

Trastornos psicosomáticos



J. Cornellà i Canals

Centre Mèdic i Psicopedagògic VÈRTEX. Girona

Resumen

Los trastornos psicosomáticos constituyen un modelo integral de trastorno, en que lo físico interacciona con lo psíquico, dificultando su comprensión. Se revisan especialmente los mecanismos psicopatológicos que inciden en su aparición. Se destaca el rol importante de la vinculación afectiva. El dolor abdominal recurrente se presenta como paradigma del trastorno psicosomático. Se exponen las distintas formas de presentación de dichos trastornos en las edades infantiles y en la adolescencia. Y se insiste en las líneas básicas del tratamiento de estos trastornos. En este artículo, se quiere insistir mucho en el enfoque multidisciplinar que se precisa en el enfoque y tratamiento de los trastornos psicosomáticos y en la necesidad de que el pediatra de Atención Primaria tenga unos conocimientos básicos de la psicopatología infantil. Trastornos psicosomáticos; Adolescencia; Vínculo afectivo; Dolor abdominal.

Palabras clave

Abstract

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

The psychosomatic disorders constitute an integral model of illness, on which the physics interacts with the psychic, making it difficult to comprehend. There are specially reviewed the psychopathological mechanisms affecting its appearance. It stands out the important role of the affective attachment. Recurrent abdominal pain appears as a paradigm of psychosomatic disorders. There are exposed the various appearing ways of such disorders on infantile and adolescence ages. And the basic treatment lines of those disorders. This article wants to insist especially on the multidisciplinary approach needed to the diagnosis and treatment of psychosomatic disorders, and on the necessity that primary attention paediatrics has basic knowledge of infantile psychopathology.

Key words

Psychosomatic disorders; Adolescence; Affective attachment; Abdominal pain.

Pediatr Integral 2008;XII(9):889-898

“Ciertos aspectos limitados de la patología psicosomática del niño nacen y se organizan en las condiciones de la carencia afectiva y de la frustración. Sin olvidar los otros que no son siempre anodinos: ante la patología de la carencia hay la del exceso, la sobreexcitación, la sobreestimulación, la incoherencia, en la que figura una buena parte de los trastornos funcionales de la niñez”

Leon Kreisler, 1981

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

Los trastornos psicosomáticos constituyen un modelo integral de trastorno, en que lo físico interacciona con lo psíquico, dificultando su comprensión.

La somatización consiste en experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos, que no son atribuibles a una enfermedad física, y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso. Podríamos resumir, afirmando que, la somatización se refiere a un proceso que lleva al paciente a buscar ayuda médica por síntomas físicos que son, erróneamente, atribuidos a una enfermedad orgánica.

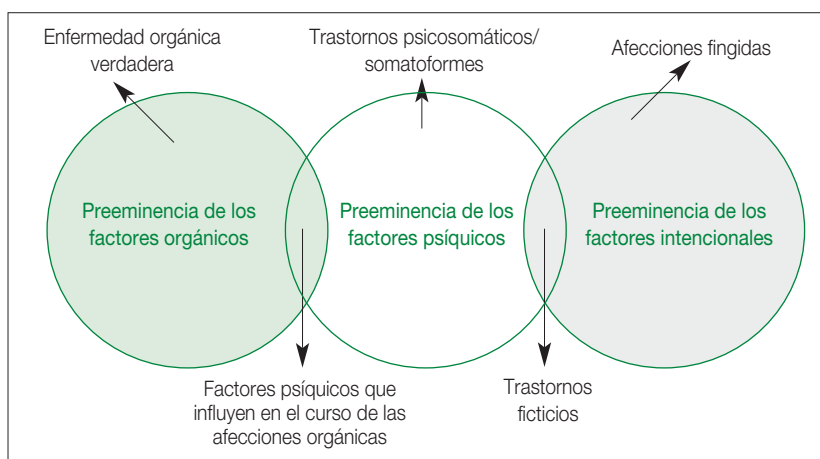
Esta definición requiere que se haya constatado que el síntoma referido es excesivo a lo que cabría esperar, de acuerdo con los datos de la historia clínica del paciente y con los datos de la exploración física y de las pruebas complementarias realizadas. La prudencia siempre obliga a una evaluación física adecuada, con el fin de descartar una patología orgánica que

se oculte tras un posible trastorno psicosomático. Pero manteniendo un equilibrio, evitando la realización de pruebas diagnósticas excesivamente agresivas y que puedan perjudicar al paciente.

El niño, desde pequeño, ha aprendido a atribuir los síntomas físicos a una enfermedad concreta, que tiene su tratamiento concreto, y con una evolución presumiblemente también concreta. Por lo tanto, el somatizador estará haciendo perfectamente aquello que, desde nuestra cultura, ha aprendido a hacer. La motivación no siempre está clara, y el paciente somatizador (o sus padres) puede mostrar razonablemente sus dudas con respeto a los síntomas y a las pruebas practicadas.

El proceso diagnóstico puede llevar a la confrontación inevitable sobre si un sín-

FIGURA 1.
Trastornos con clínica somatoforme (según Garfinkel, 1999)



toma es “verdadero” (explicado desde una patología orgánica) o solamente está “en su cabeza” (no explicado por una patología orgánica). Los pacientes y sus familias suelen recorrer un largo camino buscando una respuesta a sus quejas somáticas antes del diagnóstico psiquiátrico. En ocasiones, existe el recurso, sin éxito, a las medicinas alternativas. Esto explica el grado de desconfianza y desesperanza con que suelen llegar estos pacientes. La explicación que, desde la comprensión de las molestias físicas, subraya el papel potenciador del estrés en las mismas, puede servir para iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico que, en muchas ocasiones, serán simultáneos.

Los cuadros clínicos pueden clasificarse, de acuerdo con Garralda, en:

- Cuadros en los que los factores psicossomáticos sustituyen o tienen un peso etiológico fundamental en los síntomas físicos, como pueden ser los trastornos de conversión.
- Cuadros en que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de una patología física, como pueden ser la colitis ulcerosa o el asma
- Cuadros en que los síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental, siendo el paradigma los trastornos de la alimentación.

