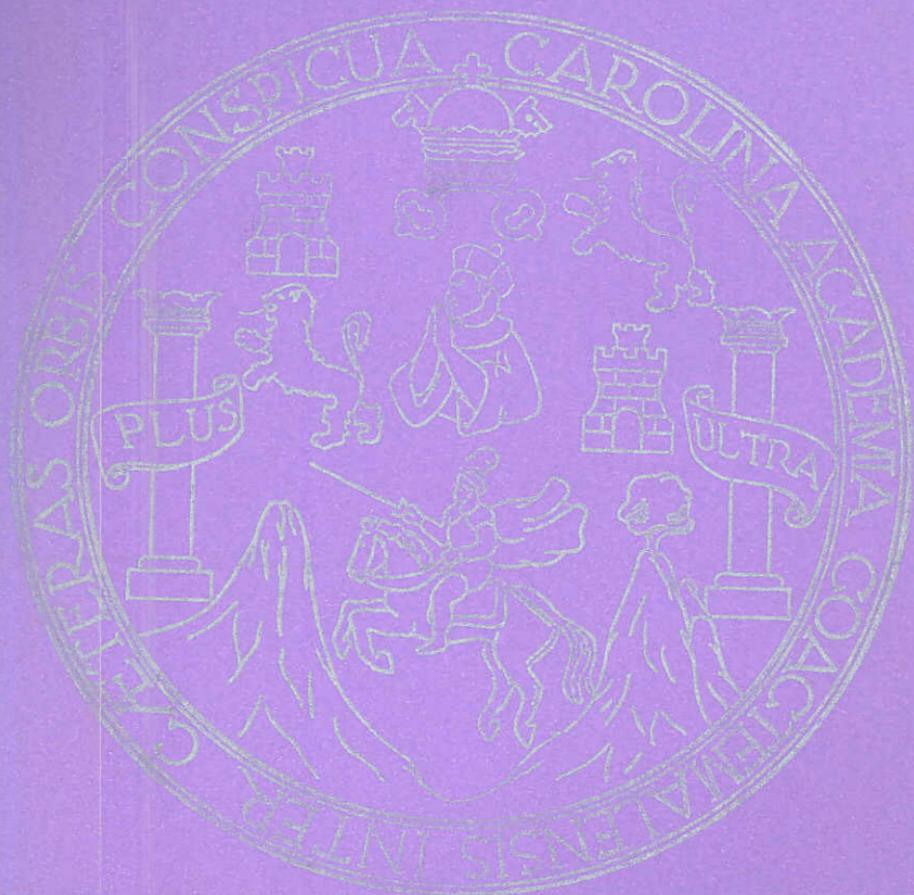


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO
DEL TRASTORNO POR SOMATIZACION"



GERBERT FABRICIO CAMEROS RODAS

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

Indice	01
Introducción	02
Definición del Problema	04
Objetivos	06
Justificación	07
Marco Teórico	08
Metodología	18
Resultados	22
Análisis e Interpretación de Resultados	33
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Resumen	38
Bibliografía	39
Anexo	41

INTRODUCCION

La psiquiatría es una especialidad médica a la cual se le presta muy poco interés durante la formación en el pre-grado de medicina, por lo cual el médico general tiene muchas deficiencias en el diagnóstico y manejo adecuado de casos que se presentan bajo dicha perspectiva.

Así pues, una de las entidades observadas con cierta regularidad, aunque muy pocas veces diagnosticada la constituyen los trastornos por somatización, los cuales pueden presentarse de manera tan sutil y/o superficial, que de no sospecharse inicialmente su presencia, no podrá tomarse en cuenta como impresión clínica en estudio, probablemente porque muchas veces subyace a un cuadro somático vagamente descrito.

Basados en lo anterior, el presente estudio consistió en la evaluación práctica de un cuestionario corto el cual se aplicó a un grupo de cien pacientes femeninas, comprendidas entre las edades de 15 a 30 años, quienes consultaron durante el mes de mayo del presente año al ouesto de salud de Belén, Mixco siendo la clínica familiar elegida, ya que funge actualmente como centro piloto del plan de salud mental a nivel nacional.

Se realizó la selección de las pacientes que cumplieron con el criterio de inclusión para el estudio, y a las cuales luego de una breve explicación se les aplicó el cuestionario mediante la entrevista directa. En todos los casos del tiempo necesario para aplicar el cuestionario, no paso de los 6 minutos.

El problema más frecuentemente encontrado en el transcurso de la investigación, fue la escasa bibliografía relativa al tema, ya que luego de revisar cuantiosas publicaciones, no pudimos comprobar existencia de un trabajo similar al presente en nuestro medio, que pudiese ser tomado como base teórica para este estudio.

En términos generales, los resultados obtenidos orientan a considerar que en la población femenina la prevalencia de este tipo de trastorno es muy elevada y que actualmente se le presta muy poca atención, no por restarle interés sino porque es una entidad de difícil diagnóstico.

Así mismo, el estudio aportó datos interesantes respecto al comportamiento de la mujer frente al estrés producido por fenómenos sociales como lo son el trabajo, religión, estado civil etc., tópicos tratados en esta investigación.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Corría el año de 1995, cuando la Asociación Americana de psiquiatría, con sede en Washington D.C., E.E.U.U. presentó su informe general de nomenclatura y estadística, sobre el manual de Desordenes Mentales, en su cuarta edición (Diagnóstica and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM-IV) (1), en el cual se hizo énfasis entre otras cosas, en la determinación de los criterios diagnósticos del Trastorno por Somatización, en los pacientes que consultaron a clínicas y hospitales generales por múltiples razones.

En la actualidad, a las enfermedades mentales se les está presentando mayor importancia en el campo médico. Sabemos por ejemplo que "uno de cada cuatro norteamericanos padecen de al menos una enfermedad mental y que en general unos 55 millones de personas de aquel país, buscan ayuda por esta causa anualmente". (2).

En nuestro medio a menudo se observan casos de pacientes a quienes luego de ser entrevistados y evaluados, no se les puede documentar un problema somático existente por lo que se les trata como pacientes con enfermedades de "etiología desconocida", "enfermedad idiopática", etc. perpetuando el problema de origen; lo peor es que la mayoría de las veces no se les lleva un control ni seguimiento respectivo, convirtiéndose en problemas no resueltos.

Por otro lado, los trastornos psicósomáticos en general y más específicamente los de somatización, entendiéndose como tal a "aquella entidad nosológica crónica polisintomática que se caracteriza por múltiples quejas somáticas a repetición..." (3), tal es el caso de trastornos gastrointestinales, cardiopulmonares y psicosexuales entre otros, son la causa que mueve a la búsqueda de ayuda por parte del paciente afectado, quien desea sobre todo que el médico le brinde una atención personalizada y continua.

