

Trastornos somatomorfos

Navarro Ovando Leonel*

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos que en las clasificaciones se encuadran dentro del enfoque diagnóstico, como trastornos somatomorfos, constituyen un volumen importante de casos registrados en los primeros niveles de atención médica, aunque representan una dificultad diagnóstica por las similitudes de sus características clínicas. A lo largo del tiempo y bajo distintas concepciones se han tenido en cuenta estos padecimientos, influyendo casi siempre la conceptualización de mente-cuerpo y sus relaciones en su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Trastornos psiquiátricos, trastornos somatomorfos, mente-cuerpo.

Somatoform disorders

ABSTRACT

The psychiatric disorders that are classified as somatoform disorders in the categorial systems represent a great number of registered cases in primary medical care. Although, there's a diagnostical difficulty because of the similar clinical characteristics. Along the time and under different conceptions these diseases have been considered, influencing almost always the concept of mind-body and their relations in their diagnostic and treatment.

Key words: Psychiatric disorders, somatoform disorders, mind-body.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos somatomorfos son entidades que no se comprenden totalmente, que no se han investigado lo suficiente para entender su etiología y su fisiopatología, a pesar de que las investigaciones recientes nos dicen que la somatización es extremadamente frecuente en el contexto médico (principalmente en el primer nivel de atención) y que se ha relacionado con otros padecimientos psiquiátricos, como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, adaptativos etcétera.

ANTECEDENTES

En la antigüedad, en la época de los griegos, mente y cuerpo no eran vistos como entidades separadas. La enfermedad era explicada como consecuencia del disgusto de una deidad, como se refiere en la *Ilíada* de Homero, o como falta a un ritual obligatorio. Así la enfermedad era concebida con un origen divino y probablemente vinculada con creencias mágicas como la brujería.

Heráclito hizo la distinción entre cuerpo y alma 500 años antes de Cristo, posteriormente, en la medicina hipocrática situada entre los siglos IV y V a.C., la etiología se movió de lo divino a una explicación natural con la teoría humoral.

De acuerdo con Veith, los síntomas físicos de una calidad sexual intrínseca, fueron atribuidos por los antiguos egipcios y posteriormente por los griegos como un útero

errante, el tratamiento era dado por un sacerdote. No obstante, King señala que la etiqueta de histeria fue inventada después de la era de Hipócrates.

La hipocondriasis también existe descrita desde la antigüedad, se involucra el hipocondrium, una región del abdomen. Hipócrates y Galeno mencionaban como causa un exceso de bilis negra, relacionándola con la melancolía, donde se mezclaba con la depresión, ansiedad y síntomas físicos.

Siglo XVII

Desde la antigüedad hasta la segunda mitad del siglo XVII el pensamiento occidental atribuyó la enfermedad al cuerpo, no a la mente. En la tradición cristiana el alma no podía estar enferma como se refiere a Dios y la eternidad. Sin embargo, la enfermedad podría expresarse por sí misma en lo que nosotros actualmente llamamos síntomas psicológicos, que fueron considerados por tener etiología orgánica. En el renacimiento la noción de histeria entró en el lenguaje médico en la Europa occidental como una enfermedad que sólo ocurría en mujeres y era causado, como en otras épocas, por el útero errante.

En 1637, Descartes desarrolló un método científico para el uso de la mente, por lo tanto, introdujo un escrutinio sistemático del proceso mental, esto fue nuevo, ya que anteriormente se consideraba como resultado de procesos del alma.

En 1682, Sydenhan sugirió que la histeria y la hipocondriasis eran la misma enfermedad, ocasionadas en la mujer y el hombre, respectivamente, ambas con origen en el espíritu animal. El interés en los factores socia-

* Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

les contribuyendo en la etiología de la enfermedad fue creciente, especialmente poco antes de la Revolución Francesa.

Siglo XVIII

En el siglo XVIII todavía se consideraba a la ansiedad y la depresión como síntomas físicos. En el concepto de enfermedad, mente y cuerpo no eran considerados como entidades separadas, y los síntomas psicológicos no tenían nombre independiente. La etiología de la hipocondriasis fue considerada como biológica, atribuida por Tissot a una alteración de la digestión. Sims fue el primero en especificar que la histeria, la hipocondriasis y la melancolía eran diferentes, utilizando la descripción de síntomas psicológicos para diferenciarlas.

Siglo XIX

En el siglo XIX, Henroth, un mentalista, descartó una operación independiente de la mente y consideró sus desórdenes como puramente trastornos físicos, algunos años más tarde, el también mentalista Von Feuchtersleben introdujo el término psicosis y sugirió un origen mental.

Briquet analizó a 430 pacientes con histeria durante un periodo de 10 años y encontró que era más frecuente en mujeres de clases sociales bajas, además de hombres y que no era causado por el útero errante. Briquet sugirió el papel del cerebro en la etiología, pero en su descripción no lo refirió a la mente, por lo que fue considerado como algo biológico. Su trabajo puede ser visto como un intento de integrar los aspectos biopsicosociales de la histeria.

La descripción de Freud de pacientes con neurosis histérica refiere manifestaciones de quejas somáticas. Con su meticulosa descripción de los pacientes, sus síntomas, sus emociones y sus actitudes, así como también la etiología de la enfermedad, creó un método descriptivo de procesos mentales no explicados antes, en sus descripciones de experiencias subjetivas, sentimientos, etc. Puso especial énfasis en que esto fuera un intento de práctica del método científico médico, por lo que su abordaje fue completamente nuevo y controversial. Inicialmente Freud pensó que los traumas psicológicos en la infancia eran etiológicos, más tarde abandonó esa teoría y propuso que los deseos jugaban un papel mayor y que las quejas somáticas podían ser el resultado de problemas mentales, esto lo llevó a la conceptualización de somatización. Freud también se enfocó sobre las circunstancias sociales, los pacientes a menudo se volvían dependientes de sus terapeutas o mostraban dificultades al tratamiento, hallazgos que lo llevaron a elaborar los conceptos de transferencia y resistencia.

