

SOMATIZACIÓN: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

HAROLD MUÑOZ C., M.D.^{1*}

¹*Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C.*

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C. Colombia.

Resumen

La somatización, el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos es uno de los mayores retos a los que se puede ver enfrentado un médico en su práctica médica cotidiana, ya que los síntomas carecen de una causa orgánica documentada. En el presente artículo se revisan y se actualizan los conocimientos acerca de la somatización y sus diferentes trastornos, buscando ampliar las herramientas con que puede contar el médico para realizar un diagnóstico más preciso y se brindan algunas recomendaciones útiles para el manejo de los pacientes, teniendo en cuenta que la decisión de si la etiología del síntoma es psicológica y no física no es tarea fácil, como tampoco lo es, diagnosticar con exactitud el trastorno psiquiátrico que lleva a este proceso.

Palabras clave: trastornos somatomorfos

SOMATIZATION: DIAGNOSTIC CONSIDERATIONS

Abstract

Somatization, the process by which people experience and express emotional distress through physical symptoms, is one of the biggest challenges a physician may face in his daily medical practice because the symptoms have no organic documentable cause. The article reviews and updates the knowledge of somatization and its various disorders, seeking to expand the tools for physicians to perform a more accurate diagnosis and provides some useful recommendations for the management of patients taking into account that the decision whether the etiology of the symptom is psychological and not physical is not easy, and neither it is to accurately diagnose the psychiatric disorder that induces this process.

Key words: somatoform disorders

SOMATIZAÇÃO, CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Resumo

A somatização o processo pelo qual as pessoas experimentam e expressam o mal-estar emocional através de sintomas físicos é um dos maiores desafios que pode ter um médico na sua prática médica no dia a dia, devido a que os sintomas carecem de uma causa orgânica documentada. Este artigo revisa e atualiza o conhecimento sobre a somatização e seus diferentes transtornos, visando ampliar as ferramentas que pode contar o médico para fazer um diagnóstico mais preciso e faz algumas recomendações úteis para o manejo dos pacientes, tendo em conta que a decisão de determinar a etiologia do sintoma psicológico ou físico não é tarefa fácil, como nem é diagnosticar com precisão o transtorno psiquiátrico que leva este processo.

Palavras-chave: transtornos somatoformes

Introducción

El término somatización fue acuñado a comienzos del siglo XX por el neurólogo y psicoanalista alemán Wilhem Shkel, para indicar el proceso mediante el cual un trastorno psicológico puede producir síntomas somáticos (1). Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende

como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad (2). El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios

Recibido: Abril 22 de 2009

Aceptado: Junio 23 de 2009

* Correspondencia: hmcbgc@hotmail.com Dirección postal: Tr. 3 # 49-00, Teléfono 3232921 – 3003255759. Fax 3232921 Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

externos. En otras palabras, no finge, genuinamente siente. En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos (3).

Las sensaciones corporales, entre ellas los síntomas físicos, poseen dos componentes: la sensación periférica propiamente dicha y la interpretación que de ésta realiza el cerebro. A lo largo del día y producto de los procesos fisiológicos normales del organismo, se experimentan diversas sensaciones somáticas (peristalsis intestinal, fasciculaciones, *tinnitus*, cambios en la frecuencia cardíaca, disnea durante el esfuerzo físico, sequedad de la piel) que por lo general pasan desapercibidas pues no se les da un significado en particular. Los pacientes que somatizan focalizan la atención en estas sensaciones, se mantienen vigilantes a ellas, las magnifican, las interpretan como anormales y amenazantes, viéndose obligados a buscar ayuda médica para poder explicarlas. A esta conducta se le denomina fijación somática, la cual varía de un paciente a otro y puede oscilar entre la negación absoluta de las sensaciones, a la convicción delirante de las mismas (4,5). Si la somatización se presenta de forma transitoria y como respuesta aguda ante la muerte, a pérdidas de relaciones importantes, o a situaciones de trauma, no se debe considerar patológica. El miedo, la tristeza, o la ansiedad, pueden traducirse involuntariamente en síntomas como cefalea, dolor epigástrico o contracturas musculares, entre otros. Si por el contrario son persistentes, asociados a alteración social u ocupacional y hacen que se utilicen en exceso los sistemas de salud, adquiere entonces significancia clínica (6,7).

No todo el que somatiza padece de un trastorno somatomorfo y la somatización como síntoma (figura 1) puede hacer parte de procesos normales de duelo, así como de trastornos depresivos, de ansiedad y de algunas psicosis (8-11). Se estima que en atención primaria, el 50 % o más de los pacientes que son diagnosticados con depresión mayor, consultan por molestias somáticas y no por los clásicos síntomas afectivos y/o cognitivos de la depresión: es la denominada depresión enmascarada, en la que los síntomas somáticos se consideran como equivalentes depresivos (8). Entre el 63 y el 94 % de pacientes deprimidos somatizan en algún momento de la enfermedad (12).