De lo anterior, se desprende la importancia de poder determinar en un momento dado, el estado ANIMICO-AFECTIVO del paciente que tratamos (valoración conciente, conductual y emocional del mismo), y en quien sospechamos padece de Trastornos por Somatización.

Es fácil comprender, que en un país como el nuestro con una economía pobre y factores socioculturales decadentes (pobreza, hacinamiento, inseguridad, etc.) donde la mayoría de población corresponde al sexo femenino, se encuentre el sustrato ideal para el apareamiento de este tipo de trastorno tan común, por lo que cabría esperar una alta prevalencia de esta entidad tan pocas veces detectada en la consulta general.

Finalmente, siendo que nuestra sociedad no es ajena a los factores predisponentes para el apareamiento del trastorno por somatización, es necesario si no obligatorio contar con un instrumento de orientación diagnóstica, que se ceñido a los principios sea rapido y efectivo para con sus propósitos, lo cual es el punto medular de la presente propuesta.

OBJETIVOS

GENERAL:

Brindar al profesional de las ciencias de la salud una herramienta útil para la detección inicial del paciente con trastornos por somatización.

ESPECIFICO:

- Aplicar el cuestionario básico de criterio diagnósticos del trastorno por somatización, a las pacientes seleccionadas.
- Clasificar los resultados obtenidos al aplicar la prueba.
- Establecer cual es la edad de maxima incidencia del apareamiento del trastorno por somatizacion en el grupo estudiado.

JUSTIFICACION

Los trastornos por somatización, son entidades muy rara vez diagnosticadas, debido a su inmenso parecido con otras disfunciones psiquiátricas y algunos síndromes orgánicos. No es pues de extrañar, que el subregistro de esta patología sea amplio, pese a su constante prevalencia.

Actualmente en nuestro medio no se cuenta con una guía que permita una orientación diagnóstica adecuada, tras la sospecha inicial de un trastorno por somatización, lo cual aunado a la escasa información existente y a la carencia absoluta de estudios de carácter nacional sobre esta entidad, hacen menos que imposible el diagnóstico de la misma.

Partiendo de lo anterior, se hace más que evidente la necesidad de contar con una herramienta útil en el reconocimiento de ésta patología con el objeto de conocerla mejor, comprenderla y brindar la ayuda necesaria al paciente aquejado por ésta, evitando así la pérdida inútil de tiempo y recursos.

Fué-éste pues, el mayor motivo y propósito de la presente investigación, en la cual se propone un cuestionario sencillo, conciso y breve como auxiliar del médico general en el reconocimiento y diagnóstico de los trastornos por somatización, entidad presentada con frecuencia sobre todo en mujeres jóvenes.

MARCO TEORICO

LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

Es en el apartado F-45, del manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se hace alusión a los Trastornos Somatomorfos, de los cuales se puede leer textualmente "El rasgo principal de estos trastornos, Es la presentación reiterada de síntomas somáticos, acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de las mismas, y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuviesen presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables o con dificultades o conflictos..." (6).

Como regla general, este tipo de trastornos aparecen con frecuencia ligados a una conducta histriónica (demanda de atención constante), por parte del paciente, y más particularmente en aquellos enfermos resentidos por su fracaso en el momento de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática.

Los trastornos somatomorfos, a su vez se subdividen en varias clases de disfunciones, según el autor consultado, sin embargo el especialista Dr. Jean Garrabé en su "Diccionario Taxonómico de Psiquiatría" (7), las define de forma ordenada y sencilla, en cinco disfunciones psiquiátricas a saber:

- a) Personalidad Histriónica
- b) Dolor Psicógeno (Somatomorfo)
- c) Hipocondría (Neurósis Hipocondríaca)
- d) Trastorno Somatomorfo Atípico
- e) Trastorno por Somatización

A continuación se describen someramente las particularidades de cada una de ellas, dejando al final los **TRASTORNOS POR SOMATIZACION**, rubro que ocupa el lugar central de la presente investigación

A) PERSONALIDAD HISTRIONICA:

En este tipo de personalidad, el paciente exhibe un patrón de conducta que se caracteriza por excitabilidad, egocentrismo, afecto que cambia constantemente y que es superficial y por la sobrereactividad. Estas personas pueden esforzarse por ser el foco de atención mediante una conducta dramática, en ocasiones sorprendente. Algunas son recatadas y sexualmente seductoras, pero no responsivas cuando tienen que reaccionar con emoción o con sexualidad de tipo genuino.

B) DOLOR PSICOGENO (SOMATOMORFO)

En esta entidad, no hay alegato de síntoma físico definido, más bien queja de un dolor para el cual no se encuentran los factores físicos congruentes, en tanto que es evidente la asociación de factores etiológicos de orden psicológicos. La desaparición completa del dolor gracias a la sugestión, la hipnósis o el narcoanálisis sugiere fuertemente el diagnóstico de un dolor psicógeno.

C) HIPOCONDRIA (NEUROSIS HIPOCONDRIACA):

La característica esencial de este trastorno, es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puestas de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones constantes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales o molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. Estos rara vez inician luego de los 50 años.

D) TRASTORNO SOMATOMORFO ATIPICO (INDIFERENCIADO):

Esta categoría debe ser tenida en cuenta, cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero aún no esté presente el cuadro clínico típico del Trastorno por Somatización, lo que lo hace ser un diagnóstico por exclusión. Por ejemplo, puede faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser escasos, etc.

TRASTORNO POR SOMATIZACION

ANTECEDENTES:

En la psicología y la filosofía antiguas, la historia de la medicina psicosomática va paralela a la historia del problema entre mente y cuerpo (psique & soma). Las teorías sobre la relación entre mente y cuerpo abarcan desde aquellas propuestas por Hipócrates y Descartes (quienes consideraban que la mente y el cuerpo eran entidades separadas y que conluyen simplemente que la mente influye en el cuerpo o viceversa, o bien que ambas cosas suceden juntas), hasta aquellas teorías que asignan la supremacía ya sea a la una o a la otra.

Sin embargo, fué hasta principios del presente siglo, cuando el eminente psiquiatra francés Paul Briquet, en su obra titulada "Tratité Clinique Et Thérapeutique De L'histerie" (8), describió con propiedad y especificó las pautas para el reconocimiento de los Trastornos por Somatización, tal y como los conocemos hoy día, mediante el Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM III- y más recientemente el DSM IV.

Los resultados de los estudios del Dr. Briquet están contenidos en su ya mencionado tratado de más de 700 páginas en el cual revela los hallazgos encontrados, así como la categorización de síntomas de más de 400 pacientes por él examinados, la mayoría de los cuales fueron de sexo femenino. La clínica central del síndrome que el sabio francés describió, fué en sus propias palabras "...una sensibilidad extrema del sistema nervioso al stress y a los estímulos sobre él impuestos...", con el denominador común que sus pacientes manifestaron una diversidad de dolores, los cuales envolvían algún área específica del cuerpo, aunque sin presencia de un trastorno orgánico demostrable.

