

Judit Vives Espelta

**PERSPECTIVA HOLÍSTICA DEL CUIDAR
EN PACIENTS AMB TRASTORNS DE SÍMPTOMES
SOMÀTICS I TRASTORNS RELACIONATS**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Sra. Cristina Galán Contreras

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

ÍNDIX

1-INTRODUCCIÓ	3
2-MARC CONCEPTUAL DE LA INVESTIAGACIÓ	5
2.1-Definició de l'objecte d'estudi	5
Somatització com a símptoma	5
Somatització com a síndrome.....	7
Consideracions importants: situació actual	11
Epidemiologia	12
Context idoni per l'abordatge de la situació.....	13
2.2-Holisme i ciències de la salut	14
2.3-Holisme i Infermeria	16
2.4-Utilitat professional.....	17
3-OBJECTIUS	19
3.1-Objectiu general	19
3.2-Objectius específics	19
4-METODOLOGIA	20
4.1-Criteris d'inclusió	22
4.2-Criteris d'exclusió	22
4.3-Principals dificultats.....	23
4.4-Cronograma	24
5-RESULTATS	25
6-DISCUSSIÓ	110
6.1-Anàlisi de les característiques globals dels articles.....	110
6.2-Anàlisi de la relació professionals de la salut-pacients	114
Experiències i expectatives dels pacients	114
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	116
La difícil relació que se'n deriva:	120
6.3-Anàlisi de l'abordatge holístic dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats	123
6.4-Propostes de tractaments i intervencions específiques	134
6.5-Anàlisi del rol específic d'Infermeria en l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats	139
Punts dèbils del cuidar infermer	142
Punts forts del cuidar infermer	143
Proposta de noves línies d'investigació per part d'Infermeria	144

7-CONCLUSIONS	145
8-BIBLIOGRAFÍA.....	147
9-ANNEXES	153
9.1-Annex 1: Criteris diagnòstics segons la CIE-10	153
Criteris pel diagnòstic de F45.0 Trastorn de somatització	154
Criteris pel diagnòstic de F45.1 Trastorn somatomorf indiferenciat	155
Criteris pel diagnòstic de F45.2 Trastorn hipocondríac	155
Criteris pel diagnòstic de F45.3 Disfunció vegetativa somatomorfa.....	156
Criteris pel diagnòstic de F45.4 Trastorn de dolor persistent somatomorf	158
Criteris pel diagnòstic de F45.8 Altres trastorns somatomorfs.....	159
Criteris pel diagnòstic de F45.9 Trastorn somatomorf sense especificació	159
9.2-Annex 2: Criteris diagnòstics segons el DSM-V.....	160
Criteris pel diagnòstic de Trastorn de símptomes somàtics.....	160
Criteris pel diagnòstic de Trastorn d'ansietat per malaltia	161
Criteris pel diagnòstic de Trastorn de conversió (trastorns de símptomes neurològics funcionals)	161
Criteris diagnòstics de Factors psicològics que influeixen en altres afeccions mèdiques.....	162
Criteris pel diagnòstic de Trastorn factici.....	163
Criteris pel diagnòstic de Altre trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats especificats.....	164
Criteris pel diagnòstic de Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats no especificats.....	164
9.3-Annex 3: Taula d'organització de dades.....	165
9.4-Annex 4: Acrònims	166
9.5-Annex 5: Elecció de la revista Enfermería Comunitaria	167

1-INTRODUCCIÓ

La presència de símptomes físics sense explicació mèdica (SFSEM) constitueixen un percentatge molt elevat de pacients en consultes d'Atenció Primària (AP), a nivell espanyol es calcula un 25-30% de prevalença.^{[1][2]} Aquesta situació ha estat definida al llarg de la història amb diversos termes per la literatura científica: histèria al segle XIX, somatitzacions, quadres funcionals, SFSEM, etc. i se l'ha classificat en diverses categories.^{[1][2][3][4]} Actualment SFSEM es considera més objectiu i adequat en el context de l'AP, per aquest motiu ha esdevingut el terme més utilitzat en la literatura científica recent i el qual s'emprarà en el present treball.^{[1][2][5]}

Podem definir els SFSEM com: *queixa o conjunt de queixes físiques que ocasionen malestar i/o disminució de la qualitat de vida del pacient amb absència de resultats clínics que ens permetin trobar una explicació d'etiologia orgànica.*^{[1][5][6][7]} Els pacients solen referir símptomes físics com: fatiga, cefalea no específica, dolor abdominal, dolor toràcic no cardíac o queixes inespecífiques referint malestar.^{[4][5]}

Alguns pacients presenten aquests símptomes de forma puntual, però altres de forma crònica.^[3] Per tant, podem trobar un procés continu des dels SFSEM, als SFSEM crònics que poden acabar sent diagnosticats com a Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats quan, tot i que cal tenir en compte els criteris diagnòstics de la CIE-10 i el DSM-V^{[7][8]}, les queixes persisteixen més de 6 mesos.^{[5][6]} A nivell d'AP es calcula una prevalença del 10-15% d'aquests trastorns.^[9]

Els símptomes somàtics experimentats pels pacients solen influir negativament en la qualitat de vida, afectant a nivell físic, psicològic, familiar, social, laboral i econòmic. A causa d'això, els pacients solen atribuir-los a patologies orgàniques percebudes com a greus.^{[1][2][3][10]} Els casos de pacients amb més SFSEM i més perllongats són els que s'associen a nivells més alts de discapacitat i comorbiditat psiquiàtrica (majoritàriament trastorns depressius i d'ansietat), a més de disminució important de la salut subjectiva i, normalment, un ús superior de recursos sanitaris amb el conseqüent augment de costos.^{[1][2][4][5][10][11]}

Els professionals sanitaris no poden oferir una resposta adequada als símptomes d'aquests pacients ja que el model biomèdic no sol ser capaç de trobar causes objectives als mateixos. Aquesta situació pot provocar que els pacients busquin de forma recurrent la causa, insistint en la necessitat de més exàmens i proves clíniques, inclús consultant diferents especialistes a la vegada.^{[1][2][3]} L'ús indiscriminat de recursos sanitaris: combinacions de tractaments simptomàtics, intervencions, hospitalitzacions, etc. no només ens han de preocupar pels possibles costos afegits, sinó per les iatrogènies i comorbiditats que se'n puguin derivar.^{[4][10][11]}

Degut a que el model biomèdic ha obtingut resultats pobres i d'una eficàcia més que qüestionable en l'atenció d'aquests pacients, la literatura científica recent proposa explicacions d'un caràcter més psicosocial.^{[1][2][3][6][10]} Molts pacients no accepten explicacions d'etiologia mental o psicosocial.^{[4][6]} S'ha plantejat com a hipòtesis a aquesta negativa que alguns professionals de la salut neguen la realitat dels símptomes expressats, la qual cosa també provoca deteriorament de la relació professional-pacient.^{[1][2][5]} En la literatura científica trobem referències a la frustració dels professionals de la salut en el maneig d'aquests pacients degut a la falta d'eficàcia de les intervencions, arribant a sentir antipatia. D'aquesta situació se'n deriva l'ús de termes com: policonsultadors o hiperfreqüentadors^{[1][2][3][4][6][11]} i a expressions com: pacients difícils.^{[3][4][10][11]} Així doncs, la manca d'eficàcia en l'abordatge d'aquests pacients repercuteix tant als professionals de la salut (per la frustració), als usuaris (per la mala qualitat de vida), com a la societat en general (pels grans recursos econòmics i sanitaris emprats sense obtenir una atenció de qualitat).^[12]

L'AP es considera el context idoni per l'abordatge preventiu dels conflictes psicosocials i dels trastorns mentals. Els professionals d'AP poden dur a terme intervencions en aquest sentit; no sent una activitat exclusiva dels especialistes. L'accessibilitat per part de la ciutadania a l'AP i el coneixements dels professionals que hi treballen sobre l'entorn immediat dels usuaris, brinda l'oportunitat de donar un cuidar precoç i integral.^[12] Malgrat això, la literatura científica indica que els professionals necessiten estar més preparats i disposar d'eines d'eficàcia provada.^{[1][3][12][18]}

Múltiples estudis, indiquen la importància de mantenir una perspectiva biopsicosocial real, en la qual el psicològic i l'emocional siguin tinguts en compte i no deixats de banda per seguir un model exclusivament biomèdic. Cal una visió holística i integradora de la persona, comprenent que aquesta interpretació és un component indispensable de la pràctica clínica per aproximar-nos cada vegada més a una assistència i cuidar de qualitat.^{[12][13][14][15][16][17]}

Tant en els SFSEM en general, com en els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en particular, la majoria de les investigacions han estat encaminades a la definició de criteris diagnòstics i a la cerca de l'etiopatogènia en detriment del cuidar holístic i estratègies que puguin resultar efectives.^[1] Degut als percentatges d'aquesta situació en l'AP, resulta sorprenent la manca de literatura referent a les intervencions específiques i articles sobre el tema escrits per professionals de la disciplina infermera ja que aquesta situació pot esdevenir força comú en les seves consultes d'AP; d'aquí se'n deriva la importància del present treball.

2-MARC CONCEPTUAL DE LA INVESTIAGACIÓ

2.1-Definició de l'objecte d'estudi

L'ús del terme somatització ha estat molt estès tant en el camp de la Medicina i Psicologia com en el llenguatge comú. Malgrat això, ens trobem amb dificultats per a realitzar una definició clara i concisa sobre aquest concepte i establir una acurada delimitació diagnòstica. De forma general podem intentar definir el terme com: *queixa o conjunt de queixes físiques que ocasionen malestar i/o disminució de la qualitat de vida del pacient amb absència de resultats clínics que ens permetin trobar una explicació d'etiologia orgànica.*^{[1][2][5][6][7]}

Els pacients solen referir símptomes físics com: fatiga, cefalea no específica, dolor abdominal, dolor toràcic no cardíac, o simplement, queixes inespecífiques referint malestar.^{[4][5]} Actualment aquest terme ha estat substituït per SFSEM ja que es considera més objectiu i adequat, sobretot en el context de l'AP, degut a l'absència de referència etiològica. Per aquest motiu, ha esdevingut el terme més utilitzat en la literatura científica recent i el qual s'emprarà en el present treball.^{[1][2][5]}

Així doncs, no ens és possible definir aquest terme com una patologia com a tal, sinó com un denominador comú de diferents entitats nosològiques. En el present treball s'aborden els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, en els quals sol ser característica aquesta situació. Aquests trastorns els trobem classificats en la CIE-10 i el DSM-V sota la denominació de "Trastorns somatomorfs" i "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" respectivament.^{[1][7][8]}

Si analitzem els diferents contextos i literatura científica en la qual apareixen descrits els SFSEM podem adonar-nos de l'ambigüitat que presenta el terme. Segons López Santiago J i Belloch A, el concepte de somatització es pot entendre com a símptoma o com a síndrome classificat en una categoria diagnòstica.^[1] A continuació es realitza una petita revisió segons aquests dos punts de vista.

Somatització com a símptoma

La literatura especialitzada coincideix en assenyalar a Steckel com l'autor del terme somatització: *procés en el qual un trastorn psicològic pot produir trastorns corporals.* Probablement aquesta definició, la qual fa referència clara a l'etiologia del procés, ha tingut un gran pes en la interpretació del terme i en el moment que els professionals de la Medicina no han pogut trobar una causa orgànica a les queixes somàtiques dels pacients. A més, ha determinat posteriors definicions com la proposta de Kleinman i Kleinman: *expressió de malestar social i personal que porta a la busca d'ajuda mèdica.*^[1] Aquesta interpretació té tan de pes que podem trobar una definició

de gran similitud en la Real Acadèmia Espanyola (2014), somatitzar: *Transformar problemes psíquics en símptomes orgànics de manera involuntària*.

Aquestes definicions del concepte han rebut moltes crítiques per part de la comunitat científica, principalment perquè es basen en una hipòtesis etiològica poc fonamentada. Aquesta visió sembla que convidi a pensar que la queixa és imaginària o provocada pel propi pacient de forma més o menys conscient; a més de passar per alt la possibilitat que l'origen siguin subtils lesions o alteracions difícils de detectar mitjançant les proves de laboratori de les quals disposem avui en dia.^[1]

En aquest context la línia entre somatització i simulació s'esdevé poc clara tot i que diferents autors han definit els conceptes com a diferents i, també s'han classificat per separat en els propis manuals DSM com es comentarà posteriorment. Basant-nos en aquesta definició no és d'estranyar que, tant en els àmbits sanitaris com en l'opinió general, es tendeixi a una estigmatització de les persones que presenten SFSEM. Com plantegen Kirmayer i Taillefer, resulta difícil entendre, des de la visió de la Medicina occidental basada en el model biomèdic, com a "normal" que existeixin símptomes somàtics sense una justificació orgànica clara que els expliqui.^[1] Aquesta visió de la Medicina i el conseqüent estigma pot influir negativament en el curs i terapèutica d'aquests pacients ja que en base a aquesta van aparèixer els termes: doctor shopping, mals pacients, pacients difícils, pacients hiperfreqüentadors, pacients policonsultadors, entre d'altres.^{[1][2][3][4][6][10][11]}

Es considera oportú en el present treball remarcar la diferència entre SFSEM i psicossomàtic, per tal d'evitar possibles confusions de concepte. El psicossomàtic (o psicofisiològic), en la pròpia literatura científica, és sovint confós amb els SFSEM; inclús poden esdevenir confusos en consultar el manual DSM-V o la CIE-10. En cap cas es critica el seu abordatge en paral·lel però es considera rellevant remarcar que segons el propi *Medical Subject Headings* (MeSH) no són sinònims. Els dos termes tenen en comú el fet de relacionar el físic amb el psíquic, però aquesta relació s'estableix des de diferents perspectives.^[1]

El psicossomàtic es refereix a una malaltia física que pot estar influïda per factors psicològics i emocionals, com per exemple l'asma bronquial, la úlcera pèptica, el colon irritable, etc. Moltes d'aquestes situacions patològiques han estat definides com: síndromes funcionals o, factors psicològics que afecten a l'estat físic segons el DSM-IV. En aquest cas sí que es constata una malaltia o afectació orgànica de forma clara. El paper que desenvolupen els factors psicològics en el psicossomàtic és una vinculació amb l'aparició, manteniment o agreujament de la malaltia definida. A diferència, en els SFSEM aquesta afectació orgànica no té perquè ser clara, és més, pot no trobar-se'n cap.^{[1][19][20]}

Un cop exposats els anteriors punts de vista pel que fa al concepte de somatització, podem adonar-nos del perquè del recent ús del terme SFSEM. Aquesta denominació implica exclusivament l'existència d'aquests símptomes i exclou qualsevol referència de caràcter etiològic o teòric, a més d'intentar evitar els factors estigmatitzants que se li han atribuït al llarg de la història. Finalment, es considera rellevant fer referència a la posició de Kellner, un dels autors més destacats en l'estudi de la somatització, el qual exposa que l'existència d'aquests símptomes no poden ser explicats des d'una única teoria ni un únic procés patològic degut a la seva complexitat, naturalesa multifactorial, i presència en diferents categories diagnòstiques.^[1]

Somatització com a síndrome

La història de la somatització com a síndrome també té una llarga trajectòria, des de les primeres descripcions clíniques moltes han estat les modificacions que s'han realitzat en els criteris diagnòstics.^{[1][2]} Actualment els manuals diagnòstics emprats són els següents: la CIE-10, acrònim en anglès de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 version*, en català Classificació Internacional de malalties dècima versió i; el DSM-V, acrònim en anglès de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Review V*, en català Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals cinquena revisió.^{[7][8]} A continuació s'exposen dues taules amb els trastorns que engloba cadascun dels manuals, els criteris diagnòstics dels quals poden consultar-se en els annexes 9.1 i 9.2 respectivament.

TRASTORNS SOMATOMORFS SEGONS CIE-10
F45.0 Trastorn de somatització
F45.1 Trastorn somatomorf indiferenciat
F45.2 Trastorn hipocondríac
F45.3 Disfunció vegetativa somatomorfa
F45.4 Trastorn de dolor persistent somatomorf
F45.8 Altres trastorns somatomorfs
F45.9 Trastorn somatomorf sense especificació

TRASTORNS DE SÍMPTOMES SOMÀTICS I TRASTORNS RELACIONATS SEGONS DSM-V

F45.1 Trastorn de símptomes somàtics

F45.21 Trastorn d'ansietat per malaltia

— Trastorn de conversió
(trastorns de símptomes neurològics funcionals)

F54 Factors psicològics que influeixen en altres afeccions mèdiques

F68.10 Trastorn factici

F45.8 Altre trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats especificats

F45.9 Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats no especificats

Els inicis del concepte de somatització com a síndrome es troben en l'obra de Paul Briquet al 1859, el qual va descriure un quadre psicopatològic principalment present en dones i caracteritzat per queixes sexuals i símptomes de dolor freqüents. El quadre era conceptualitzat com: una forma d'histèria, en la qual els pacients presentaven una conducta extravagant i emocional. Aquesta descripció va ser la base a partir de la qual s'han anat configurant les posteriors definicions.^{[1][2]}

Posteriorment, el concepte tornà a aparèixer en el DSM-II de 1968 sota la denominació de: Síndrome de Briquet. Va ser en els anys 70 quan s'iniciaren grans esforços per clarificar i delimitar uns criteris que facilitessin el diagnòstic d'aquests trastorns, especialment pel que fa al Trastorn de somatització (categoria diagnòstica principal del grup), gràcies al treball de Samuel B. Guze i els seus col·laboradors de l'anomenat grup de San Luis de la Universitat de Washington. Al 1980, amb l'aparició del DSM-III, es va definir per primera vegada la categoria: Trastorns somatomorfs.^[1] Aquesta es va mantenir en la versió revisada d'aquest manual (DSM-III-R, del 1987) i en el posterior DSM-IV (1994), arribant fins avui en dia al concepte: Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, del DSM-V (2013).^{[1][2]}

Respecte a la CIE, no va ser fins a l'aparició de la CIE-10 que va aparèixer el terme: Trastorns somatomorfs, ja que en la CIE-9 quedaven recollits, encara, com: certs tipus d'histèria.^[1] La CIE-10 descriu com a característica important d'aquests símptomes que ocasionen un cert grau de deteriorament en àrees importants de l'activitat humana com la social i la laboral, igual que succí en el DSM-IV i s'ha mantingut en l'actual DSM-V.^{[1][3][7]}

A continuació es descriuen les diferències considerades més rellevants, entre els diferents manuals diagnòstics. Des de la primera aparició dels Trastorns somatomorfs en el DSM-III, els símptomes necessaris per tal d'establir els diagnòstics,

segons els diferents manuals DSM, han anat variant en nombre i inclús aquest nombre ha estat determinat pel sexe.^{[1][2]} En el DSM-III-R es van incloure 7 trastorns sota la categoria de Trastorns somatomorfs, els quals es van mantenir en el DSM-IV: Trastorn de somatització, Trastorn somatomorf indiferenciat, Trastorn de conversió, Dolor somatomorf (Trastorn de dolor en el DSM-IV), Hipocondria, Trastorn dismòrfic i Trastorn somatomorf no especificat.^[2] Pel que fa a la CIE-10, els Trastorns somatomorfs es van incloure en la categoria “Trastorns neuròtics, secundaris a situacions estressants i somatoformes”. La diferència més important entre els dos manuals és el fet que en la CIE-10 el Trastorn de conversió no es troba inclòs en els Trastorns somatomorfs, sinó en els Trastorns dissociatius.^[2]

Altres diferències remarcables entre els manuals es descriuen a continuació. En la CIE-10 es recull la característica de: *la negativa persistent a acceptar les explicacions o garanties reiterades per diferents metges de que no existeix una explicació somàtica pels seus símptomes*, aquesta característica, però, no es trobà recollida com a imprescindible ni en el DSM-IV ni en l'actual DSM-V.^[1] El problema sobre si els pacients accepten o no les explicacions mèdiques quan aquests no poden trobar una causa objectiva està relacionat amb el fet, del qual parlàvem anteriorment, de la interpretació d'aquests símptomes com a imaginaris. Això pot provocar que el pacient realitzi grans esforços per demostrar al metge que els seus símptomes són reals, amb el possible i conseqüent deteriorament relació professional-pacient.^{[1][5]}

Per tant, es considera oportú diferenciar els SFSEM de la simulació, la simulació esdevé en el moment que un pacient refereix queixes somàtiques i adopta el rol de malalt amb l'objectiu d'obtenir una compensació externa (econòmica, baixes laborals, quelcom material o evitar responsabilitats). Aquesta característica no apareix en els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, i en el cas de que s'obtinguin compensacions externes, no és l'objectiu del pacient ni el motiu de la simptomatologia. Degut a que en l'actual DSM-V s'han introduït els Trastorns facticis, els quals es caracteritzen per la falsificació de signes i símptomes, es considera rellevant diferenciar-los de la simulació. En el cas d'aquests trastorns, l'objectiu dels pacients és l'adopció del rol de malalt per tal d'obtenir atenció mèdica i tractament, sent aquestes, i no altres, les compensacions externes buscades.^{[19][20][21]}

Aquesta tendència a interpretar com a imaginaris o inclús inventats aquells símptomes als quals no se'ls troba una explicació clara orgànica pot ser entesa com la conseqüència de la tradició de considerar ment i cos com entitats separades. Per aquest motiu, per a molts professionals de la salut resulta més lícit atribuir a símptomes orgànics un origen orgànic que no pas en pensar en possibles causes psicològiques o una interacció entre ambdues. En la literatura científica trobem

diversos treballs que han posat de manifest que les intervencions mèdiques o psicològiques que es centren en tranquil·litzar al pacient, a la vegada que no dubten de la realitat de les queixes, han resultat de gran utilitat i s'han evitat factors iatrogènics que poden accentuar problemes ja existents.^[1] Quan parlem d'iatrogènies ens referim a l'ús indiscriminat de recursos sanitaris que aquesta situació pot generar: proves clíniques, combinacions de tractaments simptomàtics, intervencions, hospitalitzacions, etc. a banda dels costos sanitaris afegits que comporten.^{[4][11]}

La literatura científica indica que els criteris diagnòstics no han esdevingut útils en la pràctica ja que no permeten adonar-nos de la incidència, prevalença i repercussions directes d'aquests trastorns en els pacients. La causa la trobem en les diferències entre els manuals diagnòstics. Per aquest motiu, van aparèixer nous conceptes intentant aportar alternatives més pràctiques, sobretot pel que fa al Trastorn de somatització; en són exemples: una modificació dels criteris de la CIE-10 presentada per Tomasson, la definició abreviada del Trastorn de somatització per Escobar i, el Trastorn multisomatomorf per Kroenke.^{[1][2]}

El treball de Kapfhammer del 2001, el qual parteix des d'una perspectiva biopsicosocial i un punt de vista multicausal, diu el següent: *per comprendre l'etiopatogènia de la somatització, resulta obligatori un model multifactorial. Per tant, cal tenir en compte diferents aspectes de genètica, neurologia, neurofisiologia, psicofisiologia, endocrinologia, psicologia de la percepció i cognició, aprenentatge social, coneixement de la malaltia, concepció de la malaltia, esdeveniments vitals, estressors psicosocials crònics, absència d'habilitats d'afrontament, pèrdua de suport social, el sistema de reforç social, comorbiditat de trastorns psiquiàtrics, traumes psicològics i aspectes psicodinàmics.*^[1]

Aquestes noves aportacions van obrir camí a altres visions sobre el problema i a noves hipòtesis per dissenyar estratègies d'intervenció eficaces. Segons López Santiago J i Belloch A, això i no una altra cosa és el que més hauria de preocupar al personal sanitari i no només la mera definició d'etiquetes diagnòstiques, àrea en la qual es centren un gran nombre dels estudis sobre la matèria.^[1]

Finalment, en el nou manual DSM-V es va abolir la categoria de Trastorns somatomorfs i es va substituir per Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. Mayou, Levenson i Sharpe van ser els principals impulsors del debat sobre la necessitat de canviar aquesta categoria, però les seves observacions van rebre diverses crítiques, com és habitual en el camp de la somatització. Les principals rèpliques a les propostes de Mayou foren descrites per Rief i el seu grup de la Universitat de Marburg, tot i estar d'acord amb aquests sobre la necessitat de que la classificació del DSM-IV podia ser millorada.^[2]

Com a conseqüència de l'intens debat es crearen 2 fòrums de treball i discussió: *The conceptual issues in somatoform and similar disorders (CISSD Project)* y la trobada d'experts internacional *Presentación somática y trastornos psiquiátricos*, organitzada conjuntament per la *American Psychological Association* (APA) i la Organització Mundial de la Salut (OMS). Altres grups de treball i autors rellevants també van presentar propostes de classificació. El grup de treball per a la revisió dels Trastorns somatomorfs es va constituir el febrer de 2008 i, finalment, al 2013 es publicà l'actual DSM-V. Aquest grup de treball va declarar el següent: *la categoria de Trastorns somatomorfs és inacceptable pels pacients i incomprendible pels metges d'AP, que són qui principalment atén a aquests pacients* ^[2]

Consideracions importants: situació actual

A continuació s'exposen els principals canvis que ha comportat el DSM-V. En aquesta nova versió s'intenta evitar la visió dualista tradicional entre ment i cos, fent un intent de presentar el contacte entre ambdues.^[22] A més, des de la pròpia APA s'encoratja a valoracions més integrals i holístiques dels pacients emprant el judici clínic per tal d'arribar a diagnòstics precisos i una atenció més integral.^[23] Primer de tot, cal remarcar el canvi de concepte de Trastorns somatomorfs a Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats i, la desaparició i inclusió de certs trastorns respecte a l'anterior edició: desapareix la Hipocondria sent substituïda per Trastorn d'ansietat per malaltia i, desapareix el Trastorn dismòrfic.^[22]

Com és de suposar, la nova versió ja ha rebut algunes crítiques. La inclusió dels Trastorn facticis ha estat qüestionada tant per les característiques d'aquests com pel fet de definir el Trastorn factici aplicat a un altre ja que es considera de caràcter complex i controvertit. També s'han realitzat crítiques sobre la presència dels Factors psicològics que influeixen en altres afeccions mèdiques per no ser entès per alguns autors com un trastorn mental com a tal.^[22] Aquesta última incorporació potser podria ser entesa com un intent d'incloure el concepte psicosomàtic degut a que el seu abordatge en paral·lel es descriu en la literatura científica en varies ocasions.

Pel que fa al Trastorn de símptomes somàtics (categoria diagnòstica principal d'aquests trastorns), aquest vindria a incloure els antics Trastorn de somatització i Trastorn somatomorf indiferenciat. Cal destacar la reducció substancial del nombre de símptomes necessaris per a l'establiment d'aquest diagnòstic, en la nova edició és més important el caire angoixant o perjudicial per a la vida diària de qui el pateix que no pas un nombre de símptomes concrets. En aquesta versió cal establir criteris de

gravetat, presència de dolor i persistència dels símptomes; d'aquesta manera, desapareix del DSM-V el Trastorn per dolor.^{[22][23]}

Actualment ja no és imprescindible la característica de que els símptomes no puguin ser explicats mèdicament. Alguns autors al·lenen aquesta decisió ja que consideren, com va indicar Hendler al 1996, que el fet de que un símptoma no pugui ser explicat mèdicament actualment no vol dir que el símptoma no tingui una explicació real. Els autors de l'actual DSM-V indiquen que no és apropiat diagnosticar un trastorn mental únicament perquè no es pot demostrar una causa mèdica. Per tant, si els símptomes somàtics s'expliquen per una causa mèdica però l'individu presenta una resposta excessiva a aquests com certs pensaments, sentiments o comportaments, podrà ser diagnosticat per a aquest trastorn. La APA considera que s'ha realitzat un pas endavant en el diagnòstic del Trastorn de símptomes somàtics ja que s'ha intentat eliminar la confusió de criteris i que aquests resulten més útils pels clínics, sobretot per aquells no especialitzats en Psiquiatria com podrien ser els metges d'AP.^{[22][23]}

Epidemiologia

Malgrat els esforços durant els últims anys de poder presentar una epidemiologia fiable dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, cal dir que es troba divergència de resultats. Aquest fet és degut a diversos motius: es parteix de criteris diagnòstics diferents segons el manual o classificació consultada, utilització de definicions alternatives no entenent el problema com una entitat nosològica com a tal (és a dir, que no segueixen estrictament els criteris diagnòstics d'un manual en concret) i, utilització de diferent metodologia per tal d'extreure els resultats epidemiològics.^{[1][2]} Ens podem aventurar a indicar que a nivell d'AP es calcula una prevalença del 10-15% d'aquests trastorns segons García-Campayo J al 2000.^[9] Tot i això, sí que existeix unanimitat en els diferents estudis d'indicar que els SFSEM constitueixen un fenomen comú en la població general i en les consultes d'AP, trobant més facilitats en concretar dades epidemiològiques sobre els SFSEM que no pas dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^{[1][2]}

Podem observar la variabilitat de dades des d'estudis que presenten els SFSEM en un prevalença del 10% de la població general segons Kirmayer al 2004, fins a estudis que els xifren en un 70% segons Kroenke, Arrington i Mangesdorff al 1990 o, les dades aportades per Hiller, Rief i Brahler al 2006 d'un 81,6%. De forma general, la majoria de les revisions sobre el fenomen situa els percentatges entre el 20 i el 30%, com indica Kroenke al 2003 i, Kirmayer, Groleau, Looper i Dao al 2004.^[2] En població espanyola Lobo, García-Campayo, Campos, Marcos y Pérez-Echevarría

informen que la prevalença de queixes no relacionades amb cap malaltia coneguda és del 25-30%.^[1]

La comorbiditat entre SFSEM i altres trastorns psiquiàtrics, sobretot pel que fa a depressió i trastorns d'ansietat, és molt elevada en la majoria de la literatura científica; a nivell espanyol s'ha constatat una comorbiditat per sobre el 85%. Cal destacar que s'estableix relació entre Trastorns depressius i SFSEM; els pacients amb SFSEM tendeixen a presentar més trastorns psiquiàtrics que la resta de la població i, a la vegada, els pacients depressius presenten un major índex de símptomes somàtics que els no depressius.^{[1][4][5][10][11]} A més, alguns estudis adverteixen que s'estima que en el 50% dels casos, la comorbiditat psiquiàtrica no és reconeguda pel metge d'AP.^[5]

Pel que fa a la presència de SFSEM relacionats amb el sexe, contràriament a les xifres presentades en anteriors estudis, López Santiago J i Belloch A informen en el seu article del 2012 *El laberinto de la somatización: se buscan salidas* que d'acord amb les dades de les quals es disposen, el Trastorn de somatització no és un fenomen tant estretament relacionat amb el sexe femení com s'havia pensat. Tot i que es suggereix una prevalença superior en dones, segons Gureje al 1997 una prevalença de 3,3% enfront a un 1,9% en homes, aquesta diferència no és tan superior com s'havia considerat tradicionalment.^[2]

Context idoni per l'abordatge de la situació

Molts són els estudis i gran part de les dades epidemiològiques presentades que parteixen de casos d'AP. Cal remarcar, que segons recomanacions del Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (semFYC), l'AP és un àmbit idoni per l'abordatge preventiu dels conflictes psicosocials i dels trastorns mentals per 3 motius principals:^[12]

- L'AP és el dispositiu social (juntament amb les escoles) que contacten amb el major nombre de ciutadans al llarg de l'any i de la vida d'aquests.
- La literatura científica assenyalava que les persones amb trastorns mentals i/o conflictes psicosocials crònics solen consultar de forma recurrent els diferents recursos que brinda l'AP.
- Els trastorns emocionals que no són detectats precoçment pels professionals de la salut d'AP solen tenir una pitjor evolució.

Els autors del PAPPS per a la Promoció de la Salut Mental i la Prevenció dels seus Trastorns destaquen que els professionals d'AP, incloent metges, infermers i treballadors socials, poden dur a terme intervencions rellevants per a la promoció de la Salut Mental (SM) i la prevenció d'aquests trastorns; no sent una activitat exclusiva del

professionals especialitzats. A més, l'accessibilitat per part de la ciutadania a aquests dispositius i el coneixement que els professionals de la salut tenen respecte la família i el context dels individus, brinda a l'AP l'oportunitat de donar un cuidar precoç i integral. Malgrat això, la diferent literatura científica indica que els professionals de la salut d'aquest sector necessiten estar més preparats i disposar d'eines d'eficàcia provada per l'abordatge d'aquests pacients.^{[1][3][10][12][18]}

El mateix Grup de Treball del PAPPS, com els autors de múltiples estudis, indiquen la importància de mantenir una perspectiva biopsicosocial real, en la qual el psicològic i l'emocional siguin tinguts en compte i no deixats de banda per seguir un model exclusivament biomèdic. Cal una visió holística i integradora de la persona, comprenent que aquesta interpretació és un component indispensable de la pràctica clínica per aproximar-nos cada vegada més a una assistència i cuidar de qualitat.^{[12][13][14][15][16][17]}

2.2-Holisme i ciències de la salut

Al segle XIX, a causa del ràpid desenvolupament tecnològic de l'època, el paradigma positivista va adquirir una gran rellevància en l'escenari científic. Les corrents del pensament es basaven en el pragmatisme, és a dir, en tot allò objectivable i tangible. El positivisme es centrà bàsicament en dues posicions epistemològiques: el racionalisme i l'empirisme. Com a conseqüència a aquesta situació, es deixà en segon pla tot allò subjectiu com les creences i les percepcions personals dels fenòmens vitals. Així doncs, l'ésser humà, condicionat per aquesta visió, va tendir a concebre els fenòmens des d'una visió racional i causal (causa-efecte).^{[13][14]}

Pel que fa a les ciències de la salut, aquesta metodologia va conduir a l'aparició del paradigma biològic, el qual té per objectiu el tractament i cura de les malalties.^[15] Les institucions sanitàries s'organitzaren seguint aquesta mateixa visió podent observar una orientació clara cap a l'especialització dels diferents trastorns i patologies. Aquesta tònica de pensament i actuacions, com han argumentat diversos autors al llarg de la història de les ciències de la salut, pot fragmentar a l'ésser humà sobrevalorant tots aquells aspectes biològics i tecnològics en detriment dels aspectes socials, psicològics i ambientals.^[13]

Aquest model en ciències de la salut d'arrels positivistes és l'anomenat model biomèdic. Segons aquest, la salut es defineix bàsicament com l'absència de malaltia i el cos és visualitzat separant l'ésser humà en òrgans i sistemes.^{[13][15]} Les bases d'aquest model són les següents: el diagnòstic diferencial (és a dir, la identificació de la malaltia o trastorn), la unicausalitat de cada malaltia, el millor tractament és

identificar la causa per tal d'eliminar-la i, l'especialització tecnològica és la visió òptima en el tractament de la malaltia.^[15]

No es pot negar que el model biomèdic ha aportat grans avenços en les ciències de la salut i ha estat altament efectiu pel tractament de certes malalties. No obstant això, s'han pogut observar també les seves limitacions al passar per alt les dimensions socials, psicològiques, ambientals i conductuals que porten implícites les malalties.^{[14][15]} En l'estudi de l'ésser humà el paradigma positivista ens proporciona explicacions massa simplistes si tenim en compte que l'individu és multidimensional per naturalesa.^[14] Aquestes limitacions es fan especialment visibles en els problemes crònics de salut, que representen la majoria de les visites sanitàries, igual que en el cas de les malalties mentals i els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, els quals són crònics. La qüestió no és rebutjar un model científic que tant ha ajudat a avançar en matèria de salut, però no podem basar-nos únicament en aquest model si volem evitar una visió incompleta de l'estudi de la salut humana.^{[14][15]}

Amb l'aparició de l'OMS al 1945, la definició de salut va sofrir un canvi de visió al incorporar el concepte biopsicosocial. Des de la perspectiva actual de salut, aquesta es concep com un constructe multidimensional regit per una àmplia gamma de fenòmens observables: *La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties*. Tot i això, aquesta definició va ser i és criticada degut a ser una definició estàtica, ja que no contempla la dimensió espiritual i per les possibles dificultats d'aplicar-la en la pràctica i en la planificació sanitària.^{[15][24]}

De la mateixa manera que es passà d'una visió dogmàtica a una visió científica quan la ciència superà els dogmes de la església, la visió holística es contraposa a les teories del paradigma positivista i del model biomèdic.^[16] La visió del món holista té les seves arrels a principis del segle XX i va lligada a la fenomenologia presentada per Husserl. La fenomenologia tracta d'explicar la naturalesa de l'ésser humà basant-se en la reflexió i l'inducció, i no en l'analític com el positivisme. Aquesta visió presenta el concepte de totalitat o holisme, permetent preguntar-nos en matèria de salut humana no només per l'òrgan afectat, sinó també per qui pateix, sobre les vivències del pacient. Així doncs, la fenomenologia a través de la intuïció (procés inductiu) ens condueix al que veritablement interessava a Husserl: l'essència de l'individu, el que aquest és amb tot el que això comporta.^{[14][16]}

Per tant, podem dir que l'holisme és una alternativa al positivisme ja que implica una concepció de la realitat com un tot unitari i dinàmic, i no només com la suma de les diferents parts que la formen; cada persona és un tot en interacció constant amb sí mateix i amb el món que l'envolta. Alguns autors, també indiquen que l'aparició de la visió holística es pot entendre com la integració de la ciència, l'art,

l'espiritualitat i les tradicions.^{[13][16]} Així doncs, és essencial que els professionals de la salut no es basin en un únic model si el que pretenen és arribar a la comprensió global i integradora dels seus pacients i, a la vegada, a una cultura de saviesa que no es vegi limitada per la fragmentació del coneixement de les diferents disciplines relacionades amb la salut humana.^[14]

2.3-Holisme i Infermeria

La disciplina infermera ha basat gran part dels seus estudis en la visió holística del cuidar en els últims anys. Aquest canvi de visió però, no fou quelcom fàcil i encara avui en dia ens podem trobar amb reticències de professionals tant de la pròpia com d'altres disciplines. Aquesta situació és deguda a que l'hegemonia del model biomèdic ha influït molt en el pensament de la Infermeria, la qual s'ha desenvolupat unida a aquests sabers generant la medicalització del cuidar. Igual que el que ocorregué en Medicina, Infermeria va esdevenir cada vegada més dependent dels paràmetres biològics i va centrar les seves tasques en la curació. Això provocà una desviació del cuidar i de la persona cap a la malaltia, la tècnica i la tecnologia.^{[13][16][17]}

Aquesta situació suposa un risc de deshumanització en el cuidar, per aquest motiu fou necessari recuperar i incorporar l'aspecte humà, espiritual i transpersonal en la pràctica clínica, administrativa, educativa i d'investigació per part dels professionals d'Infermeria.^{[17][25]} Alguns autors encara indiquen que no és fàcil mantenir els valors humanitaris en l'acte de cuidar en les institucions de salut perquè el cuidar infermer sembla esdevenir invisible davant les tasques biomèdiques, entregant més importància a les tècniques.^[25]

El coneixement tècnic i científic és d'una gran importància en la professió infermera però aquest ha de ser complementari, i no exclou el cuidar holístic i humà.^{[25][26]} Com indica Leininger: *Les actituds i la pràctica del cuidar és l'únic que diferencia la Infermeria de les contribucions d'altres disciplines*. Aquesta visió de la disciplina és el que atorga als professionals d'Infermeria l'autonomia professional.^[25] A més, enfocar el cuidar d'Infermeria íntegrament en la visió positivista no permet visualitzar les diferents necessitats que l'individu pot presentar. La visió d'Infermeria ha de considerar la pluridimensionalitat del cuidar, tenint en compte que el físic i el biològic són aspectes integrats en un tot.^[13]

Són moltes les teories desenvolupades per professionals de la Infermeria que han contribuït la perspectiva holística del cuidar en contraposició a l'epistemologia positivista, per exemple la teoria del Caring de Watson. A més, és la literatura infermera la disciplina en ciències de la salut humana més desenvolupa en aquest

sentit.^{[15][25][26]} Així doncs, el saber infermer es caracteritza avui en dia per una acceptació de la diversitat epistemològica i la pluralitat metodològica.^[26]

La fenomenologia, de la qual parlàvem anteriorment, ha aportat a la disciplina infermera la fonamentació del cuidar holístic i ens ha ajudat a trobar la nostra identitat com a professionals. Algunes de les conseqüències pràctiques que ens ha aportat són les següents: una actitud terapèutica centrada en la veritable escolta (escolta activa segons la psicoteràpia fenomenològica rogeriana), el fet de no buscar a tot preu una categoria nosològica en la qual classificar el pacient i, permetre'ns no centrar-nos únicament en les explicacions causals simplistes.^[14]

La disciplina infermera ha creat una filosofia pròpia basada en els valors humanistes. L'humanisme defensa l'humà en totes les seves dimensions i complexitats, entenent aquesta visió, no es pot separar de la bona praxis del cuidar els valors humanistes ja que el cuidar infermer té relació directa amb la persona. Aquesta filosofia pròpia ha permès a la Infermeria guiar el seu treball en l'obtenció de propòsits ètics en diferents àmbits com l'educació, la pràctica i la investigació, és a dir, desenvolupar les bases de la seva pràctica. Aquestes bases, tant teòriques com pràctiques, condueixen a la millora de la salut i a la millora del cuidar.^{[17][26]}

En base a tot l'exposat, podem dir que el professional d'Infermeria és responsable de respectar sempre a l'ésser humà com un ésser unificat, és a dir, com una unitat i un tot per tal d'adoptar la visió holística del cuidar; tenint com a meta fomentar la salut i el benestar. Per tal d'integrar aquesta visió als processos del cuidar és necessari que els professionals de la nostra disciplina no només presentin una bona formació professional, sinó també un conjunt de competències sensibles que els permetin mantenir una relació sense prejudicis vers als pacients, amb acceptació i empatia cap a la persona i el seu entorn.^{[15][17][26]}

2.4-Utilitat professional

La Infermeria és definida com una ciència, per l'adquisició de coneixements a través de la pràctica basada en l'evidència; tanmateix, també es considera art i filosofia. Com ja hem descrit anteriorment, la Infermeria es defineix com una professió humanista basada en una filosofia centrada en la persona. Els elements biopsicosocials i espirituals de l'ésser humà són centrals en la disciplina ja que és el que ens permet centrar el cuidar en l'individu, els seus comportaments i experiències, comprenent-los i integrant-los en la pràctica. Per tant, l'objectiu essencial de la pràctica infermera ha de ser sempre en benefici del pacient.^{[16][17][26]}

Per aconseguir aquest objectiu cal que la Infermeria estigui centrada en: conèixer què és el millor pel pacient responnent a les seves necessitats, tenir habilitats comunicatives, posseir coneixements teòrics i pràctics adequats, saber controlar i comprendre les pròpies emocions i, potenciar la dignitat de les persones.^[17] Per assolir aquests aspectes és important que la pràctica estigui regida per una conducta ètica, algunes de les estratègies de les quals disposa Infermeria per a aquest fi són: actitud d'escolta, empatia i basar la pràctica en afavorir l'autonomia de la persona.^[26]

A més, la infermera, com a part del seu desenvolupament professional, ha de participar en la busca de mitjans per assolir la potenciació de la salut. El Consell Internacional d'Infermeria, l'organització professional internacional més antiga, classificà les funcions fonamentals de la disciplina en 4 àrees: promoure la salut, prevenir la malaltia, restaurar la salut i alleujar el sofriment. En aquest context, s'entén que la investigació infermera és necessària per a ser professionals competents.^[17]

Segons Rojas Tejas J y Zubizarreta Estévez M: *el procés de cuidar s'origina en la identificació dels problemes de salut dels pacients i de les seves necessitats reals o potencials i resulta de la relació entre qui ofereix el cuidar i qui el demanda.*^[27] Actualment, les malalties predominants són, sobretot en l'àmbit d'AP, aquelles que produeixen una alteració o deteriorament en certes àrees de l'activitat humana i cursen de forma crònica.^[17]

Com ja s'ha descrit, molts dels problemes als quals s'enfronten els nostres pacients presenten associació o tenen el seu origen en factors de caràcter psicosocial. Aquestes característiques són presents en els pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. Pel que fa l'atenció d'aquests pacients és visible la manca de coneixements sobre estratègies efectives (sobretot pel que fa a les actuacions d'Infermeria) i, a la vegada, la manca d'un cuidar holístic i humà. Tant en els SFSEM com en els actuals Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats s'ha dedicat un gran esforç a la definició dels conceptes, en altres paraules, la majoria de les investigacions al respecte han estat encaminades a la definició dels criteris diagnòstics i a la cerca de l'etiopatogènia d'aquest fenomen en detriment, en varies ocasions, d'estratègies i actuacions efectives.^[1] Per aquests motius, es considera de rellevància la present investigació, els objectius de la qual es defineixen a continuació.