Un ejemplo del desarrollo de una entidad perteneciente solamente a aspectos biológicos fue la neurastenia, (Asociación de Neurología de los Estados Unidos 1969), lo que suplantó al diagnóstico de hipocondriasis, se le atribuían numerosas quejas físicas, entre ellas la fatiga, el agotamiento nervioso causado por factores sociales como trabajos forzados o ruidosos.

Siglo XX

En el siglo XX mente y cuerpo son considerados como entidades separadas, pero relacionadas que influyen e interactúan entre sí, lo anterior reflejado en que los factores biológicos no son considerados problemas mentales y viceversa. Los intentos para explorar la relación mente-cuerpo en medicina psicosomática y psicoimmunología han encontrado una reflexión en un gran número de enfermedades.

En el DSM III no aparecieron más la histeria y la neurastenia, utilizándose como correspondientes algunos grupos de diagnósticos como trastornos disociativos, trastornos somatoformes e incluso trastornos de personalidad como el histriónico.

Freud intentó describir que los problemas psicológicos inducen síntomas somáticos en la histeria conversiva: "El contenido del manejo de las representaciones completamente inconsciente, en su lugar se vuelve en síntoma, una sobreinervación sensorial o motora o en excitatoria o inhibitoria, éste es el proceso de la histeria.

El término somatización fue introducido por Wilhem Stekel, en 1911, como un proceso en el que los conflictos neuróticos pueden presentarse por sí mismo como un trastorno físico. Meninger describió reacciones de somatización como la expresión visceral de reacciones de ansiedad que puede en esta forma ser inconsciente. Estas nociones etiológicas son de origen psicoanalítico e intentan describir la relación entre lo biológico y lo psicológico.

En 1946, Alexander introdujo el término de psicomatosis, que puede ser visto como otro intento de integrar la mente y el cuerpo en un nuevo modelo.

Fava y cols. hicieron una revisión interesante de las definiciones del DSM IV y la CIE 10 de los trastornos somatomorfos mencionan entre sus deficiencias, algunas características sociales en varias enfermedades dentro de sus criterios diagnósticos que consideraban no poder ser definidas como síndromes psicosomáticos. Esta definición difiere de la propuesta de Kellner e incluye la alexitimia, conducta tipo A, conducta anormal de enfermedad y somatización. A diferencia del concepto clásico de enfermedad psicosomática, el concepto carece de implicaciones patogenéticas, no genera valores clínicos,

pronósticos y terapéuticos y debe ser usada como variable categórica a través de varios padecimientos médicos. La modificación de estos síndromes psicósomáticos por psicoterapia o fármacos podría proveer nuevos prospectos para la investigación psicósomática, sin embargo la etiqueta de somatización inicialmente utilizado como sinónimo de psicósomática sobrevivió a esta discusión y posteriormente recibió un significado distinto.

Lipowski mencionó nuevamente la somatización en una discusión sobre medicina psicósomática, siendo quien había formulado el significado de la somatización Schur afirmó que la regresión del ego, caracterizada por la prevalencia de procesos primarios del pensamiento, pueden resultar en una incapacidad del ego para neutralizar la agresión y esto en turno lleva a respuestas de somatización.

Kaufman mencionó que la libidinización regresiva de un órgano o la fantasía de la función del mismo que volvía a manifestarse en síntomas o signos en somatización. La somatización serían los cambios actuales dentro del órgano o sistema orgánico que pueden traducirse dentro del campo de la conciencia. Rubins definió el proceso de somatización como los mecanismos a través de los cuales, varios elementos de la personalidad son traducidos en somatización.

Lipowski entonces citó a Gitelson, quien críticamente demandó conocer lo que significa la resomatización de varias respuestas y argumentó que esto implica un reemplazamiento parcial de la actividad cognitiva y motora por la actividad que incrementa el sistema nervioso autónomo en repuesta al peligro interno o externo. "Esto no es claro como abordaje psicoanalítico puro o de otra manera no puede ayudar a explicar los mecanismos fisiológicos".

Esto parece ser un ejemplo de las categorías mixtas. Las hipótesis psicológicas pueden ayudar a explicarlas, debido a ciertos mecanismos psicológicos ocurridos en cierta persona en un tiempo determinado, pero no pueden dar algo para entender los mecanismos como tales.

Esto claramente ilustra la incapacidad para relacionar el campo conceptual entre la mente y el cuerpo en un concepto de enfermedad. Es obvio que estos intentos han sido llevados a cabo en medicina psicósomática para formular hipótesis acerca de la forma en que el cuerpo y la mente podrían ser interrelacionados en la producción de síntomas psicósomáticos; pero se reconoce que dichos intentos produjeron ambigüedad. Lipowski concluyó del mismo modo, remarcando que la somatización es un ejemplo de confusión semántica en nuestro campo, esta confusión semántica refleja la subyacente confusión conceptual.

En los 80's varios autores trataron de redefinir la somatización. Kellner hizo una revisión y citó a Katon "Un idioma de distress en que los pacientes con proble-

mas psicosociales y emocionales traducen distress primariamente en sintomatología física; Kleinman y Kleinman mencionan que "La expresión de distress personal y social es un idioma de quejas personales con búsqueda de ayuda médica". Finalmente Bridges y Goldberg definieron con un criterio operacional, donde el paciente atribuye las manifestaciones somáticas a problemas físicos, ubicándola como una enfermedad psiquiátrica que responde a tratamiento.

