

Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (I)

C. Ascensión Godoy^a, R. Martín Ortiz^b, A. Moro López^c y M. Hernández Monsalve^d

^aPsiquiatra. Hospital Universitario Insular de Las Palmas.

^bPsiquiatra. Centro de Atención Integral a Drogodependientes. Móstoles. Madrid.

^cPsiquiatra. Hospital General de Menorca.

^dPsiquiatra. Jefe de los SSM del Distrito de Tetuán-Área 5. Madrid.

EL PACIENTE SOMATIZADOR

En distintos momentos de la Historia, la medicina ha empleado términos distintos para referirse a los que hoy conocemos como pacientes somatizadores y a sus síntomas. Así, se ha hablado de síntomas psicósomáticos, psicógenos, somatoformes, funcionales, síntomas médicos inexplicables, o síntomas médicos no explicables por la presencia de una enfermedad orgánica. El hecho indiscutible es que los pacientes con esta sintomatología suponen con frecuencia un problema para el diagnóstico y el manejo clínico. En ocasiones presentan trastornos psiquiátricos asociados, pero otras veces tales trastornos no están presentes. Habitualmente, son pacientes hiperfrecuentadores de los servicios médicos, con una larga historia de exploraciones, tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, o de otro tipo, con continuos fracasos de los mismos. Esto supone un elevado gasto sanitario, además de ser fuente de estrés y de frustración para el profesional, y de significar alto riesgo de yatrogenia para los pacientes. Por esta serie de cuestiones, los pacientes somatizadores representan un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico de Atención Primaria, que es su interlocutor habitual.

Un acercamiento histórico a la somatización y su patogenia

La historia de los hoy llamados trastornos somatomorfos se ha solapado durante siglos con la de la histeria. La antigua civilización egipcia describió un trastorno en que se presentaban síntomas físicos sin que los médicos pudieran hallar ninguna alteración orgánica. Los griegos fueron los creadores del término "histeria" (*hystera*: útero), ya que consideraban que este trastorno obedecía al desplazamiento del útero por el organismo. A finales del siglo XVI, Le Pois fue el primer autor en descartar la etiología uteri-

na de la histeria, pero hasta el siglo XVII no se produce la primera descripción moderna de la histeria y la hipocondriasis, cuando Sydenham, en el año 1682, les atribuye un origen emocional. En 1859, el francés Briquet describe la enfermedad como un trastorno polisintomático y crónico que obedece a una alteración del sistema nervioso central.

El psicoanálisis, desde sus primeros tiempos, en que Freud y Breuer describieron el caso clínico de Anna O., considera los síntomas físicos como expresión de emociones reprimidas o sustituidas, emplea el término "somatización" para referirse a un proceso en el que una neurosis profundamente arraigada causaría una alteración en el cuerpo. En este sentido estaría en relación, si bien no es equivalente, con el concepto de "conversión" (síntomas y/o signos sensitivos o motores que sugieren alteración neurológica). Implicaría un mecanismo de defensa inconsciente, que daría cuenta del origen psicógeno de determinadas alteraciones físicas. El síntoma físico se entiende aquí como un desplazamiento fuera del sistema consciente de conflictos psíquicos (impulsos agresivos o eróticos, fundamentalmente) o de alteraciones de la personalidad inaceptables.

Las teorías freudianas dominaron el panorama psiquiátrico durante la primera mitad del siglo XX, hasta que Purcell, en 1951, revisó las descripciones de los casos de Briquet. Sobre esta revisión, en 1962 se configuraron diversos criterios operativos para delimitar a una serie de pacientes histéricos. Estos criterios incluían un inicio temprano de los síntomas, un curso crónico y múltiples quejas somáticas en diferentes sistemas orgánicos, con descripciones dramáticas y uso excesivo del sistema sanitario. Este cuadro recibió la denominación de "síndrome de Bri-

Correspondencia:
M. Hernández Monsalve.
Centro de Salud Mental
Distrito de Tetuán
C/Maudes,32
28003 Madrid
Correo electrónico:hergoico@teleline.es

Habitualmente, son pacientes hiperfrecuentadores de los servicios médicos, con una larga historia de exploraciones, tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, o de otro tipo, con continuos fracasos de los mismos.

quet". El DSM-III y el DSM-III-R utilizaron una versión simplificada de estos criterios y abandonaron el término de "síndrome de Briquet" para sustituirlo por el de "trastornos somatomorfos".

