

ASPECTOS SOMÁTICOS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL EN TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO*

Abdón Montserrat i Aguadé**

Ésta es una presentación de algunos datos sobre la patología somática de los niños y adolescentes atendidos en nuestro servicio que es la *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil de la Fundació Hospital Sant Pere Claver (UPPIJ-FHSPC)*. Quisiera, sin embargo, fijar la atención sobre las dificultades acontecidas durante la realización del estudio, ya que creo que éstas pueden ser tanto o más motivo de reflexión que los propios resultados.

De las primeras visitas realizadas durante el año 2005 se han estudiado todos los casos en los cuales el *Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)* ha indicado como tratamiento psicológico psicoterapia psicoanalítica, y además esta indicación ha sido confirmada desde la *UPPIJ*. Se trata de 49 casos.

Por las características de nuestro servicio, los pacientes quizás serían representativos de una gravedad clínica intermedia, psicológicamente con una parte sana suficiente como para ser tratados en el contexto de la terapia breve (un año), y que, por otra parte, no son casos con una psicopatología fundamentalmente reactiva, que, pueden resolverse con un abordaje más puntual desde el *CSMIJ*.

* Comunicación libre presentada en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYRNA) que bajo el título "Relaciones cuerpo-mente: Manifestaciones psicósomáticas en la infancia y la adolescencia" tuvo lugar en Ibiza del 12 al 14 de octubre de 2006.

** Psiquiatra. Correspondencia mail: Abdón@tinet.org

Las edades van de los 5 a los 19 años, estando más representada la población infantil que la juvenil. La no-distinción de estos dos subgrupos resta homogeneidad a los datos, dada la especificidad de cada uno de estos subgrupos. De hecho existe especificidad en la expresión psicósomática en cada franja de edad. Hay que decir que introducir estas divisiones reduciría mucho el tamaño de las muestras, dificultando de esta manera la posible comprobación estadística de los resultados.

La información se ha obtenido a partir de una base de datos que vamos elaborando en el equipo, en el contexto de un intento de sistematizar y clasificar la información clínica desde una perspectiva psicodinámica. En estos momentos, esta tarea se está iniciando, y de momento puedo presentar datos referentes más a aspectos psiquiátricos que a aspectos psicodinámicos. Otra parte de los datos tiene un origen más “administrativo” y han podido ser aprovechados ya que a este nivel la sistematización de la información es más completa.

De un total muestral de 49 casos se han hecho dos grupos, uno de 22 casos con patología somática relevante y uno de 27, sin ella.

La patología somática se ha agrupado de la siguiente forma, a partir de los datos obtenidos en el estudio: Procesos de hipersensibilidad (alergia), quejas por somatización, problemas de salud congénitos (no graves), disfunciones fisiológicas de origen psicógeno y en el apartado de otros: un caso de tumor infantil.

Respecto a los procesos de hipersensibilidad o alergias se detectan 6 casos:

- Aparecen 5 casos de somatización.
- 8 casos de problemas de salud congénitos.
- En 4 pacientes se detectan disfunciones fisiológicas de origen psicógeno.
- El total resulta 24 y no 22, ya que hay dos casos que están representados en dos categorías diferentes simultáneamente.

Revisando la literatura, resulta difícil encontrar datos con los que comparar los citados. Quizás simplemente citar que Pedreira y cols., en el 1996 encuentran un 12,5 por ciento entre los niños que acuden a consulta de atención primaria de somatizaciones. En general, se acepta una prevalencia de somatización del 11 % de los niños y el 15 % de las niñas. Estos datos no difieren de las cifras de quejas por somatización encontrados en este trabajo, aunque hay que señalar que nuestra muestra tiene características de selección diferentes y, por supuesto, es mucho menor.

En el total de la muestra se estudian las siguientes variables: edad, género, psicopatología predominante (no según ninguna clasificación prefijada, sino que, como en el caso de la patología somática, a partir de los resultados obtenidos en la muestra), desestructuración familiar grave (separación de la pareja o desaparición de uno de los progenitores) y continuidad o no del tratamiento psicoterapéutico.

De los 8 casos de problemas de salud congénitos, 7 presentan la psicopatología predominante de ansiedad. Esta ansiedad aparece en un *continuum* que va desde formas más simples de ansiedad a otros casos donde aparecen organizaciones fóbicas incipientes.

