

Aspectos socioculturales de la somatización: un estudio de caso

Christian Alberto Mendoza Nápoles

Resumen

La somatización no es un problema que deba analizarse únicamente desde la perspectiva de la psicología, pues representa un contexto más complejo que permite puntualizar aspectos socioculturales con ciertas deficiencias y dificultades en cada uno de los aspectos relacionados. Para autores como Kleinman y Kleinman (1986), la somatización es la manifestación de un malestar social y personal expresada por medio de un idioma de quejas corporales, lo que lleva finalmente a la búsqueda de ayuda médica. Este trabajo indaga cómo la calidad de la prevención y la atención psicológica influyen en la génesis de la somatización. Para ello, es importante el estudio desde el ámbito social y psicológico; así podemos obtener información de manera fiable y precisa, integrando la experiencia de los

Abstract

Somatization is not a problem that is analyzed from the perspective of psychology, attention, context, complex, help, sociocultural aspects, deficiencies and difficulties in each of the related aspects. For authors such as Kleinman and Kleinman (1986), somatization is the manifestation of a social and personal malaise expressed through the medium of a language of bodily complaints, which finally leads to the search for medical help. This work is based on the quality of prevention and psychological care influences the genesis of somatization. For this, it is important to study in the social and psychological field, as well as obtain information in a reliable and accurate manner, integrating the experience of health professionals in the case. The sociocultural transcendence that is exposed in the

CHRISTIAN ALBERTO MENDOZA NÁPOLES. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. Contacto: [christian_amm@hotmail.com].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 20, núms. 1-2, enero-diciembre 2018, pp. 207-219.

Fecha de recepción: 12 de diciembre de 2016 | Fecha de aceptación: 7 de septiembre de 2018

profesionales de la salud involucrados en el caso. La trascendencia socio-cultural que se expone en el estudio permite identificar y analizar factores que presentan áreas de oportunidad y reestructuración a nivel de atención primaria psicológica.

El objetivo de la presente investigación, realizada en enero de 2014, es contribuir a optimizar la calidad de los servicios de prevención y atención psicológica, con la aspiración de dar cuenta de la relación que se presenta entre la psicología sociocultural y la psicología clínica. La información es parte importante del proceso de identificación de una problemática emocional (Sánchez-García, 2013), por lo cual la psicoeducación debe formar parte primordial en la intervención psicológica para el tratamiento de los trastornos somatomorfos.

PALABRAS CLAVE

Somatización, psicología clínica, medicina.

study allows to identify and analyze the factors that appear in the areas of opportunity and restructuring at the level of primary psychological care.

The aim of this research, carried out in January 2014, is to help optimize the quality of psychological care and attention services, to aspire and to account for the relationship that occurs in sociocultural psychology and clinical psychology. The information is an important part of the process of identification of an emotional problem (Sánchez-García, 2013), therefore, psychoeducation must be a fundamental part in the psychological intervention for the treatment of somatoform disorders.

KEYWORDS

Somatization, clinical psychology, medicine.

La somatización no es un problema que deba analizarse únicamente desde la perspectiva de la psicología o la medicina, ya que representa un trasfondo más complejo que permite dilucidar un enmarañado sociocultural que presenta ciertas deficiencias y dificultades. Esto se puede observar en lo expuesto por Kirmayer y Taillefer (1996), donde se plantea, de manera específica, que sobre todo en la medicina occidental se da más importancia a lo físico, ya que se considera más real, sustancial y legítimo, que lo propiamente psicológico. Por ello, retomar el tema de la somatización desde las bases sociales y culturales es importante para exponer los puntos en los que se debe trabajar a fin de lograr la mejora de la práctica psicológica.

