

Trastornos somatomorfos y depresión

V. Gasull Molinera

Médico de Familia. Centro de Salud de Aldaia. Valencia.
Miembro del Grupo de salud Mental SEMERGEN.

La Atención Primaria (AP) de salud, por sus características propias (accesibilidad, longitudinalidad en la asistencia, abordaje biopsicosocial de la enfermedad, etc.) está adquiriendo un papel cada vez más importante y activo en el abordaje de los trastornos mentales.

Los trastornos antidepresivos están presentes frecuentemente en la consulta del médico de familia: aproximadamente un 15% de los pacientes que acuden a las consultas de AP sufre depresión y, sin embargo, varios estudios ponen de manifiesto que hasta un 50% de los casos pasa desapercibido y una proporción superior no recibe el tratamiento adecuado¹.

Los cuadros depresivos que se presentan en la consulta de AP tienen unas características claramente diferenciadas de las observadas en las Unidades de Salud Mental. En AP, según se observó en el estudio internacional patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Psychological Problems in General Health Care*, la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45 y el 95% de los casos² y se expresan explícitamente síntomas de tipo emocional con menor frecuencia que en ámbito psiquiátrico.

En el Estudio Pycaso, como puede apreciarse en la figura 1, hasta un 93% de los pacientes diagnosticados de depresión presentó síntomas somáticos, y el 57,3% de los casos presentó más de 4 síntomas. Este hecho representa un serio obstáculo para el reconocimiento del trastorno depresivo subyacente.

Los síntomas somáticos, por otra parte, pueden ser la expresión de síntomas residuales del proceso depresivo, que si no ha sido diagnosticado previamente, dificultará su reconocimiento.

Los trastornos somatomorfos representan otro grupo de trastornos que sin temor a equivocarnos podemos afirmar que es abordado a diario en el ámbito de la AP. Se carac-

terizan por síntomas médicamente inexplicados o síntomas físicos funcionales tan habituales en la consulta diaria del médico de AP.

Sin embargo, los trastornos somatomorfos han sido menos estudiados en AP que otros trastornos, y sólo en unos pocos estudios han sido utilizados métodos estandarizados.

Por ello parece que es un problema de menor relevancia, pero sin lugar a dudas es un tema importante por:

1) Prevalencia. Los trastornos somatomorfos son sumamente frecuentes en las consultas de AP, donde la quinta parte de las consultas son debidas a somatización.

2) Comorbilidad. Es común la comorbilidad de los trastornos somatomorfos con otras patologías mentales, y fundamentalmente con la depresión. Y es precisamente esta comorbilidad el tema que nos ocupa.

3) Dificultades diagnósticas. Dificultades en cuanto al reconocimiento de la entidad morbosa por parte del médico, pero también dificultades de diagnóstico diferencial con otras situaciones patológicas y no patológicas. Así, los síntomas médicamente inexplicados o los síntomas físicos funcionales son muy frecuentes en AP. Por otra parte, los síntomas somáticos en la depresión, como parte integrante del diagnóstico o como síntomas residuales, nos van a plantear la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial o de comorbilidad en más de una ocasión.

4) Mayor utilización de recursos sanitarios. Estos pacientes van a demandar con mayor frecuencia el uso de servicios sanitarios (consultas médicas, consumo de fármacos, etc.) que la población general.

5) Relación médico paciente difícil. Son pacientes en los que la relación médico paciente se va a ver alterada, y al mismo tiempo el mantenimiento de una relación adecuada va a ser la piedra angular en la que se asentará el abordaje terapéutico de estos pacientes.

Todos estos aspectos van a ser tratados a lo largo del presente capítulo, y si bien abordaremos los criterios diagnósticos de los trastornos somatomorfos, no se realizará una descripción exhaustiva de los mismos, que en caso de interesar al lector podrá consultar en la bibliografía aconsejada.

Correspondencia: V. Gasull Molinera.

Correo electrónico: vgasullm@medynet.com

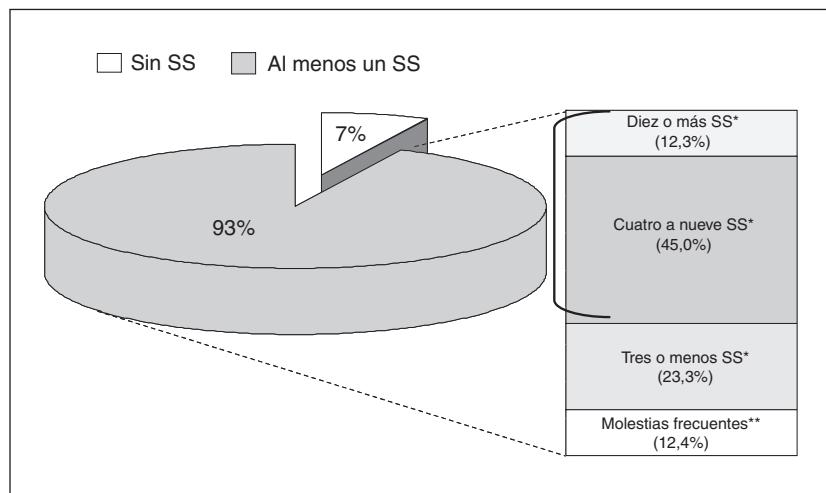


Figura 1. Prevalencia y número de síntomas somáticos en la depresión en Atención Primaria.
SS: síntomas somáticos.

n = 1.150 pacientes con depresión en Atención Primaria. Los síntomas somáticos se evaluaron mediante la entrevista psiquiátrica estructurada polivalente (EPEP; *Standardized Polyvalent Psychiatric Interview [SPPI]*)

*Síntoma somático sin explicación orgánica.