Kellner y otros concluyeron que la somatización no es una entidad clínica discreta, ni el resultado de un solo proceso patológico o psicológico y que la somatización tiene un corte en diferentes categorías. Mayou sugiere el uso de síntomas médicamente inexplicables en lugar de somatización.

Lipowski hizo un nuevo intento de redefinir la somatización designándola en la tendencia a experimentar, conceptualizar y/o comunicar estados patológicos, estados psicológicos o contenidos como sensaciones corporales, cambios funcionales o metáforas somáticas, él propuso una clasificación y postulo un continuum de reacciones de somatización, clasificándolas como un cambio objetivamente observable, a través de observaciones puramente subjetivas, sensaciones somáticas reportadas a ideas acerca del cuerpo y su uso como un modo de experimentar y comunicar conflictos psíquicos, distress, etc.

Finalmente sugirió la siguiente definición: "Somatización es una tendencia a experimentar y comunicar distress somático y síntomas no explicados por hallazgos patológicos para atribuir la enfermedad física y buscar ayuda médica por ellos.

Los trastornos somatomorfos fueron ubicados por primera vez como una clase de trastornos psiquiátricos en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Esta clase fue creada para facilitar el diagnóstico diferencial de los trastornos caracterizados primariamente por síntomas físicos que sugieren un trastorno físico, por lo tanto, somatomorfo, en los cuales no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y para los que existen pruebas positivas, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos. Con algunas modificaciones, este grupo y el concepto de la enfermedad misma han permanecido en el DSM-III-R (1987) y en el DSM-IV (1994).

En esta categoría diagnóstica se incluyen aquellos trastornos en cuyo cuadro clínico se puede observar de manera típica, como rasgo característico, ciertos síntomas físicos que sugieren una condición médica general y que no son explicados completamente por una enfermedad física ni por los efectos directos de una sustancia con efec-

to sistémico ni por otro trastorno mental. Los síntomas ocasionan ansiedad importante y deterioro significativo en las áreas de funcionamiento social o laboral. Los síntomas presentados no se encuentran bajo control voluntario del paciente, ni son intencionales.

Además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que no existen condiciones médicas generales diagnosticables que expliquen los síntomas. Estos trastornos se encuentran con frecuencia en ambientes de atención médica de primer nivel, pasando frecuentemente subdiagnosticados o confundidos con patologías médicas conocidas. A excepción del trastorno de somatización, no existen datos específicos acerca de la frecuencia de presentación por las dificultades en su diagnóstico.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

La característica principal del trastorno de somatización es la presencia de múltiples molestias físicas que no se pueden explicar por completo mediante factores físicos y que producen la demanda de asistencia médica o un deterioro funcional significativo.

El trastorno de somatización es el trastorno somatomorfo más presente. Es un trastorno polisintomático que afecta a múltiples sistemas. Dos trastornos somatomorfos específicos; el trastorno por dolor y el trastorno por conversión, constituyen los criterios diagnósticos de los trastornos somatomorfos. El trastorno somatomorfo indiferenciado, representa un síndrome similar al trastorno de somatización, pero con unas manifestaciones menos importantes. Desde un punto de vista jerárquico, ninguno de estos trastornos puede ser diagnosticado si los síntomas ocurren durante el curso de un trastorno de somatización. Esta manera de diagnosticar también se aplica a la hipocondría, aunque su validez ha sido cuestionada. El trastorno de somatización es un paradigma excelente para el estudio de los trastornos somatomorfos como una clase.

El trastorno de somatización ha sido el trastorno somatomorfo más rigurosamente estudiado y el mejor validado en términos de su fiabilidad diagnóstica y su estabilidad a lo largo del tiempo. Originalmente designado como histeria, el síndrome fue descrito por primera vez hace 4,000 años, siendo conceptualizado probablemente en Egipto. En la medicina egipcia se creía que el desplazamiento del útero precipitaba los síntomas; su tratamiento consistía en intentar atraer el útero errante hacia su posición original.

Freud se interesó mucho sobre el concepto de histeria. Parece ser que muchos de los principios del psicoanálisis derivaron de observaciones sobre la histeria. Los teóricos psicodinámicos postularon la operación del mecanismo de conversión de defensa del ego en la histeria.

Este mecanismo fue conceptualizado como el que convertía la energía psíquica en síntomas físicos. Con el tiempo, los síntomas de conversión se asociaron con la histeria como es hasta la actualidad, relacionándose con el trastorno histérico de la personalidad. Posteriormente, Stekel acuñó el término somatización, que consideró parecido al concepto de conversión de Freud.

En 1859, Paul Briquet describió en una monografía titulada "Traité, Clinique et Thérapeutique à l'Hystérie" una forma de histeria que podría a la larga constituir la base del trastorno de somatización, como se conceptualiza actualmente. Briquet describió la histeria como un síndrome caracterizado por la presencia de molestias orgánicas dramáticas y excesivas en ausencia de una patología orgánica demostrable. Purcell y cols. recobraron el concepto de Briquet y añadieron una perspectiva cuantitativa al proporcionar una lista de síntomas asociados. Este síndrome de múltiples molestias inexplicadas fue refinado por Perley y Guze.

El cuadro sintomático que se halla en los trastornos por somatización normalmente es inespecífico y puede solaparse con una multitud de trastornos orgánicos. Según Cloninger, existen tres características que son básicas para diferenciar un trastorno de somatización de una patología orgánica:

1. Alteración de múltiples sistemas orgánicos.
2. Inicio precoz y curso crónico con desarrollo de signos físicos y anomalías estructurales.
3. Ausencia de las anomalías características de las pruebas de laboratorio del trastorno orgánico que se sospecha. Estas características deben tenerse en cuenta en aquellos casos cuya etiología no queda clara tras un análisis cuidadoso.