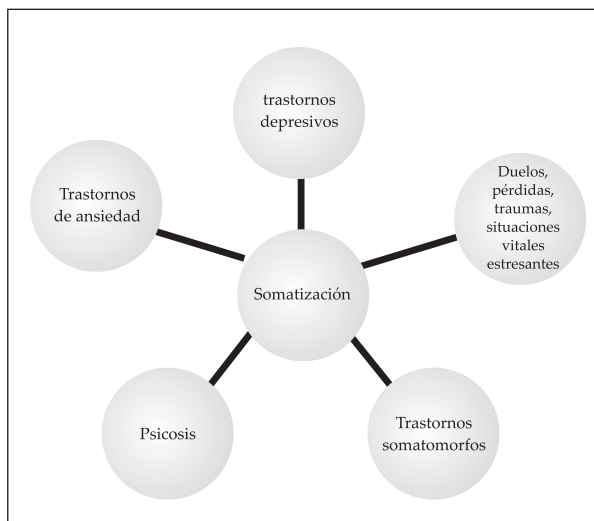


FIGURA 1. La somatización como síntoma

En los trastornos de ansiedad y especialmente en el de pánico, la somatización suele estar presente ya que los pacientes continuamente monitorean su cuerpo en búsqueda de sensaciones que les indique que la crisis va a repetirse, amplificándolas y connotándolas como amenazantes y catastróficas (13). En algunas psicosis, y más frecuentemente en los pródromos de la descompensación, los pacientes pueden somatizar manifestando quejas físicas, generalmente descritas de forma bizarra y asociadas a fenómenos de despersonalización (3). Cuando la somatización es el síntoma principal, es decir, que lo que predomina en el cuadro clínico del paciente es la presencia de síntomas físicos no intencionales que sugieren una condición médica general, pero que no se pueden explicar fisiopatológicamente, el diagnóstico debe ser el de *trastorno somatomorfo*, que de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) se clasifican en: trastorno de somatización, trastorno por conversión, hipocondriasis, trastorno por dolor, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatomorfo no especificado y trastorno somatomorfo indiferenciado (6).

Trastorno de somatización

El trastorno de somatización, cuya base histórica es el síndrome de Briquet, se presenta con una prevalencia cercana al 2% en la población general, siendo más frecuente en mujeres en edad media. Inicia en la adolescencia, presenta un curso crónico (varios años) y fluctuante

y la extensa historia médica de consultas a diferentes especialistas por síntomas médicos inexplicables es la regla (14-17). Usualmente la descripción de los síntomas por parte de las pacientes es vaga, dramática, el relato puede estar cargado de ansiedad y en ocasiones de queja y demanda, al considerar que los médicos son incapaces de precisar un diagnóstico y encontrar la causa orgánica de sus dolencias. Sus criterios diagnósticos se exponen en la figura 2 (6).

La comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y distimia es hasta del 87%, con el trastorno de pánico 45% y con fobias simples 39%; los trastornos de personalidad

asociados con mayor frecuencia son el evitativo, el paranoide, el histriónico y el antisocial (3,18,19). Las pacientes suelen tener historia de relaciones interpersonales pobres y deficientes, conductas disruptivas, escasa adaptación social y laboral y antecedente de abuso sexual en la infancia (20,21). Los principales diagnósticos diferenciales son (3, 22- 25):

- * Enfermedades sistémicas que cursan con síntomas originados en diferentes órganos: *lupus eritematoso sistémico* (dolor abdominal, dolor articular, ileo, convulsiones, síntomas psicóticos, neuropatía, mielitis transversa); *esclerosis múltiple* (debilidad, parestesias, vértigo, deterioro visual, disartria, incontinencia); *hiperparatiroidismo* (dolores abdominales secundarios a pancreatitis o cálculos renales, náuseas, vómitos, úlcera péptica, estreñimiento, cefalea, convulsiones, letargia, pérdida de memoria, depresión, debilidad muscular, parestesias, poliuria, polidipsia); *porfiria intermitente aguda* (dolor abdominal intermitente, náuseas, vómito, neuropatía autonómica y periférica (parálisis), debilidad proximal, convulsiones, síntomas psicóticos).
- * Trastornos de ansiedad: especialmente el trastorno de pánico, pues se puede presentar con gran número de quejas somáticas; los síntomas físicos generalmente están limitados al momento de la crisis.
- * Trastornos depresivos leves y moderados con síntomas somáticos, que al igual que en el trastorno de pánico, la sintomatología física está presente durante el episodio.
- * Esquizofrenia con ideación delirante somática.
- * Trastornos facticios con predominio de síntomas somáticos.
- * Simulación.
- * Otros trastornos somatomorfos.

