

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

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

^aPsiquiatra. Unidad de Salud Mental de Benidorm (Alicante). ^bPsiquiatra. Unidad de Salud Mental. Las Palmas de Gran Canaria. ^cPsiquiatra. Centro de Atención Integral a Drogodependientes del Distrito de Usera. Madrid. ^dServicios de Salud Mental del Distrito de Tetúan-Area 5. Madrid.

FORMAS CLÍNICAS DE LA SOMATIZACIÓN

Si enfocamos la somatización desde una perspectiva global podríamos incluir en ella cualquier manifestación de malestar psicológico expresado a través de síntomas físicos. Esto, en mayor o menor medida, forma parte de nuestra vida cotidiana, un ligero dolor de cabeza, problemas de digestión, molestias al respirar, etc., todos lo hemos padecido alguna vez aunque no le hayamos prestado mayor atención. En este apartado nos referiremos al concepto de somatización propuesto por Lipowski¹, es decir a la tendencia a: a) experimentar y comunicar síntomas somáticos que no se explican por hallazgos patológicos; b) atribuirlos a enfermedades físicas, y c) buscar ayuda médica para los mismos. Veremos en primer lugar la somatización como forma de presentación de otros trastornos psiquiátricos (depresión y ansiedad); en segundo lugar aquellos trastornos en los que los síntomas somáticos funcionales constituyen el núcleo psicopatológico del cuadro clínico y se acompañan de una forma especial de conducta y de relación médico paciente (trastornos somatomorfos); por último haremos un breve repaso de los trastornos que más dificultades pueden ofrecer a la hora de hacer el diagnóstico diferencial, en los que los síntomas son producidos voluntariamente (trastorno facticio) o inventados para obtener beneficios externos evidentes (simulación).

Somatización y ansiedad

La ansiedad es una reacción del organismo ante situaciones de amenaza real o imaginaria, consciente o inconsciente, para la integridad del individuo. En la ansiedad se activa el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal produciendo una liberación de cate-

colaminas que dará lugar a síntomas físicos como disnea, palpitaciones, sudoración, etc. Podemos considerar que la manifestación clínica de la ansiedad es fundamentalmente somática², y prueba de ello es que en el trastorno de pánico –paradigmático de los trastornos de ansiedad–, la mayor parte de los criterios diagnósticos pertenecen al espectro físico (palpitaciones, sudoración, temblores, ahogo, sensación de atragantamiento, opresión torácica, náuseas, mareos, molestias abdominales, parestesias). Los síntomas de ansiedad son omnipresentes tanto en las enfermedades médicas como psiquiátricas. Con frecuencia los pacientes con trastornos de ansiedad atribuyen sus síntomas a causas físicas y puede que lleguen a localizar sus quejas en un sistema corporal aunque lo más habitual es que éstas se extiendan a diferentes órganos y sistemas:

– *Síntomas cardiocirculatorios*: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, hipertensión/hipotensión arterial, rubefacción.

– *Síntomas respiratorios*: disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, bostezos, suspiros, tos. La hiperventilación puede dar lugar a parestesias e incluso a crisis tetaniformes.

– *Síntomas neurológicos*: mareos, sensación de inestabilidad, vértigo, cefalea, parestesias, alteraciones sensoriales (visión borrosa, intolerancia al ruido, zumbido de oídos).

– *Síntomas digestivos*: disfagia, “nudo” en la garganta, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, meteorismos.

– *Síntomas genitourinarios*: anorgasmia, vaginismo, impotencia, amenorrea, disuria, polaquiuria.

– *Síntomas musculares*: mialgias, debilidad muscular, tensión motora. El aumento del tono estriado se traduce en rigidez facial, ceño fruncido, frecuente parpadeo, etc.

– *Síntomas neurovegetativos*: sequedad de boca, manos frías y húmedas, sofocación, escalofríos, oleadas de calor, sudoración.

Habitualmente los síntomas son percibidos por el paciente como un problema de su salud física y así se los presentan a su médico. Cuando aparece un cortejo sintomático amplio el diagnóstico es más sencillo, el problema sur-

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

ge en detectar la ansiedad subyacente tras un síntoma físico aislado o una presentación poco habitual o específica como estreñimiento, zumbido de oídos, etc. La existencia de acontecimientos estresantes recientes suele apuntar hacia una presentación somática de la ansiedad y una anamnesis cuidadosa puede evitar a veces pruebas innecesarias. Los pacientes que son diagnosticados y tratados correctamente suelen abandonar su tendencia a somatizar, en contraste con los pacientes depresivos atendidos en Atención Primaria, cuya tendencia a somatizar y a utilizar los servicios de salud es más persistente³.

Somatización y depresión

Tanto desde el punto de vista fenomenológico como sintomático, los estados depresivos incluyen a menudo síntomas físicos como insomnio o hipersomnias, anorexia, pérdida de peso, pérdida de energía, disminución de la libido, agitación o retraso psicomotor, etc. La preponderancia de síntomas depresivos somáticos tiene un significado clínico especial en cuanto al pronóstico y al tratamiento farmacológico; constituyen lo que se ha denominado depresión endógena o melancólica. Existen otros síntomas somáticos más elaborados que pueden manifestarse a través de cualquier sistema orgánico y que si no se acompañan de síntomas psicológicos puede dificultar el diagnóstico de un trastorno depresivo. Se considera que la depresión se infradiagnostica en Atención Primaria debido precisamente a la falta frecuente de síntomas psicológicos claros y su "enmascaramiento" por los síntomas físicos o conductuales. Algunos pacientes deprimidos piensan que sus síntomas físicos se deben a enfermedades somáticas y negarán cualquier malestar emocional salvo el que les producen los síntomas. Otros pueden presentar los síntomas físicos no porque no se sientan deprimidos, sino porque no quieren recibir un diagnóstico psiquiátrico que les pueda estigmatizar o bien porque creen que no es apropiado hablar de asuntos psicológicos con su médico de cabecera⁴). Si el médico no entrevista al paciente en profundidad es probable que su posible depresión no sea ni detectada ni tratada. Existe un tipo de depresión sin síntomas emocionales evidentes que se ha llamado también "depresión enmascarada" y es más frecuente en niños, ancianos, pacientes con nivel sociocultural bajo o pertenecientes a otras culturas (africanos, latinoamericanos), pacientes con alexitimia y en aquellos con historia familiar y antecedentes de enfermedad física. Los pacientes pueden negar que están deprimidos y mientras que los síntomas físicos suponen la queja principal, y a veces única, la tristeza y el resto de síntomas emocionales no son evidentes. Algunos autores, por el contrario, piensan que no se debería hablar de depresión en ausencia de ánimo deprimido u otros rasgos esenciales del trastorno depresivo. Entre las manifestaciones somáticas más frecuentes de la depresión enmascarada podemos encontrar:

Disminución de la energía, cansancio, fatiga, debilidad

El paciente suele decir que cosas que antes hacía sin esfuerzo le cuestan mucho, no tiene apenas fuerzas. Aparece en casi un 80% .

Existe un importante conflicto entre la percepción subjetiva del paciente y la visión más científica del médico, lo cual inevitablemente lleva a un deterioro de la relación entre ambos y a la frustración mutua.

Dolor

Es poco específico, habitualmente refractario al tratamiento y tiende a cronificarse, aunque desaparece si se trata el trastorno depresivo. Es necesario diferenciarlo del trastorno por dolor. Los tipos de dolor más frecuentes son los de cabeza, de localización e intensidad variable, asociados en ocasiones a dolores en la región facial. Le siguen los dolores de espalda y musculoesqueléticos, en brazos y piernas. También pueden presentarse dolores torácicos o abdominales, típicos en los niños.

Vértigos y mareos

En ocasiones acompañados de alteraciones de visión. Es frecuente que desarrollen conductas fóbicas y dependientes.

Alteraciones digestivas

El paciente se suele quejar de problemas de digestión, boca seca, dispepsia asociada a dolores abdominales, estreñimiento, diarrea, alteraciones del apetito.

Alteraciones cardiovasculares

Pueden aparecer cuadros tanto de hipertensión como de hipotensión, además de palpitaciones y alteraciones vasomotoras.

Otros

Alteraciones neurovegetativas, alteraciones cutáneas como eccema, alopecia, alteraciones sexuales y del ritmo menstrual, incontinencia urinaria en ancianos y enuresis en niños.

Actualmente existe una controversia con respecto a la relación entre depresión y dolor crónico. Son igualmente aceptables tanto los argumentos que hablan de la depresión como causa del dolor como a la inversa. En un subgrupo de pacientes con dolor crónico parece aceptado que el dolor es una expresión de somatización⁵, como vimos anteriormente.

Pacientes somatizadores tipo: los trastornos somatomorfos

Se consideran pacientes somatizadores a aquellos que presentan de manera repetida síntomas físicos, y que solicitan

En la hipocondría el síntoma dominante es la preocupación o convicción de padecer una enfermedad grave más que las posibles manifestaciones de ésta. En el trastorno por dolor éste es el único síntoma mientras que en el trastorno por somatización se acompaña de otros síntomas funcionales.