3-OBJECTIUS

3.1-Objectiu general

Conèixer les característiques del cuidar integral i holístic en persones amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en la literatura científica publicada.

3.2-Objectius específics

- Explorar la situació dels SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats recollida en els diferents estudis publicats des de diferents perspectives: abordatge terapèutic i intervencions realitzades pels professionals de la salut, rol específic d'Infermeria i, presència de les experiències i expectatives referents al cuidar dels pacients.
- Descriure les actituds, comportaments i pensaments dels diferents professionals de la salut, especialment dels professionals d'Infermeria, en l'atenció a aquests pacients plasmades en la literatura científica.
- Identificar en aquestes actituds, comportaments i pensaments la presència o no de conductes estigmatitzants o desfavorables per a una atenció i abordatge de qualitat.
- Determinar els punts forts i dèbils del cuidar infermer en l'atenció als pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en la literatura científica.
- Proposar noves línies d'investigació relacionades amb els SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en la disciplina infermera.

4-METODOLOGIA

La metodologia la qual s'emprarà en aquest estudi és la revisió i investigació bibliogràfica, per tant, es tracta d'un estudi de naturalesa documental. Els treballs bibliogràfics consisteixen en una revisió per tal d'extreure, recopilar, organitzar, analitzar i sintetitzar el material publicat disponible sobre un tema. El resultat final s'obté a partir d'un procés metodològic, estructurat i sistemàtic que condueix a la localització i selecció d'un conjunt de documents vàlids, útils i rellevants sobre el que es vol estudiar.^[28] Es tracta, doncs, de realitzar una revisió actualitzada sobre un tema en concret, presentant unes conclusions acurades i pròpies extretes a partir de la bibliografia trobada mitjançant les diferents bases de dades disponibles.^[28]

La revisió i anàlisi de la literatura científica cal que sigui selectiva i enfocada als objectius plantejats per tal de que el resultat final sigui un treball ben organitzat, en el qual s'hagin assolit els objectius principals i secundaris definits i els seus apartats encaixin en un tot seguint un ordre lògic.^[29] El primer que es va realitzar en el present treball va ser una revisió bibliogràfica bàsica, com a pas previ al procés d'investigació com a tal. Aquesta cerca prèvia va ajudar a la elaboració del marc conceptual i, a la formulació correcta del problema d'estudi i els objectius. A la vegada, va permetre obtenir uns coneixements bàsics per tal de definir la situació actual sobre el tema d'estudi. Sense una bona revisió prèvia, la qual s'anomena l'etapa conceptual del procés d'investigació, és difícil realitzar una bona investigació posterior ja que les bases del treball, tant pel que fa a bases teòriques com definitòries de què es vol estudiar, no estan ben definides.^[28]

Per a la realització d'aquest treball s'ha escollit la revisió bibliogràfica ja que es considera que és la més adequada i la que millor s'ajusta al tipus d'objectius que s'han plantejat prèviament; ens permet realitzar una síntesis i anàlisi acurat de les publicacions relacionades amb el tema d'estudi. En el present treball es planteja examinar la literatura científica publicada sobre el tema i analitzar-la per tal de situar-la en una certa perspectiva i extreure unes conclusions pròpies i, així doncs, realitzar una publicació original.^[29]

Per a l'etapa conceptual del procés d'investigació es van extreure articles de les següents bases de dades: Cuidatge, Cuiden Plus, ENFISPO, SciELO i Crochane Library Plus; a més de consultar articles i informació rellevant de Google Acadèmic i de la web de la OMS. Per a la recuperació dels documents prèviament es va consultar el MeSH, a partir d'aquest Thesauro es van extreure els següents descriptors: *Enfermería (Nursing)*, *Enfermería holística (Holistic nursing)*, *Salud holística (Holistic health)*, *Atención primaria de salud (Primary health care)*, *Trastornos somatomorfos*

(*Somatoform disorders*) i *Trastorno de somatización* (*Somatization disorder*) que van ser introduïts en les diferents fonts de dades utilitzant operadors Booleans (per exemple, “Holistic nursing” AND Somatoform Disorder”) quan així es trobà necessari.

La cerca dels articles per a la investigació es realitzà del novembre de 2014 al gener de 2015. Per a la recuperació d'articles es considerà adient emprar els descriptors ja esmentats en les bases de dades que es citen a continuació: Cuidatge, Cuiden Plus, IME-CSIC, ISOC-CSIC, ENFISPO, IBECS, CINAHL i PubMed. Es consultaren els índex de descriptors d'aquelles bases de dades que en contenen per tal de poder-los comparar amb els descriptors obtinguts a partir del MeSH. També es consultaren les bases de dades Guía Salud i Joanna Briggs Institute (JBI) de les quals no s'obtingueren resultats.

- Cuidatge, es recuperaren un total de 22 articles de revista a partir dels descriptors següents: “Trastornos somatomorfos”; “Somatomorf\$”; “Somatiza\$”.
- Cuiden Plus, es recuperaren un total de 22 referències bibliogràfiques, de les quals 16 foren articles de revista, a partir dels descriptors: “Trastorno somatomorfo” OR “Trastornos somatomorfos”; “Somatización”.
- IME-CSIC, es recuperaren un total de 13 referències bibliogràfiques, de les quals 12 foren articles de revista, a partir dels descriptors: “Trastorno somatomorfo” O “Trastornos somatomorfos”; “Somatización”.
- ISOC-CSIC, es recuperaren un total de 26 articles de revista a partir dels descriptors: “Trastorno somatomorfo” O “Trastornos somatomorfos”; “Somatización”.
- ENFISPO, es recuperaren un total de 17 articles de revista a partir dels descriptors: “Somatiza\$”; “Somatomorf\$”.
- IBECS, es recuperaren un total de 23 articles de revista a partir dels descriptors: “Somatoform” OR “Somatization” AND “Primary Health Care”.
- CINAHL, es recuperaren un total de 29 articles de revista a partir dels descriptors: “somatoform disorders” OR “somatization disorder” AND “holistic nursing” AND “primary health care” NOT “children” NOT “adolescents or teenagers” NOT “older person or elderly” NOT “geriatric” NOT “immigrants”.
- PubMed, es recuperaren un total de 20 articles de revista a partir dels descriptors: “somatoform” OR “somatization” AND “primary health care” AND “nursing”.

Així doncs, s'obtingueren un total de 141 articles (tenint en compte els repetits en les diferents bases de dades). Per tal de facilitar l'ordenació dels articles obtinguts es realitzà un document en format Excel. Es realitzà la lectura dels abstract dels articles obtinguts i, posteriorment, es seleccionaren els definitius a partir dels criteris d'inclusió i exclusió, els quals es descriuen en el següent apartat. A partir d'aquests, el nombre d'articles seleccionats per a analitzar foren 4 de l'etapa conceptual del procés d'investigació i 21 de la cerca posterior, per tant, un total de 25 articles.

4.1-Criteris d'inclusió

- Tots aquells articles que estudiïn els SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, siguin o no aquests els termes utilitzats, des d'una visió holística.
- Articles que facin referència a l'abordatge terapèutic o intervencions dels professionals de la salut en els SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, siguin o no aquests els termes utilitzats.
- Articles els quals tractin l'eficàcia de possibles teràpies, intervencions i/o tractaments dels quals puguin beneficiar-se aquests pacients.
- Articles en els quals aparegui el rol específic i intervencions dels professionals d'Infermeria en l'atenció als pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.
- Articles en els quals aparegui descrita la relació entre els professionals de la salut i els pacients, incloent les experiències i expectatives d'aquests.
- Articles de llengua catalana, castellana i anglesa.
- Articles d'investigació que emprin la següent metodologia: revisió bibliogràfica, revisió sistemàtica, investigació quantitativa o investigació qualitativa.

4.2-Criteris d'exclusió

- Articles de caràcter no gratuït on-line o els no disponibles a la hemeroteca de la Universitat Rovira i Virgili.
- Articles que incloguin exclusivament un grup determinat de població: geriàtrica, infantil, adolescent, immigrant, penitenciària, etc.

- Articles en els quals els SFSEM i/o els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats no siguin abordats com a objecte d'estudi principal, sinó secundari a una patologia, deficiència i/o condició prèvia concreta.
- Articles que abordin les somatitzacions únicament a partir de patologies i/o condicions diferents als SFSEM o als Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.
- Articles que tractin l'objecte d'estudi des d'una visió biomèdica: únicament definitòria i/o classificatòria i/o etiològica.

4.3-Principals dificultats

Les principals dificultats que han sorgit en l'elaboració del present treball es descriuen a continuació:

- La interpretació del concepte i objecte d'estudi varia segons els diferents autors a causa de l'habitual confusió de termes i ús de diferents manuals i classificacions diagnòstiques. Per tant, en algunes ocasions ha resultat difícil trobar articles que tractin el tema des d'una visió de conjunt. Per tal de disminuir l'impacte d'aquest problema, en les taules d'organització de dades emprades per a l'anàlisi de cada article s'especifica el terme utilitzat en l'article i la seva interpretació.
- No s'han trobat Guies de Pràctica Clínica sobre el tema d'estudi.
- Escassa literatura referent a les intervencions específiques del personal d'Infermeria en l'abordatge d'aquests pacients i escassos articles sobre el tema escrits per professionals de la nostra disciplina. Degut a això, ha resultat difícilós explorar el rol específic de la nostra disciplina en el maneig d'aquests pacients i establir la presència o no d'actituds i comportaments estigmatitzants que puguin portar a una inadequada atenció sanitària d'aquests pacients.

4.4-Cronograma

	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Justificació del tema										
Etapa conceptual										
Disseny metodològic										
Definició d'objectius										
Cerca d'articles										
Anàlisis articles										
Anàlisis resultats - Conclusions										
Redacció article										
Defensa del treball										

5-RESULTATS

L'obtenció dels resultats del present treball s'ha realitzat a partir de la taula d'organització de dades elaborada en base als objectius del treball, la qual es pot consultar en l'annex 9.3 del treball. A continuació es presenta una taula en la qual apareixen anomenats els 25 articles analitzats i, seguidament, es presenten les taules d'anàlisi de cadascun d'ells.

ARTICLE	REVISTA	PUBLICACIÓ
Tratamiento de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atención primaria.	ATENCION PRIMARIA	1995
Un paciente funcional.	MEDICINA INTEGRAL	1997
Los trastornos somatomorfos en atención primaria.	MEDICINA INTEGRAL	1998
Manejo del paciente con trastornos de somatización.	JANO MEDICINA Y HUMANIDADES	2000
Abordaje de los trastornos somatomorfos en atención primaria.	TIEMPOS MEDICOS	2003
Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal.	ATENCION PRIMARIA	2011
Trastorno somatomorfo indiferenciado y enfoque biopsicosocial. A propósito de un caso.	PSIQUIS	2003
Somatizaciones: "la histeria de fin de siglo"	CENTRO DE SALUD	1997
Cuidados de enfermería en los trastornos de somatización.	ENFERMERIA CIENTIFICA	1998
Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores. I. Expectativas del paciente.	MEDICINA CLÍNICA	1999
Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores. II. Reacciones del profesional y tipos de relación.	MEDICINA CLÍNICA	1999
Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención.	REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA	2005
Trastorno por somatización y trastorno por dolor: ¿cuándo pensar en ellos?	SEMERGEN	2000
Somatización y familia: intervencion del médico de atención primaria.	ATENCION PRIMARIA	1998
Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto.	ATENCION PRIMARIA	2002
La petición de pruebas complementarias en somatizadores en Atención Primaria: un estudio cualitativo.	EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHIATRY	2003
Longing for existential recognition: a qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders.	JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH	2014
Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders.	MENTAL HEALTH IN FAMILY MEDECINE	2010
Fixed herbal drug combination with and without butterbur (Ze 185) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmaco-clinical trial.	PHYTOTHERAPY RESEARCH	2009
Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria.	ATENCIÓN PRIMARIA	2005
Trastorno por Somatización: Su abordaje en Atención Primaria.	REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA	2011
Actualización: Pacientes con síntomas no explicables.	EVIDENCIA: ACTUALIZACIÓN EN LA PRÁCTICA AMBULATORIA	2006
Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar.	REVISTA CHILENA DE NEURO-PSIQUIATRIA	2010
Cartas de consulta para los síntomas físicos sin explicación médica en la atención primaria.	THE COCHRANE COLLABORATION	2010
Grado de utilización de los recursos sanitarios y formas de presentación de los trastornos somatomorfos en atención primaria.	ANSIEDAD Y ESTRÉS	2005

Títol article	Manejo del paciente con trastornos de somatización.
Autor/s	C Iglesias Serrano, M Oller Colom – Metges d'Atenció Primària (MAPs), membres del <i>Grup de Salut Mental, Societat Catalana de medicina Familiar i Comunitària</i> .
Revista	Jano Medicina y Humanidades Vol 58 nº1326.
Data de publicació	13 Gener 2000.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastornos somatomorfos"; "Somatiza\$") i ENFISPO ("Somatiza\$").
Conceptes trastorns abordats	Inclou els trastorns somatomorfs tot i que no els anomena per aquest nom sinó pels seus subgrups segons DSM-IV, inclosos "trastorns facticis". També inclou el concepte "simulació" i "síntoma mèdic inespecífic". Engloba totes aquestes situacions en el terme "síntomes físics inespecífics". Apareix la definició de Goldberg de "Trastorn psíquic somatitzat" (trastorn mental amb manifestacions somàtiques), els criteris del qual són: a) consulta per símptomes somàtics sense incloure símptomes psicològics entre les seves queixes, b) el pacient considera que el seu problema és de causa somàtica, c) els símptomes que presenten permeten investigar si existeix un diagnòstic psiquiàtric, d) ha d'existir relació entre aquesta malaltia i les queixes que presenta.
Interpretació del concepte segons l'autora	Els diferents subgrups dels trastorns somatomorfs equivalen als subgrups de "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" del DSM-V i "síntoma mèdic inespecífic" equival a "SFSEM".
Epidemiologia presentada	SFSEM, són una situació freqüent a les consultes dels metges d'AP. "Trastorn psíquic somatitzat": trastorn d'ansietat (21,3%), trastorn mixt ansietat-depressió (15,6%), depressió (14,9%), distímia (14,2%), trastorn de somatització (8,8%), trastorns d'adaptació (8,1%) i altres (16,24%). Remarca la gran prevalença de somatitzadors que presenten trastorns d'ansietat i depressió concomitant. "Trastorn de somatització", prevalença de 0,2-5%, es remarca variabilitat de dades segons el qüestionari, mètode de valoració i entrevistadors (metges o no). En utilitzar el qüestionari PRIME-MD (qüestionari per a la detecció ràpida

	dels trastorns mentals en AP) la prevalença augmenta: 14-18% i sent més prevalent en dones. El 10-20% de dones amb parents de primer grau amb Trastorn de somatització també el presenten. Tot i que la prevalença del trastorn de somatització no és gaire elevada, s'indiquen com a més habituals el trastorn somatomorf indiferenciat (que actualment es contempla com el mateix trastorn) i el somatomorf no especificat. Nivell espanyol, es disposa de poca epidemiologia; la majoria dels individus amb trastorn de somatització són: dones amb una mitja d'edat de 39,8 anys, la majoria casades, amb estudis primaris complets o incomplets. Símptomes dolorosos més freqüents: mal d'esquena (94,2%), dolor toràcic (91,4%), dolor abdominal (85,7%), dolor articular (71,4%); altres símptomes: mareig (77,1%), disfàgia (60%), nàusees (60%), diarrea (54,2%), indiferència sexual (20%), impotència (14,2%) i convulsions (11,4%). Comorbiditat en "trastorn de somatització": freqüent coexistència amb un altre trastorn mental, sobretot: trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim. Nivell espanyol, codiagnòstics: distímia (40%), trastorn per ansietat generalitzada (25,7%), trastorn d'angoixa (22,8%), abús d'analgèsics (20%), agorafòbia (17,1%), depressió major (5,7%).
Etiologia del trastorn segons l'article	SFSEM, expressió corporal d'un patiment mental. Trastorn de símptomes somàtics, es desconeix; es pot afirmar que existeix agregació familiar per factors genètics, ambientals o ambdós. L'article anomena diverses teories: biològiques, neuropsicològiques, psicosocials.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Tècniques terapèutiques</u>: cap sembla ser superior a una altra. La regla <i>primum non nocere</i> és especialment útil ja que la probabilitat de curació és poc probable i un abordatge excessivament biològic pot originar un empitjorament. <u>Psicofarmacologia</u>: no són de gran utilitat, a no ser que hi hagi comorbiditat psiquiàtrica (sobretot s'utilitzen ansiolítics o antidepressius). <u>Descartar</u>: malaltia mèdica, problemes per consum de substàncies i presència d'un trastorn mental (molts cursen amb símptomes somàtics); diagnòstic diferencial sol ser difícil. Per facilitar-lo: algoritme diagnòstic i qüestionari PRIME-MD + criteris diagnòstics del DSM-IV i les preguntes de Othmer y DeSouza (valoren els 7 símptomes de la prova de detecció del trastorn de somatització).

	<u>Exploració física:</u> és important ja que demostra interès pels símptomes, descarta problemes orgànics i transmet seguretat i tranquil·litat al pacient. <u>Instruments terapèutics fonamentals:</u> relació terapèutica i entrevista clínica. La falta de temps pot obligar a realitzar l'entrevista clínica en diverses visites, aquest fet no ha de ser viscut com a negatiu per part dels professionals ja que permet conèixer el pacient en dies successius i observar els seus diferents estats d'ànim. <u>Objectiu:</u> alleujar els símptomes i evitar exploracions i intervencions innecessàries. <u>Derivacions i petició de proves complementàries(PCs):</u> cal ser prudent, poden donar pseudodiagnòstics que no són l'origen del malestar del pacient fent que s'aferri més a l'origen orgànic dels seus símptomes; a més, no s'han de crear falses expectatives. Pocs d'aquests pacients són candidats a ser derivats a SM ja que el trastorn dificulta l'acceptació del malestar psíquic com a causa de les molèsties somàtiques. Si es deriva, expressar: no és un rebuig cap al pacient, sinó que hi ha interès en alleujar les seves dolències, més que un diagnòstic el que s'espera de Psiquiatria és una orientació terapèutica de manera que es pugui continuar ajudant al pacient. <u>Diagnòstic comprensiu:</u> (conèixer al pacient) que ajudi a entendre com el sofriment mental es transforma en somatitzacions. Cal analitzar les situacions vitals de vulnerabilitat que poden relacionar-se amb malestar psíquic o molèsties físiques: pèrdues personals (mort o separació), pèrdues de coses (treball), conflictes interpersonals (família, treball), canvis en el desenvolupament (adolescència, jubilació), inadaptació personal (treball, llar), canvis geogràfics (emigració), estrés (agut o crònic) o aïllament social. 1. Anamnesi completa de les seves queixes somàtiques reconeixent el dolor i sofriment del pacient. <u>Permet:</u> conèixer el grau de limitació de la seva activitat, comunicar estar preocupat pel seu malestar i que es vol proporcionar-li alleujament. 2. Conèixer els aspectes psicològics de la seva personalitat (solen ser persones amb poca capacitat d'introspecció i que no relacionen els seus símptomes amb causes psicològiques). Cal repassar la seva biografia i situacions vitals més importants: família, treball, relació matrimonial, relació amb els fills, relació amb els veïns.
--	--

Rol específic Infermeria	3. Acceptar que els símptomes somàtics són reals. <u>Permet:</u> tranquil·litzar, establir una relació amb el pacient, que el pacient comenci a considerar que existeix alguna relació entre els seus símptomes i les situacions vitals. Es pot seleccionar un símptoma important i explorar les situacions vitals que envolten la seva aparició o agreujament. 4. Explicar sense pressa, amb tacte, paciència i temps en què consisteix el trastorn; com els problemes personals, socials o laborals poden agreujar els símptomes i, expressar empatia i comprensió davant el seu malestar (això pot ser més útil en aquella pacients que no estiguin molt cronificats). Tema no tractat en l'article. Les intervencions s'aborden des del professional mèdic d'AP.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Pacients descrits com a molt demandants, que molt sovint provoquen esgotament, frustració i impotència; inclús en alguns casos rebug i agressivitat. La dificultat que els professionals tenen en el seu maneig es visualitza amb l'ús del terme "somatitzadors" que implica que el pacient realitza accions negatives sobre el seu propi cos (autor del propi sofriment). Per a la majoria de malalties no existeixen paraules que expressin el mateix, diem que un pacient té càncer, etc. o s'empra la terminació "ic" que implica que una malaltia no pot ser separada del pacient (ex. diabètic, esquizofrènic).
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Títol article	Cuidados de enfermería en los trastornos de somatización.
Autor/s	MC Ortego Maté, MJ López Saiz, P Santos Abaunza, C González-Quevedo Gómez – Diplomades Universitaries en Infermeria.
Revista	Enfermería Científica nº200-201.
Data de publicació	Novembre-Desembre 1998.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Somatiza\$"), Cuiden Plus ("Trastorno somatomorfo" OR "Trastornos somatomorfos"; "Somatización"), ENFISPO ("Somatiza\$"; "Somatomorf\$").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn de somatització" definit per la CIE-10 i el DSM-IV.
Interpretació del concepte	Equival a "trastorn de símptomes somàtics" segons DSM-V.
Epidemiologia presentada	Símptomes més freqüents: molèsties gastrointestinals, dèrmiques i, queixes sexuals i menstruals. En moltes ocasions estan presents símptomes depressius o ansiosos que requereixen intervenció especial.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No presenta dades, però indica que és elevat.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Necessitat de formació:</u> informar i entrenar els professionals de la salut sobre les habilitats de maneig d'aquests pacients i la coordinació de l'atenció donada pels diferents professionals i serveis assistencials (si no és així pot repercutir negativament en la continuïtat del cuidar i afavorir l'abandonament terapèutic).
	Dotar al pacient i als seus familiars o entorn pròxim d'estratègies que permetin desenvolupar una vida més "normalitzada" evitant, dintre del possible, que la simptomatologia es converteixi en invalidant (les dinàmiques familiars poden veure's ressentides de forma considerable especialment si el pacient adopta un paper dependent i

Rol específic Infermeria	les relacions es basen en el cuidar, també pot aparèixer aïllament social)
	<u>Objectiu:</u> proporcionar als pacients i familiars informació, suport i entrenament per tal de reduir les exigències i dotar d'estratègies que permetin realitzar una vida el més "normalitzada" possible. 1. <u>Valoració d'Infermeria:</u> entrevista clínica al pacient en un lloc privat i relaxat, evitant interrupcions. Demanar especificació del problema, detallar els òrgans i sistemes afectats i, conseqüències (insomni, incapacitat laboral, aïllament social, problemes familiars, ansietat, depressió i/o idees de suïcidi). <u>Entrevista a la família:</u> contrastar la informació obtinguda del pacient, permet conèixer la seva implicació familiar en: el cuidar, disposició a ajudar, xarxes de suport disponibles, informació que posseeixen i, les seves creences, sentiments, preocupacions, dubtes i habilitats. 2. <u>Pla de cures:</u> ha de ser individualitzat (permetent elegir segons les preferències) i adaptat al nivell de vida per tenir més probabilitats d'adherència. Cal aconseguir la col·laboració i implicació del pacient per a al manteniment de les conductes entrenades a llarg termini. Programar els entrenaments elegint tasques de dificultat progressiva (reforçant els avanços i oferint feedback) i disminuint el control de forma a poc a poc. El sistema sanitari no hauria d'abandonar del tot aquests pacients per tal de reforçar i mantenir la seva adherència al pla de cures, tot i que les revisions es vagin distanciant en el temps. <u>Possibles NANDA:</u> - Temor relacionat amb la creença de patir una malaltia física. NOC: a) Verbalització de les pors i preocupacions per part del pacient tant al inici i transcurs del tractament, b) Identificació de la seva situació real al finalitzar la intervenció, c) En acabar la intervenció, ha de comptar amb un repertori conductual que li permeti controlar els seus temors. NIC: a) Afavorir l'expressió de sentiments i temors (no emetre judicis ni crítiques ja que inhibirà l'expressió); emprar expressions verbals i no-verbals amb les quals percebi que el podem ajudar i que l'escoltem, (p.e. repetir la informació que ha comentat el pacient i moviments afirmatius amb el cap; la repetició de la informació també ens permet aclarir dubtes i malentesos); b) Proporcionar informació objectiva i realista que permeti aclarir dubtes i temors tant al pacient com al seu entorn (donar informació senzilla, evitant

	tecnicismes i adaptada al seu nivell cultural; demanar que ens verifiqui si ha entès la informació (p.e. demanant-li que en faci un resum o fent preguntes simples de comprovació; la informació s'ha de transmetre de forma progressiva per no sobrecarregar d'informació i demandes); c)Entrenar en tècniques com la parada de pensaments (cal indicar que un cop la persona sigui conscient dels seus pensaments iniciï una activitat cognitiva cap a una altra direcció), explicant a la família i entorn la necessitat de no reforçar conductes i pensaments desadaptats i especificant les conductes que haurien de ser ignorades (p.e. la família canvia de tema de conversació quan el pacient parla sobre els seus símptomes, exploracions, etc). El pacient és el primer en ser entrenat en tècniques de parada de pensaments, a més de ser informat de que la família no recolzarà les seves conductes; tot i això pot reaccionar amb conductes de demanda directa o indirecta d'atenció, podent arribar al xantatge emocional o a exagerar els símptomes; d)Entrenar en tècniques de relaxació (sobretot resulta efectiu si el pacient pateix ansietat i, per reduir el dolor). - Deteriorament de les interaccions socials relacionat amb símptomes físics i incapacitat. NOC: a)Participació en activitats recreatives per part del pacient, b)Identificació de grups de suport per part del pacient, c)Ampliació dels seus contactes socials per part del pacient. NIC: a)Promoure l'activitat i la interacció social (per augmentar les distraccions, reforços i adoptar comportaments alternatius evitant simptomatologia que pugui arribar a invalidant, com més absorbent i més distracció proporcioni l'activitat més eficaç serà). b)Contactar amb grups de suport (principalment formats per pacients amb la mateixa patologia que han adquirit comportaments adaptatius; a més de donar suport i informació, permeten modelatge o aprenentatge per observació). - Alteració dels processos familiars relacionat amb les queixes i demandes del pacient. NOC: a)Al finalitzar la intervenció, la família comptarà amb estratègies d'afrontament i control de la situació. NIC: a)Contactar amb la família (la família també travessa una situació difícil, no sap com actuar i sovint es pregunta si actua de la manera adequada): escoltar-la i informar-la; b)Dotar a la família d'habilitats de maneig (per modificar una dinàmica familiar disfuncional, reduir la tensió, evitar conductes innecessàries i assegurar la continuïtat del cuidar; la família pot dur a terme labors de supervisió en la nostra absència reforçant conductes
--	---

	adaptatives i inhibint les desadaptatives i, pot reduir la despesa sanitària). Molt recomanat coordinar les accions entre els diferents membres de la família per tal de que no s'estableixin rols de "dolent" i "bo" que disminueixen l'eficàcia de les intervencions i augmenta la tensió familiar); c)Ensenyar tècniques d'assertivitat (facilitarà la comunicació interpersonal i l'expressió adequada de sentiments entre els membres de la família, p.e. assajos conductuals on oferim feedback sobre la situació). d)Entrenar en el manteniment de la conducta d'extinció (cal supervisar i entrenar aquestes conductes reforçant el seu manteniment, informant que les proves exploratòries realitzades no justifiquen la simptomatologia del pacient). - Afrontament individual inefectiu amb carència de mecanismes de control sobre la situació. NOC: a)El pacient expressarà un augment de la confiança en si mateix al finalitzar la intervenció, b)El pacient adoptarà comportaments assertius al finalitzar la intervenció. NIC: a)Afavorir els sentiments de control i autoconfiança (per disminuir ansietat, por i adoptar mesures d'afrontament adaptades); b)Entrenar en assertivitat (per evitar que els pacients utilitzin els seus símptomes per demanar ajuda, atenció, evitar tasques o donar per acabades discussions). <u>Factors d'adherència (sovint dificultosa):</u> coneixements i habilitats d'autocura, percepció d'autoeficàcia i expectatives de resultats, règim terapèutic senzill, suport social i familiar i, satisfacció en la relació professional-pacient.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Amb freqüència, els professionals de la salut (especialment aquells en els quals els hi manquen coneixements sobre patologia psiquiàtrica i tècniques de modificació de conducta) es senten incòmodes, no saben com actuar, els desborda la situació inclús podent arribar a desenvolupar sentiments de rebuig cap a aquests malalts. <u>Les solucions adoptades són:</u> derivar a altres professionals, receptar nous medicaments o sol·licitar més exploracions.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	La relació sol ser pobre i conflictiva a causa d'aquesta percepció del pacient. Percepció de fracàs dels recursos terapèutics. L'"evitació" o derivació del pacient a altres professionals és percebuda pels pacients com un fracàs dels recursos terapèutics.

Títol article	Abordaje de los Trastornos somatomorfos en Atención Primaria
Autor/s	J García-Campayo, M Alda, A Pascual – Psiquiatra, MIR Psiquiatria i Psicòleg.
Revista	Tiempos Médicos nº599.
Data de publicació	Abril 2003.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastornos somatomorfos"; "Somatomorf\$"), ENFISPO ("Somatomorf\$").
Concepte trastorn abordat	Conceptes: "trastorns psicossomàtics", "somatització", "somatitzador" i, "trastorns somatomorfs" segons la CIE-10 i DSM-IV. Per a "Somatitzador" es presenten els criteris de Bridges i Goldberg: a)El pacient consulta per símptomes somàtics, b)El pacient atribueix els símptomes que pateix a una malaltia orgànica i no a un trastorn psiquiàtric, c)Existeix un trastorn psiquiàtric diagnosticable amb les classificacions psiquiàtriques actuals, d)En opinió del metge, el tractament psiquiàtric milloraria la simptomatologia. Es comenten les crítiques al respecte d'aquests criteris sobretot del 4t, ja que és molt subjectiu.
Interpretació del concepte	Els "trastorns somatomorfs" equival a "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" del DSM-V, no s'especifica la inclusió dels "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	Experimentació de símptomes somàtics, 75% dels adults sans pateixen algun tipus de dolor o malestar físic en el termini d'una setmana. "Trastorns somatomorfs", aproximadament 4,4% segons la definició SSI 4-6 d'Escobar; a AP 1% dels pacients que consulten per un nou episodi de malaltia són diagnosticats de "trastorn de somatització", el 15% dels pacients derivats a unitats d'interconsulta pateixen "trastorn de somatització".

Etiologia del trastorn segons l'article	Experimentació de símptomes somàtics: a) processos fisiològics diaris (p.e. respiració, digestió, circulació i modificacions hormonals del sistema endocrí), b) circumstàncies que no són malaltia (les principals: modificacions en la dieta, excés de fatiga física o infeccions víriques subclíniques però que produeixen mínimes molèsties), c) medi ambient (calor o fred extrem, excés de llum, humitat, soroll, contaminació ambiental com fum de tabac, tempestes, canvis en el clima, etc.) Trastorns somatomorfs, no una causa definida però sí presumpció raonable d'associació amb factors psicològics o d'estrès.
Cost sanitari	Trastorns de somatització, 10% del cost total de qualsevol país desenvolupat sense incloure el cost dels serveis sanitaris dels pacients psiquiàtrics reconeguts. El cost anual per pacient ha estat calculat en 841€.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Tractament farmacològic trastorns somatomorfs:</u> a) Gairebé no existeixen treballs sobre el tema (molts autors ho interpreten com una mostra de rebuig que produeixen aquests pacients als psiquiatres i la negativa a investigar sobre ells), b) Les mostres estudiades solen ser heterogènies i no solen seguir classificacions psiquiàtriques sinó que s'agrupen per síndromes mèdics com cefalea funcional, colon irritable, etc., c) Escassegen els estudis controlats randomitzats. En conclusió, no hi ha suficient base científica per a realitzar recomanacions clíniques fiables dels trastorns somatomorfs. <u>Tractament farmacològic del dolor (síntoma més freqüent en els trastorns somatomorfs):</u> existència d'estudis més fiables que poden servir d'orientació. <u>Dades sobre antidepressius:</u> a) Són efectius (disminueix en un 50% la intensitat en el 58% dels casos), b) Si no hi ha depressió associada, els antidepressius ISRS no són superiors al placebo, però els tricíclics i tetracíclics posseeixen una acció antiàlgica específica, c) Els tricíclics són més efectius que els tetracíclics i, la doxepina ha demostrat ser el tricíclic més efectiu encara que amb el que més estudis s'han realitzat és l'amitriptilina, d) L'acció analgèsica apareix més precoçment que l'antidepressiva. Venlafaxina, mirtazapina i nefazodona semblen útils en el tractament del dolor, però són necessaris més estudis. <u>Altres fàrmacs que han demostrat ser útils:</u> carbamazepina, gabapentina i topiramato; s'indica una eficàcia significativa en escales visuals analògiques del dolor, escala d'impressió clínica global i GAF emprant gabapentina

Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	amb pacients diagnosticats de trastorn de somatització amb dolor com a símptoma principal. És en AP on s'adopta una perspectiva de medicina humanista i una visió holística o integral del pacient assumint un model biopsicosocial. La incapacitat experimentada pels pacients amb trastorns de somatització és similar a altres malalties psiquiàtriques i la seva qualitat de vida és menor que altres patologies mèdiques. <u>Intervencions:</u> 1. <u>Tècnica de reatribució:</u> dissenyada per Goldberg pel maneig de les somatitzacions a AP i modificada pels autors de l'article (+ reatribució a la família i acompanyament de fullets informatius). <u>Objectiu:</u> modificació de l'atribució del símptomes des d'una etiologia somàtica a una psicològica amb la qual el pacient pot acceptar més fàcilment tractaments farmacològics i psicoterapèutics. <u>3 fases:</u> a) <u>Que el pacient es senti comprès:</u> història mèdica completa deixant que el pacient parli àmpliament dels seus símptomes somàtics però estant atent a qualsevol indici de malestar psicològic que pugui mostrar en el discurs verbal com no verbal. Cal explorar qualsevol problemàtica social o laboral i la xarxa de suport. Imprescindible conèixer la seva opinió sobre la malaltia: què creu que li passa, com creu que s'ha produït i quin tractament creu que podria ser efectiu. Cal realitzar una exploració mèdica amb especial interès en la zona afectada tot i que el metge estigui convençut de que no hi ha causa orgànica, el contrari pot causar un gran rebuig per part del pacient. b) <u>Ampliar l'agenda:</u> fase informativa, explicar les troballes clíniques cuidant la comunicació verbal amb frases com: "No hem trobat res anormal en les exploracions realitzades, tot i això, ha estat patint moltes molèsties aquest temps" reconeixent la realitat dels símptomes de forma empàtica. Frases que ens permetin obrir la porta per redefinir el problema afegint altres símptomes i circumstàncies poden ser útils "També ha estat plorant més de l'habitual, dormint pitjor, sentint-se més irritat". c) <u>Assenyalar el vincle:</u> fase negociadora, sol haver severes discrepàncies entre el diagnòstic i tractament esperat pel pacient i el que el metge ofereix. Cal oferir l'explicació en 3 temps: Redefinir el problema com estat d'ansietat o depressió, Explicar de forma breu i concisa la simptomatologia, Explicar específicament
--	--

	com es produeix el símptoma; tot amb un tarannà negociador. 2. <u>Normes mínimes de Smith</u>: han demostrat millor qualitat de vida i menor nombre de consultes mèdiques. <u>Es basen en:</u> a) Maneig dels símptomes físics: explorar al pacient en profunditat la primera visita i sempre que canviïn els símptomes, les PC s'establiran en funció dels signes i no dels símptomes (ja que estan augmentats), si els resultats són negatius s'han de comunicar de forma inequívoca i parlar del trastorn de somatització com una alteració de la percepció del dolor però reconeixent de forma empàtica l'existència de malestar. Evitar diagnòstics i tractament ambigus. Explicació del diagnòstic: s'ha de basar en la incapacitat funcional (donar un diagnòstic orgànic no curarà al pacient), el que importa és la disfunció que produeixen els símptomes i com ho afronta el pacient. Ser sincer, informant del que pensem que pot fer i negociar petites metes que es poden anar establint com a tasques. Aquestes han de ser petites, fàcils de complir ja que la no realització pot ser motiu de frustració tant pel metge com pel pacient. b) Maneig dels factors psicosocials: detectar i abordar factors emocionals, explicar la seva influència en els símptomes i emprar medicació si és necessari; en les visites de seguiment cal un temps limitat al principi per parlar dels símptomes passant a preguntar per activitats habituals i qüestions psicosocials. c) Oferir consultes programades de curta duració però d'alta freqüència (el pacient es sent atès, que es la seva principal demanda subconscient, sense necessitat de justificar símptomes cada vegada). d) Centralitzar el seguiment en un sol professional. e) Les derivacions a SM només s'haurien de realitzar en presència de patologia psiquiàtrica greu o trastorns de personalitat; en la resta, hauria d'haver un maneig conjunt en interconsulta.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els metges pensen que els somatitzadors són els pacients de més difícil maneig i rebutgen tractar-los encara que se'ls hi ofereixi un entrenament especial perquè consideren que aquests pacients estan descontents amb qualsevol tractament. La majoria dels metges (dades extretes de d'una mostra representativa MAPs de la ciutat de Zaragoza) rebutgen responsabilitzar-se de certes funcions: detectar als somatitzadors (acceptat en un 50%), prescriure

	fàrmacs psicòtrops (acceptat un 47%), oferir consell o enfocament psicològic (30% acceptació), evitar reforçar conductes anòmales de malaltia (47% acceptació), actuar com a filtre selectiu per accedir a l'atenció especialitzada (88% acceptació), el cuidar dels pacients somatitzadors (77% acceptació). <u>Explicació presentada per aquest fenomen:</u> alt nivell de frustració i ira que els pacients produeixen als professionals. Els professionals de Medicina tenen com a principal expectativa la necessitat de curar a tots els pacients, quan això no és possible per la naturalesa de la patologia, es senten frustrats.
Experiències i expectatives dels pacients	<u>Expectatives:</u> a)Que se'ls escolti i se'ls compregui (freqüentment han patit carències afectives i per ells el metge és una figura d'autoritat important en la seva vida), b)Que s'accepti el paper de malalt (en la societat occidental aquesta acceptació ha de donar-la el metge i és una de les majors expectatives. Des del primer moment hem de reconèixer que pateix una malaltia encara que la medicina no estigui preparada per tractar-la), c)Que se l'informi sobre la seva malaltia (explicar que pateix una malaltia en la qual el llindar de dolor es veu disminuït i s'experimenten símptomes però que afortunadament té un bon pronòstic vital, insistint en la influència de les situacions estressants que amplifiquen la percepció de dolor), d)Que no se'l consideri un malalt psiquiàtric (pel rebuig instintiu vers a la malaltia psiquiàtrica ja que la igualen a debilitat o absència de malaltia. Cal reconèixer l'aspecte biològic del trastorn però insistint que un adequat maneig de l'estrès millora la qualitat de vida), e)Que la malaltia justifiqui el fracàs de la seva vida (baixa autoestima i inseguretat freqüent; la malaltia ha constituït una bona excusa per justificar les carències vitals, serà impossible eliminar aquesta tendència si no s'aprenen pautes d'afrontament adaptatives). Es presenta un esquema de "circulació" dels somatitzadors a Espanya, d'aquest es dedueix que la via més costosa és la representada pel MAP i hospital general. Així doncs, els serveis de SM juguen un paper menor pels somatitzadors.
Relació professional-pacient	Difícil ja que la relació amb el pacient (incurable) s'allarga en el temps i aquest exigeix la cura. AP és el lloc clau de qualsevol tractament d'aquests pacients. <u>Paper MAP:</u> acceptació àmplia de que és el professional més indicat per l'abordatge psicològic dels somatitzadors i del seu cuidar a llarg termini. Funció de filtre a serveis especialitzats pot evitar: costos i iatrogènies derivades de tractaments i PCs.

