

Enfoque biopsicosocial e interdisciplinario en una paciente polisintomática

JOSÉ ALFREDO SERNA, M.D.¹, JAIME LEE, M.D.¹, MARITZA CHARRY, TRAB. SOC.²,
FLORENCIA BUENAVENTURA, PSICOL.³

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 53 años, que consulta repetidamente por síntomas de mareos, taquicardia, sensación de fogajes, reaparición de dolores musculares, sensación permanente que algo iba a suceder. Para abordar el caso de Ana se tiene como referente el enfoque biopsicosocial; a partir de este contexto se plantea como hipótesis de trabajo una enfermedad somática determinada por sus emociones, afectos y relaciones familiares, donde el síntoma somático emerge como resultado de los trastornos relacionales y los procesos de comunicación alterados o estancados. Luego de intervenir el grupo multidisciplinario, desapareció la taquicardia, se redujeron el mareo y los espasmos musculares, se logró rediseñar y recrear nuevos espacios y desplazar los síntomas centrados en el dolor y en la enfermedad, pues se encontraron fuentes gratificantes impensadas, las relaciones familiares mejoraron en los distintos subsistemas, se mantuvo el respeto por la individualidad de sus miembros y se redefinieron claramente sus sistemas de comunicación, sus límites en los papeles y en el manejo de las emociones.

Palabras clave: Enfoque biopsicosocial; Trabajo en equipo; Desórdenes; Multisomatiformes.

Approach biopsychosocial and interdisciplinary of a polysymptomatic patient

SUMMARY

A patient of 53 years old consults repeatedly by symptoms of sickness, tachycardia, sensation of facial flush, reappearance of muscular pains, permanent sensation of which something was going to happen. The case of Ana is approached having as referring the biopsychosocial approach starting off of this context considers like somatic hypothesis of work one pathology determined by its familiar emotions, affection and relations, where somatic symptom emerges like result from the relational upheavals and the processes of communication altered or non progressive after the intervention from the disciplinary group, disappearance the tachycardia, was reduced I am annoying and the muscular spasms, she profit to redesign and to recreate new spaces moving symptoms trims in the pain and disease, finding rewarding things also thought did not improve the familiar relations in the different subsystems, maintaining the respect by individualization of their members and redefining clearly his communication systems, you limit, rolls and handling of emotions.

Key word: Approach biopsychosocial; Team of work; Multisomatiform disorder.

Para la mayoría de los médicos de cuidado primario, la consulta de pacientes con multiplicidad de síntomas es frustrante¹ y clínicamente es posible clasificar los enfermos como un desorden de somatización, aunque para esto son necesarios los criterios diagnósticos que según los estudios en morbilidad ambulatoria son de baja prevalencia. Por tanto, es mejor pensar en una categoría diagnóstica propuesta por Kroenke *et al.*² denominada «desórdenes

multisomatiformes», que se puede definir como tres o más síntomas simultáneos e inexplicados de dos años de evolución con marcadas alteraciones en la vida del paciente y que se acompañan de una frustración profunda por parte del médico.

Con esta definición en mente se puede aproximar a la prevalencia real de este desorden identificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE

1. Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: jaserna@univalle.edu.co jaimlee@telesat.com.co
 2. Profesora Auxiliar, Escuela de Trabajo Social y Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: maricharry@hotmail.com
 3. Psicóloga clínica. Especialista en Educación para la Salud. e-mail: florenbu@uniweb.net.co
- Recibido para publicación febrero 21, 2005 Aceptado para publicación marzo 31, 2006

