



Capítulo 24/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Trastornos de síntomas somáticos

*Ted Avi Gerstenblith, MD*

*Nicholas Kontos, MD*

## Puntos clave

### Incidencia

- Los síntomas inexplicables médicamente (SIM) son frecuentes en pacientes ingresados y ambulatorios.

### Epidemiología

- Los pacientes con SIM que padecen trastornos somatomorfos pueden representar un importante grupo de pacientes con psicopatología dentro de la población de atención primaria (hasta el 10-24%).

### Fisiopatología

- Aunque la etiología del trastorno de síntomas somáticos es poco conocida y ha sido poco estudiada epidemiológicamente, los escasos datos extrapolados de otros procesos indican que en el desarrollo del trastorno influyen diversos factores (p. ej., fisiología, personalidad, experiencias vitales, conocimientos de salud y el grado en que las personas experimentan sensaciones independientemente de si padecen una enfermedad).

### Hallazgos clínicos

- Entre las características clave del trastorno de síntomas somáticos se encuentran pensamientos persistentes (es decir, de más de 6 meses) y excesivos o exagerados (sobre la gravedad de los síntomas), sentimientos (alto nivel de ansiedad sobre la salud) o conductas (excesivo tiempo y energía dedicados al problema de salud) asociados con problemas somáticos tales que los síntomas causan una interrupción significativa de su vida cotidiana.
- Entre los síntomas más frecuentes del trastorno de conversión se encuentran sensibilidad cutánea reducida o ausente, visión en túnel, ceguera, afonía, debilidad, parálisis, temblor, movimientos distónicos, alteraciones de la marcha o posturas anómalas de las extremidades.

### Diagnósticos diferenciales

- Entre los síndromes con síntomas somáticos se encuentran tanto enfermedades médicas reales como trastornos de síntomas somáticos, trastornos de ansiedad por enfermedad, síndromes somáticos funcionales, trastorno de conversión, trastorno facticio y simulación.

### Opciones terapéuticas

- El tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos y sus trastornos relacionados, y, en cierta medida, de los problemáticos SIM en general, empieza con la aceptación de que estas enfermedades implican una conducta inadaptada dirigida a un objetivo, que conlleva específicamente la aparición de síntomas o signos de una enfermedad médica. Puede ser útil pensar en la mayoría de estas enfermedades como conductas anómalas de enfermedad más que como entidades patológicas.
- Dos objetivos desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico: 1) evitar las pruebas diagnósticas innecesarias y con ello obviar una intervención médica y quirúrgica agresiva, y 2) ayudar al paciente a tolerar y maximizar su actividad en presencia de síntomas en lugar de esforzarse por eliminarlos.
- Es probablemente más importante realizar visitas de seguimiento que cualquier tratamiento pautado.

### Pronóstico

- La toma cuidadosa y prudente de medicamentos, especialmente aquellos destinados al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad concomitantes, es también importante para reducir el sufrimiento, aunque es improbable que reduzcan la sintomatología somática de los pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

## Perspectiva general

Los síntomas inexplicables médicamente (SIM) son frecuentes en pacientes ingresados y ambulatorios. El 60-80% de la población estadounidense experimenta un síntoma somático cada semana,<sup>1</sup> por lo que un SIM en su conjunto debe considerarse algo habitual, incluso normal, de la experiencia humana. Aunque la literatura médica a menudo indica que tratar un SIM es un problema importante, realmente la cuestión solo implica a un subgrupo de pacientes con SIM clínica y funcionalmente problemáticos.

El subgrupo de pacientes con SIM que sufren trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR<sup>2</sup> (la clasificación DSM-5<sup>3</sup> no ha sido adecuadamente estudiada epidemiológicamente) puede representar un importante grupo de pacientes con psicopatología dentro de la población de atención primaria (hasta el 10-24%).<sup>4-6</sup> Los pacientes con SIM en la población general originan probablemente una cantidad desproporcionada de utilización/coste del sistema sanitario,<sup>7</sup> complicaciones yatrógenas,<sup>8</sup> y confusión del médico y el paciente.<sup>9,10</sup>

Los términos utilizados para identificar a los pacientes con SIM problemáticos son diversos. En una revisión bibliográfica, Berrios y Mumford<sup>11</sup> señalaron que «para entender la evolución de todas estas categorías clínicas, la historia de las palabras (etimología) tendrá que diferenciarse de la de los fenómenos clínicos implicados (paleontología de la conducta) y de la de los conceptos formulados regularmente para explicarlos». En diferentes períodos, los usuarios de términos como «histeria» e «hipocondría» han puesto un mayor énfasis en los elementos anatómicos de estas palabras que en los elementos diagnósticos y etiológicos. De la misma forma, «somatización» y «conversión», incluso en la era «ateórica» posterior al DSM-II,<sup>12</sup> conllevan mecanismos etiológicos que los que invocan estos términos no pueden sostener diagnósticamente.

Debido, al menos en parte, a la confusión terminológica, las clasificaciones psiquiátricas de los pacientes con SIM problemáticos no se han limitado a aquellos ámbitos en los que son

más necesarias –atención primaria y otros escenarios médicos no psiquiátricos–.<sup>13</sup> La clasificación del DSM-5 de los «trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados» es el último intento de resolver simultáneamente problemas de utilidad clínica, validez científicamente documentada y neutralidad etiológica.<sup>14-17</sup> Este capítulo se centra primero en la clasificación, incluidas las codificaciones del DSM-IV y el DSM-5, los síndromes somáticos funcionales (SSF) y en un mayor esquema conceptual compatible con los diagnósticos estándar. Se exponen importantes enfermedades concomitantes a estos cuadros, seguidas de una revisión de los principios e intervenciones terapéuticas.

## Transición del DSM-IV al DSM-5

La categoría del DSM-5 de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados corresponde a la categoría de los trastornos somatomorfos del DSM-IV. Los trastornos somatomorfos incluían el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno somatomorfo no especificado de otro modo. La superposición sintomática y las implicaciones terapéuticas poco claras, entre otras cosas, hicieron confusos estos términos diagnósticos y rara vez fueron utilizados en la práctica clínica no psiquiátrica. En un esfuerzo por proporcionar una clasificación más fácil de usar, el DSM-5 retituló los trastornos somatomorfos como trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, y agrupó cuatro trastornos (trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno por dolor y, parcialmente, hipocondría) bajo el nuevo título, el trastorno de síntomas somáticos. El trastorno de conversión sigue siendo una entidad diagnóstica distinta, aunque algunos han señalado que está mejor categorizado como un trastorno disociativo dada la gran cantidad de síntomas disociativos comunicados en varios estudios llevados a cabo con pacientes con un trastorno de conversión.<sup>18</sup> La [figura 24-1](#) marca la transición de las categorías del DSM-IV-TR a las encontradas en el DSM-5.

Figura 24-1 Transición de la clasificación de los trastornos somatomorfos y otros trastornos relacionados del DSM-IV-TR al DSM-5.

El diagnóstico básico de esta categoría, el trastorno de síntomas somáticos, ya no se centra en los síntomas somáticos inexplicables médicamente. En muchos, tal vez en la mayoría de los pacientes asignados adecuadamente a este diagnóstico, los SIM estarán seguramente presentes, pero no serán necesarios para su diagnóstico, y se hace más hincapié en las experiencias sintomáticas exageradas e inadaptadas de los pacientes, así como en sus respuestas ante ellas, sean o no justificadas. Algunos críticos temen que esta modificación podría ser perjudicial en lugar de ser beneficiosa, al convertir en patológica a una gran parte de la población, así como por obviar potencialmente otras etiologías médicas subyacentes con síntomas inexplicables. Los estudios clínicos de campo del DSM-5 sugirieron que el trastorno de síntomas somáticos lo presentarían el 26% de los pacientes con síndrome del intestino irritable o fibromialgia y el 15% de aquellos con cáncer o cardiopatía, y que habría un porcentaje de falsos positivos de aproximadamente un 7% entre las personas sanas de la población general.<sup>19</sup> El SIM sigue siendo una característica clave del trastorno de embarazo psicológico y de conversión, ya que debe demostrarse que los síntomas no se correlacionan con la fisiopatología médica conocida.