La necesidad del reconocimiento de la autenticidad del dolor por parte del médico, la variación del dolor en función de las relaciones interpersonales, la negación de problemas psíquicos al margen de los que le causa el dolor, la ineficacia del tratamiento analgésico y quizá la resistencia a ser derivado a salud mental.

de forma persistente investigaciones médicas sobre sus dolencias, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica. En caso de existir una enfermedad somática, ésta no explicaría la naturaleza y extensión de los síntomas o el malestar y la preocupación del paciente. Las personas con estos trastornos también pueden mostrar, en cierta medida, un comportamiento de búsqueda de atención, particularmente si están contrariados al no conseguir persuadir a los médicos de la naturaleza esencialmente física de la enfermedad y de la necesidad de más pruebas y exámenes. Existe un importante conflicto entre la percepción subjetiva del paciente y la visión más científica del médico, lo cual inevitablemente lleva a un deterioro de la relación entre ambos y a la frustración mutua. Esta cualidad en ocasiones es más distintiva de los trastornos por somatización que la propia sintomatología. Varios autores están de acuerdo en considerar esta nueva categoría diagnóstica como una continuación del dueto histeria-hipocondriasis, de Sydenham, que se ha visto desglosado en las sucesivas clasificaciones hasta dar lugar a los trastornos que veremos a continuación.

Trastornos por somatización

Este trastorno, también denominado síndrome de Briquet, representa la forma de somatización más persistente, incapacitante y costosa. Se caracteriza por la presencia de numerosas quejas relativas a síntomas somáticos múltiples, variados y mudables que afectan a diferentes sistemas y que no pueden ser completamente explicados por trastornos orgánicos. La historia de la enfermedad suele comenzar antes de los 30 años y tiende a cronificarse, produciendo un importante malestar psicológico, un deterioro del funcionamiento sociolaboral y un largo peregrinaje médico que va dejando una estela de exploraciones negativas, intervenciones médicas y quirúrgicas infructuosas y galenos malhumorados. Es más frecuente en mujeres y, en general, las quejas son descritas de forma dramatizada y con gran carga afectiva; hacen mucho hincapié en los síntomas y rechazan cualquier explicación médica que descarte una causa orgánica. Estos pacientes suelen confundir las secuencias temporales y puede que no distingan claramente los síntomas actuales de los pasados. Los síntomas más frecuentes suelen ser sexuales, gastrointestinales, neurológicos y dolor en diferentes partes del cuerpo. Existe una lista abreviada de síntomas que puede servir como cribaje (Othmer 1985). Según los autores la presencia de

4 de los 7 síntomas que enumeramos a continuación proporciona una especificidad del 100%. Estos 7 síntomas son: dismenorrea, sensación de nudo en la garganta, vómitos, falta de aire, quemazón en los órganos genitales, dolor en las extremidades y amnesia que dura horas o días. Con frecuencia cumplen los criterios de trastorno histriónico de personalidad y presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, principalmente depresión mayor y trastornos de ansiedad.

La mayoría de los pacientes que vemos en consulta no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno por somatización, lo habitual es que presenten menos síntomas, exhiban conductas menos dramatizadas, y no sean tan incapacitantes. La diferencia puede ser más cuantitativa que cualitativa. Es necesario incluir también en el diagnóstico diferencial a los trastornos adaptativos con síntomas somáticos; éstos tienen relación con el acontecimiento, pueden aparecer más tarde y suelen tener una evolución más corta.

Diagnóstico diferencial. Siempre se debe descartar la existencia de patologías médicas que puedan justificar sus síntomas. Existen ciertas enfermedades, que se manifiestan de manera inespecífica y transitoria, que pueden dar cuadros similares a los descritos como la esclerosis múltiple, miastenia gravis, lupus eritematoso, sida, porfiria aguda intermitente, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo y las infecciones sistémicas crónicas. En el diagnóstico diferencial también deben considerarse muchos trastornos mentales, además de tener en cuenta que el 50% presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y la esquizofrenia pueden aparecer de forma que el primer síntoma sean las quejas somáticas. En la hipocondría el síntoma dominante es la preocupación o convicción de padecer una enfermedad grave más que las posibles manifestaciones de ésta. En el trastorno por dolor éste es el único síntoma mientras que en el trastorno por somatización se acompaña de otros síntomas funcionales. En los trastornos facticios los síntomas son producidos voluntariamente y sin otro beneficio aparente que el de ser tratados como enfermos. En la simulación existe un beneficio visible de tipo legal o económico.

Dolor idiopático

El dolor es una experiencia subjetiva desagradable asociada primariamente a una lesión tisular y a la estimulación de los nociceptores del organismo; también puede ser la expresión de una alteración emocional. La interpretación y repercusión de los estímulos dolorosos varía de un individuo a otro y en ello intervienen muchas variables fisiopatológicas y psicosociales. En la consulta de Atención Primaria supone el principal motivo de consulta. El dolor al que nos referimos en este apartado es aquel que no cede con analgésicos, tiende a cronificarse, limita las actividades diarias y no tiene un sustrato orgánico que lo justifique. En algunas ocasiones el dolor puede coincidir con una alteración física subyacente, pero ésta de ninguna manera llega

a justificar la intensidad de la queja, la cualidad del dolor ni la repercusión en el ámbito familiar y laboral.

Se denomina también trastorno por dolor o dolor somatoforme. Según la CIE-10 se define como un dolor intenso y penoso que no puede explicarse totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático y que suele presentarse con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y atención del médico o de las personas cercanas, aunque no siempre es así.

El dolor suele presentar un inicio más o menos brusco y una evolución insidiosa con historia de múltiples consultas médicas; frecuentemente está precedido por algún tipo de traumatismo físico o por alguna pérdida emocional importante. El dolor se localiza especialmente en las zonas cervical, dorsal y lumbar pero puede aparecer en cualquier parte del cuerpo; tiende a presentar un empeoramiento vespertino y se incrementa con los estados emocionales negativos. Tras el inicio del cuadro, se produce un cambio llamativo en la conducta del paciente: disminuye su actividad, reclama continuamente la atención de la familia, se queja con frecuencia y es habitual que aparezca de forma secundaria sintomatología depresiva, que puede ir desde síntomas aislados como insomnio, fatiga y desinterés hasta un cuadro completo de depresión mayor.

Diagnóstico diferencial. Es necesario diferenciarlo del dolor que aparece en el contexto de un síndrome depresivo, de trastornos psicóticos o del que forma parte de otros trastornos somatomorfos. En ocasiones resulta difícil hacer el diagnóstico diferencial con el dolor crónico de causa orgánica porque éste acaba con frecuencia produciendo modificaciones en el carácter del paciente y aumentando las demandas de atención y la necesidad de cuidados como sucede en los pacientes con dolor somatomorfo. Algunas de las características que apuntan hacia un dolor psicógeno son: la necesidad de reconocimiento de la autenticidad del dolor por parte del médico, la variación del dolor en función de las relaciones interpersonales, la negación de problemas psíquicos al margen de los que le causa el dolor, la ineficacia del tratamiento analgésico y quizá la resistencia a ser derivado a salud mental.

Hipocondría

La hipocondría –al igual que la histeria– ha resistido los embates terminológicos desde la Grecia clásica. Podemos conceptualizarla como la preocupación intensa o la convicción de presentar una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos. Esta preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas, las cuales si llegan a tranquilizarle lo hacen de forma parcial y transitoria. Últimamente se ha enfatizado en que el núcleo de la hipocondría es la “interpretación de signos y sensaciones físicas como evidencia de una enfermedad física”, debido a una amplifica-

“Interpretación de signos y sensaciones físicas como evidencia de una enfermedad física”, debido a una amplificación de la información somatosensorial.

ción de la información somatosensorial⁶. Las sensaciones amplificadas pueden ser sensaciones fisiológicas normales, alteraciones benignas (como una ligera dispepsia), enfermedades banales (gripe, diarrea) y también las manifestaciones somáticas de problemas emocionales. Una vez que el paciente hipocondríaco ha hipotetizado que está enfermo, cada vez se vuelve más aprensivo e hipervigilante. Esto a su vez empeora su percepción de los síntomas, primero porque presta una atención selectiva a las percepciones somáticas que confirman sus hipótesis, mientras que ignoran las que las descartan, y segundo porque la ansiedad creciente del individuo produce sus propios síntomas, que son benignos pero se atribuyen equivocadamente a la grave enfermedad que creen padecer. Gran parte de los pacientes hipocondríacos han sufrido enfermedades médicas en su infancia y tienen familiares que presentan síntomas funcionales. La hipocondría es un trastorno crónico, con remisiones relativas o completas y reagudizaciones en los períodos de estrés psicosocial. El 50% de los pacientes mejoran y el resto tiene un curso crónico fluctuante. El pronóstico suele ser mejor si comienza de forma aguda o aparece de forma secundaria a un trastorno depresivo o de ansiedad. La hipocondría presenta una elevada comorbilidad con varios trastornos psiquiátricos; los que se asocian con más frecuencia son: distimia, depresión mayor, fobias, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por somatización y trastorno obsesivo-compulsivo.

Existe un tipo de hipocondriasis transitoria que puede tener lugar en el contexto de determinadas enfermedades médicas, por ejemplo la neurosis cardíaca tras el infarto de miocardio, o el miedo a la aparición de metástasis en los pacientes con cáncer. También puede aparecer ante acontecimientos biográficos o conflictos psicosociales; en personas que están pasando por un proceso de duelo no es raro observar síntomas similares o miedo a desarrollar la misma enfermedad del fallecido.

