

Artículo original

Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos médica mente no explicados

Therapy's Effectiveness in Solving Problems of Patients with Affective Symptoms which Cannot Be Medically Explained *Eficácia da terapia de solução de problemas em pacientes com sintomas físicos sem explicação médica*

Darío de la Rosa-Melchor,* José M. Ramírez-Aranda,** Teófilo Garza-Elizondo,**
Héctor M. Riquelme-Heras,** Irasema Rodríguez-Rodríguez,** Rodrigo A. Durán-Gutiérrez***

Resumen

Objetivo: demostrar la eficacia de la terapia de resolución de problemas (TRP) en pacientes con síntomas físicos médica mente no explicados (SFMNE). **Métodos:** se trata de un estudio experimental aleatorizado de 80 pacientes con SFMNE, los cuales fueron divididos en dos conjuntos: grupo experimental (GE) y grupo control (GC), que se analizaron antes y después de la intervención. La TRP se aplicó en el GE, mientras que para el GC se realizó un abordaje médico tradicional. Se utilizó el programa SPSS 19 para Windows, así como pruebas de U de Mann-Whitney para la comparación basal y final de ambos grupos, y la prueba de Friedman para comparar la respuesta en cuanto a la intensidad y duración de los síntomas. **Resultados:** hubo pérdida de cinco pacientes (cuatro del GC y uno del GE) de un total de 80. De los 75 pacientes estudiados, 73.8% fue mujer; la mayoría con escolaridad superior y con rango de edad de 18 a 65 años. El dolor abdominal fue el motivo de consulta más frecuente, con 47.5%. El GE mostró mayor disminución de la intensidad de los síntomas (Mann-Whitney $Z=-2.898$; $p=0.004$) y duración de los síntomas inespecíficos (Mann-Whitney $Z=3.431$; $p=0.001$) que el GC. **Conclusiones:** una intervención psicosocial como la TRP disminuye la intensidad y duración de los padecimientos de los pacientes con SFMNE.

Palabras clave: síntomas físicos, resolución de problemas, somatización, trastorno

Key Words: Affective Symptoms, Problem solving, Somatization Disorder

Palavras chave: sintomas afetivos, solução de problemas, somatização

Recibido:14/2/12

Aceptado: 31/8/12

*Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, Facultad de Medicina y Hospital Universitario (HU) "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). **Médico familiar, profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina y HU "Dr. José Eleuterio González", UANL. ***Médico pasante en servicio social del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina y HU "Dr. José Eleuterio González", UANL

Correspondencia:
José Manuel Ramírez Aranda
sersabe2010@gmail.com

basal and final comparison of both groups, and the Friedman test to compare the response in terms of the intensity and duration of symptoms. **Results:** there was a loss of five patients (four of the CG and one of the EG) from a total of 80. Of the 75 studied patients, 73.8% was female; most of them with higher educational level and an age range of 18 to 65 years. Abdominal pain was the most frequent type of consultation, with 47.5%. The EG showed greater decrease of intensity (Mann-Whitney $Z=-2.898$; $p=0.004$) and duration of unspecific symptoms (Mann-Whitney $Z=3.431$; $p=0.001$) than the CG. **Conclusions:** a somatization disorder like the TSP decreases the intensity and duration of the illness in patients with SCME.

Resumo

Objetivo: demonstrar a eficácia da terapia de resolução de problemas (TRP) em pacientes com sintomas físicos medicamente inespecíficos (SFM). **Métodos:** trata-se de estudo experimental aleatório com 80 pacientes com SFM, que foram divididos em dois conjuntos: um grupo experimental (GE) e um grupo controle (GC), analisados antes e depois da intervenção. A TRP aplicou-se ao GE, enquanto para o GC realizou-se uma abordagem médica tradicional. Utilizou-se o programa SPSS 19 para Windows, assim como provas de Ude Mann-Whitney para a comparação basal e final de ambos os grupos, e a prova de Friedman para comparar a respostas em relação à intensidade e duração dos sintomas.

