



25/03/2011 - Guías Clínicas 2011; 11 (24)

### Autora:

- Ana Carvajal de la Torre Médico de Familia. Grupo Comunicación y Salud Galicia

Centro de Salud Casa del Mar. A Coruña

### Información:

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

### Tabla de contenidos:

Índice	Más en Fisterra
→ <a href="#">¿Por qué es tan importante el problema de la somatización?</a>	• Puede existir un documento más completo o actualizado sobre este tema en <a href="#">Fisterrae</a> [ <a href="#">Comparación Fisterra/ Fisterra-e</a> ] [ <a href="#">Acceso a Fisterra-e</a> ]
→ <a href="#">¿De qué hablamos cuando hablamos de somatización?</a>	• Fisterra en soporte papel [Libro: <a href="#">Guías para la consulta de Atención Primaria</a> ]
→ <a href="#">¿Cuál es su origen?</a>	• Material para pacientes [ <a href="#">FisterraSalud</a> ]
→ <a href="#">¿Cómo se diagnostica?</a>	
→ <a href="#">¿Cómo se maneja en la práctica?</a>	
→ <a href="#">¿Cuáles son los problemas más frecuentes encontrados en el manejo?</a>	
→ <a href="#">Bibliografía</a>	

### ¿Por qué es tan importante el problema de la somatización?

El fenómeno de la somatización, que se manifiesta en forma de síntomas y quejas sin aparente explicación, es muy frecuente en Atención Primaria (AP) y con frecuencia no es diagnosticado. Puede causar tanta incapacidad como la sintomatología orgánica; se puede decir que los trastornos orgánicos se perciben como algo "real" y los trastornos por somatización se etiquetan a veces de irreales; los pacientes son señalados como "culpables" de su problema (Salmon P, 1999).

Constituye aproximadamente el 25% de las consultas nuevas en AP. Ciertos síntomas como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados en forma aislada, corresponden en un 80% de los casos a somatizaciones. Tienen un coste importante, el paciente con somatizaciones consume una gran cantidad de recursos (10% gasto sanitario en países desarrollados), 9 veces más que el paciente medio en AP.

A pesar de recibir mucha atención médica, los pacientes refieren gran sufrimiento; la frustración es el sentimiento más frecuente que generan en los médicos (61%), seguido del enfado (12%), además de sentimiento de falta de eficacia al tener que manejar múltiples síntomas o quejas que no encajan en ningún cuadro sindrómico.

Por esto parece necesario un abordaje específico, con el fin de entender y aliviar a los pacientes, reducir los niveles de ansiedad y frustración de los profesionales y disminuir la iatrogenia.

### ¿De qué hablamos cuando hablamos de somatización?

Aunque el significado de somatización no ha cambiado a lo largo del tiempo: "Padecimiento psicológico a través de síntomas físicos + visitas continuas por síntomas múltiples sin enfermedad orgánica", en los últimos años se han utilizado diversos términos para denominar situaciones clínicas que se solapan en la práctica. El más frecuente, en la literatura anglosajona es MUS o MUPS (*Medically Unexplained Physical Symptoms*), -en castellano SFSEM (*Síntomas Físicos Sin Explicación Médica*)-. Muchos autores apoyan esta denominación para evitar la confusión entre somatización como fenómeno y el Trastorno por Somatización:

- Menos del 1% de pacientes con SFSEM cumplen los criterios del DSM-IV para Trastorno por somatización, y menos del 30% de pacientes con SFSEM se encuadran en el Trastorno Somatomorfo.
- Se asocian con morbilidad psiquiátrica, pero solo la mitad de de los pacientes con SFSEM reúnen criterios

de Ansiedad y/o Depresión.

- Al hablar de SFSEM se reconoce la incertidumbre de la situación, y la importancia de buscar soluciones desde el punto de vista de los síntomas, que es como los pacientes se presentan en la consulta.
- Los SFSEM son más comunes; incluye a un amplio grupo de pacientes con síntomas inexplicados que no se encuadran en otras definiciones y que comparten como característica un alto grado de sufrimiento que no se expresa o no se reconoce en la consulta.

Otros autores refieren que el término "Síntomas Somáticos Funcionales" sería más apropiado.

