



Trastornos de somatización

Introducción

En el primer nivel de atención, es común el atender pacientes con síntomas que no presentan explicación de todas sus molestias con un diagnóstico clínico establecido. Muchos de ellos manifiestan estos síntomas casualmente, otros de manera crónica los que los impulsa a buscar atención médica de manera repetitiva. El trastorno de síntomas somáticos se considera un síndrome crónico-recurrente que manifiesta múltiples síntomas no explicados por ninguna otra enfermedad y además contiene una importante carga psicológica asociada y se le relaciona con una búsqueda permanente de ayuda médica (1).

La prevalencia de somatización varía entre diferentes países y entre zonas urbanas y rurales, la somatización es común en la población general, entre el 17 y 50 %, de los pacientes que acuden a consultas médicas ambulatorias con una queja física, con múltiples síntomas, por varias ocasiones, poseen diagnóstico de somatización(44). En Perú, la prevalencia es del 43.7%, en Santiago de Chile se reporta una prevalencia del 17,7%, en Ecuador entre 40 y 68% (2).

Definición

El trastorno de síntomas somáticos está caracterizado por un conjunto de pensamientos, sentimientos y/o comportamientos exacerbados relacionados con uno o más síntomas somáticos. Asimismo, estos últimos originan angustia y/o disfunción significativa, pudiendo o no estar explicados por una posición médica general reconocida (3).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, (DSM-5), la nomenclatura para la categoría diagnóstica previamente conocida como "trastornos somatoformes" fue sustituida por "síntomas somáticos y trastornos relacionados" (4).

Según los estudios de los trastornos somatoformes y la somatización, los posibles factores de riesgo para el trastorno de los síntomas somáticos incluyen (3):

- Sexo femenino
- Menos años de educación
- Menor nivel socioeconómico u otros estresores sociales
- Historia de enfermedad crónica infantil
- Historial de abuso sexual u otro trauma infantil y adulto
- Trastornos médicos generales concurrentes (especialmente en pacientes mayores)
- Trastorno psiquiátrico concurrente (especialmente trastornos depresivos o de ansiedad)
- Historial familiar de enfermedad crónica

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos presentados por el DSM-V son (4):

Uno o más síntomas somáticos que son angustiantes o que provocan una interrupción significativa de la vida diaria.

a. Síntomas del dolor dolor en las articulaciones, dolor en las piernas/brazos, dolor de espalda, dolor de cabeza, dolor en el pecho, dolor abdominal, disuria y dolor difuso.

- Síntomas inespecíficos: fatiga, síncope y mareos
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, hinchazón, gases y diarrea
- Síntomas cardiopulmonares: dolor en el pecho, dificultad para respirar y palpitaciones
- Síntomas neurológicos: trastornos del movimiento, pérdida sensorial, debilidad y parálisis
- Síntomas de órganos reproductivos: dispareunia, dismenorrea y disfunción eréctil

b. Pensamientos, sentimientos o comportamientos desproporcionados en relación con la sintomatología somática o en referencia a problemas de salud asociados, manifestándose en por lo menos una de las siguientes características:

- Pensamientos extremados y constantes sobre la gravedad de lo que ocasiona los síntomas.
- Alto nivel de ansiedad ocasionada por la incertidumbre sobre su situación de salud o los síntomas.
- Dedicación excesiva de tiempo y energía a pensar sobre los síntomas o un posible problema de salud.

c. El estado de sintomático puede persistir a pesar de que el síntoma somático no esté presente de manera permanente (habitualmente hasta por seis meses).

Aunque el Patient Health Questionnaire-15 (PHQ15) es quizás el instrumento de cribado más utilizado para detectar síntomas de somatización en la población general, la Somatic Symptom Scale-8 (SSS8) es un producto más reciente que se muestra cómo una promesa para un diagnóstico rápido de la carga de síntomas somáticos (4). Este instrumento ha sido validado en áreas rurales de Latinoamérica (2).