Trastorno conversivo

La conversión es el proceso mediante el cual una persona convierte involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo o ambos (2). Raramente se presenta en niños menores de diez años o en adultos mayores de treinta y cinco, es también más frecuente en las mujeres, con una proporción hasta de 10 a 1, estando relacionada su aparición con eventos vitales altamente estresantes para el individuo (26-29). Puede cursar con la "bella indiferencia" que se refiere a la paradójica e inapro-

- A. Historia de múltiples quejas somáticas** que inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios** que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción)
 2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (náuseas, distensión abdominal, vómitos sin embarazo), diarrea o intolerancia a los alimentos.
 3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (desinterés en el sexo, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, sangrado excesivo, vómitos durante el embarazo).
 4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (conversión, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; pérdida de la conciencia diferente al desmayo).
- C. Cualquiera de las dos características** siguientes:
1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. Ej., drogas o fármacos)
 2. En presencia de una enfermedad médica, los síntomas rebasan lo esperado para la historia clínica, examen físico a hallazgos de laboratorio.
- D. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados** (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

FIGURA 2. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Somatización (DSM IV-TR)

piada ausencia de preocupación y ansiedad que muestran los pacientes frente a los síntomas, se observa en adultos, no en niños o adolescentes quienes reaccionan con miedo y desesperanza frente a los déficits neurológicos. En la actualidad, la "bella indiferencia" no hace parte de los criterios diagnósticos del trastorno, pero en la práctica clínica diaria puede ser un elemento adicional a tener en cuenta cuando se considera el diagnóstico de conversión. Tampoco es patognomónica, pues algunos pacientes con enfermedad neurológica tradicional pueden presentarla (30). Los criterios diagnósticos según el DSM IV-TR se resumen en la figura 3 (6).

Uno o más síntomas o déficit que afecten las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

- A. Se considera que los factores biológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- B. El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- C. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o una experiencia culturalmente normales.
- D. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- E. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

FIGURA 3. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Conversión (DSM IV-TR)

Como los síntomas conversivos no tienen una base fisiopatológica, es posible encontrar inconsistencias al examen neurológico de los pacientes pues no existe una correspondencia neuroanatómica. Las formas más frecuentes de conversión y algunas de las inconsistencias que se pueden observar son (31-33):

- * *Debilidad muscular.* Frecuentemente se presenta en todo un hemicuerpo más que en una única extremidad. La debilidad no sigue patrones anatómicos, por lo que se pueden encontrar variaciones sutiles de un examen físico a otro. Es posible observar que la "parálisis" de

una extremidad causa contracción de los grupos musculares opuestos, la no presencia de atrofia muscular, normalidad en los reflejos osteotendinosos y resistencia muscular discontinua.

- * *Síntomas sensoriales.* El paciente pierde la sensibilidad de una o varias partes del cuerpo, no siempre las alteraciones siguen la distribución de los dermatomas. Pueden presentarse parches discretos de anestesia, o pérdida hemisensorial que pasan la línea media.
- * *Síntomas visuales.* Incluyen diplopía, defectos del campo visual, visión en túnel, ceguera bilateral. Los reflejos pupilares pueden estar intactos y en pacientes con aparente ceguera se puede observar nistagmus optoquinético.
- * *Pseudoconvulsiones.* El paciente presenta movimientos tónico-clónicos muy similares a los de los trastornos convulsivos, de hecho es el síntoma más difícil de distinguir de sus equivalentes orgánicos. Durante los ataques hay marcado compromiso de los músculos del tórax, con opistótonos y movimientos rotatorios de la cabeza o del cuerpo, los movimientos de las extremidades son al azar, se incrementan cuando se intenta aplicar restricción física, la cianosis es rara, los reflejos pupilares y corneal suelen estar presentes, la mordedura de la lengua y la incontinencia urinaria son raras y los episodios ocurren más frecuentemente frente a otras personas y no en solitario o mientras se está durmiendo. Del 5% al 35 % de los pacientes con pseudocrisis tienen epilepsia diagnosticada.
- * *Trastornos de movimiento.* Mioclonos, parkinsonismo, distonías, disquinesias y temblores.

Las inconsistencias que se buscan al examen físico son para realizar el diagnóstico y no para desenmascarar al paciente pues como se ha expuesto insistentemente, en los trastornos somatomorfos no media la intencionalidad. Un ejemplo de trastorno por conversión es el futbolista que falla un *penalti* definitivo frente a miles de espectadores y días antes del siguiente partido se presenta al servicio de urgencias por la imposibilidad real de mover las piernas; al preguntársele qué opina de haber fallado el disparo argumenta: "estoy tranquilo, eso le pasa a cualquiera, es una lástima no poder jugar este partido para poder desquitarme...ahora lo más importante es mi salud física"; en su interior teme volver a equivocarse nuevamente, sufrir el rechazo de los demás y ser marginado del equipo titular (así como temía el rechazo, castigo y abandono de

su padre en la infancia), pero cambia este temor por el de no poder volver a caminar, eludiendo así enfrentar su conflicto psicológico. A los pocos días recobra la movilidad de sus miembros inferiores, sin que se encontraran alteraciones en los exámenes paraclínicos realizados. El temor pasó, así como la parálisis, pero muy seguramente ante situaciones futuras que impliquen rechazo y abandono, aparecerá el mismo síntoma o algunos similares. En el trastorno de conversión los síntomas generalmente aparecen de forma súbita, su duración es corta y la recurrencia es común. Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son (3,34-36):