DEFINICION:

Es importante, previo a definir el Trastorno por Somatización, hacer la diferenciación prudente con el Síndrome de Briquet, descrito en la literatura psiquiátrica actual, el cual según el psiquiatra francés J. Garrabé (1993) "corresponde a las formas de evolución más raras y severas del Trastorno por Somatización, y el cual incluye aquellos trastornos de conversión de naturaleza resolutive..." (7).

Sin embargo actualmente por definición, el Trastorno por Somatización y la Histeria de Conversión ocupan apartados distintos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y por ende características clínicas independientes.

Se define pues, el TRASTORNO POR SOMATIZACION, como "una enfermedad crónica, polisintomática, habitualmente diagnosticada sobre todo en mujeres, que se caracteriza por múltiples quejas somáticas. Estas quejas pueden centrarse en cualquier número de áreas corporales y a menudo se presentan de forma espectacular y extravagante..." (5).

Otro concepto similar es el que nos brinda el Manual de Trastornos Mentales (apartado 300.81), en el cual se define como "Entidad caracterizada por múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica, provocando un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo." (1)

Es importante mencionar que el Trastorno por Somatización que no abarca ninguna anomalía fisiológica demorable no debe confundirse con los factores psicológicos que afectan al estado físico como tal. Así pues, los anteriores se han llamado "Trastornos Psicósomáticos o Psicofisiológicos" y consisten en alteraciones físicas demostrables como la Enfermedad Péptica, la Artritis Reumatoidea, la Enteritis Regional y la Colitis Ulcerativa entre otras, todas con un componente psiquiátrico implícito. (9)

EPIDEMIOLOGIA:

El trastorno generalmente y a menudo aparece en adolescentes o adultos jóvenes, por definición nunca después de los 30 años de edad. Predomina en el sexo femenino de 1 a 3% más que en el sexo masculino. Este trastorno "Parece ser verdaderamente raro en varones..." (Cloniger y cols. 1986).

HISTORIA FAMILIAR:

Existe una marcada tendencia familiar en este padecimiento, la historia familiar revela a menudo que los familiares más próximos tienen también historias médicas complejas. Pueden haber una tasa más elevada de individuos con personalidad histriónica en los familiares del sexo masculino. Aunque el aumento de la incidencia entre miembros de una misma familia sugiere una base congénita, no hay pruebas concluyentes de la misma.

DIAGNOSTICO:

De forma general, el diagnóstico de esta entidad debe hacerse por exclusión de patología somática. Basados en la observación y en la entrevista primero, y en el examen físico después, obtendremos un panorama amplio, sin embargo es importante que el médico conozca conceptos básicos sobre esta compleja entidad, puesto que está demostrado hasta la saciedad aquel antiguo adagio que versa "los ojos no ven lo que el cerebro no conoce"; esto haciendo alusión a que podríamos estar ante un cuadro florido de Trastorno por Somatización, sin embargo por no estar familiarizados con las características de esta entidad psiquiátrica nunca se sospechará y como corolario esperado, jamás se hará su diagnóstico.

El rasgo más destacado de este trastorno, es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y con frecuencia variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido referido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados, en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal, pero los más frecuentes son las molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento etc.); las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones, están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencia duradera de la actividad social, interpersonal y familiar. Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedante y analgésicos).

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO:

Para un diagnóstico preciso es necesaria la presencia de TODOS los requisitos siguientes:

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una explicación válida.
- b) La negativa persistente del individuo a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para sus síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento subsecuente.

METODO DIAGNOSTICO PROPUESTO:

Siguiendo los lineamientos y objetivos de la presente investigación a continuación se propone el cuadro diagnóstico en el cual se basa el cuestionario para la detección temprana del TRASTORNO POR SOMATIZACION, lo cual constituye el punto medular de este esfuerzo por brindar un apoyo técnico para el reconocimiento de esta entidad tan pocas veces diagnosticada, pese a su alta prevalencia.

CUADRO No. 1 **CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO POR SOMATIZACION**

Los síntomas descritos a continuación, deberán ser lo suficientemente significativos como para afectar de manera importante la vida del paciente y no tienen que ser originados por un trastorno subyacente conocido.

- I. **ENFERMIZO:** El paciente considera que ha estado enfermo durante una considerable parte de su vida.
- II. **SINTOMAS DE CONVERSION O PSEUDONEUROLOGICOS:** Dificultad al deglutir, pérdida de la voz, sordera, diplopía, visión borrosa, ceguera, desmayo o pérdida de conciencia, amnesia, convulsiones, dificultad a la movilización, parálisis o debilidad muscular, dificultad a la micción.
- III. **SINTOMAS REPRODUCTIVOS (EN LA MUJER):** La paciente considera que se dan con más frecuencia o gravedad que en el resto de las mujeres: menstruación dolorosa, irregularidad menstrual, flujo excesivo, graves vómitos durante el embarazo o bien, que determinan la hospitalización durante el mismo.
- IV. **SINTOMAS GASTROINTESTINALES:** Dolor abdominal, náuseas, episodios de vómitos (en ausencia de embarazo), meteorismo, intolerancia a los alimentos, diarrea.
- V. **SINTOMAS PSICOSEXUALES:** Estos se han registrado durante la mayor parte de la vida del individuo, luego de las oportunidades de actividad sexual: indiferencia sexual, falta de placer en el coito, dolor durante el coito.
- VI. **DOLOR:** Dolor en espalda, articulaciones, extremidades, zona genital (en ausencia de relaciones sexuales), dolor a la micción, otros dolores (excluyendo las cefaleas).
- VII. **SINTOMAS CARDIOPULMONARES:** Respiración acortada, dolor pectoral, mareos, palpitaciones.

Basado en el informe sobre nomenclatura y estadística de la American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition), Washington, D.C., American Psychiatric Association 1980. (5).

TRATAMIENTO:

"...A causa de las confusiones diagnósticas y las controversias terapéuticas, no se cuenta con un tratamiento eficaz y uniforme para este trastorno..." (Ochitill, 1982).

El objetivo prioritario es establecer un diagnóstico preciso y evitar la práctica de intervenciones invasivas, o de un ingreso innecesario basado en un diagnóstico erróneo.

Será una medida muy positiva, la comunicación inmediata con el o los médicos anteriores del paciente, para confirmar diagnósticos previos. De esta forma se minimizará la tendencia de estos pacientes a visitar caprichosamente a un médico tras otro. El médico deberá exponer sus ideas de forma amable pero firme y remitir a estos pacientes con su médico de cabecera.