## **Trastorno de síntomas somáticos**

Entre las características clave del trastorno de síntomas somáticos se encuentran pensamientos persistentes (es decir, de más de 6 meses) y excesivos o exagerados (sobre la gravedad de los síntomas), sentimientos (alto nivel de ansiedad sobre la salud) o conductas (excesivo tiempo y energía dedicados al problema de la salud) asociados con problemas somáticos tales que los síntomas causan una interrupción significativa de su vida cotidiana.<sup>3</sup> Estos síntomas giran en torno a la suposición del paciente de que sus síntomas somáticos indican estados de enfermedad subyacentes que no han sido tratados médicamente de forma correcta. Si bien la distinción es a veces difícil de realizar, se espera que el médico que lleve a cabo el diagnóstico haya determinado que la creencia de enfermedad del paciente carece de la naturaleza fija de los delirios, como en el trastorno delirante somático. Si un individuo carece de síntomas somáticos, pero aun así presenta pensamientos, sentimientos, conductas y una preocupación persistentes y exagerados en la creencia de que podría estar enfermo, debería considerarse que dicha persona puede padecer un trastorno de ansiedad por enfermedad (v. siguiente apartado).

Aunque la etiología del trastorno de síntomas somáticos es poco conocida y ha sido poco estudiada epidemiológicamente, los escasos datos extrapolados de otros procesos indican que en el desarrollo del trastorno influyen diversos factores (p. ej., fisiología, personalidad, experiencias vitales, conocimientos de salud y el grado en que las personas experimentan sensaciones independientemente de si padecen una enfermedad). Entre los factores de riesgo se encuentran el rasgo de personalidad de neuroticismo, la baja educación y nivel socioeconómico, recientes acontecimientos vitales estresantes, el sexo femenino, la edad avanzada, el desempleo y una enfermedad crónica psiquiátrica o física asociada. La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es probablemente mayor en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres manifiestan más síntomas somáticos.<sup>3,20</sup>

## **Trastorno de ansiedad por enfermedad**

Mientras que el trastorno de síntomas somáticos quiere o espera englobar a la mayoría de los individuos (~75%) que habrían cumplido los criterios de la categoría del DSM-IV denominada «hipocondría», el trastorno de ansiedad por enfermedad abarca al resto. Estos pacientes están preocupados por la idea de estar enfermos o de contraer una enfermedad médica grave aún no diagnosticada. La ansiedad asociada con la causa, el significado o la importancia de la preocupación (más que con el propio síntoma somático) distingue este trastorno del trastorno de síntomas somáticos, donde el problema está más relacionado con el sufrimiento o la incapacidad. El consuelo, unas pruebas diagnósticas negativas y un curso somático benigno no sirven para aliviar la ansiedad inherente al trastorno de ansiedad por enfermedad. El miedo a la enfermedad se convierte, en última instancia, en una parte de la identidad de los afectados. Es importante destacar que se puede tener una enfermedad médica y, a la vez, presentar una ansiedad desproporcionada en relación con su gravedad.

Aunque la ansiedad en respuesta a una enfermedad grave puede ser una parte normal de la experiencia humana, los autores del DSM-5 perciben una gravedad y una persistencia (durante más de 6 meses) exageradas y significativas como para poder considerarla anómala. Entre otros factores específicos, se encuentran el centro de preocupación sobre la salud y/o la falta de ella (en contraste con la expresión de la preocupación nerviosa general que se

encuentra en el trastorno de ansiedad generalizada). Del mismo modo, cualquier problema concreto de salud es más flexible y plausible de lo que se observa generalmente en pacientes con delirios somáticos.

Dado que se trata de un trastorno recientemente clasificado, sus enfermedades concomitantes, factores de riesgo, prevalencia y evolución clínica permanecen desconocidos. Se cree, sin embargo, que es una enfermedad crónica que comienza en la edad adulta temprana y media. Tanto la genética como la educación pueden ser factores predisponentes. Los principales factores estresantes vitales, las amenazas para la salud y los antecedentes de abuso o una enfermedad grave en la infancia pueden servir de desencadenantes para el desarrollo de este trastorno. Al igual que con los otros trastornos descritos en este capítulo, deben tenerse en cuenta las creencias culturales que pueden ser congruentes con la mentalidad del paciente antes de hacer un diagnóstico.

### **Trastorno de conversión**

El trastorno de conversión implica una pérdida o un cambio en la función sensorial o motora que indica un trastorno físico, pero que carece de pruebas para el diagnóstico de una enfermedad neurológica o médica conocida. Su diagnóstico puede definirse por el tipo de síntoma, su persistencia (aguda y autolimitada frente a crónica), y si ocurre o no tras un factor estresante psicológico. El DSM-5 elimina el criterio previamente establecido de que debe identificarse una asociación entre el inicio de los síntomas y los factores precipitantes psicológicamente significativos que puedan haber conducido al trastorno.

Entre los síntomas más frecuentes se encuentran sensibilidad cutánea reducida o ausente, visión en túnel, ceguera, afonía, debilidad, parálisis, temblores, movimientos distónicos, alteraciones en la marcha o postura anómala de las extremidades. Los síntomas conversivos son involuntarios y generalmente son mantenidos, pero el paciente puede modular su gravedad. Por ejemplo, un paciente con un trastorno funcional de la marcha o debilidad en un brazo puede, al concentrarse, ser capaz de mostrar un control o fuerza ligeramente superiores.

El diagnóstico se basa no en un único hallazgo, sino en el cuadro clínico general. Unas exploraciones y pruebas diagnósticas normales no son suficientes para hacer el diagnóstico. Son más específicas unas exploraciones neurológicas incongruentes (p. ej., obtención de signos físicos que son positivos o negativos si se evalúan de una manera diferente) y la demostración ocasional de la función normal en la parte del cuerpo supuestamente incapacitada. Por ejemplo, durante una conversación podríamos observar a un paciente cruzar la pierna que supuestamente no puede levantar sobre la pierna sana. En el paciente «semicomatoso», la desviación de los ojos hacia el suelo, independientemente del lado sobre el que se apoye el paciente, puede en ocasiones demostrar la ausencia de un trastorno orgánico.<sup>21</sup> El paciente con ceguera funcional puede ser conducido alrededor de obstáculos mientras que el paciente con un trastorno de conversión generalmente los evita (un enfermo que finge es más probable que se tropiece con ellos). Otra forma de evaluar la visión es observar cuidadosamente los ojos del paciente «ciego» mientras se sostiene un fajo de billetes o se le hacen muecas. Un enfermo que finge es más probable que se oponga o no coopere durante la exploración.

Entre los factores que apoyan un diagnóstico de trastorno de conversión se encuentran tener antecedentes de diversos síntomas somáticos similares, un inicio en un momento estresante

o tras un trauma psicológico o físico, y una asociación con síntomas disociativos (p. ej., despersonalización, desrealización, amnesia disociativa) en el momento del inicio de los síntomas. Una enfermedad médica previa es una causa frecuente del inicio sintomático. La enfermedad puede reportar beneficios secundarios de atención y apoyo por parte de sus seres queridos. Por ejemplo, aquellos pacientes que tienen convulsiones, especialmente convulsiones parciales complejas (en las cuales se mantiene la conciencia), manifiestan repetidamente un fenómeno que les exime de cualquier responsabilidad, y suscita la simpatía y reporta la ayuda de sus seres queridos.