**Molestias frecuentes sin origen psicológico claro.

Fuente: Caballero L, Aragón E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja MJ, et al. Results of a Spanish nationwide cross-sectional study on major depression in primary care I: prevalence and characteristics of somatic symptoms. *Intl J Psychiatry Clin Pract.* 2005;9:320.

CONCEPTOS CLAVE

Antes de continuar con el tema que nos ocupa, es conveniente definir una serie de conceptos:

1) Síntoma físico. Es cualquier síntoma físico referido por el paciente, incluidos tanto aquellos que tienen una explicación adecuada, como aquellos que no tienen una explicación fisiopatológica o base orgánica (por ejemplo los síntomas somatomorfos).

2) Síntoma somatomorfo. Síntoma físico que carece de una adecuada explicación fisiopatológica o base orgánica.

3) Somatización. Es la experiencia y la comunicación de síntomas desproporcionados a la patología encontrada, la atribución de estos síntomas a una enfermedad física y la búsqueda de ayuda médica de una forma frecuente, extensa y a menudo ineficaz. En base a esto podemos considerar en la somatización 3 componentes:

- Experiencial: la sintomatología experimentada por el paciente que no se puede atribuir por la exploración ni por las pruebas complementarias a una causa orgánica.

- Cognitivo: la interpretación que el paciente hace de sus síntomas como una enfermedad amenazante, sin que los intentos por demostrarle la normalidad de los mismos sirvan para tranquilizarlo.

- Conductual: búsqueda persistente de atención médica para obtener un diagnóstico y tratamiento.

Así pues, la somatización requiere que el síntoma físico sea desproporcionado a lo que se podría esperar de la historia del paciente, el examen físico o las pruebas de laboratorio, antes de la conclusión de que el síntoma es somático.

Nuestra cultura nos enseña que los síntomas físicos están relacionados con la enfermedad física. Los somatiza-

dores hacen exactamente lo que se enseña a todos los individuos en nuestra cultura. El problema surge cuando el paciente somatizador insiste en que el médico continúa realizando pruebas y procedimientos diagnósticos, a pesar de que en los ya realizados no se ha encontrado nada positivo.

La multitud de pruebas o procedimientos diagnósticos requeridos para asegurar que un síntoma somático no es el resultado de enfermedad física pueden tener potencialmente consecuencias peligrosas para la salud del paciente. Estas consecuencias peligrosas son el resultado de la ya-trogenia propia de las exploraciones, de procedimientos terapéuticos practicados innecesariamente (intervenciones quirúrgicas realizadas sin una patología propia de base, etc.), pero también del hecho de que refuerzan la creencia del paciente de que tiene una patología orgánica no diagnosticada, lo que le estimula a peregrinar por sucesivas consultas médicas.

La confrontación inevitable sobre si un síntoma físico es “verdadero” (explicado por enfermedad física) o “está en la cabeza de alguien” (no explicado por enfermedad física) puede ser mejorada cuando los profesionales de AP expliquen cómo la tensión psíquica, el estrés, etc. pueden provocar o empeorar los síntomas físicos.

4) Trastorno somatomorfo o somatoforme. Problema médico que, a pesar de manifestarse en forma de síntomas somáticos, no se explica por la existencia de alguna enfermedad somática, sino que es de naturaleza psicológica.

Esto nos plantea ya una serie de preguntas, ¿ante la presencia de síntomas de causa inexplicada, por otro lado frecuentes en nuestras consultas, nos encontramos siempre ante un trastorno somatomorfo?, ¿los síntomas somáticos

Tabla 1. Frecuencia de los síntomas somáticos en somatizadores

Síntoma	Prevalencia
Dolor de espalda	71,4%
Mareos	65,3%
Dolor de extremidades	60,5%
Flatulencias	52,3%
Dificultad para respirar	50,3%
Palpitaciones	49,3%
Dolor torácico	44,2%
Náuseas	43,5%
Amnesia	39,4%
Dolor abdominal	37,4%

Tabla 2. Prevalencia de las somatizaciones

Diagnóstico	Prevalencia
Trastorno depresivo mayor	62,8%
Distmía	91,3%
Tastorno depresivo no especificado	67,6%
Trastorno por ansiedad generalizada	72,7%
Trastorno por angustia	100%
Trastorno de adaptación	70,5%

son síntomas residuales de un trastorno depresivo?, ¿es un trastorno somatomorfo o son simplemente eso, síntomas somáticos para los que no encontramos una explicación?, ¿nos encontramos ante un trastorno somatomorfo y una depresión comórbidos?