Esta clasificación se complementa con el esquema de Garfinkel (Fig. 1), donde las áreas de intersección se corresponden, respectivamente, con los trastornos psicossomáticos que aparecen en enfermedades orgánicas (como podría ser la repercusión psicológica que tiene en el niño

una diabetes mellitus) y los trastornos facticios (como podrían ser ciertas formas de presentación del síndrome de Munchausen).

Sin embargo, la mayoría de los niños con trastornos somatomorfos no reúnen síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos de las clasificaciones más habituales (DSM IV o CIE 10), presentando un número menor de síntomas y, a veces, siendo algunos de los criterios requeridos inapropiados o extremadamente infrecuentes en la infancia. En la mayoría de los casos, atendiendo a los criterios de dichas clasificaciones, se recurre al diagnóstico de “trastorno somatoforme no especificado”, por no existir una adaptación de dicha patología a las características de la edad infanto-juvenil.

Ya que no existen pruebas definitivas para orientar el diagnóstico de un cuadro psicossomático, el diagnóstico deberá hacerse por exclusión. La única evidencia posible será la relación entre el síntoma y ciertos acontecimientos vitales causantes de estrés, tras descartar la patología orgánica.

HACIA UNA COMPRESIÓN ETIOLÓGICA

Los trastornos psicossomáticos representan una forma de respuesta a las situaciones de estrés, donde existe una amplificación somato-sensorial.

Inicialmente, se intentó comprender la somatización como un mecanismo de defensa para proteger al individuo de la experimentación de una sintomatología

psiquiátrica. Pero esta teoría no convenció: los individuos presentan, al mismo tiempo, síntomas físicos y psicossomáticos, siendo así la somatización un mecanismo de defensa “bastante pobre”.

Las teorías más recientes afirman que los pacientes somatizadores tienen un estilo perceptivo que amplifica las molestias físicas, transformando las señales no específicas de estrés en unos niveles significativos de activación fisiológica, física y de la sintomatología psiquiátrica.

Ante los síntomas inespecíficos de estrés, los pacientes somatizadores responden con pensamientos, creencias y conductas que aumentan su estado de estrés y de alarma.

Se ha podido evaluar este estilo perceptivo, prediciendo mejor los síntomas localizados que los generales. Existen factores genéticos de riesgo en ciertos individuos, pero se desconoce cómo se aprende este estilo perceptivo.

Esta “amplificación somatosensorial” es un proceso que tiene tres fases: hipervigilancia y atención a las sensaciones corporales, tendencia a focalizar la atención en sensaciones débiles e infrecuentes y disponibilidad para reaccionar a las sensaciones somáticas con cogniciones aprendidas y distorsionadas que llevan a la percepción de esta sensación como alarmante.

Debido a la inmadurez cognitiva y a la falta de vocabulario, el niño tiene una escasa capacidad para la expresión verbal de sus sentimientos y emociones.

Existen, además, unos **factores de personalidad** predisponentes a la somatización: el perfeccionismo, las elevadas expectativas personales, la auto-suficiencia, la hiperresponsabilidad y la negación de la ansiedad. Se trata de niños con más tendencia a la internalización (inhibición, hipercontrol, timidez, temor) que a la externalización. Asimismo, en muchas ocasiones, se trata de niños que viven en familias donde se niegan o se relegan los problemas y conflictos aparentes.

Los abusos sufridos durante la infancia aumentan la susceptibilidad al dolor. Por ello, ante un caso de dolor crónico, biológicamente no explicable, hay que investigar antecedentes de abusos o traumas en la primera infancia.

En estos casos, suele existir una adaptación pobre por parte del adolescente, con mayores problemas psíquicos de frecuente expresión somática. La prevención se hace imprescindible.

Hay que añadir que la baja autoestima y la sintomatología depresiva pueden acompañar a los trastornos psicossomáticos

Deberíamos dedicar todo un capítulo al análisis de los factores familiares en el proceso de la sintomatología por somatización. ¿Cuál es el índice de utilización de estas familias de los equipos de salud mental? ¿Qué percepción tienen de los mismos? ¿Qué actitud tiene la familia ante la salud y la enfermedad? ¿Cuáles son las pautas de resolución de problemas vinculados con la salud? Todo conflicto intrafamiliar puede conducir a una clínica de somatización en el niño. A veces, será difícil su demostración, ya que las familias, a menudo, se muestran reacias a su reconocimiento. En la situación actual, ante familias disfuncionales (con divorcio o separación, o no), hay que investigar siempre cómo se mantiene el vínculo afectivo con las figuras parentales.

Especificidad de los trastornos psicossomáticos en el niño

Existen diferencias entre las formas de presentación de los trastornos psicossomáticos entre el niño y el adulto:

- Los niños suelen mostrarse más preocupados por la sintomatología.
- En niños, hay que evaluar los beneficios secundarios del hecho de estar enfermos.
- A menudo, existe un familiar que presenta la misma sintomatología física que el niño. Este adulto actuaría como “modelo” para el niño, y será importante tenerlo en consideración a la hora de hacer el diagnóstico y orientar el tratamiento.
- Para el niño no resulta fácil cuantificar el dolor. Depende de experiencias previas y de la respuesta que obtiene a su alrededor, ya sea de amplificación o de negación.
- Siempre hay que valorar las consecuencias y limitaciones que produce en el niño el trastorno psicossomático. En palabras de Saramago: “un problema se convierte en problema cuando causa problemas”.

PRESENTACIÓN SEGÚN LA EDAD

Los trastornos psicossomáticos se presentan de muy diversas formas a lo largo de las distintas edades, de acuerdo con el grado de madurez del niño.

La clínica psicossomática en el lactante y en la primera infancia

Kreisler se refiere a lo que él llama “síndrome del comportamiento vacío” y que describe en lactantes. La sintomatología consiste en: insomnio, anorexia, infecciones de repetición, alopecia, automatismos, falta de conexión y la no aparición de la reacción de separación a los siete meses.

La vulnerabilidad del lactante (orgánica y psíquica) tiene una clara relación con los cuadros de alteración en la vinculación afectiva. La vinculación afectiva merece un especial estudio en un momento en que han aumentado las adopciones de niños, que han padecido una falta de vinculación afectiva en las etapas más precoces de sus vidas.