Diagnóstico diferencial. En primer lugar es necesario descartar la posibilidad de que exista realmente una enfermedad somática; las enfermedades que pueden dar lugar a confusión pueden ser neurológicas (esclerosis múltiple, miastenia gravis), endocrinas, sistémicas y neoplasias. Los pacientes con una enfermedad física suelen aceptar mejor la información y consejos del médico.

Muchos pacientes presentan preocupaciones sobre su salud de contenido hipocondríaco, pero de intensidad mucho menor y sin repercusión en su vida cotidiana.

En la fobia a la enfermedad existe más miedo que convicción a padecer una enfermedad.

En los trastornos psicóticos pueden aparecer delirios somáticos, en esquizofrenia, depresión mayor y trastorno de-

Existe una estrecha relación entre el TDC y el trastorno obsesivo compulsivo. Ambos comparten similitudes fenomenológicas, edad de inicio y curso clínico; y además presentan una elevada comorbilidad. Algunos autores consideran el TDC como un trastorno del espectro del TOC.

lirante. La presencia de otros síntomas y las características de idea delirante permiten diferenciar estos trastornos.

Los pacientes con trastorno por angustia presentan síntomas hipocondríacos, pero suelen estar menos incapacitados, tener una actitud menos demandante y están más satisfechos con la atención médica.

En el trastorno obsesivo-compulsivo las preocupaciones hipocondríacas se reconocen como intrusivas y tienen el carácter de ideas obsesivas.

Los pacientes con trastorno por somatización están más preocupados por los síntomas que por las posibles enfermedades subyacentes y presentan multitud de quejas que no se corresponden con la hipocondría.

En determinados trastornos de personalidad (por dependencia, por evitación, obsesivo, histriónico y narcisista) suelen observarse preocupaciones de tipo hipocondríaco. Cuando coexisten ambos diagnósticos el pronóstico suele ser poco favorable.

Trastorno dismórfico corporal

Antes conocido como dismorfofobia, este trastorno consiste básicamente en la preocupación por ciertos defectos imaginarios en el aspecto corporal o bien la preocupación excesiva por una anomalía física mínima. Dicha preocupación persiste a pesar de que se demuestre lo contrario y de las informaciones tranquilizadoras de los médicos. Habitualmente el individuo centra sus preocupaciones en defectos faciales, aunque también es frecuente que se queje de anomalías en el pelo, las mamas o los genitales.

Estos defectos reales o imaginarios condicionan la vida del que los percibe, limitando sus relaciones sociales y dando lugar a conductas evitativas. Se avergüenza de su aspecto y cree que provoca repulsión y rechazo en los demás. Algunos –casi la tercera parte– se encierran en sus casas y rehuyen cualquier contacto social. Con frecuencia, estos pacientes más que en la consulta de Atención Primaria o de Psiquiatría se pueden encontrar en las consultas de Cirugía plástica; muchos de ellos se intervienen quirúrgicamente. El trastorno suele aparecer en la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta, la etapa en que se suele tener mayor sensibilidad hacia el aspecto físico; podría considerarse como una respuesta patológica a los cambios físicos y fisiológicos de la adolescencia. La alteración en la imagen corporal se acompaña de una baja autoestima que da lugar a problemas en las relaciones interpersonales, con grandes dificultades para iniciar y mantener relaciones afectivas. En el cuadro clínico suele

aparecer tristeza y ansiedad, así como ideas de referencia. Son frecuentes las ideas de suicidio y los intentos autolíticos.

En la CIE-10 se incluye el trastorno dismórfico corporal como un subtipo de hipocondría, mientras que en el DSM-IV constituye una categoría somatomorfa diferenciada.

Diagnóstico diferencial. Es necesario diferenciarlo inicialmente de la preocupación excesiva por la imagen corporal, que se ha convertido casi en una constante de la sociedad moderna. Los regímenes de adelgazamiento, la cirugía estética, la proliferación de gimnasios, el deseo en general de modificar la imagen física hacen que el trastorno dismórfico corporal pueda parecer sólo un paso más dentro del continuum de preocupación por el cuerpo.

En el otro extremo del *continuum* se encontraría el trastorno delirante somático, en el que la preocupación por una malformación física tiene las características de una idea delirante. Algunos autores han llegado a afirmar que son dos expresiones del mismo trastorno⁷. La gradación psicopatológica iría desde la preocupación excesiva hasta las ideas delirantes, pasando por las ideas obsesivas y sobrevaloradas; esta última parece ser la que se corresponde con el trastorno dismórfico corporal (TDC) según la mayoría de los autores⁸.

Conviene tener presente el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia, dado que el TDC puede acompañarse de ideas de referencia y las preocupaciones alcanzar proporciones casi delirantes, aunque no se observan alucinaciones, delirios de contenido diferente ni síntomas negativos.

Es necesario descartar que la preocupación por el cuerpo sea causada por otro trastorno mental, como la anorexia nerviosa o un trastorno de la identidad sexual.

Existe una estrecha relación entre el TDC y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Ambos comparten similitudes fenomenológicas, edad de inicio y curso clínico; y además presentan una elevada comorbilidad. Algunos autores⁹ consideran el TDC como un trastorno del espectro del TOC.

También se ha relacionado con los trastornos afectivos. En la depresión mayor pueden aparecer preocupaciones excesivas por el atractivo físico, congruentes con el estado de ánimo y asociadas a una baja autoestima. Por otro lado, el TDC presenta con frecuencia sintomatología depresiva secundaria.

Por último, es necesario diferenciarlo de la fobia social o del trastorno evitativo de personalidad, que en el TDC se darían de forma secundaria a la vergüenza que sienten por su supuesto defecto físico.

Trastorno de conversión

Históricamente, el trastorno de conversión había estado ligado a la histeria. El término fue utilizado por primera vez por Freud y Breuer para describir el caso de Anna O., en el que los síntomas parecían corresponderse con la represión de impulsos sexuales. Actualmente se considera un espectro mucho más amplio de individuos y motivaciones

para este trastorno, pero parece haber un consenso en cuanto a que es el trastorno somatomorfo en el que se representa con mayor claridad la expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos a través del síntoma.

La aparición del síntoma suele ser repentina y dramática; éste habitualmente simula un trastorno neurológico para el que no existe explicación anatómica o fisiológica. Los síntomas generalmente se corresponden con las propias ideas del paciente sobre la enfermedad y no están controlados voluntariamente por éste. Algunos síntomas satisfacen necesidades inconscientes de dependencia; otros proporcionan una vía de escape para los estímulos externos dolorosos (por ejemplo, parálisis histérica de los soldados en las batallas). Los síntomas conversivos más frecuentes se corresponden con las funciones sensoriales o motoras, y por ello se han dado en llamar pseudoneurológicas. Pueden presentarse como ceguera, anestesia, parálisis, ataxia, convulsiones o pérdida de conciencia y suelen aparecer como respuesta a factores estresantes ambientales, como duelos, agresiones, abuso sexual, etc. Una de las características de estos cuadros es que los pacientes a menudo describen los síntomas sin la preocupación que correspondería a una alteración de ese calibre; es lo que se llamó clásicamente la *belle indifférence*.

El trastorno de conversión suele aparecer en adolescentes y adultos jóvenes, es más frecuente en grupos de bajo nivel socioeconómico y en mujeres. Se ha observado que existe una mayor prevalencia en sujetos con una enfermedad orgánica preexistente, personalidad histriónica, susceptibilidad hipnótica alta y en trastornos disociativos¹⁰.

Podemos agrupar los síntomas más frecuentes en tres categorías: motores, sensoriales y viscerales.

– *Síntomas motores*: parálisis o debilidad en miembros superiores e inferiores, movimientos involuntarios, temblores, alteraciones de la marcha y pseudoconvulsiones. Estas últimas se diferencian de las crisis de gran mal en que los pacientes no se lesionan gravemente al caer, no hay descontrol de esfínteres y no se siguen de un período de estupor.

– *Síntomas sensoriales*: anestesia o hiperestesias que no siguen la distribución de los nervios periféricos, ceguera o alucinaciones múltiples, preferentemente de tipo visual.

– *Síntomas viscerales*: entre ellos destaca la retención urinaria, disfagia y la pseudociesis o pseudoembarazo.

Diagnóstico diferencial. Es necesario excluir en primer lugar la existencia de enfermedades neurológicas o médicas que puedan justificar los síntomas. Entre éstas conviene tener en cuenta la esclerosis múltiple, tumores cerebrales, hematomas subdurales, miastenia gravis, Parkinson, Guillán-Barré, trastornos inducidos por drogas, sida, etc. Para realizar el diagnóstico de un cuadro conversivo conviene hacer una exploración clínica minuciosa para encontrar incongruencias en la topografía de los síntomas, en la modificación de éstos en relación con estímulos ambientales, y también explorar las situaciones de estrés o conflictos interpersonales recientes. Los rasgos de indiferencia e histrionismo pueden ayudar a de-

La aparición del síntoma suele ser repentina y dramática, éste habitualmente simula un trastorno neurológico para el que no existe explicación anatómica o fisiológica.

cantarse por este diagnóstico en ausencia de incoherencias somáticas.

Antes de cerrar el apartado correspondiente a los trastornos somatomorfos, y después de una larga carrera de síntomas funcionales, exploraciones y médicos diferentes en los pacientes somatizadores es necesario recordar que un diagnóstico de trastorno somatomorfo no confiere inmunidad contra las enfermedades médicas. No debemos permitir que una etiqueta psiquiátrica nos impida ver un trastorno orgánico coexistente.