Summary

Objective: to demonstrate the effectiveness of the therapy in solving problems (TSP) in patients with physical symptoms, which cannot medically be explained (SCME). **Methods:** a randomized experimental study applied to 80 patients with SCME, who were divided into two sets: experimental group (EG) and control group (CG), which were analyzed before and after the intervention. The TSP was applied to the EG, while the CG was applied a traditional medical approach. It was used the SPSS 19 program for Windows, as well as tests of U Mann-Whitney for a

Este artículo debe citarse: De la Rosa-Melchor D, Ramírez-Aranda JM, Garza-Elizondo T, Riquelme-Heras HM, Rodríguez-Rodríguez I, Durán-Gutiérrez RA. Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos médica mente no explicados. Aten Fam. 2013;20(1):12-15.

Resultados: perderam-se cinco pacientes (4 do GC e um do GE) de um total de 80. Dos 75 pacientes estudados, 73.8 % foram mulheres; a maioria com escolaridade superior e com idades entre 18 e 65 anos. A dor abdominal foi o motivo de consulta mais frequente (47.5%). O GE mostrou maior diminuição da intensidade (Mann-Whitney $Z=-2.898$; $p=0.004$) e duração dos sintomas inespecíficos (Mann-Whitney $Z=3.431$; $p=0.001$) que el GC. Conclusões: uma intervenção psico-social como a TRP diminui a intensidade e duração dos padecimentos dos pacientes com SFMNE.

Introducción

La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en atención primaria. Los pacientes con síntomas físicos médica mente no explicados (SFMNE) consultan ávidamente buscando el diagnóstico de una enfermedad que sea la causa de sus padecimientos, a través del paradigma del modelo biomédico tradicional, lo que implicaría la realización de estudios o el tratamiento de enfermedades no existentes.¹

Debido a su formación médica profesional, la mayoría de los médicos muestra una clara tendencia hacia un “enfoque biológico” en la forma de abordar la consulta médica.² Existen pocos abordajes específicos probados y guías de tratamiento basadas en evidencias para los médicos de atención primaria que atienden a la mayoría de los pacientes con SFMNE.³

Quizá el problema primario resida en que la población de pacientes con SFMNE no es homogénea y que hay diferencias en la definición de los casos. Por ello Smith y Dwamena⁴ propusieron una clasificación que contiene cuatro categorías en las cuales se ubica a los pacientes: enfermedad aguda menor (EAM) o sano preocupado, SFMNE moderado, SFMNE severo y SFMNE muy severo. A su vez, éstas se basan en tres parámetros: gravedad, duración y comorbilidades asociadas.

De acuerdo con este formato, aproximadamente 80% de los pacientes con SFMNE pertenece al espectro de EAM y 15% a los SFMNE moderados. Los primeros efectúan

escasas visitas al médico y demuestran poco sufrimiento físico o psicológico; su diagnóstico se hace por medio de la historia clínica y la exploración física, así como de la observación a través del tiempo. Por su parte, los moderados deben tener una evolución en un lapso no mayor de seis meses y son hiperfrecuentadores en la consulta. El 5% restante se sitúa en la categoría de severos, cuando manifiestan serios problemas de depresión o ansiedad, o muy severos, cuando demandan más consultas y presentan cronicidad de los síntomas (más de seis meses), trastornos de personalidad, así como mayor frecuencia de depresión y ansiedad. Estos pacientes por lo general requieren una evaluación más extensa para excluir enfermedades orgánicas y hacer un diagnóstico de SFMNE.⁴

Las técnicas de abordaje más utilizadas por el médico familiar están relacionadas con las habilidades de entrevista clínica. Entre los modelos más recomendados en atención primaria destaca la técnica de retribución de Goldberg, sin muy buenos resultados.⁵ En cambio, las técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual han mostrado mayor efectividad.⁶ Otros modelos de ayuda psicológica elaborados en atención primaria son la medicina basada en narrativa⁷ y DEPENAS (detección, explicación, planificación, exploración, normalización, acción y seguimiento).^{5,8}

