

Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto

J.M. Aiarzaguena^a, G. Grandes^b, I. Alonso-Arbiol^c, J.L. del Campo Chavala^d, M.B. Oleaga Fernández^d y J. Marco de Juana^d

Objetivo. Investigar la factibilidad de una intervención biopsicosocial breve para somatizadores, realizada por su médico de familia, y estimar su potencial efecto sobre la calidad de vida.

Diseño. Serie prospectiva de 12 casos analizados antes y después de la intervención, y estudio cualitativo de la percepción de los médicos.

Ámbito del estudio. Tres consultas de medicina de familia de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Pacientes. Muestra consecutiva de 12 pacientes, de entre 18 y 65 años, con 6 o más síntomas carentes de explicación médica en mujeres, y 4 o más en varones.

Intervención y mediciones. Se realizó la intervención DEPNAS (detección-explicación tangible-plan-exploración-normalización- acción-seguimiento). Se analizaron los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y se realizaron entrevistas grupales con los tres médicos colaboradores.

Resultados. La mejoría global en calidad de vida se estimó en 8 puntos (DE, 13,4; $p = 0,073$), considerada de rango moderado por los autores del SF-36. La correlación intramédico, necesaria para calcular el tamaño del estudio definitivo, fue nula para 5 escalas, y de 0,058, 0,098 y 0,28 para las restantes. La intervención es asumible por los médicos de familia, pero existe alto riesgo de contaminación cuando el mismo médico la realiza con unos pacientes y no con otros.

Conclusiones. La mejoría observada tras la intervención, aunque no podemos atribuirle a ésta al carecer de un grupo control, justifica la necesidad de realizar un ensayo clínico controlado y aleatorizado por médicos para evitar la posible contaminación.

Palabras clave: Trastorno por somatización. Psicoterapia breve. Atención primaria. Calidad de vida relacionada con la salud. Estudio piloto.

BIO-PSYCHO-SOCIAL TREATMENT APPROACH TO SOMATIZING PATIENTS IN PRIMARY CARE: A PILOT STUDY

Objective. To explore the feasibility of a brief psychosocial intervention for somatizing patients in the Primary Care setting and its potential effects on these patients' quality of life.

Design. Prospective series of 12 cases, with pre and post-intervention analyses.

Setting. Three general practices of the Basque Health Service.

Patients. Consecutive sample of 12 patients, between 18 and 65 years-old, complaining about at least six medically unexplained symptoms for female patients or at least four for male patients.

Intervention and measurement. DEPNAS intervention was carried out: Detection-Explanation-Plan-Exploration-Normalization-Action-Follow-up. Differences between before- and after-intervention health-related quality of life (SF-36) were compared and group interviews were held with the three collaborator general practitioners.

Results. Overall quality of life improvement was estimated in 8 points (SD, 13.4; $P = .073$). Intra-GP correlation coefficients, necessary for estimate the size of the clinical trial, were null for five scales, and 0.058, 0.098 and 0.28 for the other three scales. Group interviews showed that DEPNAS bio-psycho-social intervention is acceptable for general practitioners and that there was a high risk of contamination when the same doctor simultaneously treated some patients and not others.

Conclusions. The improvement seen after the intervention, although not totally attributable to it due to the lack of a control group, justify the need of conducting a clinical controlled trial randomised by GPs to avoid contamination.

Key words: Somatoform disorders. Brief psychotherapy. Primary health care. Health-related quality of life.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^dResidentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Inazio. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. ^bEpidemiólogo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Investigación de Atención Primaria-Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. ^cDoctora en Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Correspondencia: José M. Aiarzaguena Sarriguarte. Unidad de Investigación de Atención Primaria. Osakidetza. Luis Power, 18. 48014 Bilbao. Correo electrónico: jaiarzaguenas@meditex.es

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente n.º 00/0854).

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-XII-2001.

Introducción

La somatización, expresión del malestar en un idioma de quejas corporales carentes de explicación biológica, está presente en el 38-60% de los pacientes de atención primaria y genera sufrimiento para el paciente, frustración entre los médicos y un gran impacto económico¹.