Los síntomas artificiales

En el diagnóstico diferencial de todos los trastornos vistos anteriormente debemos incluir, además de la posible existencia de una enfermedad orgánica subyacente, la producción o invención voluntaria de síntomas. A este tipo de síntomas los llamaremos artificiales porque no tienen base orgánica ni funcional sino que son creados, en el caso de los trastornos facticios, e inventados en el caso de los simuladores. Los hemos incluido de forma somera en este capítulo porque es imprescindible tenerlos en mente a la hora de abordar los trastornos que cursan con somatización y es imprescindible también explorar los posibles beneficios económicos, legales y sociales que pueden obtenerse del papel de enfermo.

Trastorno facticio

Los trastornos facticios se caracterizan por la presencia de síntomas o signos que el paciente produce o simula de forma intencionada en ausencia de incentivos externos. La forma más grave de este trastorno la constituye el síndrome de Munchausen, en el que se produce un largo peregrinaje por los hospitales, llegando a someterse a varias intervenciones quirúrgicas con tal de mantener el papel de enfermos. Una variante especialmente perniciosa del síndrome de Munchausen es el trastorno facticio por poderes¹¹ que consiste en la simulación o producción de síntomas facticios en niños por un padre o cuidador. La intención consiste en provocar la enfermedad en el niño de forma que la madre o el cuidador puede asumir de forma vicaria el papel de enfermo.

La conducta es voluntaria sólo en cuanto a que es deliberada e intencional, pero no en cuanto al control total de los actos. La motivación subyacente para conseguir el papel de enfermo es principalmente inconsciente. Los indi-

Los rasgos de indiferencia e histrionismo pueden ayudar a decantarse por este diagnóstico en ausencia de incoherencias somáticas.

No debemos permitir que una etiqueta psiquiátrica nos impida ver un trastorno orgánico coexistente.

No existe en la actualidad un tratamiento curativo eficaz para los cuadros con síntomas físicos inexplicables y los procesos diagnóstico y terapéutico se encuentran íntimamente relacionados.

viduos que reconocen fácilmente que se han producido lesiones no se incluyen dentro de esta categoría. La presentación clínica de la mayoría de estos pacientes es relativamente sutil y convincente. Las quejas suelen ser de carácter crónico más que urgentes y precipitadas. En ocasiones el diagnóstico puede confundirse debido a la existencia de una enfermedad médica real.

Algunas características que pueden apuntar hacia un trastorno facticio son: la existencia de una larga historia de repetidas hospitalizaciones, con frecuencia en diferentes hospitales y ciudades, el extenso conocimiento de terminología médica, la tendencia a la mitomanía y a darse más importancia personal de la que tienen realmente, la predisposición excepcionalmente buena a sufrir intervenciones y exploraciones cruentas que atemorizarían o harían titubear a un paciente somático, etc. Los síntomas que presentan con más frecuencia son aquellos que suponen indicación de ingreso hospitalario, como dolor abdominal, hemorragias, cefaleas paroxísticas, convulsiones, disnea, síntomas agudos cardiovasculares, cólicos renales y un largo etcétera. Se ha dicho que el repertorio de síntomas que presenta el paciente con trastorno facticio “sólo está limitado por sus conocimientos médicos, sofisticación e imaginación”.

Simulación

Los simuladores producen de forma intencionada síntomas psicológicos o físicos burdos y exagerados, motivados por incentivos externos tales como evitar el servicio militar, el trabajo, obtener compensación económica, evitar la cárcel, conseguir drogas o ser admitidos en un hospital (para recibir comida y alojamiento). Hay que estar atentos a la observación e historia clínica, porque en ocasiones abandonan los síntomas cuando creen que nadie les observa. A diferencia de las personas con trastorno facticio, los simuladores prefieren alegar enfermedades mentales porque objetivamente son más difíciles de verificar o descartar. La presentación psicológica más frecuente es la amnesia, seguida de paranoia, depresión, ideación suicida y psicosis. El factor determinante para desenmascarar a un simulador suele ser la constatación del beneficio material que le produce la enfermedad, aunque el diagnóstico definitivo sólo podría realizarse mediante una confesión por su parte. Dadas las implicaciones legales y el riesgo de error, es mejor asumir que el paciente es un somatizador antes que acusarlo de simulación.

ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

La evaluación inicial de los pacientes con síntomas físicos sin explicación médica resulta a menudo compleja por tratarse de un tipo de patologías muy heterogéneas que engloban una gran diversidad de síntomas físicos y de rasgos

psicológicos. No obstante, este tipo de pacientes tiene en común un patrón de respuesta ante el estrés y las emociones más somático que cognitivo, que habitualmente resulta difícil de abordar, lo que se ha relacionado con diversos factores¹².

1) *En relación con el paciente*: por lo general, como se ha señalado, se trata de individuos con dificultad para expresar sus emociones, baja autoestima y dificultades de adaptación a nivel sociofamiliar y laboral, para los que la enfermedad puede significar un beneficio secundario (una “excusa” para justificar estas carencias y por tanto un obstáculo para el desarrollo de pautas de afrontamiento más adaptadas). Tienen la expectativa de ser escuchados y comprendidos por el médico, a quien consideran una figura de autoridad importante en la medida en la que es éste quien, en nuestra sociedad, puede otorgar el papel de enfermo.

2) *En relación con factores sociales*: la estigmatización de la enfermedad mental y las características de la organización del sistema asistencial, y la tradición de un modelo médico muy “somaticista”, dificultan la expresión y el abordaje del aspecto psicológico de estos trastornos y refuerzan la expresión de síntomas físicos.

3) *En relación con el médico*: son frecuentes las actitudes de rechazo hacia este tipo de pacientes por las sensaciones desagradables que tienden a despertar y que se han relacionado con:

– Sentimientos de frustración: condicionados por la tendencia de nuestra formación a considerar la cura como única meta, olvidando la importante función de “acompañar” al paciente. Al sentimiento de fracaso se suele añadir la sensación de pérdida del control de la entrevista, dada la tendencia de estos pacientes a monopolizarla con quejas somáticas vagas e inconsistentes y a demandar visitas frecuentes y faltar a las programadas.

– Sentimientos de ira, habituales en patologías en las que existe un trastorno de la “conducta de enfermedad”, que explica el origen y/o la perpetuación de la misma y en las que tendemos a culpar al paciente de su actitud. Este tipo de sentimientos se hacen patentes de forma más acusada en los casos en los que se plantea una baja o incapacidad laboral, ya que en nuestra sociedad aceptamos que un enfermo tiene derecho a recibir este tipo de asistencia si colabora en su recuperación y consideramos un “engaño social” la falta de cooperación, mas que una expresión sintomática de este tipo de trastorno.

– Temor a no diagnosticar una enfermedad física, máxime por las implicaciones legales que esto conlleva en la actualidad y/o a destapar problemas de índole psicológica que puedan resultar de difícil manejo (“la Caja de Pandora Psicopatológica”). En el caso de los pacientes somatiza-

dores, sin embargo, no debería existir este miedo, ya que el solo hecho de que puedan verbalizar problemas psicológicos es parte del tratamiento y sería suficiente una actitud de escucha empática por parte del médico.

No existe en la actualidad un tratamiento curativo eficaz para los cuadros con síntomas físicos inexplicables, y los procesos diagnóstico y terapéutico se encuentran íntimamente relacionados. *“Un médico hábil, que se relaciona de un modo flexible y empático, es la herramienta más eficaz de las conocidas”*¹³.

Antes de iniciar exploraciones complementarias no rutinarias, se debe disponer de una historia clínica detallada, obtenida de la anamnesis minuciosa y la exploración del paciente, de la información de familiares y allegados, y de los historiales previos del paciente, que pueden resultar de gran interés tanto para orientar el diagnóstico como para contribuir a que el paciente, se sienta comprendido y sea consciente de que el clínico considera que sus síntomas físicos son reales, lo que contribuye al establecimiento de una buena alianza terapéutica^{14,15}.

Es importante mantener una actitud neutra pero empática, historiar con interés y detalle los síntomas y atender tanto a la información verbal como a la no verbal. El modo en que se pregunta y se responde al paciente, y se explica o se relaciona la sintomatología con experiencias del sujeto o con aspectos de su personalidad en la primera entrevista, es tan importante, que se ha comparado con las aperturas del ajedrez (porque en ellas se desarrollan los temas del resto del juego)¹³. En la valoración de un trastorno por somatización es importante conocer:

– *Curso temporal y discapacidad que implican los síntomas:* los síntomas físicos inexplicables pueden aparecer de forma transitoria o persistente. En el primer caso, generalmente se trata de cuadros agudos, frecuentemente coincidentes con acontecimientos vitales estresantes y con tendencia a resolverse de forma espontánea o tras una intervención médica de apoyo. Los casos persistentes suelen ser la expresión de una afección crónica (el trastorno de somatización lo es, por definición) o recurrente que habitualmente dura de por vida y conlleva una limitación funcional. Estos casos suelen hallarse en relación con determinados rasgos de personalidad¹.