Las manifestaciones más frecuentes son: los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación, los espasmos del llanto y ciertos trastornos dermatológicos, como la atopía. Se trata de una sintomatología muy relacionada, a menudo, al tipo de vinculación del niño con la madre.

Psicossomática y vinculación afectiva

Las consecuencias de la carencia afectiva van desde retrasos en la aparición del lenguaje, problemas del apetito, trastornos del sueño, agresividad, ausencia de sentido moral, etc. Asimismo, los cuadros infecciosos son más frecuentes, con disminución de la inmunidad.

La gravedad de esta sintomatología está en relación con la edad en que se produce la carencia afectiva, siendo mucho más importante la ausencia de referente materno durante los seis primeros meses de vida del niño. Ante la carencia afectiva, el niño puede reaccionar conformándose o con actos de ritualismo, retraimiento o rebeldía.

Estos cuadros ya habían sido puestos en evidencia por Spitz (1949), que introduce el término de hospitalismo para definir las consecuencias derivadas del prolongado ingreso de un niño en un hospital. Heuyer (1952), habla del “hospitalismo intrafa-

miliar”, para referirse a aquellos niños que, aun viviendo en el seno de una “familia normalmente constituida”, carecían del afecto por ausencia prolongada (a veces más ausencia afectiva que física) de las figuras parentales. El tema vuelve a la actualidad.

Una observación cada vez más frecuente es la problemática derivada de la ausencia de vinculación afectiva en niños procedentes de adopción internacional; niños procedentes de orfanatos donde han carecido de contacto con la figura materna durante los primeros meses de vida. La carencia afectiva masiva, durante el primer año de vida, condiciona, como expuse en mi tesis doctoral (1980), una grave alteración del esquema personal y social del individuo y repercute sensiblemente sobre su inteligencia y personalidad, especialmente al autoconcepto, a la reacción social y al impulso vital.

Quiero resaltar especialmente que estos trastornos del vínculo afectivo que, con excesiva frecuencia, son interpretados simplemente como casos de trastorno por déficit de atención, llegándose a afirmar que, la mayoría de niños procedentes de adopción internacional presentan dicho trastorno. No se puede confundir el síntoma con el trastorno, no se puede olvidar la psicopatología básica.

La clínica psicossomática en la edad escolar

Los trastornos por somatización pueden alcanzar una incidencia de casi un 4% en una consulta pediátrica de Atención Primaria.

Destacan los síntomas neurológicos (mareos, tics), dermatológicos (prurito), alérgicos (asma), digestivos (anorexia, hiperfagia, pica, abdominalgias) y del sueño (insomnio de conciliación). Pero en la etapa escolar, el trastorno por el que se consulta más al pediatra es el caso del “niño que no come”.

En un considerable número de niños con síntomas psicossomáticos, coexisten dificultades emocionales y conductuales, que deben ser identificadas y tratadas adecuadamente.

Asimismo, el alto nivel de ansiedad en los padres (especialmente en las madres) suele ser causa de una mayor frecuencia de los servicios de salud. A menudo, a través del síntoma físico, el niño ma-

TABLA I.
Estresores más frecuentes en la adolescencia

Desarrollo puberal	Rol de género
Cambios hormonales	Presión de los compañeros
Vulnerabilidad genética para la enfermedad	Psicopatología de los padres
Hipersexualidad	Cambios escolares
Cambios dependencia/independencia	Cambios familiares
Cambios en la relación con los padres	Separación/divorcio padres
Conflictos con la justicia	Abusos o maltratos sexuales
Falta de habilidades cognitivas	Enfermedad física

pesadillas y temores nocturnos) constituyen uno de los síntomas psicossomáticos más sensibles en el adolescente. Ocupan un lugar importante también los síntomas psicossomáticos relacionados con la piel, que es la carta de presentación de la propia imagen ante el mundo exterior.

El **acné** puede estar relacionado con síntomas de ansiedad, depresión, dismorfofobia y otros trastornos psiquiátricos. El tratamiento dermatológico del acné debe completarse con la atención debida a los aspectos emocionales. La interacción entre lo somático y lo psíquico es evidente.

La **alopecia areata** constituye un cuadro grave y de difícil resolución. A menudo, aparece en adolescentes que presentan una estructura de la personalidad con rasgos patológicos importantes. Es necesario el estudio psicopatológico.

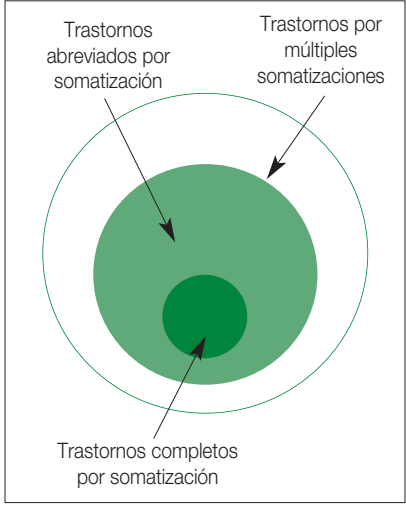
Los **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) suscitan una interesante controversia clínica para su ubicación correcta. Evidentemente, no presentan un TCA todos aquellos pacientes que presentan síntomas del mismo. De nuevo, la importancia de diferenciar entre síntoma y trastorno.

Se parte de unos factores predisponentes individuales, a los que se añaden unos factores familiares (falta de capacidad para la resolución de conflictos) y unos factores culturales (preocupación por la imagen y el rol femenino). Las conductas anoréxicas o bulímicas que pueden aparecer de tal interacción no tienen porque constituir un TCA. Para que éste se desarrolle, hace falta la acción de los factores mantenedores del proceso (efectos de la propia inanición, vómitos, cambios en la fisiología gastrointestinal, alteraciones perceptivas de la propia imagen corporal...) y de los factores iatrogénicos (en ocasiones, un diagnóstico de TCA efectuado, sin suficiente argumentación ni evaluación del proceso, por un profesional de la salud). De nuevo, la importancia del diagnóstico diferencial y de la consideración de la psicopatología.