Agentes ansiolíticos o neurolepticos no tienen ninguna eficacia en este tipo de pacientes.

No existe un tratamiento específico de ese trastorno. Si se presenta una Depresión concomitante, puede probarse la medicación antidepresiva, pero en general la misma carece de valor en estos casos. Quizás son más útiles las visitas regulares y limitadas a un solo médico que les escuche de forma amable, les dé seguridad y evite las intervenciones innecesarias. Muchos de estos pacientes se resisten a la intervención psiquiátrica y no encuentran útil la psicoterapia.

PRONOSTICO:

El pronóstico de esta enfermedad es muy pobre sin tratamiento médico especializado. Es muy rara la remisión espontánea y el paciente desarrolla un patrón de búsqueda de asistencia médica de por vida.

Muy frecuentemente hay interferencia acompañada en otros aspectos de la vida del paciente y con alguna repetición padecen de complicaciones yatrógenas derivadas de esa búsqueda de atención que generalmente no es especializada, ya que el paciente (la mayoría de las veces) conciente de su problemática, nunca buscará ayuda psiquiátrica por temor a verse descubierto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Son múltiples las disfunciones psiquiátricas que podrían en un momento dado interferir con el diagnóstico del Trastorno por Somatización, inclusive entre entidades presentes en la misma clasificación diagnóstica (Trastornos Somatomorfos), sin embargo se mencionan a continuación los que pueden ampliar el margen de error.

a) TRASTORNOS SOMATICOS (MEDICOS):

Pueden tener una historia vaga y polisintomática que incluye la Esclerosis Múltiple, la Enfermedad de Wilson, el Lupus Eritematoso Sistémico, Hiperparatiroidismo, Porfiria, Síndromes Paraneoplásticos, Ovario Poliquístico, y Enfermedades Vasculares del Colágeno.

b) TRASTORNO DEL HUMOR (DEPRESION):

Suelen diagnosticarse fácilmente sobre la base del estado de ánimo depresivo y los signos neurovegetativos. La aparición de múltiples síntomas somáticos después de los 40 años de edad, puede corresponder a una manifestación precoz de un trastorno depresivo primario.

c) TRASTORNOS PSICOTICOS:

Pueden presentar múltiples quejas somáticas, pero éstas suelen ser extrañas y van acompañadas de otros síntomas que permiten establecer el diagnóstico.

Son pacientes que reaccionan a cambios mínimos de manera intempestiva y exagerada.

d) TRASTORNO POR ANGUSTIA (ANSIEDAD):

Pueden ser muy difícil de distinguir con el Trastorno por Somatización, sin embargo habitualmente hay una historia de crisis separadas en el paciente con angustia, quizás acompañada de fobias. La ansiedad puede ser muy acusada por el paciente.

e) TRASTORNO HIPOCONDRIACO (NEUROSIS HIPOCONDRIACA):

Difiere del Trastorno por Somatización, al tener una o más enfermedades somáticas reales. En los Trastornos por Somatización, se pone un mayor énfasis sobre los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en la hipocondría se presta mayor atención a la presencia de una enfermedad subyacente progresiva, grave y sus consecuencias incapacitantes. En el Trastorno por Somatización suele presentarse un consumo excesivo de fármacos y un incumplimiento duradero de las descripciones médicas, mientras que en la hipocondría hay temor a los fármacos y a sus efectos secundarios y una búsqueda de garantías en múltiples visitas a distintos médicos.

f) TRASTORNO POR CONVERSION (HISTERIA DE CONVERSION):

Pueden tener más de un síntoma somático, pero el paciente no tendrá suficientes síntomas como para ser diagnosticado como un Trastorno por Somatización; la distinción diagnóstica vale la pena, pues el paciente con un Trastorno Conversivo puede tener un curso psiquiátrico más benigno que el primero.

g) TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES:

Tales como la Esquizofrenia con ideas delirantes somáticas y los Trastornos Depresivos con ideas delirantes Hipocondríacas. La cualidad bizarra de las creencias junto con el menor número y la mayor estabilidad de los síntomas son más típicos de las Ideas Delirantes.

h) TRASTORNOS FICTICIOS CON SINTOMAS FISICOS SIMULADOS:

Pueden ser difíciles de distinguir del Trastorno por Somatización en la práctica y en los casos en los que el problema principal es un trastorno de la personalidad. La distinción puede ser académica.

i) SINDROME DE MUNCHAUSEN:

Difiere del Trastorno por Somatización, en que en éste síndrome, el paciente mismo puede producirse intencionalmente o bien fingir síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas. Generalmente el paciente afectado por ésta entidad llega a producirse a sí mismo cortes o erociones para sangrar, ó se inyecta sustancias tóxicas. Se le ha dado en llamar "el paciente peregrinante", por su típico deambular por las distintas salas de los hospitales en busca de atención. Los enfermos con este comportamiento presentan a menudo signos de otras anomalías marcadas de la personalidad y de las relaciones interpersonales.

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio prospectivo, descriptivo que busca la detección temprana (sospecha inicial), de los Trastornos por Somatización.

2. OBJETO DE ESTUDIO:

Grupo de pacientes femeninas que consultaron a la clínica familiar de Belén, Mixco por diversas patologías.

3. MUESTRA:

Se tomó una muestra al azar, mediante el método del muestreo NO probabilístico secuencial, de un total de 100 pacientes de sexo femenino.

4. CRITERIOS DE:

4.1 INCLUSION:

Se incluyeron en este estudio, las pacientes femeninas que consultaron a la clínica familiar de Belén, Mixco comprendidas entre las edades de 15 a 30 años de edad.

4.2 EXCLUSION:

Se excluyeron del estudio, las pacientes femeninas que no se encuentran dentro del intervalo de edad descrito, así como pacientes masculinos en general.

5. AREA DE TRABAJO:

El presente estudio, se llevó a cabo en el puesto de salud de Belén, Mixco (adjunto al programa de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC), ya que actualmente funge como unidad piloto del Programa Nacional de Salud Mental (Plan Nacional de Salud Psicosocial, 1997) y donde próximamente estará funcionando la unidad de investigación de los Trastornos por Somatización.

6. RECOLECCION DE LA INFORMACION:

A todas aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les solicitó que respondieran las preguntas propias del cuestionario de criterios de identificación del Trastorno por Somatización, lo cual se realizó utilizando la técnica de la entrevista directa personalizada hecha por el investigador (ver anexo). La entrevista se llevó a cabo en la post - consulta médica, en un área de la clínica, previamente destinada para tales fines.