La historia del concepto de somatización es anterior a la del término. El vocablo *somatización* se emplea por vez primera a principios del siglo XX, cuando Steckel lo utiliza para referirse al proceso en que una neurosis "profundamente asentada" produce síntomas somáticos. Inicialmente, esta idea se halla estrechamente relacionada con la de conversión. Hasta principios de los años ochenta no aparecen los conceptos actuales de somatización, desprovistos de reminiscencias psicoanalíticas. En la actualidad encontramos dos conceptos de somatización como proceso:

– El de Katon (1984): se trata de "un idioma de malestar emocional en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales los articulan mediante síntomas físicos".

– El de Kleinman y Kleinman (1985): es "la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica".

Las definiciones más modernas de la somatización han transformado la relación entre somatización y trastornos psiquiátricos o conflictos psicosociales en una cuestión empírica, y no en parte misma de la definición. En este ámbito se encuadra la definición de Lipowski de 1988¹: los pacientes somatizadores son aquellos que presentan frecuentes síntomas físicos en ausencia de una base orgánica demostrable o que resultan ampliamente desproporcionados en relación con los hallazgos médicos objetivos y por los que solicitan asistencia. Este mismo autor, en 1998 simplificó la definición de estos trastornos, hablando de la "expresión de molestias físicas para las que no se halla explicación médica y para las que se solicita asistencia". En 1991, Kirmayer y Robbins mencionan cuatro componentes básicos que forman parte del concepto de somatización:

1. Quejas somáticas o síntomas físicos.
2. Para las que no se hallan explicaciones etiopatogénicas o fisiopatológicas.
3. Se asocian a trastornos emocionales o psiquiátricos.
4. Se asocian a una utilización excesiva de los servicios médico-sanitarios.

Estos autores también observaron que no existen grandes diferencias sociodemográficas entre los pacientes denominados psicologizadores y los somatizadores. En comparación con los primeros, los somatizadores suelen presentar unos niveles más bajos de malestar psicológico, menos preocupaciones acerca de sus conflictos emocionales y menos capacidad de introspección (tabla 1).

Por otra parte, Lipowski distingue tres aspectos de la somatización: un aspecto *experiencial*, que alude a las per-

"La expresión del malestar personal y social es un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica".

Tabla 1. Formas clínicas de Kirmayer (1991)

Somatización funcional: presencia de síntomas somáticos sin que exista una enfermedad física o que justifique los síntomas
Somatización hipocondríaca: preocupación por padecer una enfermedad pese a informaciones médicas en sentido contrario
Somatización como forma de presentación: presentación de un trastorno psiquiátrico en forma de síntomas somáticos, con el convencimiento del paciente de que está producido por una enfermedad física

cepciones corporales del individuo; un aspecto *cognitivo*, que se refiere a las interpretaciones y atribuciones que realiza de estas percepciones; y un aspecto *conductual*, que incluye las acciones y comunicaciones verbales y no verbales de los pacientes.

Desde un enfoque cognitivo, puede también entenderse a estos pacientes como individuos que se caracterizan por un estilo perceptivo *amplificador*, es decir, personas que típicamente presentan hipervigilancia e incremento de la atención en lo referente a las sensaciones corporales. Tienden a seleccionar y centrar su atención en sensaciones relativamente débiles e infrecuentes, y muestran propensión a responder a las mismas con afectos y cogniciones que las hacen más molestas e intensas. Revisan sus percepciones somáticas y, de manera selectiva, atienden a aquellas que confirman sus hipótesis y soslayan las que desmienten sus creencias².

