

6 LOS MÚLTIPLES SÍNTOMAS DE LA SOMATIZACIÓN

*No somos sólo cuerpo,
o sólo espíritu,
somos cuerpo y espíritu a la vez.*

George Sand

TENGO MUCHAS MOLESTIAS

En capítulos anteriores ya se ha comentado que la persona con este trastorno suele visitar en múltiples ocasiones a su médico de atención primaria, aquejando diversas molestias físicas. La queja más frecuente es el dolor, que puede afectar a cualquier parte del cuerpo, tórax, abdomen, espalda, extremidades, cabeza, etcétera. Sin embargo, la lista de posibles síntomas es muy larga.

En la tabla de la siguiente página se reflejan los síntomas más corrientes que puede experimentar un somatizador y la frecuencia aproximada con que aparecen. Los datos pertenecen a un estudio realizado entre personas que acuden a su médico de cabecera en Zaragoza (España), pero los resultados son similares a los obtenidos en estudios del mismo tipo llevados a cabo en otros países europeos, en Latinoamérica y en Estados Unidos, por lo que podemos considerarlos bastante representativos de la sintomatología general de la somatización.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS			
Síntomas	%	Síntomas	%
Dolor de espalda	71%	Sangrado excesivo en la menstruación*	18%
Mareos, vértigos	65%	Indiferencia sexual	17%
Dolor en extremidades	60%	Problemas al andar	17%
Flatulencias, gases en el estómago	52%	Pérdidas menstruales irregulares*	15%
Dificultad para respirar	50%	Vómitos	14%
Palpitaciones/taquicardia	49%	Dolor al orinar	14%
Dolor en articulaciones	45%	Pérdida de la voz	11%
Dolor en pecho o costado	44%	Retención al orinar	10%
Náuseas	43%	Desmayo o inconsciencia	8%
Amnesia, olvidos	39%	Sordera	8%
Dolor abdominal	37%	Quemazón en órganos sexuales	8%
Intolerancia a alimentos	24%	Dolor en el coito	8%
Diarrea	23%	Convulsiones	3%
Dificultad al tragar	21%	Ceguera	1%
Menstruación dolorosa*	21%	Impotencia**	1%
Visión borrosa o doble	20%	Vómitos durante el embarazo*	1%
Parálisis o debilidad muscular	20%		

Fuente: García Campayo et al., *British Journal of Psychiatry* (1996).

La tabla refleja la amplia variedad de síntomas que pueden manifestarse. Es importante destacar que el paciente con síntomas somáticos, en general, no se muestra especialmente preocupado por el origen de la enfermedad que padece, ya que lo único que desea es que los síntomas desaparezcan. Por el contrario, en el paciente con rasgos hipocondríacos su interés no se centra tanto en los síntomas como en la confirmación de que no esconden una enfermedad grave, como cáncer o sida, que pueda conducirle a la muerte.

Continuando con los diferentes síntomas y síndromes que pueden presentar las personas (algunos ya comentados en capítulos anteriores) que somatizan se pueden agrupar en seis grandes tipos:

Gastrointestinales

Vómitos, dolor abdominal, náuseas, flatulencia, hinchazón, diarrea, intolerancias alimentarias, etcétera.

Pseudoneurológicos

Amnesia, dificultad al tragar, pérdida de voz, sordera, visión borrosa, desfallecimiento, debilidad muscular, pseudoconvulsiones, dificultad miccional, etcétera.

Síntomas dolorosos

Dolor difuso, dolor en extremidades, dolor de espalda, dolor articular, dolor al orinal, cefaleas, etcétera.

Aparato reproductor

Dispareunia, dismenorrea, irregularidad en los ciclos menstruales, hipermenorrea, vómitos a lo largo del embarazo, sensaciones quemantes en los órganos sexuales.

Cardiopulmonares

Dificultad respiratoria en reposo, palpitaciones, dolor torácico, mareo, etcétera.

Síndromes

Alergias alimentarias extrañas, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, sensibilidad química, etcétera.

He aquí algunas de las características más destacables de las molestias que sufre un somatizador, características que pueden servirnos para reconocer en nosotros mismos algún tipo de indicio de somatización:

Múltiples

Aunque en un momento dado puede padecer una única molestia, lo normal es que presente varios síntomas en cada momento.

Evanescentes

Con independencia del tratamiento, las quejas suelen remitir en un período comprendido entre los seis y los dieciocho meses. El paciente suele proporcionar descripciones vagas de los síntomas, por lo que resulta difícil precisar cuestiones referentes a cómo, cuándo o dónde le duele.