El médico también debe tener en cuenta que ciertos trastornos orgánicos pueden ser confundidos con un trastorno de somatización. Tanto la esclerosis múltiple (EM) como el lupus eritematoso sistémico (LES) pueden presentarse como alteraciones funcionales y sensitivas vagas y con síntomas físicos poco claros.

Además de los síntomas somáticos, los pacientes con un trastorno de somatización frecuentemente presentan molestias de naturaleza psicológica o interpersonal, los que se denominan como síntomas psicofórmes. Según Cloninger, existen tres trastornos psiquiátricos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial del trastorno de somatización:

1. Los trastornos por ansiedad.
2. Los trastornos del estado de ánimo.
3. La esquizofrenia.

La distinción más molesta es entre los trastornos por ansiedad y el trastorno de somatización. Los individuos con un trastorno por ansiedad generalizada pueden presentar múltiples molestias físicas que son comunes en los pacientes con un trastorno de somatización. Los individuos con un trastorno por ansiedad muchas veces están preocupados por enfermedades y molestias hipocondríacas que son frecuentes en los trastornos por somatización. Por otra parte, los pacientes con un trastorno de somatización pueden presentar crisis de angustia. Aunque los parámetros habituales de edad de inicio y curso no son útiles para diferenciar un trastorno por ansiedad de un trastorno de somatización, puede ayudarnos la presencia de ciertos rasgos, síntomas y factores. En particular, la presencia de rasgos histriónicos de la personalidad, síntomas de conversión y disociativos, problemas sexuales y menstruales, así como alteraciones sociales, apoyan el diagnóstico de un trastorno de somatización. Además debe considerarse el sexo del paciente, debido a que los hombres tienen muchas más posibilidades de sufrir un trastorno por ansiedad que un trastorno de somatización. Es importante realizar un diagnóstico diferencial certero, debido a que el tratamiento médico del trastorno de somatización es distinto al de los trastornos por ansiedad. Las personas con trastornos del estado de pueden presentar molestias somáticas. Son habituales en ellos las quejas por cefalea, un trastorno gastrointestinal o un dolor no explicado. Estos síntomas se resuelven cuando se trata el trastorno del estado de ánimo, mientras que en el trastorno de somatización las molestias físicas continúan. Además, las personas con un trastorno de somatización suelen presentar síntomas depresivos.

De hecho, como ya fue descrito por De-Souza y cols., los pacientes con un trastorno de somatización que cumplen los criterios de una depresión mayor presentan más molestias depresivas que los pacientes con depresión mayor que presentan ciertas molestias somáticas, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de somatización.

TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

El aspecto esencial del trastorno somatomorfo indiferenciado es la presencia de uno o más síntomas médicos clínicamente significativos que no tienen una explicación orgánica, con una duración de seis o más meses y que no se pueden explicar a través de otro trastorno mental. De hecho, esta categoría sirve para capturar síndromes que se asemejan al trastorno de somatización, pero que no cumplen todos los criterios. Los síntomas que se pueden observar son los mismos que se observan en el trastorno de somatización.

La categoría del trastorno somatomorfo indiferenciado no existía antes de la aparición del DSM-III-R. Esta categoría se añadió para incluir aquellos síndromes que en el DSM-III estaban incluidos bajo el nombre de trastorno somatomorfo atípico. Entre los términos alternativos que se han propuesto están los trastornos somatomorfos subsindrómicos, de forma frustrada o abreviados.

Las consideraciones principales a tener en cuenta son si se mantienen o no los criterios de trastorno de somatización en el seguimiento. Los pacientes con un trastorno de somatización presentan de forma típica historias erráticas, por lo cual durante una exploración se pueden observar un gran número de síntomas y los criterios necesarios para que se cumpla el síndrome claramente, mientras que durante otra exploración se pueden observar muy pocos síntomas, que quizás únicamente cumplan los criterios de un síndrome abreviado. Otra consideración es si los síntomas somáticos que califican a un paciente para la realización de un diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado son la manifestación de un trastorno depresivo o por ansiedad.

HIPOCONDRIA

El rasgo esencial de la hipocondriasis es una exagerada y ansiosa preocupación o un manifiesto temor o la idea de tener una severa enfermedad, basada en la presencia de molestias o alteraciones del funcionamiento normal que el paciente interpreta como indicadores de un padecimiento serio. El paciente suele mantener una conducta de autoobservación constante, sin modificar sus opiniones ni su comportamiento de búsqueda de atención profesional, a pesar que las evaluaciones médicas, solicitadas persistentemente, son negativas, y de las explicaciones que el médico pueda aportar como prueba de lo infundado de sus temores. No es infrecuente, por ello, que en la historia clínica se registren múltiples consultas, diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos sin beneficio claro.

La característica esencial de la hipocondría no es la preocupación sobre los síntomas, sino el miedo o la idea de sufrir una enfermedad importante, que se basa en la mala interpretación de los signos y las sensaciones corporales.

Esta preocupación persiste a pesar de evidencias de lo contrario y de las informaciones tranquilizadoras proporcionadas por los médicos. Es bastante habitual que exista cierto grado de preocupación sobre las enfermedades. A través de una revisión que realizó Kellner, entre 10 y 20% de las personas normales y 45% de las personas neuróticas presentan preocupaciones infundadas e intermitentes sobre las enfermedades, dudando 9% de los pa-

cientes de las informaciones tranquilizadoras proporcionadas por los médicos. Kellner (1985), en otra revisión, estimó que 50% de los pacientes atendidos en los despachos de los médicos sufrían síntomas hipocondríacos primarios o presentaban trastornos somáticos menores con un componente hipocondríaco.