- * Condiciones médicas generales que cursan con los síntomas o déficits mostrados por los pacientes. Los síntomas conversivos pueden presentarse en personas con enfermedad documentada como pseudocrisis en pacientes con epilepsia.
- * Trastornos del afecto, de ansiedad y psicóticos
- * Trastornos disociativos pues en ocasiones éstos sugieren disfunción neurológica.
- * Trastorno facticio.
- * Simulación.
- * Otros trastornos somatomorfos.

Cuando los síntomas aparecen de forma súbita, se logra identificar un evento precipitante, hay historia de buena salud premórbida y ausencia de enfermedad psiquiátrica o médica, el pronóstico se considera favorable. Si por el contrario lo que predomina son las pseudocrisis, los temblores y la amnesia, el pronóstico se empobrece (3,37).

Hipocondriasis

La característica principal de este trastorno es la creencia persistente de tener una enfermedad seria no diagnosticada, basada en la inadecuada interpretación de síntomas o de sensaciones corporales, que no se modifica a pesar de la comunicación médica que no existe tal enfermedad (6). La prevalencia en la práctica médica general es del 4% al 9%, es igual para hombres y mujeres, se presenta en todas las edades especialmente en adultos jóvenes y el antecedente de enfermedades graves en la persona o en sus familiares es frecuentes (38). En la figura 4 se muestran los criterios diagnósticos según el DSM IV-TR (6).

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave** a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La **preocupación persiste** a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A **no es de tipo delirante** (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca **malestar clínicamente significativo** o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos seis meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.
- Especificar si **poca conciencia de enfermedad**: durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

FIGURA 4. Criterios Diagnósticos para Hipocondría (DSM IV-TR)

La amplificación somatosensorial, es decir, la tendencia a experimentar las sensaciones corporales como intensas, nocivas y perturbadoras es común (8). La preocupación puede ser con experiencias transitorias como latidos, fasciculaciones, mareos, etc., con estados anormales triviales como tos o cefalea, o con patologías previamente diagnosticadas. Cualquier sensación o síntoma puede tomarse como evidencia de la enfermedad que se cree padecer. En la hipocondría la sensibilidad a las sensaciones corporales es mayor que en los demás trastornos somatomorfos, hasta el punto que algunos autores la consideran como un rasgo constitucional (3,39). La utilización de los servicios de salud es alta y el riesgo de potenciales daños iatrogénicos está siempre presente, debido al elevado número de exámenes médicos y paraclínicos a que son sometidos estos pacientes. El curso del trastorno es crónico y su detección generalmente es tardía (40,41). Los principales diagnósticos diferenciales son (3,42-44):

- * *Condiciones médicas generales en estadios iniciales*: enfermedades reumatológicas, inmunológicas, endocrinas y neurológicas pueden presentarse en un comienzo, con síntomas muy sutiles y que pueden parecer inconexos.
- * *Enfermedades psiquiátricas que cursan con preocupaciones somáticas* como depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo) y trastorno de somatización.

* *Trastornos psicóticos* que incluyen la esquizofrenia y el trastorno de ideas delirantes persistentes de tipo somático. En este último, el paciente tiene la firme convicción de tener una enfermedad grave y a diferencia de lo que ocurre en la hipocondría, la persona no considera la posibilidad que la enfermedad no esté presente.

Trastorno por dolor

Se presenta cuando el síntoma principal del paciente es dolor en uno o más sitios anatómicos del cuerpo, lo suficientemente severo para ameritar consulta médica. Hay marcada interferencia con el funcionamiento habitual del individuo, pues el síntoma se convierte en una preocupación permanente y se logra establecer que los factores psicológicos son los principales responsables en la iniciación, intensificación y mantenimiento del síntoma (6). La prevalencia es desconocida, inicia a cualquier edad, la comorbilidad con depresión es alta, tiende a la cronicidad y el pronóstico es pobre especialmente cuando se complica con dependencia iatrogénica a analgésicos narcóticos o a benzodiazepinas (3,45-47). Se ha descrito como la “enfermedad de las Ds” ya que cursa con: **d**iscapacidad, **d**ependencia emocional, **d**esmoralización, **d**epresión, **d**ramatismo en la presentación de la enfermedad y **d**ependencia a analgésicos (3). Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM IV-TR se reúnen en la figura 5 (6).