### ¿Cuál es su origen?

Es posible que comprendamos mejor a los pacientes que somatizan o sufren síntomas inexplicados si los vemos como personas cuyos mecanismos de adaptación son más complejos. Existe suficiente evidencia científica que demuestra que tanto la fisiología, la personalidad, las experiencias vitales, las creencias sobre la salud y la interacción con los profesionales sanitarios son todos factores importantes en el desarrollo de esta sintomatología, y cualquier nueva interpretación debe tener en cuenta todos estos aspectos.

Los mecanismos por los que se producen los síntomas no se conocen con exactitud, existen varias teorías que nos pueden ayudar a comprender y sobre todo, a mostrar empatía y manejar mejor este tipo de pacientes. En general, el paciente que somatiza manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

1. La amplificación de las sensaciones corporales: la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones "normales" de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad. Ej. en el Síndrome del Intestino Irritable o Síndrome de Fatiga Crónica.
2. La necesidad de identificar un "paciente" dentro de un grupo familiar patológico o desestructurado: la familia se organiza en torno al "enfermo", para olvidar otros conflictos o problemas.
3. Necesidad de estar enfermo: manifestar un sufrimiento que no puede expresarse de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
4. La disociación: capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son "reales".

Un concepto a tener en cuenta es el de la "atribución": proceso cognitivo por el cual las sensaciones somáticas se interpretan según el contexto. Estas atribuciones pueden ser normalizadoras (Ej. "estoy cansado porque trabajo mucho"), somáticas ("estoy cansado porque me ha afectado algún virus") y psicológicas ("estoy cansado porque estoy bajo de ánimo"). Los estudios en hiperfrecuentadores sugieren que las atribuciones normalizadoras suceden con menos frecuencia que en los sujetos control. El estilo de atribución suele permanecer a lo largo del tiempo.

Otros factores etiológicos deben ser tenidos en cuenta: desde la alta incidencia de abusos recientes o pasados (ej. En mujeres con dolor pélvico crónico, hasta un 30% de los casos) encontrada en varios estudios; hasta los recientes descubrimientos en la fisiopatología de los SFSEM.

### ¿Cómo se diagnostica?

La somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión. De esto deriva el problema del coste y la frustración que puede generarnos el proceso diagnóstico, además del deterioro en la relación con el paciente si caemos en la discusión sistemática de todos los síntomas que éste nos presenta.

En la práctica hay dos hechos que nos deben hacer pensar en un proceso de somatización (Hatcher S, 2008; Servan-Schreiber D, 2000):

- La presencia de tres o más síntomas indefinidos, generalmente en diferentes aparatos.
- El curso crónico (aproximadamente dos años).

Junto con otros factores:

- Presencia de un trastorno psiquiátrico coexistente (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o abuso de sustancias).
- Recurso a medicinas o terapias alternativas: es muy frecuente aunque un 60% lo oculta a su médico habitual. La justificación de recurrir a este tipo de profesionales es que "sienten que les escuchan y que les prestan atención a sus quejas".
- Historia de múltiples pruebas diagnósticas recientes, visitas múltiples a los servicios de urgencia.
- Rechazo de otros médicos.

También nuestra propia reacción emocional: un sentimiento de frustración o disconfort, o de estar sobrepasado ante un paciente con un sinnúmero de síntomas, a veces complejos y que precisan tiempo para su evaluación, en

una persona con un aparente "buen aspecto" deben constituir una señal al médico de que debe incluir la somatización entre el diagnóstico diferencial de ese paciente.

Síntomas y síndromes comunes en pacientes somatizadores:

- Gastrointestinales: vómitos, dolor abdominal, diarrea, intolerancias alimentarias, etc.
- Neurológicos: disfagia, disfonía, visión borrosa, debilidad muscular, lumbalgia, dolor difuso, dolor articular, cefalea, etc.
- Aparato genitourinario: dispareunia, dismenorrea, irregularidad en los ciclos menstruales, sensaciones genitales quemantes, dolor pélvico crónico, etc.
- Cardiopulmonares: palpitaciones, dolor torácico, mareo, etc.
- Otros síndromes: fatiga crónica, fibromialgia, sensibilidad medicamentosa múltiple, intestino irritable, etc.

