



REVISTA MÉDICA

DE LA

SOCIEDAD COCHABAMBINA DE MEDICINA FAMILIAR

ISSN: 2072-4780

Volumen 3 – Marzo, 2011 – Número 1

REVISIONES Y/O ACTUALIZACIONES

FIJACION SOMATICA

Dr. Franz Marcelo Aguilar Quiroga

INTRODUCCION

La fijación somática es un proceso por el cual un médico, un paciente o una familia se centran de forma exclusiva e inapropiada en los aspectos somáticos de un problema complejo puede darse no solo en la hipocondría, los trastornos somáticos y las enfermedades psicosociales, sino en cualquier enfermedad, especialmente si es crónica, cuando se aprecia un énfasis exclusivo en los aspectos biomédicos de problemas multifactoriales. A pesar de las situaciones vitales realmente difíciles, los pacientes con fijación somática tienden a no manifestar ansiedad, depresión o estrategias de afrontamiento inadecuado. En medicina familiar el número de pacientes con un grado u otra fijación somática es elevado.

FACTORES FAVORECEDORES

Existen una serie de factores que favorecen el mantenimiento de los síntomas somáticos.

Individuales: el factor personal de mayor relevancia estriba la percepción normal de los seres

humanos de las sensaciones físicas. Entre el 60 y el 80% de los individuos sanos perciben, dentro de un periodo de una semana algún síntoma somático. Si una parte, aunque fuera pequeña de esta población acudiera al médico, en nuestras consultas se verían anegadas de pacientes. Además las percepciones que tienen de los síntomas los diferentes individuos son sumamente variables. Es un hecho probado que el mismo tipo de la patología tisular produce distintos grados de deterioro funcional y malestar subjetivos en individuos diferentes.

Familiares: una amplia variedad de factores familiares pueden potenciar o reforzar la fijación somática.

Una parte de la población ha crecido en un ambiente en el que recibía la atención por su dolor físico pero no por su sufrimiento emocional. Las familias varían en un continuum; desde las que dan apoyo y aceptación a todo tipo de experiencias que engloban tanto las físicas como las emocionales, hasta las que muestran una total falta de aceptación de una de ellas o

ambas modalidades: estas condiciones familiares represivas hacen que el niño manifieste cualquier problema o necesidad como físico. Los síntomas físicos constituyen el único lenguaje por el que vinculan una amplia gama de experiencias, desde el ámbito físico al emocional. Estos pacientes pueden aprender, como ha descrito Barsky, a exagerar sus síntomas corporales en un intento de ver satisfechas sus necesidades. En apoyo de esta explicación, Katon encontró entre los somatizadores crónicos y severos un historial en el que se aprecia negligencia y maltrato en su desarrollo así como una historia familiar, en la cual los miembros se sirven de las somatizaciones y conductas de dolor como vía de enfrentar o solucionar problemas.

Culturales: además de las aportaciones individuales y familiares al desarrollo y mantenimiento de la fijación somática, nuestra cultura contribuye al problema con la dicotomía mente-cuerpo de la tradición cartesiana. En nuestra sociedad tiene plena vigencia la noción de que los síntomas físicos deben tener causas principalmente orgánicas y de que los sentimientos y emociones están determinados por experiencias psicológicas. La posibilidad de que mente y cuerpo configuren un todo bien integrado, relacionado y conectado, ha sido considerada solo muy recientemente por sectores amplios de nuestra sociedad, la medicina misma se ha centrado durante el siglo XX en la biomedicina, en parte por que muchos de los avances científicos y tecnológicos son relativamente recientes. Tales avances hacen mas tentadora la conclusión de la biomedicina y medicina son una misma cosa, mas que considerar a la primera

un componente importante del diagnostico y tratamiento del paciente.

Con todo ha surgido un paradigma alternativo: el enfoque biopsicosocial, un modelo médico que aplica el sistémico a la medicina y que resulta esencial en el abordaje y tratamiento de la fijación somática .

Todo síntoma físico posee componentes orgánicos, psicológicos y, a menudo sociales. El médico necesita ser capaz de abordar cada una de estas areas en un sistema equilibrado e integrado, sin centrarse inapropiadamente en uno u otro de los componentes de los síntomas.