7. DESCRIPCION E INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO BASICO:

El cuestionario básico de criterios diagnósticos del Trastorno por Somatización propuesto, evalúa siete aspectos específicos de la vida del paciente, siendo los mismos:

- 7.1 Enfermedad.
- 7.2 Síntomas de Conversión o Pseudoneurológicos.
- 7.3 Síntomas Reproductivos (en la mujer).
- 7.4 Síntomas Gastrointestinales.
- 7.5 Síntomas Psicosexuales.
- 7.6 Dolor.
- 7.7 Síntomas Cardiopulmonares.

Para lo cual se valió de la indagación de 37 síntomas distribuidos en los aspectos anteriores.

La forma de calificación del cuestionario básico, se hizo asignando el valor de un punto por cada respuesta afirmativa. Dado que puede haber una historia de síntomas físicos de varios años de duración que comienzan invariablemente antes de los 30 años de edad, las mujeres deberán tener como mínimo 14 y los hombres 12 de los 37 síntomas contenidos en el cuestionario para orientar el diagnóstico. Los síntomas deben ser lo suficientemente significativos como para haber afectado la vida del paciente y no tienen que ser debidos a un trastorno físico conocido o bien al abuso de alcohol y/o drogas.

8. RECURSOS VARIOS:

- 8.1 HUMANOS
Pacientes entrevistadas.
Investigador / entrevistador.
Docente médico asesor.
Docente médico revisor

8.2 INSTITUCIONALES:

Puesto de salud de Belén, Mixco.
Bibliotecas de la USAC, Central, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Ciencias Psicológicas.

8.3 MATERIALES:

Máquina de escribir.
Computadora e impresora.
Otros.

CUADRO No. 2

VARIABLES

No.	Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
1	Trastono por Somatización	Entidad Nosológica Crónica Polisintomática que se caracteriza por múltiples quejas somáticas a repetición.	IDEM	Nominal	Cuestionario
2	Edad	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento de una persona a la fecha.	Se estudiaran las pacientes comprendidas entre las edades de 15 a 30 años.	Cuantitativa	Cuestionario
3	Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se estudiara un grupo de 100 pacientes femeninas.	Nominal	Cuestionario
4	Ocupación	Trabajo o actividad cotidiana a la que se dedica una persona.	IDEM	Nominal	Cuestionario
5	Motivo de Consulta	Queja principal por la que consulta un aciente a un servicio de atención médica.	IDEM	Nominal	Cuestionario
6	Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Soltera, casada unida, divorciada, Viuda	Nominal	Cuestionario
7	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Número de años aprobados en establecimientos educativos.	Cuantitativa	Cuestionario

RESULTADOS

CUADRO No. 1
INFORMACION GENERAL DE VARIABLES

No.	Variables	Categorías				Total
		15 a 20 años	21 a 25 años	26 a 30 años		
1	Edad					
	No	38	32	30		100
2	Escolaridad	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario	
	No	48	35	11	6	100
3	Religión	Católica	Evangélica	Ninguna	Otras	
	No	47	43	07	03	100
4	Ocupación	Ama de casa	Estudiante	Comercio	Otras	
	No	36	18	17	09	100
5	Estado civil	Unida	Casada	Soltera		
	No	36	33	31		100

FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación Diagnóstica Inicial del Trastorno por Somatización.

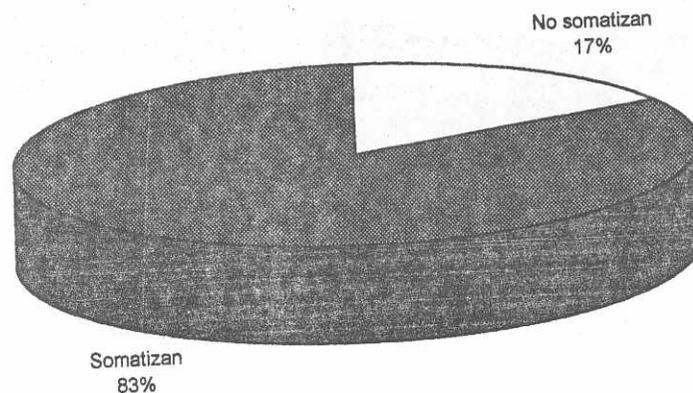
CUADRO No. 2

INFORMACION GENERAL POR SINTOMA

No.	Síndrome	Respuesta Afirmativa	%	Respuesta Negativa	%	Totales Afirmativo + Negativo
1	Síntomas de Conversión	441	36.75	759	63.25	1200
2	Síntomas Gastrointestinales	437	72.83	163	27.16	600
3	Dolor	291	41.50	409	58.40	700
4	Sistemas Reproducidos	216	54.0	184	46.0	400
5	Síntomas Cardiopulmonares	169	42.30	231	57.7	400
6	Síntomas Psicosexuales	140	46.60	160	53.30	300
7	Enfermedad	83	83.0	17	17.0	100
	Totales	1777	48.10	1923	51.9	100

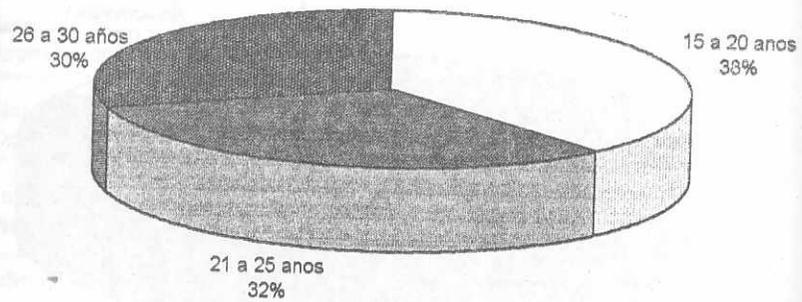
FUENTE: Cuestionario Básico para la Orientación Diagnóstica Inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #1
TENDENCIA GENERAL A SOMATIZAR



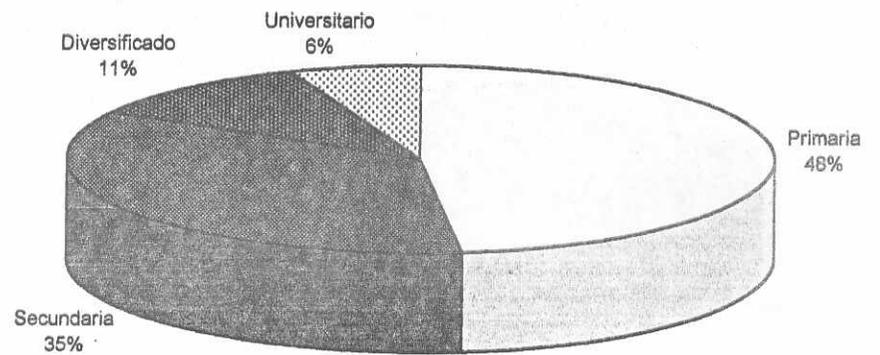
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #2
GRUPO ETAREO Y TENDENCIA A SOMATIZAR