10) en el Capítulo XVIII (síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra categoría), y en el Código Z 71 (persona que teme estar enferma a quien no se hace diagnóstico). El siguiente caso clínico expone el uso de una aproximación biopsico-social realizada por un equipo de profesionales de la salud que trabaja en cuidado primario y describe las técnicas y los resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Llega a la consulta de un médico de familia una mujer de 53 años, profesional de las ciencias sociales y que trabajaba en una entidad financiera, casada y con dos hijas de 23 y 17 años con cervicgia recurrente de varios meses de evolución, que en ocasiones le produce disminución de la fuerza en los miembros superiores y con mejorías parciales ante la terapia física. Refiere sufrir de hipertensión arterial, hiperlipidemia, prolapso de la válvula mitral, y taquicardia ventricular paroxística. Tenía antecedentes de amigdalectomía, histerectomía, ooforectomía, además de alergia al polvo. Refería haber ingerido verapamilo 80 mg/día hasta seis meses antes, cuando por causa de hipotensión tuvo que suspenderlo. En ese momento tomaba grageas de calcio más vitamina D, una al día. Una abuela había sufrido de cáncer de seno. Al examen físico presentaba buenas condiciones generales Peso: 55, talla 1.57, TA: 100/60, IMC: 26. Sólo se encontró un espasmo muscular en la zona de trapecio y cervicales, con varios puntos gatillo positivos.

El análisis de la primera cita incluyó los siguientes diagnósticos:

1. Adulto maduro (post-menopausia).
2. Familia en plataforma de lanzamiento.
3. AP hiperlipidemia e hipertensión arterial.
4. Síndrome miofascial.
5. AP de prolapso de válvula mitral.

Bajo el contexto del Sistema General de Seguridad Social existente en Colombia³ a esta mujer se le debía buscar a través de la anamnesis factores de riesgo, de acuerdo con su edad, que le aumentarían la probabilidad de presentar problemas cardiovasculares, de cáncer de cuello uterino, de seno y de colon, de síntomas menopáusicos, de hábitos alimenticios y de situaciones de estrés y del manejo que ha dado a los mismos. En el examen físico se debía enfatizar, como realmente se hizo, en la toma de presión arterial, índice de masa corporal, relación cintura-

cadera (no necesaria por su adecuado IMC), estudio de agudeza visual, sobre todo de visión cercana (pendiente para una cita posterior) y examen de senos (normal). Los exámenes paraclínicos para ordenar a esta paciente o por interrogar si ya los había tenido, fueron: glicemia en ayunas (90 mg/dl), perfil lipídico completo (ya lo tenía), creatinina sérica (normal), uroanálisis (normal), citología vaginal (normal) si no tiene una en el último año y una mamografía, si no le habían tomado alguna previa. Si no hubiera presentado ninguna enfermedad ni factor de riesgo se le debía hacer un control preventivo cinco años después. En caso contrario, como el de esta paciente (historia de hiperlipidemia) se decidió iniciar un manejo integral y con una periodicidad trimestral de controles.

Es necesario decir que el «task force» (grupo especializado de Medicina Preventiva Norteamericano⁴ del 2004), tiene como elementos preventivos adicionales a la historia de alcoholismo, depresión, cáncer de colon, el uso de ácido acetilsalicílico de 100 mg al presentar antecedente de hiperlipidemia y previa discusión con ella acerca de los potenciales eventos adversos de esta terapia.

Para su cuarto diagnóstico se le ordenó radiografía de columna cervical y se inició manejo terapéutico con ibuprofeno 400 mg, cada 8 horas por 10 días, más calor local en el cuello.

Consultó diez días después por persistencia del dolor que se ha extendido a la zona dorsal. Refería que estaba aumentando de peso, se percibe ansiosa y preocupada por su taquicardia, que según otro médico requería una ablación del nodo. Tomaba veraliprida 100 mg sin efectos para sus síntomas menopáusicos. En la revisión por sistemas refería además no dormir bien, un absceso mandibular en tratamiento por odontología y prurito vaginal. Al examen físico se encontró peso de 55 kg (igual que el anterior) gran espasmo cervico-dorsal, distensión generalizada del área del colon y eritema de la vulva.