Es difícil distinguir cómo estas situaciones se relacionan con la hipocondría como trastorno, debido a que no parecen distinguir entre la preocupación sobre los síntomas y la preocupación sobre la implicación de los síntomas. Se ha descrito asociación del trastorno con ocurrencia de enfermedades severas, particularmente en la niñez, y con experiencias pasadas de enfermedad en un miembro de la familia. Igualmente, se cree que está asociada a estresores psicosociales, como la muerte de alguien cercano. Frecuentemente hay comorbilidad con otros trastornos mentales como de ansiedad y depresivos.

Su prevalencia en la población general es desconocida, informándose 4 a 9% en la práctica médica general de primer nivel. Se inicia a cualquier edad, pero el inicio parece más frecuente en los primeros años de la edad adulta. Su curso es crónico con mejorías y periodos de empeoramiento, aunque a veces con una recuperación completa. A veces se suman a un pronóstico bueno el inicio agudo, la comorbilidad médica, la ausencia de un trastorno de personalidad y de ganancia secundaria.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Las características esenciales del trastorno de conversión son la presencia de síntomas o déficit sin intención que afectan la función motora voluntaria o sensorial y que no pueden ser explicados por completo por trastornos neurológicos u orgánicos de otro tipo, por los efectos directos de una sustancia o por una experiencia o conducta culturalmente sancionable. Los síntomas específicos mencionados como ejemplo en el DSM-IV son alteración de la coordinación o el equilibrio, parálisis y debilidad localizada, temblor, disfagia o sensación de nudo en la garganta, es decir, *globus histericus*, afonía y retención urinaria; síntomas sensoriales como alucinaciones, sensación de anestesia o de dolor, visión doble, ceguera y sordera; así como convulsiones con componentes motores voluntarios o sensoriales. Los episodios aislados suelen presentar únicamente un síntoma, pero a medida que transcurre el tiempo pueden presentarse otros síntomas de conversión. Parece ser que los factores psicológicos están relacionados con estos síntomas, ya que frecuentemente se producen en el contexto de una situación conflictiva que puede ser resuelta de cierto modo mediante el desarrollo del síntoma.

Una de las contribuciones más importantes en el estudio del trastorno de conversión fue realizada por neurólogos como Charcot, Torack (1978), y Breuer y Freud (1983-1985/1955), a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX; más recientemente las han realizado Ziegler y Paul (1954) y Marsden (1986). Como se sabe, el trastorno de conversión fue llamado reacción por conversión en el DSM y neurosis histérica de tipo conversión en el DSM-II. Tanto en el DSM como en el DSM-II, el proceso de conversión estaba restringido a la producción de síntomas que afectasen a la motricidad voluntaria y al sistema nervioso sensitivo. Los síntomas que poseían una base fisiológica, que generalmente afectan al sistema nervioso autónomo fueron añadidos dentro del grupo de trastornos psicofisiológicos.

También se utilizaron otros términos como puede ser el de histeria aguda. Desafortunadamente, algunos médicos utilizaron los términos trastorno de conversión o histeria de conversión como sinónimos de la histeria, un término reemplazado por trastorno de somatización en el DSM-III.

Generalmente, la histeria se utilizaba para describir un trastorno más crónico y polisintomático. Mientras que los síntomas de conversión son los síntomas más sorprendentes de un trastorno de somatización, el trastorno de somatización está caracterizado por la presencia inexplicable de múltiples síntomas que afectan a varios órganos, mientras que para el trastorno de conversión es suficiente la presentación de un único síntoma, normalmente de tipo pseudoneurológico (es decir, que sugiere la presencia de una enfermedad neurológica). Estas diferencias en el uso de los términos han producido una gran confusión, tanto a nivel de la investigación como a nivel de la práctica médica.

Debido a que los síntomas de conversión sugieren una enfermedad orgánica, suelen ser observados por primera vez por médicos que no son psiquiatras.

Probablemente sean los neurólogos los médicos más consultados por los médicos de asistencia primaria a causa de estos síntomas, ya que la mayoría sugieren una enfermedad neurológica. Se ha estimado que el 1% de los ingresos neurológicos muestran síntomas de conversión. El problema diagnóstico no surge únicamente a partir de que los síntomas de conversión puedan sugerir una enfermedad neurológica u orgánica de otro tipo, sino también a partir de que los síntomas de estas enfermedades pueden ser diagnosticados erróneamente como causados por la conversión.

Existen varias enfermedades neurológicas cuyos síntomas pueden no concordar de entrada con unas bases neurofisiológicas y neuropatológicas, por lo cual pueden sugerir que son causados por la conversión.

Un hecho que complica el diagnóstico es el hecho de que la enfermedad orgánica y la conversión no son exclusivas. Los pacientes con enfermedades orgánicas incapacitantes en ocasiones se expresan de un modo que puede parecer exagerado. Asimismo, los pacientes con enfermedades neurológicas también pueden presentar pseudosíntomas. Por ejemplo, los pacientes con crisis convulsivas reales pueden presentar pseudoconvulsiones.

El inicio de esta enfermedad se suele producir entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta. El trastorno de conversión suele ser raro antes de los 10 años y raramente se presenta después de los 35 años, pero en algunos casos publicados, esta enfermedad se ha iniciado después de los 90 años. Cuando se inicia a mediados o a final de la edad adulta, existen muchas probabilidades de que exista un trastorno neurológico u orgánico subyacente. El inicio suele ser agudo, pero puede estar caracterizado por un aumento gradual de la sintomatología. El curso de los síntomas de conversión individuales generalmente es breve, mostrando desde la mitad hasta casi todos los pacientes la desaparición de los síntomas en el momento del alta hospitalaria. No obstante, entre 20 y 25% de los pacientes recaen antes del año.