¿Podemos considerar que la somatización representa una forma enmascarada de presentarse los **cuadros depresivos o ansiosos**?

Los síntomas somáticos pueden aparecer con independencia y concurrencia con los trastornos ansiosos y depresivos. En la figura 2, se esquematizan las for-

FIGURA 2.



adaptativo. Pueden aparecer temores hipocóndricos o un excesivo narcisismo. Hasta un 10% de los adolescentes pueden referir algún tipo de trastorno psicossomático, destacando: dolor abdominal recurrente, cefaleas, náuseas, dolor torácico y fatiga. El profesional debe dedicar el tiempo suficiente para escuchar a los adolescentes, sin prejuicios acerca de su, a veces, abigarrada sintomatología.

En la adolescencia, es muy importante recordar con Cassell que: *el sufrimiento es experimentado por la persona, y no simplemente por el cuerpo*. En la comprensión de cualquier tipo de patología en el adolescente, siempre deberá considerarse la óptica biopsicosocial.

La somatización adquiere, en el adolescente, un valor añadido, al ser, en muchas ocasiones, una forma de expresión de sus trastornos psicológicos.

Se ha constatado el efecto del estrés (Tabla I) sobre distintas afecciones de tipo inmunitario (ya sea por exceso o por defecto en la respuesta inmunológica), y se ha encontrado una alta incidencia de procesos atópicos, asma bronquial y fiebre del heno en adolescentes con trastornos afectivos. En la base, nos encontramos con unas reacciones emocionales secundarias a factores psicosociales, de mayor o menor intensidad.

Las expresiones más típicas de los trastornos psicossomáticos en el adolescente son: las crisis de ahogo, las taquicardias, los mareos atribuidos a hipotensión ortostática, las abdominalgias, las cefaleas y las artralgias.

Los síntomas psicossomáticos del adolescente suelen ofrecer un cuadro bastante florido y llamativo, acompañándose, a menudo, de signos clínicos de tipo neurovegetativo: sudoración, palidez, escalofríos o sensación de náuseas.

Las alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, despertares nocturnos,

nifiesta sus conflictos internos de vinculación afectiva, ya sea por exceso (sobrepotección, hiperestimulación) o por defecto (ansiedad de separación).

Pero, en otras ocasiones, el trastorno psicossomático no va correlacionado con ninguna otra patología, siendo una forma de expresión de los conflictos adaptativos propios del crecimiento.

Quisiera también llamar la atención sobre la mala praxis en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. La hiperactividad y el déficit de atención son síntomas comunes a otros cuadros psicopatológicos. El diagnóstico diferencial por parte del peditop-siquiatra es fundamental.

Paradójicamente, el TDAH es un cuadro que está infradiagnosticado (falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud y de la educación) y a la vez hiperdiagnosticado (se trata un síntoma que molesta, sin analizar su psicopatología).

La clínica psicossomática en la adolescencia

La adolescencia es la etapa en que la persona deberá identificar y aceptar su cuerpo, elemento crucial en el proceso

mas de presentación de los trastornos por somatización, según la graduación de su intensidad. Desde los trastornos completos por somatización (se trata de individuos que presentan 8 de los 33 síntomas somáticos posibles), hasta aquellos pacientes que presentan un cuadro de múltiples somatizaciones, con una historia de presentación de 3 o más síntomas (de una lista de 15), médicamente inexplicables, durante un mínimo de dos años. Existe un tercer grupo intermedio (síntomas abreviados de somatización), en que los individuos presentan entre 3 y 5 de los 33 síntomas somáticos posibles.

¿Cómo responde el adolescente ante sus molestias somáticas? Es importante que el médico de Atención Primaria los conozca, a fin de ayudar al adolescente a optar por la mejor vía.

- **Control primario.** El adolescente busca la solución del problema, mediante la expresión más o menos controlada de sus emociones.
- **Control secundario.** El adolescente busca pensamientos positivos para lograr una reestructuración cognitiva que le permita aceptar su situación y tolerar las frustraciones. Estos adolescentes controlan mejor sus manifestaciones somáticas.
- **Retirada.** El adolescente niega, evita o intenta optimizar a ultranza sus emociones. En este caso, los trastornos somáticos tendrán un peor pronóstico.

EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE COMO PARADIGMA DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

El dolor abdominal recurrente es paradigma de los trastornos psicossomáticos, motivando frecuentes consultas, exploraciones e, incluso, de intervenciones quirúrgicas.

Sin lugar a dudas, el dolor abdominal recurrente es uno de los trastornos por somatización más frecuentes en la infancia y adolescencia. Las características son bastante comunes:

- Dolor de localización difusa, pero de localización variable.
- Asociado a una enfermedad reciente o a un acontecimiento estresante.

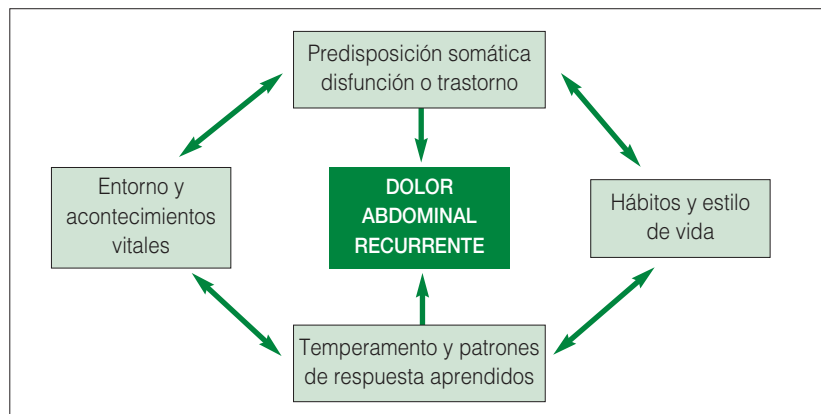


FIGURA 3. Modelo para el dolor abdominal recurrente

- Suele haber una historia de alteraciones en el tránsito intestinal.
- Suele asociarse a síntomas, como: cefaleas, náuseas, vértigos, eructos y flatulencia.
- El desarrollo pondoestatural es normal.
- Los exámenes de laboratorio y los estudios de imagen son negativos.
- La exploración endoscópica es negativa.