Títol article	Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I). Expectativas del paciente
Autor/s	J García-Campayo, C Sanz-Carrillo, C Montón Franco. – Psiquiatra, Psiquiatra i MAP.
Revista	Medicina Clínica Vol. 112 nº3
Data de publicació	30 Gener 1999
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	ENFISPO ("Somatiza\$").
Concepte trastorn abordat	"Fenòmens de somatització": manifestació de malestar psicològic en forma de símptomes físics.
Interpretació del concepte	Concepte de "psicosomàtic" en el qual inclou els "Trastorns somatomorfs" que equivalen als "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" segons el DSM-IV, no s'especifica la inclusió dels "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	Fenòmens de somatització, elevada prevalença en població general i consultes mèdiques.
Etiologia del trastorn segons l'article	<u>Explicacions psicofisiològiques:</u> aquests pacients presenten un estil perceptiu-cognitiu de sensibilització a les senyals corporals (magnifiquen sensacions somàtiques benignes i les atribueixen erròniament a malalties greus). <u>Explicacions neurobiològiques:</u> s'accepten fenòmens de major activitat límbica que explicarien part de la simptomatologia. <u>Explicacions genètiques:</u> incapacitat de fer front a normes i exigències socials transmeses de forma genètica, manifestant-se, majoritàriament, amb trastorns somatomorfs en dones i amb trastorns de la personalitat antisocials en homes. S'ha demostrat l'existència d'associació familiar en ambdós trastorns. <u>Explicacions psicosocials:</u> els individus que han patit carències afectives infantils han après que el patiment de malalties físiques contribueix a disminuir l'hostilitat de l'entorn o a incrementar l'atenció i el cuidar que els ofereix el seu entorn. Aquests patrons es repeteixen en l'etapa adulta en situacions d'estrès o dificultats afectives.

Cost sanitari	No exposa xifres concretes, però indica que són elevats. El rebuig dels professionals d'AP de responsabilitzar-se del tractament d'aquests pacients pot augmentar els costos sanitaris.
Abordatge terapèutic:	Tema no tractat en l'article.
Propostes de tractaments i intervencions	
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Cal conèixer els mecanismes psicològics subjacents d'aquests pacients per tal d'entendre les seves expectatives i poder-los ajudar. Si analitzem les seves expectatives ens adonem que les seves conductes i reaccions són relativament previsibles i lògiques tenint en compte la seva situació. Gran importància de les actituds dels professionals per aconseguir una adequada comunicació i necessitat de desenvolupar una actitud empàtica.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Es descriu els pacients somatitzadors com a impopulars entre els professionals de salut ja que desperten emocions negatives (predominen la frustració i la ira). Alguns autors indiquen que quan apareixen aquests sentiments és oportú considerar el diagnòstic de somatització. La majoria dels MAPs rebutgen la responsabilitat del tractament d'aquests pacients, tot i que les tècniques d'intervenció siguin senzilles i se'ls ofereixi formació, degut als sentiments tan negatius que els produeixen. Aquest rebuig pot frustrar progressivament als professionals (els quals es veuen obligats a atendre als pacients) amb el risc de desenvolupar una situació de "cremat professional". En les activitats de docència s'ha detectat dificultat per part dels professionals de canviar les seves actituds negatives davant els pacients somatitzadors.
Experiències i expectatives dels pacients	<u>Expectatives:</u> a) <u>Que se l'escolti i se'l compregui:</u> és una necessitat molt important per aquests pacients ja que solen presentar història de carències afectives i el professional representa una figura parental. La manca d'aquesta expectativa és la principal queixa per part dels pacients en les consultes. <u>Maneig de l'expectativa:</u> mostrar empatia (recordant que aquests pacients no manipulen voluntàriament els

	símptomes, sinó que són més vulnerables al dolor i a altres símptomes) i maneig del temps (calen consultes programades de curta durada però d'elevada freqüència, p.e. cada 3-4 setmanes; d'aquesta manera el pacient es sent atès, que és la seva principal demanda subconscient, sense haver de presentar símptomes cada vegada; el fet de no haver de presentar símptomes físics cada vegada fa que els pacients estiguin més predisposats a abordar aspectes psicosocials). b)<u>Que s'accepti el seu paper de malalt</u>: en la nostra societat aquesta decisió recau en la responsabilitat del metge, per aquest motiu, si el professional no accepta al pacient com a malalt serà molt difícil establir una relació terapèutica (no és el mateix dir que la Medicina no pot diagnosticar-lo i tractar-lo correcta o fàcilment, que dir al pacient que no li passa res). Aquesta situació afecta a la cessió de baixes i incapacitats laborals, les quals solen ser una de les principals fonts de problemes de la relació metge-somatitzador. A més, el fet de no ser acceptats com a malalts promou l'aparició de sentiments de culpa en els pacients. <u>Maneig de l'expectativa</u>: reconèixer que el pacient té un problema, definir-lo com una malaltia, mostrar el desig empàtic d'ajudar-lo (si no s'adopta aquesta visió, el pacient es pot veure obligat a incrementar els símptomes i a demanar més ajuda mèdica). c)<u>Que se l'informi de la seva malaltia</u>: una de les principals queixes, "ningú sap què passa". Normalment els professionals s'autodefensen realitzant múltiples PCs (les quals resulten negatives) i invalidant el paper de malalt del pacient. També es realitzen diagnòstics ambigus i prescripció de tractaments innecessaris "per si de cas". Aquesta situació motiva a la visita de diferents professionals i a l'ús de diversos tractament ineficaços. <u>Maneig de l'expectativa</u>: ser coherents al presentar la informació i intentar harmonitzar les informacions contradictòries que ha rebut el pacient, si les PCs han resultat negatives cal comunicar-ho de forma inequívoca i posant èmfasi positiu en que no existeix cap malaltia greu. Ser sincer: es pateix un trastorn somatomorf, informar sobre un model etiològic en el qual intervenen processos psicològics i orgànics i que és possible que ambdós necessitin tractament expressant que aquesta malaltia afecta al SNA, de manera que tot i que els òrgans estiguin sans pot aparèixer simptomatologia (com dolor) en aquells òrgans innervats pel sistema. Aportar informació al respecte de les situacions estressants que poden empitjorar els símptomes; en l'entrevista clínica cal demanar que
--	---

	enumeri factors estressants; establint una relació d'associació entre aquests i els símptomes (però no de causalitat). Els pacients poden estar "sensibilitzats" a aquestes explicacions (per tons acusatius) per part de l'entorn i altres professionals: si no es realitza un adequat maneig pot comportar reaccions d'hostilitat i fugida. d)<u>Que no se'l consideri una malalta "psiquiàtric"</u>: les actituds negatives cap a la malaltia mental són causa del "estigma psiquiàtric". Els pacients, igual que els seu entorn i els propis professionals, tendeixen a: considerar ment i cos com entitats separades, que els símptomes psicològics no són reals, (són inventats o de persones dèbils). <u>Maneig de l'expectativa</u>: explicar el trastorn de manera entenedora ja que es neguen a acceptar una etiologia psicològica: 1)És un trastorn molt freqüent en la població (no li succeeix només a ell), 2)Té components orgànics i psicosocials no excloents (acceptar el component orgànic i el psicosocial, insistint en que realitzi esforços per adquirir un cert control dels símptomes; els sentiments de culpa poden jugar un paper negatiu portant a una involucració passiva i falta d'autoresponsabilitat), 3)És millorable (missatge moderadament optimista pel que fa al curs, sense afirmar que hi ha curació; amb aquest plantejament etiològic podem canviar el paper passiu adoptat com a mecanisme d'adaptació). e)<u>Assumir el fracàs de la seva vida</u>: els sentiments de pèrdua de control de les seves vides desenvolupen una personalitat passiva que impedeix adoptar sistemes d'afrontament actius i sans enfront relacions interpersonals i malalties. El maneig és difícil ja que implica deixar a l'individu sense els mecanismes d'afrontament apresos. <u>Maneig de l'expectativa</u>: 1)Oferta d'alternatives que li permeti adaptar-se a l'entorn a través de citacions periòdiques sense necessitat de presentar símptomes cada vegada (interpretat com una mostra d'afecte), evitar frases crítiques i poc empàtiques com "exagera el símptomes" o "el que vols és que et contemplin", 2)Abordatge familiar informant de les característiques del trastorn, fer èmfasi en la necessitat de potenciar les conductes no relacionades amb la malaltia, expressar afecte i cuidar en les situacions en que no s'emprin els símptomes com a forma de relació i, treballar els sentiments de culpa presents en els familiars quan intenten limitar les demandes del pacient.
Relació professional-pacient	Els abordatges terapèutics que s'han demostrat efectius cal que siguin duts a terme pel MAP. S'indica que el rebuig dels professionals d'AP de responsabilitzar-se del tractament d'aquests pacients pot esdevenir negatiu pel pacient ja que li impedeix rebre un tractament adequat.

Títol article	Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II). Reacciones del profesional y tipos de relación.
Autor/s	C Sanz-Carrillo, J García-Campayo, C Montón Franco. – Psiquiatra, Psiquiatra i MAP.
Revista	Medicina Clínica Vol. 112 nº4.
Data de publicació	6 Febrer 1999.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	ENFISPO ("Somatiza\$").
Concepte trastorn abordat	"Fenòmens de somatització".
Interpretació del concepte	Concepte de "psicosomàtic" en el qual inclou els "Trastorns somatomorfs" que equivalen als "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" segons el DSM-IV, no s'especifica la inclusió de "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	Tema no tractat en l'article.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.
Abordatge terapèutic:	Els pacients somatitzadors constitueixen un dels majors desafiaments per a la medicina actual, malgrat això, pocs són els treballs orientats en el seu tractament. Aquesta situació reflexa la creença generalitzada de que són pacients poc cooperadors i que qualsevol abordatge és inútil. Cal desenvolupar programes i/o protocols consensuats sobre el seu abordatge. És imprescindible la modificació de les actituds dels professionals vers aquests pacients.
Propostes de tractaments i intervencions	
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Apareixen aspectes d'holisme i cuidar integral en els apartats següents: a) Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients, b) Relació professional-pacient.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.

Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Medicina ensenya des de les universitats que les malalties han de ser curades, en cas contrari equival a un fracàs professional; d'aquí neix l'intens rebuig en el maneig d'aquests pacients. L'acompanyament del pacient en els processos de patiment gairebé no es considera important en la pràctica mèdica actual. Ni tant sols els psiquiatres tenen una idea clara de com bordar aquests pacients. Els metges amb experiència en el treball amb somatitzadors consideren que poden ser pacients relativament agraïts quan: es coneixen els mecanismes subconscients de les conductes i les expectatives dels professionals són realistes. <u>Sentiments més freqüents dels professionals mèdics:</u> a)<u>Frustració per la impotència que produeix la falta de millora de la situació del pacient:</u> degut a la ineffectivitat de les intervencions del professional i, al fet que el pacient ignora les recomanacions d'aquest i el culpa del seu malestar. <u>Maneig del sentiment:</u> l'objectiu terapèutic ha d'estar encaminat a la millora de la qualitat de vida, disminuir la incapacitat i evitar la iatrogènia (no en la curació). b)<u>Frustració per la falta de control de l'entrevista:</u> el guió tradicional no sol ser efectiu en aquests pacients perquè solen ser ells els que dirigeixen els temes (centrant-se en la simptomatologia i la necessitat d'ajuda) i dirigint els tractaments (rebutjant-los, modificant-los i, en ocasions, acceptant-los); això irrita molt al professional que percep que el pacient invalida el seu paper. <u>Maneig del sentiment:</u> adquirir una bona formació en habilitats d'entrevista clínica i abandonant la idea tradicional de que és el metge qui l'ha de dirigir en tot moment. Cal entendre que les actituds i comportaments del pacient no són conscients ni agressives, sorgeixen de les necessitats psicològiques insatisfetes (com a seqüela de la patologia). c)<u>Ira per considerar al somatitzador el responsable de la seva malaltia:</u> degut a un prejudici social (la visió tradicional de que les malalties psicològiques són degudes a personalitats dèbils i, culpa i responsabilitat de qui les pateix). <u>Maneig del sentiment:</u> ser conscient dels propis prejudicis, sinó no serà possible actuar de forma empàtica ni establir una relació terapèutica adequada. d)<u>Ira per l'engany social:</u> en la societat occidental s'entén que la persona malalta té dues obligacions: buscar ajuda
--	--

	per a tractar la seva malaltia i col·laborar en el tractament. La ira neix quan el metge considera que el pacient no compleix aquesta responsabilitat. Alguns professionals actuen: negant baixes mèdiques, amenaçant al pacient, etc. <u>Maneig del sentiment</u>: no oblidar que l'objectiu és el benestar del pacient i entendre que les conductes d'aquests no estan motivades per guanys secundaris, sinó per mecanismes d'afrontació desadaptats, tot i que en alguns casos puguin haver guanys aquests no milloren en cap cas la clínica. e) <u>Por a no diagnosticar alguna malaltia orgànica</u>: freqüent tant en AP com en Psiquiatria; pot comportar múltiples PCs i tractaments farmacològics ineficaços. <u>Maneig del sentiment</u>: conèixer que les dades de mortalitat en aquests pacients són més baixes que en la resta de pacients psiquiàtrics o orgànics per evitar PCs innecessàries, minimitzar iatrogènies i reduir costos sanitaris. f) <u>Por a obrir la "caixa de pandora psiquiàtrica"</u>: por a no tenir temps, coneixements o recursos per afrontar problemàtiques psicosocials al preguntar sobre aquests aspectes. <u>Maneig del sentiment</u>: un dels objectius és que els pacients aprenguin a no utilitzar la malaltia com a mètode d'afrontament, per tant, no hauria d'existir aquesta por. Cal convidar a parlar d'allò que realment preocupa sense necessitat de justificació somàtica. Si el professional no és veu capacitada per afrontar problemàtiques psicosocials pot: comentar el cas amb altres professionals per intentar consensuar una intervenció adequada, fer derivació o interconsulta amb SM. Aconseguir que el pacient parli de la seva problemàtica psicosocial ha de ser entès com una gran avanç (tot i no saber exactament com abordar la situació), podent ser suficient mostrar una actitud empàtica.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	El fet de que el sistema sanitari és incapaç de satisfer les necessitats dels pacients els sentència a invalidesa i humiliació. Els pacients no són difícils per se, sinó que la relació que s'estableix amb el professional és complexa. Per millorar aquesta relació cal: conèixer les expectatives i reaccions tant dels pacients com dels professionals mèdics. En general, s'estableixen 3 tipus de relació metge-somatitzadors: a) <u>Sedució i busca d'afecte</u>: busca d'afecte a través de l'expressió de símptomes somàtics i del reconeixement de

	l'estatus de malalt. Quan el metge es preocupa empàticament, dedica el temps suficient i realitza un abordatge acurat, el pacient pot mostrar-se excessivament agraït (alabant-lo directament, inclús ressaltant aspectes físics o altres característiques que no tenen relació amb l'abordatge terapèutic). L'objectiu inconscient del pacient no és la curació, ja que si s'esdevingués implicaria una pèrdua emocional per l'abandonament del professional i hauria d'adoptar nous mecanismes d'afrontament no relacionats amb la malaltia. b)<u>Ira/agressivitat</u>: el professional experimenta frustració amb sentiments de culpa per les intervencions inefectives; posteriorment, els sentiments són d'ira quan considera que el pacient no es vol curar ja que no es comprèn que aquesta situació no és una decisió pròpia sinó que té una relació amb l'etiologia del trastorn. El professional considerarà al pacient responsable de la seva situació i adoptarà conductes agressives produint el mateix comportament en el pacient. El pacient té sentiments d'ira cap al professional perquè: no reconeix els seus símptomes com a reals i el seu status de malalt, imposició d'un diagnòstic mental (que associa a simptomatologia imaginària o a no col·laboració). Expressió de la ira: 1)Oposicionisme actiu (no respecta tractament i visites), 2)Oposicionisme passiu-agressiu (modificant el tractament o no seguint les recomanacions per excuses "justificades"), 3)Atac al sistema (es queixa de l'atenció rebuda o demana canvi de professional), 4)Atac al professional (critica les seves competències, dubta de l'interès del professional pel pacient o realitza demandes judicials). Normalment aquesta relació es trenca i el pacient busca un altre professional, amb el qual sovint estableix la mateixa. c)<u>Ambivalència afectiva</u>: sobretot en relacions de molts anys amb el sistema de salut. El pacient idealitza als professionals mèdics (personatges poderosos ja que són els únics que el poden ajudar), incrementant la simptomatologia en busca d'afecte. Però també els considera autoritaris i amb falta d'interès, de manera que els "castiga" amb expressions d'ira. Les crítiques d'aquests pacients solen ser certes (p.e. "Mai veus dues vegades el mateix metge i, quan el veus et diu que tot està bé i que tornis a repetir la prova que ja et van fer"). Conductes contradictòries: contínuament parlen de metges i de la seva patologia tot i tenir experiències negatives amb aquests degut a que la relació que s'estableix amb els professionals és la única manera de que es reconegui el seu patiment. El que molesta als professionals en aquests casos és el to d'ira amb que s'expressen les crítiques i, en conseqüència, es mostren freds i distants (mecanisme de defensa).
--	---

Títol article	Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria.
Autor/s	C Sanz-Carrillo, E Arévalo de Miguel, J García-Campayo.
Revista	Atención Primaria Vol. 21 nº8.
Data de publicació	15 Maig 1998.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("somatiza\$"), IME ("Somatización"), ENFISPO ("Somatiza\$").
Concepte trastorn abordat	"Fenòmens de somatització".
Interpretació del concepte	Concepte de "psicosomàtic", en el qual deduïm la inclusió dels "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" del DSM-V, no s'especifica la inclusió de "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	No es presenten xifres de prevalença sobre els somatitzadors, però s'indica que són altes. Alt percentatge de fills de somatitzadors (fins a un 78%) que també desenvolupen fenòmens de somatització.
Etiologia del trastorn segons l'article	<u>Explicacions psicosocials:</u> 3 grups principals de factors relacionats amb la família: a) <u>Factors adquirits en la família d'origen (factors de desenvolupament):</u> les carències afectives infantils i les experiències repetides de malaltia durant la infància són factors predisposants (marcadors de risc confirmats per Craig et al.). Els individus han après que les situacions de malaltia poden disminuir l'hostilitat de l'entorn i/o incrementar les accions de cuidar; aquestes conductes desadaptatives es repeteixen en la vida adulta davant de situacions d'estrès o dificultats afectives (mecanismes d'afrontament desadaptats) podent afectar al funcionament conjugal, social, laboral i econòmic. b) <u>Sistema de creences de salut en la família d'origen i actual:</u> cada família té normes pròpies en interpretar i afrontar problemes, sent l'entitat que ensenya a diferenciar a l'infant el malestar físic del psíquic i, estructura el sistema de

	valors (inclosa l'expressió de sentiments). En moltes famílies l'acte de cuidar s'administra en el malestar orgànic i no en l'emocional o psíquic (podent generar rebuig a aquesta); quan l'infant és adult ho transmet a la família actual. c)<u>Paper específic de la parella</u>: existeix relació entre somatitzacions o dolor crònic i relació conjugal insatisfactòria; no es pot definir una causalitat concreta però la parella pot tenir un paper important en el manteniment de les conductes desadaptades (en reforçar conductes doloroses, demostrat per Block et al.). Les parelles dels somatitzadors solen presentar més psicopatologies (sobretot depressió) podent potenciar-se ambdues (cercle viciós).
Cost sanitari	No es presenten xifres concretes, però s'indica que són altes.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Pocs treballs orientats a avaluar la influència de la família en aquest trastorn. <u>Paper i funcions MAP</u>: a)Detectar els somatitzadors, b)Evitar reforçar conductes anormals de malaltia, c)Filtre al segon nivell assistencial (derivant a SM quan sigui oportú), d)Prescriure medicació psicotròpica adequada si és necessari, e)Oferir tractament psicològic i rehabilitador senzill, f)Centralitzar el cuidar dels somatitzadors crònics. La situació dels pacients repercuteix en tot l'entorn, sobretot en la família directa (parella i fills) segons el concepte de "causalitat circular" (les conductes d'un dels membres de la família afecten sobre la dels altres i a la inversa). <u>La parella</u>: sol haver comunicació deteriorada, les parelles dels somatitzadors solen presentar més psicopatologies (sobretot depressió) que poden incrementar la simptomatologia del pacient (es potencien ambdues-cercle viciós). Principals motius d'aquesta situació: a)Interrupció del projecte vital (afectacions laborals, econòmiques, lúdiques i socials), b)Desequilibri en la relació (incrementen les obligacions i responsabilitats per part de la parella sana, aquesta pot presentar sentiments d'ira i posteriorment de culpa per haver tingut aquests sentiments), 3)Desajust sexual (un dels problemes més freqüents tot i que en les entrevistes clíniques es tendeixi a reduir el problema). Al contrari del que es podria esperar, aquestes relacions solen durar més que la mitja degut a que la malaltia esdevé un mecanisme d'equilibri en les parelles i famílies disfuncionals. <u>Els fills</u>: solen assumir funcions i responsabilitats majors a les que s'espera per la seva edat. Sovint aquests esforços

	no es veuen reconeguts per la situació de malaltia del pare o mare; el fill pot adoptar dues postures: a) Culpar al pare malalt i desinteressar-se d'ell, b) Desenvolupar un trastorn somatomorf (com a mecanisme d'afrontament adquirit). <u>Abordatge terapèutic:</u> model psicoeducatiu, considerant la família com un col·laborador essencial en el procés. <u>Ofereix a la família:</u> educació sobre el trastorn, guies d'actuació concretes, suport en situacions de crisi i estratègies de reducció de l'estrès. Aquestes intervencions es poden dur a terme per qualsevol professional de salut. a) <u>Explicació de la malaltia a la família:</u> conjuntament pacient i familiars (sobretot si parella ja que la seva actitud és factor pronòstic), reconèixer l'existència d'una base biològica influenciada per factors ambientals (sent els dos igual d'importants) i destacant: el trastorn és relativament freqüent, tendeix a perllongar-se en el temps (no resultats immediats), es pot aconseguir una qualitat de vida bastant acceptable (descartar idea de curació), requereix esforç del pacient i de la família, oferir-se com a figures d'acompanyament facilitant visites freqüents (no més d'un mes). b) <u>Externalitzar la malaltia:</u> referir-se al trastorn com un enemic comú contra el que tots han de lluitar; evita conductes familiars com culpar al pacient i l'aliança terapeuta-família en el context "el pacient fa tal cosa negativa a la família". c) <u>No reforçar la conducta de malalt:</u> informar d'una base fisiològica de la simptomatologia (el pacient no es queixa perquè vol), però el malestar es pot veure reforçat per l'entorn. Evitar: acudir al metge per la simptomatologia quan no està citat, sol·licitar PCs complementàries pel seu compte i prendre medicació no prescrita. Reforçar: conductes d'afrontament sanes (realitzar activitats per distreure l'atenció dels símptomes). Informar per a que la família no es senti culpable: aquestes actuacions són beneficioses ja que ajuden a no estar contínuament centrat en el dolor i s'eviten les iatrogènies (principals complicacions). d) <u>Establir límits al dolor:</u> temporals (dedicar espais de temps concrets, mitja hora, on la família escolta amb atenció al pacient sobre els símptomes; durant la resta de temps cal rebutjar aquestes conversacions de forma amistosa però ferma), espacials (no parlar amb la parella dels símptomes en moments íntims ja que les relacions sexuals són un dels aspectes més freqüentment alterats), interpersonal (límits temporals amb la resta de l'entorn social, els professionals han de donar exemple deixant expressar-se però passant a altres temes per no reforçar la conducta). e) <u>Abordatge de temes psicosocials:</u> mitjançant la pregunta: "com està afectant la malaltia a la seva família i a vostè?", es transmet que la malaltia afecta a aspectes socials però sense marcar una etiologia psicològica (podria produir
--	--

	rebuig). Permet valorar: dificultats de comunicació i expressió d'afecte, problemàtiques sexuals, utilització del símptoma per a obtenir guanys, etc. Realitzar preguntes circulars per conèixer les interaccions amb diferents membres de la família: - <u>Preguntes sobre les idees familiars:</u> Què pensen que va causar la malaltia?, Què creuen que milloraria el problema?, Existeix alguna emoció que millori o empitjori els símptomes?, La situació seria la mateixa si la mateixa malaltia hagués afectat a un altre membre de la família? - <u>Preguntes sobre les respostes familiars:</u> A quina persona de la família és a qui afecta més la malaltia?, Com respon cada membre de la família davant les expressions de simptomatologia del pacient? Com tracta cadascú de resoldre el problema?, A què ha tingut que renunciar la família per la malaltia?, Com hauria estat la vida de cadascú de vosaltres si això no hagués passat? f) <u>Protegir als fills:</u> si presenten somatitzacions o símptomes de malestar psicològic convé derivar a SM pel risc elevat de desenvolupar el mateix trastorn d'adults; els pares no solen presentar gran oposició si es posa èmfasi en els símptomes secundaris a la situació d'estrès viscuda a la família a causa del trastorn. g) <u>Tècniques específiques:</u> - <u>Equip reflexiu:</u> cal formació en comunicació i entrevista clínica; s'han obtingut resultats esperançadors tot i que no existeixen estudis controlats. 2 professionals (metge-metge o metge-infermer) comenten en to amigable davant la família i el pacient l'etiologia del trastorn com "expressió de problemes psicològics en forma de símptomes físics" (però dit directament així pot produir rebuig). P.e: "Professional 1: Em pregunto si el símptomes del Sr. X no seran una forma de demanar-li a la seva dona i a la seva família que es mostrin més afectuosos amb ell. Professional 2: No crec, per mi, simplement té uns dolors intensos i els està intentant portar el millor que pot. Professional 1: De totes maneres, em pregunto què hagués passat si les relacions amb la seva dona i els seus fills haguessin estat més satisfactòries. És possible que tots aquests problemes, inclús la malaltia, no haguessin aparegut. Professional 2: En tot cas, el Sr. X podria parlar menys de la malaltia i més sobre altres
--	---

Rol específic Infermeria	temes amb la seva família, les relacions segur que serien millors. Almenys, tot i continuar tenint dolor i sense saber-ne la causa exacta podrien sentir-se més units. Professional 1: Sí, així aconseguirà allunyar-se de la família ja que l'únic que els uneix ara és la malaltia. Em pregunto com podria compartir el seu dolor amb ells permetent-los-hi estar més units”. - <u>Grups de famílies de somatitzadors</u>: cal formació en maneig de grups. Es recomanen 4-5 sessions d'1 h amb grups tancats (4-5 famílies, 12-16 persones) on s'exposin continguts psicoeducatius i, 1 sessió mensual de 90 min amb funció de suport on es treballin situacions d'estrès viscudes. Components terapèutics aportats: suport emocional, disminució aïllament, reducció estigma, aprenentatge a través d'educació, modelatge i aprenentatge vicari, factors d'autorevelació (expressió d'emocions profundes) Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els professionals mèdics tendeixen a considerar-los com a “pacients difícils” i els hi desperten sentiments negatius perquè: constitueixen un desafiament per a la Medicina occidental per la seva elevada prevalença, l'elevat cost sanitari i per les dificultats en el seu abordatge. La majoria de professionals mèdics prefereixen no responsabilitzar-se d'aquestes funcions pels sentiments negatius que els desperten aquests pacients. MAPs presenten la possibilitat de realitzar intervencions familiars globals; la seva intervenció serà incompleta si no s'aborden factors familiars (ni que sigui a nivell elemental).
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Si MAPs actuen adequadament en el maneig d'aquests pacients, poden evitar PCs innecessàries (augmenten costos sanitaris i poden provocar iatrogènies).

Títol article	Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto.
Autor/s	JM Aiarzaguena, G Grandes, I Alonso-Arbiol, JL del Campo Chavala, MB Olega Fernández, J Marco de Juana – MAP, Epidemiòleg i MAP, Dra en Psicologia, MIR Medicina Família i Comunitària, MIR Medicina Família i Comunitària i, MIR Medicina Família i Comunitària.
Revista	Atención Primaria Vol.29 nº9.
Data de publicació	31 Maig 2002.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: sèrie prospectiva de 12 casos analitzats abans i després de la intervenció i estudi qualitatiu de les percepcions dels MAPs.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Somatiza\$"), IBECS ("Somatoform" OR "Somatization" AND "Primary Health Care").
Concepte trastorn abordat	Somatització: "expressió de malestar en un idioma de queixes corporal carents d'explicació biològica".
Interpretació del concepte	Concepte "psicosomàtic" en el qual podem deduir la inclusió dels "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" del DSM-V, no s'especifica la inclusió de "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	Somatització, 38-60% pacients d'AP.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No aporta dades concretes, però indica gran impacte econòmic.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	Els especialistes de Medicina de Família, actualment, no disposen d'intervencions eficaces: • TCC (teràpies cognitiu-conductuals) poden ser eficaces, però no han resultat útils en les consultes d'AP. • Altres estratègies, com la reatribució de Goldberg, només han demostrat millores parcials. <u>Intervenció biopsicosocial breu:</u> es considera assumible pel metge d'AP en somatitzadors i pot tenir resultats

	esperançadors en la qualitat de vida dels pacients, però cal realitzar un assaig clínic aleatori i controlat que n'avalui l'eficàcia. La intervenció biopsicosocial breu crea un marc còmode per a la relació metge-pacient. Es realitzà intervenció DEPENAS (detecció-explicació-pla-exploració-normalització-acció-seguiment) de 5 sessions de 30 min realitzades per R3 de Medicina de Família. <u>Continguts principals:</u> a)Explicació tangible dels símptomes per neutralitzar l'estigma associat al malestar psicològic (atribuint la simptomatologia a una alteració de les hormones de les emocions), b)Pla (informant al pacient de l'objectiu de les sessions), c)Exploració (parlant amb el pacient individualment i validant prèviament les possibles respostes que pugui donar el pacient), d)Normalització (maneig dels sentiments de culpa i ressentiment, contextualitzant a la persona en els diferents processos del cicle vital personal i familiar, insistint en que "tot és lògic i normal", reforçant els èxits aconseguits, preparant el canvi), e)Acció: canvis higiènics (descans, distreure's, divertir-se), canvis cognitius (sobretot aprendre a relativitzar les coses), canvis en habilitats socials (sobretot en aprendre a negociar). <u>S'observa millora en:</u> millora important en rol físic, salut general i rol emocional; millora moderada en dolor corporal, vitalitat i qualitat de vida (augment de 8 punts segons SF-36) però millora petita en escala de SM.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Tema no tractat en l'article.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Les somatitzacions generen frustració en els metges.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Nota: A opinió de l'autora la fiabilitat de l'article és qüestionable ja que: no es disposa de grup control i el seguiment de la intervenció DEPENAS no es realitzà; els autors de l'article indiquen la necessitat de fer més estudis clínics els quals siguin controlats i aleatoris.

Títol article	La petición de pruebas complementarias en somatizadores en Atención Primaria: Un estudio cualitativo.
Autor/s	J García-Campayo, E Dueñas, M Alda, LM Claraco, E Arévalo – Psiquiatra, Metge de Família, MIR Psiquiatria, Metge de Família i Metge de Família.
Revista	European Journal of Psychiatry Vol.17 nº4.
Data de publicació	2003.
Tipus d'investigació	Metodologia qualitativa: entrevistes en profunditat individuals i grups focals a 37 somatitzadors d'AP.
Base de dades i descriptors introduïts	IBECS ("Somatoform" OR "Somatization" AND "Primary Health care"):
Concepte trastorn abordat	Somatització: "experiència i comunicació de malestar psicològic en forma de símptomes físics". Mostra de pacients somatitzadors escollida a partir de: criteris de Goldberg per a la presentació de somatitzadors (Bridges et al. 1985), SPPI (Lobo et al. 1993) i, entrevista psiquiàtrica específicament dissenyada per a pacients d'AP utilitzada extensament en somatitzadors (Lobo et al. 1996, García-Campayo et al. 1996 i 1997).
Interpretació del concepte	"Somatització" equival a "SFSEM".
Epidemiologia presentada	Somatització, fenomen comú en la població general, 25-30% del total de les consultes d'AP.
Etiologia del trastorn segons l'article	L'etiologia exacta es desconeix. Model etiològic multicausal interactiu: mecanismes fisiopatològics, afrontament, processos familiars o guanyos secundaris.
Cost sanitari	Almenys 10% del cost total de salut en els països desenvolupats.
Abordatge terapèutic:	La majoria de les investigacions realitzades sobre les somatitzacions han emprat mètodes quantitatius, progressivament s'estan emprant més els mètodes qualitatius ja que complementar-los.
Propostes de tractaments i intervencions	
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Tema no tractat en l'article.

Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Tema no tractat en l'article.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	La petició o no de PCs no és un tabú pels pacients i estan preparats per discutir-ho amb els professionals (tot i que alguns pacients estan convençuts d'un gran corporativisme mèdic). <u>Procés pel qual els somatitzadors prenen decisions sobre la petició de PCs o de derivacions:</u> complex i relacionat amb característiques personals i experiències prèvies amb professionals i malalties. <u>Models explicatius d'aquest procés:</u> solen ser estables en el temps i predictibles, el coneixement d'aquests podria permetre un abordatge específic. a)<u>Pacients que tendeixen a confiar en els metges que confien en les explicacions somàtiques:</u> poden no haver tingut experiències mèdiques prèvies, però en cap cas aquestes són negatives. Mantenen una confiança bàsica en el metge i accepten PCs emprades per complementar el criteri mèdic. El final de les proves és a criteri del metge quan aquest ha assolit el diagnòstic. <u>Problema d'aquest grup:</u> no és el metge, sinó el diagnòstic (no estan preparats per acceptar una etiologia psicològica). Discuteixin amb el professional i sol·licitin més PCs i exàmens. Degut a la confiança dipositada en el professional accepten tractament psicofarmacològic que si funciona (com sol passar) accepten les explicacions psicològiques. b)<u>Pacients marcats per experiències mèdiques negatives:</u> real o percebuda, l'experiència mèdica negativa la poden haver patit els propis pacients o algú del seu entorn, provocant desconfiança en els professionals. Sol ser difícil discernir si va haver o no error mèdic real ja que no solen haver presentat denúncies a causa de: "no hagués servit de res" pel corporativisme mèdic. Actituds d'incomoditat al preguntar com saben que hi va haver error: "perquè ho sé". Presenten confiança transferida a les proves d'alta tecnologia (TAC, PET, SPECT, etc). Les explicacions d'etiologia psicològica només són acceptables si totes les proves són negatives, no només com a conseqüència de l'entrevista mèdica (desconfien dels seus coneixements).

	c)<u>Cercadors de seguretat</u>: trets de personalitat hipocondríaca tot i no haver viscut experiències negatives anteriors amb professionals. Confien de la mateixa manera en professionals que en PCs però necessiten freqüentment reafirmacions de les troballes i del diagnòstic per sentir-se segurs. Les explicacions d'etiologia psicològica són acceptades, però al cap d'un temps necessiten reconfirmació. d)<u>Cercadors de tecnologia</u>: presenten més confiança en la tecnologia mèdica que en els metges però no perquè hagin viscut experiències negatives amb els professionals. Generalment persones joves i amb nivell educatiu elevat; molt interessats en llegir literatura mèdica (sobretot d'Internet) i actius en temes de salut (volen participar en el seu tractament). Forma de "posar a prova" els coneixements dels professionals ja que esperen que el metge confirmi les seves hipòtesis prèvies. La petició de PCs ve motivada per les discrepàncies entre la informació obtinguda i les explicacions mèdiques. Les explicacions psicològiques són acceptades però tenen que tenir suport de treballs d'investigació e)<u>Altres</u>: petit grup de pacients que no encaixen en cap dels models; patrons indefinits, canviants, difícilment explicables basant-nos en experiències prèvies o trets de personalitat i, per tant, no és fàcil desenvolupar un abordatge específic.
--	--

Títol article	Tratamiento de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atención primaria.
Autor/s	A Bernal i Cercós, R Fusté i Vallverdú, R Urbiet Solana, I Montesinos Molina – MAP, Psiquiatria, Diplomada Infermeria, Diplomada Infermeria.
Revista	Atención Primaria Vol. 15 nº8.
Data de publicació	15 Maig 1995.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: estudi experimental prospectiu, controlat mitjançant assignació aleatòria, utilitzant escales de avaluació. Grup estudi: 21 pacients diagnosticats de trastorn d'ansietat o trastorn somatomorf no tractats prèviament als quals se'ls instaurà tractament antidepressiu + tractament relaxació. Grup control: 17 pacients diagnosticats de trastorn d'ansietat o trastorn somatomorf no tractats prèviament als quals se'ls instaurà tractament antidepressiu (els resultats del grup control no poden considerar-se estadísticament rellevants ja que la mostra és reduïda).
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastornos somatomorfos"; "Somatomorf\$").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn somatomorf" ("Trastorn de somatització" i "Trastorn per dolor") segons DSM-III-R.
Interpretació del concepte	Equival a part dels diagnòstics de "Trastorn de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	El 30% dels pacients que pateixen dolor crònic presenten dolor somatomorf, que constitueix una de les principals causes de baixes laborals.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.

Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Tractament relaxació:</u> existeix benefici tant en pacients amb trastorn d'ansietat com somatomorf, quan el dolor (i no l'ansietat o depressió) és el símptoma principal (millora significativa de l'escala analògica-visual del dolor al llarg del temps però no amb l'escala plurifactorial de dolor). S'indica altres estudis també avalen els beneficis de la relaxació pel que fa al tractament del dolor. <u>Millora principal del dolor:</u> mentre dura l'entrenament (calen més estudis per determinar si la millora es manté a llarg termini). Cal assenyalar la influència de factors de suport: grup i figura del terapeuta en la millora. <u>Al llarg del temps (als 150 dies) el nivell de millora del dolor varia de la següent manera:</u> a)Homes, més beneficiats que dones, tot i que en tots dos grups existeix millora. b)Pacients "sense fills", més beneficiats que el grup "amb fills", tot i que en tots dos grups existeix millora. No s'han trobat altres ítems que impliquin diferència del nivell de millora de la simptomatologia dolorosa. <u>Síntomes depressius:</u> milloren amb el tractament antidepressiu però no millora significativa mitjançant el tractament de relaxació (mesurat amb HRS, DEP del Derogatis, ANX i SOM del SCL-90-R). <u>Síntomes ansietat:</u> varien poc (mesurada amb STAI-E i ANX del Derogatis). Els autors indiquen que potser caldria un tractament a més llarg termini i una mostra major. <u>Pacients més complidors pel que fa al tractament relaxació:</u> elevat nivell de dolor inicial, elevat nivell d'ansietat inicial i, dones.
	Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)
	Rol específic Infermeria
	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Tema no tractat en l'article.
	Tema no tractat en l'article.
	Tema no tractat en l'article.
	Tema no tractat en l'article.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Títol article	Somatizaciones: ¿la histèria de fin de siglo?
Autor/s	LS López Herrero.
Revista	Centro de Salud.
Data de publicació	Juny 1997.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Somatiza\$"), ENFISPO ("Somatiza\$").
Concepte trastorn abordat	"Somatitzacions": fer menció a quelcom físic que incideix en el corporal; incloses en diferents contextos (en el context d'una depressió, ansietat, trastorns somatomorfs, trastorn adaptatiu amb símptomes físics, trastorn delirant de tipus somàtic, trastorns facticis, simulació i trastorns psicossomàtics). "Somatitzadors": insistència d'un símptoma que no remet i la busca d'un rol de malalt transferint les solucions dels seus problemes al metge. Es presenta un algorisme diferencial modificat de les somatitzacions basat en el DSM-IV.
Interpretació del concepte	"Somatitzacions" equival a "SFSEM", en diversos contextos (inclosos els "Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats" del DSM-V, inclosos "trastorns facticis").
Epidemiologia presentada	No s'aporten dades exactes de prevalença degut a l'heterogeneïtat clínica dels trastorns, però s'indica que totes les dades indirectes apunten a prevalença freqüent en AP, especialment en dones.
Etiologia del trastorn segons l'article	<u>Factors genètics</u>: gens de regions cerebrals que intervenen en la percepció i processament de sensacions corporals. <u>Factors psicològics</u>: a) Teoria psicoanalítica (el conflicte psíquic inconscient és el responsable de les manifestacions clíniques), b) Teoria cognitiva (percepció i interpretació anòmala dels cavis fisiològics). <u>Factors familiars</u>: adopció d'estratègies d'afrontament desadaptades davant dels problemes de salut. <u>Factors socials i culturals</u>: "intent de medicalitzar" el patiment, la infelicitat i la misèria de manera que l'individu perd

	responsabilitat del seu estat, fomentant l'expressió d'aquests estats a través de símptomes corporals.
Cost sanitari	No s'aporten dades però s'indica que és elevat.
Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament	<u>Tipus de tractament:</u> 1. <u>Psicoterapèutic:</u> l'element terapèutic bàsic és un adequat abordatge de la relació professional-pacient. Cal estructurar adequadament les entrevistes clíniques en diverses fases per aconseguir el suficient coneixement sobre el problema i la satisfacció cognitiva i afectiva del pacient. <u>Fases:</u> a) Fase d'exposició: es coneix el motiu de consulta i s'estableix la relació professional-pacient; b) Fase d'exploració o contacte: realitzar preguntes oportunes amb delicadesa per clarificar aquells aspectes inconclusos; c) Fase de valoració o informació: el professional explica de forma clara i concisa les seves opinions respecte el problema expressat pel pacient i les propostes de seguiment; la negociació amb el pacient és la base d'aquesta fase; d) Fase de finalització: cal deixar temps per a que el pacient expressi les seves preguntes, necessitat d'aclariments, expectatives i les futures entrevistes a demanda o bé pactada amb antelació en funció del cas. <u>Elements essencials durant l'entrevista clínica:</u> deixar parlar al pacient, fomentar que es senti comprès i acceptat, mantenir un cert grau d'autocontrol i de baixa resposta emocional, realitzar una escolta empàtica, introduir intervencions facilitadores quan sigui necessari (silencis, gestos, mirades, expressions de suport, etc.), permetre els aclariments i ampliació de la informació, ajudar a alliberar la paraula amagada en el símptoma i ajudar a crear pensament. 2. <u>Farmacològic:</u> s'empraran ansiolítics i/o antidepressius en cas de simptomatologia ansiosa i/o depressiva concomitant. Ansiolítics: BZD de vida mitja llarga en els adults joves pel menys risc d'efectes d'abstinència en la supressió del tractament; BZD de vida mitja curta en el cas d'ancians o problemes hepàtics pel menor efecte sedatiu. Antidepressius: ISRS ja que presenten menys efectes adversos que altres antidepressius.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Diagnòstic diferencial:</u> la actitud dels professionals ha de ser: a) Aprendre a mirar i escoltar al pacient de forma global, integral i empàtica per tal de no separar el que produeix patiment (el cos o l'orgànic) del possible origen (el propi individu, incloent les esferes psicosocials), b) L'estructura del subjecte (defenses, expectatives i relacions que

Rol específic Infermeria	estableix l'individu amb professionals i entorn) és més adequada que la fenomenologia clínica per a la valoració diagnòstica, pronòstica i terapèutica. <u>Objectius del tractament:</u> a)Aconseguir una relació professional-pacient que fomenti la confiança, b)Evitar exploracions i tractaments innecessaris, c)Dirigir la mirada a les esferes psicològiques del pacient sense semblar intrusius (on hi ha un símptoma somàtic pot sorgir la pregunta sobre el seu significat), d)Subjectivar la demanda (que el pacient es responsabilitzi de que el símptoma indica un conflicte psíquic personal). Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	S'han emprat moltes etiquetes diagnòstiques per definir aquests pacients: funcionals, neuròtics, psicosomàtics, hipocondríacs, etc. sense tenir en compte que aquesta diversitat de termes poden ser la manifestació del rebuig a aquests pacients per part dels professionals. La relació amb aquests pacients produeix en els professionals sentiments de frustració.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Les solucions del metge es veuen constantment definides com a insatisfactòries. Relacions professional-pacient de caràcter inestable i presència d'un vincle marcat per la desconfiança, la hostilitat i la pressió cap al metge AP. Insatisfacció en la relació tant pel professional com pel pacient.

Títol article	Un paciente funcional.
Autor/s	L Pintor, E Vieta.
Revista	Medicina Integral Vol.30 nº1.
Data de publicació	Juny 1997.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastorns somatomorfs"; "Somatomorf\$")
Concepte trastorn abordat	"Pacient funcional": les queixes del pacient no es corresponen amb una causa orgànica objectivable; que divideix en: "trastorns somatomorfs", "simulació" i "trastorns facticis". També es defineix el concepte de "psicosomàtic".
Interpretació del concepte	"Pacient funcional" equival a "SFSEM" dintre dels quals trobem els "Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats", incloent "trastorns facticis" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	SFSEM, 20-80% en AP. Trastorn de somatització, prevalença inferior a 1% en població general i fins a 5% en AP. S'indica que la prevalença del trastorn somatomorf indiferenciat és molt més freqüent, però no s'aporten dades concretes. Trastorn de somatització, 90% dels pacients presenten dolor esquena i tòrax. Trastorn de somatització, morbiditat psiquiàtrica de 50%; en població general la morbiditat psiquiàtrica és del 10%. Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats, els símptomes més freqüents són: dolor (sobretot cefalea, al pit, abdomen i esquena), palpitations, excessiva producció de gasos, i queixes ginecològiques. Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats, gran agregació familiar (20% dels familiars de primer grau i de sexe femení dels pacients amb trastorn de símptomes somàtics compleixen els criteris pel diagnòstic).

	Trastorn de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats, el 80-90% dels casos es mantenen invariables al llarg del temps (curs crònic) mantenint el quadre clínic i és improbable que es trobin altres trastorns mèdics o psiquiàtrics que expliquin la simptomatologia. <u>Complicacions més freqüents de trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats:</u> intervencions quirúrgiques repetides, drogodependència, separació o divorci i, intents de suïcidi (són rars els suïcidis consumats).
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No s'indiquen xifres però s'indica que és elevat generant costos sanitaris molt superiors que patologies físiques greus. L'experiència d'un psiquiatra com a consultor pot disminuir els costos sanitaris.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Si simptomatologia depressiva o ansiosa concomitant:</u> ús antidepressius o ansiolítics. <u>Si dolor crònic:</u> pot ser útil antidepressius. <u>Diagnòstic diferencial amb:</u> malalties orgàniques, trastorns depressius i crisis d'angoixa ja que el diagnòstic és 50% absència d'altres patologies (orgàniques i psiquiàtriques) i 50% clínica compatible amb els criteris diagnòstics. <u>Anamnesis i exploració física detallada:</u> es fa referència a la prova de detecció de Othemer i Desouza basada en 7 preguntes. <u>PCs:</u> indicades quan l'anamnesi o l'exploració física són compatibles o suggereixen alguna altra patologia. El diagnòstic no exclou l'aparició posterior de trastorns físics o mentals, PCs apropiades davant dubtes raonables. <u>Maneig del trastorn:</u> difícil i no sembla que hi hagi una tècnica terapèutica superior a una altra. Donat el mal pronòstic i les dificultats terapèutiques és fonamental centrar-se en evitar complicacions i tractar els trastorns físics i psíquics que puguin aparèixer. Cal seguiment periòdic per part del MAP sense necessitat de presentar simptomatologia a cada vista, prèvia consulta amb Psiquiatria per confirmació del diagnòstic si existeix dubte i tractament psicofarmacològic si s'escau. <u>Comunicació AP-SM:</u> el pacient es beneficia d'una eficaç comunicació entre aquests ja que l'experiència d'un

Rol específic Infermeria	psiquiatra com a consultor pot proporcionar suggerències terapèutiques i és d'utilitat en el cas de comorbiditat (sobretot símptomes depressius i ansiosos). <u>Actituds recomanades a MAP:</u> a)Acceptar al pacient tal i com és, evitant sentiments hostils i de rebuig; sense caure en discussions, cal ser comprensiu però ferm, b)No tenir por a la reacció del pacient al plantejar visites amb especialistes de SM (aquestes reaccions solen aparèixer ja que es relaciona a que les seves queixes són considerades “no reals”), cal enfocar-les com a consultes puntuals per tal de descartar factors ambientals influents negativament en la simptomatologia, c)Realitzar interconsultes informant per escrit de les característiques del pacient i de l'interès en col·laborar en el tractament (les derivacions mal informades solen generar recel i repercussions negatives en el pacient), d)Transmetre satisfacció quan PCs per a patologies greus són negatives i explicar la possible relació amb factors ambientals; és millor admetre el desconeixement sobre l'etiologia que emprar frases com “això són nervis” (que denoten pocs coneixements i solen ser contraproductius). <u>Fonaments terapèutics:</u> a)Establir aliança terapèutica ferma (transmetre al pacient que es reconeix el seu dolor i patiment i, que el professional està interessat), b)Educar al pacient en relació a les manifestacions del seu trastorn (“no està boig”), pateix un trastorn reconegut que no li produirà deteriorament físic, mental ni la mort, c)Proporcionar sentiments de seguretat (que s'està estudiant el seu cas en profunditat), d)Imposar límits estrictes a les demandes excessives, manipulacions i busca d'atenció quan sigui necessari. Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	<u>Sentiments que generen aquests pacients:</u> frustració (ja que el pacient no accepta explicacions d'etiologia psicològica i no respon als tractaments somàtics), comunicació (el pacient sol estar més pendent de comunicar que de rebre informació), d'hostilitat (a causa de la freqüència de les seves visites i que el tractament és infructuós) i indiferència. <u>Els professionals mèdics:</u> senten que no disposa dels recursos necessaris pel seu abordatge; els costa resoldre les demandes d'aquests pacients mantenint una actitud sense prejudicis i mitjançant uns coneixements bàsics de relació terapèutica.

	<u>Actituds adoptades per professionals mèdics:</u> medicalització i psiquiatrització.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	L'atenció a aquests pacients no hauria de ser diferent a altres amb patologies orgàniques sense perdre de vista que l'objectiu del metge és ajudar-lo en el maneig de la seva simptomatologia. Aquests pacients exigeixen un major coneixement d'habilitats psicològiques per part dels professionals.

Nota: En aquest estudi algunes de les dades epidemiològiques aportades no són de gran utilitat per dos motius principals: segueix l'antic manual DSM-IV, en el qual es veuen separats el trastorn somatomorf i el trastorn somatomorf indiferenciat (actualment englobats en el trastorn de símptomes somàtics) i, perquè s'aporten xifres concretes del trastorn somatomorf però no del trastorn somatomorf indiferenciat.

Títol article	Trastorno somatomorfo indiferenciado y enfoque biopsicosocial. A propósito de un caso.
Autor/s	A Martín Gracia, A Arilla Aquilella, JM ^a Ginés Miranda, A López Capapé, D Usón Álvarez, C Sánxhez Lázaro – MIR Psiquiatria, Psiquiatria, MIR Psiquiatria, MIR Psiquiatria, MIR Psiquiatria, Psiquiatria.
Revista	Psiquis Vol.24 nº 4.
Data de publicació	2003.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Somatomorf\$"), IME ("Trastorno somatomorfo" O "Trastornos somatomorfos"), ISOC("Trastorno somatomorfo" O "Trastornos somatomorfos").
Concepte trastorn abordat	"Patologia psicossomàtica": llenguatge corporal en forma de símptomes. "Somatització": expressió de problemes psicològics i socials mitjançant símptomes físics. "Trastorns somatomorfs" i el subgrup "trastorn somatomorf indiferenciat" segons CIE-10.
Interpretació del concepte	"Somatització" equival a "SFSEM". "Trastorns somatomorfs" equival a "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats" del DSM-V, el "trastorn somatomorf indiferenciat" s'engloba en "trastorns de símptomes somàtics".
Epidemiologia presentada	Tema no tractat en l'article.
Etiologia del trastorn segons l'article	<u>Tots els símptomes físics contenen:</u> components orgànics, psicològics i, normalment, socials; existeixen factors personals, familiars i culturals que afavoreixen el manteniment de la simptomatologia somàtica. El pacient somatitzador utilitza el seu cos com a "camp de batalla" de les seves emocions ja que no sap traslladar-les a una comunicació més eficaç sent víctima de la seva inadequada forma de comunicar els sentiments.

Cost sanitari	No es presenten dades concretes però s'indica que és elevat degut a la gran freqüentació dels serveis: Urgències, AP i Especialitzada.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Actuacions del psiquiatra:</u> assistència en el diagnòstic, consell en l'abordatge de conflictes emocionals, sentiments de desemparament i de desesperació. Depenen de com s'hagi realitzat la derivació i la bona comunicació amb el professional remitent. La intervenció del psiquiatra pot ser de gran ajuda degut a la freqüent negativa emocional (el pacient tendeix a negar possibles conflictes i quan el seu reconeixement és ineludible nega relació amb els símptomes).
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Fonament terapèutic:</u> el metge ha d'abordar aquests pacients mitjançant un sistema equilibrat i integrat en el qual es té en compte les diferents esferes (orgànic, psicològic i social) sense centrar-se més o menys en una d'aquestes. <u>12 principis per a un enfocament biopsicosocial a la fixació somàtica de Susan McDaniel modificat pels autors de l'article (afegeixen 3 punts addicionals):</u> - a)Avaluar conjuntament i des d'un inici els elements biomèdics i psicosocials del problema. - b)Preguntar al pacient sobre els seus símptomes sense que es converteixin en els únics protagonistes de l'entrevista. - c)Desenvolupar una relació de cooperació amb el pacient. - d)Rebre al pacient a intervals regulars i dissuadir-lo de visitar diferents professionals de la salut sinó és sota derivació. - e)Demandar al pacient i família que formulin el seu propi diagnòstic. - f)Intentar conèixer els esdeveniments vitals de caràcter estressant, canvis o problemes no resoltos. - g)Invitar a la família a participar en el tractament des del seu inici. - h)Preguntar al pacient i família sobre els seus punts forts i àrees de competència i reforçar-los sovint. - i)Evitar fixacions psicosocials i mantenir un enfocament integral combinant intervencions biomèdiques que

Rol específic Infermeria	produeixin efectes psicològics i intervencions psicològiques que produeixin efectes biomèdics. j)Buscar la vessant interessant dels casos de somatització per tal d'evitar la frustració. k)Avaluar els progressos del pacient centrant més l'atenció en els canvis a nivell funcional que en els símptomes. l)Finalitzar de forma gradual les fases intenses del tractament. m)Coordinació adequada entre metge AP i altres especialitats per tal d'aconseguir la continuïtat en l'abordatge. n)Limitar als casos imprescindibles les proves complementàries. o)Quan el perquè d'una conducta es desconeix, la pregunta "per a què?" pot proporcionar una resposta vàlida. Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Tema no tractat en l'article.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	El pacient es mostra insatisfet amb les intervencions dels professionals i això produeix frustració i sentiments de desesperació en aquests.

Títol article	Trastorno por somatización y trastorno por dolor: ¿cuándo pensar en ellos?
Autor/s	M Cortés Durán, M Villar Fidalgo.
Revista	SEMERGEN: Medicina de Familia Vol.26 nº6.
Data de publicació	Juny 2000.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica a partir de 2 casos clínics.
Base de dades i descriptors introduïts	IME ("Somatización").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn per somatització" i "trastorn per dolor", subgrups inclosos en els "Trastorns somatomorfs" segons DSM-IV.
Interpretació del concepte	Equivalen a "Trastorns de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	Trastorns somatomorfs, prevalença del 10-15% del total de pacients d'AP. <u>Trastorn per somatització es presenta principalment en:</u> dones, sense diferències respecte l'edat, nivell d'estudis o estat civil, encara que existeix certa predisposició en les solteres. <u>Simptomatologia més freqüent del trastorn per somatització:</u> esquena, tòrax i abdomen; a més, sol haver comorbiditat amb trastorns psiquiàtrics i s'associa amb carències afectives infantils i experiències repetides de malaltia en la infància. <u>Trastorn per dolor, més freqüent en:</u> dones majors de 50 anys, solteres, que solen presentar simptomatologia ansiosa i/o depressiva.
Etiologia del trastorn segons l'article	Es cita a Ford qui indicà que els somatitzadors són persones per a qui els símptomes de la malaltia són una forma de vida.
Cost sanitari	No s'aporten xifres concretes però s'indica que el cost sanitari és elevat degut a: excessives visites clíniques, PCs, prescripcions i procediments quirúrgics.

Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Evitar:</u> placebos, i ser cautelós en la prescripció d'analgèsics i tractament simptomàtic (no és eficaç i es corre risc d'abús i dependència). <u>Fàrmacs:</u> antidepressius ISRS d'inici a dosis baixes i augment progressiu i, sedants. Cal control del tractament prescrit ja que els pacients tendeixen a incompliment o a fer-lo de forma erràtica <u>Teràpia familiar breu:</u> l'ha de dur a terme el MAP amb formació prèvia i sota la supervisió d'un psicòleg especialista en la matèria. Es realitzaran: consultes programades de 45 min durant aprox. 4 mesos i sempre que s'hagi conclòs la teràpia anterior o no hagi estat efectiva. <u>Psiquiatres:</u> no són particularment útils en el tractament d'aquests pacients.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Diagnòstic diferencial:</u> emfatitzant en que es tracta d'un procés que origina malestar i dolor involucrant al sistema nerviós autònom que innerva la major part del cos i, per aquest motiu, afecta a diferents òrgans. Assumir que el dolor existeix ja que són pacients molt sensibles a les explicacions etiològiques de caire psicològic. Alguns autors recomanen emprar el sentiment de frustració dels metges per plantejar el diagnòstic de somatització. <u>Visites:</u> regulars, cada mes, cal explorar cada símptoma del qual es queixi el pacient. <u>Test de MADISON:</u> suport per valorar el component psicogen del dolor (més de 15 punts serveixen de diagnòstic). Trastorn per dolor, associat a un gran malestar emocional i un deteriorament sociolaboral important; si es sol·licita ILT (incapacitat laboral temporal) sol empitjorar el seu pronòstic. Escollir atentament les queixes referides per aquests pacients, oferint suport buscant estratègies per afrontar l'estrès i/o l'ansietat. Els professionals han d'informar a la família sobre les causes del trastorn i fomentar les conductes no relacionades amb la malaltia i l'expressió d'afecte en situacions en les que no s'empri la simptomatologia com a forma de relació.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.

Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Consideren als somatitzadors pacients difícils ja que acudeixen repetidament a consulta amb queixes que no responen als tractaments pautats i que quan es suggereix que el problema és mental, canvien de professional. El somatitzador és el "paria" de la medicina moderna ja que produeix frustració pel sentiment d'impotència davant la inefectivitat de les intervencions mèdiques. Actualment, l'acompanyament del pacient en el sofriment durant els processos de malaltia no és considera important en la Medicina com en èpoques anteriors.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Cal no "desafiar" al pacient amb frases com "no té res" ja que pot trencar la relació metge-pacient.

Títol article	Grado de utilización de los recursos sanitarios y formas de presentación de los Trastornos somatomorfos en Atención Primaria.
Autor/s	A Rodríguez López, M Gutiérrez Casares, S Escudero Álvarez, B López Díez, MJ González Zapico, B Castañeda García.
Revista	Ansiedad y Estrés Vol.11, nº1.
Data de publicació	2005.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: estudi de casos i controls en el Centre de Salut La Bañeza que atèn a 11500 habitants (Lleó). D'un total de 322 pacients amb el diagnòstic de Trastorn somatomorf s'obtingueren 100 històries clíniques a través de mostreig sistemàtic aleatori.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Somatomorf\$"), IBECS("Somatoform" OR "Somatization" AND "Primary health Care").
Concepte trastorn abordat	"Somatitzadors" i, "Trastorns somatomorfs" segons DSM-IV.
Interpretació del concepte	Equival a "SFSEM" i, "Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	Prevalença a Espanya trastorns mentals en AP, 25-40%. Prevalença a Espanya "hiperfreqüentadors" en AP, 68%. Prevalença a Espanya "somatitzadors", 38-60%. <u>Simptomatologia més freqüent en pacients amb trastorns de símptomes somàtics en el medi d'estudi:</u> 26% símptomes neurològics, 23% digestiu, 23% aparell locomotor, 17% cardiovasculars i/o respiratoris, 11% genitourinaris. El 90% dels pacients diagnosticats per Trastorns somatomorfs estan en contacte amb serveis sanitaris i són grans

	freqüentadors.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No es presenten xifres concretes, però s'indica que els pacients somatitzadors generen un gran impacte econòmic. Els pacients amb Trastorn somatomorf generen una despesa sanitària 9 vegades major que altres pacients.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Diagnòstic:</u> s'anomena el test de Othman i De Souza (revisió validada a Espanya); tot i que els autors indiquen que hi ha altres estudis que consideren que no és un bon predictor per a aquests trastorns. <u>Abordatge idoni dels Trastorns somatomorfs:</u> ha de realitzar-se des de AP, proveint als EAP de formació adequada i de recursos pel reconeixement dels diferents Trastorns somatomorfs. L'adequada atenció d'aquests pacients difícilment s'aconsegueix amb únicament amb farmacoteràpia i derivacions; cal plantejar-se la necessitat de teràpia psicològica amb la col·laboració de psicologia i Psiquiatria. Es solen realitzar excessives i injustificades exploracions diagnòstiques i tractaments. <u>Necessitat de busca de formes d'intervenció eficaces per a la adequada atenció d'aquests pacients, propostes:</u> teràpia de certesa de Kathol, utilització de protocols de comunicació i col·laboració entre EAP i ESM, grups de teràpia breu, abordatge psicosocial.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Consideren que la contenció de la demanda resulta complicada tant pel MAP, especialistes i en el context de PCs. Les derivacions a SM són baixes en l'estudi, encara que significativament superiors al grup control; possible motiu: rebuig a aquest tipus de pacients per part dels metges.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	La relació s'estableix amb sentiments de patiment pel que fa als pacients i de frustració pel que fa als MAPs.

	Els pacients solen posar traves als intents de sotmetre a discussió la possible etiologia psicològica dels seus símptomes (inclús estant presents símptomes ansiosos i/o depressius evidents); el grau de comprensió d'aquests símptomes (físics o psicològics) tant pel pacient com pel professional solen ser insuficient i frustrant.
--	--

Títol article	Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria.
Autor/s	JM Latorre, J López-Torres Hidalgo, J Montañés Rodríguez, M Parra Delgado.
Revista	Atención Primaria Vol.36, nº2.
Data de publicació	2005.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: estudi observacional transversal. D'un total de 1191 metges d'AP de la Comunitat Autònoma de Castilla-La Mancha, es seleccionaren 301 a través de mostreig aleatori estratificat. S'emprà un qüestionari autoemplenable.
Base de dades i descriptors introduïts	IBECS ("Somatoform" OR "Somatization" AND "Primary Health Care").
Concepte trastorn abordat	Trastorns de somatització.
Interpretació del concepte	Equival a Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats del DSM-V.
Epidemiologia presentada	A Espanya: 1 de cada 5 consultes del metge d'AP es deu a problemes psicològics o psiquiàtrics. Prevalença psicopatologia AP, 22-29%. Sembla haver associació entre patologia mental i alt nombre de visites a AP.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.
Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament	S'incrementarà la capacitat de detecció dels problemes de SM quan millorin: habilitats de comunicació, sensibilitat vers els problemes psiquiàtrics, capacitat d'empatitzar i saber escoltar. <u>Principals motius de derivació:</u> idees autolítiques, consideració de malaltia mental greu i dificultats en el maneig.

Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Tema no tractat en l'article.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	<u>Queixes del MAP respecte dificultats en el tractament problemes SM:</u> a)no disposen dels suficients coneixements, b)dificultat en l'abordatge d'aquestes malalties, c)desconeixement de les actituds a adoptar, d)relació amb els serveis especialitzats de psiquiatria no satisfactòria (confusa), e)dificultats de derivació del pacient (motius: llarga llista d'espera i desconeixement de la presència d'un protocol vàlid de derivació i interconsulta). <u>En les últimes dècades s'ha identificat una forta necessitat de formació continuada, sobretot en:</u> entrevista clínica, coneixements, habilitats i actituds per dur a terme "ajuda psicològica"; sobretot pel que fa a : trastorns de somatització, problemes psicosocials i maneig de l'estrès. La majoria de MAPs mostren una actitud bastant favorable a la formació continuada en matèria de SM. <u>A opinió dels metges de l'estudi:</u> a)La majoria, els problemes de SM estan relacionats amb almenys 1 de cada 5 consultes en AP. b)La majoria, els problemes emocionals o mentals estan relacionats amb el 20% de les consultes. c)La majoria, AP no pot fer-se càrrec de la demanda existent, sobretot quan la pressió assistencial és elevada. d)Hauria d'haver major formació específica en SM (sobretot, de més a menys: maneig psicoterapèutic, utilització de tècniques d'entrevista i consell en SM, utilització de psicofàrmacs, identificació i avaluació trastorns mentals). e)Hauria d'haver major coordinació amb els serveis especialitzats (el 79,7% indicaren coordinació no satisfactòria tot i conèixer bé els dispositius existents). f)Motius de consulta més freqüents: trastorns d'ansietat (75,9%), trastorns de l'estat d'ànim (73,5%), trastorns somatomorfs (40,5%), demències (28%), TCA (3,6%). g)La major o menor percepció de problemes de SM depèn del perfil del professional, major percepció si: dones, joves, formació MIR, medi urbà, major càrrega assistencial (més de 1500 pacients assignats).

	h)Grau de coneixement percebut: trastorns d'ansietat (72,6% indicà coneixements alts), trastorns anímics (64,6% indicà coneixements alts), demències (37,5%), trastorns somatomorfs (36,9%), TCA (37,5%). i)75,4% dels MAPs van rebre formació postgrau en SM (cursos, seminaris o autodidàctica). Característiques dels MAPs que han rebut formació: edat mitja inferior a la resta, nombre mig inferior d'anys experiència. j)21,9% no van rebre aquesta formació, principals motius: falta d'informació, falta de temps i falta d'interès. k)92,5% consideren necessària la seva participació en activitats formatives en matèria de SM. <u>Dificultats més importants detectades en MAPs estudi:</u> identificació i avaluació dels trastorns mentals, sobretot en: trastorns somatomorfs, TCA i demències i, quan símptomes ansiosos i depressius concomitants (infradiagnòstics). Les dades de l'estudi condueixen a pensar en una tendència a preferir el maneig de problemes "físics" enlloc de "psicològics" per part del MAP ja que, aquestes últimes, requereixen major esforç, dedicació i temps i els MAPs es senten menys formats al respecte. <u>Intervencions dels MAPs de l'estudi:</u> escassa utilització de psicoteràpia enfront a major prescripció de psicofàrmacs; motius principals: elevada pressió assistencial i falta de temps. <u>Actituds dels MAPs de l'estudi:</u> actituds positives davant la malaltia mental (qüestió crucial per a un adequat maneig); però poc positives pel que fa als serveis especialitzats de SM i la coordinació amb aquests. És probable que la demanda real per problemes de SM sigui superior a la demanda percebuda pels MAPs degut a les dificultats de detecció dels trastorns.
Experiències i expectatives dels pacients	<u>Motius pels quals usuaris amb trastorns mentals o conflictes psicosocials consulten freqüentment metge AP:</u> a)major alleujament dels pacients amb el MAP, b)desig d'evitar ser catalogats com malalta mental, c)llargues esperes per les consultes amb psiquiatria.
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Títol article	Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal.
Autor/s	F Guerra Cabrera, M Diéguez Porres – MAP, Psiquiatria.
Revista	Atención Primaria Vol.43, nº8.
Data de publicació	Març 2011.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica, amb exposició d'un cas clínic.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastornos somatomorfos"; "Somatomorf\$"), ENFISPO ("Somatomorf\$"), IBECS("Somatoform" OR "Somatization" AND "Primary Health Care").
Concepte trastorn abordat	Concepte "síntomes somatics sense explicació mèdica" i "Trastorn somatomorf indiferenciat" del DSM-IV
Interpretació del concepte	Equival a "SFSEM" i part del subgrup "Trastorn de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	<u>SFSEM</u>: a)habituals a AP, no presenta xifres concretes; b)comporten habitualment comorbiditat psiquiàtrica i, per tant, tractament psicofarmacològic; c)molts compleixen criteris per diagnòstic trastorns somatomorfs però no són infreqüents els trastorns afectius. Síntomes físics inespecífics presentats de forma aïllada (mareig, dolor toràcic o fatiga) corresponen a un 80% de els somatitzacions. Trastorns somatomorfs, prevalença AP de 10-12%. D'aquests el més freqüent és el trastorn somatomorf indiferenciat (també el més lleu) i sent més prevalent en dones.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.

Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	No es coneix cap tractament eficaç per als trastorns somatomorfs. <u>La psicoteràpia és una bona alternativa:</u> la teràpia cognitivo-conductual (TCC) és la més estudiada en aquests trastorns i la que presenta major evidència científica. <u>Altres:</u> teràpia familiar breu i teràpia de resolució de problemes. <u>Teràpia interpersonal a AP (TIP-AP):</u> s'ha vist efectiva en un cas concret de trastorns somatomorf indiferenciat i podria ser efectiva en casos similars. <u>Fonament:</u> comprendre la somatització com una forma de comunicació interpersonal degut a conductes guiades per mancances afectives. <u>Objectius:</u> construcció de l'aliança terapèutica i i millorar el funcionament social. <u>Permet millorar (tot i que calen més estudis):</u> la tensió emocional i la relació professional-pacient disminuint els sentiments de rebuig i frustració per part del professional. <u>Estratègies:</u> 1)<u>Fases inicials-Valoració:</u> a)Diagnòstic diferencial, informar sobre el trastorn i el seu tractament reconeixent la realitat dels símptomes; atorgant el paper de malalt per tal de que pugui demanar ajuda; b)Assenyalar la possible relació dels símptomes amb esdeveniments vitals i conflictes interpersonals; c)Identificar les àrees de problema; d)Realitzar un contracte terapèutic explicant les àrees de problema, objectius de tractament i, lloc i freqüència de les visites (p.e. 12 sessions quinzenals de 30 min; i posant límits al temps per parlar dels símptomes i límits en les visites d'urgència). 2)<u>Fases intermèdies:</u> Treballar en 1 o 2 àrees de problema detectades en les fases inicials. 3)<u>Fase de terminació:</u> la terminació ha de ser abordada explícitament almenys 2 sessions abans d'acabar, analitzant els objectius aconseguits pel pacient i reforçant la seva autonomia. <u>Tècniques:</u> cal el domini de tècniques generals i específiques d'entrevista i maneig clínic (tècniques exploratòries, clarificació, anàlisi comunicacional, relació terapèutica, modificació conducta, entre altres).
--	---

	Gran part de les intervencions del professional es basen en preguntes que aproximant al pacient a esferes interpersonals per treballar i facilitar la connexió amb les emocions. <u>Actitud terapèutica</u>: el professional ha d'actuar com "advocat del pacient", ajudant-lo activament a: parlar de les seves dificultats, realitzar les seves tasques i posar en pràctica les metes aconseguides.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Tema no tractat en l'article.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Solen presentar sentiments de frustració i rebuig a causa del maneig difícil d'aquests pacients.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Títol article	Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención.
Autor/s	J García-Campayo, A Pascual, M Alda, B Oliván.
Revista	Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 10, nº 1.
Data de publicació	2005.
Tipus d'investigació	Revisió sistemàtica: anàlisis d'estudis controlats randomitzats realitzats a pacients amb "trastorn de somatització" i "trastorn somatomorf indiferenciat" que han estat tractats per: a)Mitjançant la remissió d'una carta d'interconsulta per part d'un especialista de SM a AP; b)Mitjançant TCC.
Base de dades i descriptors introduïts	ISOC ("Somatización").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn de somatització" i "trastorn somatomorf indiferenciat" segons DSM-IV i CIE-10. Diversos "síndromes funcionals" s'inclouen en el trastorn somatomorf indiferenciat.
Interpretació del concepte	Equivalen a "trastorn de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	Trastorn de somatització, 1-1,4% prevalença a AP (segons criteris DSM-III). <u>Síntomes més freqüents trastorn de somatització</u> : dolor, disfàgia, nàusees, estrenyiment, distensió abdominal, palpitations, vertigen i dificultat per respirar. El trastorn somatomorf indiferenciat presenta prevalença major, però no s'aporten dades concretes.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No s'aporten dades concretes, però s'indica que és molt elevat. Reducció del cost sanitari un 30% amb les normes de Smith i cartes d'interconsulta.

Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	<u>Es considera imprescindible:</u> crear unitats d'interconsulta en somatització en AP que desenvolupin 3 funcions bàsiques: a)Formació dels professionals, b)Enllaç per dissenyar estratègies d'actuació, c)Investigació. No existeixen suficients evidències científiques per recomanar cap tractament psicològic o farmacològic específic. <u>Cartes d'interconsulta:</u> es tracten 3 estudis. <u>S'observà:</u> disminució costos sanitaris, poden millorar l'estat físic del pacient, no millora de l'estat psicològic (avaluat amb RAND). <u>TCC:</u> es tracten 6 estudis, tot i que les teràpies estan ben descrites no es troben manualitzades i no existeixen procediments per assegurar que s'aplicaren de forma consistent les tècniques proposades i no es realitza seguiment en tots. <u>S'observà:</u> disminució dels costos sanitaris, relació assistència sessions-millora funció física i psíquica, no és clar que la millora física es mantingui a llarg termini i no és clar millora psicològica. <u>Recomanacions per a futurs estudis d'intervencions psicològiques:</u> a)Realitzar-los a nivell d'AP ja que és l'entorn on millor es poden abordar aquests pacients (fins ara estudis des de SM i amb psicoteràpia, sobretot TCC, sense avaluar eficàcia a AP). b)Les intervencions han de tenir un sistema d'escalat ("stepped"), realitzar intervencions senzilles (p.e. carta interconsulta) en pacients lleus i, intervencions complexes (p.e. TCC) en pacients més greus. c)<u>Les intervencions psicològiques hauries de ser:</u> multimodals (amb predomini abordatge TCC, incloent relaxació, resolució de problemes, educació i afrontament); grupals (augmenta cost/benefici i s'ha demostrat eficaç en estudis previs amb aquests pacients) i breus (demostrat que 5 sessions ja poden ser efectives , es considera una teràpia estàndard de 8 sessions grupals de 2h). d)Cal fer seguiment dels pacients en teràpia almenys durant 2 anys degut al curs fluctuant (el temps de seguiment dels estudis realitzats sol ser raonable però aquest mai supera els 12 mesos). e)Saber que la mesura de resultats que més millora en les intervencions realitzades són els costos sanitaris, milloren quelcom els símptomes somàtics,però no s'ha vist millora en els paràmetres psicològics. f)Saber que no hi ha comparacions transculturals de l'eficàcia de les intervencions psicològiques, seria interessant
---	---

	ja que es sap que els trastorns somatomorfs estan influenciats per la cultura.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Normes de bona pràctica clínica: normes de Smith per pacients amb trastorn somatomorf a AP; s'han vist efectives reduint els costos sanitaris un 32%.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els somatitzadors crònics produeixen sentiments de frustració i ira, provocant un gran rebuig als professionals. <u>Enquestes MAPs</u> : 70% rebutja oferir qualsevol suport psicològic encara que siguin entrenats.
Experiències i expectatives dels pacients	<u>Peregrinatge pel circuit dels sistemes sanitaris públics</u> : circuit en forma de "pilota de ping-pong" entre AP i especialitats mèdico-quirúrgiques. Ocasionalment acudeix a SM, des d'on serà remès a AP altra vegada. Amplíssim ús de medicines alternatives. <u>Peregrinatge pel circuit dels sistemes sanitaris privats</u> : el pacient accedeix directament a especialitats sense passar pel MAP, conseqüències negatives: a) Carència d'un metge de referència que disposi de tota la informació i en qui confiar, b) Es fomenta l'ús massiu de PCs (reforçant conductes de malaltia i cronificació).
Relació professional-pacient	AP és l'entorn més adequat per abordar aquests pacients.

Nota: En aquest estudi algunes de les dades epidemiològiques aportades no són de gran utilitat per dos motius principals: segueix l'antic manual DSM-IV, en el qual es veuen separats el trastorn somatomorf i el trastorn somatomorf indiferenciat (actualment englobats en el trastorn de símptomes somàtics) i, perquè s'aporten xifres concretes del trastorn somatomorf però no del trastorn somatomorf indiferenciat.

Títol article	Los trastornos somatomorfos en Atención Primaria.
Autor/s	B Fernández Cambor – MAP.
Revista	Medicina Integral Vol. 32 nº4.
Data de publicació	Setembre 1998.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	CUIDATGE ("Trastornos somatomorfos"; "Somatomorf\$").
Concepte trastorn abordat	"Trastorns somatomorfs" segons DSM-IV i CIE-10; per tant, no s'inclouen els trastorns facticis.
Interpretació del concepte	Equival a "Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats", sense incloure els "trastorns facticis".
Epidemiologia presentada	No és fàcil establir la prevalença real de Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats degut a la dificultat de detecció. Gran associació amb trastorns depressius i ansiosos. Una quarta part dels pacients que acudeixen a consultes medico-quirúrgiques no és possible detectar-los-hi una base orgànica a les seves queixes. 10-20% de la població pot presentar preocupacions hipocondríiques en algun moment de la seva vida, només un petit percentatge es diagnostica d'hipocondria d'acord amb els criteris DSM-IV. <u>Moltes persones amb Trastorn per dolor solen presentar:</u> patologia depressiva, ansiosa, de la personalitat i abús d'alcohol i analgèsics.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.