La figura siguiente ilustra las posibles categorías de fijación somática en pacientes y médicos. siguiendo un continuum, los pacientes pueden pasar de sentirse sanos y cómodos en sus sensaciones físicas y emocionales en un extremo, a amplificar sus síntomas y mostrarse preocupados por su enfermedad o finalmente manifestar ilusiones somáticas al otro extremo.

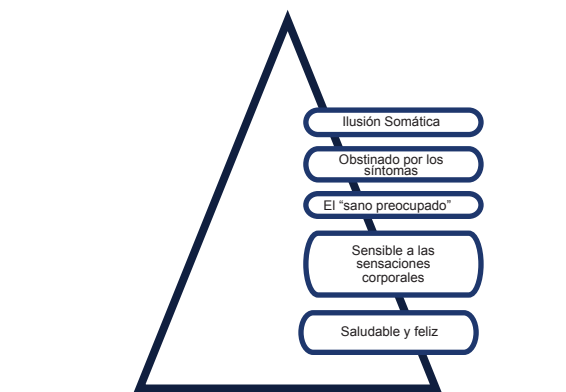


FIGURA 1. *Categorías de Fijación Somática en los Pacientes.*

Los médicos también pueden mostrar un amplio espectro de conductas relacionadas con la fijación somática: desde utilizar modelo biopsicosocial integrado a tratar por separado problemas biomédicos y psicosociales, derivando estos últimos, hasta la posición extrema de ocuparse únicamente de las cuestiones biomédicas .

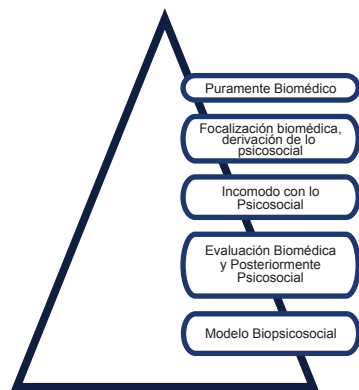


FIGURA 2. *Categorías de Fijación Somática en los Médicos.*

DISCUSION

COMPATIBILIDAD DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (médico -paciente) *La fijación somática también puede definirse como un proceso interaccional que se da cuando el sistema de creencias sobre la salud de un paciente y/o familia no se corresponde con el del medico .*

Esta figura ilustra el círculo vicioso que puede darse en interacciones entre un paciente con fijación somática y un medico que no comparte el mismo sistema de creencias respecto a la salud. Este ciclo puede empezar en el momento

en que el paciente nota determinados síntomas y acude al médico en demanda de ayuda. (Fig.3)

Si asumimos que el médico, de ordinario, no adoptara un enfoque biopsicosocial, lo más probable es que examine tales síntomas, escuche comprensivamente al paciente y, por supuesto, ordene algunas pruebas y prescriba medicación. En la interacción posterior, los resultados de las pruebas quizá resulten ambiguos o negativos. El medico sentirá alivio, pero advertirá que el paciente se queda perplejo al conocer los resultados. Al no hallar respuestas biomédicas, el médico iniciará una evaluación de los aspectos psicosociales. El paciente puede sentirse enojado y negar que su problema sea “algo de la cabeza”. En este punto el paciente se siente incomprendido y exige nuevas pruebas, actitud que irritará al médico. Este puede, entonces, abandonar el caso y/o derivarlo un especialista, o bien el paciente puede abandonar el tratamiento y empezar a consultar a un especialista tras otro. Cualquiera de estas opciones llevará a que el ciclo se reinicie en cuanto el paciente informe de sus síntomas a un nuevo médico. La falta de un sistema de creencias compartido puede degenerar en un círculo vicioso en el cual tanto médico como paciente se vean enzarzados en una batalla sobre la fijación somática del paciente. Para evitar caer en esta lucha deberemos adoptar un enfoque biopsicosocial desde el inicio de la interacción con el paciente.

A grandes rasgos el tratamiento consiste en enseñar y demostrar al paciente, paso a paso, las interacciones entre los sistemas biológico y psíquico.