La somatización no da cuenta de todos los síntomas físicos para los que no se encuentra explicación médica. Estos síntomas son muy comunes y no implican necesariamente que el paciente sufra estrés o que los interprete como indicadores de enfermedad somática y busque ayuda médica por esa causa. La tendencia a comunicar el malestar en forma de queja somática en lugar de queja psicológica está muy extendida en nuestra sociedad. En el mismo sentido, el progreso médico ha identificado enfermedades o lesiones que anteriormente se consideraban quejas funcionales. Otra posibilidad es que nos encontremos ante una enfermedad aún no diagnosticada por hallarse en estadios muy tempranos. Por lo tanto, se requiere un nivel de certeza mínimo para excluir causas médicas que hagan el síntoma explicable y sólo debe hablarse de somatización cuando el individuo atribuye sus molestias a una causa orgánica y busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente, pese a la insistencia de los médicos en el sentido de que no padece enfermedad física alguna que esté produciendo los síntomas.

Aspectos clínicos generales

La somatización acompaña a un amplio espectro de fenómenos clínicos. El paciente suele presentar numerosos sín-

Esto supone un elevado gasto sanitario, además de ser fuente de estrés y de frustración para el profesional, y significar alto riesgo de yatrogenia para los pacientes.

En la somatización decaen los mecanismos de defensa habituales (represión, desplazamiento, proyección), sin que los conflictos tengan representación mental, por lo que son remitidos a usar el cuerpo como lugar privilegiado de expresión.

Respecto a la personalidad previa, se ha observado que son personas con gran dificultad para expresar cualquier respuesta hostil u agresiva, y que se resisten a aceptar la existencia de tensiones o problemas en las relaciones interpersonales.

tomas referidos a distintas partes del cuerpo, función u órgano, que pueden remedar cualquier enfermedad orgánica. Con menos frecuencia presenta pocos síntomas. El síntoma más frecuente es el dolor, especialmente el que afecta a la espalda, el abdomen, pecho, pelvis, y las mialgias difusas. Asimismo, son habituales las quejas de mareo, fatiga, palpitaciones y sensación de falta de aire. Menos comunes son la pérdida o distorsión de una función corporal, es decir, los síntomas conversivos.

Los fenómenos de somatización pueden presentarse a cualquier edad. En contra de la opinión generalizada, no son excesivamente frecuentes en los ancianos. Múltiples estudios señalan que son más comunes en la mujer, aunque cada vez hay menos certeza a este respecto.

Uno de los errores más frecuentes en la práctica clínica consiste en asumir que la asociación con trastornos emocionales o psiquiátricos es un dato patognomónico del origen funcional de la queja. Esta perspectiva implica un riesgo de pasar por alto trastornos físicos. No hay que olvidar, además, que los enfermos psiquiátricos tienen, al menos, el mismo riesgo de enfermedad física que el resto de la población. Por otro lado, los trastornos emocionales pueden ser consecuencia de la enfermedad somática.

Características psicológicas del paciente somatizador

No nos hallamos ante un grupo homogéneo de pacientes, y es esta heterogeneidad la que motiva un intenso trabajo clínico, de investigación y teorización.

Pese a su diversidad, los somatizadores comparten un rasgo esencial: un patrón de respuesta al estrés y el sufrimiento emocional predominantemente somático, más que cognitivo. Esta respuesta eminentemente somática se relaciona con un alto nivel de síntomas físicos y una elevada utilización de los servicios sanitarios, en comparación con los individuos con baja respuesta somática.

Se pueden distinguir varias dimensiones en la somatización: la duración, el grado de hipocondría, la respuesta emocional asociada, y la capacidad para describir sentimientos y desarrollar fantasías. En cuanto a la *duración*, la somatización puede ser transitoria, es decir, un estado agudo y autolimitado en el tiempo, que acontece, por ejemplo, como respuesta a un duelo u otra pérdida significativa, y remite de forma espontánea. Pero también, la somatización puede ser persistente, lo que implica un problema crónico o de frecuente recurrencia, puede durar toda la vida y a menudo supone algún grado de incapacidad laboral o personal, o ambas cosas. Esta persistencia puede constituir un rasgo de personalidad.