En AP es útil el esquema que clasifica los SFSEM según su duración, gravedad, y comorbilidad. Contempla el amplio espectro de situaciones entre la normalidad (SFSEM leves, la mayoría) y la somatización con sintomatología grave (Smith RC, 2007; Bass C, 2008):

- **SFSEM leve** (~80% pacientes):
  - Características: pocos síntomas, baja utilización; duración corta (días – semanas).
  - Diagnóstico: historia clínica, exploración física y observación (2–12 semanas); evitar pruebas innecesarias.
  - Tratamiento: establecer buena relación Médico- Paciente; tranquilizar; tratamiento sintomático.
- **SFSEM moderado** (~15% pacientes):
  - Características: alta utilización, >2 síntomas; curso subagudo (1 a 6 meses); comorbilidad: 20% depresión o ansiedad.
  - Diagnóstico: historia clínica, exploración física y observación inicial; descartar organicidad con pruebas; investigar comorbilidad psiquiátrica.
  - Tratamiento: actitud empática, técnicas comunicación; tratamiento sintomático; valorar antidepresivos.
- **SFSEM grave** (~5% pacientes):
  - Características: hiperfrecuentación y múltiples síntomas; cronicidad (> 6 meses); comorbilidad >65% trastorno psiquiátrico, >60% trastorno personalidad.
  - Diagnóstico: descartar organicidad con métodos definitivos (Ej TAC para dolor lumbar); observación a lo largo del tiempo; no repetir pruebas si resultados negativos; diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica.
  - Tratamiento: actitud empática, técnicas comunicación; tratamiento sintomático; valorar antidepresivos.

Recordamos los pasos para evaluar a un paciente ante una posible somatización:

1. Descartar la existencia de un trastorno orgánico.
2. Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos.
3. Buscar un diagnóstico positivo de somatización.

### ¿Cómo se maneja en la práctica?

El primer principio para un manejo eficaz es entender el sufrimiento del paciente y desarrollar una actitud interesada y centrada en el enfermo, además de tener un buen control emocional. Desde el punto de vista médico, los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real.

Un manejo exitoso se basa sobre todo en tres puntos (Dwamena FC, 2008; García J, 2000; Servan-Schreiber D, 2000):

1. **Explicarle de forma adecuada y aceptable los síntomas que sufre:**
  - Aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad
  - Evitar sentencias del tipo: "lo suyo es de los nervios", "usted no tiene nada" ...
  - Es difícil que el paciente comprenda el proceso de la somatización, debemos transmitir un mensaje que contenga estas tres ideas fundamentales:
    - No padece una enfermedad grave y los resultados son buenos.
    - Estamos ante un padecimiento crónico.
    - Es muy frecuente, en la práctica no hay un único tratamiento que lo cure pero sí algunas intervenciones terapéuticas que pueden ayudar.
  - La forma de dar explicaciones influye en su aceptación por los pacientes: los pacientes están más satisfechos si su médico le da una explicación que tenga sentido, le quite los sentimientos de culpa

- y le ayude a manejar el problema involucrándolo en su cuidado (Salmon P, 1999).
  - Si el paciente insiste en que se le dé un nombre a su padecimiento, puede ser beneficioso hacerlo. Si lo hay: síndrome del intestino irritable, fibromialgia... Si no lo hay podemos usar alguno inespecífico: por ejemplo, trastorno funcional digestivo. A muchos pacientes, tener un diagnóstico les hace más llevadero su problema.
  - Permitir en todo momento el rol de enfermo que el paciente demanda: no tiene sentido discutir esto desde su perspectiva de sufrimiento.

## 2. **Establecer unos objetivos de tratamiento razonables, centrándose más en la funcionalidad que en los síntomas:**

En cada visita, el médico debe escuchar las quejas y síntomas que expone el paciente y, si es preciso, explorarle.

Es importante ahora apartarse de los síntomas físicos y explorar la esfera psicosocial, por ejemplo preguntando cómo le afectan a su vida determinados síntomas (el somatizador suele estar siempre dispuesto a hablar de ello). El objetivo es centrarse en la funcionalidad, no en los síntomas. Esto se hace con preguntas evaluativas: mediante preguntas abiertas, intentamos conocer su opinión sobre su entorno, si relaciona lo que le está sucediendo con algún problema concreto, qué le preocupa, cómo lo lleva... y, por supuesto, comprendiendo su sufrimiento.