Mynors-Wallis y cols.⁹ utilizaron un modelo creado por D'Zurilla y Goldfried en 1971, el cual consiste en un tratamiento breve centrado en la práctica de habilidades, en un estudio experimental en atención primaria, aunque no con pacientes con SFMNE sino con depresión. Este modelo se compone de un máximo de seis sesiones, cada una de las cuales incluye siete pasos: explicación y racionalización, definición del problema, establecimiento de metas realísticas, generación de varias soluciones, selección de la mejor, implementación y evaluación del resultado. A esto se le denomina técnica de resolución de problemas (TRP),⁹ cuyo propósito es ayudar a los pacientes a recuperar el control de sus vidas.

El objetivo de este estudio es demostrar la efectividad de una forma acortada de TRP

(tres sesiones) en el abordaje de pacientes con SFMNE leve, es decir, con EAM o sanos preocupados, así como con los SFMNE moderados, que se supone son grupos que requieren una intervención menos compleja en comparación con la atención médica tradicional.

Material y métodos

Estudio experimental aleatorizado con grupo de control paralelo, realizado en la consulta de medicina familiar de una institución formadora de recursos en la disciplina. Se incluyeron 80 pacientes adultos, de género femenino y masculino, que se encontraban dentro de la clasificación de leves (sanos preocupados) a moderados. Se excluyeron los que pertenecían a las categorías de SFMNE severos o SFMNE muy severos por considerar que necesitarían una intervención elaborada o incluso atención psiquiátrica especializada. Se calculó el tamaño de la muestra empleando una fórmula de diferencia de proporciones para una $n=40$ para cada grupo. Se efectuó un muestreo aleatorizado utilizando tarjetas selladas para la asignación de los pacientes al grupo experimental (GE) o al grupo control (GC).

Los pacientes del GE recibieron durante tres sesiones la intervención psicosocial con TRP por parte de un residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. La primera sesión fue de 60 minutos y la segunda y tercera de 30-35 minutos. El GC lo constituyeron pacientes de la misma clínica, a los cuales un médico pasante en servicio social del Departamento de Medicina Familiar les aplicó un abordaje médico tradicional.

Se elaboró un instrumento a propósito para este estudio, que constó de tres secciones: 1) tamizaje de pacientes con SFMNE, usando una lista de síntomas inespecíficos desarrollada para ese fin; 2) diagnóstico de SFMNE leve o moderado;⁴ y 3) características del síntoma (carácter, duración, intensidad, entre otras). Los resultados valorados fueron los siguientes: duración del síntoma inespecífico (si fue único o el principal de varios) e intensidad del síntoma antes y después de la intervención de los dos abordajes (TRP vs. atención tradicional). Estas evaluaciones fueron basales, a los siete y 15 días, cada una

realizada por el mismo médico tratante de cada grupo.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows. Se elaboraron tablas de contingencia para las variables sociodemográficas. La comparación basal de ambos grupos se trató con la U de Mann-Whitney, y se usó la prueba de Friedman (pruebas repetidas) para comparar duración e intensidad del síntoma basal, con la segunda y tercera evaluación, considerándose significancia estadística $p<0.05$.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con registro MF12-004.

Resultados

Se registraron ocho pérdidas, tres después de la primera consulta y cinco después de la segunda consulta (seis del GC y dos del GE). El GE y el GC fueron comparables porque no existió diferencia significativa entre ellos en cuanto a las variables sociodemográficas: género, estado civil, ocupación, escolaridad y promedio de edad (cuadro 1).

El dolor abdominal fue el motivo de consulta más frecuente, representando 47.1% de las quejas físicas al solicitar la atención médica, seguido de cefalea 16.6% y artralgias 15.3% (cuadro 2).

No hubo diferencia respecto a las características del síntoma inespecífico ni a la percepción de los pacientes de que su síntoma era debido a un padecimiento físico (54% en el GE vs. 46% en el GC).