La respuesta a estas dudas pasa sin lugar a dudas por el conocimiento de los criterios diagnósticos tanto de los trastornos somatomorfos como de la depresión. Hay que hacer hincapié desde este momento en la importancia de realizar un diagnóstico correcto, pues el abordaje terapéutico será distinto en cada una de las situaciones, y en la importancia de la relación médico paciente para establecer el diagnóstico y el posterior tratamiento del proceso.

PREVALENCIA

En los países occidentales, estudios que han utilizado métodos estandarizados han mostrado que, entre el 14 y 36% de los pacientes atendidos en Atención Primaria tienen trastornos mentales³.

Los trastornos somatomorfos han sido insuficientemente investigados en los estudios sobre enfermedad mental realizados en AP, y la prevalencia de trastornos mentales puede aumentar en un 10-20% si se incluye la categoría diagnóstica de trastornos somatomorfos³.

Más de la mitad de los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico también presentó criterios de trastorno somatomorfo. El 26,3% de los pacientes cumplió criterios de uno o más tipos de somatización.

La prevalencia para los trastornos somatomorfos oscila entre un 16,1 y un 21,9%⁴.

Según afirmó el Dr. Kroenke en el simposio *The relationship between depression and physical symptoms*, de 400 millones de visitas por año en AP, la mitad son debidas al dolor. Las 3 quejas de dolor más frecuentes son: dolor de espalda, dolor de cadera y rodillas y dolor abdominal.

Una tercera parte de los síntomas físicos son inexplicados. Este número sube drásticamente en pacientes con trastornos psiquiátricos comórbidos: es de casi dos terceras partes para los pacientes con depresión y casi la mitad para los pacientes con un trastorno de ansiedad. El número real de síntomas físicos también está relacionado con la probabilidad de ser médicalemente inexplicados.

Como ya se ha indicado, los síntomas médicalemente inexplicados o síntomas físicos funcionales son muy frecuentes en AP. Según Kroenke y Mangelsdorff entre una décima y una cuarta parte de los casos de dolor en el pecho, fatiga, vértigo, dolor de cabeza, disnea, etc. la etiología orgánica no puede ser encontrada.

No alcanzar un diagnóstico puede ser debido a la carencia o déficit de conocimientos, por parte del médico de AP, sobre somatización o trastornos funcionales o al desconocimiento del concepto, pero otra explicación puede ser que los médicos encuentran bastante normal que el paciente busque el examen médico para las quejas físicas y, entonces, intentan no estigmatizar a los pacientes somatizadores como pacientes con patología mental, sobre todo si su apariencia es la de un sujeto sano.

En la tabla 1 se muestra la frecuencia de los síntomas somáticos en los pacientes somatizadores.

COMORBILIDAD

La comorbilidad de los trastornos somatomorfos con otras patologías mentales es común y, fundamentalmente, con los trastornos afectivos y de ansiedad. Estudios clínicos de base poblacional han encontrado la existencia de una comorbilidad entre algunos tipos de trastornos somatomorfos (por ejemplo, el trastorno por somatización, el dolor somatomorfo, etc.) y los trastornos depresivos y ansiosos⁵.

Este hecho puede sugerir una relación causal entre estos trastornos que comparten algunos factores etiológicos comunes.

En la tabla 2 se muestra la prevalencia de las somatizaciones en las distintas patologías psiquiátricas.

Henningsen y sus colaboradores encontraron una superposición diagnóstica de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos en el 79,6% de los pacientes encuestados.

El 54% de los pacientes con ansiedad y/o trastornos depresivo también tenía un trastorno somatomorfo. Y el 26% de los pacientes con un desorden somatomorfo también tenía ansiedad y/o trastorno depresivo. La comorbilidad con trastornos ansiosos/depresivos multiplica por 3,3 la probabilidad de padecer un trastorno somatomorfo⁴.

El 60% de los pacientes deprimidos tiene dolor y el 30% de los pacientes con dolor tiene depresión⁶. El dolor hace que la presencia de trastorno depresivo y ansioso sea bastante más probable, en particular si los síntomas físicos son inexplicados.

Tabla 3. Síntomas y limitaciones funcionales en pacientes con o sin trastorno somatomorfo (S) y con o sin ansiedad/trastorno depresivo (AD): medias ponderadas con un intervalo de confianza del 95%

	S-/AD- (n = 329)	S-/AD+ (n = 25)	S+/AD- (n = 84)	S+/AD+ (n = 35)
Síntomas				
Número de síntomas físicos	4,4 (4-5)	9,4 (7-12)	9,8 (8-11)	14,7 (12-18)*
Puntuación HADS depresión	3,3 (3-4)	8,0 (6-10)	5,4 (5-6)	10,2 (9-11)*
Puntuación HADS ansiedad	4,8 (4-5)	10,7 (9-13)	7,4 (7-8)	11,3 (10-13)*
Limitaciones funcionales				
Funcionamiento físico	80 (78-83)	76 (66-87)	73 (69-78)	66 (57-75)
Funcionamiento social	80 (77-82)	53 (44-62)	60 (55-65)	45 (36-53)*
Desempeño de su papel: problemas físicos	66 (61-70)	53 (35-71)	34 (25-42)	29 (16-41)*
Desempeño de su papel: problemas emocionales	84 (79-86)	33 (17-49)	51 (41-60)	22 (11-33)*
Dolor	71 (68-73)	66 (57-76)	55 (50-60)	58 (50-66)
Apreciación subjetiva del estado de salud	66 (64-68)	56 (48-65)	54 (50-58)	44 (38-49)*

HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

*Diferencias significativas (Kruskal-Wallis: p < 0,01).