Algunos factores asociados a un buen pronóstico son el inicio agudo, la presencia de un factor estresante en el momento de inicio, un breve intervalo entre el inicio y el ingreso hospitalario y un coeficiente intelectual elevado. La presencia de algunos síntomas como la ceguera, la afonía y la parálisis se asocian con un pronóstico relativamente bueno, las convulsiones y el temblor están asociados a un mal pronóstico.

Los síntomas individuales de conversión son autolimitados y no producen cambios o invalidez física. Ocasionalmente pueden aparecer secuelas físicas como la atrofia, pero esto suele ser raro. La morbilidad en términos de afectación conyugal o laboral parece ser menor que la producida por el trastorno de somatización.

En un estudio de seguimiento a largo plazo (hasta 44 años de seguimiento) realizado en un número pequeño de personas ($n = 28$) con un trastorno de conversión, se observó un aumento de la mortalidad por causas no naturales (Coryell y House, 1984). Ninguna de las muertes observadas en este estudio fue causada por suicidio.

TRASTORNO POR DOLOR

El rasgo distintivo de este cuadro es el dolor, síntoma que predomina y es de suficiente severidad como para justificar la atención clínica. El dolor puede desorganizar seriamente la vida diaria del paciente y su conducta, encontrándose, en las formas crónicas, desempleo, incapa-

cidad y problemas familiares, pudiendo desarrollarse dependencia o abuso iatrogénico de opioides y benzodiacepinas.

En los pacientes en los que el dolor está asociado a depresión severa y en aquellos en los que está relacionado con una enfermedad terminal, sobre todo con cáncer, parece existir un aumento de riesgo de suicidio. Los pacientes con dolor crónico o recurrente, a veces pueden gastar considerables cantidades de tiempo y dinero buscando alguna cura. El dolor puede llevar a la inactividad y al aislamiento social y puede conducir a problemas psicológicos adicionales, reducción de la resistencia física que lleva a la fatiga y a dolor adicional. El dolor crónico parece estar asociado a trastornos afectivos, mientras que el dolor agudo lo está, más frecuentemente, a trastornos de ansiedad. Estos trastornos pueden preceder al trastorno somatomorfo doloroso, y predisponen al sujeto a padecerlo, pueden coexistir o resultar de ellos. Frecuentemente se asocian a insomnio.

Subtipos:

- 1. Trastorno somatomorfo doloroso asociado a factores psicológicos.** En el inicio o mantenimiento del dolor no juega un rol, o es de mínima importancia, la presencia de una condición médica.
- 2. Trastorno somatomorfo doloroso asociado a factores psicológicos y a una condición médica general.** Ambos factores tienen papel importante en el inicio, exacerbación o mantenimiento del dolor.
- 3. Síndrome Doloroso asociado a una condición médica general.** Este subtipo no es considerado un trastorno mental (se le incluye exclusivamente para facilitar el diagnóstico diferencial); el dolor resulta de una condición médica y los factores psicológicos juegan un rol mínimo en el inicio o mantenimiento del dolor; p. ej. hernia discal, osteoporosis, osteoartritis o artritis reumatoidea, síndrome miofascial, neuropatía diabética, neuralgia postherpética, enfermedades malignas (metástasis óseas, infiltración tumoral de nervios, etc.). El uso de medicación antiinflamatoria puede llevar a problemas adicionales.

El trastorno somatomorfo doloroso puede presentarse a cualquier edad. Las mujeres parecen experimentar algunas condiciones dolorosas crónicas, como cefaleas y dolor músculo-esquelético, con más frecuencia que los hombres. El dolor agudo tiene un curso de breve duración, no más de seis meses. En el dolor crónico, el síntoma comúnmente persiste por muchos años antes de recibir la atención de profesionales de la sa-

lud mental. Parece tener influencia en la recuperación el compromiso del paciente en actividades laborales programadas regularmente. En los familiares de primer grado de estos pacientes pueden ser comunes los trastornos depresivos, la dependencia al alcohol y el dolor crónico.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

En nuestro medio, las manifestaciones más frecuentes son aquellas relacionadas con las características faciales que, no infrecuentemente, llevan a intervenciones de cirugía plástica, las cuales no satisfacen al paciente en sus resultados. La mayoría describe sus preocupaciones como intensamente dolorosas y no pueden resistirlas; con frecuencia suelen pasar varias horas pensando en su “defecto”, escrutando su rostro ante el espejo o superficies que permitan el reflejo de su imagen.

El trastorno suele ser más frecuente en adolescentes y en adultos jóvenes con tendencia a la evolución crónica, aunque disminuyen de intensidad con la edad. Característicamente, desarrollan sentimientos de inadecuación social o interpersonal, especialmente con el sexo opuesto, y conducta evitativa. El trastorno es diagnosticado aproximadamente con igual frecuencia en ambos sexos. De inicio gradual o súbito, tiene un curso continuo, con escasos intervalos libres de síntomas.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las preocupaciones dismorfofóbicas transitorias de la adolescencia, de intensidad variada y que no interfieren de manera importante con el rendimiento laboral, social o interpersonal. En la anorexia nervosa los síntomas se limitan al sobrepeso, forma y tamaño corporal; en el trastorno de identidad de género, al sentimiento de malestar y desacuerdo con las características sexuales primarias y secundarias; en el episodio depresivo mayor con estado de ánimo congruente puede haber rumiaciones de este tipo.