Muchos pacientes con enfermedades crónicas, presentan criterios para el trastorno de síntomas somáticos; en tales casos, ambos trastornos se diagnostican. El diagnóstico se sospecha cuando los síntomas o manifestaciones de la enfermedad crónica, son excesivos en comparación con la mayoría de los otros pacientes con ese trastorno médico, así como la afectación de la vida diaria (3).

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden ocurrir en aproximadamente 30 a 60 % de los pacientes con trastorno de síntomas somáticos, la prevalencia de ansiedad y/o trastornos depresivos son más frecuentes en pacientes con trastorno de síntomas somáticos (3).

El sufrimiento

El sufrimiento es un fenómeno de carácter universal e inherente al ser humano, que está presente a lo largo de la vida, llama la atención porque se asocia a situaciones dolorosas ante las cuales la persona se percibe débil por no poder ejercer control sobre ellas, generando dudas sobre el significado de su propia existencia.

¿Es cierto que el sujeto que acude a consulta se queja, es un sujeto que sufre y para que haya demanda de análisis tiene que haber sufrimiento? ¿Por qué alguien acudiría a un médico con múltiples síntomas sino fuese porque su vida es un infierno, plagado de agonía y sufrimiento?," El sufrimiento transformado en síntomas para que el medico interprete" (5).

El planteamiento inicial sobre el sufrimiento, encubre un decir que no lo puede expresar abiertamente, eso que no puede expresar abiertamente es "el significante", los múltiples síntomas quieren gritar aquello que no puede ser explicado, que solo tiene algún sentido en relación con otro significante, el sufrimiento aspira a ser reconocido como real, por la incapacidad de ser nombrada en su totalidad.

El sufrimiento al igual que la verdad, aspira a lo real, porque el sufrimiento tampoco puede llegar a ser articulado totalmente, haciendo que siempre quede un resto que permanecerá en el inconsciente del sujeto, aunque intente ser nombrado.

Cuando el sujeto sufre, culpa a sus límites, es decir a las condiciones mismas de su surgimiento en el mundo de la palabra, en el mundo simbólico. Al mismo tiempo hace del sufrimiento un síntoma, algo que no quiere oír, que esconde y de lo que se aver-

güenza. A menos que, encuentre finalmente en el sufrimiento la justificación de la vida misma (6).

Las emociones no son propias del sujeto, la construcción y aparición de la emoción, depende de las relaciones sociales y significantes que el individuo haya construido con su mundo exterior; es en la relación con su medio y su contexto cultural.

La manera en que se expresan los síntomas somáticos puede variar en todas las culturas, pudiendo tener significados específicos para una sociedad en particular, afectando la forma en que se interpretan éstos y cómo los pacientes conceptualizan su causalidad. Además, la cultura puede influir en el curso de la enfermedad y, en cómo y cuándo los pacientes buscan atención médica.

En las sociedades latinoamericanas, existe un intercambio entre los conceptos de lástima-limosna. En diferentes ámbitos de nuestra sociedad, existe lo que se puede denominar una "ideología de la limosna", formulada por Cirácides, sabio judío de la escuela saducea, en el 190 a. C., y en la Modernidad por Thomas Hobbes, filósofo inglés en 1650, y por Friedrich Nietzsche, filósofo y filólogo alemán en 1889; e incluso Bourdieu (2002) utilizó el término "economía de la lástima" de acuerdo con el uso que hace del concepto de "economía de los intercambios simbólicos" (7), y que asigna un valor de cambio al sufrimiento. En este sentido, el sufrimiento, estructurado en relatos, adquiere un valor que en determinadas situaciones moviliza una recompensa anclada en la noción de deuda moral, culturalmente codificada (8). Los conceptos de lástima y limosna, deben ser leídos en un sentido más amplio del que usualmente se les asigna. Se trata de una interdependencia entre estos dos conceptos, existe una relación de dependencia en función de un marco social preciso que los promueva.

En la práctica de la limosna está la valoración del sufrimiento, y del otro lado, en la validación del dolor y la lástima, está la pretensión de la limosna. Ambas prácticas quedan de esta manera definidas en su interdependencia sociológica. La lógica social que da forma a este intercambio puede sintetizarse provisionalmente, y con estrictos fines analíticos, de la siguiente forma: la lástima es la condición necesaria, exigida, para alcanzar la limosna.