El *grado de hipocondría* varía según la intensidad del miedo o la convicción de padecer una enfermedad física, basado en una mala interpretación de signos, síntomas y sensaciones corporales. Mientras que algunos pacientes presentan delirios hipocondríacos, la mayoría muestra preocupaciones somáticas de diversa intensidad.

La *respuesta emocional* al malestar y los síntomas somáticos oscila en intensidad desde la indiferencia, como la presente en la *belle indifférence* de algunos pacientes conversivos, hasta el pánico o la depresión ante la muerte inminente o la invalidez creciente.

Por último, la *capacidad de describir los sentimientos y desarrollar fantasías* también varía en intensidad. Algunos pacientes carecen de esa habilidad, tal como preconiza la Escuela Psicosomática, que habla de personas con una marcada alexitimia, esto es, una expresividad emocional muy coartada y con una actividad psíquica regulada por un pensamiento muy concreto, con escasa producción de fantasías. Sin embargo, hay también pacientes que parecen poseer una respuesta emocional comparable a la de los individuos no somatizadores. La Escuela de París, sobre los años cincuenta, señaló que en la somatización decaen los mecanismos de defensa habituales (represión, desplazamiento, proyección), sin que los conflictos tengan representación mental, por lo que son remitidos a usar el cuerpo como lugar privilegiado de expresión.

Factores predisponentes

La historia biográfica parece representar un papel importante en este trastorno. A menudo se trata de pacientes que proceden de familias más numerosas de lo habitual. En la historia familiar existe una mayor frecuencia de padecimiento de enfermedades en general, y especialmente de enfermedades que se acompañan de dolor. Algunos estudios señalan que hasta en la mitad de los casos existe algún tipo de minusvalía o incapacidad física en el ámbito de los familiares cercanos. Un niño expuesto a frecuentes conductas de enfermedad y dolor físico está en riesgo de convertirse en un adulto somatizador. El aprendizaje tiene una gran relevancia. El individuo aprende a centrar su atención en las percepciones somáticas, a interpretarlas como amenazadoras y a expresarlas tanto con lenguaje verbal como no verbal. Aprende a utilizar esta forma de comunicación como si fuera el idioma para el malestar psicológico y las necesidades en el ámbito familiar. Si de niño se aprende que las quejas referidas a síntomas físicos posiblemente se vean premiadas con atención o con la exención de tareas o evitación de conflictos, se desarrollará la somatización como una forma de manejo del estrés en la vida adulta.

En algunos estudios se señala un mayor riesgo en adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia, tanto para trastorno por somatización como para hipocondría.

Con respecto a la personalidad previa, se ha observado que son personas con gran dificultad para expresar cualquier respuesta hostil u agresiva, y que se resisten a aceptar la existencia de tensiones o problemas en las relaciones interpersonales. Esto convierte al cuerpo en un escenario privilegiado para la expresión de la angustia. Los rasgos de neuroticismo, estilo perceptivo amplificador e introversión también están implicados.

La etiología es biopsicosocial e intervienen factores diversos:

– *Alteraciones neuropsicológicas.* En distintas series se ha observado deterioro frontal de ambos hemisferios, disfunción del hemisferio no dominante; anomalías en los potenciales evocados auditivos, y alteración en la discriminación entre estímulos relevantes y no relevantes.

– *Factores genéticos.* Con motivo de la asociación clásica entre trastornos por somatización y trastornos antisociales de la personalidad, se sugirió una base genética común a ambos. Esta hipótesis no se ha confirmado con posterioridad y, de hecho, la asociación más frecuente se da con otros trastornos de la personalidad.

