

Editorial

SÍNTOMA PSICOSOMÁTICO VS. SÍNTOMA ORGÁNICO;

La mala fama de la psicósomática.

PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS VS. ORGANIC SYMPTOMS;

The bad reputation of the term psychosomatic.

Carolina Baeza-Velasco *

Una joven mujer aquejada de una multitud de síntomas músculo-esqueléticos comenta: *“Ya me he encontrado muy malas caras y desprecios hacia mi persona: me han tachado de hipocondríaca, no han creído en la magnitud de mi dolor y lo que es peor, todos los especialistas que he visitado han insinuado que era un dolor funcional o psicógeno...”*.

Los términos *psicógeno*, *funcional* y *psicosomático*, se utilizan en presencia de una manifestación patológica cuyo origen no se encuentra en una lesión o alteración orgánica, sino en un trastorno psíquico, o cuya aparición y desarrollo se ven influenciados de manera importante por variables psicológicas.

Volviendo al comentario anteriormente citado, podríamos aventurarnos a decir que la mujer de los síntomas músculo-esqueléticos interpreta (y por ello se siente ofendida), que lo que le dice su médico en realidad es: *“nada falla en su cuerpo, por lo tanto usted se está inventando los síntomas...”*.

Este comentario ilustra una comprensión y uso despectivo del término psicósomático, frecuente no sólo entre los pacientes, sino también entre los profesionales de la salud. Un estudio observó que el concepto de psicósomática es tratado peyorativamente en el 34% de 215 artículos científicos revisados en EEUU y UK, significando con esta palabra algo imaginario o inventado¹

*MA, Ph D C * en Psiquiatría y Psicología Clínica, UAB. Miembro del consejo editorial de CNPs Contacto: cbaeza@neuropsicologia.cl

Si este uso peyorativo del término se da entre la comunidad científica, no es de extrañar que la idea de que los procesos psicológicos intervienen de manera importante en las manifestaciones patológicas del cuerpo, sea visto de manera reticente también por una gran parte de pacientes, quienes pueden sentirse no tomados en serio si sus quejas físicas son consideradas psicógenas.

Pareciera ser que los síntomas tienen un estatus según su etiología; no es lo mismo tener un síntoma de etiología orgánica que un síntoma de etiología orgánica poco clara o psicopatológico. El primero goza de un estatus "privilegiado" respecto del segundo. De acuerdo con Pedreira y Menendez², existe una tendencia muy extendida en la práctica clínica a considerar el síntoma psicopatológico como "nervios", "simulación", etc., de tal forma que se rebaja a la categoría de "secundario", "desdeñoso" o "no científico". Esta atribución de "inutilidad", asignada por la medicina tecno-científica, ávida siempre de novedad y exactitud⁸, descansa sobre el paradigma del modelo biomédico. Este modelo considera que cualquier enfermedad se reduce a una causa (agentes patógenos externos: virus, infecciones, etc. o agentes patógenos internos: desequilibrio bioquímico) que se busca identificar y modificar. Se nutre del punto de vista cartesiano, que divide las patologías en orgánicas cuando un factor físico es identificado, y en funcionales cuando este último es desconocido. El dualismo resultante establece una distinción radical entre enfermedades médicas y enfermedades psicológicas. Lo que es evidente hoy en día, es que este modelo es limitado³, e insistir en él es olvidar al enfermo en todas sus dimensiones y una cuestión fundamental, como es que los procesos

psicológicos y somáticos ocurren en el mismo organismo y no son que dos aspectos del mismo proceso⁴.

En este escenario, donde vemos que lo considerado psicopatológico tiene esta especie de "mala fama", es probable que una parte importante de los pacientes, que acuden a la consulta médica con quejas físicas sin patología orgánica detectable, tomen de no muy buena manera una derivación por parte del médico a un profesional de la salud mental. Esto dificulta bastante el que los pacientes consulten a quién probablemente deben, por prejuicios, retrasando los diagnósticos y tratamientos más adecuados a cada caso.