Cuando ocurren estas características, hablamos de dolor abdominal disfuncional. En la figura 3, se esquematiza un modelo de funcionamiento en el dolor abdominal recurrente, que nos puede servir para la explicación de otros trastornos por somatización. Influyen:

La predisposición somática, un trastorno o una disfunción. Puede considerarse, por ejemplo, la tendencia del adolescente al estreñimiento. O la reactividad inmunológica ante el estrés.

El estilo de vida y los hábitos. Incluye las rutinas familiares, personales, escolares o laborales, así como otras conductas del adolescente (incluyendo el consumo de alcohol y tabaco).

Temperamento y modelo aprendido de respuesta. Refleja un estilo de vida del adolescente, los factores emocionales y afectivos, los rasgos de personalidad y el desarrollo de los factores de protección. Pero incluye, también, los patrones aprendidos sobre la respuesta que sus familiares muestran ante las situaciones estresantes y las ganancias secundarias que siguen a ciertas formas de comportamiento o de quejas.

Entorno y acontecimientos. Comprende la vivencia de las normas y conductas familiares, sociales y culturales, así

como el posible impacto (positivo o negativo) de ciertos acontecimientos vitales, y la experiencia adquirida a través de los mismos.

La interacción de estos cuatro elementos puede explicarnos cómo un niño o un adolescente puede desarrollar un síntoma como es el dolor.

LA COMORBILIDAD

La clínica por somatización puede ir acompañada de síntomas o trastornos psiquiátricos que deben ser detectados, evaluados y tratados.

Los pacientes con un trastorno por somatización tienen una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, entre los que destacan los trastornos ansiosos y depresivos. Asimismo, los pacientes que presentan trastornos por somatización aumentan su riesgo de padecer enfermedades orgánicas. Este hecho puede llevar a confusión a la hora de hacer una valoración y separar lo que es orgánico de lo que es psiquiátrico, a fin de poder planificar un tratamiento integral. El conflicto es más importante en el tratamiento de enfermedades crónicas.

LA SOMATIZACIÓN EN DIFERENTES SITUACIONES

Los trastornos psicossomáticos revisten características especiales en los niños y adolescentes inmigrantes y en aquellos casos de abuso sexual.

En pacientes inmigrantes

Los síntomas psicossomáticos pueden crear tensiones entre los profesionales de

la salud y la población inmigrante, debido a las dificultades que puede haber en el entendimiento y en el concepto de enfermedad que se maneja. Hay que tener en cuenta los elementos culturales, espirituales e, incluso, de tipo político. No existe un conocimiento por parte del profesional sanitario sobre cómo serían tratados estos síntomas en la cultura de origen del paciente inmigrante. Sería necesario desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas para ayudar a los profesionales de la salud y a la población inmigrante a trabajar en la comprensión de los modelos de enfermedad con que estamos o están habituados. Es preciso encontrar un lugar de encuentro.

Casos de abuso sexual

En los/las adolescentes que han sufrido abusos sexuales aumenta notablemente el número de síntomas físicos reportados, de forma proporcional al grado de violencia sufrida. Incluso, las adolescentes que habían sido objeto de agresiones violentas de baja intensidad presentaban un riesgo más elevado para presentar síntomas físicos. Al hacer la historia clínica, hay que indagar siempre, con delicadeza, las posibles situaciones de abuso y violencia.

EL TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos psicósomáticos es complejo y requiere poner en práctica todas las habilidades del ejercicio de la medicina y del trabajo en equipo.

El tratamiento del paciente que presenta un trastorno psicósomático es el paradigma del tratamiento multidisciplinar. Hay que considerar la implicación del profesional de la salud mental en el tratamiento del trastorno psicósomático en sí mismo, más allá del síntoma específico. Las técnicas cognitivo conductuales van a tener un papel fundamental en el tratamiento de estos pacientes. Conviene saber que estas técnicas se han mostrado más eficaces desde los servicios de salud mental que cuando se emplean desde los sistemas de Atención Primaria. Esto es importante conocerlo, ya que es escasa la deriva-

ción de estos pacientes a los profesionales de salud mental.

Líneas guía para un tratamiento eficaz

Tener un solo referente

Los pacientes que presentan un trastorno por somatización, y sus familias, suelen peregrinar por numerosos despachos de profesionales de la salud, en busca de una solución que satisfaga sus necesidades, simultaneando, incluso varios profesionales a la vez. Este hecho puede ser altamente iatrogénico, crea confusión en el médico y en el paciente y suele generar consejos contradictorios.

Por ello, un primer paso al enfocar el tratamiento será la identificación de un solo facultativo que se encargue del caso y que tenga capacidad para actuar como “director de la orquesta” y controlar, de forma coordinada, todas las pruebas, exploraciones o consultas con especialistas que se realicen. Así, se establece una adecuada relación médico-paciente, que permite un mejor y más profundo conocimiento y una mutua confianza. Esta relación y el confort que de ella se deriva es un ingrediente básico para disminuir el impacto que tienen los síntomas sobre el paciente y su familia.

Fijar una agenda: cuidar más que curar

Conviene establecer un acuerdo con el paciente y su familia sobre los objetivos a alcanzar. Los pacientes con trastornos por somatización tienen razones psicósociales que justifican su malestar somático. Además, a menudo han encontrado un falso equilibrio en sus síntomas, en el que se implica la familia entera. Cualquier cambio supone un trabajo largo y costoso.

Recordemos que: “ninguna píldora puede curar y ningún procedimiento quirúrgico puede suprimir la necesidad de sentirse enfermo” (R. Scott, médico y sociólogo).

El objetivo del tratamiento no debe ser erradicar los síntomas físicos, sino ayudar al paciente a tolerarlos mejor y a enfrentarse con ellos con éxito, así como mejorar el rol y la capacidad física a pesar de persistir un cierto grado de malestar somático.

El objetivo es atender y cuidar, más que curar al paciente. Al igual que ante

una enfermedad crónica, no se trata de curar la enfermedad, sino de ayudar al paciente a vivir con ella, minimizando los síntomas molestos.