Para autores como Kleinman y Kleinman (1986), la somatización es la manifestación de un malestar social y personal expresada por medio de un idioma de quejas corporales, lo que lleva, finalmente, a la búsqueda de ayuda médica. Es decir, una persona que somatiza, por su demanda neurótica de atención y llevada por el contexto sociocultural en el que se desarrolla, recurre a manifestar físicamente una necesidad psicológica. Entonces, es trabajo del personal de salud mental convertir la atención en psicología en una primera opción de tratamiento para los problemas que le conciernen, así como en un apoyo de tratamiento para aquellos padecimientos de etiología no psicológica en los que también se ve afectada la salud mental de los individuos.

Uno de los puntos más importantes por revisar es la atención primaria en salud, ya que, si no es coordinada, informada y multidisciplinar, pueden realizarse acciones iatrogénicas y gastos indiscriminados de recursos por diagnósticos y tratamientos innecesarios (Betancur *et al.*, 2007). De esta manera, la atención, prevención y correcta información de cada uno de los involucrados en las prácticas de salud, en psicología y medicina, permiten identificar, tratar y canalizar adecuadamente a los pacientes con síntomas de somatización.

Al mismo tiempo, es necesario hablar del papel fundamental de la prevención y de la promoción como intervenciones en salud, lo cual incide directamente en el autocuidado, estilos y calidad de vida de los pacientes. Dichas pautas de comportamiento son recurrentes, por lo cual se convierten en hábitos de vida, lo que exhorta a determinar la individualidad que debe manifestar cada intervención en salud (Betancur *et al.*, 2007). Dichas intervenciones no sólo se refieren al área médica, sino que lo inherente a la psicología debe tomar fuerza e incorporarse al esquema de salud de una manera más estructurada. Por ello, la educación en psicología debe fomentarse desde todos los puntos posibles, abarcando cada uno de los terrenos involucrados en la salud mental, de manera individual y colectiva.

En un estudio realizado por Tobón, Vinaccia y Sandin (2003), se encontró que niveles alterados de ansiedad, estrés y depresión influían en la generación de síntomas de somatización, manifestados a manera de pro-

blemas físicos como dispepsia y otras manifestaciones gastrointestinales. Esto resalta la importancia de psicoeducar al personal de primer contacto médico, quienes, normalmente, de acuerdo con el sistema, son la entrada a los servicios de atención en salud, con el fin de generar la opción de tratamiento y de canalización adecuada cuando se presenten este tipo de problemas; lo anterior no implica dejar de lado lo fundamental del trabajo en el tratamiento médico, ya que permite descartar una patología biológica subyacente.

LO SOCIAL DE LA SOMATIZACIÓN

El término *somatización* proviene del alemán *Organsprache* (lenguaje de los órganos), empleado por Stekel (1925) para referirse a la capacidad de un órgano de enfermarse. Al traducirse al inglés, se generó el neologismo *somatización*, que se ha definido como una conversión de los estados emocionales en síntomas físicos (Marin y Carron, 2002). Para Sánchez-García (2013), el término se convirtió en un equivalente del concepto psicoanalítico de conversión, en el cual, de la mano del psicoanálisis, es posible decir que el Yo tiene toda la información de lo que forma a una persona. En este sentido, cuando una parte del cuerpo se ve afectada por somatización, es porque la persona tiene asociadas ciertas experiencias traumáticas hacia esa parte del cuerpo (Freud, 1895). Asimismo, el aspecto experiencial, que se refiere a cómo se percibe y reconoce el dolor, permite la interpretación de los síntomas, manifestándose por medio del aspecto conductual y subjetivo como reacción y reconocimiento del dolor (Lipowsky, 1988).

El trastorno de somatización se llama así cuando el paciente percibe los diferentes síntomas físicos, que ocurren con frecuencia y que pueden variar, como una enfermedad que provocará que acuda al médico. Según Servan-Schreiber, Randall, y Tabas (2000), hasta 80% de las visitas de atención primaria son por mareos, dolores en el pecho o fatiga; todas sin una causa orgánica aparente. A su vez, tales síntomas, podrían concebirse como una de las manifestaciones del malestar psicológico

que incluye a la ansiedad, la depresión, el enojo, los celos, entre otros (Océano, 2006).