También es cierto, que además de prejuicios subyacentes, existe el problema de la falta de formación de los médicos en cuestiones de salud mental, y seguramente, es precisamente esta falta de formación lo que fomenta los prejuicios. Si bien lidiar con angustias humanas es parte del cotidiano de médicos y enfermeras, lo cierto resulta ser que pocos reciben aún la formación adecuada que los capacite a aconsejar a personas con problemas emocionales. *"El programa de estudios de las escuelas de enfermería y medicina, incluye poco material sobre la manera en que un profesional de la salud debería lidiar con el estrés y la angustia en cualquier rama de la medicina. Cuando un médico deriva a pacientes angustiados a un asistente social, si lo hubiere, es sólo para conseguir transporte, ofrecer dinero u obtener el consentimiento de los parientes¹⁰".*

Un estudio mostró que mientras más persistentes son los pacientes en negar la influencia de factores psicosociales en las somatizaciones, menor es la probabilidad de los clínicos de

reconocer un trastorno psiquiátrico¹³, y los pacientes "somatizadores persistentes" vistos en este estudio, no son una porcentage a desestimar, sino el 25% de 700 personas que constituyeron la muestra. Por otro lado, cuando el paciente plantea un discurso "psicologizante" de sus padecimientos (es decir, que establece una relación entre sus quejas y los eventos y/o aspectos psicosociales), como es de esperar, el reconocimiento de trastornos psiquiátricos es mayor¹³. Esto muestra que el estilo de la presentación clínica tiene un importante efecto en las tasas de reconocimiento de los problemas emocionales por parte de los clínicos¹⁴. Los pacientes "psicologizantes" no constituyen una mayoría (el 15% en el estudio mencionado anteriormente), lo que ilustra nuevamente la necesidad de una formación en cuestiones psicológicas y psiquiátricas en los profesionales de la salud. Es tarea y responsabilidad del clínico el detectar patología y derivar, si cabe, a un profesional competente, como también facilitar, en la medida de lo posible, la buena adherencia a los tratamientos y el seguimiento de las sugerencias formuladas. Vemos que el discurso del paciente; la presentación que hace de sus síntomas, no facilita necesariamente la tarea de reconocimiento, por lo que hay que aprender a "leer" las diferentes manifestaciones y expresiones de la psicopatología¹².

Vemos que lo problemático de la falta de formación, los prejuicios (con la consecuente estigmatización por todos conocida en todo lo que concierne a psicopatología) y finalmente esta comprensión peyorativa de la influencia de factores psicológicos en la enfermedad, va más allá de alimentar el viejo debate sobre la dualidad mente-cuerpo; fomenta prejuicios y resistencias

en la población frente a la consulta en salud mental.

Los síntomas médicamente inexplicables son altamente prevalentes. Representan alrededor del 50% de todas las consultas médicas en atención primaria⁵. Los pacientes que los padecen hacen un uso desproporcionadamente elevado de recursos sanitarios, se muestran insatisfechos de la atención médica recibida que no logra aliviar sus síntomas, tienden a negar la influencia psicosocial en sus síntomas y se resisten a la derivación psicológica/psiquiátrica⁶. Con frecuencia las consecuencias de estos síntomas no son menores, sino que disminuyen considerablemente la calidad de vida de quienes los padecen y provocan gran angustia. Estos pacientes tienen tasas elevadas de licencia por enfermedad. Muchas veces pasan más días en cama que los pacientes con diversos trastornos médicos mayores y presentan altas tasas de desempleo. Además, estos síntomas inexplicables desde un punto de vista médico, son muchas veces más crónicos y más refractarios que muchos de los síntomas con base orgánica⁶, por lo que de trivial no tienen nada. Percibir los prejuicios provenientes de los profesionales de la salud, que transmiten esta idea de la "supremacía" de lo orgánico frente a lo psicológico, no ayudará a la población a acudir a quién debe acudir. Ya es motivo de resistencia consultar al psicólogo o al psiquiatra cuando el motivo de consulta es reconocido como emocional, todavía más resistencia encontraremos frente a la interconsulta psiquiátrica y/o psicológica cuando la queja es física. Los estudios muestran que los índices de derivación a salud mental fluctúan entre el 1,2 y 4,2%, esto es 10 veces menos que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos. El 50 - 91% de las

