

Trastornos somatomorfos y facticios

M.T. Velasco Morán, L. Santos García e I. García Cabeza

Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Trastornos de síntomas somáticos
- Preocupación por la salud
- Ansiedad
- DSM-5

Keywords:

- Somatic symptom disorder
- Health Concern
- Anxiety
- DSM-5

Resumen

El DSM-5 ha incluido una nueva clasificación llamada «trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados» que sustituye a los antiguos trastornos somatomorfos que englobaban: trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría y trastorno conversivo. Las personas con este tipo de trastornos acuden en busca de ayuda a Atención Primaria y otros entornos médicos y, con menor frecuencia, al ámbito de salud mental, generando un alto consumo de recursos para el sistema público.

El origen de estos trastornos no está bien definido, aunque se han encontrado tanto causas biológicas como psicológicas, teniendo en cuenta la experiencia biográfica y los rasgos de personalidad del paciente. En el diagnóstico es necesario descartar la presencia de patología médica subyacente a través de una exploración minuciosa y de la realización de pruebas complementarias. El tratamiento combina estrategias para el manejo del paciente con intervenciones terapéuticas específicas (medidas farmacológicas y psicoterapéuticas).

Abstract

Somatoform and factitious disorders

Ancient somatoform disorders have been replaced for «Somatic symptom and related disorders» in DSM-5. This category includes: somatization disorder, somatic pain disorder, hypochondria and conversion disorder. People suffering these disorders usually go to Primary Care service or other medical units and, less frequently, to Mental Health unit, which generates a high resources consumption for the public system. Underlying causes are still unknown. Taking in to account biographical experience and personality traits of the patient, biological and psychological causes seem to be involved. Deep clinical explorations as well as complementary tests are required in order to rule out underlying diseases. Treatment includes strategies for patient management and specific therapeutic measures (pharmacological and psychotherapeutic).

Introducción

La medicina psicosomática es objeto de estudio desde hace siglos, aunque ha ido evolucionando a la par que lo iban haciendo la sociedad y la cultura. Entre el cuadro de histeria conversiva que tanto cautivó a Freud y el síndrome de fatiga o de dolor crónico actuales se ha producido un notable cambio en el enfoque que se le ha dado a estas afecciones¹.

Hasta el año 2013, los trastornos somatomorfos englobaban aquellas enfermedades con síntomas físicos que no se podían explicar mediante una patología médica y que parecían estar más en relación con un origen psicógeno. Sin em-

bargo, con el reemplazo del DSM-IV por el DSM-5 desaparecen los trastornos somatomorfos para dar lugar a los trastornos de síntomas somáticos². Lo mismo ocurre en la CIE-11, que será presentada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019, donde han sido sustituidos por trastornos de la angustia corporal o experiencia corporal.

Actualmente, la nueva categoría de trastorno por síntomas somáticos acoge la mayoría de casos que en el DSM-IV cumplían los criterios de trastorno por somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado. Uno de los cambios más importantes es que, en la nueva clasificación, la gravedad se mide en función de la afectación a nivel de pensamientos, emociones y comportamientos, restando relevancia al número y distribución de los síntomas físicos. Se atiende en mayor medida a los factores psicológicos, permitiendo identificar a

*Correspondencia

Correo electrónico: teresav_22@hotmail.com

un grupo de pacientes con mayor afectación mental^{2,3}. Además rebaja el tiempo de persistencia de los síntomas de un año a seis meses, pudiendo variar en ese tiempo el síntoma somático⁴.

La clasificación presente en el DSM-5 requiere especificar si el trastorno por síntomas somáticos se acompaña o no de dolor, ya que se ha eliminado el trastorno por dolor del DSM-IV⁵.

Otro aspecto de gran relevancia es que, en las nuevas listas, ha desaparecido el criterio de ausencia de justificación médica, lo que significa que podríamos diagnosticar este tipo de trastorno en personas con una enfermedad médica conocida⁵. Esto hace justicia al hecho de que la imposibilidad de encontrar una causa médica no implica que esta no exista, y a la dificultad que supone asegurar que una serie de síntomas no proceden de una enfermedad orgánica^{2,3}.

La conocida hipocondría ha salido de la nueva publicación donde quedaría reflejada tanto en el trastorno por síntomas somáticos como en el trastorno de ansiedad por enfermedad, siendo necesario especificar si con solicitud o evitación de asistencia. Otra categoría que ya pertenece al pasado es la de trastorno dismórfico corporal, que ha sido asumida por la de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastornos relacionados. En contraposición, se ha creado un nuevo apartado que correspondería a los factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas^{2,3,5}.

El trastorno de conversión permanece en el DSM-5, aunque con la variante de que en esta ocasión no se considera obligatorio que el síntoma esté asociado a factores psicológicos^{2,5}.

Merece la pena destacar que los trastornos facticios han pasado a formar parte del grupo de trastornos de síntomas somáticos y que se ha eliminado el criterio de intencionalidad en cuanto a la producción de síntomas, algo que en el DSM-IV estaba estrictamente diferenciado (fig. 1).

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos sobre los denominados trastornos somatomorfos, incluyendo en este grupo fundamentalmente el trastorno por somatización y la hipocondría, tienen un alcance limitado, una calidad desigual y su comparabilidad es problemática⁶. Además, la nueva clasificación del DSM-5 no ha sido todavía adecuadamente estudiada a este nivel^{5,7}.

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos oscila entre un 4 y un 7% para la población general^{1,5,8} y es de hasta un 17% en los pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria⁸. Es más frecuente en el género femenino, algo que se relaciona con la tendencia de las mujeres a comunicar más los síntomas somáticos⁵⁻⁷, y en personas con bajo nivel educativo o socioeconómico⁵⁻⁸. Los síntomas pueden comenzar a cualquier edad, pero suelen aparecer entre los 20 y los 30 años¹.

En cuanto al trastorno de ansiedad por enfermedad, según el DSM-5, se recurre a las estimaciones del antiguo diagnóstico de hipocondría: en las encuestas y muestras en población general se estima una prevalencia en torno al 1,3%-10% en un período de 1-2 años, y de un 3-8% en 6 meses-1 año en población médica ambulatoria. No existen diferencias entre géneros, ni según la raza, posición social, nivel educativo o estado civil¹. Se inicia en la edad adulta, temprana y media^{5,7}.

Del trastorno de síntomas neurológicos funcionales o trastorno de conversión se sabe que es muy común⁵ y que hasta una tercera parte de la población general puede sufrir, en algún momento de su vida, alguno de los síntomas, pero sin la suficiente gravedad para justificar el diagnóstico¹. Los índices del trastorno de conversión publicados para la población general oscila entre 11 y 300 casos por cada 100.000 habitantes^{1,9}. Es más frecuente en el género femenino^{1,7,9},

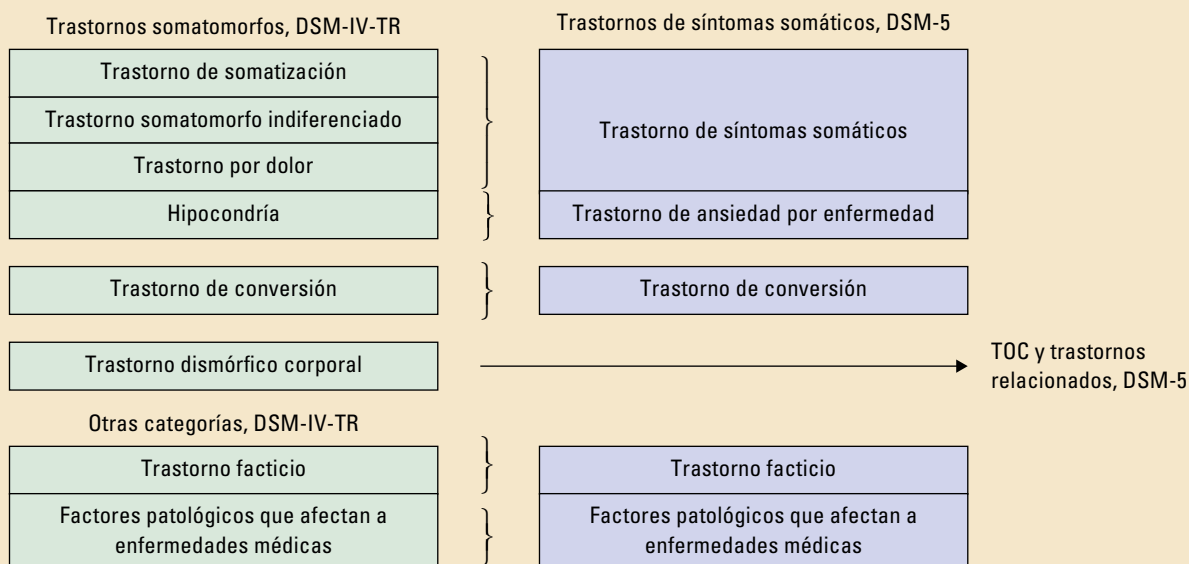


Fig. 1. Correspondencia entre DSM-IV-TR y DSM-5. Fuente: Gerstenblith TA, et al⁷.

población rural y personas con bajo nivel educativo o socioeconómico^{1,9}. Suele comenzar entre finales de la infancia e inicio de la edad adulta, entre los 10 y los 35 años, aunque hay descritos casos de inicio muy posterior^{1,9}.

Si hablamos del trastorno facticio, nos encontramos con que no existen datos epidemiológicos exhaustivos, probablemente debido a su naturaleza engañosa^{5,9}. A pesar de ello, los estudios indican que los pacientes podrían representar alrededor del 1% de los individuos que acuden a las consultas psiquiátricas¹ y el 1% de los pacientes del ámbito hospitalario⁵. Aunque los datos en cuanto a la frecuencia por género son contradictorios, se cree que los pacientes con signos y síntomas físicos son sobre todo mujeres¹. Normalmente tienen antecedentes laborales o académicos en el ámbito sanitario^{1,10}. Se cree que las formas más crónicas y severas son más comunes en hombres⁹ y, con mayor frecuencia, en los caucásicos, desempleados, solteros y sin vínculos sociales ni familiares significativos¹. Los trastornos facticios se inician en la edad adulta temprana^{5,9}.

Por último, la prevalencia de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas no está clara. Según el DSM-5, en los datos de facturación de los seguros privados de EE. UU. es un diagnóstico más común que los trastornos de síntomas somáticos⁵.

Todos estos trastornos tienen en común «el protagonismo de los síntomas somáticos asociado con un sufrimiento y deterioro significativos»⁵. Las personas con este tipo de trastornos acuden en busca de ayuda a Atención Primaria y otros entornos médicos, y con menor frecuencia al ámbito psiquiátrico y de salud mental⁵. Debido a los altos costes tanto médicos como de tipo indirecto (prestaciones por desempleo, jubilaciones anticipadas, etc.), los pacientes con trastornos somatomorfos generan un alto consumo de recursos para el sistema público^{5,11,12}.

Etiopatogenia

Se considera que en la base de estos trastornos podemos encontrar causas tanto biológicas como psicológicas, englobando estas últimas la experiencia biográfica y los rasgos de personalidad fundamentalmente.

Teorías biológicas

Una de las teorías biológicas con mayor aceptación considera la amplificación o malinterpretación de sensaciones somáticas que serían variaciones normales de las sensaciones corporales, y que conducirían a interpretarlas como patológicas. En este mismo sentido, se hace referencia a que estas personas podrían tener una disminución del umbral para la sensibilidad táctil y termalgésica y baja tolerancia al dolor^{1,4,12}.

Respecto a los estudios de agregación familiar, se ha encontrado relación con familiares de primer grado femeninos con trastorno por síntomas somáticos y masculinos con trastorno de abuso de alcohol y trastorno antisocial de la personalidad⁴.

Gran parte de las investigaciones también se han centrado en intentar hallar la base anatómica de estos trastornos y posibles alteraciones que los explicaran. Los resultados coinciden en que se produce una reducción de la materia gris en hipotálamo, giro fusiforme, corteza prefrontal ventrolateral, cíngulo posterior izquierdo, parahipocampo y amígdala. Estas regiones están involucradas tanto en las vías talamocortical y corticolímbica que se conocen como neuromatriz del dolor, como en el circuito de regulación emocional, especialmente los sistemas límbico y prefrontal. Los estudios ponen de manifiesto una relación entre la gravedad de la sintomatología presentada por el paciente y mayores reducciones de materia gris en regiones frontolímbica y parietal^{11,13}.

Las técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética (RM) funcional, muestran un aumento de activación de las áreas que procesan el dolor en estos pacientes, traduciendo alteraciones de la respuesta ante este tipo de estímulo¹⁴. También han detectado diferencias en el metabolismo de la ínsula, que forma parte del sistema nociceptivo lateral, así como hiperperfusión de este sistema, al contrario de lo que ocurre con el sistema de respuesta emocional¹¹.

Teorías psicológicas

Desde una orientación psicoanalítica, se cree que el trastorno por síntomas somáticos y ansiedad por enfermedad pueden surgir como una defensa frente a un sentimiento de culpa o como expresión de baja autoestima. El trastorno por ansiedad de enfermedad se puede considerar desde el punto de vista dinámico como un castigo por acciones reales o imaginarias del pasado que el paciente se impone. En la historia de estos pacientes, a menudo se encuentra un familiar cercano que padece o ha padecido una enfermedad grave.

En cuanto al trastorno conversivo, se piensa que es una represión inconsciente de un conflicto intrapsíquico, entre un impulso (agresivo o sexual) y la prohibición de llevarlo a cabo, lo que lleva a la conversión de la ansiedad en síntomas físicos. También se ha interpretado como una forma de comunicación y demandar una atención especial, ejerciendo un control y manipulación sobre terceros.

Se ha visto que existe una relación entre el trastorno facticio y el número elevado de hospitalizaciones durante el desarrollo temprano, pudiéndose tratar de pacientes que intentan escapar de una situación conflictiva en el domicilio y que buscan el cuidado del personal sanitario ante un padre ausente y/o madre que le rechaza. El conflicto es una necesidad de cariño y aceptación que buscan mediante el papel de enfermo¹.

Muchos autores coinciden en que en las personas con un diagnóstico de trastorno por síntomas somáticos frecuentemente subyace una dificultad para identificar emociones y hablar de experiencias afectivas, lo que se conoce como alexitimia¹⁵. Esto lleva a que estas personas manifiesten en la esfera orgánica un sufrimiento que no pueden expresar de otra manera³.

La vivencia personal puede influir en el desarrollo de trastornos por síntomas somáticos, poniéndose de manifiesto una relación con experiencias traumáticas y carencias afecti-

vas tempranas. Antecedentes de maltrato y eventos vitales estresantes durante la infancia o la edad adulta se recogen con mayor frecuencia en este tipo de pacientes, por lo que se consideran importantes factores de riesgo, aunque no necesariamente aparecen en todos los casos. Existe mayor asociación con la negligencia emocional y el abuso físico en la infancia y la edad adulta que con el abuso sexual^{14,16}.

Una vez la somatización se ha establecido, se añade el papel de enfermo que ayuda en su perpetuación. Gracias a la condición de enfermo, se obtienen beneficios económicos, soporte social y evitación de obligaciones y compromisos. Es un aspecto a tener en cuenta en las personas con dificultades para enfrentarse a obligaciones que le parecen insuperables, ya que les excusa de deberes y obligaciones y de enfrentarse a conflictos internos^{1,3}.

Manifestaciones clínicas

El trastorno por síntomas somáticos consiste en la presencia de uno o más síntomas físicos que generan un malestar emocional intenso en relación con la preocupación por el estado de salud y que se acompaña de comportamientos, pensamientos o sentimientos excesivos en torno al síntoma o síntomas que interfieren en el funcionamiento diario de la persona.

Los síntomas pueden pertenecer a diferentes órganos o sistemas y variar a lo largo del tiempo, aunque el trastorno deberá estar presente al menos 6 meses. Los pacientes difícilmente adquieren conciencia del problema a pesar de que la exploración física y las pruebas complementarias son anodinas y la evolución es benigna. Los síntomas que más frecuentemente se recogen en estos casos son dolores inespecíficos, síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, etc.), cardiopulmonares (dolor torácico, mareo, disnea, palpitaciones, etc.), sexuales (dismenorrea, dispareunia, etc.) o neurológicos (síncope, disfagia, debilidad muscular, etc.)^{1,3-5}.

Es común su comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad y con enfermedades médicas, sobre todo en personas de mayor edad^{1,4,5,8}.

En cuanto a su evolución, suele ser crónica y fluctuante, intercalando episodios de meses o años con otros períodos de igual duración libres de síntomas. Sin embargo, puede esperarse que ocurra una mejora significativa o remisión del trastorno en al menos el 50% de los pacientes^{1,8}. Son factores de buen pronóstico: la ausencia de una patología médica o un trastorno de la personalidad asociados, así como el inicio brusco de la sintomatología, un buen nivel socioeconómico y la respuesta al tratamiento de la depresión o la ansiedad¹.

El trastorno de ansiedad por enfermedad incluye a aquellas personas con una preocupación por padecer o poder contraer una enfermedad^{1,4,5,7}.

Según se indica en el DSM-5, mientras que el trastorno de síntomas somáticos incluiría a la mayor parte de los individuos, el 75%, que previamente habrían sido diagnosticados de hipocondría, el trastorno de ansiedad por enfermedad abarcaría los restantes⁵. En el primer caso, se diagnostica cuando el paciente presenta los síntomas somáticos, mientras

que en el segundo estos no existen o son pocos y leves, y el paciente se encuentra sobre todo preocupado por la idea de estar enfermo. También estarían incluidas en el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad aquellas personas que presentan una dolencia médica pero cuya ansiedad al respecto es exagerada¹.

La ansiedad por enfermedad es tan intensa que puede suponer una limitación funcional importante en el paciente, además de malestar emocional y conductas disruptivas. Es habitual en estos individuos comprobar una y otra vez si en su cuerpo existen datos de enfermedad, buscar información sobre las patologías que les preocupan (por ejemplo en internet) y evitar o limitar sus actividades por miedo a que puedan repercutir en su salud. Además, a pesar de la negatividad de las pruebas que se les realizan, la creencia de padecer un enfermedad persiste^{1,4,5,7}.

Para su diagnóstico, se requiere que la preocupación por la enfermedad tenga una duración de al menos 6 meses, aunque se cree que es una enfermedad crónica y recurrente. También existen las formas transitorias. Su comorbilidad con otros trastornos es desconocida, aunque se espera que sea frecuente con trastornos depresivos y de ansiedad⁵. Además, las personas con este trastorno pueden tener un riesgo elevado de padecer trastornos de la personalidad⁵. Los factores de buen pronóstico son similares a los del trastorno por síntomas somáticos¹.

El trastorno de síntomas neurológicos funcionales o trastorno de conversión supone cambios o déficits que afectan a las funciones motoras o sensoriales voluntarias que sugieren una patología física, pero cuyos hallazgos clínicos son incompatibles con una enfermedad médica o neurológica conocida. No se producen intencionadamente y provocan malestar y/o deterioro funcional^{1,4,5,7,9,10}.

Los síntomas que con más frecuencia se suelen observar son la parálisis, el mutismo y la ceguera, entre otros. Se pueden agrupar en^{1,4,5,7,9,10}:

1. Síntomas motores: aquí se incluyen debilidad, parálisis, movimientos anormales (como tics, temblores rítmicos, sacudidas o movimientos coreiformes), alteraciones de la marcha y posturas anormales de las extremidades.

2. Síntomas sensoriales: son frecuentes las parestesias y anestias, sobre todo de extremidades. La distribución de dichas alteraciones no suele seguir las vías anatomofisiológicas habituales y se pueden observar las típicas anestias «en guante» o «en calcetín». Puede afectar también a los órganos de los sentidos (sordera, ceguera, visión en túnel, etc.).

3. Síntomas convulsivos: las pseudoconvulsiones son otro de los síntomas de este trastorno, siendo en muchas ocasiones complicado distinguirlas de una convulsión epiléptica. Algunos de los datos que nos indicarían que se trata de una pseudoconvulsión es la ausencia de mordedura de la lengua, incontinencia urinaria o lesiones tras la caída, aunque pueden darse. Hay que tener en cuenta, además, que aproximadamente un tercio de los pacientes con pseudoconvulsiones padece también un trastorno epiléptico.

4. Otros síntomas: incluyen disfonía/afonía, disartria, sensación de nudo en la garganta y diplopía.

Aunque el inicio del trastorno de síntomas neurológicos ha sido referido a lo largo de todo el ciclo vital, las crisis no

epilépticas alcanzan su máximo de inicio en la tercera década y los síntomas motores en la cuarta⁵. Los síntomas conversivos suelen ser de corta duración, pero también pueden ser persistentes, y la recurrencia es común. El inicio agudo y un factor estresante identificable son factores de buen pronóstico, al igual que síntomas como la parálisis, la afonía y la ceguera. El temblor y las convulsiones se asocian con mal pronóstico¹.

La comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresivos es común, y además puede coexistir con afecciones neurológicas u otras patologías médicas. Los trastornos de la personalidad son más comunes en individuos con este tipo de trastornos⁵.

La nueva entidad de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas se caracteriza por la relación entre un factor emocional o psicológico y una enfermedad médica, ya sea en el desencadenamiento, mantenimiento o exacerbación de la misma o que interfiera en el tratamiento o manifestación de los síntomas. Es imprescindible la presencia de una enfermedad médica conocida para poder hacer este diagnóstico. Algunas enfermedades comúnmente influidas por factores psicológicos, como el estrés o la ansiedad, son el asma, la hipertensión arterial, el síndrome de intestino irritable, las migrañas, etc.^{1,5}.

Los pacientes con trastorno facticio, tradicionalmente conocido como «síndrome de Munchausen» falsifican signos o síntomas físicos o psicológicos, con el fin de asumir el papel de enfermo. No existe, por tanto, un claro beneficio directo, como podría ser obtener una ganancia económica o eludir procesos penales, lo que lo diferencia de la simulación. Simplemente buscan recibir atención médica y formar parte del sistema de salud. De hecho, las personas con este tipo de trastorno son capaces no solo de falsificar o exagerar síntomas sino también de inducirlos y empeorarlos, poniendo en grave riesgo su salud^{1,4,5,9,10}.

El trastorno facticio se ha dividido en grupos dependiendo del tipo de signos y síntomas fingidos, existiendo así un trastorno en el que predominan los síntomas psicológicos, otro marcado por lo físico y un tercero en el que se combinarían. En el DSM-5, sin embargo, no se establece esta distinción, dividiéndose en aquel impuesto a uno mismo y el impuesto a otros (anteriormente conocido como «por poderes»)¹.

En el caso del trastorno facticio aplicado a uno mismo, suelen ser más frecuentes los síntomas físicos que los psicológicos, incluyéndose, entre los primeros, presentaciones clínicas muy numerosas (heridas, hematomas, infecciones, sangrados, hipoglucemias, dolores abdominales y torácicos, síntomas gastrointestinales, fiebre, vértigo y convulsiones). La consecuencia suele ser las hospitalizaciones múltiples. Durante los ingresos, es habitual que el paciente tienda a mezclar material real con fantasía (pseudología fantástica), demanda de atención constante, volviéndose exigente y difícil, que conozca la terminología médica, solicite fármacos concretos (sobre todo analgésicos) e intervenciones específicas, y que su curso clínico sea fluctuante. A medida que se va descubriendo el engaño, el paciente puede reaccionar violentamente, negándolo todo y cambiando de médico y hospital^{1,4,5,9,10}.

Entre los síntomas psicológicos, con frecuencia se encuentran: depresión, alucinaciones, síntomas disociativos y conversivos y conductas extrañas. Datos actuales señalan que la sintomatología psicótica facticia es más frecuente de lo que se cree. Algunos pacientes pueden ingerir sustancias psicoactivas para producir los síntomas^{1,4,5,9,10}.

El trastorno facticio aplicado a otros implica que una persona finge o produce deliberadamente signos o síntomas físicos o psicológicos en otra, con el fin de adoptar indirectamente el papel de enfermo. También podría buscar el ser relevado del papel de cuidador gracias a la hospitalización del otro. Lo más frecuente es que la responsable de engañar al personal sanitario sea la madre de un niño pequeño. La falsificación puede consistir en alterar pruebas, registros o antecedentes médicos, así como herir o inducir enfermedades en la víctima^{1,4,5,9,10}.

Los trastornos facticios se inician generalmente después de una auténtica enfermedad u hospitalización, y también tras pérdida, rechazo o abandono. Típicamente consisten en episodios intermitentes, aunque pueden progresar y convertirse en un patrón de hospitalizaciones sucesivas durante toda la vida¹.

Diagnóstico

Para identificar este tipo de trastornos y realizar un diagnóstico y abordaje adecuados, lo primero es tener una sospecha clínica. Son pacientes que generalmente nos encontramos en las consultas de Atención Primaria u otros entornos de medicina general. Enumeramos a continuación algunos datos que nos pueden orientar en el diagnóstico³:

1. Historia de enfermedad actual inconsistente.
2. Raramente se quedan satisfechos con las explicaciones de los doctores o se quedan aliviados un corto período de tiempo y frecuentemente sienten que no le entienden o no le toman en consideración.
3. Los tratamientos indicados no alivian los síntomas.
4. Atribuyen sensaciones físicas normales a diferentes enfermedades.
5. Comprueban reiteradamente la existencia de anomalías corporales.
6. Evitan la actividad física.
7. Alta sensibilidad a efectos secundarios de las medicaciones.
8. Acuden a múltiples profesionales en busca de nuevas opiniones.
9. Los clínicos se suelen sentir frustrados con estos pacientes.
10. Se niegan a dar permiso para que se comente el caso con otros especialistas.

Es imprescindible comenzar por un manejo general del paciente, para lo que es necesario desarrollar una historia clínica que incluya la anamnesis por aparatos y sistemas, sin centrarse únicamente en el síntoma o síntomas orgánicos, y una exploración física. Dentro de la historia clínica, hay que incluir la historia psiquiátrica y la exploración mental, rasgos de personalidad, historia biográfica y situación socioeconómica o posibles eventos traumáticos o estresantes. Seguida-

mente se toma la decisión de la realización o no de test de laboratorio u otras pruebas diagnósticas en función de los datos previamente recogidos^{1,3}.

Cuando estemos explorando el síntoma que ha llevado al paciente a consulta, es conveniente profundizar en la vivencia personal que tiene de dicho síntoma³:

1. Identificar los síntomas que desencadenan un estado de ansiedad en el paciente y cómo responde a ello.
2. Investigar la presencia de pensamientos persistentes o comportamientos dirigidos al síntoma y si gasta mucha energía o tiempo en ello.
3. Conocer si el inicio, mantenimiento o exacerbación de los síntomas físicos está relacionado con eventos personales estresantes.
4. Explorar la evolución del síntoma, si es agudo o crónico, y si existe algún factor que lo exacerbe o alivie.
5. Relación del síntoma con condiciones médicas actuales o pasadas.
6. Preguntar al paciente si se está sometiendo actualmente a otros procesos diagnósticos o a algún tipo de tratamiento.
7. Investigar, dentro de lo posible, si el paciente se siente amenazado o en peligro en el domicilio, relaciones u otros escenarios, si ha sufrido en el pasado eventos traumáticos como abusos sexuales o físicos o si ha padecido enfermedades graves durante la infancia.
8. Recoger posibles antecedentes familiares de enfermedades de cierta gravedad.

Nos será de ayuda mirar otros episodios de la historia sobre asistencias médicas para poder establecer un patrón de consulta por múltiples síntomas orgánicos y detectar si existiera un uso excesivo de los recursos sanitarios o un cambio frecuente de médico de referencia³.

Clásicamente se ha considerado un diagnóstico de exclusión, es decir, que para diagnosticar a una persona de trastorno somatomorfo era necesario descartar una enfermedad médica y ambas condiciones, la psicológica y la orgánica, no podían coexistir¹². Esto ha cambiado recientemente, lo que ha llevado a que nos encontremos con dos grupos de pacientes, en función de la presencia o no de una patología orgánica de base, sin descartar esta, según las nuevas clasificaciones, el diagnóstico de trastorno por síntomas somáticos. En el caso de pacientes que tienen reconocida una enfermedad médica, nos tendremos que fijar en si esta genera una respuesta cognitiva, emocional o comportamental excesiva en comparación con otros pacientes que tienen el mismo diagnóstico, contribuyendo los factores psicológicos a la aparición y mantenimiento de dicha enfermedad^{3,15}.

Para finalizar, los criterios diagnósticos de cada trastorno aparecen en la tabla 1⁵.

En el trastorno por síntomas somáticos, el paciente identifica una serie de síntomas orgánicos que le llevan a la consulta de un médico general o especialista, mientras que en el trastorno por ansiedad de enfermedad, lo principal es la angustia generada por el miedo a padecer una enfermedad, sin centrar el foco de atención en manifestaciones físicas. El trastorno de conversión se diferencia de los dos anteriores en el curso del mismo (el trastorno por conversión es agudo y

TABLA 1

Criterios diagnósticos de los diferentes trastornos por síntomas somáticos

Trastorno de síntomas somáticos

Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria

Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes

Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas

Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas

Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud

Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses)

Trastorno de ansiedad por enfermedad

Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave

No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (por ejemplo, antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada

Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud

El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (por ejemplo, comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (por ejemplo, evita las visitas al clínico y al hospital)

La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese periodo de tiempo

La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria

Los hallazgos clínicos aportan pruebas de incompatibilidad entre el sistema y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas

El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental

El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importante del funcionamiento

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental)

Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes

Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica

Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (por ejemplo, poco cumplimiento)

Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo

Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas o necesitan asistencia médica

Los factores psicológicos y conductuales del criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático)

Trastorno facticio

Trastorno facticio aplicado a uno mismo

Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado

El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado

El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia

El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante y otro trastorno psicótico

Trastorno facticio a otro (antes: trastorno facticio del prójimo)

Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado

El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado

El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia

El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante y otro trastorno psicótico

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

transitorio, mientras que los otros siguen una evolución más crónica), en los síntomas expuestos (en el trastorno por síntomas somáticos refieren síntomas o preocupaciones referentes a varios aparatos, mientras que en el conversivo son únicamente síntomas del sistema nervioso) y en la búsqueda de atención médica, el paciente con trastorno conversivo presenta una aparente indiferencia ante el síntoma que ha ocasionado la valoración médica.

El trastorno facticio se diferencia de todos los anteriores en la voluntariedad a la hora de provocar los síntomas. Para probar este hecho, es de vital importancia conseguir una fuente externa de información, a lo que el paciente opondrá una resistencia activa. Algunos de ellos se llegan a someter a múltiples procedimientos diagnósticos invasivos y cirugías; en los casos de simulación, la persona suele frenar la producción de síntomas antes de llegar a estos extremos¹.

Diagnóstico diferencial

Todos ellos exigen establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades de origen exclusivamente orgánico y, sobre todo, aquellas con subyacente gravedad potencial (especial atención a manifestaciones de endocrinopatías, sida, miastenia *gravis*, esclerosis múltiple, procesos degenerativos, lupus eritematoso sistémico y neoplasias ocultas).

El mayor reto recae en el diagnóstico diferencial entre trastorno conversivo y una enfermedad neurológica, especialmente en pacientes con un diagnóstico médico, en los que se pueden solapar ambos escenarios. En estos casos, es muy importante recurrir a una exploración física en profundidad del sistema nervioso, realizar pruebas diagnósticas específicas en función del síntoma y seguir el curso evolutivo

en consultas especializadas (por ejemplo, en el caso de las crisis convulsivas, el diagnóstico diferencial se ha vuelto menos complicado gracias al video-electroencefalograma, *gold standard* a la hora de etiquetar a las convulsiones como epilépticas o no)⁹. En la tabla 2 se plasman algunos hallazgos de la exploración física que nos orientan hacia un trastorno conversivo. Las principales enfermedades neurológicas que debemos tener en cuenta a la hora de evaluar posibles síntomas neurológicos de origen funcional se recogen en la tabla 3^{1,3,4}.

Enfermedades psiquiátricas

Simulación

La historia clínica suele ser más inconsistente y contradictoria y existe una discordancia entre el sufrimiento o la incapacidad que describe la persona y los resultados de las exploraciones y las pruebas realizadas. Durante la valoración

TABLA 3

Principales patologías neurológicas en el diagnóstico diferencial del trastorno conversivo

Esclerosis múltiple
Tumor cerebral
Miastenia
Síndrome de Guillain-Barré
Miopatías
Manifestaciones neurológicas del SID
Hematoma subdural
Neuritis óptica
Parálisis periódica
Enfermedad de Parkinson en su comienzo
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

TABLA 2

Hallazgos sugerentes de trastorno conversivo en exploración física

Síntoma	Test	Hallazgos en la conversión
Anestesia	Mapa de dermatomas	La pérdida de sensibilidad no se corresponde con el patrón de distribución
Hemianestesia	Comprobar línea media	División del medio cuerpo de manera estricta
Astasia-abasia	Caminar, bailar	Con sugestión, aquellos que no son capaces de andar sí lo serían de bailar o viceversa; alteración de los hallazgos sensoriales y motores con sugestión
Parálisis	Caída paralizada de la mano en la cara Comprobar fuerza motora Hoover test	La mano cae junto a la cara, no encima de ella Cede la debilidad Se percibe presión en la mano del examinador que está debajo de la pierna paralizada cuando se intenta elevarla estirada
Coma	Intentar abrir los ojos del paciente Maniobra oculocefálica	Opone resistencia a la apertura, dirige la mirada lejos del examinador Los ojos miran al frente, no se mueven de lado a lado
Afonía	Pedirle que tosa	Sonido de la tos estrictamente normal que indica que las cuerdas vocales no están paralizadas
Estornudos intratables	Observar	Gruñidos nasales cortos con poco o ningún estornudo en la fase inspiratoria, poca o nula aerosolización de secreciones, mínima expresión facial, ojos abiertos, se detiene cuando duerme, disminuye cuando está solo
Síncope	Tilt test	La magnitud de los cambios en los signos vitales y la acumulación venosa no explican la continuidad de los síntomas
Visión en túnel	Campos visuales	Cambio de patrones en los diferentes exámenes
Ceguera unilateral	Signo de la linterna alternante (Marcus Gunn) Campos visuales bilaterales	Ausencia del defecto pupilar aferente relativo La suficiente visión del «ojo malo» impide trazar un punto ciego fisiológico del ojo bueno
Ceguera bilateral	«Mueve tus dedos, solo estoy comprobando la coordinación» Flash o luz intensa repentina «Mira tu mano» «Toca tus dedos índices»	El paciente puede empezar a imitar nuevos movimientos antes de darse cuenta del desliz El paciente se estremece El paciente no mira allí Incluso los pacientes ciegos lo pueden hacer por la propiocepción

diagnóstica se puede constatar una falta de cooperación por parte del paciente, que además es frecuente que no cumpla el tratamiento prescrito. Para descubrir este tipo de casos, hay que prestar especial atención al contexto (si existe un beneficio directo y concreto), siendo menos relevante la comprensión del funcionamiento psíquico del paciente¹⁵. Generalmente dejan de producir los síntomas cuando observan un riesgo potencial o cuando dejan de ser de utilidad¹.

Trastorno psicótico

Lo podemos distinguir si nos fijamos en la intensidad de la creencia, que se mantiene a pesar de que haya argumentos estables y demostrados que la contradicen, y en el contenido, que a menudo se describe como bizarro y no guarda relación con nivel cultural del paciente^{1,3}.

Trastornos de ansiedad

En el trastorno por ansiedad generalizada los síntomas típicos se desencadenan también en otros contextos diferentes, sin centrarse únicamente en una preocupación por el estado de salud. La diferencia con el trastorno por ataques de pánico recae en la evolución, ya que los ataques de pánico se definen por episodios agudos, intermitentes y de elevada intensidad, en contraste con el trastorno por síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad que suelen seguir un curso más prolongado³.

Trastorno obsesivo compulsivo

Aunque el contenido de los pensamientos obsesivos se refiere a preocupaciones en relación con el estado de salud, la diferencia es que estos pensamientos se presentan de manera intrusiva y egodistónica, pudiendo desencadenar comportamientos compulsivos para intentar eliminarlos³.

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados combina estrategias para el manejo del paciente con intervenciones terapéuticas específicas^{1,7,17}.

Los pacientes con este tipo de trastornos son un desafío para el médico, ya que requieren mucha atención y, a pesar de ello, continúan refiriendo gran malestar y provocando en el especialista reacciones negativas como frustración, enfado y sensación de falta de eficacia^{7,12}. Lo primero será, por tanto, crear una alianza médico-paciente duradera, basada en desarrollar un interés sincero por el enfermo y reconocer su sufrimiento^{7,12}. Una vez establecida dicha relación, es más importante centrarse en el cuidado del paciente que en el diagnóstico o en la eliminación completa de la sintomatología^{7,17}. Para el manejo de este tipo de pacientes, existen además una serie de recomendaciones específicas para los médicos de Atención Primaria, entre las que se encuentran: explicar de forma apropiada y aceptable la sintomatología, programar citas regulares y breves en lugar de «a demanda», realizar exploraciones físicas específicas en cada visita, evitar procedimientos diagnósticos innecesarios e intervenciones terapéuticas agresivas y establecer, como principal objetivo, la mejora de la funcionalidad^{7,17,12,18}.

En cuanto a las intervenciones específicas, las podemos dividir en farmacológicas y psicoterapéuticas.

Farmacológicas

No se han realizado apenas ensayos clínicos farmacológicos controlados para el manejo de este tipo de pacientes^{7,19}.

Se recomienda el tratamiento con antidepresivos en aquellos casos en los que exista una enfermedad subyacente susceptible de ser tratada con estos fármacos, como un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo^{1,4,17}. Entre las opciones más razonables para ello se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)^{2,17,19}, así como los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) y dosis bajas de tricíclicos^{4,17}. Estos dos últimos grupos están especialmente indicados en los casos en los que el paciente presente dolor⁴.

El uso de ansiolíticos puede ser también de utilidad para el manejo de la ansiedad que puede generar este tipo de trastornos, si bien hay que tener claro que no proporciona un alivio permanente y su uso debe hacerse de manera puntual^{1,4}.

Psicoterapéuticas

Debemos tener en cuenta el uso de la psicoterapia para el tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos^{4,17,12,18,7,20}, tanto en su formato individual como grupal^{1,4}, aunque en un gran número de casos los pacientes rechazarán el tratamiento psiquiátrico^{1,7,17}. Entre todas las psicoterapias existentes, la que ha sido más estudiada y ha demostrado mayor eficacia es la terapia cognitivo-conductual^{4,7,9,17,20}. Este tipo de psicoterapia puede disminuir los síntomas^{9,17,20} y los costes de la atención sanitaria^{9,17}.

Existen otras intervenciones psicoterapéuticas que pueden resultar efectivas y que incluyen la psicoterapia psicodinámica^{4,7,17}, la terapia familiar^{4,17}, la psicoterapia de apoyo^{4,17} el manejo del estrés^{4,17}, la psicoeducación^{4,12,17}, la hipnosis¹ y las terapias de tercera generación (como *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso)⁴.

Mención especial requieren tanto el trastorno de conversión como el trastorno facticio. En el caso del trastorno de conversión porque la resolución de la sintomatología suele ser espontánea^{1,4,7}, siendo efectivos los ansiolíticos y los ejercicios de relajación^{1,4}. Es posible que tras la resolución del cuadro no sea necesaria una nueva intervención, pero en los casos más crónicos los enfoques psicodinámicos y conductuales de psicoterapia son de utilidad^{1,4,7}. En el caso del trastorno facticio, debido a su dificultad para tratarlo. Ningún tratamiento psiquiátrico concreto ha resultado efectivo. Identificar de manera precoz esta enfermedad puede que sea una de las intervenciones más importantes, evitando así la iatrogenia. También lo es centrarse en el manejo más que en la curación, atendiendo a las necesidades emocionales y los diagnósticos que subyacen al trastorno, sin perder de vista los problemas legales y éticos¹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

✓ Metaanálisis ✓ Artículo de revisión
✓ Ensayo clínico controlado ✓ Guía de práctica clínica
✓ Epidemiología

1. Sadock BJ, Alcott V, Ruiz P. Kaplan and Sadock: sinopsis de psiquiatría. 11ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2015.
2. ●● Vallejo MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *C Med Psicosom.* 2014;110:75-78.
3. ●● Levenson JL. Somatic symptom disorder: Assessment and diagnosis [Internet]. Dimsdale J, editor. UpToDate 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com> [Consultado 24 diciembre 2018].
4. Forcelledo C, Rohner del Sordo D. Trastornos somatomorfos. En: SEP, FEPSM, SEPB, comité editorial. Manual del residente de psiquiatría [Internet]. España; 2018. Disponible en: <https://www.manualresidentepsiquiatria.es>

5. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
6. ● Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004; 56(4):391-408.
7. Gerstenblith TA, Kontos N. Trastornos de síntomas somáticos. En: Stern, Fava, Wilens, Rosenbaum, editores. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2017. p. 255-64.
8. ●● Levenson JL. Somatic symptom disorder: Epidemiology and clinical presentation [Internet]. Dimsdale J, editor. UpToDate 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com> [Consultado 24 diciembre 2018].
9. Curt La France W. Somatoform disorders. *Semin Neurol.* 2009;29: 234-46.
10. Leal C, Gisbert JA, Sánchez A. Neurosis. En: Villanueva E, editor. Medicina legal y toxicología. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2018. p. 1251-67.
11. Boeckle M, Schrimpf M, Liegl G, Pieh C. Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies. *Neuroimage Clin.* 2016;11:606-13.
12. Carvajal de la Torre A. Somatizaciones [Internet]. La Coruña: Fistera. com; [Actualizado marzo 2011] [Consultado 27 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
13. Delvecchio G, Rossetti MG, Caletti E, Arighi A, Galimberti D4, Basilico P, et al. The neuroanatomy of somatoform disorders: A magnetic resonance imaging study. *Psychosomatics.* 2019;60(3):278-88.
14. García-Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, Roca M. Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2009; 22:224-3.
15. Safarti Y, Kipman A. Somatizaciones. EMC-Tratado de medicina. 2012; 16(3):1-8.
16. Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, Aybek S, David AS, Tuck S, et al. Stresful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(4):307-20.
17. Levenson JL. Somatic symptom disorder: Treatment [Internet]. UpToDate 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com> [Consultado 24 diciembre 2018].
18. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New directions in the treatment of somatization. *Psychiatr Clin N.* 2007;30:621-44.
19. Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 2004;56(4):455-60.
20. ● Van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2014;(11): CD011142.