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el **dolor localizado** en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca **malestar clínicamente significativo** o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionalmente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación o en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Agudo: duración menor a seis meses

Crónico: duración igual o superior a seis meses

FIGURA 5. Criterios Diagnósticos para Trastorno por Dolor según DSM IV-TR

El diagnóstico diferencial debe realizarse con trastornos depresivos con síntomas somáticos, trastornos de ansiedad, psicosis con ideación delirante somática, estados disociativos, trastornos sexuales por dolor, simulación, trastornos facticios, trastornos de personalidad y otros trastornos somatomorfos (3,48-51).

Trastorno dismórfico corporal

También llamado dismorfofobia, se presenta cuando el síntoma principal del paciente es la preocupación exagerada por un defecto físico imaginario, en una persona con apariencia normal (6). La prevalencia del trastorno no se conoce, inicia en la adolescencia y frecuentemente se asocia con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En la mayoría de pacientes la preocupación se centra en la cara, la forma de la nariz, la voz, la mandíbula y la presencia o distribución del pelo. La intensidad de los síntomas es variable y el trastorno en general tiende a la cronicidad (3,4,6,52,53).

La preocupación del trastorno dismórfico corporal puede ser muy difícil de distinguir de una ideación delirante, pues quienes lo padecen continúan convencidos de la deformidad, a pesar de las evidencias de realidad dadas por familiares y profesionales. También se dificulta diferenciarlo de una idea obsesiva, porque los pacientes pueden pasar largas horas frente al espejo, chequeándose una y otra vez el supuesto defecto (54,55). Los criterios diagnósticos se presentan en la figura 6 (6).

- A. Preocupación por algún **defecto imaginado** del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca **malestar clínicamente significativo** o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nervosa).

FIGURA 6. Criterios Diagnósticos para Trastorno Dismórfico Corporal según DSM IV-TR

El diagnóstico diferencial se debe realizar con (6,54-58):

* *Preocupaciones físicas normales.* Debido a influencias culturales las personas no siempre están a gusto con su apariencia física, por lo que es posible que se preocupen, a veces en exceso, por rasgos físicos no acordes con

el prototipo de belleza social. La diferenciación con la dismorfofobia se puede realizar teniendo en cuenta el grado de preocupación, el convencimiento de tener el defecto y la interferencia con el funcionamiento.

- * *Trastorno delirante de tipo somático.* En éste trastorno la preocupación y el convencimiento de tener el defecto alcanza una intensidad delirante pues la persona no admite razonamientos lógicos, ni admite duda alguna respecto a la supuesta deformidad.
- * *Trastorno obsesivo compulsivo.* La idea de preocupación por tener el defecto puede hacerse repetitiva, consumir tiempo y ser altamente ansiogénica.
- * *Otros diagnósticos del eje 1 del DSM IV-TR que cursen con preocupaciones acerca de la apariencia corporal.* Como trastornos del afecto, esquizofrenia crónica, trastornos mentales secundarios a condición médica, etc.

Trastorno somatomorfo indiferenciado y no especificado

Son categorías residuales reservadas para aquellos pacientes que no cumplen por completo los criterios de alguna de las categorías para los trastornos somatomorfos específicos. Se resumen en las figuras 7 y 8 (6).

- A. Uno o más síntomas físicos** (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características** siguientes:
1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación).
 2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo** o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D. La duración del trastorno es de al menos seis meses**
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental** (p. Ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño o trastorno psicótico).
- F. Los síntomas no se producen intencionalmente ni son simulados.**

FIGURA 7. Criterios Diagnósticos para Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (DSM IV-TR)

En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico. Los ejemplos incluyen:

1. **Pseudociesis.** Creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal (sin protrusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamarias y dolores "apropiados" el día esperado del parto
2. Un trastorno que implique **síntomas hipocondríacos no psicóticos** de al menos seis meses de duración.
3. Un trastorno con **síntomas físicos no explicados** (por. Ej., cansancio o debilidad muscular) de menos de seis meses de duración que no sea debido a otro trastorno mental.

FIGURA 8. Criterios Diagnósticos para Trastorno Somatomorfo no Especificado

Simulación y trastorno facticio

Aunque no hacen parte de los trastornos somatomorfos, la simulación y el trastorno facticio deben considerarse siempre que se esté evaluando un paciente con síntomas médicos inexplicables. En la *simulación* las personas inventan los síntomas y engañan con el propósito de obtener algún beneficio (evadir el servicio militar, no asistir al trabajo, recibir dinero, escapar de la cárcel, etc.), o también exageran los síntomas de una patología pre-existente, conociendo claramente el porqué de su conducta. El diagnóstico se realiza una vez se han descartado todos los demás posibles diagnósticos y en lo posible se deben identificar los incentivos externos que motivan el engaño; las pruebas psicológicas, especialmente el MMPI, suelen ser de gran ayuda (59,60-62).