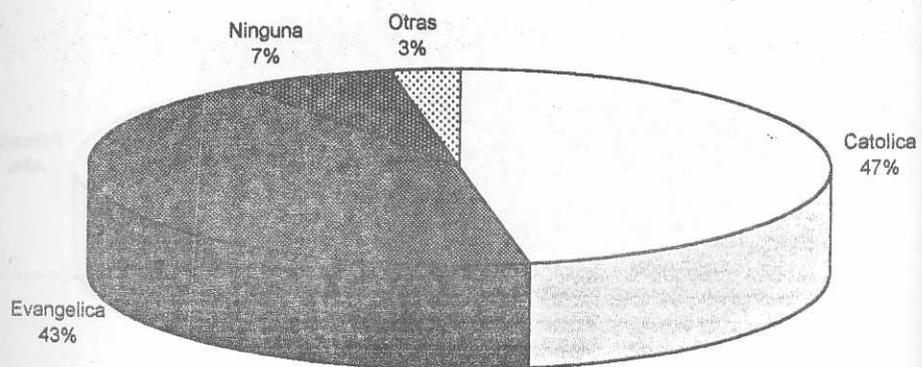
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

GRAFICA #3
ESCOLARIDAD Y TENDENCIA A SOMATIZAR



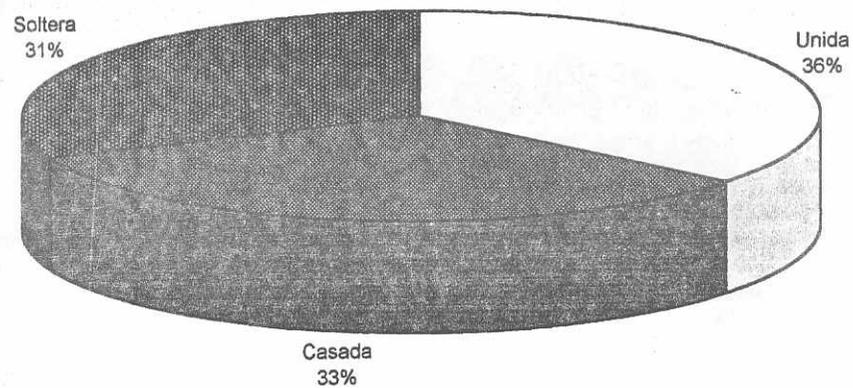
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #4
RELIGION Y TENDENCIA A SOMATIZAR



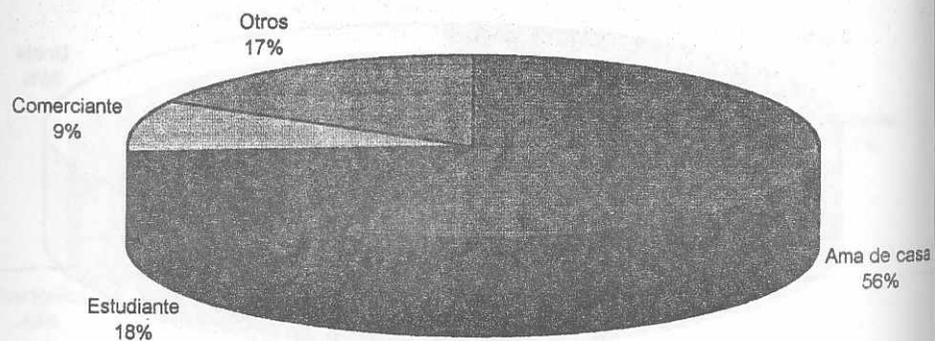
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #5
ESTADO CIVIL Y TENDENCIA A SOMATIZAR



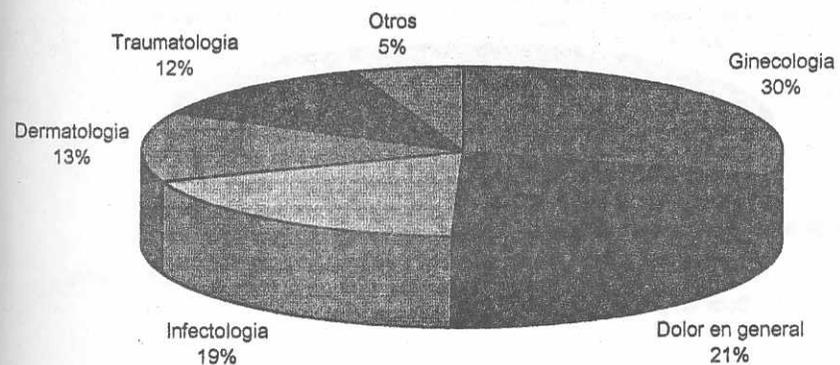
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #6
OCUPACION Y TENDENCIA A SOMATIZAR



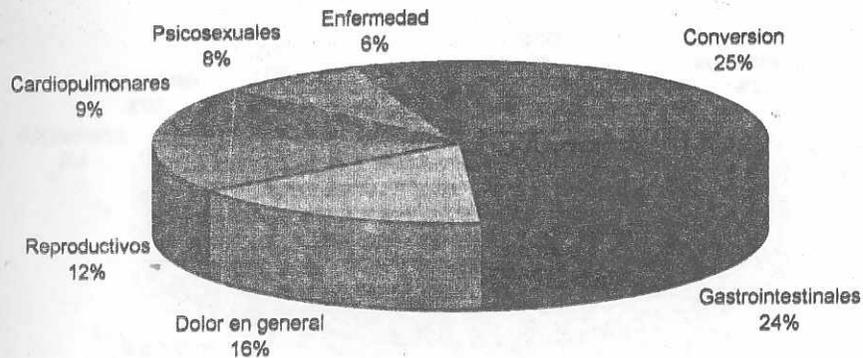
FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #7
MOTIVO DE CONSULTA Y TENDENCIA A SOMATIZAR



FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

Gráfica #8
AFECTACION GENERAL POR SINTOMAS



FUENTE: Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Gráfica I: TENDENCIA GENERAL A SOMATIZAR.

Esta gráfica nos muestra los resultados obtenidos tras la aplicación del Cuestionario Básico a las pacientes seleccionadas, nos indica que un 83 % de éstas pacientes tienen una fuerte tendencia a somatizar, independientemente de su motivo de consulta o dolencia principal, mientras que sólo un 17 % de la muestra total, no llena este criterio.

Así mismo, puede indicarnos que la paciente vé a menudo sus padecimientos mucho más graves de lo que realmente son.