Una pregunta que ha sido planteada en diversos estudios, y que a día de hoy no ha podido ser respondida, es si los síntomas somáticos pueden ser predictores de un futuro trastorno depresivo. Nakao y Yano⁷ encontraron que tan sólo tres síntomas somáticos (dolor de espalda, vértigo y dolor abdominal) encontrados en exámenes de salud eran factores de riesgo significativos para presentar una depresión en el año siguiente.

Sí que hay evidencia de que los síntomas somáticos, como expresión de síntomas residuales de una depresión, predicen un peor pronóstico en la evolución de la depresión, con una mayor probabilidad de recidiva o recurrencia y con peor calidad de vida para el paciente.

Otro aspecto importante es que en aquellos casos de comorbilidad de los trastornos somatomorfos con depresión o ansiedad los síntomas y limitaciones funcionales van a ser más severos.

En la tabla 3 se muestran los resultados de un estudio de Margot W y sus colaboradores, en los que se puede apreciar cómo la comorbilidad trastorno somatomorfo con ansiedad o trastorno depresivo muestra diferencias significativas en cuanto al número de síntomas físicos, las puntuaciones en las escalas que determinan la intensidad de la depresión y la ansiedad, en el funcionamiento social y en el desempeño de su papel dentro de la sociedad, así como en la apreciación subjetiva del estado de salud.

DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Los trastornos mentales sólo son diagnosticados entre un 33 y un 60% de los casos por los médicos de AP.

El diagnóstico en AP se hace habitualmente por exclusión, cuando la patología orgánica ha sido excluida más allá de toda duda. Esta estrategia retrasa el diagnóstico, haciendo el proceso de detección muy costoso, con amplia utilización de recursos médicos y retrasando la posibilidad de un tratamiento adecuado. Por ello, es fundamental tener presente la sospecha de estos procesos somatomorfos y de la presentación de la depresión con síntomas somáticos de forma predominante; constituyen

lo que se dio en llamar “depresión enmascarada” o “equivalentes depresivos”.

En un estudio realizado por Fink y sus colaboradores³ el 60,6% de los pacientes entrevistados presentó, al menos, un síntoma médicaamente inexplicado. El 24,2% presentó criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno somatomorfo (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]); este porcentaje ascendía al 26,3% si el trastorno disociativo era incluido en el diagnóstico. Con criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), el 59,9% de los pacientes entrevistados presentó criterios diagnósticos para trastorno somatomorfo; el porcentaje desciende al 30,3% si se excluye el trastorno no especificado, y al 13% si se excluyen ambos y los grupos de trastornos somatomorfos indiferenciados. No hubo diferencias estadísticamente significativas para el sexo y la edad.

Los médicos de AP tasaron en un 40,4% más de lo esperado la presencia, en los pacientes entrevistados, de síntomas corporales mal definidos o enfermedad mental con síntomas físicos.

Los pacientes diagnosticados, con criterios de la CIE-10, de trastorno somatomorfo en un 71% de los casos estaban más preocupados por las sensaciones corporales y la enfermedad que lo esperado por su situación médica. En un 50% de estos pacientes, el médico de familia definió el motivo de la consulta por somatización y en el 66,7% los factores psicosociales afectaban a la condición del paciente.

En definitiva, los síntomas que expresan estos pacientes son de naturaleza somática, mal definidos y hacen una atribución de ellos hacia causas orgánicas, aspecto éste que influye en la dificultad diagnóstica de estos casos, ante la negativa, por parte del paciente, a aceptar que sus síntomas físicos no obedecen a una enfermedad orgánica y que son consecuencia de un proceso psíquico.

La comorbilidad y el hecho de que el proceso depresivo se presente predominantemente con síntomas físicos van a dificultar y retrasar notablemente el diagnóstico. Así, de los pacientes depresivos que tuvieron como presentación clínica los síntomas psicológicos se reconoció a un 90%,

Tabla 4. Clasificación de los trastornos somatomorfos en la CIE-10 y en DSM-IV y sus correspondencias relativas

Trastornos somatomorfos de la CIE-10	Trastornos somatomorfos del DSM-IV
F45.0 Trastorno por somatización	Trastorno por somatización
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2 Trastorno hipocondríaco	Hipocondría
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa	No existe
F45.4 Trastorno por dolor somatomorfo	Trastorno por dolor
F45.8 Otros trastornos somatomorfos	No existe
F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificar	Trastorno somatomorfo no especificado
Incluido en F44 Trastornos disociativos	Trastornos por conversión
Incluido en F45.2 Hipocondría	Trastorno dismórfico corporal

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Tomada de Caballero L, et al⁹.

pero de aquellos que presentaron síntomas somáticos sólo se reconoció a un 50%, y si presentaban una enfermedad médica concomitante el diagnóstico tan sólo se realizó en el 20% de los casos⁶.

UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD

Los pacientes diagnosticados de trastorno somatomorfo, según criterios de la CIE-10, presentaron una mayor tasa de consultas. La mediana era de 10 visitas en el año siguiente al diagnóstico, en comparación con un valor de 5 que presentaban los pacientes que no mostraban criterios diagnósticos³.

Si bien estos valores no son realmente muy significativos ni extrapolables a nuestro medio, dado que los resultados se refieren a pacientes atendidos en Dinamarca, sí que nos sirven para observar el aumento de la utilización de recursos sanitarios por estos pacientes.

El impacto sobre el uso de recursos sanitarios por parte de los pacientes con un trastorno somatomorfo era comparable al de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión⁸. El trastorno somatomorfo indiferenciado tenía un impacto independiente sobre el uso de recursos sanitarios después del ajuste para la ansiedad y los trastornos depresivos, causando un 30% más de consultas. Por tanto, la planificación de asistencia médica debería abordar el reconocimiento y tratamiento de los trastornos somatomorfos y afectivos.

Una gran parte del uso excesivo de los recursos sanitarios por el paciente somatizador puede ser evitada reforzando el componente psicosocial en el tratamiento, y es de importancia vital una buena relación médico paciente.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Como ya se ha indicado, se caracterizan por "la existencia de síntomas físicos no explicables por enfermedades o mecanismos fisopatológicos conocidos, y la fuerte presunción de que están vinculados a factores psicológicos o conflictos.

Los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves suelen presentar también trastornos de personalidad que determinan la evolución o, incluso, son el diagnóstico principal del caso. Con frecuencia, además, estos pacientes presentan un importante estrés psicosocial cuando acuden al médico y problemas de ajuste social.

Los trastornos somatomorfos tienen una clasificación diferente en la CIE-10 y en el DSM-IV. La tabla 4 muestra ambas clasificaciones y sus correspondencias.

Todos estos trastornos tienen unas características:

- 1) Los síntomas que presentan sugieren un trastorno físico, pero no hay una causa orgánica demostrable o un mecanismo fisiológico que los explique completamente y, aún en el caso de que exista una causa orgánica, los síntomas son desproporcionados a los hallazgos objetivos encontrados.
- 2) Presunción razonable de que los factores psicológicos o el estrés desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la presencia de los síntomas.
- 3) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- 4) La alteración no se puede explicar mejor por otro trastorno mental.
- 5) El/los síntomas no son intencionados ni fingidos (como en el trastorno facticio o en la simulación).

Tras ver estas características comunes, vamos a pasar a exponer las peculiaridades de cada uno de los trastornos somatomorfos.

Trastorno por somatización

La prevalencia en la población general es del 1%, aunque esta cifra podría estar subestimada. La proporción mujeres/varones es 10 a 1. Generan hasta un 5% de las consultas de medicina general y consumen hasta nueve veces más recursos sanitarios. El inicio del cuadro clínico suele ser anterior a los 30 años.

Ha de presentar para su diagnóstico: al menos cuatro síntomas dolorosos relacionados con al menos 4 funciones, por ejemplo abdomen, dorso, extremidades, tórax, recto, dismenorrea, dispareunia, urodinia; dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia alimenticia); un síntoma sexual, distinto al dolor, como disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruación irregular, polimenorrea, etc., y un síntoma pseudoneurológico como paresias, amaurosis, sordera, mareos, etc.

Se piensa que lo fundamental de este trastorno no es el número de molestias físicas, sino el hecho de que afectan a múltiples órganos.

Tabla 5. Test de Othmer y Desouza

Nemotecnia	Síntoma	Sistema afectado
Somatización	<i>Shortness of breath</i> Respiración entrecortada	Respiratorio
<i>Disorder</i>	<i>Dysmenorrhea</i> Dismenorrea	Reproductor
<i>Besets</i>	<i>Burning in sex organ</i> Quemazón genital	Psicosexual
<i>Ladies</i>	<i>Lump in trota</i> <i>(Difficulty swallowing)</i> Nudo en la garganta (Dificultad para tragar)	Pseudoneurológico
<i>And</i>	Amnesia	Pseudoneurológico
<i>Vexes</i>	<i>Vomiting</i> Vómito	Gastrointestinal
<i>Physicians</i>	<i>Painful extremities</i> Dolor en las extremidades	Musculoesquelético

Tomada de Caballero L, et al⁹.

El test de Othmer y Desouza (tabla 5), validado en España por el Dr. García Campayo, tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 78% para el diagnóstico del trastorno por somatización.

Se considera positivo cuando presenta tres de los siete síntomas. La regla nemotécnica para recordarlo es “*El trastorno por somatización acosa a las mujeres e irrita a los médicos*”.