En el *trastorno facticio*, por el contrario, los pacientes inventan los síntomas, saben que están engañando, pero no saben porqué lo hacen. Su motivación es entonces inconsciente y se cree que lo que buscan es asumir el rol de "enfermo" y lo que esta condición significa por sí misma: ser objeto de múltiples cuidados, ser tratado con amabilidad, con respeto, ser tenido en cuenta por los diferentes profesionales, etc. (63). La variante más grave del trastorno facticio es el síndrome de Munchausen, en el que los pacientes se someten voluntariamente a procedimientos diagnósticos invasivos y a múltiples cirugías, manipulando de tal forma el medio, que terminan autolesionándose. Son pacientes que consultan generalmente a hospitales universitarios donde hay estudiantes fáciles de engañar, en horarios de cambio de turno y especialmente los fines de semana, cuando no están disponibles los especialistas. Peregrinan de hospital en hospital para no ser descubiertos

TABLA 1. Motivación y producción de síntomas

	Trastorno somatomorfo	Simulación	Trastorno facticio
Motivación	Inconsciente (Manejar un conflicto psicológico por medio de síntomas físicos)	Consciente (Obtener una ganancia externa, un incentivo)	Inconsciente (Asumir el rol de enfermo y lo que éste representa)
Producción de síntomas	Inconsciente (Por medio de somatización o conversión)	Consciente (Por medio del invento o exageración de síntomas previos.)	Consciente (Por medio del invento o exageración de síntomas previos, en ocasiones sometiéndose a procedimientos invasivos)
Intención de engañar al personal de salud	NO	SI	SI
Experimentación real de los síntomas	SI	NO	NO

y el diagnóstico se realiza cuando confiesen el engaño, o cuando son sorprendidos contaminando jeringas, o las muestras de laboratorio, o con posesión de medicamentos inusuales e innecesarios dentro de sus pertenencias personales. El paciente intencionalmente engaña, pero no sabe para qué (63,64-66). En la tabla 1 se muestra las diferencias en cuanto a motivación y producción de síntomas entre trastornos somatomorfos, simulación y trastornos facticios.

Recomendaciones para el tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfos

1. El abordaje bio-psico-socio-cultural en estos pacientes debe ser la regla.
2. La paciencia debe ser aliada del médico tratante.
3. Antes de diagnosticar a un paciente con un trastorno somatomorfo se deben descartar todas las causas orgánicas que puedan explicar los síntomas.
4. No se deben solicitar pruebas diagnósticas y de laboratorio en exceso, pues esta práctica refuerza la conducta patológica de los pacientes y perpetúa la sintomatología.
5. La investigación diagnóstica debe ser exhaustiva pero racional.
6. El seguimiento a los pacientes es mandatorio, pues estudios longitudinales han mostrado que pacientes diagnosticados en un primer momento con un trastorno somatomorfo desarrollaron posteriormente enfermedades médicas que explicarían los síntomas de "somatización" (3).
7. Una vez descartadas todas las causas orgánicas de los síntomas se debe realizar el diagnóstico de trastorno somatomorfo de la forma más precisa posible, teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales para

cada patología, así como el trastorno de simulación y trastorno facticio.

8. La comunicación del diagnóstico al paciente y a la familia se debe hacer de forma clara, precisa, con respeto y consideración. El que la causa de la sintomatología sea psicológica, no descalifica a la persona ni lo excluye de la atención médica.
9. Se deben evitar frases como "usted no tiene nada", "todo está en su mente", "es psicológico", etc., pues son altamente agresivas para quien, en caso de padecer un trastorno somatomorfo, está experimentando los síntomas.
10. Aún en casos de simulación y de trastorno facticio, los pacientes requieren de ayuda profesional.
11. Al remitir a psiquiatría se le debe explicar al paciente el motivo de la remisión, y en lo posible, se le debe asignar una cita de control para un adecuado seguimiento.

Conclusiones

La somatización es un fenómeno psicológico complejo que incluye no solo el mecanismo inconsciente de defensa como tal, si no una serie de conductas patológicas por parte de los pacientes. Es frecuente en la práctica médica, especialmente en áreas de atención primaria y su diagnóstico es un reto para el médico, pues la búsqueda etiológica de los síntomas demanda tiempo, paciencia, conocimientos y experticia; concluir que la etiología de los síntomas físicos es psicológica no es tarea fácil.

Se deben descartar todas las posibles causas orgánicas de los síntomas sin caer en excesos y una vez se haya determinado que la sintomatología corresponde a un proceso de somatización, el médico debe, no solo realizar el diagnóstico de acuerdo a la clasificación, si no

comunicárselo al paciente de la forma mas respetuosa y empática posible. La interconsulta a psiquiatría para corroborar el diagnóstico y recibir el tratamiento adecuado es mandatoria, recordando que la remisión no significa que el paciente no deba volver donde su médico tratante, ya que el manejo debe ser conjunto, procurando una atención integral al paciente pues lo psicológico no excluye lo orgánico.