Finalmente, lo anterior nos dá una idea general, sobre el papel decisivo que conlleva una entrevista amplia y cuidadosa, sobre todo frente a entidades de difícil diagnóstico y en los cuales se sospecha de un Trastorno Anímico-Afectivo subyacente, mismo que podría ser reflejo de una situación de comunicación distorsionada, que se expresa a través del uso del lenguaje corporal.

Gráfica II: GRUPO ETAREO Y TENDENCIA A SOMATIZAR

En la gráfica se puede constatar que el grupo etáreo más afectado y/o con mayor tendencia a padecer de Trastornos por Somatización es el comprendido entre las edades de 15 a 20 años (38%), aunque seguido muy de cerca por los otros dos grupos. Lo anterior nos indica así mismo que son estos los grupos etáreos que consultan mayoritariamente en el puesto de salud de Belén, dentro de la población femenina estudiada. No existe una diferencia estadísticamente significativa dentro del grupo investigado, ya que el porcentaje por grupos etáreos es similar, por lo cual es importante darle seguimiento a este tipo de investigación para lograr una determinación real. El hecho de que la tendencia a somatizar, sea similar para los grupos etáreos indica que no existe una relación directa entre el apareamiento de esta entidad y una edad específica.

Gráfica III: ESCOLARIDAD Y TENDENCIA A SOMATIZAR

Esta gráfica demuestra el nivel educativo del total de la población entrevistada. El porcentaje mayoritario, corresponde a pacientes con educación inicial primaria, con 48%, siendo casi la mitad de la muestra, siguiendo con el nivel básico con el 35%, el nivel diversificado con un 11% y finalmente el nivel de educación universitaria con únicamente un

6%. Esto nos sugiere una fuerte relación entre un nivel educativo inferior y la tendencia aumentada a padecer Trastornos por Somatización, ya que del 6% de pacientes quienes tienen acceso a una mejor educación, son en todo caso las menos afectadas, o bien manifiestan algún tipo de mecanismo de defensa mucho más sofisticado que conlleva expresiones distintas al trastorno estudiado.

Gráfica IV: RELIGION Y TENDENCIA A SOMATIZAR

Paradójicamente, la gráfica muestra que tienden a somatizar aún más las pacientes que profesan alguna de las dos religiones más arraigadas históricamente a nuestra sociedad: católicas (47%), y evangélicas (43%), son las más afectadas, así mismo son las religiones más afines a la muestra evaluada, mientras que tan sólo un 7% de las pacientes que afirmaron no tener predilección por ninguna de las corrientes religiosas, presentan tendencia a somatizar. La suma total de otras religiones corresponde al 3%, se percibe entonces que son un grupo minoritario en relación a los dos primeros, para el presente estudio.

Así mismo, esta gráfica nos puede indicar que pese al apoyo psicoterapéutico que de alguna manera brinda la religión a las personas, ésta no es suficiente para tratar, o al menos aliviar, a las pacientes quienes padecen del trastorno por somatización.

Gráfica V: ESTADO CIVIL Y TENDENCIA A SOMATIZAR

Según la población estudiada, se comprobó que el porcentaje mayoritario de tendencia de afectación, corresponde a las mujeres cuyo estado civil es de vida en pareja (casadas con un 33 % y unidas con un 36 %), que contabilizan un 69 %, finalmente la minoría es representada por las pacientes solteras en un 31%. Como es de suponer, la carga emocional de la vida en pareja, así como la responsabilidad familiar puede condicionar al apareamiento de entidades somáticas, o al menos aumenta el grado de tendencia.

Situaciones en particular desfavorables para la mujer, como lo son su misma condición y género, violencia intrafamiliar, abusos múltiples son indicadores importantes.

Gráfica VI: OCUPACION Y TENDENCIA A SOMATIZAR

La mayor parte de la población entrevistada, se dedica al que hacer doméstico, así mismo, fué este grupo el más afectado o con mayor tendencia (56 %), posiblemente debido a los factores que se exponen en la interpretación de la gráfica número V (ver) entre otros.

Las pacientes que se dedican al estudio tienen un 18 % de riesgo, contra un 9 % de las mujeres que se dedican a actividades comerciales. Finalmente un 17 % se dividen en las ocupaciones restantes.

Gráfica VII: MOTIVO DE CONSULTA Y TENDENCIA A SOMATIZAR

La queja más frecuentemente presentada (respecto a especialidad médica), fué orientada a problemas ginecológicos con un 27 %, puesto que los trastornos menstruales y/o sexuales propiamente dichos fueron considerados por las entrevistadas como preponderantes y confesaron que es precisamente durante éstos, que se encuentran en mayor predisposición de sufrir males y molestias, muchas veces inespecíficas. El dolor en general ocupa el otro rubro con un 19 % del total de motivos de consulta, cefaleas y dolor osteo-muscular son frecuentes, infecciones como las del tracto urinario, leucorreas, síndrome diarreico agudo, etc. comprenden el 17 %, mientras que los problemas dermatológicos le siguen con un 12 %, finalmente los traumatismos (11 %) y el resto de motivos de consulta (5 %) ocupan el total de la muestra.

Gráfica VIII: AFECTACION GENERAL POR ASPECTOS CONTENIDOS EN LA ENCUESTA BASICA (Respuestas Afirmativas)

En general, según los datos obtenidos en la encuesta básica, los síntomas de conversión (pseudoneurológicos) ocupan el primer lugar en lo que a síntoma principal refiere con un 24.6 %; los síntomas gastrointestinales ocupan el segundo puesto, por su presentación frecuente, con un 24.3 %. El tercer síntoma más encontrado, es el dolor en general, con un 16.3 %, rubro dentro del cual el dolor de extremidades ocupa un lugar importante; el cuarto síntoma corresponde a los trastornos de carácter reproductivo, que dicho sea de paso, es uno de los principales motivos de consulta en la clínica, según los registros de morbilidad generales, con un 11.05 %. El quinto síntoma, relativo a las afecciones cardiopulmonares ocupa un 9.5 %; el sexto corresponde a los síntomas psicosexuales con un 7.8 % y finalmente la sensación de la paciente de estar enferma crónicamente o bien durante una gran parte de la vida con un 5.6 %.

CONCLUSIONES

1. No se comprobó una relación directa en cuanto a la edad de la paciente y el riesgo de padecer un Trastorno por Somatización; el estudio demostró riesgo similar a cualquier edad.
2. El Cuestionario Básico utilizado, ha demostrado ser altamente práctico y sencillo como auxiliar diagnóstico en la identificación inicial de los Trastornos por Somatización.
3. Por el tiempo mínimo que conlleva su uso, el Cuestionario Básico para la evaluación de los Trastornos por Somatización, puede ser aplicado en la práctica común, a todo paciente, sin que esto implique una excesiva demora en la consulta.
4. Por su fácil comprensión y manejo, el Cuestionario Básico, puede ser aplicado no sólo por el médico en general, sino por cualquier persona afin al campo de la medicina y/o psicología, como estudiantes de estas ramas, personal paramédico, etc.
5. Las pacientes con compromisos familiares y con una vida conyugal activa, manifiestan una mayor tendencia a padecer de Trastornos por Somatización, que el resto de la población estudiada.
6. El nivel educativo, resultó ser un condicionante directo en el surgimiento del Trastorno por Somatización, ya que a menor nivel educativo, mayor es la probabilidad de padecer de este tipo de trastorno.