El trastorno de conversión puede coexistir con una enfermedad neurológica no idiopática. Por ejemplo, las convulsiones psicógenas no epilépticas (CPNE) pueden coexistir con una epilepsia confirmada mediante electroencefalograma (EEG) y pueden resultar difíciles de distinguir. Las convulsiones epilépticas y las CPNE pueden coincidir en el tiempo, y los cambios cerebrales resultantes de convulsiones repetidas también pueden facilitar el desarrollo de los síntomas de conversión.<sup>22</sup>

En adultos, el trastorno es más frecuente en mujeres, y su aparición puede ocurrir a lo largo de su vida, aunque el inicio de las crisis no epilépticas alcanza un pico en la tercera década de la vida y los síntomas motores en la cuarta década.<sup>3</sup> Los síntomas pueden ser persistentes o transitorios. Aunque el porcentaje de diagnósticos erróneos de este trastorno ha disminuido, el diagnóstico de síntomas de conversión debe realizarse con cuidado, ya que algunos pacientes desarrollarán una enfermedad orgánica que retrospectivamente estará relacionada con el síntoma original.<sup>23,24</sup> Al mismo tiempo, una extensa revisión de casos publicados de individuos diagnosticados de un trastorno de conversión indica que menos del 5%, finalmente, tienen una enfermedad médica o neurológica que explique su presentación inicial.<sup>24</sup>

Las publicaciones médicas sostienen un pronóstico distinto de estos pacientes, al menos en los primeros años. Folks et al.<sup>25</sup> registraron una tasa de remisión completa del 50% desde el alta hospitalaria. Sin embargo, la evolución a largo plazo es menos favorable porque muchos pacientes desarrollan síntomas recidivantes de conversión (20-25% en 1 año). La parálisis motora o la alteración sensitiva unilateral diagnosticadas en pacientes neurológicos ingresados persistió en más del 80% de los casos (en 42 pacientes con una mediana de 12,5 años).<sup>26</sup> Los neurólogos que trabajan en clínicas especializadas a menudo se encuentran con individuos con síntomas distónicos y motores crónicos. En una revisión reciente, más de un tercio de los pacientes presentaban una persistencia o empeoramiento sintomático en las visitas de seguimiento y, cuando había una mejoría, a menudo la resolución era incompleta.<sup>27</sup> Del mismo modo, con las crisis no epilépticas, la mayoría de los estudios demuestran que el 60% o más de los pacientes continúan teniendo crisis no epilépticas durante el seguimiento.<sup>28</sup>

Las modernas técnicas de imagen utilizadas para investigar el trastorno de conversión han demostrado anomalías neuroanatómicas funcionales en pacientes con trastornos de conversión.<sup>29</sup> Algunos estudios han señalado que la conversión es el resultado de la reorganización dinámica de los circuitos neuronales que relacionan la voluntad, el movimiento y la percepción.<sup>30</sup> La interrupción de estas redes neuronales puede ocurrir en el área encargada de la planificación motora preconsciente, de la atención específica, o en redes neuronales frontoparietales derechas que sirven para el autorreconocimiento y el correlato afectivo de la autoestima. Sin embargo, en general el número de individuos estudiados ha sido pequeño y no se ha identificado un patrón diferente de actividad cerebral funcional.

## **Factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas**

Este diagnóstico debe considerarse cuando un individuo muestra rasgos o conductas psicológicas que afectan negativamente a la evolución (al precipitar o exacerbar los síntomas) o el tratamiento de una enfermedad médica. Algunos ejemplos de estos «factores psicológicos» comprenden el impacto de acontecimientos vitales estresantes, el tipo de relación, los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento y los síntomas depresivos. Estas cualidades y fenómenos no deberían constituir un trastorno psiquiátrico en sí mismo, ya que es únicamente a través de su interacción con una enfermedad somática cuando sus efectos secundarios requieren atención clínica. Es suficiente que exista una asociación entre el síntoma psicológico anómalo y la enfermedad médica, ya que la causalidad directa es difícil y su demostración innecesaria. La distinción entre este diagnóstico y el trastorno de adaptación es a menudo arbitraria, aunque señalamos que la palabra «trastorno» está visiblemente ausente de los factores psicológicos que afectan a la enfermedad médica. Al igual que con las otras enfermedades descritas en este capítulo, se debe tener cuidado en diferenciarlas de conductas culturalmente específicas (p. ej., recurrir a curanderos espirituales para tratar la enfermedad).

## **Trastornos facticios**

En el DSM-5, entre los trastornos facticios se encuentran aquellos impuestos a uno mismo e impuestos a otros (anteriormente, «por poderes»). Previamente ocupaban una categoría propia en el DSM-IV, los trastornos facticios están incluidos ahora dentro de la categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, presumiblemente porque se consideraban fundamentalmente «caracterizados por la gran importancia de los problemas somáticos y su presentación inicial principalmente en entornos médicos más que psiquiátricos». <sup>3</sup> Dejando a un lado la distinción improductiva de la práctica «médica» y psiquiátrica inherente a esta lógica general, observamos que, a pesar de esta nueva clasificación del trastorno facticio, su presentación típica con características psicológicas sigue formando parte de los criterios diagnósticos (aunque no lo era el subtipo anterior). Nuestro capítulo trata en detalle los síndromes facticios (el trastorno facticio y la simulación) garantizando una atención independiente de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Este capítulo compara y diferencia a continuación los signos y síntomas intencionados y no intencionados, pero pueden encontrarse exposiciones detalladas sobre el trastorno facticio y la simulación en el [capítulo 25](#).

## **Otros síntomas somáticos específicos y trastornos relacionados**

Los individuos que tienen algunos síntomas característicos del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, pero que no cumplen los criterios completos, pueden ser diagnosticados de un «síntoma somático no especificado y trastornos relacionados». Además, existen «otros trastornos de síntomas somáticos especificados» que comprenden el trastorno de síntomas somáticos breve, trastorno de ansiedad breve (duración inferior a 6 meses) y el embarazo psicológico (falsa creencia de estar embarazada asociada a síntomas y signos objetivos de embarazo).



## Síndromes somáticos funcionales

El tiempo dirá si la categoría del DSM-5 de «trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados» será útil para otras especialidades médicas y reemplazará productivamente conceptualizaciones no específicas de pacientes con un SIM –el objetivo principal de los diagnósticos reformulados–.<sup>31</sup> Incluso si se logra este objetivo, ciertos SSF seguirán existiendo como entidades distintas. El SSF abarca trastornos con una introducción/credibilidad relativamente más académica (p. ej., síndrome del intestino irritable, fibromialgia) y aquellos con una importancia más reciente y destacada (p. ej., enfermedad de Lyme crónica, «electrosensibles»). Otros abarcan la línea existente entre la corriente médica principal y las corrientes «marginales», que dependen en parte de dónde y cómo se discuten y se tratan estas entidades (p. ej., el síndrome de fatiga crónica, la sensibilidad química múltiple).

Los SSF se caracterizan por sus respectivos conjuntos de SIM, con unas características asociadas, que se requieren para establecer los criterios diagnósticos.<sup>32-34</sup> Es poco probable que se requiera un psiquiatra para llegar a uno de estos diagnósticos. Sin embargo, dadas sus similitudes conceptuales con la psicopatología, las similitudes fenomenológicas con el trastorno de síntomas somáticos y las enfermedades concomitantes significativas con los trastornos afectivos y de ansiedad, conviene familiarizarse con ellos de manera somera. La [tabla 24-1](#) destaca las características más importantes de cuatro de los SSF mejor caracterizados. Estos criterios se someten a revisiones propias, al igual que lo hace el DSM. El síndrome del intestino irritable se encuentra dentro de las 8 categorías, 30 diagnósticos y 20 subtipos que conforman los trastornos gastrointestinales funcionales codificados en el esquema de clasificación de Roma III.<sup>35</sup> La fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica están pendientes de reenmarcarse y/o concretar sus criterios.<sup>36,37</sup>

Tabla 24-1

Comparación de cuatro síndromes somáticos funcionales

	Síndrome de fatiga crónica <sup>a</sup>	Síndrome del intestino irritable <sup>b</sup>	Fibromialgia <sup>c</sup>	Sensibilidad química múltiple <sup>d</sup>
EXCLUSIÓN DE OTRAS CAUSAS SOMÁTICAS/PSIQUIÁTRICAS	Necesaria	Innecesaria	Innecesaria (específicamente adaptada)	Innecesaria
DURACIÓN	≥ 6 meses	≥ 6 meses + 3 días al mes en los últimos 3 meses	≥ 3 meses	«Crónica»
CRITERIOS DE GRAVEDAD	Debe reunirlos	«Dolor y malestar»	Se basa en la evaluación del	No específicos

	Síndrome de fatiga crónica <sup>a</sup>	Síndrome del intestino irritable <sup>b</sup>	Fibromialgia <sup>c</sup>	Sensibilidad química múltiple <sup>d</sup>
		inespecíficos	dolor en la exploración	
REPRODUCTIBILIDAD/ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS	Inecesaria	Se alivia con la defecación	Se basa en la evaluación del dolor en la exploración de 11/18 «puntos dolorosos»	Reproducibile en la evaluación, alivio con la retirada de factores irritantes
SÍNTOMAS ASOCIADOS	<p>≥ 4 de los siguientes:</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Odinofagia</p> <p>Adenopatías dolorosas</p> <p>Mialgias</p> <p>Poliartralgia</p> <p>Nuevas cefaleas</p> <p>Sueño no reparador</p> <p>Malestar postesfuerzo</p>	<p>Inicio asociado con cambios en la frecuencia de defecación y la forma de las heces</p>	<p>Antecedente de:</p> <p>Dolor bilateral</p> <p>Dolor por encima y debajo de la cintura</p> <p>Dolor esquelético axial</p>	<p>«Niveles bajos» de factores irritantes producen síntomas</p> <p>Múltiples irritantes</p> <p>Síntomas en múltiples sistemas orgánicos</p>

Adaptado de <sup>a</sup>Fukada K, Straus SE, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study, Ann Intern Med 121:953–959, 1994; <sup>b</sup>Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders, Gastroenterology 130:1480–1491, 2006; <sup>c</sup>Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The

American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter committee, *Arthritis Rheum* 33:160–172, 1990; y <sup>d</sup>Bartha RP, Baumzweiger W, Buscher DS, et al. Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus, *Arch Env Health* 54:147–149, 1999.