Es habitual que coexista con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y abuso de drogas de prescripción médica. En un 65-70% de los casos se asocia a trastornos de personalidad (psicopática, evitativa, paranoide, autodestructiva y obsesivo-compulsiva).

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Según las clasificaciones vigentes, el diagnóstico de este trastorno puede aplicarse por la mera presencia de uno o más síntomas físicos no explicados (por ejemplo, fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios) durante, al menos, seis meses.

Los pacientes que no cumplen los criterios de trastorno por somatización se incluyen en este apartado. Su frecuencia es 30 veces mayor que el trastorno por somatización, con una prevalencia que oscila entre el 4-11%. El 50% presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión.

Se incluyen en este apartado los trastornos denominados “disfunción vegetativa somatomorfa” cuya característica principal es que los síntomas inexplicados son de órganos o sistemas controlados por el sistema nervioso vegetativo (palpitaciones, sudoración, temblor, etc.).

Se habla también del *trastorno multisomatormorfo*, que requiere la presencia de siete o más síntomas físicos como umbral mínimo para establecer el diagnóstico. El trastorno multisomatormorfo representaría una situación intermedia entre el trastorno de somatización y el trastorno indiferenciado en términos de su asociación con daño funcional, comorbilidad psiquiátrica, disfunción familiar y utilización de recursos sanitarios (asistencia médica y gastos)¹⁰.

Trastorno por dolor somatomorfo

En este trastorno el síntoma predominante es el dolor, localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica. Puede ser cefalea, dolores faciales atípicos, dorsolumbalgias o dolores pélvianos, por lo que el paciente va al médico una y otra vez. Cuando se cronifica produce síntomas emocionales que pueden incrementar su intensidad.

Se presenta con mayor frecuencia en la mujer, en una proporción de dos a uno, y es más frecuente en la cuarta década de la vida y en trabajadores manuales. Hay una cierta agregación familiar, así como una asociación a trastornos afectivos o por uso de sustancias (incluidas drogas de prescripción médica). Se asocia también a trastornos de personalidad (dependiente, pasivo, agresivo e histriónico).

El diagnóstico debe de ser positivo y no por la ausencia de hallazgos orgánicos. La escala o test de Madison (tabla 6), adaptada por Hackett y Cassen, para el diagnóstico de probabilidad de factores psicogénos en un dolor, tiene utilidad en AP.

Cada ítem se puntuá de 0 a 4 según su intensidad. La suma de 15 o más puntos sugiere un factor psicogénico importante.

Actualmente se acepta la teoría de que la depresión y los síntomas dolorosos siguen las mismas vías neurales descendentes en el sistema nervioso central.

La superioridad de la combinación de antidepresivos más terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico y depresión apoya la relevancia clínica y terapéutica de las coincidencias neurobiológicas entre depresión, ansiedad y dolor.

Tabla 6. Escala o test de Madison

<i>Multiplicity</i>	Multiplicidad: dolor en más de un lugar o de más de un tipo
<i>Authenticity</i>	Autenticidad: más interés en mostrar su realidad que en la cura
<i>Denial</i>	Negación: armonía interpersonal o equilibrio psíquico sospechoso
<i>Interpersonal relationship</i>	Relación interpersonal: el dolor varía según ésta
<i>Singularity</i>	Singularidad: dolor de originalidad exagerada
<i>Only you</i>	Solo tú: idealización del médico
<i>Nothing helps, no change</i>	Nada ayuda, no hay cambios: estabilidad antinatural del dolor

Tomada de Caballero L, et al⁹.

Hipocondría

El elemento nuclear de este trastorno es el miedo o la preocupación a desarrollar una enfermedad física concreta, generalmente grave y de alto impacto social. Realizan interpretaciones de síntomas banales, asignándoles una gravedad desproporcionada, por los que solicitan exploraciones para llegar al diagnóstico.

Se supone que la enfermedad es debida a una amplificación de las sensaciones somatosensoriales normales, junto con un aprendizaje del papel de enfermo y el reforzamiento que dicho papel recibe en algunas familias o ambientes sociales.

Suele presentarse en la segunda década de la vida, y no hay diferencias de género u otras variables sociodemográficas. La prevalencia en AP es de un 1-2%.

Las explicaciones médicas de normalidad de las exploraciones sólo tranquilizan al paciente parcial y de forma transitoria. Presenta un curso crónico con remisiones relativas y reagudizaciones asociadas a estrés psicosocial.

La hipocondría suele asociarse a trastornos afectivos, crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de personalidad.

Trastorno por conversión

Este trastorno se caracteriza por uno o más síntomas o déficit que afecten las funciones motora voluntaria o sensitiva y que sugieren una enfermedad neurológica o médica. Los síntomas pueden llegar a aparecer cuadros graves pseudoneurológicos: parálisis, ceguera, confusión, etc.

Se considera que el síntoma o déficit se asocia a factores psicológicos, pues el comienzo o la exacerbación es súbita y está precedida de conflictos u otros factores de estrés.

Los síntomas se producen inconscientemente y son modificables por la sugestión. El proceso suele ser transitorio y de remisión espontánea; de no ser así es recomendable una terapia cognitivo-conductual.