Referencias

- Lipowski Z J. Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry* 1988;145(11):1358-1367.
- Gabbard G O. Long term psychodynamic psychotherapy: a basic text. American Psychiatric Publishing Inc. First edition. Arlington V.A.2004.
- Abbey S E. Somatization and somatoform disorders. En: Wise M., Rundell J., editores. *Textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing, Inc. Second Edition. Washington D.C.,2002: p.361-92.
- Vásquez F., Corlay I. Trastornos somatoformes y facticios. Interistemas, S.A. de C.V. México D.F.,2002.
- Wright J, Basco M, Thase M. Learning cognitive behavior-therapy. American Psychiatric Publishing Inc. Arlington V.A., 2005.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, DSM IV-TR Fourth edition (Text revision). Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
- Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. Seventh edition. Baltimore. 2000.
- Simon G E, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*. 1999;34(18):1329-1335.
- Kroenke K, Jackson J L, Chamberlein J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with psysical complaints: clinical predictors and outcome. *American Journal of Medicine*. 1997;103(5):339-347.
- Tone T H, Mykletun A, Dahl A. The association between anxiety, depression and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine* 2004;66(6):845-851.
- Reeves R, Torres R. Exacerbation of psychosis by misinterpretation of physical symptoms. *Southern Medical Journal*. 2003;96(7):702-704.
- Smith G R. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorder, somatization or pain. *General Hospital Psychiatry*. 1992; 14(4):265-272.
- Craske M G, Tsao J C. Self-monitoring with panic and anxiety disorder. *Psychological Assessment*. 1999;11(4): 466-479.
- DeSouza C, Othmer E. Somatization disorder and Briquet's Syndrome. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(4):334-336.
- Escobar J I, Gara M, Silver R C, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatization disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 1998;173(3):262-266.
- Grabe H J, Meyer C, Hapke U, Rumpf H J, Freyberge H J, Dilling. Specific somatoform disorder in general population. *Psychosomatics*. 2003;44(4):304-311.
- Smith R C, Gardiner J C, Lyles J S, Sirbu C, Dwamena F C, Hodges A. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medical unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67(1):123-129.
- Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorder and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(9): 860-863.
- Hudziak J J, Boffeli T J, Kreisman J J, Battaglia M M, Stanger C, Guze S B. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996;153(12):1598-1606.
- Barsky A. Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*. 1992;33(1): 28-34.
- Brown R, Schrag A, Trimble M. Dissociation childhood, interpersonal trauma and family functioning in patients with somatoform disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(5):899-905.
- Servan-Schreiber D, Kolb N R, Tabas G. Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. *American Family Physician* 2000;61(4):1073-1078.
- McCarron R M. Somatization in the primary care setting. *Psychiatric Times* 2006;23(6):32-34.
- Armenian medical network. Differential diagnosis of somatization disorder and undifferentiated somatoform disorder. Updated 2007 Dec 6. Disponible en www.health.am/psy/more/differential_diagnosis_of_sdsud/
- Mai F. Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49(10):652-62
- Pehlivanurk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: A four-year follow-up study. *The Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(4):187-191.
- Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene F C, Hoogduin K A. The impact of early trauma and recent life events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(8):508-514.
- Owens C, Dein S. Conversion disorder: the modern hysteria. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(2):152-157.
- Bathia M, Sapra S. Pseudoseizures in children: A profile of 50 cases. *Clinical Pediatrics*. 2005;44(7):617-621.
- Stone J, Smyth R, Carson A, Sharp M. La belle indifference in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2006;188(3):204-209.
- Marshal S A, Landau M E, Carrol C G, Schwieters B. Conversion disorders. Updated 2008 Dec 08.
- Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/287464-overview>
- Aybeck S, Kanaan R, David A S. The neuropsychiatry of conversion disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008;21(3):275-280.
- Cragar D E, Barry D T, Fakhowry T A, Cibula J E, Schmitt F A. A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and non epileptic seizures. *Neuropsychology Review*. 202;12(1):31-64.
- Health Grades Network. Conversion disorder. Updated 2009 May 6. Disponible en www.wrongdiagnosis.com/c/conversión_disorder/misdiag.htm
- Hurwitz T. Somatization and conversion disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(2):172-178.
- Mohan I, Prabhat K. Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006;19(1):61-66.
- Mayo Clinic Staff. Conversion Disorder. Updated 2009 Feb 06. Disponible en www.mayoclinic.com/health/conversion-disorder/DS00877
- Barsky A. The patient with hypochondriasis. *New England Journal of Medicine*. 2001;345(19):1395-1399.
- Fava G A, Grandi S. Differential diagnosis of hypochondrial fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 191;55(2-4):114-119.