– *Conflictos y déficits psicológicos.* El psicoanálisis clásico entendió la histeria como una sustitución de impulsos edípicos reprimidos por síntomas somáticos. La literatura psicoanalítica posterior ha incidido también en el papel de aspectos preedípicos. Algunas somatizaciones parecen la expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos; otras, parecen ser una consecuencia inespecífica del estrés. El síntoma suele emplearse como sustituto del lenguaje verbal en la comunicación de las emociones y utilizarse para controlar a los allegados y el ambiente.

– *Anomalías de la relación médico-paciente, variables socioculturales y aspectos específicos de la organización médico asistencial.*

Se han implicado también factores socioculturales. La somatización es un fenómeno presente en todas las culturas, pero parece tener una prevalencia mayor en aquellas en las que la expresión del sufrimiento emocional en términos psicológicos se encuentra tradicionalmente coartada. Así, esta cuestión afecta a gran parte del mundo no occidental. En las sociedades occidentales la somatización es más prevalente en los niveles socioeconómicos bajos. No obstante, la sociedad occidental parece tolerar cada vez menos el sufrimiento psicológico, que es mejor admitido bajo la etiqueta de enfermedad. De este modo, al sujeto sólo le queda el cuerpo para vehiculizar el afecto.

En distintas series se ha observado deterioro frontal de ambos hemisferios, disfunción del hemisferio no dominante; anomalías en los potenciales evocados auditivos y alteración en la discriminación entre estímulos relevantes y no relevantes.

Factores precipitantes

Se incluyen los acontecimientos vitales y situaciones personalmente estresantes por su significado subjetivo de pérdida o de amenaza para el individuo. Las experiencias de duelo, la enfermedad física o las lesiones, la ruptura de una relación, el presenciar un fallecimiento son precipitantes habituales. Es más sencillo identificar estos acontecimientos en los casos de somatización de instauración relativamente reciente y aguda que en aquellos con una larga evolución. Se ha observado que los pacientes que acuden con más frecuencia a las consultas médicas presentan mayor cantidad de eventos vitales estresantes que los que no solicitan ayuda profesional tan a menudo.

Factores mantenedores

Son aquellos que contribuyen a la persistencia de la somatización. Entre ellos se hallan la predisposición individual y la compleja interacción entre el paciente y su familia, los médicos y el entorno social. Los rasgos de personalidad del paciente y las experiencias tempranas de aprendizaje constituyen la predisposición al desarrollo y persistencia de las somatizaciones.

En algunas investigaciones se indica que cada individuo posee un determinado nivel de resistencia a las preocupaciones hipocondríacas y a la presentación de síntomas somáticos. Las preocupaciones hipocondríacas muestran una asociación positiva con la dimensión de personalidad conocida como “neuroticismo”, entendida como la tendencia a experimentar emociones negativas y malestar, así como a manifestar las conductas y rasgos cognitivos asociados. La presentación de sintomatología somática se vincula con rasgos como la percepción de uno mismo, la incapacidad de controlar los deseos, la vulnerabilidad al estrés y la tendencia a experimentar ansiedad, hostilidad y depresión.

Las personas con esta predisposición suelen adoptar la somatización como forma de manejo de las vicisitudes de la vida, las necesidades psicológicas y los conflictos, sentimientos de culpa, rabia y baja autoestima. Al adoptar el papel de enfermo, buscan lograr atención y apoyo, así como evitar las obligaciones y exigencias familiares y sociales. El resultado más habitual del proceso de somatización es la exención de estos compromisos y la obtención del cuidado de los otros (ganancia secundaria, refuerzo positivo), o ambas cosas.

La respuesta de la familia y los médicos puede contribuir a reforzar la tendencia somatizadora y a perpetuarla sin límite en el tiempo. Factores yatrogénicos, en forma de interminables pruebas, diagnósticos ambiguos y tratamientos innecesarios, producen este efecto. No hay que olvidar, pues, que la utilización excesiva de los servicios sanitarios es una fuente de yatrogenia y de dificultad en el manejo de estos pacientes. Los beneficios económicos, como las pagas por incapacidad, también refuerzan la somatización.