Prudencia en el diagnóstico y en el tratamiento

La enfermedad médica oculta está siempre presente en el enfermo que presenta un trastorno psicósomático. El médico deberá evaluar de la forma más apropiada cada síntoma que el paciente o la familia refiera.

El dilema surge cuando nos encontramos ante un paciente que ya ha sido sometido a exploraciones y pruebas suficientes, o ha recibido distintos tratamientos. Las pruebas diagnósticas más agresivas, o los tratamientos cuyo resultado ha sido fortuito o ambiguo pueden conducir a complicaciones, a efectos secundarios, a patologías iatrogénicas y, sin duda, a nuevos síntomas que van a sustituir a los anteriores.

Antes de solicitar una prueba invasiva, es importante asegurarse de que no haya sido ya realizada. A nivel mental, no puede ser útil imaginar que nuestro paciente tiene un hermano gemelo, idéntico, no somatizador y actuar como si el paciente fuera este hermano. Esta fantasía nos permite mantener la calma y actuar con cautela.

Si el paciente o la familia solicitaran una serie de pruebas que no estuvieran clínicamente indicadas, puede ser útil acceder a realizar la primera de las mismas, con la condición de no seguir con el proceso de resultar ésta normal o negativa.

Hay que tener en cuenta que, actualmente, los pacientes y sus familias disponen de mucha información (no siempre digna de crédito y, a menudo, engañosa) que obtienen a través de Internet.

Exquisita atención al paciente y a su familia

Las herramientas más potentes de que dispone el médico para tratar a su paciente somatizador y a su familia consisten en mostrar una particular atención hacia sus problemas, con interés, preocupación, apoyo y ayuda. Las consultas deben garantizar el oportuno tiempo para la anamnesis detallada, y la exploración debe ser cuidadosa y suave. D. Gregorio

Marañón insistía en el valor terapéutico de una palpación abdominal hecha con suavidad y cuidado.

Los pacientes somatizadores y sus familias creen a menudo que, debido a que no existe una base médica para explicar sus síntomas, los médicos creemos que éstos son fruto de su imaginación. Hay que tener siempre presente que el paciente psicósomático sufre, y que siente el dolor a pesar de no tener base orgánica. Este mensaje hay que transmitirlo adecuadamente: *no somos capaces de encontrar una causa orgánica a las molestias, pero entendemos que sufre*. El paciente con un trastorno psicósomático no finge, no es simulador. Conviene dejar claro el derecho del paciente y de su familia a recibir la asistencia adecuada y en el momento adecuado.

Al paciente y a su familia debe llegarle claro el mensaje de que las preocupaciones y el estrés psicosocial son objeto de atención clínica, de la misma manera y con la misma categoría que las enfermedades orgánicas. En la atención diaria a los adolescentes, hemos aprendido a interesarnos por la historia social, los logros y los aspectos más personales del paciente. Si en la historia clínica no se atienden adecuadamente los aspectos psicosociales, favorecemos los procesos de tipo psicósomático.

La exploración física representa un momento privilegiado de que dispone todo médico para comenzar a obtener datos de la historia psicosocial del paciente. El contacto físico que supone la exploración clínica facilita también el contacto con la intimidad psicológica del paciente. Y este contacto físico es una de las grandes tecnologías de que dispone el médico (y que está vetada a otros profesionales) a la hora de comprender la totalidad de la persona de su paciente.

En el seguimiento del paciente somatizador, es importante marcar un calendario de controles y seguimiento que se desvincule de las molestias físicas del paciente.

Identificar y tratar la comorbilidad psiquiátrica subyacente

La mayoría de los pacientes que presentan un trastorno por somatización importante y persistente, presentan, asimis-

mo, un trastorno psiquiátrico subyacente. Los más frecuentes son los de tipo depresivo (distimia, depresión) y los de tipo ansioso (crisis de pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo).

De hecho, existe una probada relación entre el número total de síntomas médicamente inexplicables y la posibilidad de un trastorno del humor o por ansiedad. Por ello, es muy importante detectar los trastornos psiquiátricos subyacentes, ya que a menudo pueden responder favorablemente a un tratamiento farmacológico. Evidentemente, el acierto con el psicofármaco para el tratamiento del trastorno psiquiátrico redundará en una disminución importante de los síntomas que presente el paciente.

Explicar los síntomas

Puede ser difícil tranquilizar al paciente y a su familia. Las garantías encubiertas de que “no hay ningún dato patológico” pueden generar más ansiedad en el paciente y, en ocasiones, un aumento de los síntomas psicósomáticos. El paciente o su familia nos piden, a menudo, que nos pongamos en su lugar, negando incluso que podamos entenderlo si no estamos en su piel. Las garantías deben limitarse a asegurar al paciente de que se han controlado los procesos más serios y peligrosos, y que, por lo tanto, estamos convencidos de que no existe una enfermedad oculta, grave o fatal. A partir de aquí, es importante reconocer que la ciencia médica, en estos momentos, no alcanza a conocer con exactitud los mecanismos que producen la patología funcional. Hay que evitar entrar en definir un diagnóstico o presentar un modelo patogénico concreto.

Al admitir nuestras dificultades de comprensión de los fundamentos biológicos de los síntomas que presenta nuestro paciente, debemos añadir una explicación alternativa sobre la sintomatología que presenta. Resulta insuficiente la confesión al paciente de que no tenemos ninguna explicación para comprender su sintomatología. El paciente tiene conciencia de que algo no funciona. Se siente mal, se siente enfermo. Puede ofrecerse una explicación mecánica alternativa. El objetivo es que el paciente sea capaz de cambiar el modelo estructural (enfermedad o

lesión concretas como causa de sus síntomas) por un modelo de disfunción, en el que algunos órganos o sistemas, o el propio sistema nervioso sensitivo, no están funcionando correctamente. Esencialmente, los síntomas del paciente, utilizando el símil de la informática, se pueden explicar como un problema de programación más que un problema del *hardware*.

El médico puede sugerir que el problema puede tener su origen en el proceso de las sensaciones corporales por el sistema nervioso, y que el paciente somatizador tiene un sistema nervioso extremadamente sensible que amplifica los síntomas más suaves; unos síntomas que para otras personas son mucho más soportables que para ellos.