Aunque las terapias cognitivo-conductistas pueden ser exitosas², no son útiles en las consultas de atención primaria. Otras estrategias, como la reatribución de Goldberg, sólo han demostrado mejoras parciales³. Nosotros hemos diseñado una nueva intervención psicosocial breve para los pacientes somatizadores⁴. El objetivo de este estudio piloto es investigar su factibilidad y estimar su potencial efecto sobre la calidad de vida de estos pacientes. Se pretende con ello obtener la información necesaria para el diseño de un posterior ensayo clínico.

Material y métodos

Se trata de una serie de casos prospectiva, para la que fueron seleccionados los 12 primeros pacientes, de entre 18 y 65 años, atendidos en tres consultas del Centro de Salud de San Inazio-Bilbao (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud), que presentaban 6 o más síntomas carentes de explicación médica en el caso de las mujeres, y 4 o más si eran varones. Esta definición operativa de somatización ha sido ampliamente utilizada en otros estudios⁵. Se excluyó a los pacientes con trastornos psicóticos, alimentarios, abuso de sustancias y los que estaban en psicoterapia.

La intervención DEPNAS, cuyos contenidos han sido publicados previamente⁴, fue realizada en 5 consultas de 30 min por tres residentes de tercer año de medicina de familia (tabla 1), tras 40 h de formación.

La calidad de vida relacionada con la salud se midió en el domicilio de los pacientes mediante la autocumplimentación del cuestionario SF-36⁶⁻⁸, asistidos por un entrevistador. Se realizaron tres entrevistas grupales con los tres médicos para valorar la viabilidad del proceso del estudio.

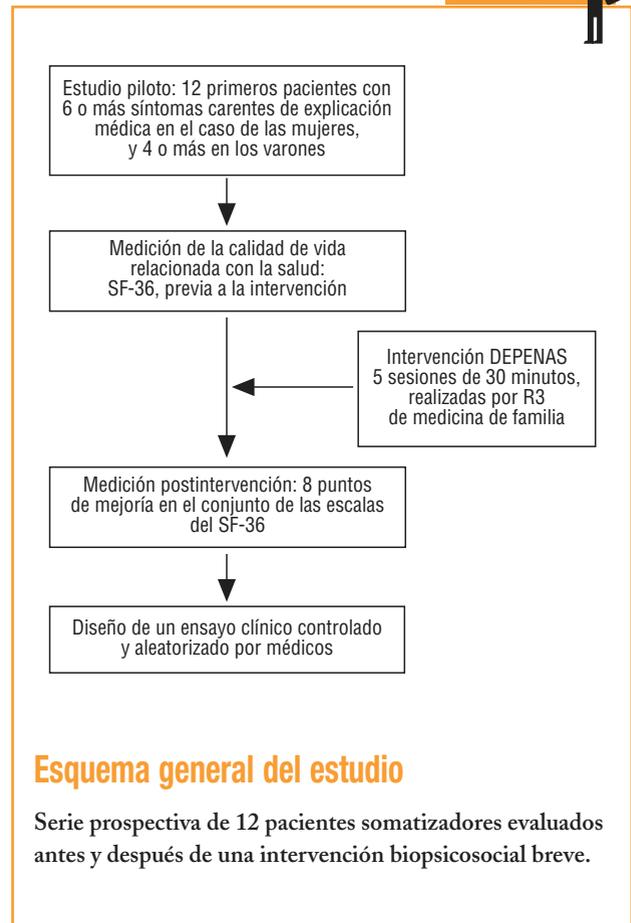
Se compararon las mediciones pre y postintervención de las escalas del SF-36 mediante pruebas pareadas de Wilcoxon. La correlación entre los pacientes de cada médico se estimó mediante el coeficiente de correlación intraclase. Finalmente, se combinaron los cambios antes-después de las 8 escalas del SF-36 mediante un modelo de regresión de efectos aleatorios, ajustado por el efecto de cada escala y teniendo en cuenta la correlación entre las 8 mediciones realizadas en cada paciente, así como la de los pacientes de cada médico⁹. Todos los análisis se llevaron a cabo con SASTM.