La relación médico-paciente somatizador

Los síntomas del paciente somatizador son sugerentes de enfermedad física, pero no son señales “verídicas” de un

No obstante, la sociedad occidental parece tolerar cada vez menos el sufrimiento psicológico, que es mejor admitido bajo la etiqueta de enfermedad. De este modo, al sujeto sólo le queda el cuerpo para vehiculizar el afecto.

cambio patológico en el cuerpo. Es el médico quien emite el juicio acerca de lo que constituye o no una enfermedad. En estos casos, el concepto objetivo de salud que tiene el médico choca con la visión subjetiva del paciente; la somatización representa una discrepancia entre la salud objetiva y la subjetiva. Los pacientes no se comportan como el médico espera que lo hagan, no se quejan de manera proporcional a la patología demostrable. Los sujetos con somatizaciones persistentes no se ajustan al modelo convencional, y eso puede conducir a un conflicto entre el médico y el paciente. Es posible que el médico ignore las preocupaciones del paciente y no las reconozca, o bien que las reconozca y le desagrade el tipo de paciente.

Con frecuencia estos pacientes despiertan irritación o enfado en los profesionales, pero no debe olvidarse que los síntomas no se producen de forma intencionada, a diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y la simulación. El somatizador sufre y lucha por que el médico y sus familiares reconozcan la realidad de sus padecimientos, ya que vivencia el cuerpo de una manera que no se corresponde con su verdadera naturaleza somática.

Una respuesta habitual de los médicos frente a los síntomas del paciente somatizador es decirle que no hay nada de que preocuparse, que "todo está en su cabeza". Esta respuesta probablemente producirá rabia, falta de confianza e incluso desesperación en el paciente. Su sentimiento, cuando no su convicción, de estar enfermo choca con la opinión del facultativo, que le considera una persona preocupada pero sana. Las apreciaciones subjetivas del paciente entran en conflicto con los juicios objetivos del médico convencional sobre qué constituye salud y qué enfermedad. La medicina occidental considera la enfermedad como una cuestión de "física y química", cuya presencia se delata por la existencia de signos físicos. Los médicos habitualmente intentan solventar este dilema recurriendo a múltiples pruebas de laboratorio, intervenciones quirúrgicas y medicaciones, que no sólo resultan muy costosas, sino que perjudican y contribuyen a la intensificación de la preocupación del paciente por su salud. Cada vez es mayor el número de médicos que tiene claro que resulta más eficaz adoptar un enfoque centrado en la conflictiva psicosocial y las necesidades del paciente. Tienen en consideración que se hallan frente a una *conducta anormal de enfermedad*. En el encuentro terapéutico el médico ha de mantener la conciencia de que se halla ante una persona que sufre, a la que debe creer y además, recurrir a la técnica, la comprensión y el afecto, huyendo de la sobreprotección y complacencia gratuita.

La comunicación de quejas somáticas puede también representar un intento por parte del sujeto de obtener de-

terminados objetivos personales, como la exención de ciertas obligaciones sociales o una excusa para no afrontarlas, la solución de conflictos internos o interpersonales, la obtención del apoyo del entorno o de un beneficio económico. Cualquiera de estos factores o una combinación de ellos puede desencadenar la conducta de enfermedad y la adopción del rol de enfermo. Manejar adecuadamente el concepto de "conducta anormal de enfermedad" servirá de ayuda para identificar, explorar, comprender y manejar al paciente somatizador.

