

## La somatización y los trastornos somatomorfos en la práctica médica

Aquiles Guzmán M

Términos tales como somatización, síntomas somáticos funcionales (1,2), quejas somáticas múltiples sin ninguna causa médica (3), síntomas somáticos que no tienen una explicación médica satisfactoria (4) y otros más, son utilizados como términos sinónimos e intercambiables. De todos ellos el más amplio y genérico es el de somatización

La somatización, además de ser un término de moda en la medicina anglosajona actual, constituye un problema médico notable tanto por la frecuencia con que se presenta como por su amplio alcance mundial (5). Se estima que alrededor del 80% de los individuos saludables presentan síntomas somáticos en el curso de cualquier semana (6). Asimismo, se ha establecido que los pacientes que se presentan con síntomas carentes de un fundamento médico adecuado son ubicuos en todos los centros de atención médica: ambulatorios, de hospitalización, de especialidades, de atención primaria, etc. (7) Según estudios epidemiológicos, hasta un tercio de los pacientes vistos en centros de atención primaria se presentan al médico general con síntomas somáticos funcionales. Sin embargo, el aspecto más significativo y sorprendente de estos hallazgos, está representado por el hecho de que en realidad tales pacientes resultan ser portadores de algún trastorno psiquiátrico (mayormente ansioso o de-presivo), que se manifiesta por síntomas somáticos y no como cabría esperar, por síntomas psicológicos (8). Partiendo de estos datos, algunos autores (9) llegan a sostener que la somatización constituye una frontera entre la medicina y la psiquiatría, mientras que otros (10) afirman que la somatización es la manera como se presentan habitualmente los trastornos psiquiátricos en los centros de atención primaria. Según Lipowski (7), la somatización es una tendencia a experimentar y comunicar la perturbación ("distress") y los síntomas somáticos no explicables por los hallazgos patológicos, a atribuirlos a una enfermedad física (aunque no hay fundamento alguno para tal atribución), y a solicitar

ayuda médica para dichos síntomas. Utilizando criterios operacionales, Lloyd (10) y Bridges y Goldberg (11) definen la somatización de la siguiente manera: 1) el paciente se presenta al médico con los síntomas somáticos de un trastorno psiquiátrico; 2) el paciente atribuye estos síntomas a una enfermedad física; 3) el examen físico excluye una patología orgánica significativa que pudiera explicar los síntomas; y 4) la exploración específica pone al descubierto síntomas de un trastorno psicológico.

En el concepto de somatización, por tanto, pueden ser incluidos con toda propiedad, las siguientes alteraciones: 1) los trastornos somatomorfos; 2) los trastornos adaptativos con síntomas somáticos; 3) los trastornos del estado de ánimo; 4) los trastornos fóbicos; 5) los trastornos por angustia (pánico); y 6) el trastorno facticio (10).

Los trastornos somatomorfos constituyen las manifestaciones primarias y fundamentales de la somatización (12) que según el DSM-III-R (13) se caracterizan: 1) porque su sintomatología esencial consiste de síntomas físicos que sugieren una alteración somática; 2) dichos síntomas ocurren sin que existan hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiopatológicos conocidos; 3) porque hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran vinculados a factores o conflictos psicológicos. De acuerdo con el DSM-III-R, esta categoría comprende siete trastornos, a saber: el trastorno dismórfico (anteriormente llamado dismorfofobia); el trastorno de conversión; la hipocondría; el trastorno por somatización; el dolor somatomorfo indiferenciado y el trastorno somatomorfo no especificado.

El trastorno por somatización es, de todos los trastornos somatomorfos, el que tiene mayor validez y confiabilidad (14,15), el cual deriva del trastorno histeria/síndrome de Briquet del grupo de Saint Louis, Missouri. Se trata de un cuadro poli-sintomático, crónico y fluctuante que se presenta

principalmente en mujeres. El DSM -111-R (13) establece que para el diagnóstico de este cuadro, es necesario que el paciente presente 13 síntomas de una lista de 37 síntomas posibles, que afectan a diferentes sistemas corporales, y que se incluyen en seis grupos. La hipocondría se refiere a la preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave. Para diferenciar este trastorno de la hipocondría transitoria, el DSM-III R establece que su duración debe ser de seis meses por lo menos.

El trastorno de conversión se corresponde con la histeria de conversión clásica. Su sintomatología esencial se caracteriza por la pérdida o la alteración de una función física, lo que da lugar a pensar en una enfermedad somática, fundamentalmente neurológica. Se discute la validez de los trastornos somatomorfos restantes (trastorno por dolor somatomorfo, trastorno dismórfico, trastorno somatomorfo indiferenciado) (7,16). En la etiología de la somatización, Lipowski (7,9) y Kellner (1,2) distinguen tres factores: 1) predisponentes, que incluyen los factores genéticos, de aprendizaje, los vinculados a la personalidad (por ejemplo, la tendencia a amplificar las sensaciones corporales y a distorsionarlas, atribuyéndoles un significado patológico) y los factores socioculturales; 2) los factores precipitantes (eventos vitales estresantes) y 3) los factores que mantienen los síntomas (la ganancia psicossocial que obtiene el enfermo de la enfermedad y que estimula el rol de enfermo).

El tratamiento (7,17,19) de los trastornos somatomorfos (y de la somatización en general) depende del diagnóstico específico. Hay que tener presente que los somatizadores resisten a menudo su referencia al psiquiatra. Algunos pueden responder a la psicoterapia individual o grupal. Las drogas psicotrópicas especialmente los anti-depresivos, son de valor en el dolor crónico. Los ansiolíticos deben ser prescritos con precaución, ya que los somatizadores con mucha facilidad se tornan dependientes de ellos. Algunos casos responden a la terapia de conducta.

#### REFERENCIAS

1. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:821-833
2. Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987;258:2718-2722.
3. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:502-505.
4. Ford CV, Parker PE. Somatization in consultation-liaison psychiatry. En: Kirmayer LJ, Robbins JM (Eds): *Current Concepts of Somatization*. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC, 1991.
5. Bass C (Editorial). *J Psychosom Res* 1989;33:663-664.
6. Kellner R. Somatization. Theories and research. *J Nerv Mental Dis* 1990;78:50-160.
7. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-1368.
8. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice using a new method of case identification. *Br Med J* 1970;2:439-443
9. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry *CMAJ* 1986;135:609-614
10. Lloyd G. Somatization: a psychiatrist's perspective. *J Psychosom Res* 1989;33:665-669.
11. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-569.
12. Escobar JJ. Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:174-180.
13. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*, Washington, D.C, 1987.
14. Perley MG, Guze SB. Hysteria: the stability and usefulness of clinical criteria. *N Engl J Med* 1962;266:421-426.
15. Escobar JJ et al. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:713-718.
16. Kirmayer LJ, Robbins JM. Introduction: concepts of somatization. En: Kirmayer LJ, Robbins JM (Eds). *Current Concepts in Somatization*. Washington DC. American Psychiatric Press 1991.
17. Kellner R. Treatment approaches to somatizing and hypochondriacal patients. En: Kirmayer LJ, Robbins JM (Eds): *Current Concepts in Somatization*. Washington DC. American Psychiatric Press 1991.
18. Warwick HM, Marks I. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1988;15:239-241.
19. Warwick HM. A cognitive behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *J Psychosom Res* 1989;33:705-711.