indicaciones del interconsultor no son seguidas. Cuando las indicaciones de interconsulta son farmacológicas, estas se cumplen con mayor frecuencia (70%) pero cuando se trata de psicoterapia, la indicación de interconsulta se cumple en un bajísimo porcentaje (12%)¹¹, y lamentablemente no nos sorprende. El modelo médico está muy interiorizado en la población, los pacientes están acostumbrados (e incluso esperan) tratamientos en los que su actitud es pasiva (el hecho de que llamemos "pacientes" a los usuarios de servicios de salud, es bastante revelador), como ocurre cuando seguimos un tratamiento farmacológico; la colaboración del paciente se limita a la auto-administración de las dosis de medicamentos prescritas, asistir a las citas médicas y a "esperar" el efecto del fármaco. En este sentido, una psicoterapia demanda una colaboración activa, lo que involucra mucho más esfuerzo a diferentes niveles: además del costo económico, frecuentemente una mayor dedicación de tiempo, ya que incluso si la terapia tiene una duración limitada, se debe asistir a una serie de sesiones, y sobretodo compromiso y participación.

La Asociación Europea de psiquiatría de enlace y psicopatología (European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics: EACLPP), prepara un documento que tiene por objeto mejorar la calidad de la atención recibida por los pacientes que tienen "síntomas sin explicación médica". En este señalan como se ha hecho evidente que el término "síntomas inexplicables médicamente", es en sí un obstáculo para una mejor atención, siendo difícil de aceptar por algunos pacientes y médicos. Y esto debido a que define los síntomas por lo que no son y no por lo que son, y refleja

justamente el pensamiento dualista en que los síntomas son "orgánicos" o "no orgánicos" / "psicológicos"⁹.

Y es que hemos aprendido muy bien esto de la división mente-cuerpo, división que sin duda ha sido útil, ya que ha permitido avanzar en el estudio de nuestro complejo funcionamiento. Separación útil pero teórica al fin, de esto cuesta más acordarse. En realidad, ninguna enfermedad es únicamente orgánica o psíquica³. Cuando hablamos de psicopatología hoy en día, no nos referimos tampoco a que la psiquis por sí sola, sin la participación de lo somático es capaz de suscitar un trastorno corporal, esto es una ilusión. No podemos hoy en día creer en una omnipotencia de lo mental, capaz de crear un trastorno somático sin una predisposición somática⁷. Una concepción moderna de lo psicopatológico será la adopción de una visión multidimensional que respeta nuestra complejidad humana³.

Cada enfermedad debe ser considerada como un trastorno complejo y potencialmente invalidante tanto en el plano físico como psicológico, por lo tanto es necesario emprender una evaluación diagnóstica y una intervención que integre estos aspectos³. Transmitir esta idea a los pacientes y a las nuevas generaciones de profesionales es un gran desafío.

"El mayor error que se puede cometer en el tratamiento de las enfermedades es que existan médicos para el cuerpo y médicos para el alma, cuando no es posible separar el uno del otro (...). Es en esta totalidad en que deben fijarse: pues cuando el todo está enfermo, es imposible que una parte de ese todo se encuentre sana."

Fedro (Platón)

REFERENCIAS

1. Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson A., & Sharpe, M. (2004). Psychosomatic: A systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45;287-290.
2. Pedreira, J.L. & Menendez, F. (1981) El síntoma psicopatológico en la infancia: Valoración psicodinámica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria* 1, 0: 81-93.
3. Trombini, G. & Baldoni, F. (2005), *La Psychosomatique: L'équilibre entre corps et esprit*. In Press, Paris.
4. Alexander, F. (1950), *La médecine psychosomatique. Ses principes et ses applications*, Payot, Paris.
5. Avila, LA.(2006) Somatization or psychosomatics symptoms?, *Psychosomatics*, 47:163– 166.
6. Barsky, A., Orav, E., Bates, D. (2005) Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 62:903- 910.
7. Chemouni, J. (2005), *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Armand Colin, Paris.
8. Keller, P-H. (2008), *La question psychosomatique*. Dunod, Paris.
9. Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M. & White, P. (2010) Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *Journal of Psychosomatic Research* 68; 5–8.
10. Federación Mundial por la Salud Mental (2009) *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Retrieved from <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/saludmental09.pdf>
11. Fabrissin J. (n. d.) Eficacia y efectividad de la interconsulta y la psiquiatría de enlace. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/20089750/Eficacia-y-Efectividad-de-Interconsulta-Psiquiatrica>
12. Baeza-Velasco, C. & Bulbena, A. (2010). Association entre anxiété et hyperlaxité articulaire: revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques* 168:263–267.
13. Kirmayer, L., Robbins, J., Dworkind, M. et al. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150:734-741.
14. Kirmayer, L. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:22-28.