El médico de familia ante esos hallazgos evidentes de polisintomatología más ansiedad incluyó dentro de las hipótesis o determinantes del estado salud-enfermedad de esta paciente el no cumplimiento exitoso de su tarea evolutiva, según la fase de su ciclo vital individual, adulto maduro⁵ cuya tarea principal es transmitir sus experiencias vitales y cognoscitivas a las nuevas generaciones y llevar una vida útil (generatividad).

En su ciclo vital familiar, esta paciente presenta una familia que atraviesa la denominada fase de plataforma de lanzamiento, en la que se privilegian la individuación e

identidad personal, la intimidad, la autonomía y la independencia. Es una etapa donde se esperan gratificaciones, se establecen relaciones íntimas y actividades fuera de la familia.

En definitiva, el médico de familia ante la evolución del cuadro decidió incluir en sus hipótesis diagnósticas las siguientes: ¿No cumplimiento en las tareas evolutivas de su ciclo vital individual? ¿Disfunción familiar? ¿Candidiasis vulvar?

El médico se puso en contacto con el profesional de psicología para comentarle el caso y asignarle cita con el mismo. Adicionalmente la remitió de nuevo a terapia física, le continuó veraliprida 100 mg y adicionó crema tópica de clotrimazol. Sus objetivos se trazaron en hacer el seguimiento clínico y analizar la evolución de la paciente en sus síntomas biológicos y establecer la relación entre los síntomas físicos y el estado emocional y relacional.

En la valoración psicológica luego de varias entrevistas se llegó a las siguientes hipótesis como elementos de trabajo:

- Historia de cómo cada uno de los síntomas se encontraba ligado a lo negativo, al displacer, al sufrimiento y a la muerte como personaje recurrente, que propiciaban, según el entorno y las circunstancias, una ganancia o identificación con el síntoma. Así, ella creaba una identificación total con sus enfermedades y cada uno de sus síntomas físicos los justificaba al acompañarlos de representaciones mentales ligadas a varias etapas de su vida, con especial relevancia el abandono de su madre a temprana edad. En cada relato, de acuerdo con el espacio, tiempo y contexto vital que se daba, el síntoma se manifestaba, dramatizaba y simbolizaba de manera diferente.
- Manejaba hacia sus padres ideas de abandono y rabia que siempre la acompañaban.
- El único punto de su vida donde relacionaba afecto era cuando hablaba con infinita ternura de un animalito y así lo expresaba en su relato: «No sé querer, cuando quiero pego, hay cosas en el mundo que odio».

Con estos hallazgos el objetivo terapéutico individualizado se encaminó a encontrarle relación de placer consigo misma y su entorno mediante el trabajo con sus actividades diarias y con su cuerpo, así como también hacer aproximaciones a sus afectos y exteriorización de sentimientos de culpa. Además, se encontró un entorno familiar donde se manejaba un «miedo colectivo» y alteraciones en la relación con su pareja e hijas. Por lo anterior

se decidió hablar con la trabajadora social para hacer una valoración familiar que al final de las primeras citas arrojó formas agresivas de comunicación, poca expresión de sentimientos positivos y aumento en la expresión de sentimientos negativos, confusión de tareas y problemas conyugales entre los padres. Todo lo anterior se refleja en el siguiente diagrama vincular con diagnóstico final de disfunción familiar estructural (se refiere a la recurrencia de patrones de relación habituados al conflicto y que evitan el cambio)⁶ (Figura 1).