Abordatge terapèutic:	Retirar medicació innecessària.
Propostes de tractaments i intervencions	<u>Psicofàrmacs:</u> pocs estudis controlats sobre l'abordatge farmacològic dels Trastorns de símptomes somàtics i altres trastorns relacionats. Són útils els antidepressius i/o ansiolítics quan hi ha simptomatologia depressiva o ansiosa concomitant. <u>Si dolor:</u> pot ser útil analitzar la comunicació no verbal tot i que el pacient es negui disfòric i delimitar la gravetat de la simptomatologia en funció de les activitats vitals que ha deixat de fer més que pel dolor expressat. Els analgèsics solen no són efectius però sí els antidepressius per a la millora de la qualitat de vida (rar que el dolor remeti del tot).
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	<u>Detecció:</u> a vegades, és millor consultar el nombre de tractaments infructuosos i visites i hospitalitzacions que la pròpia entrevista ja que els relats d'aquests pacients solen ser poc consistents. <u>Cal formació en:</u> tècniques negociació, entrevistes integradores (situar al pacient en el context biogràfic i valorar la influència de factors estressants). <u>Principis generals del tractament:</u> a) És apropiat que sigui el MAP qui s'encarregui del tractament, almenys en els casos lleus. b) <u>Diagnòstic diferencial:</u> sobretot descartar patologies mèdiques que cursen amb simptomatologia poc específica (esclerosi múltiple, lupus eritematós sistèmic, hiperparatiroidisme, porfíria aguda intermitent). Les persones amb trastorns de símptomes somàtics tenen les mateixes probabilitats de patir malalties mèdiques que la resta de la població, es realitzaran PCs si queixes raonables (síntomes nous, major èmfasi determinades queixes). c) <u>Explicar al pacient:</u> pateix un trastorn que explica la simptomatologia però que no és perillós per a la salut (bon pronòstic) amb expectatives realistes (no curació). Cal acceptar els factors orgànics però que aquests tenen relació amb el psicològic (psicologització). Pot contribuir a l'adherència i col·laboració en el tractament psicofarmacològic. d) <u>Deslocalitzar els símptomes:</u> invertir almenys la meitat de la consulta en aspectes positius de la persona i no en la simptomatologia. La relaxació i grups d'ajuda (si professional entrenat) poden ser útils. e) <u>Reestructuració de l'entorn familiar:</u> les queixes no han de centrar la comunicació familiar, no culpar a cap

Rol específic Infermeria	membre de la família, recordar disposició del professional a rebre a consulta pacient i família. f)<u>Psicoteràpia</u>: educar en creació pensaments més positius en primers símptomes, recordar que si no se'n surt acudeixi a consulta. g)<u>Equilibrar la relació assistencial</u>: limitar les demandes. h)Derivacions i PCs quan siguin necessàries. No enfrontar-se amb el pacient i no manifestar: no té res o símptomes imaginaris. Cal adoptar una actitud conciliadora i negociadora, sense crear falses expectatives (curació) i fomentar participació activa. Establir relació metge-pacient adequada ja que, en aquests pacients, desenvolupa un paper terapèutic fonamental que no pot ser substituït per cap altra intervenció; a més, evitem la consulta constant de diferents professionals. Abordar temes psicosocials ja que la simptomatologia sol "amagar" disfunció familiar. <u>Entre els individus que pateixen dolor s'ha observat freqüentment</u>: desocupació, discapacitat i problemes familiars. <u>Factors que es creuen influents en la millora qualitat de vida d'aquells individus amb predomini de dolor</u>: participació en tasques regulars (treballar) i resistència que oposi l'individu a que el dolor es converteixi en un factor determinant en la vida. Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Pacient de tracte difícil i incòmode; freqüent l'ús dels termes "doctor shopping" i "peregrinacions mèdiques". Els metges, igual que la família, solen tornar-se escèptics davant de tantes queixes.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	És MAP qui disposa d'una posició privilegiada per a establir una relació metge-pacient continuada i qui pot fer comprendre de forma assertiva que el patiment no és greu i que la simptomatologia s'inicia i/o s'exacerba degut a un trastorn psíquic.

	És freqüent el deteriorament de la relació metge-pacient, amb enuig i frustració per ambdues parts. Els individus amb dolor estan convençuts de que hi ha algun professional que posseeix el mètode curatiu a les seves dolences, per tant, dediquen gran quantitat de temps i diners per aconseguir un objectiu que sol ser irreal.
--	--

Títol article	Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders.
Autor/s	NH Rasmussen, DC Agerter, ME Bernard, SS Cha.
Revista	Mental Health in Family Medicine nº7.
Data de publicació	2010.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: 48 pacients van accedir a participar d'un total de 72 possibles, els quals es classificaren en 2 grups segons la freqüència i duració dels símptomes ("Trastorn somatomorf" i "Trastorn de somatització abreviat" segons el <i>Diagnostic Interview Schedule</i>). Aquests grups es compararen amb un grup control. Els resultats s'obtingueren del <i>Ways of Coping Questionnaire</i>. La majoria dels pacients que van accedir a participar foren dones (75%) i els que no accediren presentaven menys freqüència de consultes a AP.
Base de dades i descriptors introduïts	CINAHL ("somatoform disorders" OR "somatization disorder" AND "holistic nursing" AND "primary health care" NOT "children" NOT "adolescents or teenagers" NOT "older person or elderly" NOT "geriatric" NOT "immigrants").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn de somatització abreviat": 3 o SFSEM durant 2 o més anys. "Trastorn de somatització" segons criteris DSM-IV.
Interpretació del concepte	Podria equivaldre a "Trastorn de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	Trastorn somatomorf, 2-0,2% (dones) i <0,2% (homes) a AP. Trastorn somatomorf abreviat, 10-22% a AP.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	USA, l'atenció als pacients amb SFSEM augmenta el promig de costs sanitaris 9 vegades.

Nota: Els autors de l'article remarquen que els resultats obtinguts s'han d'aplicar cuidadosament en la clínica degut a la mostra reduïda de l'estudi i a la falta de diversitat racial i demogràfica dels participants.

Títol article	Longing for existential recognition: A qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders.
Autor/s	AB Lind, MB Risoer, K Nielsen, C Delmar, MB Christensen, K Lomborg.
Revista	Journal of Psychosomatic Research nº 76.
Data de publicació	2014.
Tipus d'investigació	Metodologia qualitativa: 24 entrevistes semi-estructurades de 24 pacients amb diagnòstic recent de Trastorn somatomorf sever (més d'un òrgan afectat).
Base de dades i descriptors introduïts	PubMed ("somatoform" OR "somatization" AND "primary health care" AND "nursing").
Concepte trastorn abordat	"Trastorns somatomorfs".
Interpretació del concepte	Equival a "Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats".
Epidemiologia presentada	Tema no tractat en l'article.
Etiologia del trastorn segons l'article	El 80% dels pacients són dones.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	La falta d'un abordatge de qualitat i eficaç en l'atenció d'aquests pacients augmenta el seu nivell d'estrès.
	<u>Intervencions MAPs:</u> reconèixer el símptomes, explicar el trastorn (complex fenomen biopsicosocial) de forma senzilla per tal de facilitar als pacients el maneig de la seva situació, oferir consultes regulars, educar en estratègies d'afrontament efectives, entrenar en estratègies de relaxació i, expressió i identificació de les sensacions corporals i sentiments; derivar quan sigui necessari. <u>Els pacients amb Trastorns somatomorfs són vulnerables a:</u> estressors.

Rol específic Infermeria	<u>Els pacients amb Trastorns somatomorfs tenen dificultats en:</u> adoptar estratègies d'afrontament eficaces enfront l'estrès, tenir confiança en si mateixos, reconèixer les sensacions corporals, sentiments i necessitats. Aquestes situacions s'agreugen en les situacions d'estrès. Degut a aquestes dificultats, els pacients necessiten suport del seu entorn. <u>El reconeixement social pel que fa a l'estatus de malalt és crucial per millorar:</u> autoconfiança, autoestima, autorespecte, integritat social i física, disminució de la simptomatologia i de l'estrès. Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Molts metges no reconeixen els símptomes i culpen al pacient de la seva situació.
Experiències i expectatives dels pacients	Tot i els esforços dels pacients per superar els símptomes i mantenir relacions positives amb el seu entorn social i professionals sanitaris, experimenten restriccions de rol (estatus de malalt), aïllament social i deslegitimització de la seva situació; sentint atacada la seva credibilitat. <u>Modalitats d'experiències de reconeixement detectades en l'estudi:</u> a)No reconeixement: relacionat amb experiències de desconfiança, falta de respecte, disminució autoestima, conductes d'afrontament evitatives, augment de l'estrès, augment simptomatologia; b)Reconeixement incert: relacionat amb experiències de comunicació insegura, no sentir-se del tot compresos, disminució autoestima, conductes d'afrontament evitatives, augment de l'estrès, augment simptomatologia; c)Reconeixement: relacionat amb experiències de respecte total, sentir-se compresos, augment de l'autoestima, conductes d'afrontament actives, disminució de l'estrès i disminució de simptomatologia. <u>Sentiments referits pels pacients:</u> inseguretat persistent, culpa, vergonya, soledat, inferioritat, sentir-se marginats, por a estar bojos, por a morir. <u>Aquesta por produeix:</u> nivells mantinguts d'estrès, augment simptomatologia dolorosa i angoixa.

	<u>Molt pacients no comparteixen aquestes preocupacions i pors, fet que provoca:</u> augment de l'estrès per no verbalitzar-ho.
Relació professional-pacient	Es descriu com difícil. <u>Les relacions positives amb els professionals aporten:</u> millor comprensió del trastorn.

Títol article	Fixed herbal drug combination with and without Butterbur (Ze 185) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmacoclinical trial.
Autor/s	J Melzer, E Schrader, A Brattström, R Schellenberg, R Saller.
Revista	Phytotherapy Research nº 23.
Data de publicació	Març 2009.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa: es realitza tractament durant 2 setmanes a pacients amb trastorn de somatització i trastorn somatomorf indiferenciat, els quals es classifiquen en 3 grups (a) tt a base de: arrel de petasites, arrel de valeriana, pauciflora, bàlsam de fulla de llimona; b) arrel de valeriana, pauciflora, bàlsam de fulla de llimona; c) placebo) per tal de veure l'efectivitat de l'arrel de petasites (Ze 185).
Base de dades i descriptors introduïts	CINAHL ("somatoform disorders" OR "somatization disorder" AND "holistic nursing" AND "primary health care" NOT "children" NOT "adolescents or teenagers" NOT "older person or elderly" NOT "geriatric" NOT "immigrants").
Concepte trastorn abordat	"Trastorn de somatització" i "trastorn somatomorf indiferenciat" segons DSM-IV i CIE-10.
Interpretació del concepte	Equival a "trastorn de símptomes somàtics" del DSM-V.
Epidemiologia presentada	Trastorns somatomorfs, 6,3% prevalença a Europa en individus 18-65 anys. Trastorn de somatització, 1,1-2,1% prevalença a Europa en individus 18-65 anys; sent més elevada en dones.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.
Abordatge terapèutic: Propostes de tractaments i intervencions	Sovint s'utilitzen fàrmacs a base d'herbes naturals en els pacients amb trastorns somatomorfs. La preparació (Ze 185) s'ha vist efectiva (sent significativament superior als altres grups), ben tolerada i segura a curt termini pel tractament d'aquests pacients en: ansietat (escala analògica visual VAS) i depressió (escala BDI);

Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients) Rol específic Infermeria	sobretot s'ha vist efectiva en els casos de trastorn somatomorf indiferenciat. Degut a que la preparació és efectiva a curt termini, es proposa com a tractament inicial mentre s'inicien altres teràpies (p.e. psicoteràpia) en les quals els resultats tarden més a aparèixer.
	Tema no tractat en l'article.
	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Tema no tractat en l'article.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Tema no tractat en l'article.

Nota: Els autors indiquen que cal tenir en compte que els resultats no es poden extrapolar a totes les subcategories diagnòstiques dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.

Títol article	Trastorno por Somatización: Su abordaje en Atención Primaria
Autor/s	R Guzmán Guzmán - MAP.
Revista	Revista Clínica de Medicina de Família Vol.4 nº3.
Data de publicació	2011.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	Google Acadèmic ("SFSEM"; "Trastornos somatomorfos").
Concepte trastorn abordat	Trastorn per somatització del DSM-IV i segons el test de cribatge de Othmer y DeSouza. També s'anomenen certs síndromes funcionals.
Interpretació del concepte	Equival al Trastorn de símptomes somàtics, subcategoria del DSM-V.
Epidemiologia presentada	SFSEM, situació freqüent a AP. Hi ha associació entre trauma i SFSEM. Els pacients amb trastorns mentals solen presentar més prevalença que la població general en patir SFSEM (50-70% dels trastorns mentals), sobretot en els casos de trastorns depressius, d'ansietat, de personalitat i en abús de substàncies. 36-60% de la població pot presentar SFSEM.
Etiologia del trastorn segons l'article	Els símptomes somàtics representen l'expressió de dificultats emocionals que resumeixen complexes interaccions psicològiques, vitals, familiars i socials. A més, la majoria dels pacients presenten amplificació de les sensacions corporals. Tot i que es desconeix el conjunt de mecanismes etiològics que hi participen, es presenta un model multicausal:

	factors genètics, biològics i biopsicosocials. Factors biològics destacats: diferents estudis demostren funcions cerebrals dretes més desenvolupades que les de l'esquerra i certa hiperactivitat del locus coeruleus. Això pot comportar disminució del llindar de dolor. Factors biopsicosocials destacats: per una banda, major índex de presència de SFSEM en familiars de primer grau en el cas de les dones i, per altra banda, influència de factors en la infància com carències afectives i modelatge erroni de les situacions de malaltia per part dels pares.
Cost sanitari	No es presenten dades concretes però s'indica que són molt elevats degut a les PCs i interconsultes amb especialistes innecessàries.
Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Evitar tractaments innecessaris. <u>Tractament psicofarmacològic:</u> si presència d'ansietat i/o depressió cal tractament específic, és convenient iniciar els tractaments a baixes dosis ja que aquests pacients solen patir més efectes adversos i a desenvolupar nous símptomes. La prescripció de fàrmacs ha d'estar negociada i pactada amb el pacient. En el cas de prescriure antidepressius explicar que aquests fàrmacs presenten més indicacions a part de la depressió com a tal com el dolor, símptoma principal d'aquests pacients. Altres fàrmacs: BZD en pacients amb gran càrrega d'ansietat, beta-bloquejants si excessius símptomes d'hiperexcitació del sistema nerviós simpàtic i altres com: gabapentina, carbamazepina i sulpiride. Per articular un adequat abordatge i tractament cal entendre la importància de l'assumpció del rol de malalt, els mecanismes cognitiu-perceptius anòmals i els trastorns en la relació professional-pacient. En alguns casos serà més adient emprar diagnòstics segons la terminologia psiquiàtrica i en d'altres pot ser més útil emprar "etiquetes" en format de quadres clínics, sense establir un diagnòstic en concret. Avaluació del pacient: descartar la presència d'un trastorn orgànic, avaluar l'existència de trastorns psiquiàtrics, buscar un diagnòstic positiu de SFSEM. Realitzar un examen físic detallat per descartar altres patologies. Diagnòstic diferencial. Explorar sempre la zona de la que es queixa el pacient.

	Alguns factors de sospita respecte si estem davant d'aquest trastorn són: història de múltiples PCs i visites, sentiments de rebuig cap al pacient. Insistir en PCs i tractaments que ja s'han realitzat i no han aportat solucions no millora la clínica i sol deteriorar la relació professional-pacient, s'han de realitzar les PCs només quan realment siguin necessàries tenint en compte més els signes que els símptomes ja que cal tenir en compte que aquests pacients tenen la mateixa probabilitat que la població general de patir patologies orgàniques. Per tant, cal limitar les demandes dels pacients respecte les PCs i les demandes d'atenció freqüent. En el seguiment pot ser adient realitzar nous exàmens físics, encara que siguin de forma mínima a cada consulta, per tal de tranquil·litzar al pacient. Si es realitzen noves PCs també es pot indicar tant al pacient com a la família que es realitzen per tal de tranquil·litzar-los i reafirmar les sospites que ja es tenen, és a dir, el professional no espera troballes noves que indiquin una patologia orgànica greu. Cal un diagnòstic descriptiu és a dir, no tant sols el diagnòstic de la malaltia sinó també un diagnòstic comprensiu de la situació viscuda pel pacient. Seguiment: calen professionals referents i 1 sol MAP, planificar consultes regulars (4-6 setmanes) i breus que siguin realistes d'acord amb les possibilitats assistencials. A més, és important posar èmfasi en limitar les demandes del pacient, dissuadint-lo d'acudir a consultes no pactades si no és per una causa justificable. Derivar adequadament als serveis psiquiàtrics. Normes mínimes de Smith han evidenciat una reducció del 32% dels costos. <u>Explicar al pacient els símptomes:</u> explicar les PCs negatives que descarten organicitat, evitar expressions com "no té res" o "això són nervis", explicar que no pateix cap malaltia greu, que es tracta d'un trastorn crònic però que hi ha intervencions terapèutiques que poden ajudar i posar un diagnòstic si s'escau tot permetent el "rol de malalt". <u>Establir objectius de tractament raonables:</u> per tal d'evitar frustració d'ambdues parts (professionals i pacients), per tant, l'objectiu no ha de ser eliminar els símptomes sinó aprendre a conviure amb aquests. Cal explorar les diferents
--	--

Rol específic Infermeria	queixes del pacient i preguntar què el preocupa i si ho relaciona amb el malestar físic mitjançant preguntes obertes, establir visites regulars i breus (per exemple, de 15 min cada 15 o 20 dies). L'entrevista clínica és l'instrument bàsic del maneig, es comenta la tècnica de reatribució.
	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els professionals mèdics senten ansietat davant la possibilitat d'equivocar-se i el fet de no reconèixer aquestes sensacions els poden dur a practicar una Medicina defensiva.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Sovint està en perill de deteriorament. Els professionals senten frustració, fatiga i, inclús, antipatia vers els pacients a la vegada que aquests no poden alleujar els seu sofriment degut a la insistència de buscar una etiologia orgànica i a la impossibilitat d'aconseguir un diagnòstic en aquest sentit. AP és la porta d'entrada al sistema sanitari, per tant, cal que des d'aquest nivell s'assumeixi la responsabilitat de conèixer el correcte abordatge d'aquests pacients.

Títol article	Actualización: Pacientes con síntomas somáticos no explicables.
Autor/s	A Granel.
Revista	Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria Vol.9 nº6.
Data de publicació	Novembre-Desembre 2006.
Tipus d'investigació	Revisió bibliogràfica.
Base de dades i descriptors introduïts	Google Acadèmic ("SFSEM"; "Trastornos somatomorfos").
Concepte trastorn abordat	SFSEM, també s'aborden certs síndromes funcionals. S'anomenen els Trastorns somatomorfs segons el DSM-IV.
Interpretació del concepte	Els Trastorns somatomorfs equivalen als Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats segons els DSM-V.
Epidemiologia presentada	SFSEM, situació freqüent a AP, 15-25% de les consultes. D'aquestes 30-70% segueixen sense explicació després de l'avaluació. Els pacients amb trastorns mentals solen presentar més prevalença que la població general en patir SFSEM (50-70% dels trastorns mentals). El 75% dels pacients amb depressió major o atacs de pànic consulten en un 75% exclusivament per SFSEM.
Etiologia del trastorn segons l'article	Els símptomes somàtics representen l'expressió de dificultats emocionals que resumeixen complexes interaccions psicològiques, vitals, familiars i socials.
Cost sanitari	Tema no tractat en l'article.

Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament	Existeixen pocs estudis que hagin avaluat l'efecte de la psicoteràpia en els SFSEM a AP. Això pot ser degut a: la dificultat per reproduir les intervencions i a la categorització dels pacients. <u>Objectius de la psicoteràpia:</u> descondicionar als pacients identificant els sistemes de creença i assumpcions sobre les malalties que puguin ser disfuncionals i modificar les estratègies d'afrontament que perpetuen els símptomes. Alguns programes inclouen: tècniques de relaxació, meditació i activitats aeròbiques. La psicoteràpia és interactiva, es realitza tant a nivell individual com grupal. Existeixen estudis publicats sobre la implementació de psicoteràpia del tipus cognitiu-conductual en estudis aleatoris i comparats amb grups control. Aquests estudis evidencien millora de la simptomatologia i, en alguns casos, reducció dels costos sanitaris. En la majoria dels estudis el nombre de pacients i el temps de seguiment és reduït. En una revisió sistemàtica en la qual es trobaren 28 estudis d'aquest tipus (1600 pacients) demostrà una millora del 70% degut a aquestes intervencions. Pel que respecta a tècniques psicodinàmiques, a Espanya es realitzà un estudi controlat que mostrà que la teràpia familiar breu d'orientació sistemàtica és efectiva en la reducció de la simptomatologia. A més, en aquest estudi no fou necessari la derivació a altres especialitats, duent-se a terme a nivell d'AP. Si presència d'ansietat i/o depressió cal tractament psicofarmacològic específic. És convenient iniciar els tractaments a baixes dosis ja que aquests pacients solen patir més efectes adversos i a desenvolupar nous símptomes. La prescripció de fàrmacs ha d'estar negociada i pactada amb el pacient. En el cas de prescriure antidepressius explicar que aquests fàrmacs presenten més indicacions a part de la depressió com a tal com el dolor, símptoma principal d'aquests pacients. Pel que respecta als antidepressius, es destaca l'ús dels IRSS per la seva efectivitat en els SFSEM. Tot i això es remarca la qualitat metodològica dispar dels estudis.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Comprendre el context del pacient en la situació de salut-malaltia que està vivint és tasca important de tot l'equip de salut, la concepció biopsicosocial ajuda a entendre la totalitat del subjecte i de les seves relacions. La forma en que es diagnostica o etiqueta al pacient influeix en el seu comportament, així doncs, si s'aplica una

	concepció exclusivament biomèdica es fomenten els mecanismes de formació de símptomes i la rigidesa de les manifestacions. En alguns casos serà més adient emprar diagnòstics segons la terminologia psiquiàtrica i en d'altres pot ser més útil emprar "etiquetes" en format de quadres clínics, sense establir un diagnòstic en concret. El diagnòstic ha de ser emprat com una estratègia per tal d'ajudar a entendre al pacient que li succeeix quelcom i que el seu patiment està reconegut; no s'han d'invalidar els símptomes expressats pel pacient. <u>Els 4 fonaments de la concepció biopsicosocial:</u> 1)Tota malaltia afecta al subjecte en varies dimensions (emocional, biològic i social); 2)Els diagnòstics modelen al pacient i als metges; 3)El tractament ha de basar-se en l'alleujament i cuidar més que en curar i buscar la causa; 4)El seguiment longitudinal és part fonamental del tractament. Degut a l'alta prevalença dels SFSEM, molts experts indiquen que és erroni descartar primer l'etiologia orgànica per poder passar a tractar els aspectes psicològics, podent realitzar ambdós processos de forma simultània. Cal diagnòstic diferencial amb altres patologies que cursen amb clínica inespecífica. En la petició de PCs cal tenir en compte que aquests pacients tenen la mateixa probabilitat que la població general de patir patologies orgàniques. Insistir en PCs i tractaments que ja s'han realitzat i no han aportat solucions no millora la clínica i sol deteriorar la relació professional-pacient a més de poder comportar falsos positius o infradiagnòstics que tampoc milloraran la simptomatologia. No s'han de realitzar PCs amb l'únic objectiu de tranquil·litzar momentàniament el pacient i disminuir l'angoixa del MAP davant la por de no diagnosticar una patologia orgànica. Cal realitzar una anamnesi acurada en la qual es tingui en compte: antecedents de salut importants, història de múltiples consultes, situacions del cicle vital i estressors psicosocials actuals i del passat. En el seguiment pot ser adient realitzar nous exàmens físics, encara que siguin de forma mínima a cada consulta, per tal de tranquil·litzar al pacient. Si es realitzen noves PCs per tal de negociar amb el pacient i família i evidenciar que no s'estan escatimant recursos està indicat explicar que es realitzen per tal de tranquil·litzar-los i reafirmar les sospites que ja es tenen, és
--	--

	a dir, el professional no espera troballes noves. El seguiment s'ha de realitzar mitjançant visites freqüents, cada 15-20 dies; limitant les visites sense consulta a AP i altres especialitats i serveis sense visita concertada. La principal intervenció en aquests pacients és establir una bona relació professional de la salut-pacient que persisteixi en el temps. En el seguiment cal que es plantegin metes de treball que es puguin complir. Cal que la relació professional-pacient es basi en l'empatia per tal de buscar el focus somàtic i posar-lo en el context psicosocial. Per aconseguir-ho són útils les preguntes obertes i circulars tant en el pacient com en la família. S'anomena el model d'entrevista de Liderman i col·laboradors que han estat aplicats i han resultat útils en AP. Per tal de facilitar l'abordatge dels aspectes psicosocials dels pacients es pot realitzar un genograma en el qual s'indiquin les relacions amb els diferents membres de la família. Sovint és útil, davant la incertesa d'intervencions concretes, que el MAP comenti abans el cas amb un company de feina que no pas derivi directament a especialistes que no disposen de tanta informació de la història de vida del pacient. Els especialistes, psiquiatres i psicoterapeutes, no han de treballar de forma separada sinó de forma coordinada amb els professionals d'AP. Les derivacions a SM solen ser rebutjades pels pacients degut a la creença de que les malalties mentals s'associen a símptomes imaginaris. Per tal de que els pacient no percebin aquestes derivacions com a acusacions cal que aquestes es realitzin sense pressa i sense que el pacient es senti forçat.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els professionals mèdics senten ansietat davant la possibilitat d'equivocar-se i el fet de no reconèixer aquestes sensacions els poden dur a practicar una Medicina defensiva.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	Els professionals senten frustració i, inclús, antipatia vers els pacients a la vegada que aquests no poden alleujar els seu sofriment degut a la insistència de buscar una etiologia orgànica i a la impossibilitat d'aconseguir un

	diagnòstic en aquest sentit. Frases per part dels professionals com: “tot està bé perquè el problema no és físic”, “vostè no té res” o “vostè està més sa que jo” denoten acusació fomentant sentiments de desempament en el pacient que comporten el deteriorament de la relació professional-pacient a més de poder provocar comportaments de fugida cap a altres professionals. És el MAP el professional de la salut que ha de ser l'eix central de l'atenció a aquests pacients.
--	--

Títol article	Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar.
Autor/s	N Schade, A González, M Beyebach, P Torres – Psicòleg, psicòleg, Assistent social.
Revista	Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria Vol.48 nº1.
Data de publicació	2010.
Tipus d'investigació	Metodologia quantitativa. La mostra foren 128 pacients amb diagnòstic de Trastorns somatomorfs segons la CIE-10 seleccionats a l'atzar i pertinents a 7 centres d'AP de la Regió de Bío Bío, Chile. S'empraren dos instruments de avaluació: una escala (la qual s'utilitzà abans, durant i després de la intervenció) i un qüestionari al finalitzar la intervenció. Per a realitzar l'estudi 45 professionals foren formats per a tal fi: 10 metges, 10 infermers, 11 matrones, 7 psicòlegs, 3 nutricionistes, 3 assistents socials i 1 kinesióleg. L'anàlisi es realitzà mitjançant el paquet estadístic SPSS 13.
Base de dades i descriptors introduïts	Google Acadèmic ("SFSEM"; "Trastornos somatomorfos").
Concepte trastorn abordat	Pacients somatomorfs. Trastorns somatomorfs segons la CIE-10.
Interpretació del concepte	Pacients somatomorfs equival a SFSEM. Trastorns somatomorfs equival a Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats del DSM-V.
Epidemiologia presentada	SFSEM, 60-80% de la demanda total de pacients. Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en AP, 15-22%. Les característiques psicosocials dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats més

	destacables que aporta l'estudi són les següents: més freqüent en dones, les queixes principals es relacionen amb la família, el desànim, factors econòmics i la soledat; acudeixen al centre de salut almenys 1 cop al mes.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No s'aporten dades concretes però s'indiquen recursos econòmics significatius emprats en l'atenció d'aquests pacients.
Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Existeixen diverses propostes d'intervenció des de les unitats de SM dels centres d'AP que han mostrat resultats positius com: teràpia cognitiu-conductual, teràpies psicodinàmiques i teràpies de grup. La família juga un paper vital en el tot el procés. Els autors de l'article consideraren oportú desenvolupar una conselleria denominada Abordatge Familiar Breu degut a les característiques dels pacients i a que la conselleria familiar és una eina que pot ser duta a terme per professionals de la salut no especialitzats en SM. L'abordatge familiar breu és un model que recull les premisses del enfocament de salut familiar i treballa en el supòsit de que el pacient té els recursos i les forces suficients per resoldre els seus problemes de forma autònoma; integra tècniques: Rogerianes, d'escolta activa, psicoeducació, mediació i intervenció en les crisis i, tècniques de teràpia breu. L'abordatge familiar breu consisteix en l'establiment d'objectius els quals puguin ser aconseguits pels pacients. Aquesta s'ha vist efectiva en: la reducció del nombre de visites i proporciona una sensació d'alleujament als pacients. Les sessions es realitzaren durant 4 mesos, inicialment les sessions duraren 1 hora i posteriorment entre 30-35 minuts. <u>Etaques de l'abordatge familiar breu:</u> 1)Pre-conselleria familiar: interiorització del cas abans de la intervenció; 2)Conselleria familiar: es desenvolupa en diferents etapes (a)Co-construcció de la relació: abordatge dels contactes socials i familiars, construcció d'un genograma, conèixer la queixes, problemes i necessitats dels pacients i, definir els objectius que vol aconseguir el pacient i família; b)Reflexió i anàlisi per a la presa de decisions: reflexió per part

	del professional per tal de planificar les intervencions a seguir posteriorment; c) Abordatge informatiu, orientatiu i estratègic; d) Negociació amb el pacient i família i, establiment de les visites posteriors per tal de dur a terme el seguiment); 3) Post-conselleria familiar: avaluació i seguiment del cas. L'aplicació d'aquesta conselleria va permetre a la majoria dels pacients disminuir la simptomatologia i percebre millora en relació als seus problemes. Això ocorregué amb la menor intervenció possible, treballant en relació als objectius que els pacients volien aconseguir i no en la base patològica. La conselleria he demostrat ser breu i segura en direcció a canvis positius. S'anomena un altre estudi realitzat a Espanya en el qual s'evidenciaren que les tècniques de teràpia breu han mostrat resultats positius en les intervencions en pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.
Rol específic Infermeria	Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els pacients són definits com: "hiperfreqüentadors" i/o "policonsultadors" degut a l'assistència i utilització de serveis de salut de forma freqüent emprant una gran quantitat de temps del treball mèdic.
Experiències i expectatives dels pacients	Molts d'aquests pacients no accepten ser catalogats com pacients amb problemes de SM, més aviat assenyalen que els professionals mèdics no han trobat una resposta adequada a les seves dolences físiques. Degut això, els pacients insisteixen en més proves i exàmens físics.
Relació professional-pacient	El deteriorament de la relació professionals-pacients és freqüent.

Nota: Els autors de l'article indiquen que, al no haver-se emprat un grup control, no permeten descartar que els resultats obtinguts hagin pogut estar influenciats per variables alienes a la intervenció. A més, les eines emprades per a l'avaluació dels resultats no compten amb estudis de validesa i fiabilitat.

Títol article	Cartas de consulta para los síntomas físicos sin explicación médica en la atención primaria.
Autor/s	R Hoedeman, AH Blankenstein, CM van der Feltz-Cornelis, B Krol, R Stewart, JW Groothoff.
Revista	The Cochrane Collaboration.
Data de publicació	2010.
Tipus d'investigació	Revisió sistemàtica. Es realitzà la búsqueda de ensayos controlados aleatorios de los cuales se incluyeron 6 con un total de 449 pacientes.
Base de dades i descriptors introduïts	Google Acadèmic ("SFSEM"; "Trastornos somatomorfos").
Concepte trastorn abordat	SFSEM i Trastorns somatomorfs segons el DSM-IV.
Interpretació del concepte	Trastorns somatomorfs equival a Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats del DSM-V.
Epidemiologia presentada	SFSEM, 10-35% de totes les visites a AP. SFSEM s'associen a un major ús dels serveis mèdics, comorbiditat psiquiàtrica (sobretot ansietat i depressió) i discapacitat. Dels pacients amb 5 o més SFSEM, el 50% compleixen criteris per a un altre trastorn psiquiàtric i el 63% informa de símptomes psicològics; malgrat això, d'aquests en el 50% dels casos la comorbiditat psiquiàtrica no és reconeguda pel MAP.
Etiologia del trastorn segons l'article	Tema no tractat en l'article.
Cost sanitari	No s'aporten dades concretes però s'indica que són elevats.
Abordatge terapèutic: Intervencions i propostes de tractament	És necessari millorar el diagnòstic i tractament adequat dels pacients amb SFSEM, els MAPs necessiten d'estratègies terapèutiques efectives pel tractament dels SFSEM.

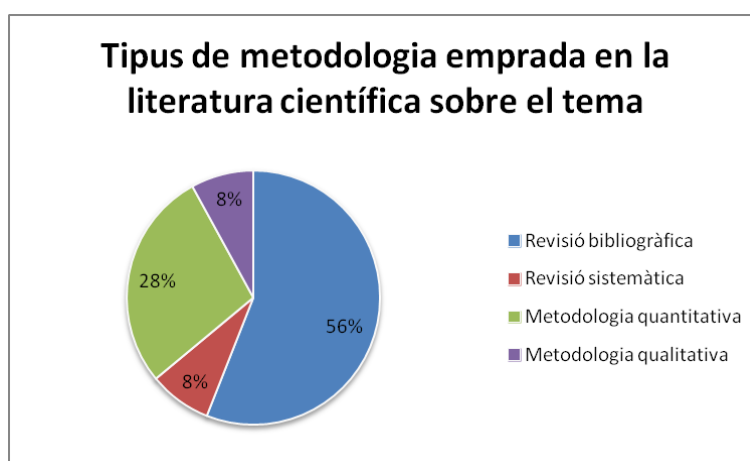
	La teràpia cognitiu-conductual proporcionada per un psicòleg és efectiva, encara que els pacients amb SFSEM sovint rebutgen la derivació a un tractament psicològic o psiquiàtric. A més, una revisió Cochrane va mostrar proves limitades de l'efectivitat de les intervencions cognitives realitzades per MAPs en els pacients amb SFSEM. Es proposen noves línies d'investigació degut a que es necessiten més estudis controlats i aleatoris per avaluar: - Les intervencions amb cartes de consulta i, cartes de consulta i consulta conjunta amb el pacients amb èmfasi en: gravetat dels SFSEM, comorbiditat psiquiàtrica, funcionament i satisfacció del pacient. - Avaluar les taxes d'abandonament prèvies a l'assignació a l'atzar. - Aclarir com ajuda el diagnòstic en els SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en les eleccions de tractament i comunicació en l'atenció als pacients. - Aclarir quins són els components crítics en les recomanacions respecte al maneig i la comunicació, preferentment a través de metodologia qualitativa. - Avaluar la validesa de les cartes de consulta en països diferents als Estats Units. - Avaluar l'eficàcia d'aquesta intervenció en les àrees de: salut laboral, funcionament físic i mental, desenvolupament social, retorn a la vida laboral i, freqüència i duració de l'absentisme laboral per malaltia. Es necessiten altres intervencions per considerar, a banda de la reducció de la simptomatologia i del cost sanitari: comorbiditat psiquiàtrica, funcionament mental, desenvolupament social i discapacitat en els pacients amb SFSEM.
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	Els estudis analitzats informen dels efectes positius de l'anàlisi realitzat per un psiquiatra en quan al tractament dels SFSEM a AP. Posteriorment, el psiquiatra pot enviar al MAP una carta de consulta en que s'estableixi el diagnòstic i afirmi que la millor ajuda pel pacient és: a) que els símptomes es prenguin seriosament per part del MAP, b) que no s'emprin frases com "tot està al seu cap", c) que no es faci referència a la investigació addicional a menys de que hi hagin indicacions clares, d) realitzar un examen físic a cada visita, e) visites a intervals regulars. Les proves de que aquest tipus d'abordatge sigui efectiu són de qualitat moderada en els estudis analitzats. De l'estudi es conclou que hi ha proves de qualitat moderada de que les cartes de consulta siguin efectives pel que

Rol específic Infermeria	respecta als costos mèdics i a la millora del funcionament físic pels pacients amb SFSEM a AP. A més, també hi ha proves de qualitat moderada de que una consulta conjunta del pacient amb Psiquiatria en presència de MAP junt amb una carta de consulta redueixi la gravetat dels SFSEM i l'ús de serveis sanitaris. En definitiva, les cartes de consulta poden ser útils pel maneig dels pacients amb SFSEM però calen estudis addicionals. Dels 6 estudis seleccionats, tots excepte un foren realitzats a Estats Units i, per tant, els resultats no poden generalitzar-se directament a altres països amb diferents sistemes sanitaris. A més, tots els estudis foren amb mostres reduïdes i de qualitat moderada. La resta de professionals de la salut (no MAPs) han de ser curosos respecte les derivacions i primer cal que es comuniquin amb el MAP. A més, cal que es presti especial atenció al maneig de la comunicació amb el pacient. Tema no tractat en l'article.
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	Els MAPs indiquen que els pacients amb SFSEM són difícils i demanden molt de temps.
Experiències i expectatives dels pacients	Tema no tractat en l'article.
Relació professional-pacient	SFSEM, s'associa amb relació metge-pacient difícil degut a que el professional i el pacient tenen opinions diferents respecte les causes i tractament de la malaltia.

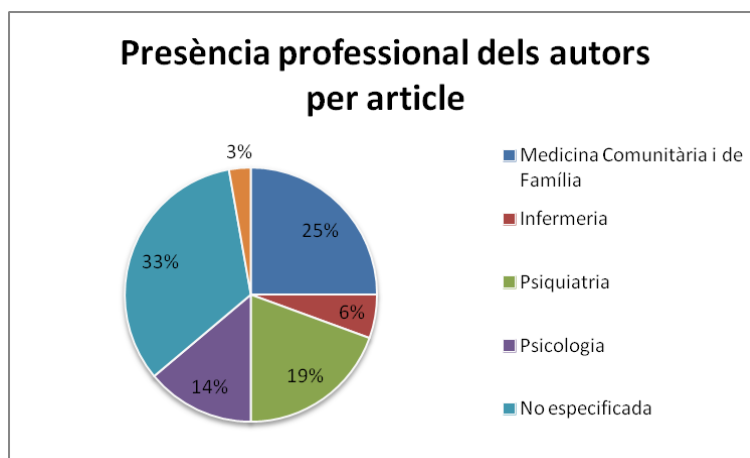
6-DISCUSSIÓ

6.1-Anàlisis de les característiques globals dels articles

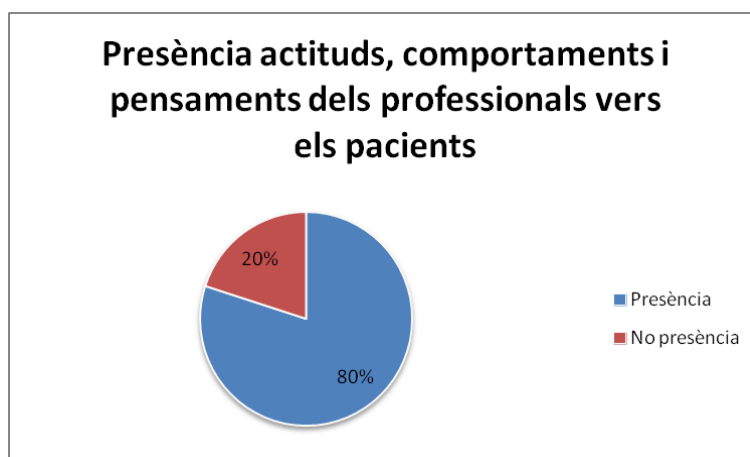
A continuació s'exposen dades considerades de rellevància pel que fa a característiques generals dels articles analitzats. Primer de tot, pel que respecta a la metodologia emprada en aquests, del total dels articles: 14 empraren la Revisió bibliogràfica, 2 Revisió sistemàtica, 7 Metodologia quantitativa i 2 Metodologia qualitativa.



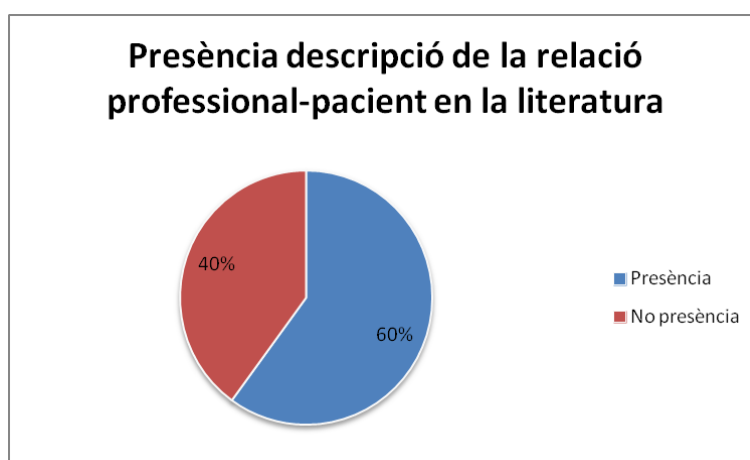
S'ha realitzat el recompte de la presència professional dels autors dels articles, de la recollida d'aquestes dades s'ha observant: 9 articles amb presència de professionals de Medicina Comunitària i de Família, 7 amb professionals de Medicina Psiquiàtrica, 5 en Psicologia, 2 en Infermeria, 1 en Assistent social i 12 en els quals els autors no especificaven la seva branca professional.