Los individuos con trastornos de personalidad evitativa o fobia social, pueden preocuparse por defectos reales de su apariencia física, problema no prominente ni persistente o perturbador. Si las obsesiones y compulsiones no se limitan a la apariencia física, el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo es el apropiado. En muchos individuos, las creencias tienen una intensidad moderada y pueden reconocer que la visión de su apariencia está distorsionada; mientras que en el trastorno delusional de tipo somático, el pensamiento relacionado a la particularidad somática es de tipo delusional.

Cuando la creencia sobre el defecto imaginado es sostenida con intensidad delusional se puede hacer ambos diagnósticos.

TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO

El aspecto esencial del trastorno somatomorfo indiferenciado es la presencia de uno o más síntomas médicos clínicamente significativos que no tienen una explicación orgánica, con una duración de seis o más meses y que no se pueden explicar a través de otro trastorno mental.

Esta categoría sirve para capturar síndromes que se asemejan al trastorno de somatización, pero que no cumplen todos los criterios de éstos. Los síntomas que se pueden observar son los mismos que se observan en el trastorno de somatización. La categoría del trastorno somatomorfo indiferenciado no existía antes de la aparición del DSM-III-R. Esta categoría se añadió para incluir aquellos síndromes que en el DSM-III estaban incluidos bajo el nombre de trastorno somatomorfo atípico. No sabemos si la categoría del trastorno somatomorfo indiferenciado ha sido adoptada por todos los médicos, pero una serie de estudios apoyan su existencia. Entre los términos alternativos que se han propuesto están los trastornos somatomorfos subsindrómicos, de forma frustrada o abreviados.

Las consideraciones principales a tener en cuenta son si se mantienen o no los criterios de trastorno de somatización en el seguimiento. Los pacientes con un trastorno de somatización presentan de forma típica historias erráticas, por lo cual durante una exploración se pueden observar un gran número de síntomas y los criterios necesarios para que se cumpla el síndrome claramente, mientras que durante otra exploración se pueden observar muy pocos síntomas, que quizás únicamente cumplan los criterios de un síndrome abreviado (Martin y col., 1979). Otra consideración es si los síntomas somáticos que califican a un paciente para la realización de un diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado son la manifestación de un trastorno depresivo o por ansiedad. De hecho, se ha informado de tasas muy elevadas de trastornos por depresión o de depresión mayor entre los pacientes somatizadores atendidos por médicos de familia (Kirmayer y col., 1993).

Algunos investigadores han argumentado que el trastorno somatomorfo indiferenciado es el trastorno somatomorfo más frecuente. Escobar y cols. (1991), utilizando un paradigma en el cual era necesaria la presencia de seis síntomas somáticos en las mujeres y cuatro en los hombres, informaron que en los Estados Unidos de América los sujetos blancos, hispanos y no hispanos, 15% de los sujetos negros, y en Puerto Rico 20% de los puertorriqueños cumplían estos criterios. Se evidenció una preponderancia entre las mujeres de todos los grupos étnicos excepto entre los puertorriqueños.

TRASTORNOS FACTICIOS

Los trastornos facticios son desde hace tiempo un enigma médico y se caracterizan por la producción intencionada o fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos. Los pacientes que presentan este trastorno suelen ser mal comprendidos por los médicos y pueden ser diagnosticados y tratados de forma inapropiada, frecuentemente en detrimento del paciente. A diferencia de los simuladores, los cuales intentan conseguir ventajas económicas, la invalidez o la exención de responsabilidades onerosas o peligrosas (como el servicio militar), las personas con trastornos facticios «aparentemente no obtienen ningún beneficio excepto las molestias de exploraciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Parece ser que estos pacientes tienen una única meta: representar el papel de enfermo.

El más notorio de los trastornos facticios en el DSM-IV es el síndrome de Munchausen. En este tipo de trastorno facticio cabe destacar las mentiras patológicas conocidas también como pseudología fantástica. El paciente muestra un patrón de enfermedades fingidas en una gran cantidad de servicios hospitalarios de urgencias, frecuentemente en distintas ciudades, consiguiendo su ingreso y siendo sometido en ocasiones a procedimientos invasivos, entra en disputa con los médicos responsables y es dado de alta en contra de la voluntad médica una vez que su estratagema ha sido descubierta. En 1951 Asher empezó a utilizar el término de síndrome de Munchausen para describir a estos pacientes. Este término lo adoptó a partir del libro de Rudolf Erich Raspe titulado *Baron Munchausen's Narrative of His Marvelous Travels and Campaigns in Russia* (1784), en el cual describía las narraciones exageradas de las aventuras bélicas y deportivas, así como las peregrinaciones del Barón Karl Friedrich Hieronymous von Munchausen.

Munchausen, un antiguo oficial de caballería del ejército ruso, era muy conocido por sus absurdas historias y por su hábito de contarlas de ciudad en ciudad para así hallar un nuevo público que las escuchase, y como ya se puede suponer, encontrar nuevos admiradores y benefactores.

Otros términos aplicados a estos pacientes son bastante peculiares: pacientes con problemas de peregrinación (Champan, 1977), pacientes con fiebre facticia (Peterdorf y Benneft, 1957), vagabundoshospitalarios (Clark y Melnich, 1958) y simuladores metabólicos (Gorman y col., 1970).

Otros términos relacionados con este trastorno son enfermedad facticia crónica (Spiro, 1968), síndrome de Kopenickades y síndrome de Ahasuerus (Clinical Case Conference, 1984).