Mientras que cada uno de los SSF tiene sus propias características, publicaciones médicas y partidarios, se debate el hecho de que existen más características comunes que distintivas entre ellos.<sup>38</sup> En concreto, Wessely et al. han señalado que «hay únicamente un síndrome somático funcional».<sup>39,40</sup> Los puntos que sustentan esta afirmación se resumen en el [cuadro 24-1](#). Conviene señalar las enfermedades concomitantes relacionadas con el SSF, independientemente de algunas opiniones sobre la afirmación de «un único SSF». Dependiendo del rigor diagnóstico (p. ej., la utilización del criterio de exclusión del síndrome de fatiga crónica de otras enfermedades causantes de fatiga), el SSF se asocia con trastornos depresivos y de ansiedad,<sup>41-46</sup> una característica, por supuesto, compartida con los trastornos de síntomas somáticos (aunque también con muchas otras enfermedades médicas).

#### Cuadro 24-1 Evidencia que apoya un único síndrome somático funcional

- Significativa superposición epidemiológica entre los síndromes
- Predominancia en mujeres
- Relaciones compartidas con los trastornos depresivos y de ansiedad
- Cambio hacia explicaciones etiológicas neurológicas en la mayoría de los casos
- Pronósticos compartidos (generalmente pobres) e ineficacia de los tratamientos convencionales
- Estrategias de tratamiento superpuestas
- Terapia cognitivo-conductual
- Antidepresivos
- Se centra en la relación médico-paciente
- Hace énfasis en la rehabilitación

Adaptado de Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many, *Lancet* 354:936–939, 1999; y Wessley S. There is only one functional somatic syndrome (“for”), *Br J Psychiatry* 185:95–96, 2004.

Cuando los pacientes con un SSF son sometidos a un estudio diagnóstico por otro motivo, se encuentra en general que tienen ambas enfermedades en el 30-70% de los casos, encontrándose en numerosos estudios enfermedades concomitantes en más del 70% de los casos.<sup>45-47</sup> De hecho, el mayor factor de riesgo para «adquirir» un SSF puede ser haber padecido un trastorno previo.<sup>48</sup> Una cierta característica opuesta, aparentemente compartida, del SSF es la presencia de un alto porcentaje de individuos no diagnosticados en la población general que no han acudido ellos mismos al sistema de atención sanitaria o que no se consideran muy incapacitados, pero que sin embargo «reúnen los criterios» de estas enfermedades.<sup>43,49,50</sup> Considerados etiológicos o simplemente característicos, estos hallazgos reiteran la hipótesis de que las importantes características del SSF pueden evocar un bajo umbral de detección de síntomas y la tendencia a interpretar médicamente señales somáticas. Si este es el caso, entonces estas características principales son compartidas por el SSF y algunos de los trastornos de síntomas somáticos.<sup>51</sup>

## Parámetros compartidos de las enfermedades somáticas

En la [tabla 24-2](#), los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos relacionados (excluyendo los factores psicológicos que afectan a las enfermedades médicas, donde los SIM no se ponen necesariamente de manifiesto), el SSF y la simulación se organizan en función de cómo se ajustan en torno a tres parámetros que se exponen individualmente a continuación. Al romper así estas presentaciones, se ofrece cierta coherencia a las distintas categorías que de otro modo únicamente compartirían la característica bastante vaga de tener un origen somático.

Tabla 24-2

Tres parámetros de los principales síndromes somáticos, con presentaciones prototípicas

	Manifestaciones	Elaboración	Gratificación
Trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, síndromes somáticos funcionales	Síntomas	No intencionado	Intangible
Trastorno de conversión	Signos	No intencionado	Intangible
Trastorno facticio	Signos	Intencionado	Intangible
Simulación	Síntomas	Intencionado	Tangible

La [tabla 24-2](#) y la exposición correspondiente no ofrecen un esquema diagnóstico sino más bien una manera de pensar sobre lo que puede estar pasando en esas complejas situaciones. Como se expondrá, cada parámetro no es binario, y existe una continuidad que se vuelve cada vez más difusa a medida que uno se aleja de sus extremos.

### Manifestaciones

Los problemas médicos se manifiestan clínicamente a través de síntomas y/o signos. La definición convencional de síntomas hace referencia a «cualquier fenómeno mórbido... experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad». <sup>52</sup> Por otro lado, un signo es «detectable en la exploración física del paciente». <sup>52</sup> Según el DSM-5, las entidades recogidas en la categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados «comparten una característica común: el protagonismo de los síntomas somáticos asociados con un sufrimiento y deterioro significativos». <sup>3</sup>

Muchas enfermedades solo se detectan por sus signos, en virtud de su naturaleza fisiológica (p. ej., en los estadios iniciales de la hipertensión arterial) o en virtud del temperamento y de la educación del paciente (p. ej., un paciente con un melanoma en el muslo consulta a su médico solo cuando le impide caminar). <sup>53</sup> La mayoría de los pacientes que son objeto de este capítulo no se caracterizan por su estoicismo, y, por tanto, el DSM-5 es técnicamente

apropiado en la evaluación de la importancia de los síntomas en sus trastornos. El trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el SSF destacan todos por la presencia de síntomas insuficientemente relacionados con los signos y los resultados de pruebas diagnósticas –es decir, son SIM–.

En el trastorno de conversión, los síntomas pueden ser importantes, sin embargo, son característicos los signos neurológicos inexplicables «orgánicamente». El paciente con trastorno de conversión no se queja simplemente de ceguera, debilidad o convulsiones; los «padece» y, si bien estos signos pueden pasar «inadvertidos» (p. ej., son contradictorios a través del tiempo o circunstancias, carecen de una distribución anatómicamente congruente), pueden discernirse en la exploración física o la observación a falta de los comentarios del paciente.

La mayoría de los casos de trastorno facticio diagnosticados son llamativos debido al daño manifiesto que estas personas se hacen a sí mismas. Como tal, el trastorno facticio se manifiesta generalmente por los signos de enfermedad, como sepsis, hipoglucemia y anemia. Sin embargo, algunos autores señalan que mientras que el trastorno facticio se detecta casi siempre una vez que el paciente ha provocado la enfermedad y manifiesta sus signos, es probable que esta etapa preceda y/o coincida con las fases de desarrollo y elaboración de los síntomas sin morbilidad física real.<sup>54</sup> Lo contrario parece ser el caso de la simulación, en que la elaboración de síntomas es más frecuente que la inducción de signos.

## **Elaboración**

La teoría psicodinámica ha destacado enérgicamente en el pensamiento moderno con respecto a la etiología de los SIM. Por tanto, tenemos términos como «somatización» y «conversión» que implican transformaciones de estados psicológicos en físicos. Se dice que estas transformaciones ocurren inconscientemente. Los modelos cognitivo-conductuales detrás de los SIM también implican procesos psicológicos automáticos, si no francamente inconscientes. Es más importante describir las manifestaciones de las enfermedades somáticas como intencionadas o no intencionadas. Incluso estos calificativos aparentemente opuestos se confunden. Cualquiera de nosotros es capaz de exagerar intencionadamente un síntoma involuntariamente sufrido en situaciones en las que queremos asegurarnos de que un proveedor de salud o cuidador «entienda» nuestro sufrimiento. Sin embargo, la elaboración inicial del síntoma (o signo) en sí mismo es intencionada o no intencionada.