– *Preocupaciones de carácter hipocondríaco:* presentes, en mayor o menor medida, en la mayoría de los casos, aunque pueden variar enormemente entre unos y otros. El grado de preocupación hipocondríaca puede concebirse como un *continuum* no necesariamente proporcional a la intensidad de los síntomas somáticos¹.

– *Respuesta emocional* secundaria a la sintomatología y al grado de trastorno funcional: varía enormemente, desde la respuesta desconectada o *belle indifferance* que caracteriza a los síndromes conversivos, hasta los episodios de pánico, con sensación de muerte inminente o la percepción de incapacidad extrema.

– Posibles *beneficios secundarios*¹³.

– *Creencias acerca de la enfermedad o modelo explicativo de ésta* (ideas sobrevaloradas, modelo cultural, convicción), así como concepto de salud.

– *Sentimientos del paciente en relación con la atención médica* (los sentimientos transferenciales, positivos o negativos, son siempre cruciales para el abordaje terapéutico).

– *Actitudes respecto a las exploraciones previas*, de especial importancia en pacientes con marcadas actitudes hipocondríacas. Habitualmente se pone de manifiesto que las pruebas solicitadas sólo indican lo que no está presente, sin ofrecer una explicación del problema y contribuyendo a la confusión y preocupación del paciente, quien tiende a concentrar su atención en datos irrelevantes y en la posibilidad de que pueda detectarse algo en una próxima ocasión.

La información recogida debe organizarse siguiendo los siguientes pasos:

1) *Descartar la existencia de un trastorno orgánico*, lo que resulta especialmente complejo en los cuadros caracterizados por el predominio de síntomas somáticos, frecuentemente cambiantes e inespecíficos (trastorno por somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno por dolor somatomorfo persistente, disfunción vegetativa somatomorfa) y relativamente más sencillo en los cuadros con predominio de la sintomatología hipocondríaca (trastorno hipocondríaco), donde lo que está en primer término es la preocupación por la enfermedad y en aquellos con un importante componente de disociación, como los cuadros conversivos. Estos últimos, característicamente, suelen estar precedidos por un desencadenante psicológico claro, se caracterizan por una instauración brusca, una aparente despreocupación por parte del paciente y son modificables por sugestión.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse fundamentalmente con enfermedades que cursan con afectación general y ocasionalmente con síntomas polimorfos, erráticos, oscilantes o atípicos, como el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, la hipoglucemia, el lupus eritematoso sistémico, la miastenia gravis, la porfiria aguda intermitente, la esclerosis múltiple, la epilepsia y algunos procesos infecciosos o expansivos del sistema nervioso central (SNC).

Es importante recordar que, en ocasiones, los síntomas sin explicación médica también pueden complicar un trastorno físico subyacente. Es importante identificar y tratar estos síntomas, ya que pueden producir una incapacidad evitable.

2) *Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos.* Los que, con mayor frecuencia, dan lugar a síntomas físicos son: ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. También pueden aparecer en trastornos por abuso de sustancias (fundamentalmente alcoholismo), cuadros delirantes (esquizofrenia, depresión mayor), trastornos mentales or-

El modo en que se pregunta y se responde al paciente, y se explica o se relaciona la sintomatología con experiencias del sujeto o con aspectos de su personalidad en la primera entrevista, es tan importante, que se ha comparado con las aperturas del ajedrez.

gánicos (con frecuencia cursan con síntomas somáticos que, por definición, no se consideran funcionales), trastornos facticios, neurosis de renta, simulación y trastornos de la personalidad. En estos casos, dependiendo de las características y la gravedad del cuadro, se debe valorar su derivación a Psiquiatría.

3) *Evaluar la implicación de factores psicosociales.*

Normas de buena práctica clínica en el paciente somatizador crónico¹³

Diversos autores (Smith et al, 1991; Bass¹⁶) han recogido una serie de consejos para el abordaje de estos pacientes, acerca de los cuales existe evidencia clínica y experimental sobre su capacidad de aliviar los síntomas, disminuir la demanda de atención, mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y limitar los costes.

– *El paciente ha de ser atendido por un solo médico:* el más indicado es el médico de familia, por su accesibilidad y confianza con el paciente, así como por la posibilidad de asegurar la continuidad de cuidados y la consistencia en el abordaje.

– *Planificar citas programadas regulares cada 4 ó 6 semanas durante el primer año o ante la aparición de un nuevo síntoma (en períodos de reagudización pueden ser más frecuentes).* El paciente debe tener claro que se le va a escuchar aunque no presente molestias.

– *Citas breves, que sea posible planificar en la agenda de un médico de Atención Primaria,* con exploraciones físicas simples del área afectada (como gesto simbólico reasegurador).

– *Buscar signos e interpretar la aparición de los síntomas en el contexto de la comunicación personal,* tratando de guiarse de los primeros y no de los segundos, que son subjetivos y tienden a encontrarse amplificados en estos pacientes.

– *Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles,* para reducir la exposición yatrogénica, los falsos positivos y el gasto inútil. Es importante explicar antes al paciente qué pruebas se van a realizar y poner un límite a las mismas también de antemano.

– *Evitar información ambigua acerca de los hallazgos que se realicen,* como “no está mal para su edad”. Se debe informar al paciente de forma honesta acerca de los resultados de las pruebas, tanto si son normales como si no, en cuyo caso se deberá proporcionar una información clara de su relevancia y de las actuaciones que se seguirán (por ejemplo: “su tensión arterial se encuentra ligeramente elevada, por lo que necesitare volver a tomarla la próxima semana para asegurarnos de que todo es normal”).

– *Evitar explicaciones dicotómicas* (del tipo “salud frente a enfermedad” o “mental frente a físico”). De hecho, muchos

somatizadores crónicos tienen una patología orgánica de base, pero se debe evitar que ésta se convierta en el “foco” del abordaje terapéutico.

– *Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios* (“No tratar lo que no se tiene”). Se recomienda ser sincero con la información que se transmite. Los numerosos y a veces contradictorios diagnósticos que suelen encontrarse en las historias de estos pacientes propician su incredulidad y fomentan su desconfianza y hostilidad hacia los médicos y los posibles abordajes psicoterapéuticos.

– *Establecer objetivos prioritarios.* Es recomendable, al principio del tratamiento, “negociar” estos objetivos con el paciente, quien, habitualmente, refiere quejas muy diversas y de difícil manejo. Algunos autores recomiendan que estos objetivos negociados se ordenen por orden de prioridad y se incluyan en una lista redactada conjuntamente con el paciente, de forma que vayamos trabajando sobre uno ó dos de ellos al mismo tiempo.

– *Tranquilizar y “reasegurar”,* dando información clara y reconociendo que, aun siendo normales las pruebas complementarias, somos conscientes de la existencia de los síntomas que el paciente refiere.

– *Facilitar al paciente un modelo explicativo del origen de los síntomas:* cómo pueden aparecer determinados síntomas en respuesta a la ansiedad (por ejemplo: cefalea tensional, hiperventilación, “mariposas en el estómago...”) y cómo, a su vez, pueden hallarse en relación con problemas de índole psicosocial que se hayan explicitado previamente en las entrevistas.

– *Organizar el manejo de los casos difíciles.*

– *Controlar las visitas a especialistas y derivar parcialmente a los servicios psiquiátricos ambulatorios:* deberá considerarse cuando haya patología psiquiátrica grave o trastornos de la personalidad en el resto, en todo caso, se podrá optar por un manejo conjunto.

– *Identificar los factores psicosociales implicados e intervenir en la medida de lo posible ante situaciones problemáticas.* Debemos mostrar nuestra sensibilidad a este tipo de dificultades, evitando la confrontación en las entrevistas iniciales si el paciente se muestra reticente a hablar de ellas.

– *Abordar algunos problemas de modo multidisciplinario.*

Consideraciones particulares

Trastorno por somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado

Además de las recomendaciones ya señaladas puede ser útil como técnica de entrevista (si bien no se ha demostrado su eficacia terapéutica) la aplicación de la denominada “Técnica de Reatribución de Síntomas”, ideada específicamente por Goldberg et al¹⁷ (tabla 1) para el tratamiento de las somatizaciones en Atención Primaria y orientada a que el paciente modifique la atribución de sus síntomas desde una etiología somática hacia una etiología psicológica, lo que favorecerá la aceptación de tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos. Requiere que el paciente tenga una cierta disposición psicológica, no sea abiertamente hostil y sus síntomas sean leves o de corta duración.

Nuestra actitud debe ser más la de proporcionar cuidados y alcanzar un mejor nivel de funcionamiento que la de continuar solicitando pruebas innecesarias o trabajar por la curación, y así debemos transmitirlo al paciente.

Tabla 1. Técnica de reatribución de síntomas**Fase I: evaluación comprensiva**

Historia completa de los síntomas
 Factores emocionales (presentes en el discurso verbal y no verbal)
 Factores sociales y familiares
 Creencias acerca de la salud
 Examen físico con especial interés en la zona afectada

Fase II: ampliación de los temas

Exposición de los resultados de la exploración
 Subrayar la realidad de los síntomas
 Reformular las quejas y relacionar con acontecimientos vitales

Fase III: explicaciones simples

Tres fases de la ansiedad (emocional, fisiológica, somática)
 Disminución del umbral del dolor por depresión
 Demostración práctica:
 Relación con acontecimientos vitales
 Aquí y ahora
 Mediante mecanismos de proyección e identificación

Goldberg et al, 1981. Adaptada por L. Caballero.