Resultados

Un paciente no aceptó la intervención y abandonó el estudio. Nueve de los 11 restantes eran mujeres y la edad promedio fue 48 años (desviación estándar [DE], 21,5).

A excepción de las escalas de función física y función social, se observaron mejoras en las restantes, que fueron más im-

Material y métodos Cuadro resumen



portantes en las de rol físico (20,4 puntos; $p = 0,03$), salud general (12,5 puntos; $p = 0,003$) y rol emocional (21,09 puntos; $p = 0,17$). En dolor corporal y vitalidad, las mejoras observadas fueron moderadas (8,1 y 7,3 puntos; $p = 0,03$ y $p = 0,14$, respectivamente) y pequeñas en la escala de salud mental (2,5 puntos; $p = 0,28$) (tabla 2). Mediante un modelo de regresión de efectos aleatorios se consideraron en conjunto las mejoras observadas en las 8 escalas medidas a cada sujeto. Se estimó que el incremento general fue de 8,1 puntos (DE, 13,39; error estándar, 4,03; $t = 2,01$, 10 grados de libertad; $p = 0,073$). Los coeficientes de correlación intraclase fueron nulos, a excepción de los de las escalas de función física (0,098), salud general (0,058) y vitalidad (0,28).

Los médicos residentes manifestaron en las entrevistas grupales que la intervención era asumible y que creaba un marco cómodo de relación médico-paciente. No se detectaron problemas en el proceso de captación, inclusión, consentimiento informado ni medición de resultados. Sin embargo, revelaron que no era posible que el mismo médico realizara la intervención DEPNAS (detección-explicación tangible-plan-exploración-normalización-ac-

TABLA 1 **Contenidos principales de la intervención DEPENAS⁴ (detección*-explicación- plan-exploración-normalización-acción- seguimiento*)**

Explicación tangible de síntomas, para neutralizar el estigma asociado al malestar psicológico
Atribuyendo la sintomatología a una alteración de las hormonas de las emociones
Plan
Informando al paciente del objetivo de las sesiones
Exploración
«Sacándolo fuera»: médico y paciente hablan de situaciones externas a ambos
Validando previamente las posibles respuestas que pueda dar el paciente
Normalización
Haciendo las paces con el pasado: manejando la culpa y el resentimiento
Contextualizando a la persona en los avatares de su ciclo vital personal y familiar
Insistiendo en que «todo es lógico y normal»
Reforzando y ensalzando los logros
Preparando el cambio
Acción
Cambios higiénicos: descansar, distraerse y divertirse
Cambios cognitivos: sobre todo, aprender a relativizar las cosas
Cambios en habilidades sociales: sobre todo, aprender a negociar

*La detección del trastorno fue previa a la entrada del paciente en este estudio y el seguimiento no se ha realizado.

TABLA 2 **Mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud de los 11 pacientes somatizadores**

Escalas SF-36	Media antes (DE)	Mediana antes	Media después (DE)	Mediana después	Media mejoría (DE)	Mediana mejoría	Valor de p	Correlación intramédico
1. Función física	68,64 (21,10)	70,0	69,54 (19,29)	70,0	0,90 (12,21)	5,0	0,32	0,098
2. Rol físico	25,00 (35,36)	0,0	45,45 (44,47)	25,0	20,45 (26,97)	0,0	0,03	0,0
3. Dolor corporal	40,91 (16,94)	41,0	49,00 (19,72)	51,0	8,09 (11,43)	9,0	0,03	0,0
4. Salud general	46,18 (18,32)	50,0	58,73 (17,07)	55,0	12,54 (12,46)	10,0	0,003	0,058
5. Vitalidad	44,09 (17,58)	40,0	51,36 (17,48)	50,0	7,27 (22,29)	10,0	0,14	0,28
6. Función social	78,64 (19,43)	88,0	70,54 (33,53)	75,0	-8,09 (20,91)	-13,0	0,87	0,0
7. Rol emocional	54,64 (45,42)	67,0	75,73 (36,86)	100,0	21,09 (45,41)	0,0	0,17	0,0
8. Salud mental	58,55 (13,54)	56,0	61,09 (15,40)	64,0	2,54 (16,61)	4,0	0,28	0,0
Componente de salud física	35,95 (11,08)	35,4	38,90 (10,58)	42,9	2,95 (5,89)	2,22	0,73	0,40
Componente de salud mental	41,26 (11,19)	40,7	44,71 (11,95)	44,7	3,45 (14,39)	2,11	0,23	0,0

ción-seguimiento) con unos pacientes y los cuidados habituales con otros sin que se «contaminara» este último grupo.