Los relatos y las experiencias sintomáticas de los que se quejan los pacientes con trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad y SSF son auténticos. Que estos síntomas se presenten de manera exagerada podría hablar de la gravedad con la que los perciben, de su desesperación o temor de que los médicos no los tomen en serio o su exageración intencionada del sufrimiento real. Los signos del trastorno de conversión también se producen involuntariamente. El DSM-5 ha eliminado el criterio de «no producido intencionadamente o fingido» del trastorno de conversión. Sin embargo, el texto asociado se complica al decir que este criterio fue eliminado debido a la dificultad de descartar la intencionalidad, pero que, cuando se establece la intencionalidad, se descarta el trastorno de conversión. A pesar de los criterios, cuando se diagnostica el trastorno de conversión, se presume que los signos, aunque no se hayan probado, se producen involuntariamente.

Por definición, la intencionalidad y la mentira están en el centro de la elaboración de los síntomas y signos del trastorno facticio y la simulación. Sin embargo, es importante señalar que la falsificación volitiva causa correlatos biológicos de los signos. Por ejemplo, la sepsis

es sepsis, independientemente de cómo ocurra, y debe tratarse como tal, pero el engaño intencionado del trastorno facticio descansa en cómo el paciente adquiere una sepsis (p. ej., a través de la autoinoculación clandestina). Cuando meros síntomas son falsificados intencionalmente, las aseveraciones médicas falsas del paciente también se reconocen simplemente como mentiras.

## **Gratificación**

Los términos beneficio primario y beneficio secundario se utilizan ocasionalmente para describir la forma en que se presume que los SIM y los síndromes facticios satisfacen las necesidades de los pacientes. El beneficio secundario hace referencia a la gratificación derivada de artículos materiales (p. ej., alimentos, alojamiento, dinero, sustancias ilegales) o de los propios artículos. El beneficio primario se refiere a la gratificación derivada del alivio de la tensión intrapsíquica<sup>55</sup> o a los medios utilizados para aliviar esa tensión. En el terreno somático, ese medio es a veces vagamente mencionado como la adquisición del «papel de enfermo».

En realidad, papel de enfermo es una expresión específica utilizada por el sociólogo Talcott Parsons en los años cincuenta para delimitar las funciones sociales del médico y del paciente en el tratamiento de una enfermedad.<sup>56</sup> Para nuestro propósito, limitamos esta exposición a los derechos y deberes del médico y el paciente, con especial atención a los del paciente. Los derechos del papel de enfermo son la falta de culpa por los resultados de la enfermedad, el alivio de deberes incompatibles con la enfermedad y el derecho a la atención. Tomándonos algunas libertades con las ideas de Parsons, ampliamos este último punto para incluir no solo la atención médica sino también el cuidado por parte de personas cercanas al paciente. Cuando se piensa en la relación existente entre el beneficio primario y el papel de enfermo, los beneficios psicológicos de la falta de culpa, el alivio y la atención de quienes se sienten indignos, atormentados y no queridos se vuelven más claros que el mero «beneficio primario» que obtendrían.

Por supuesto, la falta de culpa y la culpabilidad legal, el alivio y los pagos por incapacidad, y la necesidad de atención y la acogida pueden desdibujarse unos con otros, recordándonos que la idea de distinguir entre beneficio primario y secundario es una sabiduría recibida infundada.<sup>52</sup> Nuestra división de gratificación «inmaterial» y «material» es también una distinción artificial. Sin embargo, la usamos para intentar lograr un acuerdo y para minimizar parte de la confusión del beneficio primario/secundario, confinándonos a diferentes fuentes de gratificación sin abordar las experiencias intrapsíquicas asociadas a ellas.

Cuando se trata de gratificación, el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el SSF se agrupan, de forma que los derechos de los son inmateriales pacientes, dado el papel de enfermo como fuente de gratificación por el que involuntariamente intercambian su sufrimiento. La condición del papel de enfermo depende de la aceptabilidad social de la propia enfermedad. Por tanto, la conexión de su sufrimiento a los beneficios del papel de enfermo puede explicar parcialmente la forma desesperada, a veces hostil, con la que estos pacientes persiguen o se aferran a la legitimidad de su sufrimiento o diagnóstico de un SSF. Estos esfuerzos para legitimar su sufrimiento pueden eclipsar abiertamente o encubiertamente los deseos declarados de alivio de estos pacientes. Esto puede explicar hallazgos como la disminución de las respuestas a placebo y el fuerte efecto pronóstico negativo de la participación en grupos de apoyo a pacientes con síndrome de fatiga crónica.<sup>57,58</sup>

Los pacientes con SSF, trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad pueden, finalmente, aportar a sus médicos documentos y solicitudes de incapacidad para una baja laboral, pero estos son objetivos secundarios. Sin embargo, pueden abarcar todos los tipos de gratificación delimitados aquí (es decir, la incapacidad es puramente un beneficio económico, material o un símbolo del papel de enfermo). Del mismo modo, dependiendo de la creencia y el «descubrimiento» del desencadenante (p. ej., una audiencia por un divorcio inminente, una fantasía de venganza inaceptable), puede ser difícil determinar qué tipo de beneficio se pretende alcanzar con los signos de trastorno de conversión.

Las similitudes entre el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad, el SSF y el trastorno de conversión proporcionan una justificación para compartir elementos terapéuticos. Los derechos del papel de enfermo se acompañan del deber de, al menos, buscar la salud.<sup>59</sup> La discrepancia entre estos pacientes que reclaman derechos sin aceptar sus deberes puede ser el factor real que los convierte en «pacientes descorazonados».<sup>60</sup> La idea de incorporar el deber del paciente en el tratamiento proporciona un tema para la comunicación directa o indirecta, fija los límites que implica la condición del papel del enfermo del paciente en lugar de desafiarlos, conduce al paciente a una conducta más saludable y establece qué pueden esperar los pacientes de sus médicos (y de otros) mientras se aferran a su invalidez.<sup>61</sup> En este sentido, el cambio del método de curación (y confirmación de enfermedad) a funcionalidad gana más respaldo conceptual.

Por supuesto, para los síndromes facticios, esta justificación terapéutica se desmorona, ya que estos pacientes no creen en su papel de enfermo y lo persiguen falsamente. Hay que tener en cuenta que, si (en un caso concreto, o categóricamente) no hay realmente diferencia entre un beneficio inmaterial/primario y un beneficio material/secundario, y si esta es la principal característica distintiva entre el trastorno facticio y la simulación, entonces hay dos posibilidades. Uno puede extender el estado de trastorno facticio al de simulación; el otro puede extender el estado cuasi criminal de simulación al trastorno facticio. De cualquier manera, ambos procesos pueden ser mejor entendidos como patrones de conducta que surgen y se alejan de los grandes problemas a los que deberían dirigirse. Por ejemplo, la simulación puede verse en muchos casos como parte de abiertos patrones de criminalidad no patológica, sociopatía o desesperación; el trastorno facticio, como una manifestación de la evitación de la separación en pacientes con trastornos límites u otros trastornos de la personalidad.<sup>62,63</sup>

## Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos y de los trastornos relacionados, y, en cierta medida, de los SIM problemáticos en general, empieza con el reconocimiento de que estos procesos implican una conducta inadaptada dirigida a la obtención de un objetivo que supone la presencia de síntomas y signos de una enfermedad médica. Por tanto, puede resultar útil pensar en la mayoría de estos procesos como conductas anómalas de enfermedad en lugar de como entidades patológicas.<sup>64</sup> De esta manera, el tratamiento se centrará en la conducta en sí.

Los pacientes con síntomas somáticos y trastornos relacionados son un reto para el médico general. Son pacientes difíciles de tranquilizar, cuya atención resulta larga y costosa y que provocan fuertes reacciones negativas en sus frustrados proveedores de salud.<sup>65</sup> El tratamiento de los pacientes con estos trastornos empieza con el desarrollo de una relación

terapéutica médico-paciente duradera, basada en el interés sincero del médico en el paciente ya que es una persona que está sufriendo y que presumiblemente no quiere hacerlo. Los elementos importantes para establecer este tipo de relación con el paciente «somatizador» se resumen en el [cuadro 24-2](#).

#### Cuadro 24-2 Fomento de una relación terapéutica con el paciente «somatizador»

- Minimice la necesidad del paciente de legitimar los síntomas/síndromes
- Reúna los antecedentes de manera no dirigida, sin prejuicios
- Anime al paciente a mantener un diario de los síntomas
- Enfatice lo que se sabe que el paciente no tiene
- Reconozca el sufrimiento evitando etiquetas diagnósticas injustificadas
- Evite los debates sobre la etiología de los síntomas
- Evite expectativas poco realistas
- Céntrese en restaurar la funcionalidad, no en la curación
- Céntrese en reducir y hacer frente a los síntomas más que en su eliminación
- Evite la confusión
- Insista en ser el «guardián» de todos los contactos médicos del paciente
- Enfatice la legítima necesidad del paciente de una relación médico-paciente a largo plazo
- Esté dispuesto a terminar la relación si el paciente persigue repetidamente intervenciones externas
- Evite descuidos
- Esté alerta ante posibles factores estresantes en la vida del paciente
- Esté alerta ante la posible aparición de psicopatología concomitante
- Esté alerta ante posibles cambios inusuales del estado de salud
- No olvide el mantenimiento rutinario de la salud

Adaptado de Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes, *Ann Intern Med* 130:910–921,1999; Meador CK. *Symptoms of unknown origin*, Nashville, 2005, Vanderbilt University Press; y Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process, *Gastroenterology* 130:1377–1390, 2006.

Una vez establecida esta relación, dos objetivos desempeñan un papel importante en el proceso de tratamiento: 1) evitar pruebas diagnósticas innecesarias y así obviar intervenciones médicas y quirúrgicas excesivamente agresivas, y 2) ayudar al paciente a tolerar y maximizar su funcionalidad en presencia de síntomas, en lugar de esforzarse por eliminarlos. El primero se logrará mediante la asignación de un líder del equipo terapéutico, el desarrollo de un plan terapéutico y consiguiendo la implicación del paciente en ese plan. El último se logrará fomentando el refuerzo positivo, considerando y tratando las posibles enfermedades concomitantes, y, en algunos casos, derivando al paciente a especialistas en psiquiatría. El médico ayudará al paciente a trabajar dentro de un modelo terapéutico que, en el peor de los casos, se considerará similar al del tratamiento de una enfermedad crónica, como ocurre con enfermedades como la artritis reumatoide. Podría señalarse a algunos pacientes que las únicas enfermedades médicas que realmente pueden ser «curadas» son ciertas infecciones, problemas quirúrgicos y cánceres. Un efecto secundario deseado de este tipo de modelo terapéutico es que el paciente puede relajar su control sobre los síntomas, ya que no son necesarios ni convenientes para asegurar una relación médico-paciente válida.



## **Asignación de un líder para desarrollar un plan terapéutico**

Un médico (generalmente el médico de atención primaria) debería ser elegido como líder de un equipo multidisciplinario (que incluya médicos consultores, personal de enfermería, trabajadores sociales y otros participantes si fuera necesario). Aunque los miembros individuales del equipo pueden tener diferentes opiniones, todos los involucrados deberían llegar finalmente a un acuerdo sobre el diagnóstico. Si el desacuerdo persiste, puede pedirse a todos los especialistas que soliciten las pruebas diagnósticas que deseen (entendiendo que, si la prueba es negativa, el estudio diagnóstico se considerará completo y se informará al paciente). El líder debería supervisar la solicitud de todas las pruebas y consultas, así como revisar los resultados. Una comunicación clara y coherente entre todos los miembros del equipo ayudará a minimizar la división del personal y facilitará el acuerdo sobre lo que se debería decir al paciente en relación con la necesidad de solicitar más pruebas diagnósticas. El uso de una perspectiva sistemática (que considera cada uno de los diagnósticos médicos y psiquiátricos oportunos) disminuirá la posibilidad de pasar por alto una enfermedad con una causa fisiológica principal que podría ser la responsable del o de los síntomas somáticos.

## **Informar al paciente del plan terapéutico**

Informar al paciente sobre el plan de tratamiento requiere una alianza terapéutica con el paciente. Algunos pacientes estarán agradecidos de que se haya establecido un diagnóstico, mientras que otros se pondrán a la defensiva, se enojarán y evitarán el tratamiento. Independientemente de si se utiliza o no el término del diagnóstico real, los pacientes pueden beneficiarse entendiendo cómo su enfermedad afecta a su vida y darse cuenta de que puede tratarse su sufrimiento. Una vez más, el abordaje como una enfermedad crónica puede ser útil, ya que el médico no debe ser falso al presentar al paciente el impacto de factores como la genética, el temperamento, los antecedentes familiares o patológicos, los estresantes vitales en las manifestaciones sintomáticas (aclaradas o no). Además, muchos de estos factores se convierten en vías viables de intervención para el paciente que acepta este modelo de enfermedad. Explicar al paciente que puede estar más en sintonía con sus sensaciones viscerales y somáticas benignas también puede ser beneficioso dentro de esta perspectiva mientras sigue sintiendo la comprensión del médico frente a su problema. La fortaleza psicológica del paciente y la ausencia de otra psicopatología son más importantes para el resultado que el síntoma somático real, aunque hay que tener cuidado en este punto ya que algunos pacientes percibirán cualquier «elogio» a su fortaleza o comentario sobre su bienestar en cualquier esfera como una invalidación de su sufrimiento.

A veces se justifica la confrontación de los enfoques de salud y enfermedad de ciertos pacientes,<sup>57</sup> pero la confrontación sobre la validez de sus síntomas casi nunca lo está. Los pacientes son particularmente sensibles a la idea de que una persona con autoridad haya descartado su sufrimiento; su enojo y sensibilidad pueden deberse a unos antecedentes de abuso o negligencia. Por ejemplo, el mejor contexto para el debate del diagnóstico de CPNE puede ser posterior al acuerdo establecido por el paciente y su familia sobre la grabación del registro EEG de los acontecimientos representativos clave.<sup>66</sup> Algunos pacientes sienten que existe una relación entre situaciones psicológicas estresantes y sus síntomas.

El médico debe, principalmente con el SSF, ser cauto y no desafiar excesivamente la idea del paciente de su problema. A menos que el paciente sufra con las intervenciones o

exploraciones que buscan una relación con su diagnóstico, no suele justificarse este abordaje. Recuerde también que, aunque los médicos deben estar al corriente de numerosos diagnósticos e incluso un mayor número de tratamientos, desafortunadamente algunos de estos pacientes dedican su vida a obtener un «diagnóstico». No deberíamos embarcarnos en un debate que podemos perder si nos rendimos.

## **Visitas frecuentes programadas**

La realización de una visita de seguimiento es probablemente más importante que cualquier tratamiento pautado. De hecho, se observó que las recomendaciones terapéuticas destacadas en este apartado, resueltamente proporcionadas a los médicos de atención primaria consultados, redujeron los gastos trimestrales de atención sanitaria en un 53% debido a la reducción de los ingresos hospitalarios.<sup>67</sup> Ni la salud de los pacientes ni la satisfacción con su cuidado se vieron afectadas negativamente por la implantación de esta recomendación. Aunque son más una estrategia de contención que de tratamiento, estas recomendaciones siguen siendo una de las pocas intervenciones basadas en la evidencia para pacientes con SIM problemáticos. Estas recomendaciones se resumen en el [cuadro 24-3](#).

Cuadro 24-3 Advertencia general a los proveedores de salud sobre los pacientes «somatizadores»

- Programe visitas breves y frecuentes para, de este modo, aliviar la percepción del paciente de que necesita tener síntomas para mantener una relación con su médico
- Realice una exploración física breve y específica en cada visita
- Evite todas las intervenciones innecesarias, tanto diagnósticas como terapéuticas
- Evite nombrar causas psicológicas para explicar las experiencias somáticas

Adaptado de Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms, *Psychosom Med* 67:123–129, 2005.