Decidiremos los objetivos y tratamientos que nos pueden ayudar:

- Tratamiento farmacológico de los padecimientos psiquiátricos concomitantes: especialmente ansiedad y depresión, que suelen responder bien.
- psicoeducación, psicoterapia, si es posible.
- Recomendaciones de estilo de vida: reducción de estrés, ejercicio físico (3 sesiones de 20 min. por semana sería adecuado, actividad estructurada para que se pueda incrementar).
- Uso de "tratamientos benignos": existen una serie de terapias sin utilidad científica demostrada, como los masajes, la acupuntura, las vitaminas... que pueden ayudar sin causar iatrogenia. Puede ser razonable utilizarlas para que el paciente se responsabilice de su autocuidado. En todo caso son más seguras que ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Tratamientos con eficacia demostrada:

- Antidepresivos: una revisión sistemática de 94 ensayos clínicos controlados sobre tratamiento con AD para los SFSEM encontró que un 69% de los estudios demostraron beneficio con su uso. El metaanálisis de todos los datos mostró un beneficio considerable (NNT de 4). Ningún tipo de antidepresivo mostró superioridad, pero con ventaja en resultados en aquellos estudios en que se utilizaron tricíclicos. Típicamente, la mejora se consiguió con dosis bajas con independencia del efecto antidepresivo (O'Malley Pg, 1999).
- La Terapia Cognitivo Conductual parece tener una utilidad limitada en el paciente con SFSEM cuando interviene personal entrenado y es de utilidad más dudosa todavía aplicada por profesionales de atención primaria (Allen LA, 2006; Escobar JI, 2007; Huibers MJ, 2007).

## 3. **Establecer un calendario de visitas breves pero regulares, que haga innecesario el desarrollo de nuevos síntomas para recibir atención:**

Su objetivo es que el paciente reciba la atención que demanda sin tener que desarrollar nuevos síntomas. Se pactan con la frecuencia y duración que se crea conveniente (e. Inicialmente 15 minutos cada 15-20 días, luego cada mes, ...), intentando disminuirlas en el tiempo. Además, sirven para que el médico ayude al paciente a tolerar sus síntomas, y asegurarse de que no se está desarrollando ningún padecimiento grave.

Está demostrado que estas visitas aumentan la satisfacción del paciente y del médico. Además disminuyen los costes y el número de visitas a los servicios de urgencia.

### **¿Cuáles son los problemas más frecuentes encontrados en el manejo?**

Los problemas más frecuentes encontrados en el manejo son (Burton C, 2003; Sumathipala A, 2007):

1. Establecer objetivos poco realistas. Para evitar la frustración en ambas partes, el objetivo no debe ser eliminar los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos o convivir con ellos. Ambos deberán aceptar la incertidumbre de no tener un diagnóstico preciso, a pesar de lo que el médico se compromete a seguir cuidándole.
2. Conductas tranquilizadoras: tranquilizar al paciente es necesario para reducir la ansiedad y el miedo, pero la forma de hacerlo puede tener consecuencias a largo plazo. Las conductas tranquilizadoras emocionales (verbales o no) de evitación (mensaje "esto no es nada") pueden ser eficaces a corto plazo, pero no modifican el esquema de enfermedad del paciente. Las conductas más cognitivas, que analizan el problema e informan al paciente, pueden resultar amenazantes a corto plazo pero pueden producir cambios y mejores resultados a la larga.
3. Presencia de padecimientos orgánicos sobreañadidos que pueden aparecer como en cualquier otro

paciente. En el somatizador, además, la sintomatología o el sufrimiento puede ser exagerado en relación a la patología que se objetiva: es importante tenerlo en cuenta; quizá en este tipo de enfermos (somatizador con patología orgánica) haya que guiarse más de hallazgos objetivos en la exploración física o en pruebas complementarias para el seguimiento de su enfermedad.

4. Petición de pruebas complementarias o derivaciones. Es frecuente que el paciente lance el reto al médico "¿y cómo puede saber que no tengo un tumor sin hacerme un escáner?" o similar; los argumentos que podemos utilizar son:
  - Las visitas pactadas sirven para descartar problemas graves.
  - Nuestra accesibilidad en caso de que las cosas no vayan bien.
  - La posibilidad real de pedir tales pruebas, pero cuando sean necesarias para evitar iatrogenia; dar márgenes de espera, no negarlas de entrada pero sí posponerlas.