Establecimiento de una relación médico-paciente "paliativa" en si misma, por parte de un solo médico, evitando conductas que puedan hacer que el paciente perciba desinterés u hostilidad.

La anamnesis detallada y el *screening* de patología física, así como la actitud de escucha empática, favorecen el establecimiento de una *alianza terapéutica*, objetivo fundamental en la primera fase del tratamiento. Nuestra actitud debe ser más la de proporcionar cuidados y alcanzar un mejor nivel de funcionamiento que la de continuar solicitando pruebas innecesarias o trabajar por la curación, y así debemos transmitírselo al paciente. Esta actitud "conservadora" debe hacerse extensiva al tratamiento ("escuchar más y hacer menos"), que debe apoyarse en intervenciones encaminadas a la *educación* del paciente, informándole de que sufre un trastorno médicamente reconocido y ofreciéndole un modelo explicativo acerca de sus síntomas (explicar cómo el cerebro regula el funcionamiento de los demás órganos, detallar la relación entre emoción y síntomas corporales) y proporcionándoles un *sentimiento de seguridad*, respondiendo a sus preguntas como lo haríamos en un paciente sin preocupaciones somáticas^{2,15}.

Tratamiento farmacológico: la medicación psicoactiva y analgésica probada hasta la fecha en el tratamiento de trastorno por somatización parece poco útil (no obstante, apenas existen ensayos clínicos al respecto). Si existe un trastorno psiquiátrico concurrente, éste debe recibir tratamiento psicofarmacológico específico, explicando al paciente el objetivo del mismo (que, en todo caso, no sería el de "curar" el trastorno de somatización). En este sentido, puede estar indicado el tratamiento sintomático de algunos síntomas que suelen presentarse en el trastorno por somatización (fundamentalmente el dolor crónico) mediante antidepresivos, analgésicos y otras técnicas más conservadoras como la acupuntura. Muchas disfunciones vegetativas somatomorfas son susceptibles también de alivio sintomático mediante reaseguración médica y fármacos que actúan sobre el sistema nervioso vegetativo. En el caso de la ansiedad crónica, la relajación es preferible a los ansiolíticos en estos pacientes.

Respecto a la limitación en el trabajo, es recomendable disuadir de bajas laborales mientras sea posible. En casos

concretos puede ser útil la "negociación" de períodos cortos de baja médica. En casos más crónicos, graves y resistentes a todo tipo de intervenciones, el trámite de un expediente de incapacidad puede ser la decisión más adecuada¹³.

Se valorará la derivación a Psiquiatría en casos de incapacidad funcional severa, con interferencia grave en la vida del paciente y/o ante la existencia de complicaciones psiquiátricas graves, como la coexistencia de un episodio depresivo mayor o el riesgo de suicidio.

Hipocondría

La hipocondría primaria es una entidad de baja prevalencia, a pesar de que es relativamente frecuente encontrar a pacientes que presentan síntomas hipocondríacos.

Una vez descartada la existencia de patología orgánica, dada su elevada comorbilidad, es preciso realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades, fundamentalmente con fobia a enfermedades, episodio depresivo mayor, trastorno delirante, trastorno de angustia, TOC y trastornos de somatización. En estos últimos es característico encontrar más síntomas al tiempo que existe una menor preocupación por una posible enfermedad grave.

El ámbito de la Atención Primaria resulta de vital interés para el tratamiento de pacientes hipocondríacos crónicos, máxime teniendo en cuenta que el convencimiento del hipocondríaco de que padece una enfermedad orgánica suele comportar la no aceptación de un diagnóstico psiquiátrico y por lo tanto ser remitido a Salud Mental.

Como principios generales para el abordaje del paciente hipocondríaco pueden considerarse los siguientes:

– Establecimiento de una relación médico-paciente "paliativa" en sí misma, por parte de un solo médico, evitando conductas que puedan hacer que el paciente perciba desinterés u hostilidad.

– Consultas regulares, no sólo ante la aparición de nuevos síntomas o preocupaciones. Las consultas deben incluir: *exploración*, *escucha de sus quejas*, concediendo el tiempo suficiente para que se explique y tomando nota de ellas, e *información tranquilizadora*. Diversos autores coinciden en señalar que la terminología y las explicaciones deben ser sencillas y se han de aportar explicaciones relevantes, cuya importancia no depende tanto de su novedad (que puede, incluso, aumentar la confusión del paciente), sino del modo en que se suministre. En este sentido recomiendan:

a) Tener en cuenta los miedos, dudas y creencias idiosincrásicas del paciente, pudiendo anticiparse e identificarlas.

b) Reconocer la veracidad de los síntomas y de la angustia.

Establecer como objetivo del tratamiento, no la eliminación de los síntomas, sino la optimización de la capacidad de adaptarse a los mismos (“cuidar más que intentar curar”).

c) Permitir la expresión de sus temores y creencias sobre la sintomatología.

d) Explicar por qué sus preocupaciones son infundadas.

e) Proporcionar una explicación no amenazante de los síntomas que incluya una justificación del proceso que da cuenta de éstos.

f) Dar una explicación sobre las pruebas o tratamientos realizados, tratando de no transmitir mensajes contradictorios.

g) Resolver las dudas.

– Evitar hospitalizaciones, pruebas complementarias innecesarias y fármacos con potencial adictivo. Se puede llegar a un acuerdo con el paciente consistente en la no admisión de pruebas clínicas adicionales, lo que no conlleva el abandono del seguimiento ni de los reconocimientos físicos. Se le puede hacer saber que “el reconocimiento es sólo apropiado para los nuevos síntomas que hagan pensar al médico que podrían ser patología física”¹⁸.

– Establecer como objetivo del tratamiento, no la eliminación de los síntomas, sino la optimización de la capacidad de adaptarse a los mismos (“cuidar más que intentar curar”).

– Identificar el papel de enfermo y las razones por las que el paciente necesita ser visto como tal por sus allegados. Es recomendable entrevistarse con la familia del paciente con el objeto de informar acerca de la naturaleza de esta enfermedad e instruir sobre el peligro de determinadas actitudes (como favorecer las consultas médicas repetidas), del reforzamiento de las actitudes hipocondríacas así como sobre el manejo de las demandas del paciente con respuestas de contenido neutral como: “las instrucciones de tu médico son que no conteste a este tipo de preguntas”¹⁸.

– Proporcionar, en la medida de lo posible, una explicación etiológica de los trastornos: se puede explicar, por ejemplo, que los síntomas que experimenta son reales, pero que su cerebro los “amplifica” y ante la intensidad percibida, dichos síntomas se interpretan erróneamente como productos de una enfermedad.

– Aclarar lo que el paciente tiene y lo que no tiene, resolver las posibles contradicciones en la información aportada, incluyendo las que se puedan producir entre su opinión médica y la de otros compañeros.

– Evitar realizar falsas predicciones.

Deberá considerarse la derivación a Psiquiatría cuando se nos plantee la posibilidad de realizar un tratamiento farmacológico de cuadros psiquiátricos comórbidos (depresión mayor, distimia, ataques de pánico, etc.) o con el objeto de que se evalúe un abordaje psicoterapéutico. En este sentido, el tratamiento cognitivo-educativo, centrado en

Ante todo, evitar yatrogenia, ya sea como rechazo o como sobreprotección compasiva del paciente.

los factores implicados en el fenómeno de amplificación sensorial, ha mostrado cierta eficacia.

En casos graves en los que el paciente manifieste una reticencia importante a la evaluación psiquiátrica, ésta se puede enfocar como un complemento y no un sustitutivo del cuidado médico continuado.

Trastorno dismórfico corporal

Se recomienda orientar las visitas a tratar las “consecuencias psicológicas del defecto”, puesto que el paciente carece de conciencia de enfermedad. Este trastorno es subsidiario de tratamiento por Psiquiatría. La combinación de tratamiento psicofarmacológico con técnicas de orientación cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad clínica. Respecto al primero, se recomienda comenzar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) a dosis medias superiores a las utilizadas en el tratamiento de la depresión, al igual que en el TOC. La respuesta inicial puede tardar entre 7 y 14 semanas, tiempo mínimo que debe esperarse utilizando el fármaco a la dosis máxima tolerada y recomendada, antes de considerar que el tratamiento no es efectivo. Si aparecen ideas delirantes puede añadirse un neuroléptico como risperidona o pimozide. A pesar de que con frecuencia el TDC es mencionado en la literatura científica como contraindicación para la cirugía plástica, no faltan autores que sugieren un beneficio en aquellos pacientes con deformidades menores, gracias al aumento de la autoestima y la confianza^{19,20}. En cualquier caso, antes de la cirugía debe solicitarse una valoración psiquiátrica.

Dolor somatomorfo

Al igual que en otros trastornos del espectro de la somatización, suele tratarse de pacientes que presentan una especial y anómala conducta de enfermedad, caracterizada por la expresión atípica de los síntomas, que suele describirse como múltiples (*Multiplicity*), dramáticos, poco específicos y singulares (*Singularity*), de forma que el paciente suele referirse a su dolor como peculiar y de difícil diagnóstico para el médico. También es característica la negación de los factores emocionales implicados (*Denial*) y la dificultad para expresarlos, a pesar de que la expresividad de las quejas varía enormemente en función de las personas con las que se relaciona, con las que de forma habitual muestra un deterioro de las relaciones (*Interpersonal rela-*

Procurar establecer una relación continuada, más allá de la mera exclusión de enfermedad orgánica, ya que la propia relación puede desempeñar un efecto terapéutico importante a más largo plazo.

tionship). Frecuentemente, este deterioro también se hace patente en el ámbito sociolaboral.