En la figura 1 se observa la disminución de la intensidad del síntoma en el GE, tanto de la primera como de la segunda y tercera valoración, siendo esta última una diferencia estadísticamente significativa, comparada con el

Cuadro 1. Datos demográficos

Variables categóricas		Experimental n=39		Control n=36		Valor de P
		Núm.	%	Núm.	%	
Género	Masculino	10	52.6	9	47.4	NS
	Femenino	29	51.8	27	48.2	
Estado civil	Soltero	14	51.9	13	48.1	NS
	Casado	20	51.3	19	48.7	
	Otro	5	55.6	4	44.4	
Ocupación	Empleado(a)	12	52.2	11	47.8	NS
	Hogar	16	50.0	16	50.0	
	Estudiante	3	30.0	7	70.0	
	Otra	8	80.0	2	20.0	
Escolaridad	Hasta secundaria	18	51.4	17	48.6	NS
	Preparatoria o más	21	51.5	19	47.5	
Numéricas		Promedio (DE)		Promedio (DE)		Valor P
Edad (años)		36.3 (12.8)		33.8 (14.4)		NS

n=75

GC, en el cual se apreció una disminución menos pronunciada.

En relación con los minutos de duración del síntoma, en la figura 2 se advierte una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo basal y la segunda y tercera evaluación; acusa una disminución progresiva en el GE en comparación con el GC.

Discusión

Al igual que en otros estudios recientes sobre pacientes con SFMNE, la población

mayormente afectada pertenece al sexo femenino, y el síntoma inespecífico más común es el dolor abdominal.¹⁰

La ventaja sobre otros estudios⁸ es que en éste se utilizó una técnica de asignación aleatoria, y además un grupo control que permitió la comparación entre intervención y abordaje tradicional, lo que garantizó que los resultados no se atribuyeran a la evolución natural del padecimiento.

Se identificó una situación que abona a la adecuada implementación de la intervención, ya que ésta fue efectuada por un residente de tercer año de Medicina Familiar con experiencia en intervenciones familiares, y el control fue llevado a cabo por un médico pasante del servicio social, recién egresado y con el entrenamiento biológico ofrecido en la carrera de Medicina, en la cual no existen cursos de medicina familiar.

Asimismo se registraron más pérdidas en el GC, el cual no fue privilegiado con el enfoque de la medicina familiar, lo que explicaría menor desarrollo de empatía y maniobras de unión con el paciente.

El modelo presentado es un enfoque acortado, que permitiría la ejecución de una intervención por el médico de familia institucional por lo regular con sobrecarga asistencial, lo cual representa una técnica factible para ser utilizada con el entrenamiento requerido como parte de su formación profesional.

Hay resultados similares a los de esta investigación como los de Speckens y cols.⁶ relacionados con la disminución de la intensidad de los síntomas inespecíficos (diferencia de -1.2 [-2.0 a -0.3] vs. diferencia de -.66 [2.35 a 1.69] en la investigación presente; véase figura 1). Pocos estudios valoran la mejoría sintomática; más bien las intervenciones estudiadas

reportan una mejoría general en la calidad de vida.^{5,11} En esta investigación se encontró efectividad en la intervención no obstante utilizar una pequeña muestra en un diseño por conglomerados, para evitar el sesgo de contaminación, como ocurrió en el estudio de Morriss y cols.¹²

La eficacia de un tratamiento depende en gran medida de la adecuada selección de los pacientes y quizás del *expertise* del operador (residente de Medicina Familiar). Los resultados contradictorios en la eficacia de las intervenciones en personas con SFMNE podría deberse a ello. En el presente estudio se trató a pacientes de la fase primaria de la clasificación de Smith y Dwamena; esto garantizó mayor uniformidad en el tipo de población tratada y mayor estabilidad en el diagnóstico, lo que apoya a los pacientes con SFMNE leves o sanos preocupados, como una entidad válida.¹³