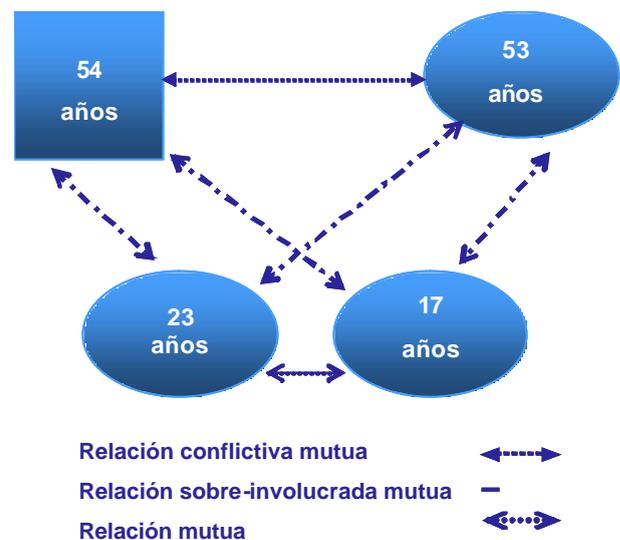


Figura 1. Diagrama vincular

Los objetivos de la terapia familiar fueron movilizar el sistema familiar y sus miembros hacia la flexibilización de los cambios transaccionales a los que estaban abocados y fortalecer el funcionamiento de los subsistemas: individual, fraternal, parental y conyugal.

El trabajo interdisciplinario y simultáneo entre médico de familia, psicóloga y trabajadora social consistió en controles médicos regulares, sesiones psicológicas continuas y de seguimiento, sesiones de terapia familiar (que incluyen sesiones familiares, individuales y de pareja, durante 11 meses). Los resultados conseguidos fueron mejoría de los síntomas de cervicalgia, extinción de los síntomas de arritmias, aceptación de sus síntomas menopáusicos y taquicardias y disminución en la frecuencia de consultas médicas.

Desde el punto de vista psicológico, se logró rediseñar y crear nuevos espacios que colocaron en otros planos su discurso centrado en el dolor y enfermedad; lentamente se

encontró con alegrías impensadas y gratificaciones con ella y su entorno que desplazaron los síntomas. Un momento de avances significativos dentro del proceso terapéutico se dio al emerger la escritura como elemento de comunicación y de creación de personajes que asumen papeles y que le permitían expresar sentimientos y sensaciones que dentro de su propia realidad eran amenazantes. En ese momento apareció en su vida un cambio en el ritual que llevaba con sus libros vistos por ella como sus amores a los que cuidaba y guardaba con gran recelo y no permitía que nadie los leyera o los cambiara de lugar. Esta relación con los libros comenzó a cambiar, se desprendió de muchos y logró crear una relación lúdica y no la de sufrimiento que había desarrollado con ellos (en términos terapéuticos «ella» serían los libros y ella pudo cambiar su comportamiento).

Estos elementos terapéuticos creativos (metáfora y narrativa)⁷ permitieron la ruptura con «las barreras de la represión y abrieron un camino a la búsqueda sublimatoria y reparadora con ayuda de la fantasía».

Todo esto llevó a una mejor relación consigo misma y su entorno al igual que su comportamiento hiperactivo, ansioso y de castigo que se moderó significativamente.

Por último, desde el punto de vista familiar global se logró discutir cognoscitivamente diversos conceptos sobre el amor, lo que permitió comprender y construir una concepción del amor desde la libertad y no como posesión o sobreprotección del otro, asimismo se fortalecieron las expresiones de afecto de cada uno de los miembros, el uso y la elección de palabras cercanas a las impresiones emocionales, para evitar la alteración de los procesos de percepción e interpretación de las conductas y con control cuidadoso del uso de frases hirientes y cargadas de rabia. En el subsistema conyugal los esposos pudieron fortalecer los límites interpersonales con sus hijas, la distribución de las funciones, los límites y las responsabilidades laborales del esposo, el respeto del tiempo libre y en pareja. En el área afectiva y de comunicación cada uno pudo encontrar y entender las necesidades emocionales individuales, e identificar las que podrían satisfacer el cónyuge y cuáles se debían manejar individualmente. En el subsistema parental se logró organizar los papeles, límites y responsabilidades de la familia, lo que se reflejó en la organización física de la vivienda, en los espacios compartidos y en los espacios individuales entre padres e hijas. Los padres lograron definir las actividades y necesidades básicas que deseaban seguir satisfaciendo y asignarles a

las hijas responsabilidades económicas e instrumentales para la supervivencia autónoma. Se expresaron los temores conscientes e inconscientes respecto al abandono de las hijas y de los padres, respectivamente, y se incorporó la idea de modificar las relaciones parentales y no de la extinción del amor.