Suelen ser peculiares los sentimientos hacia el médico, de quien espera la aceptación de la realidad del síntoma, de su autenticidad (*Authenticity*), como paso previo al tratamiento y a quien idealiza y otorga la exclusividad de la posible cura (*Only you*). Por último, es característico encontrar en el relato del paciente que los tratamientos o recomendaciones previas han fracasado siempre (*Nothing helps*).

La exploración de estos componentes psicógenos del dolor se ha sistematizado en una escala (Escala de MADISON) cuyo nombre es un acrónimo a partir de los aspectos explorados^{13,20,21}.

El tratamiento debe planificarse de acuerdo con las características de cada caso, por lo que se recomienda una exploración exhaustiva según las recomendaciones de buena práctica clínica y los aspectos relevantes en relación con la sintomatología ya señalados en éste y otros apartados (aspectos psicobiográficos y evolutivos, ideas acerca de la salud y la enfermedad, implicaciones familiares y laborales, diagnósticos y tratamientos previos, expresividad emocional, exploración de la comorbilidad psiquiátrica y somática en el momento de la exploración, etc.).

Las recomendaciones generales²² incluyen:

- Ante todo, evitar yatrogenia, ya sea como rechazo o como sobreprotección compasiva del paciente. Esta última tiende a favorecer las actitudes extremadamente regresivas, que dificultan la participación del paciente en la valoración de su situación y en la toma de decisiones, actitudes que se recomienda favorecer. También es recomendable animar al paciente a que reinicie lo antes posible su actividad laboral.

- Procurar establecer una relación continuada, más allá de la mera exclusión de enfermedad orgánica, ya que la propia relación puede desempeñar un efecto terapéutico importante a más largo plazo.

- Habitualmente resulta de interés incluir a la pareja en el tratamiento, dado que en el dolor crónico es frecuente encontrar cambios en las relaciones íntimas que pueden actuar como reforzadores de la situación. Es relativamente frecuente, por ejemplo, que coincidiendo con la enfermedad del paciente y la adopción por éste de una imagen quejumbrosa, su cónyuge abandone actitudes previas de “abuso y tiranía” y pase a ser más condescendiente.

- Una vez puesta en evidencia la problemática subjetiva y relacional, en especial si se prevén mayores dificultades, se puede proponer al paciente su derivación a Salud Mental con el objeto de que se beneficie de un tratamiento más específico.

- Valorar la instauración de un tratamiento farmacológico que en el caso del dolor somatomorfo (o con un importante componente de esta índole) se basa en la administración de antidepresivos a dosis eficaces, teniendo en cuenta que la aparición del efecto analgésico es más precoz que la del antidepresivo.

Las principales conclusiones sobre la utilidad de los antidepresivos en el tratamiento del dolor se incluyen en la tabla 2.

Tabla 2. Utilidad de los antidepresivos en el tratamiento del dolor

Los antidepresivos son efectivos en el tratamiento del dolor: disminuyen su intensidad un 50% en el 58% de los casos
Si no hay depresión asociada, los antidepresivos serotoninérgicos no son superiores al placebo, mientras que los tricíclicos (doxepina) y tetracíclicos (amitriptilina) poseen una acción antiálgica específica y son los más utilizados en nuestro medio
Algunos nuevos antidepresivos como venlafaxina y mirtazapina parecen ser útiles en el tratamiento del dolor, aunque son necesarios más estudios
Los IMAO pueden estar indicados cuando el dolor va acompañado por una depresión atípica

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

Algunos anticonvulsivantes también han demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor, sobre todo cuando hay un componente neuropático (en este caso la carbamazepina muestra una efectividad superior que la fenitoína). Por último, la gabapentina ha mostrado excelentes resultados en casi todos los tipos de dolor, aunque no se dispone en la actualidad de datos de efectividad en trastornos somatomorfos.

Trastornos conversivos y disociativos

Debe considerarse que los síntomas disociativos y conversivos aparecen en múltiples trastornos psiquiátricos distintos de los trastornos de conversión y disociativos, por lo que debe buscarse cuidadosamente la posible existencia de síntomas de otros trastornos (fundamentalmente ansiedad, depresión y trastornos mentales de origen orgánico) antes de realizar este diagnóstico. Como principios generales del tratamiento, diversos autores señalan:

- Establecer una buena relación médico-paciente, ofreciendo una actitud protectora y potenciadora de la sugestión de que los síntomas se recuperarán y evitando la confrontación. Se debe fomentar en el personal una actitud de preocupación por el paciente, pero al mismo tiempo de fomento de la autoayuda, evitando reforzar la incapacidad (por ejemplo, un paciente con un trastorno conversivo de la marcha, deberá ser incitado a caminar y no recibir el ofrecimiento de una silla de ruedas).

- Valoración de las circunstancias estresantes que han podido desencadenar la sintomatología y de los posibles problemas psicosociales subyacentes que puedan actuar como mantenedores y/o reforzadores del cuadro. La atención no debe dirigirse hacia el síntoma, sino hacia los problemas relacionados con la aparición del trastorno.

En la mayoría de los casos, los síntomas remiten espontáneamente, si bien, en caso de haber detectado la existencia de problemas personales o sociales, deberá ofrecerse al paciente una ayuda para la resolución de los mismos y una supervisión continuada.

En los casos persistentes está indicada la derivación a Salud Mental de forma precoz, intervención que resulta fundamental en la profilaxis de potencial morbilidad posterior, ya que cuando el trastorno conversivo es recurrente o se prolonga en el tiempo, el pronóstico es menos benigno.

Síndrome de fatiga crónica

No existe un tratamiento específico y con frecuencia resulta desalentador dada la cronicidad del cuadro. Como principios generales se recomienda:

- Establecer una buena relación médico-paciente y dar explicaciones acerca de la naturaleza y el pronóstico del trastorno, enfatizando en la fatiga como síntoma a tratar y explicando su cronicidad y su posible recurrencia.

- Consejos rehabilitadores individualizados: evitar el sedentarismo, realizar ejercicio aeróbico gradual y ejercicios de relajación, dejar de fumar, corrección del peso y medidas posturales.

Se han comunicado buenos resultados en estudios en los que se han llevado a cabo actividades de educación que exponen la controvertida etiología de este síndrome e inciden especialmente en la alteración del ritmo circadiano, las anomalías del sueño y la consecuente disminución de la actividad física, motivando la realización de ejercicio físico^{23,24}.

- Si coincide un trastorno depresivo o se trata de un trastorno recurrente y de difícil abordaje, se recomienda ensayar tratamiento con un antidepresivo que mejore el sueño, siempre que no sea muy sedativo. Si predominan los síntomas de artromialgias y cefaleas se considerará la indicación de analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

- Considerar la posible indicación de un tratamiento psicoterapéutico. Algunos tratamientos de orientación cognitivo-conductual han mostrado su eficacia en la modificación de atribuciones causales erróneas (que parecen ser un importante elemento amplificador).

Fibromialgia

Es recomendable la adopción de las normas de buena práctica clínica y algunos abordajes psicoterapéuticos ya señalados para los trastornos de somatización. Debe considerarse la indicación de tratamiento antidepresivo. Los antidepresivos tricíclicos (ADT), como la amitriptilina (Tryptizol®), a partir de 50 mg, suelen mejorar el sueño y el estado de ánimo y disminuir los dolores. Por otro lado, aunque existen datos discrepantes, hay estudios que avalan la eficacia de la fluoxetina a dosis de 20 mg/día y se dispone de evidencias sólidas que apoyan su efecto potenciador en la analgesia inducida por ADT.

Síndrome del intestino irritable

Además de los principios generales recomendados para el tratamiento de los trastornos de somatización y orientados al establecimiento de una buena alianza terapéutica, puede realizarse un tratamiento sintomático:

- *Diarrea*: en principio se recomienda el tratamiento habitual (fibra, ajuste de dieta, loperamida). De no corregirse con estas medidas puede valorarse la introducción de un antidepresivo heterocíclico, que favorece la constipación.

- Crisis de angustia, depresión o TOC concurrente: valorar la introducción de un ISRS, inicialmente a dosis

Se debe fomentar en el personal una actitud de preocupación por el paciente, pero al mismo tiempo de fomento de autoayuda, evitando reforzar la incapacidad.

bajas (5-10 mg/día de fluoxetina o equivalentes), aumentando lentamente la dosis hasta alcanzar valores terapéuticos.

- *Dolor*: según las pautas generales para el tratamiento del dolor somatomorfo.

Debe valorarse también la posible conveniencia de un tratamiento psicoterapéutico. Se ha demostrado que ciertos abordajes de tipo cognitivo-conductual (orientados al manejo del estrés y el aprendizaje de técnicas de relajación) y psicoeducativos, pueden contribuir a la ruptura del círculo vicioso ansiedad-somatización y a la corrección de factores como la amplificación perceptiva de los síntomas viscerales.