López y Belloch (2002) y Mai (2004) explican que la etiología de la somatización recurre a un modelo multifactorial en el que se consideran los aspectos ambientales, culturales, biológicos, psicosociales y genéticos. Sin embargo, el aspecto sociocultural es el que más influye sobre la relación establecida entre la perspectiva de la población hacia los psicólogos y la manera como los individuos con síntomas de somatización buscan asistencia.

También es relevante analizar cómo este tipo de reacciones de somatización acarrea al paciente diversos problemas. Por ejemplo, presentan un mayor índice de absentismo laboral y, en ocasiones, su economía se ve afectada por las constantes visitas al médico y los estudios-diagnósticos, muchas veces innecesarios. Otro aspecto importante es el familiar, ya que los familiares no suelen entender el mecanismo de la generación de los síntomas, lo cual provoca discusiones. Por último, también se trata de un problema socioeconómico en cuanto a los costes de sanidad pública: 10% de los gastos sanitarios totales de un país está destinado a solventar las complicaciones y tratamientos de la somatización (Océano, 2006).

Al respecto, se menciona que los pacientes que somatizan utilizan recursos del sistema de salud, incluyendo consultas, hospitalizaciones, cirugías y estudios-diagnósticos complementarios (Smith, 1994). Para ejemplificar esto, García y Sanz (2000) exponen que, en Inglaterra y España, donde el sistema de salud es público, el primer contacto de los pacientes somatizadores es el médico familiar, puerta de entrada al sistema de salud. Sin embargo, esto lleva a un proceso entre diversas especialidades, lo cual, muchas veces, retarda la atención oportuna del paciente, llevándolo al uso de medicinas alternativas. Por otro lado, en Estados Unidos, donde el sistema de salud es privado, el paciente tiene una mayor elección del especialista, lo que refuerza la conducta de somatizar y su cronicidad por el uso masivo de pruebas diagnósticas complementarias, además del hecho de que no existe un médico de referencia que lo conozca (García, Pascual, Alda y Oliván, 2005).

Datos proporcionados por la *Enciclopedia de la Psicología* (2006) indican que, en los países desarrollados, hasta 25% de los pacientes que acude a consulta con el médico de familia presenta problemas psicológico-psiquiátricos; en estos mismos países, la somatización constituye un enorme coste sobre el presupuesto de salud (Smith, 1994).

Otro punto a considerar es que los trastornos somatomorfos indiferenciados prevalecen más en la práctica clínica que el trastorno de somatización *per se*, ya que el DSM-IV-TR sólo exige uno o más síntomas físicos no explicados médicamente, cuya duración sea superior a seis meses y que produzcan malestar o incapacidad. A diferencia del trastorno de somatización que exige, por ejemplo, que comiencen antes de los 30 años de edad y que hayan persistido durante varios años, incluyendo cuatro síntomas dolorosos en diferentes zonas del cuerpo: dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual, y un síntoma pseudoneurológico.

El papel del médico es primordial ante un paciente con una visión distorsionada de sus síntomas. Una de las maneras en las que el médico podría obstaculizar la atención, en lugar de proveer un pronto alivio es dándole información ambigua o contradictoria, lo que el paciente interpretaría como que algo no marcha bien, reforzando la conducta. De igual manera, favoreciendo que el paciente haga a un lado sus responsabilidades y deje de hacer una vida normal (Océano, 2006).

La información es imprescindible en el proceso de identificación de una problemática emocional (Sánchez-García, 2013), por lo cual la psicoeducación también debe serlo en la intervención psicológica para el tratamiento de los trastornos somatomorfos. Para lograrlo, es necesario plantear de qué manera podría abordarse la sintomatología desde la perspectiva psicológica. Esto plantea una colaboración interdisciplinaria entre el médico, el psicólogo, el psiquiatra e, incluso, el trabajador social, aunque es más importante la dirección hacia la cual se dirigen desde sus diferentes intervenciones.