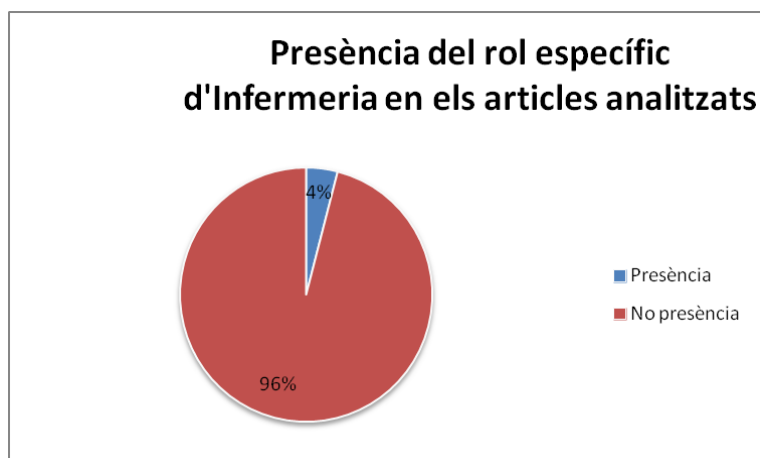
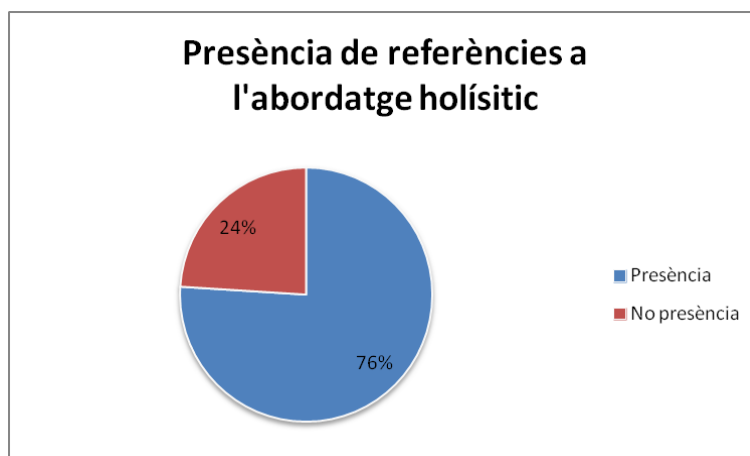
Pel que respecta a la presència de la relació que s'estableix entre els professionals de la salut i els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats s'ha realitzat el recompte dels articles que contenen: la presència de les experiències i expectatives dels pacients; les actituds, pensaments i comportaments dels professionals vers aquests pacients; la presència d'emocions negatives dels professionals vers els usuaris i; el nombre d'articles que descriuen amb adjectius concrets la relació professional-pacient.



El fet que només un 24% dels articles presentin descrites les experiències i expectatives dels pacients pot ser degut al menor nombre d'investigacions en les quals s'utilitza metodologia qualitativa. Aquesta dada contrasta amb el 80% dels articles en els quals són presents les actituds, comportaments i pensaments dels professionals ja que s'evidencia que encara més la manca de representació de les vivències pròpies dels pacients. D'aquest 80% d'articles, el 60% feia referència a emocions negatives.



També es comptabilitzaren els articles que exposaven referències a un abordatge holístic dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, obtenint 19 articles que complien aquesta característica enfront a 6 que no la complien. Per altra banda, també es calcularen els articles en els quals apareixia el rol específic dels professionals d'Infermeria en el maneig d'aquests pacients; dels quals només s'obtingué 1 article amb referències clares a aquest, enfront a 24 articles en els quals no se'l menciona de forma específica.



6.2-Anàlisi de la relació professionals de la salut-pacients

Experiències i expectatives dels pacients

Tan sols dos dels articles analitzats comenten el circuit que realitzen els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en el sistema sanitari, aportant dades similars i compartint ambdós part de l'autoria. Segons García-Campayo i els seus col·laboradors al 2003 i al 2005, en el sistema sanitari públic, com és el cas d'Espanya, aquests pacients descriuen un circuit en forma "pilota de ping-pong" entre AP i especialitats mèdico-quirúrgiques (hospital general), deixant en segon pla als serveis de SM on els pacients acudeixen ocasionalment per ser derivats posteriorment a AP.^{[30][31]}

En altres països, en els quals el sistema sanitari és privat, com pot ser el cas d'Estats Units, García-Campayo i els seus col·laboradors al 2005 descriuen les possibles conseqüències negatives per l'adequat maneig d'aquests pacients en aquest tipus de sistema. Degut a la possibilitat d'entrada directa als serveis especialitzats (sense necessitat de derivació) els pacients experimenten: carència d'un metge de referència que disposi de tota la informació i, en conseqüència, foment de l'ús massiu de PCs, reforçant conductes de malaltia i cronificació.^[31]

Pel que fa a les expectatives que aquests pacients tenen del sistema sanitari i dels professionals, només dos dels articles analitzats aborden aquest aspecte, altra vegada, ambdós comparteixen alguns dels autors. Les principals expectatives que expressades pels pacients, segons García-Campayo i els seus col·laboradors al 1999 i al 2003, són les següents: a)Que se'ls escolti i se'ls compregui, b)Que s'accepti el seu paper de malalt, c)Que se l'informi sobre la seva malaltia, d)Que no se'l consideri un malalt psiquiàtric, e)Que la malaltia justifiqui el fracàs de la seva vida.^{[30][32]}

La principal queixa que expressen aquests pacients és la manca d'una escolta activa per part dels professionals de la salut, en tot pacient aquesta necessitat és fonamental però en els casos de Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats és encara més necessària degut a la gran freqüència de carències afectives en la seva història de vida. En la societat occidental l'establiment del "rol de malalt" recau en la responsabilitat del metge, sent el professional que determina qui pateix i qui no una patologia. Per aquest motiu, l'acceptació i reconeixement d'aquest estat és una de les expectatives més demandades per aquests pacients. En la majoria dels casos, els professionals, enlloc de reconèixer que la Medicina no pot diagnosticar i tractar correcta o fàcilment aquesta situació, afirmen: "vostè no té res" tot i els

esforços dels pacients de superar els símptomes i mantenir relacions positives amb el seu entorn. Davant d'aquesta situació és molt difícil establir una adequada relació terapèutica i, a més, el fet de no ser acceptats com a malalts promou l'aïllament social degut a la deslegitimització de la seva situació, contribuint a l'aparició de sentiments negatius en els pacients, conseqüència negativa també comentada per Lind i els seus col·laboradors al 2014.^{[30][32][33]}

Els sentiments negatius relacionats amb el no reconeixement del rol de malalt són, segons Lind al 2014: desconfiança, baixa autoestima, augment de l'estrès, sentir-se incompresos, inseguretat persistent, culpa, vergonya, soledat, inferioritat, sentir-se marginats, por a estar bojos i por a morir. Aquesta situació fomenta la manca de comunicació entre els professionals i els seu entorn, les conductes d'afrontament desadaptatives i nivells mantinguts d'estrès que solen conduir a l'augment de simptomatologia (sobretot dolorosa i ansiosa).^[33]

En la literatura es recullen queixes dels pacients sobre les explicacions donades pels professionals sobre el procés viscut per l'individu; molts pacients refereixen: "ningú sap què passa", segons García-Campayo i els seus col·laboradors al 1999 i al 2003. Per altra banda, la majoria dels pacients demanden que no se'ls consideri malalts psiquiàtrics. Aquest rebuig és degut al "estigma psiquiàtric", pels pacients aquests trastorns es tradueixen en debilitat, absència de malaltia o símptomes inventats. Aquesta situació s'associa al fet que els pacients, igual que els seu entorn i els propis professionals, tendeixen a considerar ment i cos com entitats separades.^{[6][30][32]} Aquest rebuig també pot explicar, tal i com indiquen Latorre i els seus col·laboradors al 2000, el motiu pel qual els pacients consulten freqüentment les consultes d'AP enlloc de les de SM. A més, els pacients també es queixen de les llargues esperes per les consultes de SM i refereixen "major alleujament" en les consultes d'AP.^[34]

La majoria dels pacients demanden que la malaltia justifiqui el fracàs de la seva vida, aquesta situació s'articula entorn als sentiments de pèrdua de control de la seva situació amb presència de baixa autoestima i inseguretat freqüent que condueixen al desenvolupament d'una personalitat passiva que impedeix adoptar sistemes d'afrontament actius i sans enfront relacions interpersonals i situacions de malaltia. Com indica García-Campayo al 1999 i 2003, en aquest sentit l'abordatge terapèutic esdevé complex degut a que eliminar aquests comportaments i actituds per tal d'aprendre pautes d'afrontament adaptatives impliquen, en un primer moment, deixar a l'individu sense els mecanismes d'afrontament apresos i establerts al llarg de la seva vida.^{[30][32]}

Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients

Quinze dels articles analitzats comenten els sentiments i emocions negatives i de rebuig que els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats desperten als professionals de la salut en general, i als professionals de Medicina en particular. No s'han trobat articles en els quals s'exposi el rebuig del maneig d'aquests pacients pel que fa al personal d'Infermeria en particular, degut a que la majoria dels estudis exposen aquesta situació pel que respecta als MAPs i, en algunes ocasions, en psiquiatres. Les principals emocions descrites són: frustració i ira.^{[3][9][11][19][20][21][30][31][32][35][36][37][38][39][40]}

Diversos articles indiquen que aquestes emocions negatives neixen de la dificultat en l'abordatge d'aquests pacients.^{[9][20][32][35][36][37][38][40]} Aquesta situació pot comportar que els professionals es sentin desbordats, tal i com apunta Ortego Maté i col·laboradors al 1998;^[35] podent arribar a situacions de "cremat professional" com indica García-Campayo al 1999.^[32]

Sanz-Carrillo i els seus companys indaguen més en els sentiments de frustració i ira dels professionals mèdics en el seu article del 1999. Segons aquests, la frustració neix de la impotència que produeix la falta de millora de la situació del pacient davant les diferents intervencions, quan els pacients ignoren les recomanacions mèdiques i quan consideren que culpen del seu malestar al professional. També experimenten frustració durant les entrevistes clíniques degut a que aquests pacients solen dirigir ells mateixos els temes de la conversa (centrant-se en la simptomatologia i la necessitat d'ajuda) i dirigint els tractaments (rebutjant-los i/o modificant-los); de manera que els professionals senten que s'invalida el seu paper.^[36]

Altres autors, a banda de fer referència a aquestes explicacions, també aporten que la presència de sentiments de frustració, hostilitat i/o indiferència pot ser degut a que els pacient no accepten les explicacions d'etiologia psicològica, acudeixen molt freqüentment a consulta, estan sovint descontents amb el tractament prescrit i s'estableixen dificultats clares en la comunicació com a conseqüència de que els pacients solen estar més pendents de donar informació que de rebre'n.^{[6][20][30][31][32]}

Sanz-Carrillo també exposa sentiments d'ira a causa de que els professionals culpen al pacient de la seva situació, això pot ser degut al prejudici social de considerar que les malalties psicològiques són degudes a personalitats dèbils.^[36] A més, tal i com indica Fernández Camblor al 1998, els professionals, igual que la família i entorn del pacient, acaben tornant-se escèptics davant les queixes.^[21] També s'han

documentat sentiments d'ira davant del "engany social"; en la societat occidental s'entén que la persona malalta té dues obligacions: buscar ajuda per curar la seva malaltia i col·laborar en el tractament; la ira neix quan els professionals mèdics consideren que el pacient no compleix aquestes responsabilitats.^[36]

Per altra banda, Sanz-Carrillo aporta dades interessants sobre la por que experimenten els professionals. Principalment, a no diagnosticar una patologia orgànica i a no tenir coneixements, recursos o temps suficient per a l'abordatge de problemàtiques psicosocials al preguntar sobre aquests aspectes que són de gran rellevància en els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^[36]

Aquestes pors poden estar relacionades amb el fet, com indiquen diversos articles, de que els professionals sanitaris consideren que no tenen els suficients coneixements i recursos pel que fa al maneig dels pacients. Aquesta situació apareix descrita en diversos articles pel que fa al personal mèdic i és freqüent tant en l'àmbit d'AP com de SM.^{[20][34][35][36]} Latorre i col·laboradors sintetitzen, al 2000, les principals queixes dels MAPs pel que fa a l'abordatge de patologies mentals, aquestes són: a)No disposen dels suficients coneixements, b)Dificultat en l'abordatge d'aquestes malalties, c)Desconeixement de les actituds a adoptar, d)Relació amb els serveis especialitzats de Psiquiatria no satisfactòria, e)Dificultats de derivació del pacient (principalment pel desconeixement de protocols vàlids de derivació i interconsulta).^[34]

En aquest mateix estudi, en el qual s'entrevistaren a 301 MAPs de la Comunitat Autònoma de Castilla-La Mancha, només un 36,9% dels entrevistats consideraren que tenien els coneixements suficients per a un abordatge adequat dels pacients amb Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats. A més, alertaren sobre la possibilitat que la demanda percebuda pels MAPs sigui en realitat molt superior degut als problemes de detecció d'aquests trastorns. Altres dades rellevants que aportà l'estudi foren: el 79,7% considerà que la coordinació amb els serveis de psiquiatria, tot i conèixer la seva existència, no és satisfactòria; que cal una major formació específica dels professionals d'AP en SM (sobretot en maneig psicoterapèutic, utilització de tècniques d'entrevista, utilització de psicofàrmacs i, identificació i avaluació dels trastorns mentals on es marcà un especial èmfasi en els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats).^[34]

L'estudi aportà dades positives sobre l'actitud que presenten els MAPs pel que fa a formació continuada en matèria de SM en l'àmbit d'AP.^[34] Aquestes dades es veuen poc corroborades en articles que aborden els Trastorns de símptomes somàtics

i trastorns relacionats en particular. García-Campayo al 1999 ja indicava la detecció de dificultats per part dels professionals de canviar les seves actituds negatives vers els pacients^[32] i, Pintor al 1997, també indicà dificultats en mantenir una actitud sense prejudicis i amb coneixements bàsics de relació terapèutica.^[20] Per altra banda, Lind al 2014, indica la dificultat de reconeixement de la simptomatologia com a real en aquests pacients de manera que es tendeix a culpar als individus de la seva situació.^[33] Alguns estudis indiquen la tendència de la disciplina mèdica actual a la curació com a objectiu; de manera que es resta importància a l'acompanyament del pacient en els processos de patiment. Aquesta situació és relacionada en la literatura científica amb els sentiments de frustració descrits anteriorment.^{[9][30][36]}

Les emocions negatives descrites condueixen a un gran ventall de noms emprats pels professionals de la salut per referir-se als pacients amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtic i trastorns relacionats. En la literatura podem trobar expressions com: somatitzadors, doctor-shopping, hiperfreqüentadors, policonsultadors, pacients impopulars, pacients difícils, pacients demandants, poc col·laboradors, que realitzen peregrinacions mèdiques, etc. Múltiples són, també, les explicacions del perquè a aquestes expressions: dificultat en el maneig, elevada freqüència de visites, elevada prevalença a AP sense coneixements d'intervencions eficaces, generen elevats costos sanitaris a la població general, generen esgotament als professionals, en el moment que s'indica una etiologia psicològica els pacients canvien de professional, etc.^{[5][6][21][32][34][36][37][38]}

Tal i com indiquen López Herrero al 1997 i, Iglesias Serrano al 2000; aquestes expressions no denoten altra cosa que rebuig per part dels professionals a abordar aquests pacients. En altres patologies no succeeix aquest fenomen, sinó que s'indica que un pacient "té" determinada malaltia o s'empra la terminació "ic" (per exemple, diabètic, esquizofrènic), sense emprar expressions que puguin denotar culpa de la situació viscuda.^{[19][37]}

Alguns articles indiquen que, degut al complex abordatge d'aquests pacients, els professionals de la salut, en particular els MAPs, tendeixen a realitzar intervencions i accions, les quals no solen ser fructíferes, però que els ajuda a "sortir del pas". Les "solucions" adoptades pel professionals més freqüents són les següents: realitzar múltiples PCs (sovint innecessàries), invalidar el "rol de malalt", realitzar diagnòstics ambigus, prescriure tractaments innecessaris i, derivar a altres professionals de forma innecessària.^{[3][11][32][35][41]}

A més, alguns estudis exposen el rebuig dels MAPs a responsabilitzar-se d'intervencions en l'abordatge d'aquests pacients, les quals són de la seva competència. García-Campayo, al 1999, 2003 i 2005, indica aquesta negativa tot i que s'ofereixi formació als MAPs i les intervencions a realitzar siguin de poca complexitat. Aquesta situació pot esdevenir molt negativa pels pacients ja que impedeix rebre un tractament i abordatge adequat. En el seu estudi del 2003, en el qual es presenten dades d'una mostra representativa de MAPs de la ciutat de Zaragoza, s'indicaren les següents dades pel que fa el rebuig a determinades funcions: 50% dels MAPs rebutjaren com a competència la detecció dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, 53% rebutjaren prescriure'ls-hi psicofàrmacs, 70% oferir consell o enfocament psicològic tot i tenir formació, 53% evitar reforçar conductes desadaptatives, 12% actuar com a filtre selectiu per a les derivacions, 23% actuar com a figures principals en el cuidar d'aquests pacients.^{[30][31][38]}

Altres autors corroboren aquestes dades; Latorre i col·laboradors, al 2000, indicaren una escassa utilització de la psicoteràpia per part dels MAPs en aquests pacients enfront a un major ús de psicofàrmacs.^{[20][34]} Pintor i companys, al 1997, ja indicava una tendència a la medicalització i psiquiatriització, en detriment d'un abordatge des d'AP.^[20] Tota aquesta informació presentada convida a pensar, tal i com apuntava Latorre al 2000, que molts professionals, sobretot MAPs, prefereixen l'abordatge de problemes físics en les seves consultes que no pas problemàtiques psicosocials, ja que aquestes últimes requereixen un major esforç i dedicació per part dels professionals.^[34]

Per altra banda, Sanz-Carrillo indicava al 1999 que els professionals mèdics amb experiència en l'abordatge d'aquests pacients consideren que poden ser usuaris relativament agraïts quan es coneixen els mecanismes subconscients de les seves conductes i les expectatives dels professionals pel que fa al maneig són realistes.^[36] Malgrat això, la situació general és ben diferent podent detectar en la literatura científica conductes estigmatitzants per part dels professionals salut que es tradueixen en accions desfavorables pel que fa a una atenció i abordatge de qualitat; sent alguns dels exemples més clars el fet d'invalidar els símptomes i el "rol de malalt", culpar al pacients de la seva situació i rebutjar dur a terme certes intervencions de competència professional.

La difícil relació que se'n deriva:

La informació presentada pel que respecta a les emocions negatives i al rebuig de responsabilitzar-se de determinades funcions per part dels MAPs, són de gran preocupació. Com indicà Fernández Cambor al 1998, són els professionals mèdics d'AP qui disposen d'una posició privilegiada en el sistema sanitari per establir una relació professional-pacient continuada i qui pot i ha de fer comprendre de forma assertiva al pacient el seu estat real. Aquesta afirmació és corroborada en altres articles posteriors, en els quals s'exposa la acceptació àmplia que AP és el servei més idoni per a l'abordatge d'aquests pacients degut que és el nivell assistencial en el qual s'adopta una perspectiva humanista i una visió més holística de la salut humana. A més, la funció de filtre a serveis especialitzats i PCs dota als MAPs d'un paper important davant la reducció de costos sanitaris i iatrogènies.^{[3][11][21][30][31][38][41][42]}

Malgrat això, múltiples són els estudis que descriuen aquesta relació professional-pacient com: pobre, deteriorada, conflictiva, difícil, insatisfactòria, inestable; marcada per la desconfiança i l'hostilitat.^{[5][6][11][19][30][32][33][35]} A banda de les explicacions ja presentades per a aquesta situació, Ortega Maté al 1998 també exposà com a causa la percepció de fracàs dels pacients davant dels recursos terapèutics i de les derivacions a altres professionals que són enteses com una evitació a les seves consultes.^[35]

Tal i com indica Sanz-Carrillo al 1999, aquests pacients no són "difícils per se", sinó que cal conèixer les expectatives i reaccions tant dels pacients com dels professionals amb l'objectiu de millorar la relació professional-pacient. Això fomentarà una millor comprensió del trastorn per part del pacient i millora en el maneig de la simptomatologia com també indica Lind al 2014.^{[19][36]} A més, de fomentar la disminució del patiment del pacient, la frustració dels professionals i realitzar un pas endavant en l'acceptació de simptomatologia d'etiologia psicològica per part del pacient, com indica Rodríguez López al 2005, ja que cal recordar que aquests sovint neguen les causes psicològiques tot i estar present simptomatologia ansiosa i/o depressiva evident.^[41] Per aconseguir aquest objectiu, Cortés i Duran al 2000 i Granel al 2006, indicaven que cal evitar "desafiar" als pacients amb frases com "vostè no té res", "vostè està més sa que jo" que només condueixen al deteriorament de la relació.^{[3][9]}

Per poder millorar aquesta relació es considera adient presentar les dades exposades per Sanz-Carrillo i els seus col·laboradors al 1999, aquests plantejaren 3 tipus principals de relació inadequades que es poden establir entre MAPs i pacients amb SFSEM, inclosos els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. La

primera d'aquestes relacions es basa en emocions d'ira i agressivitat. El professional experimenta frustració amb sentiments de culpa ja que les intervencions resulten inefectives; i posteriorment, aquests sentiments esdevenen ira degut a considerar que el pacient no es vol curar i que l'individu és el responsable de la seva situació. Així doncs, el professional adopta conductes agressives produint el mateix comportament en el pacient.^[36]

En aquest cas, les principals causes de que els pacients experimentin sentiments d'ira vers el professional són: no reconeix la simptomatologia com a real i el seu "rol de malalt" i, imposició d'un diagnòstic mental (que associa a simptomatologia imaginària o a no col·laboració). El pacient respon amb expressions d'ira com: oposicionisme actiu (no respecta tractament i visites), oposicionisme passiu-agressiu (modificant el tractament o no seguint les recomanacions per excuses "justificades"), atacs al sistema sanitari (es queixa de l'atenció rebuda o demana canvi de professional) i, atacs al professional (critica les seves competències, dubta del seu interès o realitza demandes judicials). Normalment aquest tipus de relació es trenca i el pacient busca un altre professional, amb el qual sovint s'estableix la mateixa.^[36]

La segona de les relacions descrites es basa en la busca d'afecte i de reconeixement del "rol de malalt" per part del pacient a través de l'expressió dels símptomes somàtics. En aquests casos, els pacients poden mostrar-se excessivament agraïts amb els professionals quan els MAPs dediquen el temps suficient pel seu abordatge (alabant-los directament, inclús ressaltant aspectes físics o altres característiques que no tenen relació amb l'abordatge terapèutic). L'objectiu inconscient dels pacients que estableixen aquest tipus de relació no és la curació, ja que si s'esdevingués implicaria una pèrdua emocional per l'abandonament del professional i caldria adoptar nous mecanismes d'afrontament no relacionats amb la malaltia com ha fet fins al moment.^[36]

L'últim tipus de relació inadequada presentada es basa en l'ambivalència afectiva. En aquests casos el pacient idealitza als professionals mèdics, considerant-los personatges poderosos i incrementant la simptomatologia en busca d'afecte; però, a la vegada, els consideren autoritaris i amb falta d'interès. Les crítiques d'aquests pacients solen ser certes (per exemple, "Mai veus dues vegades el mateix metge i, quan el veus et diu que tot està bé i que tornis a repetir la prova que ja et van fer"); però adopten conductes contradictòries com parlar contínuament dels metges i de la seva patologia tot i tenir experiències negatives amb aquests. Això succeeix ja que la relació que s'estableix amb els professionals és la única manera de que es reconegui el "rol de malalt". A causa d'aquesta ambivalència, el pacient tendeix a "castigar" als

professionals amb expressions d'ira; el que molesta als MAPs en aquests casos és el to d'ira amb que s'expressen les crítiques i, en conseqüència, es mostren freds i distants com a mecanisme de defensa.^[36]

Un dels principals punts de conflicte entre professionals i pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats és la petició de PCs. Com ja hem comentat alguns professionals demanen repetidament PCs com a mecanisme de defensa quan no troben una etiologia orgànica que justifiqui els símptomes. A la vegada, aquests pacients solen fer aquestes demandes, tot i haver realitzat PCs anteriorment i resultar negatives ja que no accepten explicacions d'etiologia psicosocial. García-Campayo i els seus col·laboradors al 2003 realitzaren 37 entrevistes individuals i en grups focals a pacients amb SFSEM per determinar els principals motius d'aquestes peticions per part dels pacients.^[43]

D'aquest estudi se'n derivaren 4 models explicatius principals i un cinquè grup, en el qual no es va poder establir una explicació concreta. El primer grup es definí com pacients que tendeixen a confiar en els professionals mèdics que exposen explicacions d'etiologia orgànica. Aquests mantenen una actitud de confiança vers els metges i PCs emprades per complementar el diagnòstic mèdic, el problema esdevé quan el professional, després de descartar una causa orgànica, planteja una etiologia psicològica. Aquest grup de pacients no està preparat per aquest tipus d'explicacions, per tant, demanden més PCs i exàmens.^[43]

El segon grup està relacionat amb pacients marcats amb experiències mèdiques negatives reals o percebudes, com que la confiança amb el professional està deteriorada la transfereixen a les diverses PCs d'alta tecnologia (TAC, PET, SPECT, etc). En aquests casos, les explicacions d'etiologia psicològica només són acceptables si totes les proves són negatives, no només com a conseqüència de l'entrevista mèdica ja que desconfien dels seus coneixements.^[43]

En el tercer model explicatiu trobem els pacients cercadors de seguretat, aquests solen presentar trets de personalitat hipocondríaca o presenten diagnòstic de Trastorn d'ansietat per malaltia. Confien de la mateixa manera en professionals que en les PCs però necessiten freqüentment reafirmacions de les troballes i del diagnòstic per sentir-se segurs. Així doncs, les explicacions d'etiologia psicològica són acceptades, però al cap d'un temps necessiten una reafirmació.^[43]

Finalment, trobem el grup definit com cercadors de tecnologia, aquests presenten més confiança en la tecnologia mèdica que en els propis metges però no perquè hagin viscut experiències negatives amb els professionals. Generalment són

persones joves amb nivell educatiu elevat, interessats en llegir literatura mèdica, sobretot d'Internet, i actius en temes de salut. Actuen “posant a prova” els professionals ja que esperen que el metge confirmi les seves hipòtesis prèvies sobre la seva situació. Així doncs, la petició de PCs ve motivada per les discrepàncies entre la informació prèvia obtinguda i les explicacions donades pels professionals.^[43]

Després de la realització d'aquest estudi García-Campayo determinà que el fet de demanar PCs i realitzar derivacions, esdevé una fenomen complex degut a les característiques personals de cada pacient i a les experiències prèvies amb professionals i malalties. Malgrat això, s'evidencià que la petició o no de PCs no és un tabú pels pacients, aquests estan preparats per debatre aquesta qüestió amb els seus professionals, tot i que alguns pacients estan convençuts d'un gran corporativisme mèdic. El coneixement d'aquests models explicatius per part dels professionals, els quals solen ser estables i predictibles, podria permetre un abordatge específic que millorés la qualitat de l'assistència.^[43] En aquest sentit, la pregunta que caldria fer-nos, és si els professionals de la salut estan disposats a comentar aquests aspectes amb els pacients.

Finalment, es cita a Pintor en el seu estudi de 1997 el qual indicà: *L'atenció a aquests pacients no hauria de ser diferent a altres amb patologies orgàniques, sense perdre de vista que l'objectiu dels professionals ha de ser ajudar-lo en el maneig de la seva simptomatologia*. I, tal i com s'ha evidenciat en la diferent literatura analitzada, cal que els professionals de la salut disposin de coneixement en habilitats psicològiques per tal de aconseguir un abordatge de qualitat.^[20]

6.3-Anàlisi de l'abordatge holístic dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats

La majoria dels articles analitzats, un 76%, fan referència a la perspectiva holística en l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. D'aquests, la majoria coincideixen en indicar que l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats ha d'estar encaminat a dotar al pacient i al seu entorn proper d'un seguiment continuat en el qual es proporcionin estratègies eficaces que permetin desenvolupar una vida el més normalitzada possible, fomentant la comprensió dels símptomes i la participació activa i, establint una relació professional de la salut-pacient satisfactòria per ambdues parts. Aquests objectius en el maneig cal que, a la vegada, evitin que la simptomatologia

esdevingui invalidant i, també, tractaments, Pcs i derivacions innecessàries, els quals puguin comportar iatrogènies.^{[3][6][9][11][19][20][21][30][31][32][33][35][36][37][38][42]}

Així doncs, aquestes són les bases per tal d'aconseguir un abordatge en el qual es tinguin en compte totes les esferes del pacient, és a dir, tenint en compte tots els aspectes biopsicosocials.^{[3][11][19][42]} Diferents autors indiquen com a instruments terapèutics fonamentals per tal d'aconseguir una atenció de qualitat: la relació terapèutica i l'entrevista clínica.^{[3][11][37]}

El primer que cal realitzar per a un adequat abordatge és una anamnesis i exploració física acurada per tal de descartar patologies orgàniques, altres trastorns mentals (sobretot pel que fa a trastorns d'ansietat i depressius) i toxicitat que cursin amb simptomatologia inespecífica. Per tant, es realitzaran les PCs que es considerin oportunes per a tal fi. En les primeres visites, igual que en tots els canvis de simptomatologia, cal que el MAP realitzi l'exploració física de totes les zones afectades, tot i estar convençut, per les PCs negatives i els símptomes expressats, de que la malaltia no és orgànica. A més, cal deixar que el pacient expressi de forma detallada la simptomatologia, però estant alerta de qualsevol indicatiu de malestar psicosocial que es pugui mostrar en el discurs verbal o no verbal.^{[3][9][11][19][20][30][32][33][37][38][42]}

Alguns autors indiquen com a factors de sospita i/o d'ajuda en la detecció del trastorn algunes situacions concretes com revisar la història de visites i tractaments infructuosos dels pacients, ja que en els pacients amb Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats sol ser molt alt i, per altra banda, la detecció de sentiments de frustració generats en els professionals de salut.^{[9][11][21]}

A banda d'aquests factors, els quals poden resultar controvertits per la manca d'objectivitat, com ja s'ha comentat, els principals manuals diagnòstics en els quals es poden consultar els criteris diagnòstics d'aquests trastorns són la CIE-10 i el DSM-V, sent aquest últim el més actual. A més, diferents autors han presentat escales de detecció i diferents categoritzacions per detectar aquests trastorns. En el present estudi no s'exposarà en profunditat la seva detecció com a tal ja que determinar el diagnòstic recau en la responsabilitat exclusiva dels professionals mèdics. A més, el que es pretén en aquest treball és presentar les bases i recomanacions d'un abordatge holístic global que pugui ser dut a terme pels diferents professionals de la salut, en particular pels professionals de la disciplina infermera, en els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en concret i els pacients amb SFSEM en general.

Alguns autors indiquen que en certs casos és oportú establir un diagnòstic segons la terminologia psiquiàtrica però en altres pot ser més encertat establir un quadre clínic. Això és degut a que la forma en que es diagnostica o etiqueta al pacient influeix en el seu comportament, així doncs, si s'aplica una concepció exclusivament biomèdica es fomenten els mecanismes de formació de símptomes i la rigidesa de les manifestacions. Com indica Granel al 2006, la funció del diagnòstic ha de ser una estratègia per tal d'ajudar a entendre al pacient què li succeeix i que el seu patiment és reconegut. A més, també indica, degut a l'elevada freqüència dels SFSEM, que és erroni centrar-se exclusivament en descartar primer l'etiologia orgànica per tractar posteriorment els aspectes psicològics, podent realitzar ambdós processos de forma simultània en aquests casos.^{[3][11]}

En les primeres consultes és de vital importància transmetre sentiments de tranquil·litat i seguretat al pacient. Per tal d'aconseguir-ho és fonamental escoltar atentament i de forma empàtica la simptomatologia expressada pel pacient, transmetre que es reconeix el seu patiment i que s'està estudiant el seu cas. Aquestes actuacions, a més, fomenten una relació professional-pacient satisfactòria i de confiança.^{[3][9][11][19][20][30][32][37][42]} La complexitat de l'abordatge d'aquests trastorns i el temps que es requereix en les consultes per tal de realitzar una entrevista clínica acurada pot obligar a realitzar l'anamnesi en diferents dies, això no ha de ser viscut com quelcom negatiu pels professionals, com sovint succeeix, ja que permet veure al pacient en diferents moments, observar els diversos estats d'ànim i la presència o no de canvis en la simptomatologia.^[37]

El camí fins al diagnòstic, si és que aquest finalment es determina, sol ser llarg i complex. En aquest camí, la petició de PCs tant per part del professional com dels pacients sol ser controvertit, com ja s'ha comentat anteriorment. En aquest sentit, cal tenir en compte que és el MAP qui ha de donar a conèixer els resultats de forma inequívoca, però sempre reconeixent el patiment i malestar expressat pel pacient de forma empàtica. Diferents autors coincideixen en afirmar que, després de la primera exploració física exhaustiva, la petició de PCs per part dels MAPs s'ha de realitzar tenint en compte més els signes que no pas els símptomes ja que aquests solen estar augmentats en els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^{[3][11][20][21][30][32][42]}

Diferents autors indiquen que no s'han de realitzar PCs amb l'únic objectiu de tranquil·litzar momentàniament el pacient i disminuir l'angoixa del MAP davant la por de no diagnosticar una patologia orgànica. En el cas que es realitzin noves PCs per tal de negociar amb el pacient i família i evidenciar que no s'estan escatimant recursos

està indicat explicar que es realitzen per tal de tranquil·litzar-los i reafirmar les sospites que ja es tenen, és a dir, el professional no espera troballes noves.^{[3][11]}

A més, cal tenir en consideració que aquests pacients tenen la mateixa probabilitat de patir malalties orgàniques que la resta de la població així que si s'esdevenen canvis en la simptomatologia no es pot obviar aquest fet. Per tant, si les queixes expressades són raonables serà oportú realitzar noves PCs sense caure en prejudicis.^{[3][11][20][21][30][32][42]} En definitiva, les explicacions s'han de basar en la incapacitat funcional experimentada pel pacient, ja que donar un diagnòstic orgànic no curarà al pacient, l'important és com la simptomatologia afecta a la vida dels pacients i com aquests ho afronten.^{[9][20][21][30][32][36][37][42]}

Un cop realitzada l'anamnesi i exploració física en profunditat, cal que el MAP comuniqui al pacient en què consisteix el trastorn o el procés de salut-malaltia que està vivint de forma que es senti comprès, és a dir, sense culpar-lo de la seva situació. A continuació s'exposen les possibles explicacions que es recullen en els diferents articles. Cal explicar que pateix una malaltia en la qual s'experimenten símptomes inespecífics que afortunadament no són greus, és a dir, no hi ha risc de mort, i en la qual les situacions estressants i els aspectes psicosocials juguen un paper clau en l'aparició i/o exacerbació de la simptomatologia. Per tant, pot haver o no una afectació orgànica, però el que és cert és que un bon maneig de les situacions estressants pot reduir els símptomes, és a dir, els components orgànics i psicològics no són excloents.^{[3][9][11][20][21][30][32][33][36][37][38][42]}

Es pot indicar que la malaltia involucra al sistema nerviós autònom que innerva la major part del cos i per això afecta diferents òrgans, així doncs, tot i que aquests estiguin sans pot aparèixer dolor i altres símptomes; a més, el llinar de dolor sol estar disminuït. És adequat donar èmfasi en que es tracta d'una situació prou freqüent, és a dir, expressar que hi ha altres persones que els hi passa el mateix per tal de que el pacient no es senti tant "sol" o "estrany".^{[9][20][21][30][32][36][37][42]} Aquestes explicacions que inicialment donarà el MAP, ja que és la primera porta d'entrada al sistema de salut, també haurien de ser adoptades per altres professionals, com els professionals d'Infermeria d'AP, per tal de fomentar el continu assistencial.^[38]

Cal reconèixer la realitat dels símptomes i que la situació viscuda es tracta d'una malaltia, tot i que la Medicina actual no estigui el suficientment preparada per tractar-la. És fonamental que els professionals de la salut no creïn falses expectatives curació ja que, com ja s'ha exposat, es tracta d'un trastorn crònic en el qual l'objectiu és la millora de la qualitat de vida evitant que la simptomatologia es converteixi en

invalidant; però posant èmfasi en que és una situació controlable i millorable sobretot si es té en compte l'estrès i altres components psicosocials. Aquestes explicacions s'han de presentar amb tacte, sense pressa, amb tarannà negociador, sent coherents, sincers i intentant harmonitzar les diferents informacions que ha rebut el pacient de diversos professionals. Tot això contribuirà a una millor relació professional pacient i al foment de l'adherència i col·laboració en les visites posteriors i de les intervencions i tractaments que es proposin.^{[3][5][9][11][20][21][30][32][36][37][38][42]}

Diferents autors indiquen la importància en conèixer la opinió del pacient i de la seva família pel que respecta a la malaltia: què creu que li passa, quins tractaments creu que podrien ser eficaços, etc.^{[9][20][21][30][32][36][37][42]} Això és de gran rellevància ja que el següent punt clau en l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats és fer entendre l'etiologia biopsicosocial del trastorn. Per tal d'aconseguir-ho cal detectar i abordar els factors emocionals que intervenen en la simptomatologia, avaluant les estratègies d'afrontament adoptades pels pacients i com estableixen el maneig dels factors psicosocials implicats.^{[3][11][19][21][30][32][37][38][42]}

Així doncs, cal demanar en les consultes que el pacient enumeri les situacions vitals de vulnerabilitat que poden estar relacionades tant amb malestar físic com mental: pèrdues personals, pèrdues de coses, conflictes interpersonals, canvis en el desenvolupament i de rol, inadaptació personal, canvis geogràfics, estrès, aïllament social, etc. La informació aportada pels professionals respecta la relació entre les situacions estressants i la simptomatologia s'ha de realitzar sense marcar causalitat per dos motius principals: aquesta causalitat no ha pogut ser confirmada en la literatura científica i, per altra banda, degut a que els pacients estan sensibilitzats a aquestes explicacions etiològiques pels prejudicis que comporten. Per tant, marcar aquesta causalitat pot deteriorar la relació terapèutica i provocar comportaments d'hostilitat i fugida a altres professionals.^{[19][21][30][32][37][42]}

Per tal d'entendre les expectatives dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats i poder-los ajudar en el seu procés de salut-malaltia és d'importància comprendre els aspectes psicològics de la seva personalitat. Això és degut a que la majoria d'aquests pacients presenten poca capacitat d'introspecció, baixa autoestima, desconfiança en si mateixos degut a la situació viscuda i han après estratègies d'afrontament desadaptades, sovint centrades en la simptomatologia. Tampoc és infreqüent una història de vida amb carències afectives i a l'àmplia majoria els resulta difícil reconèixer les sensacions corporals i sentiments propis.^{[3][11][30][32][33][36][37]}

Com indica Lind i els seus col·laboradors al 2014, els pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats són vulnerables a estressors, presentant dificultats per adoptar estratègies d'afrontament eficaces davant d'aquests.^[33] Rasmussen al 2010 concretava més respecte aquestes estratègies d'afrontament, definint-les com centrades en les emocions, les quals es relacionen amb nivells baixos de resultats adaptatius positius.^[44] Per aquests motius, els pacients necessiten suport tant del seu entorn social i familiar com dels professionals de la salut. El reconeixement social pel que fa a l'estatus de malalt és crucial per millorar: autoconfiança, autoestima, autorespecte i disminució de la simptomatologia i de l'estrès; fet també comentat per altres autors.^{[3][11][33]}

Tant en els pacients que presenten SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats com en aquells que presenten dolor crònic, símptoma més freqüent dels anomenats trastorns, s'evidencien certes disfuncions importants de la vida diària. Així doncs, són freqüents les situacions de desocupació, discapacitat, problemes familiars i socials, inclús situacions d'aïllament, sobretot quan els pacients adopten un rol dependent i les seves relacions es basen en el cuidar; a més del malestar emocional i físic que experimenten.^{[3][9][11][21][33][35]}