Comorbilidad psiquiátrica

La somatización por sí misma no es una categoría diagnóstica ni implica que deba estar presente un diagnóstico psiquiátrico. De hecho, cuando tiene lugar en respuesta a un estrés agudo y transitorio, rara vez da cuenta de un trastorno mental. Sin embargo, la somatización persistente se ha asociado tradicionalmente a la enfermedad mental. Puede mencionarse una gran variedad de trastornos mentales. Cuando se trata del problema principal, nos encontramos frente a un trastorno somatomorfo. Pero puede también constituir un síntoma asociado a un trastorno mental no somatomorfo, como una depresión mayor o una psicosis; con cierta frecuencia, la "somatización" actúa precisamente como "máscara" de un cuadro depresivo que resulta difícil identificar a primera vista; por esto, conviene siempre explorar con detalle el estado de ánimo del paciente antes de establecer el diagnóstico de trastorno somatomorfo.

Barsky et al² señalan que los síntomas somáticos son un lugar común al que desembocan las alteraciones emocionales, los trastornos mentales y la patología orgánica, y que llevan al paciente a solicitar ayuda médica. Es el médico quien ha de dilucidar cuál de estas condiciones justifica las quejas somáticas del paciente. No es una tarea fácil cuando no están presentes ni una enfermedad orgánica ni un trastorno mental susceptible de diagnosticarse de manera independiente.

Todos los estados emocionales disfóricos implican unos correlatos fisiológicos que el sujeto puede percibir como síntomas y en los que puede centrar su atención de manera selectiva. Es esta atención selectivamente focalizada la que caracteriza al somatizador. Por otro lado, la persona emocionalmente alterada puede referir quejas somáticas al médico, al mantener la creencia de que es la aproximación que más asegura un alivio para el malestar psicológico. Cuando se entrevista adecuadamente a estos pacientes, hablan libremente de sus problemas psicosociales y difícilmente se les puede considerar somatizadores.

Mención aparte merecen los trastornos mentales que emergen con una presentación somática. Prácticamente

Las experiencias de duelo, la enfermedad física o las lesiones, la ruptura de una relación, el presenciar un fallecimiento son precipitantes habituales.

En el encuentro terapéutico el médico ha de mantener la conciencia de que se halla ante una persona que sufre, a la que debe creer y además, recurrir a la técnica, la comprensión y el afecto, huyendo de la sobreprotección y complacencia gratuita.

todas las entidades psiquiátricas pueden presentarse en la consulta bajo esta apariencia.

La mayor parte de los *pacientes con síntomas depresivos* que solicita ayuda médica se queja de malestar somático en lugar de psicológico. Por esta razón, si el médico no realiza una entrevista cuidadosa, con frecuencia se les diagnostica y trata erróneamente. Si se acepta la existencia de un rasgo de personalidad somatizador, aquellos que lo posean tenderán, si se deprimen, a centrarse principalmente en la sintomatología somática. Otros individuos eligen referir estos síntomas para evitar un diagnóstico psiquiátrico, temiendo quedar estigmatizados. Los pacientes somatizadores deprimidos pueden quejarse de multitud de síntomas físicos, habitualmente vagos e imprecisos, y a menudo expresan preocupaciones hipocondríacas. El dolor es especialmente común en la depresión. De hecho, algunos autores consideran el dolor crónico idiopático como un equivalente depresivo o depresión enmascarada. Las quejas somáticas que reflejan somatización en los pacientes deprimidos pueden tener orígenes diversos. Algunas son síntomas vegetativos concomitantes al ánimo depresivo, mientras que otras pueden ser metáforas con las que el individuo comunica su malestar emocional, o bien exacerbaciones de enfermedades físicas coexistentes. El ánimo depresivo puede influir en la cognición, en el sentido de incrementar la percepción de las sensaciones corporales e interpretarlas en términos de enfermedad física. Algunos investigadores afirman que las quejas somáticas constituyen un rasgo mayor de depresión, y que deberían incluirse entre los criterios diagnósticos de la misma.