Discusión

Nuestros datos nos permiten confiar (1-p = 92%) en que se ha producido una mejoría, estimada en un incremento de 8 puntos en el conjunto de las escalas del SF-36, que es considerada moderada por los autores de dicho cuestionario⁶. La ausencia de grupo control no permite conocer el grado en que dicha mejoría es atribuible a la intervención, lo que refuerza la necesidad de realizar un ensayo

TABLA 3 **Pacientes (médicos) necesarios según diferentes correlaciones intramédico*, para un ensayo clínico con dos grupos iguales y aleatorizado por médicos**

Correlaciones intramédico	N.º de pacientes por médico (m)			
	m = 3	m = 4	m = 5	m = 6
0	83 (29)	83 (21)	83 (17)	83 (14)
0,05	99 (33)	104 (26)	108 (22)	112 (19)
0,10	112 (37)	121 (30)	129 (26)	138 (23)
0,15	125 (42)	138 (35)	151 (30)	164 (27)
0,20	138 (46)	155 (39)	173 (35)	190 (32)
0,25	151 (50)	173 (43)	194 (39)	216 (36)

*Calculados para una mejoría de 8,10 y DE de 13,39 (α = 0,05; β = 0,2).

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La somatización está presente en el 38% al 60% de los pacientes de atención primaria.
- Los especialistas en medicina de familia carecemos de intervenciones eficaces para este frecuente problema.

Qué aporta este estudio

- Una intervención biopsicosocial breve y asumible por el médico de familia puede tener resultados esperanzadores en la calidad de vida de los pacientes.
- Los datos observados justifican la necesidad de realizar un ensayo clínico aleatorio que evalúe su eficacia.

clínico controlado. El escaso período de seguimiento (45 días) nos hace suponer que el efecto de la intervención está subestimado, ya que los cambios que deben realizar los pacientes no son fáciles y pueden tardar más tiempo en producirse.

Las escalas del SF-36 que más han mejorado hacen referencia a la repercusión del malestar físico y psíquico en los distintos aspectos de la vida y nos indican dónde debemos esperar resultados positivos en el ensayo clínico a realizar: rol físico, rol emocional, dolor corporal y salud general.

El efecto de contaminación revelado en las entrevistas grupales nos obliga a diseñar un ensayo clínico aleatorizado por médicos. Para calcular el tamaño de este estudio hemos utilizado el efecto promedio global de las 8 escalas del SF-36, la variabilidad global y los coeficientes de correlación intramédico de cada una de ellas (tabla 3)¹⁰.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Julen Ariño, psiquiatra, su colaboración en el diseño de la intervención DEPENAS, así como a Idoia Gaminde, socióloga, Agustín Salazar, médico de familia, y Álvaro Sánchez, psicólogo, su colaboración en el diseño del estudio.

Bibliografía

1. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-4.
2. Speckens AEM, Van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995;311:1328-32.
3. Morriss RK, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Goldberg D. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:263-7.
4. Aiarzaguena JM, Ariño J. DEPENAS, hormonas y emociones: una guía práctica para el abordaje del malestar psicológico en atención primaria. *MediFam* 1999;9:310-6.
5. Escobar JI, Gara M, Silver RC, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatization disorder in primary care. *Brit J Psychiatry* 1998;173:262-6.
6. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.
7. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.
8. Anitua C, Quintana JM. Valores poblacionales del índice de salud SF-36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria* 1999;17:10-7.
9. Wu AW, Gray SM, Brookmeyer R. Application of random effects models and other methods to the analysis of multidimensional quality of life data in an AIDS clinical trial. *Med Care* 1999;37:249-58.
10. Bland JM. Sample size in guidelines trials. *Fam Pract* 2000;17: S17-S20.