Esta sintética presentación de la lógica social que enlaza el fenómeno de la lástima en relación a la limosna permite visualizar la importancia del análisis sociocultural a la luz de un sistema cultural que vuelven sociológicamente razonables las manifestaciones de dolor, los múltiples síntomas y la hiperfrecuentación a los sistemas de salud (9).

El paciente que sufre, en base a un discurso biográfico real o ficticio que depende de la valorización social que reciba el sufrimiento y de la posibilidad cultural de ser intercambiado por algún otro tipo de bien material o simbólico.

Para obtener este valor social, los pacientes en las zonas de carencia, construyen una historia de vida, que poseen tres características principales:

- a) Se construyen con fragmentos que socialmente han sido definidos como situaciones de sufrimiento.
- b) El portador de ese sufrimiento debe presentar su situación como resultado de un infortunio; debe resaltar su condición irreversible de víctima.
- c) Muchas de esas experiencias de dolor son imposibles de expresar abiertamente a la comunidad, porque existe un oscurecimiento o normalización social de esas realidades (machismo, violencia, abuso)

Es precisamente sobre la figura del sufrimiento y sobre la idea de víctima que estos retazos biográficos logran movilizar las nociones morales y de justicia que conducen la compensación.

Para que la práctica de la lástima sea eficaz el agente lastimoso debe presentar su situación como un sufrimiento no merecido, debe definir su situación como una víctima sufriente (10).

Vivir y estar en donde están es lo porque así les toco, "Así Dios los quiso" "esta vida fue la que me tocó", creen que hay pocas oportunidades para salir de donde están, se conforman con lo que les tocó y hay rechazo por el miedo al cambio, su tierra es lo único que tienen, están al fondo de la escala social porque es lo que merecen, se perpetuando la pobreza, así como la somatización" (11).

Gráfico 1. Caracterización de las historias de vida en las personas viviendo con trastornos de somatización



Adaptado de: Peñafiel S; Tufiño A. "Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado 2018"URI: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15394>

Gráfico 2. Construcción cultural del sufrimiento y la somatización



Adaptado de: Peñafiel S; Tufiño A. "Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado 2018"URI: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15394>

Referencias bibliográficas

1. (Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(3). Recuperado el 30 de enero de 2018)
2. (García M, Tamami E, Rojas-Velasco G, Posso C, Sánchez del Hierro G, Alvear-Durán S. Validación de la escala de síntomas somáticos (SSS-8) en pacientes den una zona rural en Ecuador. Práctica Familiar Rural. 2018 julio; 3(2).)
3. Levenson, J. (febrero de 2018). Somatic symptom disorder: Epidemiology and clinical presentation. Uptodate. Recuperado el 13 de enero de 2018 de <https://www.uptodate.com/contents/somatic-symptom-disorder-epidemiology-and-clinical-presentation>.
4. Kurlansik , Maffei M. (Junio de 2016). Somatic Symptom Disorder. American Family Physician, 1(93 (1)), 49-54 (A).
5. Braunstein, N. Goce. Editorial Siglo XXI. Colombia: 1990
6. Lacan, J. Seminario XVI. "De un Otro al otro". Clase IV del 4 de diciembre de 1968. www.Psicoanálisis.org Biblioteca de Lacan.
7. Bourdieu, P. (2002).razones prácticas: sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.
8. Fassin, D. 2003. "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia" Cuadernos de Antropología Social N° 17; p. 51-81. Sección Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
9. Matta, J. P. (2006) "El juego Social de la lástima. Una aproximación a su dimensiones micropolíticas" Newsletter N°5. Facultad de Ciencias Sociales de la UNCPBA
10. Matta Juan Cuerpos, Cuerpo, sufrimiento y cultura; un análisis del concepto de "técnicas corporales" para el estudio del intercambio lástima-limosna como hecho social total Emociones y Sociedad N°2, Año 2, Abril 2010 [27]
11. Peñafiel, S; Tufiño A "Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado"URI: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15394>