Sería interesante poder ver en cada caso de qué forma la particular relación del niño enfermo con su cuerpo (agresiones, por la propia enfermedad y por los tratamientos, de forma confusa) y respecto a su entorno (cambios a nivel social y familiar, sentimientos de diferencia), puede actuar como generadora de dicha ansiedad.

Hay que recordar, sin embargo, que el padecimiento somático puede ser la expresión de un conflicto psíquico. ¿Podría ser una etiología a tener en cuenta incluso cuando como aquí estamos tratando de enfermedad somática ya presente en el momento de nacer?

Ésta sería una de las observaciones que destacaría de los datos que presenta el estudio, en este caso en la comparativa dentro del grupo con patología somática.

En el análisis entre los dos grupos aparece:

- Que no hay relación entre género y presencia o no de patología somática. Tampoco entre ésta y desestructuración familiar grave.
- Que los pacientes afectados de patología somática no presentan peor adhesión al tratamiento (probablemente porque los déficits de simbolización afectan, en los casos atendidos por nuestro equipo, de forma parcial y no al conjunto de la personalidad).

Quizás si se apunta una cierta relación entre patología somática y edad, siendo la media de edad de los pacientes con este trastorno psicossomático de 11,6, y la media en pacientes sin él de 13,1.

Esto podría estar relacionado con el hecho de que el niño pequeño tiene menos recursos con los que expresar el malestar además de la vía de expresión somática.

También pudiera ser que los niños con síntomas somáticos presentaran una psicopatología más grave que originara intervenciones más precoces. Esta posibilidad es apuntada, en nuestros datos, por el hecho de que los niños/as con trastornos somáticos reciben más psicofármacos que el otro grupo.

Refiriéndonos a esta relación entre patología somática y edad, haciendo una agrupación de las edades en una tabla de contingencia 2 por 2 y aplicando el estadístico chi-cuadrado, las diferencias, sin embargo, no resultan estadísticamente significativas.

El hecho ya comentado de que en nuestra muestra se prescriba más medicación a los pacientes con trastorno psicossomático con respecto a los que no lo presentan sería la tercera posibilidad sugerida por nuestro estudio. Más concretamente, en el subgrupo de trastorno psicossomático hay 14 casos que no reciben medicación y 8 que sí, mientras que en los que no tienen este tipo de trastorno hay 22 casos que no reciben medicación y 5 que sí. Para comprobar la relevancia estadística de estos datos se ha realizado una prueba de chi-

cuadrado, pero tampoco demuestra aquí que las diferencias sean estadísticamente significativas.

Además, la gravedad es un factor que incide en el momento de tratar farmacológicamente o no, pero no se pueden descartar otros factores, como un tipo de atención más medicalizada, a veces desde el inicio, en los pacientes con trastornos físicos.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Las dificultades respecto a tamaño y posibles sesgos de la muestra, aspectos cualitativos de los datos de difícil categorización (por ejemplo asignación o no a una determinada agrupación nosológica), la difícil inferencia causal en fenómenos plurietológicos, sugieren lo siguiente:

- Las correlaciones clínicas apuntadas a nivel descriptivo quedan abiertas a la discusión, pero no han sido corroboradas desde el punto de vista estadístico.
- Dada el tipo de población que atendemos en nuestro servicio y el tipo de abordaje que realizamos, la extrapolación a población general e incluso a población con trastorno mental resulta difícil. Precisaríamos tamaños muestrales superiores, que quizás puedan obtenerse más fácilmente desde la atención primaria infanto-juvenil en salud mental y especialmente desde la atención primaria infanto-juvenil.
- La investigación en un equipo especializado como el nuestro tiene que poderse centrar en aquellos aspectos más genuinos y específicos de nuestra tarea habitual (como por ejemplo: alrededor de conceptos como la focalización de la psicoterapia o la eficacia de los tratamientos que realizamos).

Por este motivo precisamos que continúe la tarea ya iniciada de sistematización y homogeneización de la información clínica desde la vertiente psicoanalítica, como

base para futuras investigaciones y como mejora de nuestro trabajo terapéutico.

- Por otra parte, las herramientas metodológicas “estándar” (que serían las usadas en este trabajo) son ampliamente conocidas. Como inconveniente, reflejan con dificultad aspectos que pretendemos describir en el ámbito clínico psicodinámico. En cambio, otras herramientas poseen una especificidad mucho mayor, aunque lógicamente requieren más formación para su aplicación e interpretación. Tal sería el caso, por ejemplo, de la KPDS (Kleinian Psychodiagnostic Scale) desarrollada por Aguilar y cols.