Asher (1951) describió tres patrones principales de este trastorno. El primero fue el del tipo abdominal agudo, en el cual el paciente presenta una historia de cirugía abdominal múltiple y que presenta un patrón en parrilla en el abdomen a causa de las múltiples cicatrices de las intervenciones quirúrgicas. El segundo tipo estaba caracterizado por hemoptisis o hematemesis simuladas y lo denominó tipo hemorrágico. El tercer tipo, el tipo neurológico, presenta síntomas neurológicos fingidos como cefaleas, convulsiones o pérdida del conocimiento.

Los trastornos facticios han sido y continúan siendo motivo de controversia, debido a que para establecer el diagnóstico el médico debe desviarse de forma importante de la habitual relación médico paciente para poder determinar si el paciente está o no fabricando los signos y/o los síntomas de una enfermedad.

Es difícil reunir información sobre incidencia y prevalencia, la etiología, el curso natural, la fiabilidad y la validez diagnóstica, así como la idoneidad del tratamiento de los trastornos facticios y aún así, los datos son escasamente fiables, ya que los individuos que presentan trastornos facticios narran historias increíbles y la mayoría de los médicos no suele verificar los datos aportados. Además, muchas de las historias están abreviadas.

No existen pruebas de que los trastornos facticios tengan una base genética o biológica directa. Nadelson (1985), Viederman (1985), así como Folks y Freeman (1985) han propuesto explicaciones psicodinámicas de estos trastornos paradójicos. Para Nadelson, los trastornos facticios son una manifestación de una patología límite del carácter más que un síndrome clínico aislado. El paciente se convierte tanto en la víctima como en el castigador para conseguir la atención de los médicos y de otras personas que trabajan en el sector sanitario mientras intentan desafiarlo y desvalorizarlo. La proyección de la hostilidad hacia el cuidador se produce cuando el paciente es a la vez querido y rechazado.

CONCLUSIONES

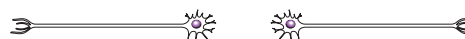
Los diagnósticos incluidos dentro de la clasificación de los trastornos somatomorfos han tenido un curso difícil a lo largo del desarrollo de la nosología psiquiátrica. Por lo anterior se observa que estos trastornos son extremadamente importantes ya que son los que se confunden con más frecuencia con aquellos que poseen un sustrato orgánico identificable y frecuentemente tratable.

Los desarrollos realizados en la última década son alentadores. Se han realizado muchos esfuerzos coordinados para establecer como mínimo una nomenclatura global que pueda ser utilizada universalmente. Mientras que el DSM-III y el DSM-III-R no eran totalmente compatibles

con el ICD-10, el DSM-IV es compatible, aunque no idéntico, con su homólogo, el ICD-10. A medida que se utiliza un lenguaje más común y con el uso de un vocabulario más objetivamente (sino explícitamente) definido, será posible la realización de investigaciones empíricas que serán verdaderamente comparables con respecto a investigaciones posteriores. Con esto, podrá ser posible obtener una mejor comprensión de estas patologías complejas y finalmente desarrollar tratamientos más efectivos para ellas.

REFERENCIAS

1. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273-83.
2. Lobo A, García-Campoy J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echevarría MAJ, GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: I Estimates of prevalence and clinical characteristics". *Br J Psychiatry* 1996; 168: 344.
3. García-Campoy J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echevarría MAJ, GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: II Differences between somatisers and psychologisers". *Br J Psychiatry* 168; 1996: 348.
4. Alva J. "La enfermedad como instrumento de manipulación. Estudio en asegurados obreros". En: Quinto Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima 13-16 de Abril. 1978, p. 232-5.
5. Abbey SE. Somatización y trastornos somatomorfos. *Fundamentos de la psiquiatría de enlace. Ars Medica* 2002.
6. Barsky A. A comprehensive approach to the chronically somatizing patient. *J Psychosomatic Research* 1998; 45: 301-6.
7. Cienchanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health psychosomatic medicine 2002; 64: 600-67.
8. Taylor RE, Mann AH, White NJ. Attachment style with unexplained physical complaints. *Psychological medicine* 2000; 30: 931-41.
9. Turner RA, Altemus M, Yip DN, Kupferman E, Fletcher D, Bostrom A, Lyons DM, Amico JA. Effects of emotion on oxytocin, prolactin and ACTH in women. *Stress* 2002; 5: 269-76.
10. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Dick R. The notion of somatization: an artefact of conceptualization of body and mind. *Psychosomatics* 1997; 66: 117-27.
11. De Gutch V, Fischeler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* 2002; 43: 1-9.
12. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud 1992.
13. American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a. Ed. Texto revisado. 2002.
14. Erikssen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization and sustained cognitive activation. *J Psychosomatic Research* 2004; 56: 445-448.
15. Escobar JL, Waitzkin H, Cohen R, Gara M, Holman A. Somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 446-72.
16. Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosomatic Research* 2004; 56: 455-60.
17. Fallon BA. An open trial of fluvoxamine for hypochondriasis. *Psychosomatics* 2003; 44: 298-303.
18. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model, advanced educational program for nonpsychiatry doctors. *Psychosomatics* 2002 43: 92-131.
19. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiat* 1988; 145: 1358-68.
20. Mayou R, Levenson J, Sharpe. Somatoform disorders in DSM V. *Psychosomatics* 2003; 44: 449-51.
21. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 2000; 63: 556-67.
22. Pendencer CA, Boccia ML. Oxytocin links mothering received, mothering bestowed and adult stress responses. *Stress* 2002; 5: 259-67.
23. Rief W, Sharpe M. Somatoform disorders, new approaches to classification, conceptualization and treatment. *J Psychosomatic Research* 2004; 56: 387-90.
24. Stuart S, Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics* 1999; 40: 30-43.
25. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement and applications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 725-32.



Correspondencia: Dr. Leonel Navarro Ovando
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre