

De la somatización a los trastornos somatomorfos

Aquiles Guzmán Machado

DEFINICION

Este tema, amplio, y no exento del todo de ciertas vaguedades, exige que lo iniciemos precisando algunos conceptos. En efecto, términos tales como somatización, trastornos somatomorfos, síntomas somáticos funcionales, síntomas somáticos carentes de base orgánica demostrable, síntomas o enfermedad física que no pueden ser explicados por una enfermedad somática o por un mecanismo fisiopatológico, síntomas no explicables por la medicina, son usados ampliamente 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 importante por la frecuencia con que se presenta, llegando a tener, por tal motivo, un alcance mundial considerable (1). No hay unidad de criterios sobre la definición de este término. Para Ford (2), la somatización es el uso de los síntomas somáticos con propósitos psicológicos. Katon y col. (3) la definen como un idioma de perturbación según el cual los pacientes con problemas emocionales y psicosociales articulan su perturbación mediante síntomas somáticos. Kleiman y Kleiman (4) definen la somatización como la expresión de una perturbación en un idioma de síntomas corporales, con búsqueda de ayuda médica. Según Lipowski (5) la somatización es una tendencia a experimentar perturbación y síntomas somáticos no explicables por los hallazgos patológicos, y atribuirlos a una enfermedad física (aunque no existe fundamento alguno para tal atribución), y a solicitar ayuda médica para dichos síntomas. Kellner (6) en base a los criterios del DSM-III-R para el trastorno somatomorfo indiferenciado, establece que el concepto de somatización indica uno o más síntomas somáticos por ejemplo, fatiga, síntomas gastrointestinales o urinarios, y a) o una evaluación apropiada pone de manifiesto que no hay una patología orgánica o un mecanismo fisiopatológico que expliquen los síntomas somáticos, o

b) cuando hay una patología orgánica relacionada, los síntomas somáticos o el deterioro ocupacional o social resultante son más intensos de lo que cabría esperar por los hallazgos físicos. Lloyd (7), al igual que Bridges y Golberg (8), utiliza criterios operacionales en su definición. Según el citado autor, la somatización se caracteriza por los siguientes criterios:

1. El paciente se presenta al médico con los síntomas somáticos de un trastorno psiquiátrico.
2. El paciente atribuye estos síntomas a una enfermedad somática.
3. El examen físico excluye cualquier patología orgánica significativa que pudiera explicar los síntomas.
4. La exploración específica pone al descubierto síntomas de una alteración psicológica.

Kirmayer y Robbins (9) consideran que la somatización es un término utilizado para abarcar un grupo amplio de situaciones clínicas comunes, a saber: 1) pacientes que se presentan al médico con síntomas somáticos exclusivamente, a pesar de confrontar problemas psicosociales demostrables o perturbaciones emocionales; 2) pacientes que se preocupan o están convencidos de que sufren una enfermedad somática a pesar de que no existen evidencias de tal enfermedad; y 3) personas con un patrón de síntomas somáticos funcionales o inexplicables, frecuentes, que incitan a la búsqueda de ayuda médica y originan incapacidad. Se presume que el elemento común a los tres subgrupos considerados, es la presencia de perturbaciones somáticas carentes de una explicación médica adecuada, estando relacionadas más bien con problemas psiquiátricos, psicológicos o sociales subyacentes.

La somatización no representa una categoría diagnóstica específica, ni implica que un trastorno psiquiátrico diagnosticable esté presente (5). Algunos autores la consideran como un proceso mediante el

cual la perturbación psicológica se expresa a través de síntomas físicos (10,11), proceso muy semejante al que ocurre en la conversión. Para otros autores (7), la somatización puede ser mirada como un concepto genérico en el sentido de que dicho concepto incluye una amplia variedad de fenómenos clínicos.

La somatización comprende tres aspectos esenciales (5,12): el experiencial, el cognitivo y el conductual. El aspecto experiencial se refiere a aquello que es conocido directamente sólo por la persona, como la percepción subjetiva del dolor o de cualquier otro malestar somático. El aspecto cognitivo se refiere a la manera como los sujetos interpretan y atribuyen sus percepciones somáticas, por ejemplo, considerar que sus percepciones o sus síntomas significan una enfermedad física grave y posiblemente letal. Los aspectos conductuales están representados por las actuaciones y las comunicaciones verbales y no verbales de los pacientes (por ejemplo, la búsqueda de atención médica y el reporte constante de síntomas físicos, es decir, lo que se ha llamado comportamiento de enfermo).

Según la duración, algunos autores (5,12) distinguen dos tipos de somatización: la transitoria y la persistente. La primera expresa la respuesta aguda a una situación o evento vital estresante, como por ejemplo, la reacción de duelo por la muerte de un ser amado, y tiende a extinguirse a medida que la perturbación psicológica desaparece, o cuando el médico confirma (reassurance) que los síntomas no indican una enfermedad física. Por el contrario, la somatización persistente implica un problema crónico y quizás de por vida, que impone una carga pesada a los sistemas de atención médica, que crea cierto malestar entre los médicos que se ven obligados a tratar este tipo de patología, e incluye, usualmente, algún grado de incapacidad para el enfermo (Cuadro 1). Cuadro 1

Criterios operacionales para la identificación de la somatización persistente

1. Quejas de síntomas somáticos sin hallazgos físicos relevantes.
2. Persistente temor o creencia de que los síntomas indican una enfermedad física grave a pesar de las explicaciones dadas por el médico de que no existen alteraciones físicas.
3. Repetida solicitud de ayuda médica para los síntomas.
4. Incapacidad total o parcial acorde con el deterioro social y ocupacional.
5. Duración de seis meses por lo menos.

Lipowski, 1986 (12)

Como concepto amplio y abarcador que es, la somatización incluye todas las alteraciones de su género (7): en primer lugar, el grupo de trastornos somatomorfos (trastornos por somatización, trastorno de conversión, hipocondría, trastorno dismórfico, dolor somatomorfo indiferenciado); los trastornos adaptativos con síntomas somáticos; la enfermedad depresiva (trastornos del estado de ánimo); los trastornos fóbicos; los trastornos por angustia (pánico); el trastorno facticio (los trastornos depresivos y los trastornos por angustia se incluyen dentro del concepto de somatización porque ambos cursan con síntomas somáticos relevantes) (Cuadro 2).

Cuadro 2

Trastornos incluidos en el concepto de somatización	
Trastornos agudos	Trastornos crónicos
T. Adaptativos con síntomas físicos	T. por somatización*
Enfermedad depresiva	Dolor somatoforme*
T. de ansiedad	Hipocondría*
T. fóbicos	T. dismórfico*
T. de pánico	T. facticio
T. de conversión*	

Nota: Los trastornos marcados con asterisco pertenecen al grupo de los trastornos somatomorfos.

Lloyd, 1989 (7)

La somatización como problema médico

La somatización plantea un cúmulo de problemas médicos de gran importancia teórica (5). Por ejemplo, a pesar de que los síntomas de la somatización sugieren la presencia de una enfermedad física, tales síntomas en realidad pertenecen a otro sector de la patología, bien distinto por cierto de la patología somática. En rigor, los síntomas de la somatización constituyen una imitación del fenómeno "real", esto es, de los signos verídicos provocados por un cambio patológico en el organismo. Tal característica ha sido bien captada tanto por Lipowski (5) como por Robbins y Kirmayer (9) cuando afirman, muy atinadamente, que los síntomas de los somatizadores son "subjetivamente reales". Por otra parte, es obvio que el juicio definitivo sobre el cuadro patológico es emitido por el médico, quien decide si un síntoma es verídico o no, recurriendo para ello al acuerdo unánimemente aceptado en medicina de lo que es una enfermedad. En el caso del paciente que somatiza, el concepto objetivo de salud que maneja el

médico, choca con el criterio subjetivo del paciente. En consecuencia, la somatización implica una discrepancia flagrante entre salud objetiva y salud subjetiva.

Los pacientes que exhiben síntomas de somatización ponen de relieve un hecho singular: ellos definitivamente no se conducen como los médicos de nuestra cultura esperan que lo hagan. Así: 1) el paciente debería quejarse en proporción razonable a la patología demostrable; 2) reportar la perturbación física en términos corporales y la perturbación emocional en términos psicológicos; y 3) aceptar la opinión y el dictamen del médico confiadamente (5). La escasa capacidad del somatizador para adaptarse a este modelo, forzosamente conduce de antemano al fracaso de la relación médico-paciente.

En resumen, los somatizadores presentan un conjunto de características comunes: 1) pretenden sufrir de una enfermedad física sin que existan signos objetivos que fundamenten esta suposición; 2) claman continuamente por diagnóstico y tratamiento médicos; 3) tienden a estar insatisfechos con cualquier forma de tratamiento; y 4) son propensos al "Dr Shop", es decir al peregrinaje médico.

El rechazo, la frustración, la antipatía, la aversión, el desagrado, en fin, todos los sentimientos negativos que estos pacientes despiertan en los médicos, quedan patentizados por el empleo de los numerosos términos peyorativos con que se les designa en la mayoría de los ambientes médicos. En los países anglosajones las expresiones más utilizadas son "croks", "turkeys", "the worried well", "the problem patient", "gomar", "troll" (13), muchas de ellas difíciles de traducir al castellano.

Somatización: ¿"illness" o "disease"?

El concepto de somatización nos remite a otros dos conceptos: "illness" y "disease". La verdad es que el significado de ambos vocablos no está claro ni siquiera en la lengua inglesa, y a este problema alude Jennings cuando habla de la confusión que existe en relación a ambos términos en la medicina clínica (14).

A este respecto Jennings sostiene (14) que la opinión dominante en la medicina occidental es que "disease" es un asunto que compete a los físicos y químicos, cuya presencia es revelada por signos físicos. En cambio, "illness" constituye básicamente una experiencia, cuya presencia es comunicada por medio de quejas. Es decir, su presencia no puede ser

objetivada por signos físicos, Según Fábregas y col. (15), en la teoría biomédica los fenómenos constantes y "reales" son aprehendidos por el concepto de "disease", en los que se evidencian cambios químico-fisiológicos; y los fenómenos más variables y "menos reales" por el concepto de "illness", y se manifiestan por cambios socio-conductuales.

Podemos concluir por tanto, que "disease" se refiere a un trastorno fundamentado en un proceso patológico, y que "illness", en cambio, es un trastorno sin fundamento patológico. Según los criterios de enfermedad que venimos manejando, la somatización, y en particular los trastornos somatomorfos (trastorno de conversión, trastorno por somatización, hipocondría, etc.), tendrían que incluirse dentro del concepto de "illness" y no de "disease", que estaría reservado para los trastornos de la patología somática y algunos de la patología psiquiátrica, como el delirium y la demencia, por ejemplo. Dicho de otro modo, "illness" representaría lo psicógeno y funcional, y "disease" lo orgánico.

Clasificación de los trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos constituyen las manifestaciones primarias y fundamentales de la somatización (16), surgidos según la expresión de Hyler y Spitzer (17) de las ruinas de lo que antes se llamó histeria, que en el DSM-III fue dividida para crear con el producto resultante, un grupo de entidades que recibieron nombres nuevos.

Los trastornos somatomorfos, por definición, poseen los atributos comunes y característicos de la somatización, y por eso el DSM-III-R (18) destaca: 1) que la sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en síntomas físicos que sugieren una alteración somática (de ahí la palabra somatomorfo); 2) dichos síntomas ocurren sin que existan hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiopatológicos conocidos; y 3) 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 nueva categoría comprende siete trastornos, a saber: el trastorno dismórfico (anteriormente llamado dismorfofobia); el trastorno de conversión (o neurosis histérica, tipo conversión); la hipocondría (o neurosis hipocondríaca); el trastorno por somatización; el dolor somatomorfo; el trastorno somatomorfo indiferenciado y el trastorno somatomorfo no especificado (Cuadro 3).

Cuadro 3

Trastornos somatomorfos (DSM-III-R)

-
1. T. Dismórfico
 2. T. de conversión
 3. Hipocondría
 4. T. por somatización
 5. Dolor somatomorfo
 6. T. somatomorfo indiferenciado
 7. T. somatomorfo no especificado
-

En consonancia con el DSM-III-R, la ICD-10 (19) en su definición de los trastornos somatomorfos destaca las siguientes características: 1) presentación repetida de síntomas somáticos no explicables por una enfermedad física demostrable; 2) solicitudes repetidas de exámenes clínicos y de laboratorio a pesar de que los hallazgos generados por éstos son persistentemente negativos; 3) la resistencia a discutir la posible causalidad psicológica de los síntomas a pesar de que éstos guardan una relación con eventos vitales estresantes.

Al igual que el DSM-III-R, la ICD-10 agrupa bajo el rubro de trastornos somatomorfos, siete categorías psiquiátricas, a saber: el trastorno hipocondríaco, el trastorno por somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno doloroso somatomorfo persistente, la disfunción autónoma somatomorfa, otros trastornos somatomorfos y el trastorno somatomorfo no especificado (Cuadro 4).

Cuadro 4

Trastornos somatomorfos (ICD-10)

-
- F 45.0 Trastorno por somatización
(incluye: trastorno psicósomático múltiple)
 - F 45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado
(incluye: trastorno psicósomático indiferenciado)
 - F 45.2 Trastorno hipocondríaco
(incluye: nosofobia y dismorfofobia o trastorno dismórfico)
 - F 45.3 Disfunción autónoma somatomorfa
 - F 45.30 Sistema cardiovascular
 - F 45.31 Tracto gastrointestinal alto
 - F 45.32 Tracto gastrointestinal bajo
 - F 45.33 Sistema respiratorio
 - F 45.34 Sistema génito-urinario
 - F 45.38 Otro
 - F 45.4 Trastorno doloroso somatomorfo persistente
(incluye: psicalgia, dolor de espalda psicógeno)
 - F 45.8 Otros trastornos somatomorfos
 - F 45.9 Trastorno somatomorfo, no especificado
(incluye: trastorno psicofisiológico o psicósomático no especificado)
-

Los trastornos hipocondríacos, por somatización, somatomorfo indiferenciado y doloroso somatomorfo persistente, de esta clasificación, equivalen a los trastornos dismórfico e hipocondríaco, por somatización, somatomorfo indiferenciado y doloroso somatomorfo del DSM-III-R, respectivamente. De los tres trastornos restantes del ICD-10, la disfunción autónoma somatomorfa se caracteriza porque los síntomas son presentados por el paciente como si fueran debidos a un trastorno físico de un sistema o de un órgano que está mayoritaria o totalmente bajo inervación y control autónomo, como por ejemplo, los sistemas cardiovasculares, gastrointestinal y respiratorio. Los más comunes y relevantes ejemplos de esta condición están representados por la neurosis cardíaca, la hiperventilación y la tos psicógena, la neurosis gástrica y la diarrea nerviosa. Los síntomas no indican que haya un trastorno físico del órgano o del sistema comprometido. En muchos pacientes existen evidencias de estrés psicológico que parece estar relacionado con el trastorno. En el siguiente trastorno, llamado otros trastornos somatomorfos, las quejas de los pacientes no son mediadas por el sistema nervioso autónomo, y están limitadas a sistemas específicos o partes del cuerpo, en contraste con el trastorno por somatización y el trastorno somatomorfo indiferenciado, donde los síntomas presentan un carácter cambiante. Los síntomas se hallan en estrecha asociación temporal con eventos vitales estresantes. No se evidencia daño tisular. Esta categoría incluye alteraciones tales como el globus hystericus, tortícolis psicógena, prurito psicógeno, dismenorrea psicógena, rechinar de dientes, etc. El último trastorno del grupo es el trastorno somatomorfo no especificado, que incluye el trastorno psicofisiológico o psicósomático, no especificado. En el Cuadro 5 se establecen las equivalencias entre el DSM-III-R y la ICD-10 (o CIE-10).

EPIDEMIOLOGIA

Las molestias físicas están entre las experiencias que con mayor frecuencia se observan en la población general (6). Se estima que alrededor del 80% de los individuos saludables presentan síntomas somáticos en el curso de cualquier semana (6). Así mismo, se ha establecido que la somatización es un problema común y general en los servicios de atención médica, según se desprende de los estudios clínicos y epidemiológicos publicados durante los pasados 25 años. Estos estudios indican que los pacientes que

DE LA SOMATIZACION A LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Cuadro 5

Trastornos somatomorfos. Equivalencias entre el DSM-III-R y la ICD-10

DSM-III	ICD-10
Trastorno dismórfico	Trastorno hipocondríaco
Hipocondría	
Trastorno por somatización	Trastorno por somatización
Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo indiferenciado
Dolor somatomorfo	Trastorno doloroso somatomorfo persistente
Trastorno de conversión	Disfunción autónoma somatomorfa
Trastorno somatomorfo no especificado	Otros trastornos somatomorfos
	Trastorno somatomorfo no especificado

Nota: en el ICD-10 el trastorno de conversión está incluido dentro de los trastornos disociativos.

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 (5). Los datos suministrados por las investigaciones efectuadas en los centros de atención médica primaria son particularmente elocuentes al respecto. Así, Goldberg y Blackwell (20) encontraron que el 30% de los pacientes atendidos en un centro primario presentaba trastornos psiquiátricos (más a menudo trastornos depresivos y ansiosos), pero un tercio de los pacientes no fue identificado por el médico general, debido, principalmente, a que los pacientes se presentaron con síntomas somáticos, en lugar de hacerlo, como cabría esperarse, con síntomas psicológicos. Según datos suministrados por el National Ambulatory Medical Care de los EUA (21), el 72% de los pacientes que habían recibido un diagnóstico psiquiátrico en centros de atención primaria presentaban uno o más síntomas somáticos como queja principal de su afección. Bridges y Goldberg (22), en un grupo de pacientes asistidos por médicos generales, encontraron que más de un tercio aproximadamente reunían los criterios del DSM-III-R para un diagnóstico psiquiátrico.

De los datos precedentes, Lloyd (7) concluye que la somatización es la forma como usualmente se presentan los trastornos psiquiátricos en los centros de atención primaria. Para Lloyd, la presentación

mediante síntomas psicológicos sería lo atípico. Se ha demostrado también, que una porción significativa de pacientes atendidos en los servicios especializados de los grandes hospitales generales, no presentaban en realidad ninguna patología orgánica para la cual solicitaban ayuda, sino síntomas somáticos de un trastorno psiquiátrico subyacente. Este fenómeno ha sido observado en gastroenterología (23), en cirugía (24), en cardiología (25), y en clínicas para la atención del dolor crónico (26).

El dolor es con mucho, el más común de los síntomas por el cual consultan los somatizadores, especialmente el dolor que involucra la espalda, el abdomen, el tórax, la cabeza, la pelvis y los músculos, especialmente el dolor muscular difuso. También son comunes las quejas de fatiga, mareo, dificultad respiratoria y palpitaciones. De la misma manera, es posible observar aunque con menos frecuencia, la pérdida o la distorsión de una función corporal, es decir síntomas de conversión (5).

Muy pocos somatizadores consultan inicialmente al psiquiatra. Creyéndose portador de alguna enfermedad física, el somatizador usualmente se hace ver por un médico general o por cualquier especialista no relacionado con la psiquiatría. La referencia al especialista y, eventualmente, al psiquiatra, se realiza en la mayoría de los casos del siguiente modo (7):

1. El paciente, quien ha venido presentando algunas molestias físicas, de la manera más natural consulta

a su médico. En esta fase, como se ve, el filtro entre la comunidad y la práctica médica general, es relativamente permeable.

2. Así mismo, la referencia al especialista en medicina o cirugía de una institución hospitalaria no ofrece grandes dificultades, ya que es fácilmente aceptada por el paciente.

3. Algunos pacientes son renuentes a ser referidos nuevamente al médico general, a menos que éste se haya pronunciado por un diagnóstico físico, con lo cual influyen al médico inexperto para que indiquen más exámenes y exploraciones médicas innecesarias.

4. Si el especialista sospecha un trastorno psiquiátrico, el siguiente paso será la referencia al psiquiatra que a menudo es rechazada por el paciente o, en el mejor de los casos, aceptada de mala gana, por considerarla inapropiada o en desacuerdo con la atribución (somática) que ha hecho de sus síntomas. Este filtro es menos permeable: solamente una pequeña proporción de pacientes está conforme con una consulta psiquiátrica. De ahí que los somatizadores vistos por un psiquiatra sean diferentes en varios aspectos de los vistos por el médico general

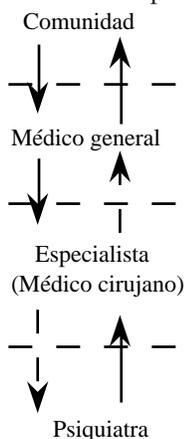


Figura 1. Modo usual de referencia en pacientes que somatizan (Según G. Lloyd).

(Figura 1).

Por lo que respecta a la prevalencia de las categorías individuales de los trastornos somatomorfos del DSM-III-R, los datos disponibles actualmente son insuficientes. La prevalencia del trastorno por somatización en los estudios comunitarios fluctúa entre 0,03% (27) y 0,7% (28). En relación a la hipocondría, se ha observado que este trastorno se ve con mucha más frecuencia en la

práctica médica general. Según Barsky y col. su prevalencia en este medio es de 4 a 5% (29). De acuerdo con el DSM-III-R, el trastorno de conversión, común hace algunas décadas, apenas se ve en la actualidad. Sin embargo, para Ford y Parker (30), el trastorno de conversión es el cuadro somatiforme específico más comúnmente diagnosticado por los servicios de consulta-enlace de los hospitales norteamericanos. Dichos autores consideran que debido a la frecuente asociación de los fenómenos conversivos con otros trastornos, las manifestaciones conversivas deberían ser consideradas un síntoma y no una categoría diagnóstica.

Los trastornos somatomorfos (y en general, la somatización) conducen frecuentemente al “Dr. Shopping”, esto es, a cambiar constantemente de médico, a las operaciones y exploraciones quirúrgicas innecesarias, a la excesiva utilización de los servicios de atención médica, incluyendo los servicios psiquiátricos especializados, y a las hospitalizaciones injustificadas y prolongadas. Todo ello se traduce por un aumento significativo en los gastos por concepto de atención a la salud, tanto por parte de los entes públicos como privados (10).

ASPECTOS CLINICOS

Trastornos por somatización

El trastorno por somatización, cuyo antecedente más inmediato es el síndrome de Briquet, representa el trastorno somatomorfo prototipo (27) cuya validez y confiabilidad ha sido suficientemente demostrada (31).

La característica principal de este trastorno son los síntomas somáticos múltiples y recurrentes de varios años de duración para los que se ha buscado ayuda médica, sin que en apariencia se deban a ningún trastorno somático. El trastorno comienza a los 30 años de edad y tiene un curso crónico y fluctuante.

Los síntomas se presentan a menudo de forma dramática, vaga, imprecisa, desorganizada y exagerada. Por lo general, los individuos afectados reciben atención médica de muchos facultativos, algunas veces incluso simultáneamente. Son frecuentes los diagnósticos múltiples. Los síntomas afectan a los siguientes sistemas orgánicos: 1) molestias gastrointestinales (por ejemplo, náuseas y vómitos distintos de los que se ven en el embarazo); 2) síntomas dolorosos (por ejemplo, dolor de espalda); 3) síntomas cardiopulmonares (por ejemplo,

mareo); 4) síntomas de conversión o pseudo-neurológicos (por ejemplo, parálisis, ceguera); 5) problemas psicosexuales (por ejemplo, indiferencia sexual); y 6) síntomas del aparato reproductor femenino que afecta al embarazo y a la menstruación (por ejemplo, ciclos menstruales irregulares, menstruaciones dolorosas). Es importante señalar que el médico no necesita estar convencido de que los síntomas son reales o han ocurrido efectivamente. La información suministrada por el paciente de que presenta los síntomas es suficiente, siempre que ellos reúnan los criterios de severidad exigidos, es decir, que el paciente solicite atención médica, tome medicamentos y cambie su estilo de vida (10) (Cuadro 6).

El trastorno por somatización puede estar asociado a otros trastornos psiquiátricos, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos, ansiosos, y por uso de sustancias psicoactivas, entre los cuales se incluyen algunas de las medicinas prescritas. Se puede ver así mismo el trastorno histriónico de la personalidad, y menos frecuentemente, el trastorno antisocial.

El diagnóstico de trastorno por somatización se hace si el paciente tiene 13 de los 37 síntomas del DSM-III-R. Dado que en la práctica clínica el diagnóstico del trastorno por somatización es una tarea laboriosa, que requiere una entrevista de 45 minutos a una hora por lo menos, se han propuesto algunas técnicas sencillas de detección (índices de tamizaje) a fin de facilitar el diagnóstico y ahorrar una cantidad sustancial de tiempo (32-34). En la actualidad existen tres índices de selección para uso clínico: uno desarrollado por Othmer y De Souza en 1985 (32), otro por Swartz y col. publicado en 1986 (33) y finalmente, una modificación del índice de detección de Othmer y De Souza, publicado en el DSM-III-R en 1987 (Cuadro 7).

El índice o prueba de Othmer y de Souza requiere 3 síntomas positivos de una lista de 7 síntomas posibles; el índice del DSM-III-R requiere 2 síntomas positivos de una lista de 7 síntomas, y el índice de Swartz exige 5 síntomas positivos de una lista de 11 síntomas posibles. Todos estos índices pueden ser administrados en menos de 3 minutos. Si el proceso de detección resulta positivo, el médico puede programar otra cita para establecer el diagnóstico final (34).

Se recomienda especialmente la utilización de estas pruebas abreviadas tanto en la evaluación de los pacientes de atención primaria como en los de consulta-enlace. Por su fácil administración y alta

Cuadro 6

Lista de síntomas del trastorno por somatización

Síntomas gastrointestinales:

- 1) vómitos (no durante el embarazo);
- 2) dolor abdominal (distinto del dolor menstrual);
- 3) náuseas (al margen de las que aparecen por mareo al viajar);
- 4) distensión (gases);
- 5) diarrea;
- 6) intolerancia a diversos alimentos.

Síntomas dolorosos:

- 7) dolor en las extremidades;
- 8) dolor en la espalda;
- 9) dolor articular;
- 10) dolor al orinar;
- 11) otros dolores (con exclusión de las cefaleas).

Síntomas cardiopulmonares:

- 12) falta de aliento (sin hacer esfuerzos);
- 13) palpitaciones;
- 14) dolor torácico;
- 15) mareo o inestabilidad.

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos:

- 16) amnesia;
- 17) dificultad para deglutir;
- 18) pérdida de la voz;
- 19) sordera;
- 20) visión doble;
- 21) visión borrosa;
- 22) ceguera;
- 23) mareo o pérdida de conciencia;
- 24) crisis o convulsiones;
- 25) dificultades en la marcha;
- 26) parálisis o debilidad muscular;
- 27) retención o dificultad para orinar.

Síntomas sexuales durante la mayor parte de la vida de un individuo con oportunidades para la actividad sexual:

- 28) sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto (en momentos distintos del coito);
- 29) indiferencia sexual;
- 30) dolor durante el coito;
- 31) impotencia.

Síntomas del aparato reproductor femenino que la paciente considera que se presentan con más frecuencia o gravedad que en la mayor parte de las mujeres:

- 32) menstruación dolorosa;
- 33) ciclos menstruales irregulares;
- 34) excesivas pérdidas menstruales;
- 35) vómitos durante el embarazo.

sensibilidad (bajo umbral), el índice preferido en el trabajo clínico es el del DSM-III-R (34).

Trastorno de conversión

Los síntomas esenciales de este trastorno consisten en alteraciones o en disfunciones somáticas

Cuadro 7

Pruebas de detección para el trastorno por somatización

Othmer-De Souza (1985)
Umbral: 3/7

1. Amnesia
2. Sensación de quemazón en los órganos sexuales
3. Dismenorrea
4. Dificultad para deglutir
5. Dolor en las extremidades
6. Falta de aliento
7. Vómitos

Swartz y col. (1986)
Umbral: 5/11

1. Distensión abdominal
2. Dolor abdominal
3. Dolor torácico
4. Diarrea
5. Mareo (inestabilidad)
6. Síncope (desmayo)
7. Sensación de enfermedad
8. Náuseas
9. Dolor en las extremidades
10. Vómitos
11. Debilidad muscular

DSM-III-R (1987)
(Othmer-De Souza)
Umbral: 2/7

1. Amnesia
2. Sensación de quemazón en los órganos sexuales
3. Dismenorrea
4. Dificultad para deglutir
5. Dolor en las extremidades
6. Falta de aliento
7. Vómitos

que imitan una enfermedad física, particularmente de tipo neurológico, tales como parálisis, afonía, ataxia, convulsiones, etc. (18). Los criterios diagnósticos del DSM-III-R para este trastorno exigen que los síntomas sean causados por un conflicto psicológico, requerimiento único en el DSM-III que se autoproclama descriptivo y ateorico (9). Así mismo, el DSM-III admitió que la causalidad psicológica de los síntomas podría estar relacionada con los beneficios sociales (ganancia secundaria) que resultan de la enfermedad.

Reconociendo que la causalidad psicológica es difícil de demostrar y que la ganancia secundaria puede ser un rasgo de toda enfermedad, el DSM-III-

R simplificó el criterio de la etiología psicológica, que ahora descansa solamente en la observación de una relación temporal entre estresores psicosociales relevantes y el comienzo o la exacerbación de los síntomas (9). La conversión es diferenciada del

Cuadro 8

Criterios para el diagnóstico del trastorno de conversión (DSM-III-R)

- A. La alteración predominante es la pérdida o la perturbación de una función física, lo que da lugar a pensar en un trastorno o enfermedad somática.
- B. Se considera que los factores psicológicos pueden estar relacionados etiológicamente con el síntoma debido a una conexión temporal con un estrés psicosocial, aparentemente vinculado con un conflicto o necesidad psicológica y con la iniciación o exacerbación del síntoma.
- C. El individuo no es consciente de producir los síntomas de manera intencional.
- D. El síntoma no responde a una pauta de respuesta sancionada por la cultura y no puede explicarse tras una investigación clínica adecuada.
- E. El síntoma no se limita a dolor o alteración de la función sexual.

trastorno facticio y de la simulación por la impresión de que en ella la persona no produce conscientemente los síntomas (Cuadro 8).

Hipocondría

La hipocondría es definida por el DSM-III-R como la preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran evidencias de la enfermedad somática. Este miedo o creencia ocurre, sin que exista un trastorno físico que pueda explicarlo, y persiste a pesar de las afirmaciones tranquilizadoras del médico. La duración del trastorno es por lo menos de seis meses (Cuadro 9)

Kellner y col. (35) consideran que el cuadro clínico de la hipocondría está integrado por dos subsíndromes: la falsa creencia de tener una enfermedad (o convicción de enfermedad) y el miedo desmedido de tener una enfermedad (fobia de enfermedad o nosofobia). Esta distinción tendría implicaciones terapéuticas, según se desprende de estudios de tratamiento no controlados (35). La

Cuadro 9

Criterios para el diagnóstico de la hipocondría (DSM-III-R)

-
- A. Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad somática.
 - B. La evaluación física apropiada no apoya el diagnóstico de ningún trastorno somático que pueda explicar los signos o sensaciones físicas, o las interpretaciones injustificadas del individuo y además los síntomas de A no son síntomas propios de la crisis de angustia.
 - C. El miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.
 - D. La duración del trastorno es por lo menos de seis meses.
 - E. La creencia de A no es de naturaleza delirante como en el trastorno no delirante de tipo somático (es decir, la persona puede reconocer la posibilidad de que su miedo o su creencia de tener una enfermedad grave son infundados).
-

convicción de enfermedad parece responder a la persuasión de que la enfermedad temida es sólo una falsa apariencia; mientras que en la fobia a la enfermedad el tratamiento más adecuado es la exposición, una variedad de terapia de conducta (36,37).

Además del trastorno hipocondríaco descrito en el DSM-III-R, que es una forma crónica cuya duración no debe ser menor de seis meses de duración (en la actualidad la hipocondría transitoria es clasificada como trastorno somatomorfo, no especificado) (38). La hipocondría transitoria puede ocurrir en el curso de una enfermedad médica, particularmente durante una enfermedad terminal, y en el proceso de recuperación de una enfermedad aguda y grave como el infarto del miocardio. Los estudiantes de medicina frecuentemente experimentan síntomas de hipocondría transitoria cuando se ven sometidos por primera vez al estrés de atender pacientes gravemente enfermos (39). Es también frecuente la hipocondría transitoria que acompaña a la reacción de duelo por la muerte de un ser querido. En este caso, el individuo teme desarrollar los síntomas de la persona fallecida. Por último, pueden observarse reacciones hipocondríacas transitorias en personas sometidas a situaciones de estrés o de crisis vitales (40).

La hipocondría puede ser primaria o secundaria. Estos términos se refieren a la presencia o ausencia

de otro trastorno psiquiátrico concurrente con la hipocondría, y sirven de sustentación al llamado espectro de las alteraciones hipocondríacas (41) (Figura 2).

En la hipocondría primaria no está presente ningún otro trastorno psiquiátrico. A este grupo pertenece el trastorno hipocondríaco del DSM-III-R y la hipocondría monosintomática. La secundaria se presenta como un rasgo sobreañadido muy estresante, como por ejemplo, una enfermedad física extremadamente grave o la muerte de un ser querido.

Es precisamente la tendencia de la hipocondría a coexistir con otros trastornos psiquiátricos, es decir, su alta tasa de comorbilidad, lo que ha conducido a algunos investigadores a dudar de su estatus nosológico. En efecto, la hipocondría ha sido considerada un rasgo asociado a la ansiedad, a la depresión o a otro trastorno psiquiátrico (35,41,42).

A pesar de ello, y de que los datos empíricos son inconsistentes (41), el DSM-III-R le otorga a la hipocondría un estatus independiente como trastorno primario.

Trastorno dismórfico

En el DSM-III-R este trastorno es llamado dismorfofobia y aparece registrado como trastorno somatomorfo atípico.

Dado que no se trata de una verdadera fobia, el DSM-III-R lo ha incluido como categoría específica con el nombre de trastorno dismórfico. Sin embargo, al igual que ocurre con el trastorno de conversión y con la hipocondría, algunos autores lo consideran un síntoma en vez de un síndrome (9) que, en su forma leve refleja usualmente ansiedad social y baja autoestima, y en su forma severa constituye a menudo el rasgo de algún trastorno psicótico (esquizofrenia, depresión mayor, trastorno paranoide o un síndrome orgánico cerebral) (9).

El DSM-III-R define el trastorno dismórfico como preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal. Si la preocupación es de proporciones delirantes, debe ser clasificada entonces separadamente como un trastorno delirante, tipo somático. Las alteraciones de la imagen corporal que acompañan a la anorexia nerviosa o al transexualismo son excluidas del trastorno dismórfico (Cuadro 10).

Dolor somatomorfo

El DSM-III-R llamó a este trastorno dolor psicógeno, y entre sus criterios diagnósticos establecía

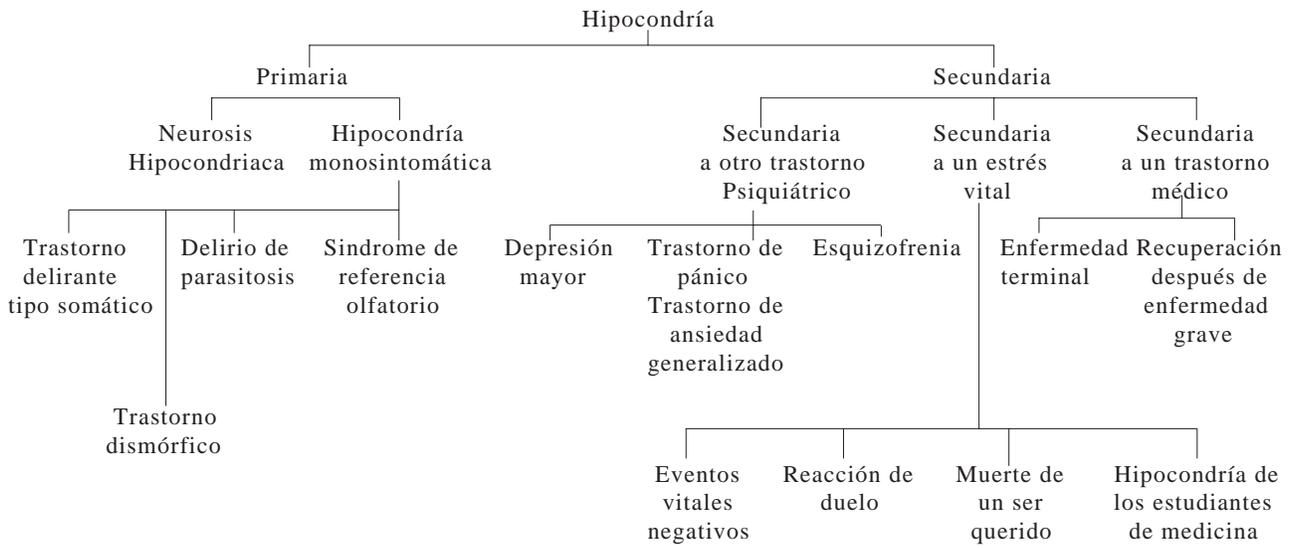


Figura 2. Espectro de la hipocondría (según Barsky (41))

Cuadro 10

Criterios para el diagnóstico de trastorno dismórfico (DSM-III-R)

- A. Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La creencia en la existencia del defecto no llega a ser delirante, como en el trastorno delirante, subtipo somático (por ejemplo, la persona acepta la posibilidad de que pueda estar exagerando la magnitud del defecto o incluso de que no exista ninguno).
- C. El trastorno no aparece únicamente en el curso de una anorexia nerviosa o de un transexualismo.

uno relacionado con su causalidad psicológica. Reconociendo la dificultad que existe para distinguir el dolor psicógeno del patógeno (9), el DSM-III-R ha excluido el criterio de la causalidad psicológica y, en lugar de ello exige que la preocupación por el dolor sea al menos de 6 meses de duración. Así mismo, el DSM-III-R demanda que no exista una patología orgánica o un mecanismo fisiopatológico (como ocurre por ejemplo, en la cefalea de tensión, causada por espasmo muscular) que explique el dolor, o cuando existe una patología orgánica, el dolor o el deterioro social o profesional resultante es claramente desproporcionado en relación a lo que

Cuadro 11

Criterios para el diagnóstico de dolor somatomorfo (DSM-III-R)

- A. Preocupación por el dolor de al menos seis meses de duración.
- B. 1) o 2):
 - 1) la exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que pueda explicar el dolor (por ejemplo, un trastorno físico o los efectos de una lesión);
 - 2) cuando existe una patología orgánica, el dolor o el deterioro social o profesional resultante es claramente desproporcionado en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.

cabría esperar por los hallazgos físicos (Cuadro 11).

El dolor somatomorfo a menudo está asociado a la depresión. Algunos autores consideran que los criterios para este trastorno son imprecisos y dudan que existan fundamentos sólidos para ser considerado una categoría separada (43).

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Esta categoría fue creada para incluir los pacientes que presentan síntomas físicos pero que no llenan todos los criterios del trastorno por somatización (Cuadro 12).

Cuadro 12

Criterios para el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado (según el DSM-III-R)

-
- A. Uno o más síntomas físicos, por ejemplo, cansancio, pérdida de apetito y trastornos gastrointestinales o urinarios.
- B. 1) o 2)
 la exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que explique las molestias físicas (por ejemplo, un trastorno físico, los efectos de una herida, medicación, drogas o alcohol);
 2) cuando existe una patología orgánica, los síntomas físicos o el deterioro social o profesional resultante son claramente desproporcionados en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.
- C. La duración del trastorno es de al menos seis meses.
- D. El trastorno no aparece únicamente en el curso de otro trastorno somatomorfo, de una disfunción sexual, de un trastorno del estado de ánimo, de un trastorno por ansiedad, de un trastorno del sueño o de un trastorno psicótico.
-

Los síntomas no se explican a partir de los hallazgos orgánicos o cuando existe una patología orgánica, los síntomas físicos o el deterioro social o profesional resultante, son claramente desproporcionados en relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.

Aunque definida como categoría residual del trastorno por somatización, la vasta mayoría de los pacientes con somatización persistente caen en el trastorno somatomorfo indiferenciado, convirtiéndolo de hecho en un cuadro mucho más común que el propio trastorno por somatización.

FACTORES ETIOLOGICOS

La gran variedad con que se manifiestan en la clínica los diversos cuadros somatomorfos, sugieren que este amplio grupo de trastornos presentan una etiología multifactorial. Los factores causales de los trastornos somatomorfos pueden ser clasificados en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (5,6).

Factores predisponentes. Incluyen factores genéticos, del desarrollo y aprendizaje, de la personalidad y socioculturales. Los estudios de adopción sugieren que los trastornos somatomorfos están vinculados a un factor genético (5,6,12). Los

factores relacionados con el desarrollo y el aprendizaje están asociados con algunos cuadros somatomorfos. Así por ejemplo, la exposición del niño a la enfermedad física de algún miembro familiar, predispone a la somatización en la edad adulta (6), posiblemente por un proceso de identificación y de modelamiento. También los niños que sufren de enfermedades agudas frecuentes, con madres excesivamente solícitas y atentas a los síntomas físicos del menor, tienen mayor riesgo de presentar un cuadro somatomorfo en la adultez (5,6). Los factores de personalidad están vinculados a ciertas características individuales manifestadas por la tendencia habitual a amplificar y aumentar las sensaciones corporales por una parte y, por la otra, a interpretarlas falsamente como indicios de enfermedad. Tendencia que ha sido denominada por Barsky, anomalía perceptiva y cognitiva (40). Se ha determinado también que algunos pacientes tienen un umbral bajo al dolor.

Con respecto a los determinantes socioculturales, destaca el hecho de que los trastornos somatomorfos son más frecuentes en las clases sociales con más bajo nivel económico y cultural (44). Aunque la somatización es un fenómeno extendido mundialmente, tiende a ser más prevalente en los países en vías de desarrollo (6).

Factores precipitantes. Incluyen eventos y situaciones vitales que resultan personalmente estresantes a causa del significado subjetivo de pérdida o de amenaza para el individuo (5). Los precipitantes más comunes están representados por duelos recientes, enfermedades físicas, rupturas interpersonales, etc. (45).

Factores de mantenimiento. Se refieren a todos los factores que favorecen la persistencia de los trastornos somatomorfos y de la somatización en general. Incluyen tanto la predisposición individual como la interacción que se establece entre el paciente y su familia, el médico y el sistema social (5). La predisposición individual ya ha sido mencionada en los factores predisponentes. Un elemento fundamental y determinante en el mantenimiento de los síntomas es el que se refiere al rol de enfermo. Al adaptar el rol de enfermo, el paciente legitima el abandono de sus obligaciones ocupacionales, sociales y familiares (5,12). Estar enfermo tiene un atractivo especial para las personas dependientes, con pobre autoestima y carentes de adecuadas habilidades sociales y ocupacionales. El estar enfermo justifica también la búsqueda de atención de otras personas, especialmente de los familiares y

de los médicos. Por otra parte, para el paciente las quejas persistentes pueden ser una manera efectiva de expresar la rabia y, al mismo tiempo, una forma de castigo para quienes se muestran incapaces de satisfacer adecuadamente sus necesidades emocionales (12).

El rol de enfermo puede ser reforzado tanto por los médicos como por la familia, lo cual contribuye a la fijación de los síntomas. Las ventajas económicas derivadas de la enfermedad tales como obtener una pensión por incapacidad u otras compensaciones financieras pueden estimular la persistencia indefinida del rol de enfermo (45). Los factores iatrogénicos (exploraciones y exámenes interminables, diagnósticos ambiguos, tratamientos innecesarios), pueden tener el mismo efecto.

TRATAMIENTO

La mayoría de los autores concuerda en que los pacientes que somatizan responden pobremente a la psicoterapia de insight convencional, esto es, a las psicoterapias de orientación psicodinámica.

En las últimas décadas, sin embargo, se ha desarrollado un conjunto de técnicas en el tratamiento psicológico de estos pacientes que han arrojado resultados satisfactorios y alentadores. Las terapias actuales tienden a focalizarse en los síntomas en vez de dirigir sus esfuerzos a la búsqueda de motivaciones inconscientes (46).

Las principales estrategias terapéuticas empleadas en la hipocondría y por extensión, en la mayor parte de los trastornos somatomorfos son las siguientes:

1. La exposición in vivo
2. Las estrategias cognitivo-educacionales
3. La persuasión

Hay que tener en cuenta que si el paciente ha sido conducido hasta la consulta del terapeuta es porque el reaseguro del médico de atención primaria o médico general ha sido insuficiente o ha fracasado. Es necesario además recordar que el reaseguro (que es la variedad de psicoterapia más elemental de la somatización), consiste en tranquilizar al paciente a través de la explicación apropiada de su condición física, luego de haber sido excluído mediante los exámenes clínicos y paraclínicos de rigor, la presencia de un trastorno somático. Por lo demás, todas estas estrategias incluyen lo siguiente: el esta-

blecimiento de una alianza terapéutica basada en la empatía, la aceptación del sufrimiento del paciente, sus creencias y demandas irracionales, el fracaso del reaseguro y por último, el respeto a la persona.

Un aspecto esencial en este tipo de tratamiento es la reatribución de los síntomas (36).

Utilizando la información obtenida de las explicaciones impartidas por el terapeuta, el paciente es capaz de atribuir sus síntomas o sensaciones físicas a factores psicológicos y no a causas orgánicas como ha sido lo habitual en él.

Exposición in vivo. Según Marks y Warwick (36,37) es el tratamiento apropiado de la fobia a la enfermedad o nosofobia.

Incluye: exposición in vivo al estímulo temido (ejemplo, visitas a los hospitales, lecturas relacionadas con la enfermedad temida); *situation* (ejemplo, escribir repetida y detalladamente sobre papel los temores); paradojas (ejemplo, ejercicios a fin de "inducir un ataque cardíaco"); por último, prohibir la búsqueda de reaseguro (ejemplo: prohibir la visita a los hospitales para exámenes y pruebas de laboratorio), instruir a los familiares cómo impedir el reaseguro cuando el paciente lo solicite (por ejemplo; a la pregunta ¿tú crees que esta mancha en mi mano es cáncer?, responder: el hospital me ha dado instrucciones de no contestar esa pregunta) (36).

Estrategia cognitivo-educacional. A los pacientes se les ofrece un modelo cognitivo-perceptivo de la hipocondría y de los trastornos somatomorfos (según Barsky, los somatizadores tienen la tendencia a amplificar y distorsionar las sensaciones corporales). Kellmer utiliza un modelo sencillo: los síntomas somáticos son explicados como si fueran análogos a los efectos de un radio-receptor, cuyo volumen ha alcanzado un nivel tan alto, que la estática de fondo es amplificada, tornándose molesta al oído. De esta manera se le ofrece al paciente una explicación plausible para sus síntomas y temores. El terapeuta enfatiza entonces la compatibilidad de los síntomas somáticos perturbadores con una salud física excelente y con una vida sana y prolongada. Por otra parte, se le explica al paciente el ciclo de la reacción hipocondríaca: el miedo causa hiperactividad del sistema nervioso autónomo que a su vez induce nuevos síntomas somáticos o agravan los existentes que originan más temor. Todo lo cual se traduce en un círculo vicioso (miedo -> hiperactividad vegetativa -> síntomas somáticos -> miedo).

Método de persuasión. Incluye la explicación, la educación, el reentrenamiento en percepción selectiva y neutralización de las falsas creencias iatrogénicas. El trabajo terapéutico es facilitado por la repetición y los ejercicios cognitivos.

PSICOFARMACOS

Los trastornos somatomorfos se acompañan de una alta comorbilidad psiquiátrica, especialmente depresiva y ansiosa. En ocasiones, la patología acompañante es primaria, pero en otras es secundaria.

Sea como fuere, el tratamiento de las perturbaciones asociadas es de gran importancia, ya que al mejorar el estado emocional del individuo, los síntomas de somatización disminuyen sensiblemente. Por tanto, además del tratamiento psicológico, en los casos señalados debe indicarse un tratamiento farmacológico, bien sea con antidepresivos o con ansiolíticos benzodiacepínicos.

REFERENCIAS

1. Bass C. Editorial. *J Psychosom Res* 1989;33:663-664.
2. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986;27:327-337.
3. Katon W, Ries R, Kleinman A. Part II. A prospective DSM-III study of consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984;25:305-314.
4. Kleinman A, Kleinman J. Somatization. The interconnections among culture, depressive experience and the meaning of pain. En: Kleinman A, Good B. *Culture and depression*. Berkeley, C.A. University of California Press. 1986.
5. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-1368.
6. Kellner R. Somatization. Theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:150-160.
7. Lloyd G. Somatization: a psychiatrist's perspective. *J Psychosom Res* 1989;33:665-669.
8. Bridges KW, Golberg DP. Somatic presentation of DMS-III psychiatric disorders in primare care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-569.
9. Kirmayer LJ, Robbins JM. Introductions: concepts of somatization. En: Kirmayer LJ, Robins JM (Eds): *Current concepts of somatization*. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
10. Smith GR. Somatization disorder in the medical setting. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc, 1991.
11. Simon GE. Somatization and psychiatric disorders. En: Kirmayer LJ, Robbins JM (Eds). *Current concepts of somatization*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, 1991.
12. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry *CMAJ*, 1986;135:609-614.
13. Mc Gaghie WC. A scale for messurement of the problem patient labeling process. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:598-604.
14. Jennings D. The confusion between disease and illness in clinical medicine. *CMAJ*, 1986.
15. Fabrega H, Mezzich JE, Jacob R. Somatoform disorder in a psychiatric setting. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:431-439.
16. Escobar JI. Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:174-180.
17. Hyler SE, Spitzer RL. Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry* 1978;135:1500-1504.
18. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition. Revised, Washington, DC, 1987.
19. World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental behavioural disorders*, Geneva, 1992.
20. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970;2:439-443.
21. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:89-94.
22. Bridges KW, Golberg DP. Somatic presentation of DMS-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-569.
23. Mc Donald AJ, Bouchier IAD. Nor-organic gastrointestinal illness: a medical and psychiatric study. *Br J Psychiatry* 1980;136:276-283.
24. Feinmann C, Harris M, Cawley R. Psychogenic facial pain: presentation and treatment. *Br Med J* 1984;288:436-438.
25. Bass C, Wade C. Chest pain with normal coronary arteries: a comparative study of psychiatric and social morbidity. *Psychol Med* 1984;14:51-61.
26. Tyrer SP, Capon M, Peterson DM et al. The detection of psychiatric illness and psychological handicap in a british pain clinic-population. *Pain* 1989;36:63-74.
27. Escobar JI, Burnan A, Karno M et al. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1990;44:713-720.

28. Camino G, Bird HR, Shrout PE et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727-736.
29. Barsky AJ, Cleary PD, Wyshak G et al. A structured diagnostic interview for hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:20-27.
30. Ford CV, Parker PE. Somatization in consultation-liaison psychiatry. En: Kirmayer LJ, Robbins JM (Eds). *Current concepts of somatization*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991.
31. Perley MG, Guze SB. Hysteria: the stability and usefulness of clinical criteria. *N Engl J Med* 1962;266:421-426.
32. Othmer E, De Souza CA. Screening test for somatization disorder (Hysteria). *Am J Psychiatry* 1985;142:1146-1149.
33. Swartz M, Hughes D, George L et al. Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *J Psychiatr Res* 1986;20:335-343.
34. Smith GR, Brown FW. Screening indexes in DSM-III-R somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:148-152.
35. Kellner R, Hernández J, Pathak O. Hypochondriacal fears beliefs, anxiety and somatization. *Br J Psychiatry* 1992;160:525-532.
36. Warwick HM, Marks I. Behavioural treatment of illness, phobia and hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1988;152:239-241.
37. Warwick HM. A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *J Psychosom Res* 1989;33:705-711.
38. Barsky AJ. Transient hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:746-752.
39. Kellner R, Wiggins RG, Pathak D. Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:487-489.
40. Barsky AJ, Klerman G. Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-283.
41. Barsky AJ. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:101-108.
42. Kenyon FE. Hypochondriasis: a clinical study. *Br J Psychiatry* 1964;110:478-488.
43. Large RG. DSM-III diagnosis in chronic pain. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:295-303.
44. Mechanic D. The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* 1986;16:1-7.

**Congresos de Pediatría
Costa Rica 1994**

del 7 al 12 de agosto de 1994.
San José, Costa Rica

X Congreso Latinoamericano de Pediatría

XVII Congreso Panamericano de Pediatría

XVII Congreso Centroamericano de Pediatría

III Congreso Centroamericano de Neonatología

Congreso Centroamericano de Cirugía Pediátrica

Jornadas Internacionales de Medicina del Adolescente

Información: ACOPE 1654-1000,
San José, Costa Rica.
Tel/Fax: (506)21-6821