En el caso de los síntomas físicos, éstos reflejan un malestar psicológico o psicosocial que es necesario aprender a resolver (Océano, 2006). En cuanto al tratamiento, García *et al.* (2005) comentan que, hasta el mo-

mento, no existen evidencias científicas para recomendar un tratamiento psicológico o farmacológico específico para estos pacientes.

MÉTODO

Para este estudio, se seleccionó el caso de una mujer de 37 años de edad con síntomas de somatización, con el fin de exponer las conductas prevalentes de dicha condición psicológica, así como la influencia sociocultural involucrada en el proceso de su generación.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de C, una mujer de 37 años de edad que acude a Urgencias por un dolor intenso a causa de extracción dental que se trató con analgésicos y antiinflamatorios, ya que no se encontró una causa específica del padecimiento. Tres días después, fue dada de alta con tratamiento ambulatorio. Luego de un mes, ingresó por un cuadro apendicular agudo, así que se le intervino quirúrgicamente. Guardó reposo durante cuatro días.

En un lapso de tres años, C estuvo internada 18 veces debido a trastornos gastrointestinales, respiratorios, ortopédicos y metabólicos. Estas hospitalizaciones iniciaron poco tiempo después de fallecer su madre, a partir de lo cual desarrolló un cuadro depresivo mayor. Según sus familiares, cuatro meses después del suceso, la paciente comenzó a preocuparse excesivamente sobre su salud y a consumir medicamentos de manera empírica.

Asimismo, mencionan haber notado un cambio en el comportamiento de la paciente con tendencia hacia la agresión y retraimiento social. Su esposo actualmente se observa distante de la relación y, debido a su trabajo, suele salir de la ciudad.

Al momento de la entrevista clínica, la paciente se mostró interesada; mantuvo el contacto ocular y cooperó con el interrogatorio. Como dato relevante, mencionó que tiene afinidad por la lectura de padecimientos médicos, ya que le interesaba conocer el funcionamiento del organismo humano y su patología.

ANÁLISIS

El diseño de investigación consiste en una investigación no experimental, pues el estudio se realiza sin la manipulación deliberada de las variables y en el que únicamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, 2010). No se busca tener el control de las variables, ya que sólo se desea ver los efectos y la repercusión de éstas en cuanto a cómo influye la calidad de la prevención y atención psicológica en la génesis de la somatización.

Se infiere que las premisas socioculturales son las que han influido en que se dé más importancia a ir con un médico en lugar de llevar un proceso psicoterapéutico para la atención de un problema de índole psicológica; lo anterior, a su vez, está relacionado con las afecciones de somatización, que pueden generarse como consecuencia de dicha contrariedad de conceptos y de formación.

Por otro lado, se utiliza un estudio de caso, ya que la información del objeto de investigación recopila datos en un único momento en el tiempo. Se busca la relación entre la prevención y atención psicológica y los problemas de somatización (Hernández, 2010).

Para el estudio, se realizan entrevistas al médico que atendió a la paciente, al personal de salud, al personal de psicología, a la familia de la paciente hospitalizada y a la paciente. Las preguntas de las entrevistas se orientaron hacia los procesos de prevención, atención psicológica, las deficiencias existentes en dichos procesos, a la percepción colectiva cultural de la psicología como opción de tratamiento y preguntas concernientes a sus decisiones sobre el tratamiento recurrido.

RESULTADOS

El caso clínico presentado deja entrever un panorama aflictivo para la psicología clínica, ya que expone de una forma objetiva, pero a la vez compleja, las insuficiencias de la prevención y atención psicológica. Esto se puede presumir desde el punto de vista de la psicoeducación, ya que

analizando la historia del caso y el contexto en el que se sitúa el estudio, se encuentra un problema fundamental en la percepción de la psicología dentro de la sociedad. Autores como Sánchez-García (2013) dejan claro que la información es el mejor método de prevención y promoción en la salud mental de los individuos. Su ausencia puede observarse más claramente en los resultados de las entrevistas realizadas, puesto que cada uno de los diferentes profesionales de la salud en sus diversas disciplinas coinciden en que es posible combatir síntomas o trastornos de somatización por medio de la atención psicológica; además, reconocen que todavía existen muchas limitaciones para este tipo de atención.