En estas situaciones es importante tener un alto grado de asertividad y autocontrol emocional. De todas formas, lo más frecuente en la consulta diaria es la negociación de petición de análisis de sangre. Hacerlos, aparte de poco nocivo, le da al paciente cierta seguridad y sensación de control y mejora la confianza entre ambos.

5. Llamadas fuera de lo pactado, visitas excesivas al servicio de urgencias... En estos casos, es útil mostrar nuestros sentimientos, más que imponer reglas rígidas que podrían parecer arbitrarias:
  - Si me llamas fuera de hora, no te puedo atender correctamente, puedo cometer errores...
  - Veo que esta semana has ido tres veces a urgencias, quizá tengamos que dedicarle más tiempo a...
  - No veo que estemos mejorando, ¿qué crees que podemos hacer?

El manejo se puede considerar exitoso si consigue mantener al paciente alejado de los servicios de urgencias, si reduce la exposición a procedimientos iatrogénicos, y por supuesto, si consigue disminuir el sufrimiento, lo que consecuentemente disminuirá nuestro desgaste emocional.

### Manejo del paciente somatizador:

- Qué hacer:
  - Designar un solo médico de referencia.
  - Pactar visitas breves y regulares.
  - Permitir papel de enfermo.
  - Centrarse en funcionalidad, no en síntomas.
  - Explorar aspectos psicosociales.
  - Prescribir tratamientos "benignos" y actividades lúdicas.
  - Prescribir tratamientos específicos en los casos indicados.
- Qué no hacer:
  - Sugerir que "es de los nervios" o que no tiene nada.
  - Realizar pruebas diagnósticas agresivas sin una buena indicación.
  - Enviar excesivamente a los especialistas.
  - Centrarse sólo en los síntomas.

### Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

### Bibliografía

- ➔ Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006 Jul 24;166(14):1512-8. PubMed [PMID: 16864762](#)
- ➔ Bass C, May S. Chronic multiple functional somatic symptoms. BMJ. 2002 Aug 10;325(7359):323-6. [PMID: 12169511](#). [Texto completo](#)
- ➔ Burton C. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained symptoms (MUPS). Br J Gen Pract 2003;53:231-41. PubMed [PMID: 14694702](#). [Texto completo](#)
- ➔ Dwamena FC, Fortin AH, Smith RC. You can treat patients with medically unexplained symptoms: an evidence-based workshop for primary care providers. (International Communication for Communication in Healthcare, Oslo, 2-5 set 2008)
- ➔ Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, Woolfolk RL, Jahn E, Rodgers D. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. Ann Fam Med. 2007 Jul-Aug;5(4):328-35. PubMed [PMID: 17664499](#)
- ➔ García Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, López-Aylon C, Monton C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 1998; 32: 528-533. PubMed [PMID: 9711367](#)
- ➔ García Campayo J, Sanz-Carrillo C. The use of alternative medicines by somatoform disorder patients

- in Spain. Br J Gen Pract 2000; 50: 487-488. PubMed [PMID: 10962791](#)
- Hatcher S, Arroll B. Assesment and management of medically unexplained symptoms. BMJ 2008;336:1124-8
  - Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003494. DOI: 10.1002/14651858.CD003494.pub2. [Resumen](#)
  - O'Malley Pg, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. J Fam Pract 1999;48:980-990 PubMed [PMID: 10628579](#)
  - Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: qualitative analysis. BMJ 1999;318:372-6 PubMed [PMID:9933202](#) [Texto completo](#)
  - Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients. Part I. Practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61: 1073-8. PubMed [PMID: 10706159](#) [Texto completo](#)
  - Servan-Schreiber,D; Tabas, G; Kolb, NR; Somatizing patients. Part II Practical Management. Am Fam Physician 2000; 61: 1423-8, 1431-2. PubMed [PMID: 10735347](#) [Texto completo](#)
  - Smith RC, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of patients with Medically Unexplained Symptoms. J Gen Intern Med 2007;22(7);685-91 PubMed [PMID:17443380](#). [Texto completo](#)
  - Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous studies. Psychosom Med 2007 dec;69(9):889-900 PubMed [PMID: 18040100](#). [Texto completo](#)