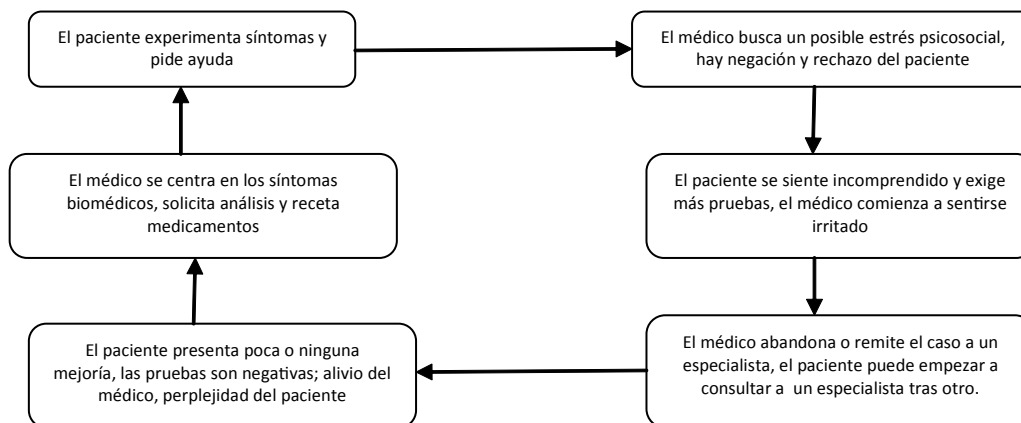


FIGURA 3. *Cierculo Vicioso: Fijación Somática entre Paciente y Médico.*

Al finalizar el tratamiento, médico y paciente serán capaces de compartir un mismo sistema de creencias respecto a la salud que reconozca esta interdependencia.

CONCLUSIONES

MANEJO BIOPSIOSOCIAL DE LA FIJACIÓN SOMÁTICA

1. Evaluar conjuntamente y desde un principio los elementos biomédicos y psicosociales del problema: El médico puede evitar operativizar la dicotomía mente-cuerpo intercalando cuestiones biomédicas y psicosociales en la entrevista. En particular, es importante evitar el inicio de la intervención con el paciente sólo desde un nivel biomédico y, ante la falta de resultados, pasar a un enfoque psicológico. Tal dicotomía reafirma al paciente en su creencia de que ambos procesos pertenecen a ámbitos separados y no relacionados, al tiempo

que relega lo psicosocial a un segundo plano y da pie a una acusación común de los pacientes: "Usted piensa que todo es fruto de mi imaginación." Pero si intercalamos preguntas referidas a los sucesos vitales estresantes con otras cuestiones sobre los signos y síntomas del trastorno, evitaremos este problema.

Intente ser equilibrado y razonable en su intervención, no abuse de las pruebas analíticas ni menosprecie los componentes biomédicos de los síntomas.

2. Preguntar al paciente sobre sus síntomas, pero no dejar que se conviertan en los únicos protagonistas de la entrevista: Es importante respetar las defensas somáticas del paciente; si éste fuera capaz de tolerar expresiones directas acerca de sus emociones y su angustia, no tendría por qué somatizar. Al solicitar

información sobre los síntomas el profesional de la salud adopta el lenguaje de su paciente, se introduce en su sistema de creencias y, metafóricamente, consigue acceder a su experiencia emocional y darle validez. Esto es especialmente importante para estructurar entrevistas, de modo que el paciente sienta que sus preocupaciones son escuchadas sin necesidad de dedicar todo el tiempo a largas y farragosas explicaciones sobre los dolores y la sintomatología. Varias técnicas pueden mantener activo al médico durante la entrevista e impedir que ésta se convierta en un monólogo del paciente.

El médico debe ser capaz de superar la dificultad característica de la primera etapa de la evaluación, en la cual el paciente suele limitarse a describir insistentemente determinados síntomas. Puede resultar útil sugerir que lleve un diario de síntomas, en especial si incluye tanto información biomédica como psicosocial, ya que esto autoriza al paciente a preocuparse por sus síntomas y le hace partícipe del proceso diagnóstico, al tiempo que facilita información para él y para el médico.