41. Olde Hartman T, Borghuis M S, Lucassen P L, Van der Laer F A, Spec-
kens A E, Van Welch. Medically unexplained symptoms, somatization
disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic
review. *The Journal of Psychiatric Research*. 2009;66(5):763-777.
42. Sirri L, Grandi S, Fava G A. The Illness Attitude Scale a clinimetric
index for assessing hypochondrial fears and beliefs. *Psychotherapy
and Psychosomatics*. 2008;77(6):337-350.
43. Abramowitz J S, Olatunji B O, Deacon BJ. Health anxiety, hypochon-
driasis and the anxiety disorders. *The Journal of Behavior Therapy
and Experimental Psychiatry*. 2007;38(1):86-94.
44. Abramowitz J S, Braddock A E. Hypochondriasis: conceptualization,
treatment and relationship to obsessive compulsive disorder. *Psy-
chiatric Clinics of North America*. 2006;29(2):503-519.
45. Opjordsmoen S. Hypochondrial psychosis: a long term follow-up.
Acta Psychiatr Scand. 2007;77(5):587-597.
46. Henningsen P, Löwe B. depression, pain and somatoform disorders.
Current Opinion in Psychiatry. 2006;19(1):19-26.
47. Grella C, Karno M P, Warda U S, Niv N, Moore A. Gender and comorbi-
dity among individuals with opioid use disorder in the NESARC study.
Addictive Behaviors. 2009;34(6-7):498-504.
48. Rustoen T, Klopstad A, Rokne B, Lerdal A, Steven P, Miaskowski C.
Age and the experience of chronic pain: differences in health and
quality of life among younger, middle aged and older adults. *Clinical
Journal of Pain*. 2005;21(6):513-523.
49. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill. *American Journal
of Psychiatry* 1986;143(6):696-705.
50. Williams A C. Depression in chronic pain: mistaken models, missed
opportunities. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*.
1998;27(2):61-80.
51. Fishbain D, Cutter R, Rosomoff H. Comorbid psychiatric disorders in
chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain* 1998;11(1):79-87.
52. Dersh J, Polatin P B, Gatchel R J. Chronic pain and psychopathology:
research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic
Medicine*. 64 2002;(5):773-786.
53. Albertini R S, Phillips K A. 33 cases of body dysmorphic disorder in
children and adolescents. *The Journal of the American Academy of
Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(4):453- 459.
54. Phillips K A, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic char-
acteristics, phenomenology, comorbidity and family history in
200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*.
2005;46(4):317- 325.
55. Phillips K A, Gundersen C G, Mallya G, Mc Elroy S L, Carter W. A
comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive com-
pulsive disorder. *Journal Clinic of Psychiatry*. 1998;59(11):568- 575.
56. Phillips K A, Stunt R. Association in the longitudinal course of body
dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive
disorder and social phobia. *The Journal of Psychiatric Research*.
2005;40(4):360-369.
57. Jakubietz M, Jakubietz R, Kloss D, Gruenert J. Body dysmor-
phic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg*.
2007;119(6):1924-1930.
58. Phillips K A. Psychosis in body dysmorphic disorder. *The Journal of
Psychiatric Research*. 2004;38(1):63-72.
59. Castle D, Rossell S L. An update of body dysmorphic disorder.
Current Opinion in Psychiatry. 2006;19(1):74-78.
60. McDermott B, Feldman M. Malingering in the medical setting. *Psy-
chiatric Clinics of North America* 2007;30(4):645-662.
61. Walters G D, Rogers R, Berry D T, Miller H A, Duncan S A, McCusker
P J, Payne J W, Granacher R P. Malingering as a categorical or dimen-
sional construct: the latent structure of feigned psychopathology as
measured by the SIRS and MMPI-2. *The Journal of Psychological
Assessment*. 2008;20(3):238-247.
62. Berry D, Baer R, Harris M. Detection of malingering on the MMPI:
a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 1991;11(5):585-598.
63. Ford E. Lie detection: historical, neuropsychiatric and legal
dimensions. *The International Journal of Law and Psychiatry*.
2006;29(2):159-177.
64. Ford C V, Feldman M D. Factitious disorder and malingering. En:
Wise M.G, Rundell J., editores. *Textbook of consultation-liaison
psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington D.C: Amer-
ican Psychiatric Publishing, Inc. Second Edition. Washington D.C.
2002:519-534.
65. Huffman J C, Stern T. The diagnosis and treatment of Munchausen
syndrome. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(5):358-363.
66. Turner T, Reid S. Munchausen syndrome. *Lancet*. 2002;359(9303):346-
349.
67. Fink P, Jensen J. Clinical characteristics of the Munchausen syndrome.
A review and 3 new case histories. *Psychotherapy and Psychoso-
matics*. 1989;52(1-3):164-171.