En esencia, toda explicación debe partir del convencimiento de que el síntoma existe, que es verdadero y que no se ha inventado por el paciente ni por sus padres.

El papel de los psicofármacos

En estos pacientes, son frecuentes los trastornos ansiosos y depresivos. Si existen, se tratarán adecuadamente. Si no existe la evidencia de un trastorno de esta índole, la utilización de psicofármacos no está tan clara.

Todo tratamiento con psicofármacos debe ser ensayado con mucha precaución, a sabiendas que no suele ser la solución óptima. A veces, cuando estos pacientes responden bien a una medicación, pueden aparecer efectos secundarios o nuevos síntomas que sustituyan a los anteriores.

En caso de que se considere oportuno el tratamiento farmacológico, deberá empezarse con dosis muy bajas (casi homeopáticas), con aumentos muy lentos y progresivos, observando siempre el resultado positivo y la posible aparición de efectos secundarios.

Es importante informar al paciente y a su familia sobre la posible aparición de efectos secundarios antes de prescribir cualquier tipo de medicación. Si no, estos pacientes suelen atribuir a la medicación nueva los síntomas preexistentes (sudoración nocturna, vértigos, insomnio).

También, es importante ofrecer las oportunas explicaciones que ayuden a

discernir entre los efectos secundarios que son, simplemente, incómodos y transitorios, de aquellos efectos secundarios que son realmente perjudiciales y obligan a suspender el tratamiento.

Derivación o acompañamiento a los servicios de salud mental

Los pacientes que presenten una clínica de somatización, y sus familias, suelen ser renuentes a aceptar una derivación psiquiátrica. Hay que argumentarla bien, para no transmitir la sensación de que los síntomas son irrelevantes o que son imaginarios, carentes de autenticidad. Sirve explicar que estas enfermedades son agotadoras, y que es útil hablar con alguien que esté especializado en tratar las tensiones internas y las enfermedades crónicas. Si se identifica un problema concreto (unos malos resultados escolares, la repetición de curso, la separación de los padres), será más fácil que sea aceptada la derivación psiquiátrica; ya que, en estas situaciones, el problema se acepta como resultado de una situación concreta del paciente, pero no como su causa. El paciente y su familia no necesitan reconocer una relación específica entre las molestias físicas y el trastorno emocional. El malestar físico y el malestar psíquico van tan unidos en una misma condición que cada uno sirve de refuerzo del otro.

La derivación a los servicios de Salud Mental puede ser vivida como una renuncia del médico de cabecera a seguir tratándolos, como un cierto plan de abandono.

Por ello, no nos gusta utilizar la palabra derivación (que está relacionada con “ir a la deriva”) y preferimos hablar de “acompañamiento”. No se trata de un simple cambio de concepto. Se trata de asegurar un trabajo en equipo entre el médico de cabecera y el profesional de la salud mental encargado del caso. La misma interconsulta debe ser vista como una necesidad que tiene el médico de Atención Primaria de tener más y mejores conocimientos sobre la manera de tratar a su paciente.

Esta derivación (o acompañamiento) debe ser introducida de una manera lenta y progresiva en los planes de tratamiento del paciente somatizador. Es importante evitar presionar al paciente para que lo acepte.

Tratamiento psiquiátrico y psicológico

Existen sobradas evidencias de la eficacia de la psicoterapia cognitivo conductual en los casos de somatización. La psicoterapia debe ser efectuada por personal entrenado para que sea eficaz. El “acompañamiento” es indispensable.

Los objetivos de la psicoterapia incluyen aprender a afrontar los síntomas, modificar las conductas disfuncionales, los patrones de pensamiento inadaptado y reducir el malestar físico. Los pacientes deberán aprender a reconocer aquellos pensamientos negativos, para sustituirlos por pensamientos más adaptativos, realistas y menos alarmistas. Deben aprender también las técnicas adecuadas para reducir la hipervigilancia de su propio organismo y la excesiva monitorización de sus síntomas. Conviene enfatizar las estrategias de afrontamiento para aprender los problemas. A través de la terapia, el paciente aprenderá a observar las conexiones que existen entre las situaciones estresantes de la vida y la exacerbación de su sintomatología, para aprender a controlar ésta mediante técnicas de relajación. El aprendizaje es gradual y exige más tiempo para pacientes más refractarios. El tratamiento incluye también técnicas de modificación de conducta, con el objetivo de modificar los roles de conducta enfermiza (autoexamen constante y repetitivo, renuncia a actividades habituales, reafirmación repetitiva de ausencia de sintomatología).

El tratamiento psicoterapéutico, como cualquier tratamiento, debe tener unos objetivos muy claros, marcando un número aproximado, pero concreto, de sesiones. Preferimos las sesiones individuales que las de grupo; si bien, estas últimas pueden ser de utilidad en pacientes que ya están en fase de remisión. Las sesiones de psicoterapia deberán ir acompañadas de unos “deberes” que el paciente deberá hacer en casa o en la escuela, para ir aprendiendo los nuevos estilos de afrontamiento.

El tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado ampliamente su eficacia en la resolución de los trastornos por somatización, mejorando, asimismo, la interacción social y disminuyendo la utilización de los servicios de salud.

Apoyo psicossocial

A menudo será de gran utilidad, integrando un tratamiento multidisciplinar. Hay que contar con los servicios sociales disponibles, según cada lugar.

PUNTO Y FINAL

El diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psicossomáticos resume las claves de la medicina hipocrática y de la psicopatología, que hay que recuperar a pesar de los avances técnicos.

El enfoque del niño y del adolescente que presentan un trastorno por somatización necesita que el facultativo ejerza bien sus funciones de médico, sin olvidar que un buen comienzo viene marcado por las tres preguntas hipocráticas:

- ¿Qué te pasa?
- ¿Desde cuándo te pasa?
- ¿A qué lo atribuyes?

La historia clínica bien hecha es un elemento de trascendental importancia. En muchas ocasiones, el mero hecho de mostrar todo el interés del mundo hacia una patología que hasta el momento, posiblemente, había sido entendida como ficticia, ya aligera las molestias y el malestar del paciente y de su familia.