DISCUSIÓN

Este caso clínico representa una experiencia común en la vida profesional de los médicos de familia y otros profesionales de atención primaria, que muchas veces se pasa por alto, y en otras se trata con medicamentos de manera innecesaria y las más de las veces producen un sentimiento de frustración ante la falta de mejoría de los pacientes.

Ampliar el foco de comprensión e intervención de los síntomas somáticos, incluyendo el entendimiento del mundo interno (individual) y el externo (interacción) con el contexto familiar, constituye el enfoque terapéutico clave en casos como este⁸. El trabajo en equipo entre las diversas disciplinas de la salud es necesario cuando se pretende hacer este abordaje. Los procesos de psicoterapia individual y familiar en salud con enfoque sistémico breve ofrecen resultados eficaces a mediano plazo, pues resuelven en alguna medida los síntomas somáticos⁹.

Desde el contexto psicológico la perspectiva teórica de la dolencia somática se basó en los planteamientos de Brainsky¹⁰ donde se encuentra «determinada particularmente por la forma específica en que se vivencia y que en el ámbito se transforma en los síntomas de la enfermedad y el núcleo noemático de las percepciones esta constituido por los síntomas y la muerte como elemento inminente; con lo cual el individuo comienza a funcionar en términos de identificación o ganancia del síntoma» y también con referencia el concepto de síntoma afirmado por Freud¹¹ donde plantea que éste es «la representación distorsionada de deseos reprimidos y el castigo por estos».

En el caso actual el proceso somático en el área psicológica se planteó en forma necesaria desde tres puntos de vista:

1. Por la paciente, que vivenciaba los síntomas con identificación parcial con la enfermedad y la percibía a través de lo negativo y como castigo.
2. Por la terapeuta, que percibió y abordó los síntomas hacia la reconstrucción y exploración de otros espacios que le permitieran una mirada lúdica y gratificante.
3. Y desde el espacio virtual terapéutico que se creó,

como un objeto transicional, vivido por ambas partes como algo que proviene del adentro y con características del afuera¹².

Para este planteamiento era entonces necesaria la ubicación de los síntomas descritos por la paciente desde un ámbito temporal y espacial que permitiera la comprensión de su problemática desde su contexto vital presente. Se hace a través de este contexto una mirada simbólica ayudada con la metáfora y la dramatización escrita como elementos facilitadores para el quiebre de las defensas y que ayudaran a la reconstrucción de la experiencia mediante un diálogo colaborativo. Se aborda el síntoma en este caso como la carencia, vista como una agresión desorganizadora que obedece a deseos reprimidos y al castigo por ellos. Aquí los sentimientos adversos hacia los padres por la falta de atención y cariño y el castigo que de ellos sufrió es el displacer creado en su cotidianidad con ayuda de la enfermedad.

En el área familiar la perspectiva sistémica es la base de la intervención con familias y por tanto, el foco ya no es el individuo como supuesta «fuente» de la enfermedad, sino las características de la organización del sistema familiar donde el síntoma tiene sentido. Por tanto, el uso del enfoque estructural es útil para modificar la forma de las relaciones familiares. Se trata de concebir la interacción como fuente de información y, en consecuencia, como modo de comunicación, en la cual los significados son fundamentales para comprender la interacción y la comunicación. El síntoma psicossomático parece adquirir un significado simbólico que se conecta con algo «que se debe comunicar» a través del cuerpo. El síntoma habla y expresa un contenido simbólico de las relaciones y las reglas construidas con las que está organizada la familia. Al respecto Watzlawick¹³ plantea que el centro de interés ha de ser la relación entre ellos y no el síntoma psicossomático. En este sentido la mirada circular deberá ser en dos vías: una, cómo se organiza la familia alrededor del paciente y su enfermedad, y la otra, verificar el modo en que esa familia, en ese momento de su historia y de su ciclo vital, interactúa con la aparición de la enfermedad de uno de sus miembros.