D'aquí també se'n deriva la importància d'un dels principals objectius de l'abordatge d'aquests pacients, dotar-los a ells i al seu entorn proper d'estratègies d'afrontament adaptades i efectives.^{[6][30][33][38]} Com indica Lind al 2014, per aconseguir aquestes estratègies d'afrontament adaptades les intervencions haurien d'estar encaminades al foment de l'expressió i identificació de sensacions corporals i sentiments propis i, a estratègies de relaxació pel maneig de l'estrès.^[33] Per tal d'aconseguir-ho es pot partir d'un símptoma important expressat pel pacient i explorar les situacions vitals que n'envolten la seva aparició i manteniment. En aquest sentit són molt importants les actituds dels professionals i desenvolupar una actitud empàtica, sent conscients dels propis prejudicis. Cal tenir en consideració que les conductes dels pacients no estan motivades per guanys secundaris, sinó per estratègies d'afrontament desadaptades i ineficaces, ja que tot i que en alguns casos pugui haver guanys secundaris aquests no milloren en cap cas la clínica.^{[20][32][36][37][38]}

Els professionals no han de tenir por d'abordar els aspectes psicosocials, com s'ha comentat en apartats anteriors, ja que un dels objectius principals del maneig és que els pacients aprenguin a no utilitzar la malaltia com a estratègia d'afrontament i n'adoptin d'adaptades. En el cas que el professional no es vegi preparat per a tal es pot comentar el cas amb altres professionals per consensuar l'abordatge o realitzar derivacions o interconsultes amb SM. A més, aconseguir que el pacient parli

d'aquestes problemàtiques ha de ser entès com un gran avanç tot i no tenir clar com abordar-ho, podent ser suficient mostrar una actitud empàtica.^{[20][36]}

Diferents autors indiquen que les derivacions a SM només s'haurien de realitzar en els casos de concomitància amb altres trastorns mentals o idees autolítiques, intentant que sigui el nivell d'AP on es realitzi l'abordatge d'aquests pacients. En la resta dels casos, es recomana més l'ús de les interconsultes que no pas les derivacions com tal. En aquest sentit, una bona coordinació i comunicació entre els diferents professionals, informant per escrit de les característiques del pacient i de l'interès en col·laborar en el tractament, millora la continuïtat assistencial i, per tant, fomenta una assistència de qualitat. García-Campayo i col·laboradors al 2005 indiquen reducció dels costos sanitaris i millora de la simptomatologia física del pacient amb l'ús de cartes d'interconsulta per part dels professionals en 3 estudis diferents. Els pacients es poden mostrar reticents a aquestes interconsultes i derivacions, una bona manera de solventar-ho és plantejar-les com consultes puntuals per tal de descartar factors ambientals influents o com a suggeriments terapèutics.^{[3][20][21][30][31][34][42]}

Hoedeman i els seus col·laboradors al 2010, realitzaren un metanàlisi de 6 articles publicats els quals incloïen 499 pacients amb SFSEM abordats des d'AP en els quals s'emprà cartes d'interconsulta entre Psiquiatria i AP. L'estudi determinà que, tot i haver-se observat resultats positius, hi ha proves de qualitat moderada de que les cartes d'interconsulta siguin efectives pel que respecta als costos mèdics i a la millora del funcionament físic pels pacients amb SFSEM a AP. A més, també hi ha proves de qualitat moderada de que una consulta conjunta del pacient amb Psiquiatria en presència de MAP junt amb una carta d'interconsulta redueixi la gravetat dels SFSEM i l'ús de serveis sanitaris. En definitiva, les cartes de consulta poden ser útils pel maneig dels pacients amb SFSEM però calen estudis addicionals.^[5]

D'aquests 6 estudis, tots excepte un foren realitzats a Estats Units i, per tant, els resultats no poden generalitzar-se directament a altres països amb diferents sistemes sanitaris. A més, tots els estudis foren amb mostres reduïdes i de qualitat moderada. L'estudi també indicà que la resta de professionals de la salut, no MAPs, han de ser curosos respecte les derivacions i primer cal que es comuniquin amb el MAP.^[5]

Com es pot deduir de la informació presentada pel que fa a l'abordatge d'aquests pacients, establir una relació terapèutica eficaç i basada en la confiança és fonamental i no pot ser substituït per altres intervencions. Recordar la disposició del professional de rebre a consulta al pacient i família, expressant que s'està disposat a

ajudar-los és el següent pas per mantenir-la. Diversos articles analitzats indiquen que el seguiment cal que es realitzi de forma freqüent, indicant una mitja d'una consulta al mes, per tal de que el pacient es senti atès i acompanyat en el seu procés.^{[3][5][9][11][20][21][30][32][38][42]}

Aquestes consultes cal que s'estableixin sense necessitat de que el pacient presenti nova simptomatologia a cada visita. La qüestió no és realitzar consultes de llarga durada que sovint no són compatibles amb la realitat assistencial, sinó establir visites freqüents com a forma de seguiment de la situació viscuda pel pacient. A la vegada, aquesta continuïtat en l'assistència fomentarà que progressivament el pacient estigui més predisposat a abordar problemàtiques psicosocials.^{[20][21][30][32][33][38][42]}

En el seguiment cal deixar que el pacient expressi els seus símptomes però de forma limitada en el temps, és a dir, no centrar tota la visita en la simptomatologia per poder passar a tractar aspectes relacionats amb les activitats quotidianes i qüestions psicosocials relacionades amb les queixes. Per tant, és necessari deslocalitzar els símptomes de l'atenció rebuda. Per aconseguir aquestes metes cal recordar la importància de centrar en professionals referents el seguiment d'aquests pacients i, a la vegada, dissuadir als usuaris de visitar a múltiples professionals si no és sota la derivació d'aquests referents.^{[3][5][11][20][21][30][32][33][38][42]}

Aconseguir que els pacients no centrin les visites en la narració exclusiva de la simptomatologia i en la petició de PCs o de visites a especialistes no és quelcom senzill. Per aquest motiu, serà necessari imposar límits estrictes a les demandes excessives i cerca d'atenció quan sigui necessari, explicant al pacient que escoltarem les seves queixes durant un temps determinat però que posteriorment s'abordaran altres aspectes d'interès per a la millora de la seva situació. Com s'ha comentat, l'atenció ha d'estar més enfocada a nivell funcional, és a dir, a les repercussions que tenen els símptomes en la vida diària, més que ens els símptomes en concret. Això és pot aconseguir mitjançant preguntes com: "Com afecta la malaltia a vostè i a la seva família?" Aquesta manera d'establir el seguiment també fomentarà de forma progressiva que el pacient compregui l'etiologia biopsicosocial del trastorn.^{[19][38][42]}

En diversos articles analitzats es destaca com a punt important l'abordatge conjunt del pacient i el seu entorn proper, en el qual té un paper clau la família, per tal d'aconseguir un abordatge holístic i integral. Malgrat això, només 4 dels articles analitzats aborden intervencions específiques pel que fa a l'abordatge familiar. La situació dels pacients repercuteix en tot l'entorn, sobretot en la família directa (parella i

fills) degut a que les conductes d'un dels membres de la família solen afectar sobre les dels altres i a la inversa.^{[6][21][32][38]}

Les principals disfuncions en les dinàmiques familiars experimentades en els pacients amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats es comenten a continuació. Pel que respecta a la relació amb la parella, la comunicació sol estar deteriorada degut a interrupcions del projecte vital com a conseqüència de la simptomatologia del pacient i sol haver desequilibri en les responsabilitats ja que la parella sana sol haver d'incrementar les seves obligacions. Aquesta situació pot comportar sentiments d'ira en la parella sana que posteriorment es converteixen en culpa per haver tingut pensaments negatius vers l'altre. A més, la literatura científica indica que el desajust sexual és un símptoma freqüent en aquests pacients, tot i que en les entrevistes clíniques sigui un problema que es tendeixi a minimitzar.^[38]

Pel que fa a la relació amb els fills, aquests solen assumir funcions i responsabilitats majors a les que s'espera per la seva edat. Sovint aquests esforços no es veuen reconeguts per la situació de malaltia del pare o mare i el fill pot adoptar dues postures davant la situació: culpar al pare malalt i desinteressar-se d'ell o desenvolupar un trastorn similar com a estratègia d'afrontament adquirida.^[38]

L'abordatge terapèutic ha d'estar encaminat a evitar i/o reconduir aquestes problemàtiques en la dinàmica familiar tot oferint suport i estratègies efectives. Les principals intervencions són informar a la família de les característiques del trastorn, explicar i donar exemple en les consultes (les quals és molt aconsellable que es realitzin de forma conjunta amb el pacient i família) de que les queixes i demandes del pacient no han de marcar les formes de relació i comunicació familiar, treballar en l'expressió dels sentiments de culpa i ira que hagin pogut sorgir davant la situació, oferir estratègies de reeducació de l'estrès concretes i oferir suport en els moments de crisi. Aquestes intervencions, tal i com indica Sanz-Carillo al 1998 no són exclusives dels MAPs podent ser desenvolupades per diferents professionals de la salut.^{[21][32][38]}

No s'ha de culpar a cap membre de la família, ni al pacient ni a cap familiar; el trastorn cal que sigui enfocat com un enemic comú, del pacient, dels seus familiars i dels professionals. En l'abordatge cal adoptar un model psicoeducatiu en el qual la família esdevingui un col·laborador essencial del procés. S'ha d'educar a la família en el fet, comentat anteriorment, de limitar les queixes i demandes del pacient. Igual com es realitza a les consultes, la família ha d'escollir de forma empàtica les queixes del pacient, però de forma limitada en el temps per evitar precisament que la malaltia es converteixi en el centre de la comunicació familiar. Cal establir límits temporals, per

exemple dedicar espais de temps concrets (mitja hora) on la família escolta amb atenció al pacient sobre els símptomes; durant la resta del temps cal rebutjar aquestes conversacions de forma amistosa però ferma. També és oportú no parlar amb la parella dels símptomes en moments íntims ja que les relacions sexuals, com ja s'ha comentat, són un dels aspectes més freqüentment alterats.^{[21][38]}

A la vegada, cal explicar a la família, igual que s'explica al pacient, que no és oportú acudir repetidament al metge a causa de la simptomatologia, demanar diverses PCs i prendre medicació no prescrita per alleujar els símptomes, sinó que la clau de l'abordatge és realitzar un bon seguiment acudint a les visites concertades i prendre la medicació prescrita acordada. Cal reforçar a la família el fet de no sentir-se culpables de limitar aquestes demandes del pacient ja que són actuacions beneficioses per la millora de la situació, eviten estar contínuament centrats en els símptomes i s'eviten iatrogènies, les quals són les principals complicacions d'aquest trastorn.^{[21][38]}

Tal i com indiquen Sanz-Carrillo i els seus col·laboradors al 1998, és oportú fomentar la participació de la família en l'abordatge dels aspectes psicosocials, per tal d'aconseguir-ho es poden plantejar preguntes com: "Què pensen que va causar la malaltia?, Què creuen que milloraria el problema?, Existeix alguna emoció que millori o empitjori els símptomes?, La situació seria la mateixa si la mateixa malaltia hagués afectat a un altre membre de la família? A quina persona de la família és a qui afecta més la malaltia?, Com respon cada membre de la família davant les expressions de simptomatologia del pacient? Com tracta cadascú de resoldre el problema?, A què ha tingut que renunciar la família per la malaltia?, Com hauria estat la vida de cadascú de vosaltres si això no hagués passat?" Aquest tipus de preguntes permeten valorar i abordar dificultats de comunicació i d'expressió d'afecte, problemàtiques sexuals, utilització del símptoma per a obtenir guanys, etc.^[38]

Sanz-Carrillo també indica la necessitat de plantejar derivacions o interconsultes amb SM en el cas de que fills dels pacients presentin SFSEM o símptomes de malestar psicològic. Això és degut al elevat risc de desenvolupar el mateix trastorn que els seus pares d'adults. Els pares no solen presentar gran oposició en aquesta situació si es posa èmfasi en els símptomes secundaris a la situació d'estrès viscuda per la família a causa del trastorn.^[38]

En les diferents visites de seguiment cal que s'avaluïn els progressos i metes aconseguides pel pacient.^{[3][11][35][42]} Això contribuirà a la millora de la seva auto-confiança i autoestima, ajudant-lo a presentar una actitud participativa i d'autoresponsabilitat de la millora de la seva situació. Com indicava Fernández

Camblor al 1998, en els pacients amb predomini de dolor en la seva simptomatologia la resistència que oposi el propi individu a que aquest símptoma es converteixi en un factors invalidant en les activitats de la vida diària, com el fet de que es mantingui actiu, ajuda en gran mesura a una millora de la seva qualitat de vida.^[21] Per tal de millorar també l'autoconfiança, autoresponsabilitat i autoestima és adient que la supervisió de les diferents intervencions i tractaments es disminueixin de forma gradual, és a dir, adoptant més control en un inici d'aquestes i a poc a poc marcar més espai de temps en les següents visites.^[42]

A continuació es comenten certs esquemes assistencials concrets presentats en alguns dels articles analitzats, aquests models es basen en l'abordatge holístic i integral exposat en el present treball. Diversos autors comenten la indicació de realitzar-los en format breu ja que en estudis anteriors s'ha evidenciat el seu benefici, exposant la teràpia biopsicosocial breu i la teràpia familiar breu.^{[3][6][9][31][39][40]}

L'abordatge familiar breu és una eina que pot ser duta a terme per professionals de la salut no especialitzats en SM. Aquest es basa en l'enfocament de salut familiar i treballa en el supòsit de que el pacient té els recursos i les forces suficients per resoldre els seus problemes de forma autònoma. Integra tècniques rogerianes, d'escolta activa, psicoeducació, mediació i intervenció en les crisis i, tècniques de teràpia breu; essent efectiva en la reducció del nombre de visites i proporciona una sensació d'alleujament als pacients. Aquest abordatge fou dut a terme per Schade i els seus col·laboradors al 2010, podent observar disminució de la simptomatologia dels pacients i percepció de millora en relació als seus problemes; a més, també s'ha realitzat un estudi controlat a nivell espanyol en el qual s'observaren resultats similars.^{[3][6]}

Pel que fa a la intervenció biopsicosocial breu es coneix la experiència de Aiarzaguena i els seus col·laboradors al 2002, els quals evidenciaren millora en: relació professional-pacient, salut general, símptomes físics i emocionals; millora moderada en simptomatologia dolorosa i qualitat de vida, però petita millora en la SM. Aquesta intervenció es basà en: explicació tangible dels símptomes, informació al pacient de l'objectiu de les sessions, exploració física i anamnesi, maneig dels sentiments de culpa, contextualització de la persona en els diferents processos del cicle vital, reforç dels èxits aconseguits, canvis higiènics, canvis cognitius (sobretot aprendre a relativitzar les experiències negatives) i canvis en habilitats socials (sobretot tècniques de negociació). Malgrat això, calen assajos clínics aleatoris i controlats que n'avaluï l'eficàcia de forma acurada.^[39]

Martín Gracia i col·laboradors al 2003 comentava els 12 principis per a un enfocament biopsicosocial de la fixació somàtica de Susan McDaniel, modificada en certs aspectes pels autors de l'article. Aquesta tècnica té com a objectiu modificar l'atribució dels símptomes des d'una etiologia orgànica a una psicològica per tal de que el pacient accepti millor tractament farmacològic i psicoteràpia.^[42] Per altra banda, Granel al 2006, indicava l'ús del model d'entrevista de Liderman pel mateix fi, el qual ha resultat útil en la seva aplicació a AP.^[3]

García-Campayo i col·laboradors, en el seu article de 2003, exposaven la tècnica de reatribució de Goldberg, la qual presenta el mateix objectiu que els models anterior. Les principals intervencions que es presenten per tal d'aconseguir-ho són: que el pacient es senti comprès, ampliar l'agenda i assenyalar el vincle entre professional i pacient.^[30] Malgrat això, Aiarzaguena i col·laboradors al 2002, indicaven que només s'havien aconseguit millores parcials amb aquesta tècnica. García-Campayo també presentava com a model de maneig d'aquests pacients les Normes mínimes de Smith, en l'ús de les quals s'ha observat una millora de la qualitat de vida dels pacients i un menor nombre de consultes; al 2005 s'indicava que amb l'ús d'aquest esquema els costos sanitaris es veien reduïts en un 32%.^{[11][30][31]}

Pel que respecta a tractaments i/o intervencions psicològiques específiques, no hi ha suficients evidències científiques per recomanar-ne cap en concret com a eina de primera opció pel maneig dels pacients amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. El que sí que es pot exposar és que una atenció de qualitat no es pot aconseguir només amb farmacoteràpia i derivacions, cal suport i teràpia psicològica i rehabilitadora senzilla amb col·laboració de psiquiatria i psicologia si s'escau.^{[20][31][37][38][41][42]} En el següent apartat s'exposen els tractaments i intervencions, en l'ús de les quals s'ha observat certa millora de la simptomatologia i qualitat de vida dels pacients i, per tant, podria ser útil incorporar en el seu abordatge.

6.4-Propostes de tractaments i intervencions específiques

Pel que respecta al tractament farmacològic dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats, gairebé no existeixen treballs sobre el tema, alguns autors ho relacionen amb el rebuig que senten els professionals vers aquests pacients i altres per les dificultats de classificació i definició diagnòstiques. Sigui quin sigui el motiu, la conclusió és que escassegen els estudis controlats i randomitzats en aquest camp i, per tant, l'evidència científica no permet establir recomanacions fiables sobre el tractament farmacològic en aquests trastorns.^{[21][30]}

Es recomana la retirada de la medicació innecessària^{[11][21]}, aquest fet el podem relacionar amb que les iatrogènies són les complicacions més habituals d'aquests pacients. La majoria dels estudis solen indicar que és adequat l'ús d'antidepressius i/o ansiolítics quan apareix simptomatologia depressiva o ansiosa concomitant.^{[3][11][19][20][21][38][45]}

Malgrat això, sí existeixen estudis fiables pel que fa a el tractament farmacològic del dolor, símptoma principal d'aquests trastorns; per tant, aquests podrien servir com a orientació en el tractament dels pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^[30] Diferents estudis avalen l'ús d'antidepressius com a tractament de la simptomatologia dolorosa, indicant millora en la qualitat de vida tot i que el dolor no remeti del tot.^{[9][20][21][30]} Per altra banda, alguns autors indiquen la poca o nul·la utilitat d'emprar analgèsics, placebos i altres tractaments simptomàtics pel control de la clínica dolorosa, podent comportar risc d'abús i dependència.^{[9][21]}

García-Campayo al 2003 indica que els antidepressius disminueixen la intensitat del dolor al 50% en el 58% dels casos. L'acció analgèsica apareix més precoçment que l'antidepressiva amb l'ús d'aquests fàrmacs, aquest fet hauria de ser comentat als pacients, indicant que la depressió no és l'única indicació d'aquests fàrmacs.^{[3][11][21][30]} Els antidepressius tricíclics i tetracíclics presenten una acció antiàlgica específica, sent superior en els tricíclics. Alguns estudis indiquen que els antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina no són superiors a placebo si no hi ha depressió associada, però presenten l'avantatge de comportar menys efectes adversos que els altres tipus d'antidepressius comentats.^{[19][30]} Malgrat això, Granel al 2006, indicava efectes positius d'aquests fàrmacs en els pacients amb SFSEM. Els diferents resultats presentats pels estudis i la qualitat metodològica dispar en aquests indiquen la necessitat de més estudis en el camp de la farmacologia en el tractament de pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorn relacionats.^[3]

Pel que respecta als ansiolítics, López Herrero al 1997, indica l'ús de benzodiazepines d'acció llarga en els adults joves pel menor risc d'efectes d'abstinència en la supressió del tractament i l'ús de benzodiazepines d'acció curta en ancians o pacients amb problemes hepàtics pel menor efecte sedatiu.^[19] Altres fàrmacs que han demostrat ser útils són: carbamazepina, gabapentina, sulpiride i topiramet.^{[11][30]} García-Campayo al 2003, indicava una eficàcia significativa en escales visuals analògiques del dolor, escala d'impressió de la clínica global i escala

d'avaluació del funcionament global emprant gabapentina amb pacients diagnosticats de Trastorn de símptomes somàtics amb dolor com a símptoma principal.^[30]

Alguns estudis indiquen la necessitat d'establir la prescripció dels fàrmacs de forma pactada i negociada amb el pacient.^{[3][11]} Aquest fet es pot relacionar amb el que indicava Cortés Durán al 2000: la importància de realitzar control de la medicació prescrita degut a que aquests pacients tendeixen a l'incompliment o a realitzar el tractament de forma erràtica.^[9] A més, és convenient iniciar els tractaments a dosis baixes ja que aquests pacients tendeixen a patir més efectes adversos i a desenvolupar nova simptomatologia.^{[3][11]}

L'ús de fàrmacs a base d'herbes naturals no és infreqüent en els pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. Al 2009, Melzer i els seus col·laboradors realitzaren un estudi controlat i randomitzat sobre un d'aquests fàrmacs sintetitzat a base de: arrel de petasites, arrel de valeriana, pauciflora i bàlsam de fulla de llimona. En els altres grups de l'estudi, a un d'ells se li administrà placebo i a l'altre el fàrmac sense l'arrel de petasites per comprovar l'eficàcia d'aquesta. La preparació fou efectiva, sent significativament superior als altres grups, ben tolerada i segura a curt termini pel que fa a la simptomatologia ansiosa i depressiva. En aquest estudi manquen valoracions a llarg termini, per aquest motiu, els autors proposen l'ús del fàrmac com a tractament inicial mentre es valora l'inici d'altres teràpies com la psicoteràpia, en la qual els resultats solen tardar més en aparèixer.^[46]

A banda del tractament farmacològic, com ja s'ha comentat, per a un adequat maneig d'aquests pacients és indispensable intervencions basades en la psicoteràpia. En els diferents articles analitzats podem trobar varies d'aquestes teràpies des d'autors que aborden la psicoteràpia a partir d'entrevistes clíniques estructurades i adaptades a aquests pacients fins a teràpies psicològiques concretes. L'objectiu de la psicoteràpia és proporcionar al pacient i el seu entorn estratègies eficaces que els permetin desenvolupar una vida el més normalitzada possible, modificant les estratègies d'afrontament desadaptades adquirides. Malgrat això, no podem destacar-ne cap com a principal intervenció degut a que l'evidència científica actual no ho permet. Tot i això, sí que s'han visualitzat resultats positius en l'aplicació d'algunes d'aquestes que s'exposen a continuació.^{[3][6][9][19][21][31][39][40][44][45]}

Alguns estudis parlen sobre els beneficis de les teràpies de relaxació en els pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^{[3][21][45]} Bernal i Cercós i els seus col·laboradors, al 1995, realitzaren un estudi experimental prospectiu amb l'objectiu d'analitzar els beneficis de la teràpia de relaxació en grup en

pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats i, en pacients amb Trastorns d'ansietat. Aquest estudi evidencià beneficis en tots dos grups de pacients quan el dolor, i no l'ansietat o depressió, es presentava com a símptoma principal. A més, indicaven diferents estudis en els quals s'havien obtingut resultats similars.^[45]

Aquests autors indicaren que la màxima millora del dolor s'evidenciava en els inicis de la teràpia podent ser degut als factors de suport: presència del terapeuta i influència del grup. Tot i que tots els pacients experimentaren millora de la simptomatologia dolorosa s'evidencià que aquesta fou major en els pacients homes i en el grup sense fills, fossin homes o dones. Els autors també indicaren que calen estudis posteriors per tal d'avaluar aquesta efectivitat a més llarg termini, més enllà de 150 dies.^[45] En aquest estudi s'evidencià el factor de suport influència del grup en la consecució de resultats positius, altres autors, també indiquen els beneficis dels grups de pacients.^{[6][21][45]}

La teràpia psicoterapèutica més estudiada fins el moment és el la teràpia cognitiu-conductual i la qual presenta major evidència científica.^{[3][40]} Existeixen estudis aleatoris i controlats sobre aquesta teràpia; en una revisió sistemàtica en la qual s'inclogueren 28 articles (1600 pacients) es demostrà una millora de la simptomatologia en un 70%. Malgrat això, en la majoria dels estudis les mostres de població i el temps de seguiment foren insuficients.^[3] Tot i que pot ser útil en el maneig d'aquests pacients, Aiarzaguena al 2002 i Hiedeman al 2010, indiquen resultats positius limitats en les consultes d'AP.^{[5][39]} Al 2005, García-Campayo i els seus col·laboradors, realitzaren un estudi en el qual s'analitzaren 6 estudis sobre aquesta teràpia en pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. Amb l'aplicació d'aquesta s'observà disminució dels costos sanitaris i millora de la funció física; però no es pogué determinar si aquesta millora es mantenia en el temps i tampoc es pogué afirmar una millora clara de la simptomatologia psicològica. A més, indicaren la falta de la presència de manuals i procediments clars per assegurar que la teràpia s'apliqui de forma consistent.^[31]

La teràpia de resolució de problemes també ha estat proposada en el maneig d'aquests pacients.^{[40][44]} Rasmussen al 2002 indicava que la teràpia de resolució de problemes per a AP (*Problem-solving Therapy for Primary Care*) va ser dissenyada pel tractament de la depressió, però podria ser aplicada amb certes modificacions en pacients amb Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats per tal de disminuir les estratègies d'afrontament desadaptades centrades en les emocions i la malaltia, augmentar les estratègies adaptades centrades en la resolució de problemes

i, a la vegada, es suggereix millora en la simptomatologia depressiva, ansiosa i dolor crònic.^[44] En aquest sentit, caldria desenvolupar estudis de validesa per tal de determinar el grau de certesa d'aquestes afirmacions.

Guerra Cabrera i altres, al 2011, aplicaren la Teràpia interpersonal d'AP a un cas concret de trastorn somatomorf indiferenciat, el qual podem englobar actualment en la subcategoria Trastorn de símptomes somàtics. En aquest cas concret s'evidencià millora en la tensió emocional i relació professional-pacient disminuït els sentiments de rebuig i frustració per part del professional.^[40]

Com s'ha comentat en diversos ocasions, hi ha una manca de coneixements pel que respecta a l'abordatge, tractaments i intervencions específiques pel maneig dels pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. En la literatura científica consultada es poden evidenciar les referències a aquestes mancances.^{[21][34][35][36][41]} A continuació s'exposen les principals necessitats de formació en aquest camp pels professionals de la salut.

Pel que respecta a la detecció dels problemes en SM en general, Latorre i els seus col·laboradors al 2000, evidencien dificultats degut a la necessitat de millora en habilitats de comunicació, sensibilitat vers els problemes psiquiàtrics, capacitat d'empatitzar i saber escoltar.^[34] Pel que fa als SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats es posa l'èmfasi en la necessitat de millora en: reconeixement i detecció dels trastorns, habilitats de maneig en general, habilitats de comunicació i d'entrevista clínica (degut a que aquestes solen ser més complexes i dificultoses en aquests pacients que en la població general) i, habilitats per dur a terme entrevistes integradores en les quals es situï al pacient en el seu context biogràfic i sigui possible realitzar la valoració dels factors estressants que envolten la seva situació. També s'indica la falta de capacitat de negociació per part dels professionals i de la coordinació i comunicació entre els diferents professionals i serveis assistencials que atenen aquests pacients.^{[21][31][35][36][41]}

Diferents articles posen l'èmfasi en la necessitat de desenvolupar més estudis en el maneig general dels pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.^{[21][30][31][36][38][41][43]} Sanz-Carrillo indicava al 1999 que aquest fet podia ser degut a la creença generalitzada de que són pacients poc cooperadors i que qualsevol abordatge és inútil.^[36] Les principals propostes d'investigació comentades en els articles són: intervencions que, a banda de la reducció de simptomatologia i dels costos sanitaris, contemplin i millorin l'avaluació i abordatge de la comorbiditat psiquiàtrica dels pacients, el funcionament mental, el desenvolupament social i la

discapacitat; també l'anàlisi de la influència de la família i la cultura en el trastorn, major nombre d'investigacions que emprin la metodologia qualitativa per tal de completar els estudis quantitius ja realitzats, avaluar la validesa de les cartes d'interconsulta entre Psiquiatria i AP, sobretot a països diferents d'Estats Units i, disseny d'estratègies d'actuació, programes i protocols específics i consensuats.^{[5][31][36][38][43]}

A més, s'indica la necessitat d'ampliar l'investigació en l'abordatge psicosocial, grups de teràpia breu i intervencions psicològiques específiques.^{[31][41]} García-Campayo i els seus col·laboradors, al 2005, indicaven que aquestes intervencions psicològiques calia que fossin dissenyades i dutes a terme des d'AP ja que és l'entorn on millor es poden abordar aquests pacients i degut a que les teràpies psicològiques més estudiades no s'han validat en aquest nivell assistencial.^[31]

A partir de les dades que es disposen sobre les intervencions psicològiques estudiades, es marcaren una sèrie de recomanacions pel que fa al seu disseny, les quals s'exposen a continuació. Cal que aquestes intervencions siguin multimodals, és a dir, puguin incloure diferents teràpies, grupals i breus, degut a que en estudis anteriors s'ha evidenciat el seu benefici; anteriorment s'ha demostrat que amb 5-8 sessions de 2 hores ja es poden visualitzar resultats positius. És necessari realitzar el seguiment (almenys 2 anys) dels pacients als quals se'ls hagi realitzat aquestes teràpies ja que la majoria d'estudis els resultats que aporten només es poden determinar a curt termini (màxim 12 mesos). Finalment, cal tenir en compte, per tal d'enfocar adequadament les futures investigacions, que els estudis realitzats fins al moment indiquen beneficis en els costos sanitaris, cert benefici en els símptomes físics i no s'ha pogut indicar millora en els símptomes psicològics.^[31]

6.5-Anàlisi del rol específic d'Infermeria en l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats

Pel que fa al rol específic d'Infermeria en els articles analitzats només s'ha pogut trobar informació en relació al subgrup Trastorn de símptomes somàtic i en un sol article. L'objectiu principal dels professionals de la nostra disciplina pel que fa a l'abordatge d'aquests pacients és el mateix que per a la resta de professionals de la salut: dotar al pacient i al seu entorn proper d'un seguiment continuat en el qual es proporcionin informació i estratègies eficaces que permetin desenvolupar una vida el més normalitzada possible, fomentant la comprensió dels símptomes i la participació activa i, establint una relació professional de la salut-pacient satisfactòria per ambdues

parts. A la vegada, evitar que la simptomatologia esdevingui invalidant i, també, tractaments, Pcs i derivacions innecessàries, els quals puguin comportar iatrogènies.^{[3][6][9][11][19][20][21][30][31][32][33][35][36][37][38][42]} Així doncs, l'objectiu essencial ha de ser la millora de la qualitat de vida del pacient, entenent aquest com un ésser holístic en constant interacció amb el seu entorn, en el qual s'inclou la família.^[35]

Aquestes són les bases per tal d'aconseguir un abordatge en el qual es tinguin en compte totes les esferes del pacient, és a dir, tenint en compte tots els aspectes biopsicosocials.^{[3][11][19][42]} Per tal d'aconseguir-ho, els instruments terapèutics fonamentals per a Infermeria són: la relació terapèutica, l'entrevista clínica, una exhaustiva valoració d'Infermeria i el desenvolupament d'un pla de cures individualitzat i adaptat a cada pacient.^{[3][11][35][37]}

L'entrevista cal que es realitzi tant al pacient com a la família en un entorn adient (tranquil, privat i evitant interrupcions). En el transcurs d'aquesta cal detallar acuradament: problema descrit pel pacient, òrgans i sistemes afectats, conseqüències negatives en la vida diària (insomni, incapacitat laboral, aïllament social, problemes familiars, ansietat, depressió, idees de suïcidi, etc), implicació i habilitats familiars en el cuidar, creences, sentiments, preocupacions i dubtes. A la vegada, l'entrevista familiar permet contrastar la informació exposada pel pacient; així doncs, la família esdevé un aliat terapèutic tant per a la recollida de la informació com per a les intervencions posteriors.^{[21][35][38]}

Les intervencions clau d'Infermeria clau en el maneig d'aquests pacients es descriuen a continuació. Primer de tot, cal fomentar l'expressió de preocupacions i sentiments i, seguidament, proporcionar informació objectiva i realista que permeti aclarir aquests dubtes i temors tant al pacient com al seu entorn. La informació ha de ser adaptada al nivell cultural en cada cas, és a dir, evitant tecnicismes i demanant verificacions pel que fa a la seva comprensió. D'aquesta manera aconseguirem que el pacient identifiqui la seva situació real.^[35]

La informació proporcionada al pacient i a la família sobre el trastorn per part d'Infermeria ha de ser complementària a les explicacions donades pel MAP per tal d'afavorir el continu assistencial, tal i com indicava Sanz-Carrillo al 1998.^[38] La informació ha de posar èmfasi en que es tracta d'una malaltia en la qual s'experimenten símptomes inespecífics, sovint dolor, que afortunadament no són greus, és a dir, no hi ha risc de mort; però en la qual les situacions estressants i els aspectes psicosocials juguen un paper clau en l'aparició i/o exacerbació de la simptomatologia sense poder establir una causalitat concreta. Així doncs, un bon

maneig de les situacions estressants pot reduir els símptomes i millorar la qualitat de vida.^{[3][9][11][20][21][30][32][33][36][37][38][42]}

Posteriorment, cal educar al pacient en estratègies d'afrontament adaptatives enfront al procés de malaltia que està vivint. El primer que ha de ser entrenat en aquest tipus de tècniques és el pacient per tal de poder educar posteriorment a la família. Les principals tècniques emprades per Infermeria en aquest sentit proposades per Ortego Maté són: tècniques de parada de pensaments, tècniques de relaxació (molt eficaç en presència de simptomatologia ansiosa i dolor) i educar en assertivitat. A mesura que s'aconsegueixin els objectius, els pacient experimentarà millora de l'autoconfiança i control sobre la simptomatologia.^{[6][30][33][35][38]}

La família, igual que el pacient, experimenta un procés complex en el qual necessita suport i educació, per tant, cal dotar-la d'habilitats de maneig de la situació. D'aquesta manera aconseguirem modificar dinàmiques familiars disfuncionals i reduir la tensió dels seus membres. Les principals intervencions proposades en aquest sentit són: informar a la família sobre les característiques del trastorn, treballar en l'expressió de sentiments, educar en la detecció de les conductes desadaptatives de malaltia, en conductes d'extinció d'aquestes, en establir límits a les queixes i demandes del pacient i, en tècniques d'assertivitat.^{[21][32][35][38]}

L'objectiu principal per tal de que el pla de cures sigui eficaç és aconseguir la col·laboració i implicació activa del pacient amb la fi de mantenir l'adherència a llarg termini. En aquest sentit, una bona relació professional-pacient és essencial. Ortego Maté i els seus col·laboradors al 1998, aconsellen establir el pla de cures en funció de les àrees afectades detectades en la valoració d'Infermeria i a partir del Manual de Diagnòstics d'Infermeria segons *NANDA International*. Les visites programades per Infermeria han d'establir-se de forma regular i sense necessitat de presentar simptomatologia nova a cada visita, igual que les concertades pel MAP.^{[3][5][9][11][20][21][30][32][35][38][42]}

En les consultes de seguiment, l'educació sanitària s'establirà elegint tasques de dificultat progressiva prèviament pactades amb el pacient, reforçant els avanços i oferint feedback. És fonamental no crear falses expectatives curació ja que, com ja s'ha exposat, es tracta d'un trastorn crònic en el qual l'objectiu és la millora de la qualitat de vida evitant que la simptomatologia es converteixi en invalidant.^{[3][5][9][11][20][21][30][32][35][36][37][38][42]} A mesura que s'aconsegueixin els objectius pactats, la freqüència de les visites disminuirà per tal de fomentar l'autonomia del pacient, tot i que és molt aconsellable que el sistema sanitari no "abandoni" aquests

pacients per tal de reforçar i mantenir tot el que s'hagi après. Les possibles àrees a tractar per part d'Infermeria, degut a la seva freqüència, proposades per Ortego Maté són: sentiments de temor a patir una malaltia física greu, deteriorament de les interaccions socials, alteració dels processos familiars i afrontament individual inefectiu amb falta d'estratègies d'afrontament adaptades sobre la situació.^{[3][11][35][42]}

Totes les tècniques descrites cal que siguin supervisades en les diferents visites, per exemple realitzant assajos conductuals on s'ofereixi feedback.^{[3][11][35][42]} Pel que fa a la resta de l'entorn social, cal fomentar el manteniment i augment de les xarxes socials de suport. La participació en activitats recreatives fomenta la distracció pel que fa a la simptomatologia i s'eviten els sentiments d'aïllament i incapacitat; com més absorbent i més distracció proporcioni l'activitat més eficaç serà aquesta.^[35]

Malgrat la falta d'articles publicats sobre el rol específic d'Infermeria en l'abordatge dels pacients amb SFSEM i Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats podem concloure, de l'anàlisi de la literatura científica, que els professionals d'Infermeria haurien de ser professionals clau en el maneig d'aquests pacients a nivell d'AP esdevenint professionals referents juntament amb els MAPs, igual que succeeix amb altres pacients amb patologies cròniques, siguin d'etiologia orgànica o mental. Infermeria pot i hauria d'intervenir en les funcions de vinculació d'aquests pacients al centre d'AP al qual siguin atesos, proporcionant i complementant la informació donada pels MAPs, fomentant l'acceptació de l'etiologia psicosocial del trastorn i, col·laborant en l'adherència al tractament, intervencions psicoterapèutiques i seguiment. A més, cal que la disciplina Infermera s'impliqui en les activitats de recerca i investigació en aquest camp.

Punts dèbils del cuidar infermer

El primer dels punts dèbils del cuidar infermer en l'abordatge dels pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats visualitzats, un cop realitzat l'anàlisi dels resultats, és la gran manca de bibliografia sobre el tema. Només un dels articles analitzats aborda el rol d'Infermeria en el maneig d'aquests pacients de forma específica. A més, només en un 6% dels articles en són autors professionals de la nostra disciplina. Per tant, hi ha una gran manca d'investigació des d'Infermeria pel que respecta als pacients amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.

De l'anàlisi de la literatura científica analitzada podem evidenciar falta de coneixements en el maneig general d'aquests pacients i, més concretament, pel que

respecta a les entrevistes clíniques (les quals solen ser més complexes en aquests pacients que en la població general), també en l'avaluació dels factors psicosocials, assistència psicològica i intervencions eficaces. Per tant, es fa evident la necessitat de formació dels professionals de la salut en general i d'Infermeria en particular per tal de ser capaços d'oferir una assistència de qualitat.

En la literatura no es mencionen protocols, guies o plans de derivació i/o col·laboració entre Infermeria i altres especialistes de la salut. A més, els circuits en l'assistència sanitària que es descriuen en la literatura pel que fa a aquests pacients només inclouen els professionals de Medicina, principalment a nivell d'AP i especialitats mèdico-quirúrgiques i, en algunes ocasions, es menciona a Psiquiatria tot i que en segon pla. Per aquest motiu, no s'ha pogut descriure si aquests pacients accedeixen a les consultes d'Infermeria d'AP, com hi accedeixen i quina n'és la prevalença ja que no hi ha estudis que detallin aquestes dades pel que fa a les consultes d'Infermeria d'AP en particular.

Punts forts del cuidar infermer

Els professionals d'Infermeria, sobretot aquells que treballen en l'àmbit d'AP, presenten experiència i formació en l'abordatge dels pacients amb patologies cròniques, complint aquesta característica la majoria dels pacients que acudeixen a les seves consultes. Degut al curs crònic i fluctuant dels Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats sembla evident que seria oportú abordar aquests trastorns de forma conjunta entre els professionals de Medicina de Família i Comunitària i els professionals d'Infermeria d'AP, igual que es realitza en altres patologies cròniques, siguin d'etiologia orgànica o mental.

A més, els professionals d'Infermeria des de les universitats i escoles d'Infermeria se'ls forma de manera específica en l'acompanyament dels pacients en els processos de malaltia, és a dir, amb objectius terapèutics no tan encaminats en la curació com en la millora de la qualitat de vida i autonomia del pacient. Aquests coneixements podrien ser de gran ajuda en el maneig d'aquests pacients ja que la curació no sol ser una expectativa terapèutica realista en els pacients amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.