3. Desarrollar una relación de cooperación con el paciente: Es importante no adoptar una posición autoritaria ante el paciente, ni confirmar las expectativas, nuestras o del paciente, de que puede

existir una "fórmula mágica" capaz de aliviar al sujeto o sus síntomas. Puede resultar útil describir determinados síntomas como misteriosos o científicamente desconcertantes, pues de esa manera se recalca la incapacidad del médico para tratar estos problemas desde un enfoque puramente biomédico. Esta actitud del médico acentúa además la importancia de la colaboración del paciente en el diagnóstico y el tratamiento de estos difíciles problemas.

4. Recibir al paciente a intervalos regulares sin que la frecuencia e intensidad de los síntomas determinen el régimen de consultas: y disuádale de visitar a otros profesionales de la salud, si no es bajo derivación expresa. Las citas regulares y frecuentes con el médico de atención primaria son importantes para romper la dinámica mediante la cual la aparición de síntomas y crisis tiene como respuesta la obtención de atención y cuidados. En lugar de ello, deben concederse todas las entrevistas necesarias, con independencia de la agudización de los síntomas. También es importante que estos pacientes sean atendidos por un mismo médico de atención primaria, ya sea por un trastorno agudo o crónico, evitando las visitas a los servicios de urgencias y las consultas a especialistas. La multiplicidad de intervenciones y la dispersión del cuidado de estos pacientes tienden a reforzar la fijación biomédica. Cuando sea necesaria la derivación, se debe hablar antes con el

consultor y especificar de forma clara su objetivo.

5. Pedir al paciente y la familia que formulen su propio diagnóstico. Es importante comprender el significado que para el paciente tienen los síntomas, y sus explicaciones del problema informaran sobre qué espera del tratamiento. Atender estas preocupaciones permitirá establecer una relación terapéutica constructiva, en la cual el paciente se sentirá escuchado. En todo caso, es importante encontrar unas explicaciones de los síntomas aceptables para todas las partes implicadas.
6. Intentar conocer eventos vitales recientes de carácter estresante, sucesos que hayan podido producir cambios en la vida del paciente o problemas familiares no resueltos. Son de especial importancia para la fijación somática problemas como el maltrato o desamparo infantiles, los duelos no elaborados, el abuso de alcohol o drogas, la adicción al trabajo y otras conductas dependientes. Estas cuestiones es preferible abordarlas en el transcurso de una sesión familiar.
7. Invitar a la familia a participar en el tratamiento desde su comienzo. Es importante incluir a la familia, puesto que el significado que den a los síntomas puede contribuir a mantenerlos e intensificarlos. A veces los síntomas tienen efectos interpersonales como provocar expresiones de preocupación o de

simpatía o excusar al paciente de preocupaciones o trabajos.

8. Preguntar al paciente y su familia sobre sus puntos fuertes y sus áreas de competencia y recuérdeseles a menudo. Los pacientes con fijación somática grave a menudo detentan un historial de desamparo o maltrato; el apoyo es parte fundamental de su tratamiento, por otra parte, siempre es más fácil construir sobre lo positivo que rectificar las carencias.
9. Evitar fijaciones psicosociales y no abandone un enfoque integral. Además de los aspectos psicológicos de la fijación somática, a menudo existen componentes biomédicos. También los pacientes con fijación somática a veces se ponen enfermos, así que permanezca alerta a los indicios somáticos de trastornos serios.

Una aproximación integral continuada es en sí misma una forma de arte y de ciencia aplicada a un tiempo. Las mejores intervenciones en pacientes con fijación somática son aquellas que combinan lo biomédico y lo psicosocial, esto es, intervenciones biomédicas que producen efectos psicológicos, e intervenciones psicológicas que producen efectos biomédicos. De modo similar, las explicaciones que tienen en cuenta experiencias traumáticas, estrés o insuficiencia del sistema inmunológico,

REVISIONES Y/O ACTUALIZACIONES

- son intentos de integrar estos dos aspectos de la enfermedad.
10. Buscar el lado interesante de los casos de fijación somática: Tradicionalmente, estos casos resultan frustrantes para los médicos y duran mucho tiempo. Es frecuente que los pacientes y sus familiares se sientan frustrados, irritados con las instituciones médicas y descorazonados respecto a su enfermedad. Encontrar el lado interesante de estos casos permitirá que no se rompa el contacto con unos pacientes tan difíciles, y evitará que se produzca el hastío del médico.
 11. Evaluar los progresos de los pacientes prestando mayor atención, a los cambios en su nivel de funcionamiento que a los síntomas: En estos pacientes no acostumbrar a darse una remisión total de los síntomas. Es preferible plantearse metas más realistas como un descenso de éstos y un mejor funcionamiento en áreas como el trabajo o las relaciones familiares.
 12. Finalizar de forma gradual las fases intensas del tratamiento: Siempre es aconsejable, con estos pacientes, frenar una mejora excesiva rápida de los síntomas. Si el médico mantiene unas expectativas moderadas, el paciente quedara libre para evolucionar a su propio ritmo. Cuando se produce alguna mejoría, es útil plantear en voz alta qué problemas podrían surgir de darse una recuperación completa en el paciente.

A medida que se producen un incremento en el nivel general de funcionamiento del paciente y una disminución en el grado de discapacidad que los síntomas comportan es conveniente espaciar las visitas. Sin embargo, resulta crucial para el éxito del proceso que el paciente sepa que puede acudir al medico siempre que lo crea conveniente, al margen del estado de sus síntomas.

El enfoque biopsicosocial a la fijación somática, puede resumirse en este diagrama:

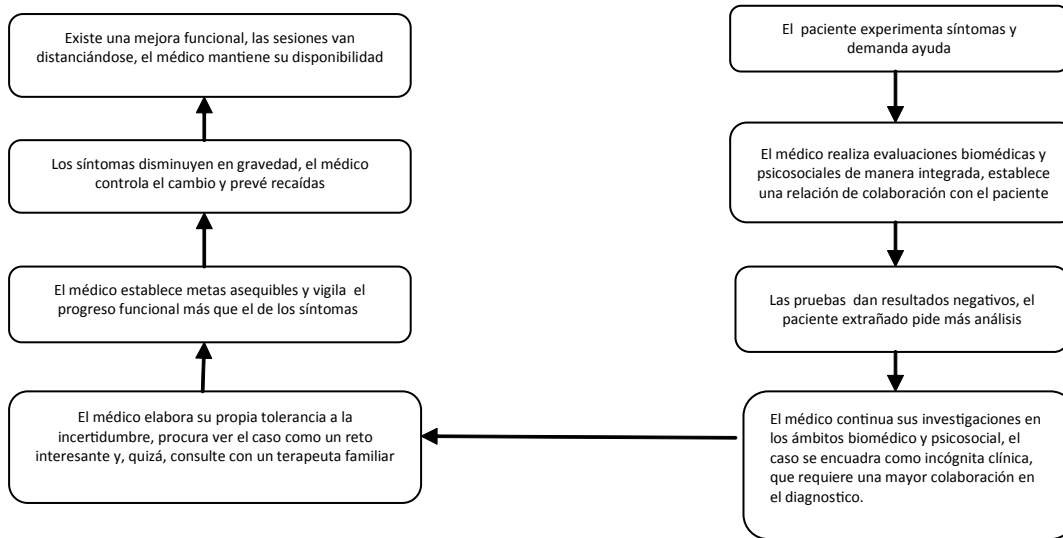


FIGURA 4. *Enfoque Biopsicosocial a la Fijación Somática.*

REVISIONES Y/O ACTUALIZACIONES

REFERENCIAS

1. Day Robert A., Gastel Barbara: Como escribir y publicar trabajos científicos. 2008.261:159-164
2. McDaniel, Campbell y Seaburn: Orientación familiar en atención primaria.1998.1era ed.:278-292
3. de la Revilla, et al. Conceptos e instrumentos de la atención familiar.1994.ed. Doyma. cap.2:9-15
4. Solorzano, Brandty Flores. Estudio integral del ser humano y su familia.2001.1era ed.:1-8.
5. Simon F., Sterlin H, Wynnel. Vocabulario en terapia familiar.1993.Ed.Gidesa.1era reed.:20-45.
6. Rubinstein, et al. Medicina familiar y practica ambulatoria.2001.7.53-57.