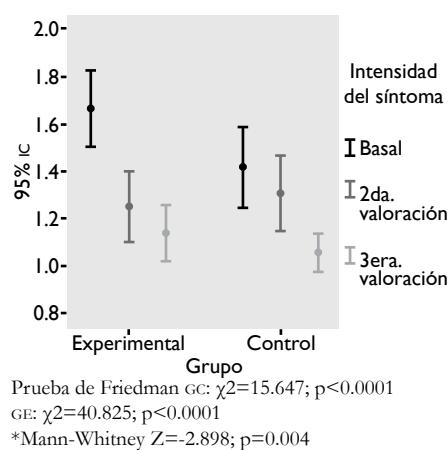
Es probable que los SFMNE en la atención primaria requieran una amplia gama de intervenciones que involucren a todo el equipo de atención primaria, incluido el médico familiar y enfermeras con entrenamiento.¹⁴ Sin embargo, este grupo de pacientes con SFMNE leves pudieron ser tratados de una manera efectiva en el primer nivel de atención médica. No se reportó significancia estadística en alguno de los análisis comparativos basales ni en cuanto a las medianas y rangos de número de consultas, tratamientos previos y tiempo de tratamiento en días.

Limitaciones del estudio

El tratamiento farmacológico no fue restringido al menos durante la primera semana para minimizar las pérdidas al seguimiento; principalmente en el GC, en el cual fue evidente el mayor abandono de pacientes al estudio, dado que la intervención psicosocial (brindada por el profesional entrenado) asegura un mayor apego al tratamiento. A pesar de ello, en las segundas y terceras citas hubo una disminución de la intensidad del síntoma, aun en el grupo control.

Otra limitación es el sesgo de contaminación, ya que la atención del GC fue proporcionada por un médico pasante, quien trabajaba en la misma clínica de medicina

Figura 1. Efecto de la TRP en la intensidad del síntoma



familiar. El seguimiento fue más corto que en otros estudios⁵ y la TRP no fue aplicada en su totalidad como lo enunciaron originalmente sus autores, ya que fueron tres sesiones en lugar de las cuatro, cinco o seis sugeridas por la TRP; empero, las fortalezas del diseño actual permiten vislumbrar el potencial de esta técnica en el abordaje exitoso de los pacientes con SFMNE.

Conclusiones y recomendaciones

Este estudio comprobó que una intervención psicosocial como la TRP contribuye a disminuir la intensidad y duración de los síntomas de los pacientes con SFMNE. Sería de gran utilidad un estudio con pacientes con SFMNE en diferentes categorías de severidad

(incluyendo los severos) en el cual se pueda llevar a cabo un seguimiento a mediano o largo plazo (seis meses, un año o más), para monitorear las características del síntoma, su posible remisión o recaída.

Referencias

1. Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evid Actual Pract Ambul. 2006;9(6):176-80.
2. Aguirre J. Paciente plurisintomático sin causa justificada. Medico. 2007;68(1):38-43.
3. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms -GPs' attitudes towards their cause and management. Fam Pract. 2001;18(5):519-23.
4. Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med. 2007;22(5):685-91.
5. Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sánchez A, Ariño J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. Psychol Med. 2007;37(2):283-94.
6. Speckens AE, Van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. BMJ. 1995;311(7016):1328-32.
7. Ramírez I. La narrativa del paciente como herramienta terapéutica. Pan-American Family Medicine Clinics. 2005;1:59-66.
8. Aiarzaguena J, Grandes G, Alonso-Arboli I, del Campo-Chavala JL, Oleaga-Fernández MB, Marco de Juana J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. Aten Primaria. 2002;29(9):558-61.
9. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. BMJ. 2000;320(7226):26-30.
10. Moral de la Rubia J, Valdez-Medina JL, González-Arratia NI, López-Fuentes F, González-Escobar S, Alvarado-Bravo BG y cols. Emociones y síntomas físicos médicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. Medicina Universitaria. 2010;12(47):96-105.
11. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Johnson M, Rost KM, Luo Z y cols. Minor acute illness: a preliminary research report on the "worried well". J Fam Pract. 2002;51(1):24-9.
12. Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A y cols. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. Br J Psychiatry. 2007;191:536-42.
13. Rosendal M. A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29:364-73.
14. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C y cols. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2006;21(7):671-7.

Figura 2. Comparativo de la duración del síntoma en minutos

