticos confusos. Se debe tener en cuenta la historia clínica previa, la evolución de los síntomas, la adherencia a los tratamientos y todas aquellas características de los pacientes con trastornos somatomorfos. Por tanto, es necesario obtener una visión integral del caso y una visión longitudinal del paciente, analizando su evolución y el progresivo deterioro en su funcionamiento global.

La somatización es entonces un trastorno que se expresa orgánicamente, pero que no cuenta con condiciones fisiológicas o médicas para ser explicado o intervenido, son las variables psicológicas las que permiten esta comprensión y en el caso del paciente las situaciones vitales estresantes vividas fueron un elemento crucial en el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno.

REFERENCIAS

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos F. (Eds.) (2009). *Manual de Psicopatología (2ª edición)*. Vols I y II. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

EL SÍNTOMA; ENFERMEDAD FÍSICA VERSUS SOMATIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Caballero, L. y Caballero, F. (2004). El paciente con somatizaciones crónicas. *Psiquiatría y atención*, 5 (3), 4-11.
- Carbajal de la Torre, A. (2002). Somatizaciones. *Guías clínicas en atención primaria*, 2 (25), 1-5
- Florenzanno, R., Fullerton, C. y Acuña, J. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40 (1), 47-55.
- García, J., Alda, M. y Moreno, S. (2005). Somatización y depresión en atención primaria. *Salud Global*, 2, 1-8.
- García Campayo, J., Sanz, C. y Claraco, L.M. (2000). Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza. En: García Campayo, Salvanes, R., y Alamo, C. (eds.) *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Panamericana.
- García-Campayo, J., Dueñas, E., Alda, M., Claraco, L.M. y Arévalo, E. (1993). La petición de pruebas complementarias en somatizadores en atención primaria: un estudio cualitativo. *European Journal of Psychiatric*, 17 (4), 220-230.
- Gili, M. (2001). *Perfil clínico del hiperfrecuentador en atención primaria*. Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Balears: Instituto de Salud Carlos III.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.