Trastorno dismórfico corporal

El síntoma principal de este trastorno es la preocupación por un defecto imaginario o real en la apariencia, que afecta su calidad de vida al creerse rechazado o que provoca repulsión en los demás. Si existe una leve anomalía física, la preocupación es notablemente excesiva.

La preocupación no disminuye por la negación del defecto por el médico o los familiares. Este trastorno produce una limitación social importante.

Los síntomas dismorfófobicos son frecuentes en otras patologías psiquiátricas, como son los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia, el trastorno narcisista de la personalidad, la anorexia nerviosa, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de la identidad sexual.

La edad de comienzo suele ser la adolescencia hasta los 30 años. La preocupación más frecuente es la cara, pero también lo son el pelo, los genitales o las mamas. Muchos pacientes se someten a cirugía. Ésta puede mejorar los casos leves, pero no los casos graves, que incluso pueden empeorar.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN-TRASTORNO SOMATOMORFO

Si el abordaje terapéutico del paciente con sólo uno de los trastornos es difícil, resultará evidente que el abordaje de la comorbilidad de ambos procesos lo es todavía más. Sin embargo, el elemento terapéutico más eficaz es el “médico hábil”, aconsejándose que sea un solo médico el que atienda a estos pacientes.

El abordaje terapéutico de estos pacientes comienza ya con la entrevista clínica, y más concretamente con la recepción del enfermo en nuestra consulta.

Es importante desde un primer momento estar atento a los mensajes verbales y no verbales que emite el paciente y mostrarse empático, respetuoso e interesado por el problema de éste. Esto es fundamental para establecer la relación terapéutica con el paciente y “conectar” con él, demostrándole que nos interesa su problema.

Una vez que se ha recibido al paciente y se ha logrado un clima de calidez, es el momento de aclarar la demanda; es la fase exploratoria de la entrevista clínica. En ella hemos de realizar una escucha activa e intentar ser poco reactivos, dejar que el paciente se exprese libremente, sobre todo al principio, para que realice el vaciado de la información preelaborada y también de la carga de ansiedad con la que acude a la consulta. No debemos olvidar que son pacientes que con toda probabilidad habrán acudido a consultas de múltiples médicos, y que en ninguna de ellas han encontrado satisfacción a sus demandas.

Posteriormente hemos de delimitar la demanda, intentando averiguar las razones ocultas de la demanda asistencial, que no corresponden con la demanda inicial. Se deben sospechar razones ocultas cuando:

- El paciente tiene síntomas desproporcionados: es el caso de los pacientes con trastornos somatomorfos. Hay que buscar atribuciones.

- No encontramos un diagnóstico relevante. Buscar demandas de apoyo psicológico, de relación interpersonal en personas aisladas, administrativas en invalideces, etc. Hay que explorar aspectos psicosociales.

- Hay insatisfacción con los médicos. Indagar la historia médica previa, facilitar sus quejas sin antagonizar.

- No hay cambios en la situación clínica. Indagar situaciones de estrés.

Es importante delimitar la demanda, sobre todo en el paciente con trastorno por somatización, hay que evitar las consultas aditivas, lo que los anglosajones denominan “Dr. Shoping”, pues es una situación que acaba por afectar emocionalmente al médico, y tiene su repercusión en la relación médico enfermo, ya que ante cada nueva demanda hay que reiniciar todo el proceso de nuevo, o bien hay que obviarla, en cuyo caso el paciente puede interpretarlo como que no se le hace caso. En ambos casos, se resiente la relación terapéutica.

En la fase exploratoria realizaremos la búsqueda de antecedentes familiares, personales orgánicos y psiquiátricos, búsqueda de factores estresantes o desencadenantes biopsicosociales. En esta fase se realiza la exploración psicopatológica, la exploración física y las pruebas

Tabla 7. Normas de buena práctica clínica

1. El paciente ha de ser atendido por un solo médico, a poder ser por su médico de familia
2. Planificar citas regulares cada 4-6 semanas
3. Consultas breves de nuestra agenda
4. Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente
5. Buscar signos, los síntomas deben ser interpretados en un contexto de comunicación
6. Evitar pruebas complementarias innecesarias
7. Evitar diagnósticos espurios y tratamientos innecesarios
8. Tranquilizar al paciente, no decirle que "no tiene nada".
9. Derivar a los servicios de salud mental cuando sea necesario

Fuente: Smith et al, 1991.

complementarias, tanto pruebas físicas como psicométricas.

Es importante en esta fase exploratoria, y es un hecho que no se nos debe olvidar nunca en el paciente con diagnóstico o sospecha de depresión, evaluar la ideación suicida.

En cuanto a la exploración física, en los pacientes con trastornos somatomorfos hay que realizar exploraciones físicas simples del área de queja principal, con diligencia y profesionalidad, evitando procedimientos de diagnóstico o tratamiento innecesarios o peligrosos. Ante la demanda de nuevas exploraciones, hecho habitual en estos pacientes, hay que ser asertivo y no ceder a las demandas del paciente, pues con ello lo único que hacemos es reforzar la creencia, infundada, de que hay una patología orgánica de base.