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-IV para crisis de angustia

Aparición episódica y recortada de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpaciones, sacudidas del corazón o taquicardia
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas musculares
4. Sensación de ahogo o de falta de aliento
5. Sensación de atragantamiento o asfixia
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización o despersonalización
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias
13. Escalofríos o sofocos

Los *trastornos de ansiedad* se asocian frecuentemente a depresión, somatización e hipocondría. Los pacientes habitualmente refieren diversas quejas somáticas, como dolor torácico, palpitaciones, dispepsia, cefaleas, mareo, desmayos o disnea. Además, temen o están convencidos de sufrir una enfermedad física. Cuando se les diagnostica en una fase temprana y se les proporciona un tratamiento adecuado, la tendencia a la somatización suele desaparecer, en contraste con lo que sucede con los pacientes de-

Tabla 3. Criterios diagnósticos DSM-IV para el tratamiento de somatización

- A. Historia de múltiples síntomas físicos que empieza 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 (por ejemplo, cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, tecto, durante la menstruación, el acto sexual o la micción)
 - 2) *Dos síntomas gastrointestinales*: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
 - 3) *Un síntoma sexual*: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (por ejemplo, indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales exceivas, vómitos durante el embarazo)
 - 4) *Un síntoma pseudoneurológico*: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, 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 o pérdida de conciencia distinta del desmayo)
- C. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - 1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos)
 - 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
- 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)

Todos los estados emocionales disfóricos implican unos correlatos fisiológicos que el sujeto puede percibir como síntomas y en los que puede centrar su atención de manera selectiva. Es esta atención selectivamente focalizada la que caracteriza al somatizador.

presivos, cuya tendencia a somatizar y recurrir a los servicios sanitarios es más persistente. El diagnóstico diferencial con el trastorno de somatización puede resultar especialmente difícil. En los últimos tiempos se ha prestado especial atención a la relación entre estrés postraumático y somatización, y se ha observado que la posibilidad de presentar manifestaciones de somatización entre las personas que han sufrido trastornos de estrés postraumático es elevada; se puede decir, por tanto, que un cuadro de estrés postraumático aumenta el riesgo de padecer en el futuro síntomas diversos de somatización.

En lo que atañe a *los trastornos psicóticos*, tanto la depresión con síntomas psicóticos, como la esquizofrenia y el trastorno delirante, pueden adoptar una forma somática o hipocondríaca, con ideas delirantes acerca de padecer una enfermedad física, sufrir cambios corporales, disfunciones o deformidades. Algunos de estos delirios se centran en un tema único, como la infestación por parásitos, la dismorfofobia o la halitosis, por ejemplo. Sin embargo, no debe olvidarse que un paciente psicótico puede también solicitar ayuda médica para tratar síntomas somáticos, como dolor o debilidad, para los que no existe una explicación orgánica, pero tampoco una elaboración delirante subyacente.

Los *trastornos somatomorfos*, de los que se tratará con más detalle, son los trastornos psiquiátricos en los que la somatización es el fenómeno principal en el cuadro clínico. Constituyen una categoría diagnóstica en la ICD-10

que incluye siete trastornos: el *trastorno de somatización*, el *trastorno somatomorfo indiferenciado*, el *trastorno hipocondríaco*, la *disfunción vegetativa somatomorfa*, el *trastorno de dolor somatomorfo persistente*, otros *trastornos somatomorfos* (globo hístico, torticollis psicógeno, prurito psicógeno, dismenorrea psicógena, rechinar de dientes) y el *trastorno somatomorfo sin especificación*. El trastorno de somatización representa la forma más persistente, invalidante, y costosa de la somatización. A menudo coexiste con otras entidades psiquiátricas, y parece que es tan sólo la punta del iceberg de la somatización. A diferencia del DSM IV, la ICD-10 no incluye la conversión (pérdida o alteración de una función física no explicable por mecanismos fisiopatológicos conocidos) en esta misma categoría, sino en la de los trastornos disociativos. Por el contrario, el DSM-IV no incluye la categoría de disfunción vegetativa somatomorfa, que quedaría englobada en el trastorno somatomorfo indiferenciado. Por su parte, la ICD-10 no considera el trastorno dismófico corporal como categoría distinta, sino como un subtipo de hipocondría (tablas 2-3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:11.
2. Barsky A, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990;157:404-9.