Cambiantes

De las características anteriores se deduce que las molestias que presenta el enfermo en un momento dado van cambiando de lugar a lo largo del tiempo.

Intensa

El paciente percibe las molestias de manera subjetiva, como si fueran muy intensas. Dado que el dolor es una experiencia personal, esa intensidad puede parecer exagerada a otras personas, ya sean familiares, amigos o los propios médicos, que por ello puede que muestren cierto rechazo hacia el enfermo. Si el somatizador se percata, vive ese menosprecio como una experiencia traumática que agrava su malestar psicológico y hace que sienta todavía más dolores o molestias, con lo que se cierra un círculo vicioso.

No siempre siguen los patrones anatomofisiológicos

Como la experiencia del dolor en los somatizadores se encuentra muy mediatizada por aspectos psicológicos, puede ocurrir que

las características del dolor no respondan, en sentido estricto, a los patrones anatómicos y fisiológicos habituales.

No son simulados ni controlables a voluntad

Se trata de un rasgo que debe tenerse muy en cuenta, tanto por parte de los familiares como por parte del médico. Estos enfermos experimentan dolor y lo sienten de forma muy intensa, circunstancia que les provoca un enorme malestar. Así pues, no están engañando a nadie: su dolor es demasiado real. Tampoco pueden controlarlo en absoluto, aunque es cierto que si se encuentran relajados, les molesta menos.

NO PUEDO TRABAJAR

El dolor y las molestias limitan extraordinariamente a los pacientes con síntomas somáticos a la hora de abordar cualquier tipo de actividad, además, de ser reforzado por el ambiente que le rodea, que le sobreprotege ante cualquier responsabilidad. Entre estas actividades que no puede realizar se incluye la de trabajar. De hecho, la mayoría de estos enfermos permanece largas temporadas con bajas laborales y muchos terminan con una invalidez absoluta para el trabajo.

Se ha comentado, que existen muchos refuerzos, que no se buscan de manera consciente, pero se obtienen de la sociedad y el ambiente que rodea al paciente y, esto refuerza la conducta de enfermedad. En otras ocasiones, cuando una persona con este trastorno expresa su malestar, para el que no se encuentran causas físicas objetivas, tanto sus familiares, como los médicos piensan que no están tan enfermos ni tan incapacitados como ellos aseguran y que, en realidad, obtienen claros beneficios de la

enfermedad. Sin embargo, esto no es así, pues los beneficios son pobres si se comparan con los inconvenientes y las limitaciones que comporta:

La incapacidad no es selectiva

El somatizador no sólo se siente incapaz en el trabajo o en situaciones de esfuerzo, sino también frente a actividades agradables: no puede disfrutar de la compañía de sus hijos, del tiempo de ocio o de sus antiguas aficiones. El somatizador siente continuamente dolor y malestar físico, que le impide disfrutar y realizar cualquier actividad.

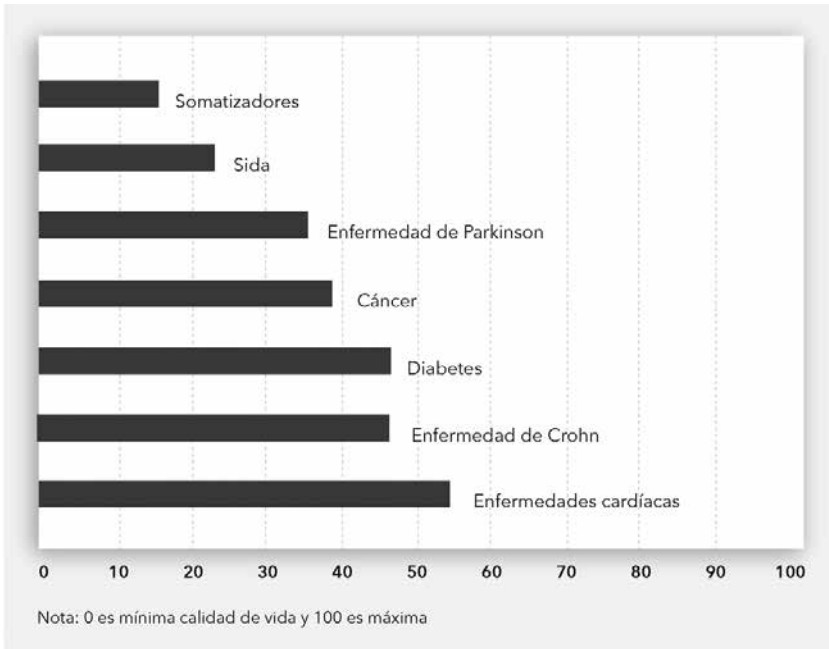
Objetivamente puede, pero su malestar se lo impide y cada vez se convierte en más limitante, puesto que en este trastorno, lo emocional tiene un papel muy importante y el hecho de no realizar actividades como el trabajo, aumenta el malestar emocional, incrementando el dolor físico (se trata de un círculo vicioso difícil de romper).