La paciente C es objeto de un claro cuadro depresivo que no se trató adecuadamente. De acuerdo con los resultados de las entrevistas, se puede exponer una falta de información y de confianza en el personal de salud para tratar este tipo de patologías, lo que causó la existencia de necesidades que, influidas por la personalidad y las condiciones sociales y culturales, provocan que se recurra a alguna patología médica para recibir la atención buscada en ese momento.

Al realizar las entrevistas, sobresale el hecho de que la somatización es una cuestión que genera disputa entre los distintos profesionales de la salud mental. Aun con pocos casos recibidos en consulta, la mayoría de los entrevistados concuerda en que este tipo de problemas es generado por el mal manejo emocional en las personas y por el personal inadecuado para esto. Sin embargo, también se observaron coincidencias posibles entre la necesidad de educación en este tipo de patologías, cuya finalidad es promover que los pacientes manejen adecuadamente sus emociones y puedan evitarse consecuencias que afecten tanto la salud física como ambiental de los individuos. No obstante, debe aclararse que algunos profesionales no consideran esto como un trastorno propiamente, sino como un simple resultado del estrés cotidiano ante la imposibilidad de manejarlo de manera adecuada.

DISCUSIÓN

La somatización se ha podido definir como una conversión de los estados emocionales en síntomas físicos (Marin y Carron, 2002). Autores como Servan-Schreiber y colaboradores (2000) han encontrado que hasta en 80% de las visitas de atención primaria, los pacientes dentro de sus patologías manifiestan síntomas pertenecientes a este tipo de reacciones psicológicas, las cuales no se asocian a una enfermedad orgánica subyacente. Al mismo tiempo, se ha concluido que pacientes con enfermedades médicas de tipo crónico y pacientes con estados depresivos pueden manifestar más fácilmente sintomatología de somatización (Betancur *et al.*, 2007). Es importante no dejar de lado la influencia sociocultural que tiene la génesis de la somatización (Kirmayer y Taillefer, 1996), ya que, por tal motivo, los individuos con trastornos psicológicos no suelen buscar la ayuda adecuada, ya sea porque no ven estas patologías como reales y que requieran tratamiento o porque no consideran necesario acudir con algún profesional de la salud mental que, desde su punto de vista, no les ofrece resultados tangibles e inmediatos. Este tipo de premisas hablan de que existe un problema que es necesario resolver de inmediato, que es la base para la modificación tanto de la percepción de la psicología como ciencia, como del abordaje de la atención psicológica y médica. Se trata de la psicoeducación.

Se habla también de los gastos en el presupuesto de salud y en la economía de los propios pacientes. Al no encontrar una patología médica específica, se realizan estudios diagnósticos muchas veces innecesarios, hospitalizaciones y tratamientos que no resuelven el problema verdadero, ya que solamente actúan sobre los síntomas somáticos que se manifiestan en ese momento. En la *Enciclopedia de la Psicología* (2006) se habla de que hasta 10% de los gastos sanitarios totales de un país está destinado a solventar las complicaciones y los tratamientos de las somatizaciones.

Finalmente, es sustancial retomar el aspecto familiar, que se ve afectado por la somatización, en el cual los individuos que presentan la sintomatología van modificando la dinámica, especialmente la de las personas

más cercanas. En este sentido, el tema económico es importante, ya que los gastos alteran el funcionamiento de los integrantes. Además, el paciente que somatiza demanda una atención diferente por parte de sus familiares, quienes, lejos de interesarse, rechazan al individuo.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos de las revisiones bibliográficas, se identifica la imperante necesidad de la educación en psicología, expuesta a lo largo de este estudio.