Proposta de noves línies d'investigació per part d'Infermeria

A continuació es proposen noves línies d'investigació respecte els pacients amb SFSEM i Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats per part dels professionals de la disciplina infermera d'acord amb les mancances evidenciades en l'anàlisi dels articles del present treball:

- Conèixer la prevalença dels pacients amb SFSEM i/o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats en les consultes d'Infermeria d'AP.
- Realitzar investigacions de metodologia quantitativa respecte intervencions específiques aplicades per professionals de la disciplina infermera a nivell d'AP; seguint les recomanacions de diversos articles cal que aquestes siguin multimodals, grupals, breus i que es realitzi el seguiment dels pacients als quals se'ls hi hagi aplicat, preferiblement almenys durant dos anys. Aquestes investigacions haurien d'estar encaminades a: la reducció de la simptomatologia, reducció dels costos sanitaris, avaluació i abordatge dels aspectes psicosocials i de la comorbiditat psiquiàtrica, millora del funcionament mental, desenvolupament social i, reducció de la discapacitat.
- Realitzar investigacions de metodologia qualitativa que puguin complementar la informació aportada pels estudis quantitius i de revisió bibliogràfica. Algunes propostes concretes en aquest camp són: explorar la influència familiar i/o cultural en l'aparició i/o evolució d'aquests trastorns, descriure les experiències i/o expectatives d'aquests pacients en la relació establerta amb els professionals d'Infermeria i; explorar les actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la nostra disciplina en l'atenció a aquests pacients, identificant conductes estigmatitzants o desfavorables per a una abordatge de qualitat.
- Realitzar protocols específics o guies de pràctica clínica d'Infermeria per a un abordatge holístic i de qualitat en el maneig dels pacients amb SFSEM i/o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats.

7-CONCLUSIONS

L'abordatge dels pacients amb SFSEM o Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats ha d'estar encaminat a dotar al pacient i al seu entorn proper d'un seguiment continuat en el qual es proporcionin estratègies eficaces que permetin desenvolupar una vida el més normalitzada possible, fomentant la comprensió dels símptomes i la participació activa i, establint una relació professional de la salut-pacient satisfactòria per ambdues parts. A la vegada, evitar que la simptomatologia esdevingui invalidant i, també, tractaments, Pcs i derivacions innecessàries, els quals puguin comportar iatrogènies.^{[3][6][9][11][19][20][21][30][31][32][33][35][36][37][38][42]} Així doncs, l'objectiu essencial és la millora de la qualitat de vida del pacient, entenent aquest com un ésser holístic en constant interacció amb el seu entorn, en el qual s'inclou la família.^[35]

L'AP és el servei més idoni per a l'abordatge d'aquests pacients degut a ser el nivell assistencial en el qual s'adopta una perspectiva i una visió més holística i humanista en la salut humana.^{[5][6][11][19][30][32][33][35]} Els instruments terapèutics fonamentals d'Infermeria són: la relació terapèutica, l'entrevista clínica, una exhaustiva valoració d'Infermeria i el desenvolupament d'un pla de cures individualitzat i adaptat a cada pacient; tenint en compte la participació de la família, com a aliat terapèutic, en tot el procés.^{[3][11][21][35][37][38]}

La relació que s'estableix entre els professionals de la salut i aquests pacients sol ser conflictiva i estar deteriorada degut a la complexitat de l'abordatge terapèutic. Aquesta situació condueix a la pràctica de Medicina defensiva i al rebuig de certes funcions en el maneig dels pacients per part dels professionals. Les principals emocions descrites pels professionals són: frustració i ira. No s'han trobat articles en els quals s'exposi aquest rebuig pel que fa al personal d'Infermeria, degut a la manca de bibliografia al respecte.^{[3][9][11][19][20][21][30][31][32][35][36][37][38][39][40]}

En les consultes de seguiment, l'educació sanitària s'estableix elegint tasques de dificultat progressiva prèviament pactades amb el pacient, reforçant els avanços i oferint feedback. És fonamental no crear falses expectatives curació ja que es tracta d'un trastorn crònic en el qual l'objectiu és la millora de la qualitat de vida.^{[3][5][9][11][20][21][30][32][35][36][37][38][42]} A mesura que s'aconsegueixin els objectius pactats, la freqüència de les visites disminuirà per tal de fomentar l'autonomia del pacient, sense que el sistema sanitari l'"abandoni".^{[3][11][35][42]}

Els professionals d'Infermeria des de les universitats i escoles d'Infermeria se'ls forma de manera específica en l'acompanyament dels pacients en els processos de malaltia, és a dir, amb objectius terapèutics encaminats a la millora de la qualitat de

vida i autonomia del pacient. Així doncs, aquests coneixements podrien ser de gran ajuda en el maneig d'aquests pacients

Els professionals d'Infermeria haurien de ser professionals clau en el maneig d'aquests pacients a nivell d'AP esdevenint professionals referents juntament amb els MAPs, igual que succeeix amb altres pacients amb patologies cròniques, siguin d'etiologia orgànica o mental. Infermeria pot i hauria d'intervenir en les funcions de vinculació d'aquests pacients al centre d'AP al qual siguin atesos, proporcionant i complementant la informació donada pels MAPs, fomentant l'acceptació de l'etiologia psicosocial del trastorn i, col·laborant en l'adherència al tractament, intervencions psicoterapèutiques i seguiment. A més, cal que la disciplina Infermera s'impliqui en les activitats de recerca i investigació en aquest camp degut a la manca d'aquestes.

8-BIBLIOGRAFÍA

- [1] López Santiago J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2002 [citad 20 Oct 2014]; 7 (2): 73-93. Disponible a:
<http://aepcp.net/arc/01.2002%282%29.Santiago-Belloch.pdf>
- [2] López Santiago J, Belloch A. El laberinto de la somatización: se buscan salidas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2012 [citad 20 Oct 2014]; 17 (2): 151-172. Disponible a: http://www.aepcp.net/arc/05_2012_n2_lopez_belloch.pdf
- [3] Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evid. actual. pract. Ambul [Internet]. 2006 Nov-Dic [citad 20 Oct 2014]; 9 (6):176-180. Disponible a:
<http://www.foroaps.org/files/pacientes%20somaticos.pdf>
- [4] De Angelis T [Internet]. Washington DC: American Psychological Association; [actualitzat 2013 Jul-Ago 44 (7); citad 20 Oct 2014]. When symptoms are a mystery. Disponible a: <http://www.apa.org/monitor/2013/07-08/symptoms.aspx>
- [5] Hoedeman R, Blankenstein A, van der Feltz-Cornelis C, Krol B, Stewart R, Groothoff J. Cartas de consulta para los síntomas físicos sin explicación médica en la Atención Primaria. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2010 [citad 25 Oct 2014]. Disponible a: <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD006524.pdf>
- [6] Schade N, González A, Beyebach M, Torres P. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria [Internet]. 2010 [citad 25 Oct 2014]; 48 (1):[20-29]. Disponible a:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000200003&script=sci_arttext
- [7] Gobierno de España – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; [actualitzat 2010 Maig; citad 20 Oct 2014]. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Disponible a:
http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html
- [8] American Psychiatric Association [Internet]. Washington DC: American Psychiatric Association; [actualitzat 2013; citad 20 Oct 2014]. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Disponible a:
<http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>

[9] Cortés Durán M, Villar Fidalgo M. Trastorno por somatización y trastorno por dolor: ¿cuándo pensar en ellos?. SEMERGEN [Internet]. 2000 [citad 12 Gen 2015]; 26 (6): [aprox. 6 p.]. Disponible a:

<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-trastorno-por-somatizacion-trastorno-por-12241>

[10] Feixas Viaplana G, Cipriano D, Varlotta Domínguez N. Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet]. 2007 Nov [citad 25 Oct 2014]; XVI (3): 197-203. Disponible a:

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/530/racp_xvi_n3_pp197_203.pdf

[11] Guzmán Guzmán RE. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2011 [citad 20 Oct]; 4 (3): [aprox. 9 p.]. Disponible a:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300009&script=sci_arttext

[12] Grupo de Salud Mental del PAPPS. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria. 2014; 46 (4): 59-74.

[13] Veliz RL, Ceballos VP, Valenzuela SS, Sanhueza AO. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 Oct-Des [citad 3 Nov 2014]; 21 (4). Disponible a:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010&lang=pt

[14] Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? Cultura de los Cuidados. 1997; (1): 25-30.

[15] Guirao Goris JA. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. Revista Enfermería. 2013 Abr; 7 (1).

[16] Brandi Purata A, Paulín Rocha A. Holismo, esencia del cuidar. Desarrollo Científ Enferm. 2004 Gen-Feb; 12 (1): 24-27.

[17] Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional en enfermería. Revista Aquichan [Internet]. 2003 Oct [citad 3 Nov 2014]; 3 (3). Disponible a:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>

[18] Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van. Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales (Revisión Cochrane traducida). La

- Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citat 3 Nov 2014]; (4). Disponible a: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003494>
- [19] López Herrero LS. Somatizaciones: ¿la histeria de fin de siglo?. Centro de Salud. 1997 Jun; 355-361.
- [20] Pintor L, Vieta E. Un paciente funcional. Medicina Integral. 1997 Jun; 30 (1): 17-30.
- [21] Fernández Cambor B. Los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. Medicina Integral. 1998 Set; 32 (4): 33-54.
- [22] Vallejo Pareja M A. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Revista Iberomaricana de Psicología. 2014; (110): 75-78.
- [23] American Psychiatric Association [Internet]. American Psychiatric Association; [actualitzat 2013; citat 3 Des 2014]. Somatic Symptom Disorder. Disponible a: <http://www.dsm5.org/documents/somatic%20symptom%20disorder%20fact%20sheet.pdf>
- [24] Organización Mundial de la Salud [Internet]. Preguntas más frecuentes [citat 7 Nov 2014]. Disponible a: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- [25] Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2010 [citat 3 Nov 2014]; XVI (1): 31-35. Disponible a: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
- [26] Agramonte del Sol A, Leiva Rodríguez J. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 [citat 3 Nov 2014]; 23 (1). Disponible a: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_01_07/enf03107.htm
- [27] Rojas Tejas J, Zubizarreta Estévez M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 [citat 3 Nov 2014]; 23 (1). Disponible a: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_01_07/enf07107.htm
- [28] Gálvez Toro A. Revisión bibliográfica: usos y utilidades. Matronas Profesión [Internet]. 2002 Des [citat 9 Nov 2014]; (10). Disponible a: <http://www.enfermeriaypodologia.com/wp-content/uploads/2012/06/Rev-bibliografica-Matronas.pdf>

[29] Dr Ramos Miguel H, Ramos MF, Romero E. Como escribir un artículo de revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2003 Abr [citado 9 Nov 2014]; (126): 1-3. Disponible a:

http://med.unne.edu.ar/revista/revista126/como_esc_articulo.htm

[30] García-Campayo J, Alda M, Pascual A. Abordaje de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. Tiempos Médicos. 2003 Abr; (599): 27-33.

[31] García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Oliván B. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2005 [citado 16 Feb 2015]; 10 (1): 15-23. Disponible a: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3987/3842>

[32] García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I): Expectativas del paciente. Medicina Clínica [Internet]. 1999 Gen [citado 16 Feb 2015]; 112 (3). Disponible a:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-dificultades-relacion-medico-paciente-somatizadores-i-3151>

[33] Lind AB, Risoer MB, Nielsen K, Delmar C, Christensen MB, Lomborg K. Longing for existential recognition: A qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 2014 [citado 16 Feb 2015]; 76: 99-104. Disponible a:

<http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999%2813%2900403-0/pdf>

[34] Latorre Postigo JM, López-Torres Hidalgo J, Montañés Rodríguez J, Parra Delgado M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Atención Primaria. 2005; 36 (2): 85-92.

[35] Ortego Maté MC, López Saiz MJ, Santos Abaunza P, González-Quevedo Gómez C. Cuidados de enfermería en los trastornos de somatización. Enfermería Científica. 1998 Nov-Dic; (200-201): 70-73.

[36] Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): Reacciones del profesional y tipos de relación. Medicina Clínica [Internet]. 1999 Feb [citado 16 Feb 2015]; 112 (4). Disponible a:

<http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-dificultades-relacion-medico-paciente-somatizadores-y-3138>

[37] Iglesias Serrano C, Oller Colom M. Manejo del paciente con trastornos de somatización. Jano: Medicina y humanidades. 2000 Gen; 58 (1326):46-50.

[38] Sanz-Carrillo C, Arévalo de Miguel E, García-Campayo J. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 1998 Mai [citad 16 Feb 2015]; 21 (8). Disponible a:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-somatizacion-familia-intervencion-del-medico-15119>

[39] Aiarzaguena JM, Grandes G, Alonso-Arbiol I, del campo Chavala JL, Oleaga Fernández MB, Marco de Juana J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. Atención Primaria [Internet]. 2002 Mai [citad 16 Feb 2015]; 29 (9): 84- 561. Disponible a:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-biopsicosocial-los-pacientes-somatizadores-13032493>

[40] Guerra Cabrera F, Diéguez Porres M. Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. Atención Primaria [Internet]. 2011 Mar [citad 16 Feb 2015]; 43 (8): 440-446. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000072>

[41] Rodríguez López AM, Gutiérrez Casares M, Escudero Álvarez S, López Díez B, González Zapico MJ, Castañeda García B. Grado de utilización de los recursos sanitarios y formas de presentación de los trastornos somatomorfos en atención primaria. Ansiedad y Estrés. 2005; 11 (1): 1-6.

[42] Martín Gracia A, Arilla Aquilella A, Ginés Miranda JM, López Capapé A, Usón Álvarez D, Sánchez Lázaro C. Trastorno somatomorfo indiferenciado y enfoque biopsicosocial: A propósito de un caso. Psiquis. 2003; 24 (4):173-177.

[43] García-Campayo J, Dueñas E, Alda M, Claraco LM, Arévalo E. La petición de pruebas complementarias en somatizadores en Atención Primaria: Un estudio cualitativo. European Journal of Psychiatry [Internet]. 2003 [citad 16 Feb 2015]; 17 (4): 220- 230. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n4/original4.pdf>

[44] Rasmussen NH, Agerter DC, Bernard ME, Cha SS. Coping style in primary care adult patients with abridges somatoform disorders. Mental Health in Family Medicine [Internet]. 2010 [citad 16 Feb 2015]; (7): 197- 207. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083257/pdf/MHFM-07-197.pdf>

[45] Bernal i Cercós A, Fusté i Vallverdú R, Urbietta Solana R, Montesinos Molina I. Tratamiento de relajación en pacientes con trastornos de ansiedad y somatoformes en atención primaria. Atención Primaria. 1998 Mai; 15 (8): 39-48.

[46] Melzer J, Schrader E, Brattström A, Schellenberg R, Saller R. Fixed herbal drug combination with and without butterbur (Ze 185) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmaco-clinical trial. *Phytotherapy Research* [Internet]. 2009 [citat 16 Feb 2015]; 23: [6 p.]. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ptr.2771/abstract>

9-ANNEXES

9.1-Annex 1: Criteris diagnòstics segons la CIE-10

La CIE-10 és l'acrònim en anglès de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 version*; en català Classificació Internacional de malalties, dècima versió. Els trastorns somatomorfs es troben classificats en el capítol V Trastorns mentals i del comportament d'aquest document. A continuació s'exposen els trastorns somatomorfs segons aquesta classificació i els seus criteris diagnòstics.

TRASTORNS SOMATOMORFS SEGONS CIE-10

F45.0 Trastorn de somatització

F45.1 Trastorn somatormorf indiferenciat

F45.2 Trastorn hipocondríac

F45.3 Disfunció vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorn de dolor persistent somatormorf

F45.8 Altres trastorns somatomorfs

F45.9 Trastorn somatormorf sense especificació

Presentació reiterada de símptomes somàtics acompanyats de demandes persistents d'exploracions clíniques, tot i els repetits resultats negatius de les exploracions clíniques i de les contínues garanties dels metges de que els símptomes no tenen una justificació somàtica. Tot i els casos en que realment estiguessin presents trastorns somàtics, aquests no expliquen la naturalesa i intensitat dels símptomes, ni el malestar i la preocupació que manifesta el malalt. Inclús quan l'inici i evolució dels símptomes guarda una estreta relació amb els esdeveniments biogràfics desagradables, o amb dificultats o conflictes, el malalt sol resistir-se als intents de sotmetre a discussió la possibilitat de que les molèsties tinguin un origen psicològic, la qual cosa pot succeir tot i estant presents símptomes depressius i ansiosos evidents. El grau de comprensió sobre els símptomes, ja siguin somàtics o psicològics, és amb freqüència insuficient i frustrant, tant pel pacient com pel metge. En aquests trastorns apareix amb freqüència un comportament de demanda d'atenció (histrionic), en particular en malalts ressentits pel seu fracàs a la hora de convèncer als metges de que la seva malaltia és de naturalesa fonamentalment somàtica i de la necessitat de realitzar exàmens o exploracions addicionals.

Exclou:

- Trastorns dissociatius.
- Tricotil·lomania.
- Lambdacisme.

- Zetacisme.
- Onicofàgia.
- Factors psicològics i del comportament en trastorns o malalties classificats en altres classificacions.
- Disfuncions sexuals no orgàniques.
- Moviments estereotipats.
- Succió del polze.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Trastorns de tics en la infància i adolescència.

Criteris pel diagnòstic de F45.0 Trastorn de somatització

La característica més destacada d'aquest trastorn és l'existència de símptomes somàtics múltiples, recurrents i, amb freqüència variables, que generalment han estat presents durant diversos anys abans de que els malalts hagi estat remès al psiquiatra. La majoria dels malalts han seguit un llarg i prolongat camí a través de serveis de medicina primària i especialitzats en els quals s'han dut a terme múltiples exploracions amb resultats negatius o intervencions infructuoses. Els símptomes poden afectar a qualsevol part del cos o sistema corporal, però els més freqüents són molèsties intestinals (dolor, meteorisme, regurgitació, vòmits, nàusees, etc.) i dèrmiques (prurit, cremor, formigueig, entumiment, adoloriment, envermelliment, etc.). Les queixes sexuals i menstruals també són freqüents.

En moltes ocasions estan presents símptomes depressius o ansiosos, tant importants que poden justificar un tractament específic. El curs del trastorn és crònic i fluctuant i sol acompanyar-se d'interferències perllongades de l'activitat social, interpersonal i familiar. Es coneix que en alguns països el trastorn és molt més freqüent en dones que en homes, i de forma general s'inicia al principi de l'edat adulta. Com a conseqüència dels freqüents tractaments medicamentosos, sol presentar-se dependència o abús de fàrmacs (habitualment sedants i analgèsics).

Pautes pel diagnòstic:

- A. Símptomes somàtics múltiples i variables pels quals no s'ha trobat una adequada explicació somàtica que han persistit almenys durant 2 anys.
- B. La negativa persistent a acceptar les explicacions o garanties reiterades dels diferents metges de que no existeix una explicació somàtica pels símptomes.
- C. Cert grau de deteriorament del comportament social i familiar, atribuïble a la naturalesa dels símptomes i al comportament conseqüent.

Inclou:

- Trastorn psicossomàtic múltiple.
- Trastorn de queixes múltiples.

Criteris pel diagnòstic de F45.1 Trastorn somatomorf indiferenciat

Aquesta categoria s'ha de tenir en compte quan les queixes somàtiques siguin múltiples, variables i persistents, però encara no estigui present el quadre clínic complet i característic del trastorn de somatització. Per exemple, poden faltar la forma insistent i dramàtica de queixar-se, els símptomes poden ser relativament escassos o faltar comportament individual o familiar característics. Poden no haver motius per sospitar l'existència d'un motiu psicològic, però no ha d'existir una base somàtica que justifiqui els símptomes en els quals es basa el diagnòstic psiquiàtric. Si existeix la possibilitat clara d'un trastorn somàtic subjacent, o si l'avaluació psiquiàtrica no es completa en el moment de dur a terme la codificació del diagnòstic, cal recórrer a altres categories diagnòstiques.

Inclou: Trastorn psicossomàtic indiferenciat.

Criteris pel diagnòstic de F45.2 Trastorn hipocondríac

La característica essencial d'aquest trastorn és la preocupació persistent de la possibilitat de tenir una o més malalties somàtiques greus progressives, manifestada per la presència de queixes somàtiques persistents o per preocupacions persistents sobre l'aspecte físic. Amb freqüència el malalt valora sensacions i fenòmens normals o freqüents com excepcionals i molestos, centrant la seva atenció casis sempre en només un o dos òrgans o sistemes del cos. El malalt pot referir-se pel seu nom al trastorn somàtic o a la deformitat, però tot i quan així sigui, el grau de convicció sobre la presència i l'èmfasi que es posa sobre un trastorn o un altre solen variar d'una consulta a una altra. De forma general, el malalt pot tenir en compte la possibilitat de que puguin existir altres trastorns somàtics addicionals a més del qual ell mateix destaca.

Solen estar presents ansietat i depressió intenses, la qual cosa pot justificar diagnòstics addicionals. Aquest trastorn rara vegada comencen després dels 50 anys i tant el curs dels símptomes com el de la incapacitat conseqüent són generalment crònics, encara que amb oscil·lacions en la seva intensitat. No han d'estar presents idees delirants persistents sobre la funció o la forma del cos. Han de classificar-se aquí les pors sobre l'aparició d'una o més malalties (nosofòbia).

Aquest síndrome es presenta tant en homes com en dones i no s'acompanya de característiques familiars especials (a diferència del trastorn de somatització). Molts malalts, en especial els que pateixen les varietats més lleus de la malaltia, romanen en l'àmbit de l'AP o són atesos per especialistes no psiquiatres. Freqüentment no és ben acceptat ser remès al psiquiatra, a no ser que es dugui a terme a l'inici del trastorn i amb una col·laboració acurada entre el metge d'AP i el psiquiatra. El grau d'incapacitat que deriva del trastorn és variable, mentre alguns malalta dominen i manipulen la seva família i entorn social a través dels seus símptomes, una minoria mantenen un comportament social virtualment normal.

Pautes pel diagnòstic:

- A. Creença persistent de la presència d'almenys una malaltia somàtica greu, que subjeu al símptoma o símptomes persistents, malgrat exploracions i exàmens repetits no han aconseguit trobar una explicació somàtica adequada pels mateixos o una preocupació persistent sobre una suposada deformitat.
- B. Negativa insistent d'acceptar les explicacions i les garanties reiterades de diferents metges de que darrere dels símptomes no s'amaga cap malaltia o anormalitat somàtica.

Inclou:

- Hipocondria.
- Neurosis hipocondríaca.
- Nosofòbia.
- Dismorfofòbia (no delirant).
- Trastorno corporal dismòrfic.

Criteris pel diagnòstic de F45.3 Disfunció vegetativa somatomorfa

En aquest trastorn el malalt presenta símptomes anàlegs als d'un trastorn somàtic d'un sistema o òrgan el qual es troba total o en la seva major part sota control i innervació del sistema nerviós vegetatiu, per exemple, el sistema cardiovascular, gastrointestinal o respiratori (s'inclouen aquí també alguns aspectes del sistema genitourinari). Els exemples més freqüents i destacats afecten al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), sistema respiratori (hiperventilació i hipopsicògens) i al sistema gastrointestinal ("neurosis gàstrica" i "diarrea nerviosa"). De forma general, els símptomes són de dos tipus, cap dels quals suggereix la presència d'un trastorn somàtic dels òrgans o sistemes afectats. El principal tipus, en el qual es basa principalment aquest diagnòstic, el conformen els símptomes que s'acompanyen de signes objectius d'hiperactivitat vegetativa, tals com palpitations, sudoració, rubor i

tremolor. El segon tipus, subjectius i no especificats, tals com sensacions fugaces de dolor i malestar, cremor, cansament, opressió i sensacions d'estar distès, que són referits pel malalt a òrgans o sistemes específics (com també poden ser-ho els símptomes vegetatius). El quadre clínic característic ve donat per la combinació d'una afectació vegetativa clara, queixes subjectives no específiques i referència persistent a determinats òrgans o sistema com la causa del trastorn.

En moltes persones que pateixen aquest trastorn poden també estar presents factors estressants psicològics o dificultats o problemes immediats els quals poden semblar que tinguin una relació amb el trastorn, però existeix un número important de malalts en els quals això no és així i, que per la resta compleixen les pautes exigides per aquesta categoria. En alguns casos poden presentar-se algunes alteracions poc importants de funcions fisiològiques com singlot, flatulències i hiperventilació, però no arriben a afectar per sí mateixes el funcionament fisiològic essencial de cada òrgan o sistema.

Pautes pel diagnòstic:

- A. Símptomes persistents i molestos deguts a una hiperactivitat del sistema nerviós vegetatiu, tals com palpitations, sudoració, tremolor, rubor, etc.
- B. Símptomes subjectius referits a un sistema o òrgan específic.
- C. Preocupació i malestar sobre la possibilitat de patir una afectació greu (però freqüentment no específica) d'un determinat òrgan o sistema que no s'aconsegueix alleujar a través de les repetides explicacions i garanties donades pels metges.
- D. La absència d'una alteració significativa de l'estructura o funció dels òrgans o sistemes afectats.

S'utilitzarà un cinquè caràcter per classificar els trastorns específics en aquest grup, indicant l'òrgan o sistema assenyalat pel malalt com l'origen dels símptomes:

F45.30 Del cor i el sistema cardiovascular; inclou:

- a) Neurosis cardíaca.
- b) Astènia neurocirculatòria.
- c) Síndrome de Da Costa.

F45.31 Del tracte gastrointestinal alt; inclou:

- a) Neurosis gàstrica.
- b) Aerofàgia psicògena.
- c) Singlot psicogen.
- d) Dispèpsia psicògena.
- e) Piloroespasme psicogen.

F45.32 Del tracte gastrointestinal baix; inclou:

- a) Flatulència psicògena.
- b) Meteorisme psicogen.
- c) Colon irritable psicogen.
- d) Diarrees psicògenes.

F45.33 Del sistema respiratori; inclou:

- a) Hiperventilació psicògena.
- b) Tos psicògena.

F45.34 Del sistema urogenital; inclou:

- a) Disúria psicògena.
- b) Pol·laciúria psicògena.
- c) Bufeta nerviosa.

F45.38 Altra disfunció vegetativa somatomorfa

Exclou:

- Factors psicològics i del comportament en trastorns o malalties classificades en un altre lloc.

Criteris pel diagnòstic de F45.4 Trastorn de dolor persistent somatomorf

Persistència d'un dolor intens i dur que no pot ser explicat totalment per un procés fisiològic o un trastorn somàtic. El dolor es presenta amb freqüència en circumstàncies que suggereixen que està relacionat amb conflictes o problemes, o que donen lloc a un augment significatiu del suport i l'atenció que rep el malalt, per part del metge o d'altres persones, però no sempre és així.

No han d'incloure's aquí els dolors presumiblement psicògens que apareixen en el curs de trastorns depressius o d'esquizofrènia. No han de classificar-se aquí els dolors deguts a mecanismes psicofisiològics coneguts o inferits (com el dolor de tensió muscular o la migranya) en els quals encara es sospita un origen psicogen, aquests han de ser codificats d'acord amb F54 (factores psicològics i dels comportament en trastorns o malalties classificades en un altre lloc) i un codi addicional d'un altre capítol de la CIE-10, per exemple migranya (G43.-).

Inclou:

- Psicàlgia.
- Lumbàlgia psicògena.
- Cefalea psicògena.
- Dolor somatomorf psicogen.

Exclou:

- Dolor sense especificació.
- Cefalea de tensió.
- Lumbàlgia sense especificació.

Criteris pel diagnòstic de F45.8 Altres trastorns somatomorfs

En aquests trastorns els símptomes no estan mediatos pel sistema nerviós vegetatiu i es limiten a sistemes o parts del cos específics, la qual cosa contrasta amb la presència de queixes freqüents i canviants sobre l'origen dels símptomes i del malestar del trastorn de somatització i del trastorn somatomorf indiferenciat. No existeix lesió tissular.

S'han de classificar aquí altres trastorns de la sensibilitat no deguts a trastorns somàtics, els quals estan estretament relacionats en el temps amb problemes o esdeveniments estressants o que donen lloc a un augment significatiu de l'atenció que rep el malalt del metge o d'altres persones. Són exemples freqüents la sensació d'inflor o de "coses estranyes" sobre la pell i les parestèsies. S'inclouen aquí també trastorns tals com:

- "Globus histèric" i altres formes de disfàgia.
- Torticoli psicogen i altres trastorns i moviments espasmòdics psicògens (excloent el síndrome de Gilles de la Tourette).
- Pruit psicogen (però excloent lesions específiques de la pell tals com alopecía, dermatitis, èczema o urticària, que tinguin un origen psicogen).
- Dismenorrea psicògena (excloent dispareúnia i frigidesa).
- Cruixit de dents.

Criteris pel diagnòstic de F45.9 Trastorn somatomorf sense especificació

Inclou:

- Trastorn psicofisiològic sense especificació.
- Trastorn psicossomàtic sense especificació.

9.2-Annex 2: Criteris diagnòstics segons el DSM-V

El DSM-V és l'acrònim en anglès de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Review V*; en català Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, cinquena versió. A continuació s'exposen els Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats segons aquesta classificació i els seus criteris diagnòstics, el codi indicat al davant del nom del trastorn correspon a la classificació segons la CIE-10 en el cas que sigui aplicable.

TRASTORNS DE SÍMPTOMES SOMÀTICS I TRASTORNS RELACIONATS SEGONS DSM-V

F45.1 Trastorn de símptomes somàtics

F45.21 Trastorn d'ansietat per malaltia

— Trastorn de conversió
(trastorns de símptomes neurològics funcionals)

F54 Factors psicològics que influeixen en altres afeccions mèdiques

F68.10 Trastorn factici

F45.8 Altre trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats especificats

F45.9 Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats no especificats

Criteris pel diagnòstic de Trastorn de símptomes somàtics

- A. Un o més símptomes somàtics que causen malestar o donen lloc a problemes significatius en la vida diària.
- B. Pensaments, sentiments o comportaments excessius relacionats amb els símptomes somàtics o associats a la preocupació per la salut com es posa de manifest per una o més de les característiques següents:
 - a) Pensaments desproporcionats i persistents sobre la gravetat dels propis símptomes.
 - b) Grau persistentment elevat d'ansietat sobre la salut i els símptomes.
 - c) Temps i energia excessius consagrats a aquests símptomes o a la preocupació per la salut.
- C. Tot i que algun símptoma somàtic pot no estar contínuament present, el trastorn simptomàtic és persistent (de forma general més de 6 mesos).

Especificar si:

Amb predomini de dolor: aquest especificador s'aplica als individus els símptomes somàtics dels quals impliquen sobretot dolor.

Persistent: un curs persistent es caracteritza per la presència de símptomes intensos, alteració important i duració perllongada (més de 6 mesos).

Gravetat actual, lleu: només es compleix un dels símptomes especificats en el criteri B.

Gravetat actual, moderat: es compleixen dos o més dels símptomes especificats en el criteri B.

Gravetat actual, greu: es compleixen dos o més dels símptomes especificats en el criteri B i, a més, existeixen múltiples queixes somàtiques (o un símptoma somàtic molt intens).

Criteris pel diagnòstic de Trastorn d'ansietat per malaltia

- A. Preocupació per patir o contraure una malaltia greu.
- B. No existeixen símptomes somàtics o, si estan presents, són únicament lleus. Si existeix una altra afecció mèdica o un risc elevat de presentar una afecció mèdica (per exemple, antecedents familiars importants), la preocupació és clarament excessiva o desproporcionada.
- C. Existeix un grau elevat d'ansietat sobre la salut, i l'individu s'alarma amb facilitat pel seu estat de salut.
- D. L'individu té comportaments excessius relacionats amb la salut (per exemple, comprova repetidament en el seu cos si existeixen signes de malaltia) o presenta evitació per mala adaptació (per exemple, evita les visites al clínic i a l'hospital).
- E. La preocupació per la malaltia ha estat present almenys durant 6 mesos, però la malaltia temuda específica pot variar en aquest període de temps.
- F. La preocupació relacionada amb la malaltia no s'explica millor per un altre trastorn mental, com un trastorn de símptomes somàtics, un trastorn de pànic, un trastorn d'ansietat generalitzada, un trastorn dismòrfic corporal, un trastorn obsessiu-compulsiu o un trastorn delirant de tipus somàtic.

Especificar si:

Tipus amb sol·licitud de l'assistència: utilització freqüent de l'assistència mèdica, inclou visites al clínic o proves i procediments.

Tipus amb evitació de l'assistència: rarament s'utilitza l'assistència mèdica.

Criteris pel diagnòstic de Trastorn de conversió (trastorns de símptomes neurològics funcionals)

- A. Un o més símptomes d'alteració de la funció motora o sensitiva voluntària.
- B. Els resultats clínics aporten proves d'incompatibilitat entre el símptoma i les afeccions neurològiques o mèdiques reconegudes.

- C. El símptoma o deficiència no s'explica millor per un altre trastorn mèdic o mental.
- D. El símptoma causa malestar clínicament significatiu o deteriorament en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament.

Especificar el tipus de símptoma:

Amb debilitat o paràlisi (F44.4, d'acord amb la codificació de la CIE-10).

Amb moviment anòmal (F44.4)

Amb símptomes de la deglució (F44.4)

Amb símptomes de la parla (F44.4)

Amb atacs o convulsions (F44.5)

Amb anestèsia o pèrdua sensitiva (F44.6)

Amb símptoma sensitiu especial (F44.6)

Amb símptomes mixtes (F44.7)

Especificar si:

Episodi agut: símptomes presents durant menys de 6 mesos.

Persistent: símptomes durant 6 mesos o més.

Amb factors d'estrès psicològic (especificar el factor d'estrès).

Sense factor d'estrès psicològic.

Criteris diagnòstics de Factors psicològics que influeixen en altres afeccions mèdiques

- A. Presència d'un símptoma o afecció mèdica (que no sigui un trastorn mental).
- B. Factors psicològics o conductuals que afecten negativament a l'afecció mèdica d'una de les maneres següents:
 - a) Els factors han influït en el curs de l'afecció mèdica com es posa de manifest per una estreta associació temporal entre els factors psicològics i el desenvolupament o l'exacerbació o el retràs en la recuperació de l'afecció mèdica.
 - b) Els factors interfereixen en el tractament de l'afecció mèdica (per exemple, poc compliment).
 - c) Els factors constitueixen altres riscos ben establerts per la salut de l'individu.
 - d) Els factors influeixen en la fisiopatologia subjacent, perquè precipiten o exacerben els símptomes, o necessiten assistència mèdica.

- C. Els factors psicològics i conductuals del criteri B no s'expliquen millor per un altre trastorn mental (per exemple, trastorn del pànic, trastorn de depressió major, trastorn d'estrès posttraumàtic).

Especificar la gravetat actual:

Lleu: augmenta el risc mèdic (per exemple, incoherència amb el compliment del tractament antihipertensiu).

Moderat: empitjora l'afecció mèdica subjacent (per exemple, ansietat que agreuja l'asma).

Greu: dona lloc a hospitalització o visita al servei d'urgències.

Extrem: produeix un risc important, amb amenaça a la vida (per exemple, ignorar els símptomes d'un atac cardíac).

Criteris pel diagnòstic de Trastorn factici

TRASTORN FACTICI APLICAT A UN MATEIX:

- A. Falsificació de signes o símptomes físics o psicològics, o inducció de lesió o malaltia, associat a un engany identificat.
- B. L'individu es presenta a sí mateix davant els altres com malalt, incapacitat o lesionat.
- C. El comportament enganyós és evident inclús en absència d'una recompensa externa obvia.
- D. El comportament no s'explica millor per un altre trastorn mental, com el trastorn delirant o un altre trastorn psicòtic.

Especificar si:

Episodi únic.

Episodis recurrents: 2 o més esdeveniments de falsificació de malaltia i/o inducció de lesió.

TRASTORN FACTICI APLICAT A UN ALTRE:

- A. Falsificació de signes o símptomes físics o psicològics, o inducció de lesió o malaltia, a un altre, associat a un engany identificat.
- B. L'individu presenta a un altre individu (víctima) davant als demés com malalt, incapacitat o lesionat.
- C. El comportament enganyós és evident inclús en absència de recompensa externa obvia.
- D. El comportament no s'explica millor per un altre trastorn mental, com el trastorn delirant o un trastorn psicòtic.

Nota: quan un individu falsifica una malaltia en un altre individu (per exemple, nens, adults, animals de companyia) el diagnòstic s'aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se li pot realitzar un diagnòstic de maltractaments.

Especificar si:

Episodi únic

Episodis recurrents: 2 o més esdeveniments de falsificació de malaltia i/o inducció de lesió.

Criteris pel diagnòstic de Altre trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats especificats

Aquesta categoria s'aplica a presentacions en les quals predominen els símptomes característics d'un trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats que causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns de la categoria diagnòstica dels símptomes somàtics i trastorns relacionats. Alguns exemples de presentacions que es poden especificar utilitzant la designació *altre especificat* són els següents:

- 1) *Trastorn de símptomes somàtics breu:* la duració dels símptomes és inferior a 6 mesos.
- 2) *Trastorn d'ansietat per malaltia breu:* la duració dels símptomes és inferior a 6 mesos.
- 3) *Trastorns d'ansietat per malaltia sense comportaments excessius relacionats amb la salut:* no es compleix el criteri D pel trastorn d'ansietat per malaltia.
- 4) *Pseudociesis:* creença falsa d'estar embarassada que s'associa a signes i símptomes d'embaràs.

Criteris pel diagnòstic de Trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats no especificats

Aquesta categoria s'aplica a presentacions en les quals predominen els símptomes característics d'un trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats que causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en l'àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns de la categoria diagnòstica dels símptomes somàtics i trastorns relacionats. La categoria del trastorn de símptomes somàtics i trastorns relacionats no especificat no s'utilitzarà almenys que no es donin situacions clarament inusuals en les quals no existeixi informació suficient per fer un diagnòstic més específic.

9.3-Annex 3: Taula d'organització de dades

Títol article	
Autor/s	
Revista	
Data de publicació	
Tipus d'investigació	
Base de dades i descriptors introduïts	
Concepte trastorn abordat	
Interpretació del concepte	
Epidemiologia presentada	
Etiologia del trastorn segons l'article	
Cost sanitari	
Abordatge terapèutic:	
Propostes de tractaments i intervencions	
Holisme i cuidar integral (necessitats dels pacients)	
Rol específic Infermeria	
Actituds, comportaments i pensaments dels professionals de la salut vers els pacients	
Experiències i expectatives dels pacients	
Relació professional-pacient	

9.4-Annex 4: Acrònims

SFSEM: Síntomes físics sense explicació mèdica.

AP: Atenció Primària.

SM: Salut Mental.

MAP: Metge d'Atenció Primària.

PCs: Proves complementàries.

9.5-Annex 5: Elecció de la revista *Enfermería Comunitaria*

Enfermería Comunitaria és una revista digital d'Infermeria especialitzada en la salut familiar i comunitària en l'àmbit d'Atenció Primària de salut. Es considera adient l'elecció de la mencionada revista degut a que, segons els resultats de la investigació realitzada, l'Atenció Primària es considera el nivell assistencial més adequat per a l'abordatge de les persones amb Trastorns de símptomes somàtics i trastorns relacionats. Altrament, degut al clar èmfasi que es dona en els objectius descrits del present treball al rol específic d'Infermeria.

La revista es troba indexada en la Hemeroteca CUIDEN i en la Hemeroteca Cantàrtida, a més, de formar part del *Ranking Cuiden Citación 2012* amb un factor d'impacte de 0,1379. Dintre de les diferents seccions de la revista, es considera oportú incloure l'article en l'apartat *Revisiones*. Aquest inclou articles d'investigació secundària o de síntesi de coneixements, amb especial referència a revisions sistemàtiques i revisions bibliogràfiques crítiques d'articles publicats. A continuació es descriuen les normes de publicació de la revista:

Presentació dels treballs: l'extensió màxima dels manuscrits no superarà les 4.500 paraules (incloent tots els apartats de l'article). S'admeten un màxim de 4 il·lustracions per article i fins a 6 firmants en l'autoria. Les pàgines es numeraran correlativament en l'angle superior dret. En la primera pàgina de l'article s'indicarà: títol de l'article, nom i cognoms dels autors (sense la utilització d'abreviatures ni contraccions, es recomana subratllar els cognoms) amb identificació del departament o institució al qual pertanyen mitjançant superíndex, nom complet del centre de treball, direcció completa del centre de treball i direcció per a correspondència. Seguidament, a la segona pàgina, s'inclourà l'article el qual ha d'estar format pels següents apartats: resum (en castellà i anglès, amb una extensió màxima de 150 paraules cadascun), introducció, metodologia, resultats, discussió, conclusions i referències.

Aspectes formals: tipus de lletra Times New Roman de mida 12p., espai d'interlínia senzill, evitar l'ús de majúscules en el títol i encapçalaments de paràgraf i, evitar l'ús de negreta, subratllat o majúscula per ressaltar el text, podent emprar entre cometes o cursiva (no de forma simultània). L'idioma principal de publicació és el castellà, cal que el significat de les abreviatures s'especifiqui entre parèntesi i les referències bibliogràfiques es descriuran segons el sistema Vancouver.