Se deben programar visitas regulares y breves (aunque estén asintomáticos), cada semana o cada 2 semanas (que serán gradualmente reducidas a cada 4-6 semanas, según su tolerancia) para aliviar la necesidad percibida por el paciente de tener síntomas que mantengan la relación con un médico. Si el paciente llama entre las visitas programadas, el médico puede retomar las visitas más frecuentemente. Esperamos que el paciente aprenda que acudir a un médico no depende de su sintomatología. Al principio de la visita, el médico debe prestar especial atención a establecer los objetivos de cada cita, con un enfoque específico puesto en las preocupaciones emocionales del paciente. Se debe realizar una exploración física específica en cada visita, especialmente si el paciente manifiesta nuevos síntomas. Durante esta exploración, el médico puede investigar (de manera comprensiva) sobre posibles áreas de estrés en la vida del paciente, sin concluir que la causa del aumento de las preocupaciones somáticas es el estrés.

Los médicos también deben considerar enseñar a los pacientes cómo manejar el estrés de su vida en lugar de posponer actividades importantes hasta que se resuelvan sus síntomas somáticos crónicos. No ir a trabajar puede reforzar la conducta de la enfermedad. Para

aquellos que no están crónicamente incapacitados por su enfermedad, los orientadores vocacionales pueden ayudarlos a encontrar un trabajo menos estresante que les proporcione un sentido y un orden.

## **Consideración y tratamiento de las enfermedades concomitantes**

Las personas diagnosticadas de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no son inmunes al desarrollo de otras enfermedades médicas. El diagnóstico diferencial requiere un abordaje sistemático. Cada vez que un individuo presenta síntomas somáticos, es especialmente importante tener en cuenta enfermedades médicas que afectan a múltiples sistemas orgánicos o con manifestaciones variables (p. ej., esclerosis múltiple, porfiria aguda intermitente, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, esclerodermia, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico). Por ejemplo, en el caso de un trastorno de conversión que se manifiesta con CPNE, deberían considerarse otras enfermedades (p. ej., síncope convulsivo, discinesias paroxísticas, ataques isquémicos transitorios y encefalitis límbica), ya que pueden presentar síntomas y signos sugestivos de convulsiones aunque no se observen cambios epileptiformes en el EEG.<sup>68</sup>

Asimismo, es importante detectar trastornos afectivos, de ansiedad, de la personalidad y trastornos relacionados con el consumo de drogas que puedan explicar mejor la presentación clínica del paciente. Estos trastornos son probablemente más fáciles de tratar y su resolución puede disminuir los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos relacionados (aunque estos últimos trastornos rara vez se resuelven completamente con el tratamiento de sus enfermedades psiquiátricas concomitantes, y, si lo hacen, entonces debería revisarse el diagnóstico inicial). Las pruebas diagnósticas, como el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI, Minnesota Multi-phasic Personality Inventory) y las baterías de pruebas neuropsicológicas completas también pueden ayudar a afinar el diagnóstico.

Debe recordarse que los síntomas vegetativos (p. ej., insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso) del trastorno de depresión mayor y los síntomas de angustia (p. ej., disnea, palpitaciones, dolor torácico, asfixia, mareos, parestesias, sofocos o escalofríos, sudoración, debilidad, temblores) son somáticos. Se ha comunicado que el 25% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias con dolor torácico cumplen criterios del trastorno de angustia según los criterios del DSM-IV, sin embargo, el diagnóstico no se realiza en el 98% de los casos.<sup>69</sup> Los ancianos con un trastorno de depresión mayor también están más preocupados por sus síntomas somáticos. Independientemente de las culturas, la mayoría de los pacientes con trastorno de depresión mayor solo tienen síntomas somáticos.<sup>70</sup>

Los trastornos por consumo de drogas también deben considerarse en pacientes con síntomas somáticos inexplicables persistentes, particularmente el dolor. Con quejas de dolor, nos enfrentamos a menudo con la cuestión de si una queja de dolor exagerado es un factor etiológico del consumo de drogas o se utiliza como un medio para obtener analgésicos. Los trastornos psicóticos no solo se olvidan fácilmente (p. ej., delirios somáticos frecuentes del trastorno delirante), sino que también son utilizados fácilmente para descartar las quejas somáticas de los pacientes con estos diagnósticos. Los trastornos de la personalidad pueden llevar a los pacientes a utilizar los síntomas somáticos como un medio para un fin (p. ej., la debilidad funcional genera la atención y el apoyo de los demás; los síntomas somáticos pueden ser exagerados por aquellos con una personalidad histriónica).

## **Papel de los psiquiatras**

El papel del psiquiatra en el cuidado de los pacientes con trastornos de síntomas somáticos y otros SIM problemáticos suele ser el de consultor que puede aclarar el diagnóstico, el tratamiento y el manejo del paciente. La mayoría de los pacientes con una conducta anómala de enfermedad no aceptan su derivación a un psiquiatra y, cuando han sido citados, muchos no acuden a su cita. Sin embargo, la participación precoz de un psiquiatra puede facilitar el diagnóstico y mitigar la iatrogenia. Por el contrario, cuando se piensa que un paciente presenta una «somatización», el psiquiatra puede finalmente catalizar el diagnóstico de enfermedad somática al darse cuenta de que no se ajusta a los patrones sintomáticos esperados de los enfermos mentales, o cuando la psicopatología conocida de un paciente conduce a la aplicación inapropiada de la navaja de Occam a sus quejas somáticas.<sup>71</sup>

Además, los individuos con trastornos de síntomas somáticos tienen reacciones afectivas intensas, respuestas conductuales y desafíos cognitivos que pueden distraer a un médico de atención primaria de hacer un diagnóstico preciso, o afrontarlo y tratarlo de una manera productiva. La mentalidad de los médicos (de cuidar, confiar y ayudar) puede ser cuestionada al tratar con pacientes que engañan, mienten o se someten a procedimientos diagnósticos y quirúrgicos sin ninguna razón aparente. Si no se limita a los síndromes facticios, el impacto de estas conductas probablemente sea más frecuente en pacientes con SIM cuyo deseo declarado de salud desmiente una mayor concentración en la enfermedad y sus ganancias asociadas. Las reacciones de los médicos a estos sentimientos pueden conducir a errores de omisión (p. ej., desestimar las preocupaciones de los pacientes) o comisión (tomar el camino de menor resistencia o actuar por sentimientos defensivos ordenando procedimientos innecesarios o prescribiendo medicamentos injustificados). Los psiquiatras pueden a veces desempeñar un papel al ayudar a otros médicos a dar sentido a estas reacciones comprensibles y evitar que interfieran indebidamente en la atención.

Por último, los psiquiatras pueden desempeñar un papel activo en el tratamiento de los pacientes, ya sea mediante el tratamiento de las enfermedades concomitantes psiquiátricas o mediante intentos directos de tratamiento (o su derivación para un tratamiento especializado) del propio trastorno de síntomas somáticos. Hallazgos recientes indican que la terapia cognitivo-conductual (TCC), particularmente cuando se administra en áreas de atención primaria, puede ayudar a identificar y reestructurar distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales poco realistas, preocupaciones y conductas que desencadenan muchos de estos trastornos. La TCC puede ser útil para reducir los síntomas y los costes de la atención sanitaria. La psicoterapia psicodinámica a corto plazo tiene una moderada base empírica para apoyar su uso en los síndromes de síntomas somáticos, y múltiples estudios demuestran beneficios significativos y sostenidos, incluidos varios estudios que indican que los pacientes tratados requieren menos visitas médicas e ingresos hospitalarios.<sup>72</sup>

## **Susceptibilidad para desarrollar un trastorno de conversión**

Mientras que el tratamiento de la mayoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados comparte puntos comunes de tratamiento discutidos anteriormente, el tratamiento del trastorno de conversión a veces intenta aprovechar la susceptibilidad que se cree que subyace a este trastorno. Sin embargo, es importante recordar que no existen

estudios sistemáticos bien controlados que apoyen la eficacia de cualquier tratamiento del trastorno de conversión.<sup>73</sup>

La forma más frecuente de tratamiento del trastorno de conversión es simplemente sugerir que el síntoma de conversión mejorará gradualmente. Se piensa que esta intervención permite salvar las apariencias y es optimista.