La baja laboral no provoca una mejoría ostensible

Normalmente, estos pacientes obtiene la baja laboral, sin embargo esto no mejora su estado de manera espectacular, como quizá esperaban algunos familiares y médicos, sino que sigue sin poder disfrutar de las situaciones agradables de la vida.

Esto puede deberse a la calidad de vida, es decir, a cómo se siente la persona y que depende exclusivamente de su opinión subjetiva. De hecho, la mayor parte de los estudios que hoy se llevan a cabo en medicina contemplan esta variable, pues para que un tratamiento pueda considerarse efectivo, el propio enfermo debe sentir que ha mejorado.

Cuando se realizan estudios de este tipo en somatizadores, se observa que su calidad de vida de los pacientes somatizadores es mucho peor que la de personas con enfermedades como cáncer, sida o Parkinson, y esto puede explicar el malestar que sienten estos pacientes y la poca mejoría tras la baja laboral. A continuación se muestra una tabla con la calidad de vida percibida de los siguientes pacientes con esos trastornos, observando que los pacientes con síntomas somáticos son los que peor calidad de vida presentan.



DICEN QUE NO TENGO NADA

Las personas con síntomas somáticos al igual que el resto de pacientes, cuando sienten molestias y tras todo el proceso explicado en capítulos anteriores acerca de la búsqueda de in-

formación por sus molestias, acuden al médico. En esta visita, el médico realiza una serie de preguntas, indaga en su historial y realiza la exploración médica adecuada. A partir de la información obtenida, solicita las pruebas complementarias pertinentes, ya que los síntomas y signos de estos pacientes son variados y todos no necesitan las mismas pruebas para hacer el diagnóstico diferencial.

Como la somatización es el desencadenamiento de síntomas físicos, aunque éstos sean inexplicables, según las molestias que presenta cada paciente, el médico realizará unas pruebas u otras, para descartar posibles causas orgánicas u otras patologías. A continuación mostramos diferentes trastornos para los que hay que realizar el diagnóstico diferencial con el paciente con síntomas somáticos:

Enfermedades orgánicas sistémicas que cursan con una afectación general importante

Por ejemplo, el hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, miastenia grave, entre otros). Trastornos ansiosos y depresivos que pueden presentarse con síntomas funcionales somáticos secundarios.

Otros trastornos somatomorfos

Como la hipocondría, por ejemplo, en la que el síntoma dominante es la preocupación por padecer una enfermedad grave.

Síntomas conversivos y los dolores somatomorfos

Pueden formar parte del trastorno por somatización pero, además, están acompañados casi siempre, de otros síntomas funcionales.

Trastornos facticios

Los síntomas los producen voluntariamente los pacientes, sin otro beneficio aparente que la atención recibida por otros.

Simulación los síntomas

Suelen tener un objetivo visible (ej: abandonar la cárcel e ir a un hospital, conseguir una invalidez).

Esquizofrenia o depresión psicótica

Suelen acompañarse de síntomas somáticos, pero bastante extravagantes y bizarros.

Además de realizar el diagnóstico diferencial del trastorno somatomorfo, cada paciente remite síntomas diferentes, que podrían tener, perfectamente, una causa orgánica. Por ello, el médico debe realizar las pruebas objetivas pertinentes, para descartar estas causas y diagnosticar el trastorno somatomorfo. A continuación presentamos algunos ejemplos de molestias que presentan estos pacientes:

Dolor óseo y muscular en pecho, costado, articulaciones o extremidades

El médico suele solicitar en estos casos radiografías simples para comprobar lesiones en los huesos y, en segundo lugar, una tomografía axial computarizada (TAC) para confirmar posibles compresiones o atrapamientos de los nervios. Cuando el síntoma va acompañado de parálisis o debilidad en los músculos, o de problemas para andar, el médico acostumbra a solicitar un electromiograma o potenciales evocados somatosensoriales.