CONCLUSIONES

La atención de Ana deja grandes enseñanzas que se resumirán en los siguientes puntos a manera de conclusión:

1. En la atención primaria en salud es importante el trabajo en equipo y el manejo integral (biopsicosocial) de los pacientes con enfermedades somáticas.
2. Los criterios de remisión a los servicios de atención terapéutica en las áreas psicológica y familiar en casos similares a este son: falta de adherencia al tratamiento médico, falta de aceptación de la enfermedad, que la enfermedad afecte su estado nervioso, somatizaciones recurrentes, que la enfermedad afecte su entorno familiar, social y laboral, estilos de vida no saludables, y componentes psicosociales como depresión, ansiedad, estados de pánico, disfunción familiar y disfunción de pareja.
3. Los médicos de atención primaria deben realizar un trabajo en equipo interdisciplinario con otras profesiones que abarquen las áreas que están comprometidas en el proceso de salud-enfermedad de los individuos.
4. En la intervención en salud es importante el enfoque sistémico, la dinámica y la historia de la familia constituyen los principales factores que explican, y permiten modificar el comportamiento de los individuos señalados como enfermos somáticos.
5. Es importante trazar un plan terapéutico desde la individualidad del paciente; es claro que cada uno responderá a modelos terapéuticos diversos y necesariamente también va a intervenir la mirada que el terapeuta tenga hacia la problemática planteada y el espacio y relación que se crea entre ambos será determinante en la evolución del proceso.
6. Debe existir un seguimiento conjunto de la evolución diagnóstica por parte del equipo interdisciplinario (estudio de caso) para permitir que los procesos terapéuticos que se logren se incorporen de manera sintonizada entre el equipo y el paciente.
7. Esto requiere que el paciente tenga conciencia del proceso interdisciplinario y que conozca de manera concreta y práctica las implicaciones de su problemática en el entorno biológico, psicológico y social.

REFERENCIAS

1. Quill TE. Somatization disorder: one of medicine's blind spots. *JAMA* 1986; 254: 3075-3079.
2. Kroenke K, Spitzer RL, de Gruy F, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, et al. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patients in primary care. *Arch Gen Psychiatr* 1997; 54: 352-358.
3. Ministerio de Salud. *Resolución 412 de febrero de 2000*. [en

- línea] 2000 [fecha de acceso febrero 2 de 2005]. URL disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntadulto.htm>
4. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2001-2004. 3ª ed. [en línea] [fecha de acceso febrero 2 de 2005]. URL disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/gcpspu.htm>
 5. Erikson EH. Ocho edades del hombre. *En: Infancia y sociedad*. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, Ediciones Hornme; 1961. p. 198-210.
 6. Sánchez LM. Evaluación y trazado de la estructura familiar. *Serie Documentos de trabajo N° 5*. Cali: Centro Editorial Universidad del Valle; 2000. p. 26-33.
 7. Milmaniene JE. *Arte y psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman; 1991. p. 139-165.
 8. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Gedisa; 1999. p. 128-140.
 9. Hernández AP. *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica de corte breve*. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho; 1999. p. 32-45.
 10. Brainsky S. *Algunas consideraciones sobre el psicoanálisis y teoría del conocimiento*. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1998. p. 110-123.
 11. Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas*. Madrid: Ediciones Biblioteca Nueva; 1926. pp. iniciales y finales
 12. Winnicott A. *Playing and reality*. New York: Editorial Routledge; 1986. p. 156-174.
 13. Watzlawick P. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder; 1983. p. 185-200.