

Somatizaciones y síndromes somáticos funcionales. ¿Galgos o podencos?

L. Caballero Martínez

Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro.
Profesor Asociado. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma. Madrid.

La dificultad médica que representa atender pacientes diagnosticados de uno (o varios) síndromes somáticos funcionales (por ejemplo, fibromialgia y/o síndrome de intestino irritable y/o síndrome de fatiga crónica) y/o de trastorno somatomorfo, según el diagnóstico sea hecho por reumatólogos, internistas, digestólogos o psiquiatras, ha generado intensos y justificados debates¹⁻⁸.

Las posturas que se mantienen en los extremos de esta discusión pueden resumirse como sigue:

1. Si estos pacientes se estudian como síndromes somáticos funcionales por las respectivas especialidades de la Medicina a las que afecta el síntoma o queja principal, la investigación epidemiológica, etiopatogénica y terapéutica es más productiva.

2. Se estudian como trastornos somatomorfos, tal y como propone la Psiquiatría, se obtiene más información acerca de la comorbilidad psiquiátrica y de otros factores psicosociales críticos para entender clínicamente estos procesos.

Sean como síndromes somáticos funcionales, o como trastornos somatomorfos, estos pacientes representan un reto diagnóstico y terapéutico de difícil y costosa atención. La insuficiente validez conceptual y taxonómica de los términos psiquiátricos "somatización" y "somatomorfo" y el desconocimiento, hasta la fecha, de alteraciones biológicas específicas y/o remedios biológicos eficaces, permiten decir, sin temor a exagerar, que la actual acumulación de datos publicados parece tener a la investigación más en un atolladero que en una posición prometedora². La decisión de excluir la patología por somatización en algunos estudios epidemiológicos recientes,

como el *National Comorbidity Study* norteamericano o el *National Psychiatric Morbidity Survey* británico, oculta⁹, pero no resuelve, el problema de un contingente muy numeroso de pacientes que dan lugar a una atención problemática, una relación médico-enfermo frustrante e yatrógena, y un dispendio de recursos en todos los sistemas sanitarios del mundo.

Aunque esta situación ha llevado a muchos autores¹⁰ a insistir en la necesidad de validar modelos biopsicosociales integrados, clasificaciones dimensionales y ejes independientes para los distintos factores que configuran la clínica de estos pacientes, ninguna de las propuestas se ha utilizado en la práctica.

El futuro terapéutico de estos procesos patológicos, que son biológicos y sociales en su base, depende, probablemente, de dos hechos principales:

1. De la extensión de la investigación biológica psiquiátrica (hoy mas dedicada a la ansiedad y a la depresión) a los síndromes por somatización, en cualesquiera de las formulaciones que pueda hacerse de ellos.

2. Del esfuerzo riguroso por hacer visibles los hechos psicopatológicos y los factores del contexto sociocultural que determinan la presentación clínica de estos trastornos y su curso subsiguiente (incluido el papel de los médicos y el de las instituciones sanitarias)

Sólo un esfuerzo sistemático en ambas direcciones podrá desvelar la naturaleza precisa de los rasgos biológicos subóptimos que caracterizan a estos pacientes y la del particular encadenamiento a través de los síntomas a los ambientes sociales en los que viven.

No obstante todo lo anterior, en la última década se ha acumulado una investigación clínico-terapéutica rigurosa que ha permitido elaborar Normas de Buena Práctica Clínica⁹ para estos pacientes, que no son difíciles de aplicar y que tienen una eficacia comprobada. El generalista dispone en ellas de guías para superar problemas acarreados por estos pacientes, que son la penúltima versión del dilema mente-cuerpo en la medicina occidental, evitarles yatrrogenia, aliviarles al menos parcialmente, y reducir el enorme gasto inútil que acarrear.

Correspondencia:
Luis Caballero Martínez.
Servicio de Psiquiatría.
Clínica Puerta de Hierro.
C/. San Martín de Porres, 4.
28035 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1998;145:1358-68.
2. Escobar JI, Gara M, Cohen SR, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatization disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1998;173:262-6.
3. Wessely S, Nimman C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one o many. *Lancet* 1999;354:936-9.
4. Barsky AE, Borus JE. Functional somatic syndromes. *An Intern Med* 1999;130:910-21.
5. Ono Y, Janca A. Rethinking somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999;46:537-9.
6. Martin RD. The somatoform conundrum: a question of nosological values. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:177-86.
7. Madill PV. Functional somatic syndromes. *Lancet* 1999;354:2080.
8. Jason LA, Taylor RR, Song S, Kennedy C, Johnson D. Functional somatic syndromes. *Lancet* 2000;354:2079-80.
9. Caballero L. ¿Síndromes somáticos funcionales o trastornos por somatización? *Update Psiquiatría*. En prensa 2002.
10. Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Somatic distress: developing more integrated concepts. *Curr Op in Psychiatry* 1998;11:153-8.