La entrevista con el niño y con el adolescente (que se integra en la historia clínica) debe tener los elementos de conocimiento científico, a los que hay que añadir un componente de “arte”, sin la cual pierde su valor terapéutico. En el manejo del niño y adolescente somatizador, deberá recurrirse a hacer un repaso de la psicopatología. Nuestro concepto biologicista de la psiquiatría no debe estar reñido con la aplicación de nuestros conocimientos sobre temperamento y psicopatología de la vida.

La exploración clínica, por sí misma, constituye un importante elemento terapéutico, al que hay que dedicar el tiempo que haga falta, sin olvidar ninguno de los pasos: observación, palpación, auscultación y percusión. Las explicaciones dadas durante el acto exploratorio cobran gran valor.

Conviene saber ser crítico y saber argumentar bien las solicitudes de pruebas complementarias.

Hay que avanzar en el tratamiento pluridisciplinar y en el trabajo en equipo,

sin olvidar la necesidad de que exista un "director de orquesta".

Y no debemos olvidar el papel importante del paidopsiquiatra, aunque esta especialidad aún no esté reconocida en nuestro país, siendo éste un fuerte agravo comparativo con el resto de países de la Comunidad Europea.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.* Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982; **306**: 639-45.

Destacamos este clásico artículo por presentar las líneas de base que ayudan a comprender la importancia del sufrimiento en la génesis de patología.

- 2.* Compass BE, Bover MC, Stanger C, Colletti RB, Thomsen AH, Dufton LM, Cole DA. Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2006; **74** (6): 1132-42.

Señala especialmente la relación entre patología emocional y dolor crónico en adolescentes.

- 3.* Cornellà Canals, J. Psicología de la Depreciación Familiar: un aspecto especial

de las carencias afectivas. Tesis doctoral. Pamplona: Universidad de Navarra; 1980.

Aunque se trata de un trabajo que debe ser revisado, apunta las ideas básicas de las repercusiones que la carencia afectiva tiene en la vida del niño y en su futuro desarrollo.

- 4.*** Fritz GK, Campo JV. Somatoform disorders. Lewis M editor. *Child and Adolescent Psychiatry* (third edition). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 847-58.

Se trata del capítulo que se dedica a los trastornos psicósomáticos en uno de los libros de texto más fundamentales de psiquiatría del niño y del adolescente.

- 5.* Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Child Psychiat* 1992; **161**: 759-73

En este artículo, se hace una aproximación a una clasificación que permite una mejor comprensión de la etiología de los trastornos psicósomáticos.

- 6.** Kreipe RE The biopsychosocial approach to adolescents with somatoform disorders. *Adolesc Med Clin* 2006; **17** (1): 1-24.

Se trata de una revisión de los trastornos psicósomáticos en la adolescencia.

- 7.*** Kreisler L. La desorganización psicósomática en el niño. Barcelona: Editorial Herder; 1985.

Se trata de un texto clásico para entender las bases psicopatológicas de los trastornos psicósomáticos.

- 8.** Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en Atención Primaria pediátrica. *Actas Luso-esp Neurol Psiquiatría* 1996; **24** (4): 173-90.

Destaca el interés de conocer y saber reconocer la prevalencia de trastornos psicósomáticos en una consulta de pediatría extrahospitalaria.

- 9.*** Pedreira JL, Palanca I, Sardinero E, Martín L. Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. Ballesteros MC editora. *Práctica Clínica Paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías prácticas*. Madrid: editorial Adalia Farma SI; 2006. p. 239-53.

Las Guías Prácticas han sido elaboradas por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Se trata de un libro muy importante en el diagnóstico de los trastornos psíquicos en pediatría. En este capítulo, se exponen las guías a seguir ante un trastorno psicósomático.

- 10.*** Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev* 2003; **24** (8): 255-64.

Se trata de una revisión dirigida por el Dr. Silber, reconocido especialista en salud integral del adolescente. Aporta una revisión bibliográfica muy interesante.

Caso clínico

Aleix, 14 años.

Antecedentes familiares. Es el pequeño de tres hermanos. No constan antecedentes familiares.

Antecedentes personales. Embarazo, parto y perinatal normal. Desarrollo psicomotor normal. Escolaridad: está en tercer curso de ESO, con un rendimiento académico algo justo.

Motivo de consulta. Abdominalgias desde hace dos años. Se ha descartado una causa orgánica por parte del pediatra y del especialista en aparato digestivo.

Anamnesis. Desde cuatro meses antes de la consulta, cambio físico muy importante, con una pubertad en marcha. Ha cambiado también el carácter, con altos y bajos en su estado anímico, con conductas de tipo negativista y desafiante.

En la entrevista semiestructurada de Puig Antic, refiere un cuadro depresivo, que detalla muy bien, y que identifica con el cambio de la pubertad. Es consciente de que el desarrollo sexual ha sido muy acelerado, le es causa de estrés y tiene dificultades adaptativas.

Exploración psicológica:

Nivel intelectual: cociente Intelectual 135 (verbal 138, manipulativo 121).

Niveles de atención y concentración: atención sostenida Pc 20. Calidad atención Pc 15.

Perfil de personalidad: introvertido, egocéntrico, tendencia a la impulsividad, falta de autocontrol, rebeldía, superficial en las reacciones y episodios explosivos ante el estrés.

Se resiste a seguir las expectativas de los demás (madre en especial). Irritable, negativista, baja tolerancia a la frustración y al estrés. Poco tolerante.

Autoconcepto bajo. Baja integración social. Aislado. Inactividad. Falta de constancia.

Sintomatología depresiva importante: bajo estado anímico, dificultades de relación social, baja autoestima, preocupación por molestias somáticas, sentimientos de culpabilidad y anhedonia.

Dificultades para conciliar el sueño.

Dificultades en la integración familiar. Se siente "marginado" del grupo que forman los padres y hermanos. Fuerte dependencia de la madre, a la que no acaba de aceptar.

Llama la atención que llora mucho durante la entrevista psicológica.

Reflexión:

- ¿En qué podemos pensar? ¿Qué nos urge tratar?
- ¿Debemos tratar? ¿Existe situación de riesgo?
- ¿Cuál sería una aproximación terapéutica?