En la práctica de la psicología clínica existen limitaciones que comprometen la correcta intervención en la salud mental de los individuos, las cuales se presentan desde estadios tempranos de la atención psicológica, por lo que se vuelve importante prestar atención, desde ese momento, hacia dónde se dirigen los intereses y recursos de los dirigentes de la salud.

En este sentido, en medicina toman relevancia la promoción y la prevención, al presentar un panorama de detección temprana, un ahorro en costos y un beneficio a la salud integral de los individuos. Por ello, en psicología deberían realizarse, de manera contundente, prácticas de promoción y prevención de salud mental, ya que, si bien en algunas instituciones se realizan programas de este tipo, por lo general son pequeños, cuentan con pocos recursos y carecen de seguimiento y refuerzos. Al mismo tiempo, es necesario que exista una regulación más estricta de las prácticas de atención en psicología, ya que en muchas ocasiones esto influye para generar desconfianza en las personas que buscan asistencia, por lo que excluyen a la psicología como opción de tratamiento.

Por medio del estudio de caso que se presenta, se confirma la comorbilidad de la depresión y ansiedad para la generación de síntomas psicosomáticos, lo cual resalta el valor de una correcta detección y una adecuada atención psicológica. Por ello, es fundamental intervenir como personal de salud mental en poner a la psicología como primera opción de tratamiento cuando se requiera y como ciencia coadyuvante en las diferentes disciplinas.

Los resultados de este estudio servirán para apoyar investigaciones futuras, ya que permiten establecer un vínculo más claro entre los aspectos socioculturales involucrados en la práctica de la psicología y la generación de síntomas psicósomáticos. A manera de sugerencia, se exhibe la falta de metodología para la atención a los trastornos somatomorfos y la deficiencia en cuanto a salud pública por parte de los psicólogos.

Por último, se refuerza la importancia del trabajo multidisciplinar para la atención integral de los pacientes, ya que aún existen barreras profesionales, prejuicios e ignorancia que restringen la atención adecuada, generando un uso excesivo del sistema de salud, además de posibles acciones iatrogénicas cuando el diagnóstico no es adecuado y, por consecuencia, la atención no es la correcta.

REFERENCIAS

- Betancur, K., Castaño, J., Erazo, A., García, N., Hernández, L., Hoyos, D., Mueces, Y., Orjuela, L., Páez, M., Pérez, L., Tamayo, C., Velásquez, M. y Villalba, D. (2007). Asociación entre prácticas en salud, somatización y algunos factores psicosociales en usuarios de clínicas de ASSBASALUD ESE. *Archivos de Medicina*, 8 (2), 113-125.
- Freud, S. (1985). *Obras completas de Sigmund Freud: Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. y Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 15-23.
- García-Campayo, J. y Sanz-Carrillo, C. (2000). The use of alternative medicine by somatoform disorder patients in Spain. *British Journal of General Practice*, 50, 487-488.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. Chile: McGraw-Hill.
- Kirmayer, L. y Taillefer, S. (1996) Somatoform disorders. En S. M. Turner y M. Hersen (eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*. Nueva York: Wiley, 304-328.

- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1986). Somatization: the interconnections among culture, depressive experiences, and the meaning of pain. En A. Kleinman, B. Good y C. A. Berkeley (eds.), *Culture and Depresión*. California: University of California Press, 429-490.
- Lipowski, Z. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-68.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 73-93.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 652-662.
- Marin, C. y Carron, R. (2002). The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, 43, 249-250.
- Océano (2006). Las Somatizaciones. *Enciclopedia de la Psicología*. 538-556.
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (2), 255-270.
- Servan-Schreiber, D., Randall, N. y Tabas, G. (2000) Somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. *American Family Physician*, 61, 1073-8.
- Smith, G. (1994). The course of somatization and its effect on utilization on health care resources. *Psychosomatics*, 35, 263-267.
- Stekel, W. (1925). *Peculiarities of Behaviour*. Londres: Williams & Norgate.
- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandin, B. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 19 (2), 223-234.