Trastornos facticios

Se trata de un trastorno infrecuente y de difícil diagnóstico debido a que la finalidad de los síntomas casi nunca está clara para el observador y generalmente pasa por el reconocimiento del papel de enfermo y el sometimiento a pruebas diagnósticas y terapéuticas. Es habitual que el diagnóstico termine estableciéndose por la rareza y atipicidad de los síntomas, la revisión del historial médico previo, habitualmente oscuro y aparatoso, y la personalidad del paciente o sus allegados, en el caso de los trastornos artefactos "por poderes". Suelen presentarse en pacientes con alteraciones de la personalidad, fundamentalmente de tipo límite, aunque también histriónica, masoquista y psicopática y, ocasionalmente, en la esquizofrenia. Se ha observado también una relación con los trastornos afectivos e incluso algunos autores han llegado a considerarlo un síntoma de depresión²⁵.

Aparece con mayor frecuencia en el personal sanitario y en personas con privación afectiva importante durante la infancia, con frecuencia en relación con el antecedente personal o familiar de una enfermedad grave con hospitalizaciones tempranas.

El manejo es habitualmente complejo debido a las dificultades de diagnóstico y a las reacciones que habitualmente provocan estos pacientes en el médico. Es habitual que tras el interés y la simpatía iniciales, termine evocando sentimientos de hostilidad, desdén y rechazo que favorecen la contratransferencia negativa y el nihilismo terapéutico. Por otro lado, estos trastornos suelen generar problemas éticos dado que con frecuencia el diagnóstico y el tratamiento requieren de una investigación "detectivesca" que invade la intimidad del paciente y con frecuencia vulnera la confidencialidad.

Debido a la complejidad del manejo, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No se debe esperar la curación; lo aconsejable es centrarlo en el manejo de los estados emocionales negativos²⁶.

El objetivo no debe ser eliminar los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos o convivir con ellos. Ambos deberán aceptar la incertidumbre de no tener un diagnóstico preciso, a pesar de lo cual el médico se compromete a seguir cuidándole.

– Es importante la coordinación con otros profesionales, particularmente con el psiquiatra, de forma que el médico de Atención Primaria puede contener y confrontar con suavidad las continuas demandas de procedimientos somáticos y el segundo realizar una función de apoyo centrada en la evaluación de la psicopatología y el abordaje psicoterapéutico.

– Se debe evitar la prescripción de psicofármacos hasta la completa evaluación de la psicopatología y la existencia de una mínima garantía de adherencia y cumplimiento.

Simulación

Generalmente, es la evidencia de una ganancia externa lo que permite diferenciar estos casos de los trastornos facticios. La simulación es más frecuente entre prisioneros, personal militar, individuos que buscan indemnizaciones por accidentes y personalidades con rasgos antisociales. Además de los factores mencionados, son características la inconsistencia entre la discapacidad expresada por el paciente y los hallazgos objetivos y la falta de colaboración en las fases de diagnóstico o tratamiento. Aunque en los casos mencionados y ante la inespecificidad de los síntomas, debemos mantener un alto índice de sospecha, sólo podremos diagnosticar a los simuladores tras una completa investigación del caso. Una vez seguros, se recomienda confrontar al paciente con nuestras conclusiones, tratando de transmitirle la conveniencia de que aborde de forma más apropiada los problemas que están contribuyendo a su conducta.

Problemas frecuentes en el manejo de pacientes con trastorno de somatización

– *Establecer objetivos poco realistas.* Para evitar la frustración en ambas partes, el objetivo no debe ser eliminar los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos o convivir con ellos. Ambos deberán aceptar la incertidumbre de no tener un diagnóstico preciso, a pesar de lo cual el médico se compromete a seguir cuidándole.

– *Manejo de los padecimientos orgánicos sobreañadidos* que pueden aparecer como en cualquier otro paciente. En el somatizador, además, la sintomatología o el sufrimiento puede ser exagerado en relación a la patología que se objetiva: es importante tenerlo en cuenta; quizá en este tipo de enfermos (somatizador con patología orgánica) haya que guiarse más de hallazgos objetivos en la exploración física o en pruebas complementarias para el seguimiento de su enfermedad.

– *Problemas de adicción*²⁷: los pacientes con preocupaciones de tipo somático de larga evolución (particularmente aquellos con dolor crónico) tienden a automedicar-

se y con cierta frecuencia pueden llegar a ser adictos a analgésicos y benzodiacepinas, así como a alcohol y nicotina. En el curso del tratamiento debe investigarse la existencia de adicciones y tratarlas si se considera indicado.

– *Petición de pruebas complementarias o derivaciones.* Es frecuente que el paciente lance el reto al médico “¿y cómo puede saber que no tengo un tumor sin hacerme un escáner?” o similar; los argumentos que podemos utilizar son:

a) Las visitas pactadas sirven para descartar problemas graves.

b) Nuestra accesibilidad en caso de que las cosas no vayan bien.

c) La posibilidad real de pedir tales pruebas, pero cuando sean necesarias para evitar yatrogenia; dar márgenes de espera, no negarlas de entrada pero sí posponerlas.

De todas formas, lo más frecuente en la consulta diaria es la negociación de petición de análisis de sangre. Hacerlos, aparte de poco nocivo, le da al paciente cierta seguridad y sensación de control y mejora la confianza entre ambos.

– *Llamadas fuera de lo pactado, visitas excesivas al servicio de urgencias, etc.*

En estos casos, es útil mostrar nuestros sentimientos, más que imponer reglas rígidas que podrían parecer arbitrarias: se puede señalar que las llamadas fuera de hora evitan que se le pueda atender correctamente y por lo tanto propician que se puedan cometer errores...

– *Abandono del seguimiento:* en estos casos es recomendable contactar con el paciente y tratar de esclarecer las causas por las que ha dejado de acudir a las citas y los posibles malentendidos²⁸.

– *Entrar en el “juego hipocondríaco”* del paciente, quien con frecuencia suele extenderse en la crítica hacia el sistema sanitario y hacia otros profesionales. En este sentido, conviene reconocer nuestra parte de responsabilidad, si la ha habido, en su supuesta desatención y permitir al paciente que pueda airear su malestar respecto a otros profesionales, tratando de mantenernos al margen en la actitud de crítica y reconociendo que difícilmente podremos realizar diagnósticos o encontrar soluciones rápidas que hayan pasado desapercibidas a otros compañeros. En ocasiones el paciente consulta a otros profesionales acerca de nuestras actuaciones. En estos casos, una actitud recomendable es la de mostrar nuestra disposición a entender su impaciencia negándonos, amable pero firmemente, a introducir ningún cambio respecto a nuestro plan inicial de tratamiento siempre que no existan nuevos indicios para ello²⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:11.
2. Rosenbaum JF et al. Anxiety. En: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, editors. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1998.
3. Noyes R, Reich J, Clancy J, O’Gorman TW. Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1986; 149:631-5.

4. Prestidge BR, Lake CR. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract* 1987;25:67-72.
5. Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1995;97:18-34.
6. Barsky A, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990;157:404-9.
7. Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.
8. Hay GG. Dismorphophobia. *Br J Psychiatry* 1970;116: 399-406.
9. Philips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148:1138-49.
10. Goodwin DW, Guze SB. *Psychiatric diagnosis*. New York: Oxford university Press, 1993.
11. Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. *Prim Care* 1999;26:315.
12. Hernández Monsalve M. La entrevista clínica en Atención Primaria. En: Fernández Liria A, Romero Hidalgo A, editors. *Salud Mental en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA, 1989; p. 1-49.
13. Caballero Martínez L, Caballero Martínez F. Trastornos somatomorfos, síndromes y síntomas somáticos funcionales y trastorno disociativo. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Biblioteca Aula Médica, 1998.
14. Creed F, Guthrie E. Techniques for interviewing the somatizing patient. *Br J Psychiatry* 1993;162:467-71.
15. Cañete Crespillo J, coordinador. *Manejo de las somatizaciones en Atención Primaria*. Barcelona: FAES-PHARESEDES, 1996.
16. Bass C, Benjamin S. The Management of chronic somatisation. *Br J Psychiatry* 1993;162:462-80.
17. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989;36:689-95.
18. Martínez MP, Belloch A, Botella C. Hipocondría e información tranquilizadora. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995;15(54):411-30.
19. García-Campayo J, Salvanés R, Álamo C. Actualización en trastornos somatomorfos. 1st ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
20. Sempere J, Pérez S. Trastorno dismórfico corporal. *Psiquiatría Pública* 1998;10(2):124-8.
21. Imbernón JJ, Barbudo F. Aspectos psiquiátricos del dolor crónico. *Psiquiatría Pública* 1995;7(5):279-83.
22. Puig C, Hernández Monsalve M. El dolor somatomorfo. *Psiquiatría Pública* 1992;4(4):216-8.
23. Gelder M, Mayou R, Geddes J. *Oxford® Psiquiatría*. Madrid: Marbán S.L., 2000.
24. Powell P, Bentall R, Nye F, Edwards R. Randomised control trial of patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 2001;322(7283):387.
25. Soler P, Gascón J. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 2nd ed. Barcelona: MASSON, 1999.
26. Álamo C, Vicente F, Moreno I. Síndrome de Munchausen. *Psiquiatría Pública* 1993;5(5):312-7.
27. Carvajal A. Somatizaciones. Marzo, 2002. Disponible en: www.Fis-terra.com/guias2/somatizaciones.htm
28. Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992;36(6):515-29.
29. González N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatomorfo grave. *Psiquiatría Pública* 1996;8(4):226-41.