En la fase resolutiva de la entrevista clínica, el primer paso será comunicar el diagnóstico al paciente. El médico debe mostrarse claro y seguro en su exposición, a la vez que debe ser receptivo y escuchar la opinión y los sentimientos del paciente sobre su padecimiento. Hay que evitar las actitudes excesivamente paternalistas.

Se trata de comunicar la naturaleza psíquica de la enfermedad, enfocando y reordenando todos los síntomas del paciente a la luz de esa idea, dándoles un significado diferente al puramente somático. La naturaleza psicológica del trastorno no significa que "al paciente no le pasa nada", que "es todo de los nervios" o que "puede curarse si se esfuerza"; éste es un concepto erróneo que hay que aclarar de entrada y, a menudo, exponerlo también a los familiares y allegados.

Es frecuente, tanto en el paciente depresivo como en el paciente con un trastorno somatomorfo, que no se acepte la naturaleza psíquica de la enfermedad, en estos casos se puede recurrir a la técnica de reatribución de Goldberg. Esta técnica pretende poner en contacto al paciente, desde la primera entrevista, con los factores determinantes o desencadenantes del proceso. Requiere que el paciente tenga una cierta disposición psicológica, no sea abiertamente hostil y sus síntomas sean leves o de corta duración.

La información que se facilite al paciente y a los familiares ha de ser comprensible, clara, explicándoles que se trata de padecimientos crónicos, frecuentes y modificables con el tratamiento. Hay que informar de la posible duración de la enfermedad y desposeer el cuadro de toda connotación moral.

No dar nunca falsas seguridades en cuanto a evolución, curación, etc.

En el caso del paciente depresivo hay que aconsejar al paciente que no tome decisiones importantes bajo ideas pesimistas, y al familiar de éste la vigilancia del paciente si existe riesgo de suicidio.

Por último, se le propone el tratamiento, que hay que individualizar en cada caso. Es importante que el médico se sienta seguro de su competencia y transmita esta seguridad al enfermo y a sus familiares, calmando así parte de la ansiedad que la enfermedad lleva consigo. En el caso de tratamiento farmacológico hay que informar de su posible duración, el tiempo de latencia del efecto antidepresivo, los efectos secundarios y los controles a seguir.

Hay que insistir en que no abandone por su cuenta el tratamiento y que nos comunique cualquier duda en ese sentido.

En los trastornos por somatización, Smith y sus colaboradores demostraron que la aplicación de normas de buena práctica clínica por el médico de AP (tabla 7) es capaz de aliviar los síntomas, disminuir la demanda de atención recibida y limitar los costes en un 53%. Estas normas, si bien sólo se han estudiado en los trastornos por somatización, en pura lógica pueden ser aplicables en todos los trastornos.

TRATAMIENTO

En el caso de que exista una comorbilidad de trastorno depresivo con trastorno somatomorfo, las indicaciones del tratamiento farmacológico antidepresivo serán las mismas que si se presentara el trastorno depresivo solamente. En el trastorno depresivo hay evidencia de que el tratamiento conjunto farmacológico y psicoterápico obtiene unos resultados mejores que su aplicación por separado. En el caso de que haya comorbilidad el tratamiento psicoterápico se torna esencial.

No existen muchos trabajos acerca de la intervención farmacológica en los trastornos somatomorfos, por lo que no existe base científica suficiente para su indicación en los trastornos somatomorfos.

Sí existen estudios de utilización de antidepresivos en el caso de dolor somatomorfo, donde los antidepresivos que actúan sobre los sistemas de neurotransmisión serotonérígico y noradrenérgico han resultado más efectivos,

disminuyendo la intensidad del dolor un 50%, en el 58% de los casos. También han demostrado eficacia la carbamacepina y la gabapentina.

Las técnicas psicoterápicas que han mostrado utilidad en estos casos son, fundamentalmente, la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia dinámica y el modelo educativo de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos somatomorfos. En: Kaplan-Sadock, editor. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Waverly Hispanica S.A Ed; 2004.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Masdéu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34:21-35.
2. Simon GE, Vonkorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Eng J Med.* 1999;341:1329-35.
3. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. *Psychosomatics.* 1999;40(4):330-8.
4. Margot W, de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *BJ of Psychiatry.* 2004;184:470-6.
5. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorder: an update. *Psychosom Med.* 2007;69(9):860-3.
6. Kroenke K. En: The relationship between depression and physical symptoms. American Psychiatric Association 2004 Annual Meeting. May 1-6, 2004, New York, NY.
7. Nakao M, Yano E. Prediction of major depression in Japanese adults: somatic manifestation of depression in annual health examinations. *J Affect Disord.* 2006;(90)1:29-35.
8. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Assendelft WJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract.* 2008;9:5.
9. Caballero L, Caballero F. Trastornos somatomorfos, síndromes y síntomas somáticos funcionales. Trastornos disociativos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica Ed; 2007.
10. Kroenke K, Spitzer L, de Gruy F, Swindle R. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in Primary Care. *Psychosomatics.* 1998;39:263-72.