RECOMENDACIONES

1. Sugiero, se utilice el Cuestionario objeto de la presente investigación, como parte de la entrevista médica rutinaria, ya que por su fácil comprensión y manejo, así como por el tiempo mínimo que requiere su uso, puede ser un auxiliar muy valioso para la orientación diagnóstica inicial en la práctica médica diaria, pudiendo ser aplicado no sólo por el médico, sino por personal paramédico, dado su fácil manejo.
2. Es necesario incluir dentro del pensum de estudio de la carrera de medicina, una unidad orientada al estudio de los Trastornos por Somatización ya que como se ha demostrado con la presente investigación, su prevalencia en la población general, es muy elevada.
3. Recomiendo ampliar los objetivos de investigaciones futuras para con la población masculina, ya que al igual que la presente, no existen registros de trabajos similares realizados en nuestro medio y sería interesante contrastar los resultados obtenidos, estudiando a la vez el comportamiento masculino para con las enfermedades.
4. Ya que de acuerdo al marco teórico de la presente investigación, no existe un tratamiento específico para el Trastorno por Somatización, es importante implementar grupos comunitarios de autoayuda y discusión con sesiones periódicas cada 15 a 20 días para el intercambio de experiencias por parte de las pacientes; dichas reuniones podrían ser presididas por el / la psiquiatra comunitario de la clínica familiar de Belén.

RESUMEN

La presente investigación, se basó en el estudio de un Cuestionario corto que tiene la finalidad de asesorar al personal de Salud Primaria en la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización.

El estudio se realizó en la clínica de medicina familiar de Belén, ya que actualmente funge como centro piloto del Programa Nacional de Salud Mental. La muestra consistió en un total de 100 pacientes femeninas y quienes bajo la técnica de la entrevista directa personalizada fueron sometidas al cuestionario básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización; encontrando que un gran número de las pacientes evaluadas tienen una tendencia elevada a padecer este trastorno.

Factores como el nivel educativo y la ocupación, demostraron ser condicionantes activos en el desarrollo de esta entidad; no obstante la edad y el motivo de consulta, resultaron poco específicos y vagamente significativos.

Finalmente, se recomendó entre otras cosas, que se utilizara el Cuestionario Básico para la orientación diagnóstica inicial del Trastorno por Somatización como auxiliar en entrevista médica rutinaria, así mismo que se incluyese en el pensum de la carrera de medicina una sección orientada al estudio de los Trastornos por Somatización.

BIBLIOGRAFIA

1. PICHOT, Pierre. BREVIARIO DSM IV. CRITERIOS DIAGNOSTICOS. Editorial Masson S.A. Barcelona, España. 1995.
2. PAPALIA, Diane E. PSICOLOGIA. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 1988.
3. CASO MUÑOZ, Agustín. FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA. Editorial Limusa, México D.F. , 1982.
4. ASOCIACION GUATEMALTECA DE PSIQUIATRIA BIOLOGICA. PSIQUIATRIA BIOLOGICA. TRASTORNOS POR SOMATIZACION. Revista de la Asociación Guatemalteca de Psiquiatría Biológica, año 2, número 9, 1996.
5. HYMAN, Steven. MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS. Salvat Editores S.A. Barcelona, España, 1991.
6. O.M.S. LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES. (CIE - 10). Editorial Meditor, Madrid, España. 1992.
7. GARRABE, Jean. DICCIONARIO TAXONOMICO DE PSIQUIATRIA. Editorial Fondo de Cultura Económica, México D.F. 1993.
8. KAPLAN & SADOCK. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY / IV. Ed. Williams & Williams, Fourth Edition, London, England. 1985, Two Volumes.
9. EY, Henry. TRATADO DE PSIQUIATRIA. Editorial Masson, Barcelona, España. 1980.
10. SLUCHEVSKY, I. F. PSIQUIATRIA. Ediciones Mensajero, Bilbao, España. 1977.
11. SIMON, Suzanne & SELLIER, Jean- Louis. EL DESCUBRIMIENTO DE LA PERSONALIDAD. Ediciones Mensajero, Bilbao, España. 1977.
12. GOLDMAN, Howard. PSIQUIATRIA GENERAL. Editorial El Manual Moderno, México D.F. 1989.
13. KOLB, Lawrence. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Editorial Prensa Médica Mexicana, México D.F. 1983.

14. VIDAL, Guillermo & PSIQUIATRIA.
ALARCON, Renato. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1986.
15. MACKINNON, Roger & PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA.
MICHELS, Robert. Editorial Interamericana, México D.F., 1988.
16. VIDAL, Guillermo & ENCICLOPEDIA DE PSIQUIATRIA.
BLEICHMAR, Hugo. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina. 1979.

ANEXO

CUESTIONARIO BASICO

EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____ RELIGION: _____
 ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____
 MOTIVO DE CONSULTA: _____

1. Considera que ha estado enferma una gran parte de su vida ?
 Si _____ No _____

2. Padece o ha padecido alguna vez de:

Dificultad para deglutir _____	Desmayos _____
Pérdida de la voz _____	Amnesia _____
Sordera _____	Convulsiones _____
Diplopía _____	Dif. Para caminar _____
Visión Borrosa _____	Debilidad muscular _____
Ceguera _____	Dif. a la micción _____

3. Padece o ha padecido alguna vez de:

Menstruación dolorosa _____
Irregularidad menstrual _____
Flujo vaginal excesivo _____
Graves vómitos durante el embarazo o que determinen la hospitalización durante el mismo _____

4. Padece o ha padecido alguna vez de:

Dolor abdominal _____	Meteorismo _____
Nauseas _____	Diarrea _____
Vómitos (sin embarazo) _____	Intolerancia alimenticia _____

5. Respecto a las relaciones sexuales, padece o ha padecido ud. Alguna vez de:

Indiferencia sexual _____
Falta de placer en el coito _____
Dolor durante el coito _____

6. Padece o ha padecido alguna vez de dolor en:

Espalda _____	Zona genital (sin coito) _____
Articulaciones _____	A la micción _____
Extremidades _____	Durante el coito _____
Otros dolores en general, excluyendo cefaleas _____	

7. Padece o ha padecido alguna vez de:

Respiración cortada _____	Mareos _____
Dolor pectoral _____	Palpitaciones _____