Es útil expresar con seguridad y con un optimismo comprensivo que la recuperación es innegable, pero que puede ser gradual. También se pueden ofrecer sugerencias específicas (p. ej., sugerir al paciente «ciego» que en primer lugar verá formas vagas; al paciente con paresia de miembros inferiores que podrá soportar su peso, después andar con un andador y así progresivamente; o que la fuerza con la que se aprieta una pelota de tenis será seguida de la recuperación de la fuerza en la muñeca y luego en las articulaciones del codo). Cuando los pacientes no reciben información sobre su diagnóstico y tratamiento, no muestran mejoría o empeoran después del tratamiento.<sup>74</sup> Algunos señalan que el psiquiatra aborde las situaciones estresantes de la vida del paciente y trate de detectar las molestias dolorosas para evaluar la comunicación interpersonal no verbal incorporada por el síntoma.<sup>25</sup>

Es posible que no sea necesaria una nueva intervención. Sin embargo, si el síntoma de conversión persiste, si el estrés desencadenante es crónico o si hay unos grandes beneficios, la resolución de la situación se convierte en el objetivo de la intervención. Debido a que los factores estresantes suelen ser sociales, las terapias de pareja o familiares pueden ser instrumentos útiles para lograr una solución final. Las intervenciones conductuales, la fisioterapia y la confrontación son cruciales, en especial en los pacientes menos comunicativos.<sup>66</sup> En general, un resultado favorable depende más de la fortaleza psicológica de los individuos y de la ausencia de otra psicopatología que de la naturaleza específica del propio síntoma de conversión.

## Conclusiones

Los SIM son una experiencia casi universal. Constituyen un problema importante para un gran subgrupo de pacientes y para los médicos que tratan de entenderlos y tratarlos. El DSM-5 ha reorganizado muchas de estas presentaciones dentro de la categoría de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, que también abarca el síndrome o trastorno facticio (pero no la simulación, que no se considera un trastorno psiquiátrico). Hasta la fecha, otras especialidades médicas no utilizaban las clasificaciones psiquiátricas de los SIM, y muchos de estos pacientes terminaban siendo incluidos en categorías de SSF, como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica.

Últimamente, los síntomas inexplicables pueden ser menos importantes que las conductas de enfermedad<sup>75</sup> en las cuales los pacientes lidian con ellos mismos. El manejo de conductas anómalas de enfermedad<sup>76,77</sup> a través de estratégicos abordajes de atención primaria, psicoterapia y/o un mejor control de los derechos y deberes de la condición del papel del enfermo puede ser beneficioso en el tratamiento eficaz de estos pacientes. Es también importante el uso cuidadoso y prudente de los medicamentos, especialmente de los destinados al tratamiento de los estados de ánimo concomitantes y de los trastornos de ansiedad, para reducir el sufrimiento, aunque es poco probable que tales fármacos reduzcan la sintomatología somática de pacientes con un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:821–833.
2. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed 4. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000: Text Revision.
3. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed 5. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
4. DeWaal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, et al. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470–474.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64:258–266.
6. Ormel J, Vonkorff M, Ustun TB, et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*. 1994;272:1741–1748.
7. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:903–910.
8. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, et al. Nonspecific medication side effects and the placebo phenomenon. *JAMA*. 2002;287:622–627.
9. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician–patient relationship. *Ann Intern Med*. 2001;134:897–904.
10. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients’ perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *Br Med J*. 1999;318:372–376.
11. Berrios GE, Mumford D. Somatoform disorders: clinical section. In: Berrios G, Porter R, eds. *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*. New Brunswick, NJ: The Athlone Press; 1995.
12. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*. 1993;150:399–410.

13. Smith RC, Lein C, Collins C, et al. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med.* 2003;18:478–489.
14. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry.* 2005;162:847–855.
15. Starcevic V. Somatoform disorders and the DSM-V: conceptual and political issues in the debate. *Psychosomatics.* 2006;47:277–281.
16. Noyes Jr R, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics.* 2008;49:14–22.
17. McFarlane AC, Ellis N, Barton C, et al. The conundrum of medically unexplained symptoms: questions to consider. *Psychosomatics.* 2008;49:369–377.
18. Bell V, Oakley DA, Halligan PW, et al. Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82:332–339.
19. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ.* 2013;346:f1580.
20. Ladwig K, Marten-Mittag B, Erazo N, et al. Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics.* 2001;42:511–518.
21. Henry JA, Woodruff GHA. A diagnostic sign in states of apparent unconsciousness. *Lancet.* 1978;2:920–921.
22. Devinsky O, Gordon E. Epileptic seizures progressing into nonepileptic conversion seizures. *Neurology.* 1998;51:1293–1296.
23. Lazare A. Conversion symptoms. *N Engl J Med.* 1981;305:745–748.
24. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and “hysteria”. *BMJ.* 2005;331:989.
25. Folks DG, Ford CV, Regan WM. Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics.* 1984;25:285–295.
26. Stone J, Sharpe M, Rothwell PM, et al. The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003;74:591–596.
27. Gelauff J, Stone J, Edwards M, et al. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systemic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013; doi:10.1136/jnnp.

28. Durrant J, Rickards H, Cavanna AE. Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Research and Treatment*. 2011;274736.
29. Vuillemeuier P, Chicherio C, Assal F, et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*. 2001;124:1077–1090.
30. Black DN, Seritan AL, Taber KH, et al. Conversion hysteria: lessons from functional imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16:245–251.
31. Smith RC, Gardier JC, Lyles JS, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained patients. *Psychosom Med*. 2005;67:123–129.
32. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480–1491.
33. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160–172.
34. Bartha L, Baumzweiger W, Buscher DS, et al. Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus. *Arch Env Health*. 1999;54:147–149.
35. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006;130:1377–1390.
36. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010;62:600–610.
37. Reeves WC, Wagner D, Nisenbaum R, et al. Chronic fatigue syndrome—a clinically empirical approach to its definition and study. *BMC Med*. 2005;3: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/19>>.
38. Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture ten diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2010;68:415–426.
39. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354:936–939.
40. Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry*. 2004;185:95–96.
41. Hauser W, Galek A, Erbsloh-Moller B, et al. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*. 2013;154:1216–1223.



42. Epstein SA, Kay G, Clauw D, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics*. 1999;40:57–63.
43. Gruber AJ, Hudson JI, Pope Jr HG. The management of treatment-resistant depression in disorders on the interface of psychiatry and medicine. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, migraine, irritable bowel syndrome, atypical facial pain, and premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin N Am*. 1996;19:351–369.
44. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002;122:1140–1156.
45. Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity in a community-based sample of persons with chronic fatigue syndrome-like symptoms. *Psychosom Med*. 2000;62:655–663.
46. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med*. 2001;134:868–881.
47. Kaanaan RAAA, Lepine JP, Wessely SC. The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosom Med*. 2007;69:855–859.
48. Warren JW, Langenberg P, Clauw DJ. The number of existing functional somatic syndromes (FSS) is an important risk factor for new, different FSS. *J Psychosom Res*. 2013;74:12–17.
49. Jason LA, Richman JA, Rademaker AW, et al. A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med*. 1999;159:2129–2137.
50. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthr Rheum*. 1995;38:19–28.
51. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. 1999;130:910–921.
52. Stedman's Medical Dictionary. ed 28. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
53. Benmeir P, Neuman A, Weinberg A, et al. Giant melanoma of the inner thigh: a homeopathic life-threatening negligence. *Ann Plastic Surg*. 1991;27:583–585.
54. Hamilton JC, Feldman MD, Cunnien AJ. Factitious disorder in medical and clinical practices. In: Rogers R, ed. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Third Edition New York: Guilford Press; 2008.

55. Taylor MA, Vaidya NA. *Descriptive Psychopathology: The Signs and Symptoms of Behavioral Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2009.
56. Parsons T. *The Social System*. New York: The Free Press; 1951.
57. Cho HJ, Hotoff M, Wessely S. The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2005;67:301–313.
58. Huibers MJ, Wessely S. The act of diagnosis: pros and cons of labeling chronic fatigue syndrome. *Psychol Med*. 2006;36:895–900.
59. Kontos N, Querques J, Freudenreich O. Fighting the good fight: responsibility and rationale in the confrontation of patients. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:63–66.
60. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *Br Med J*. 1988;297:528–530.
61. Meador CK. A lament for invalids. *JAMA*. 1991;265:1374–1375.
62. Gorman WF. Defining malingering. *J Forensic Sci*. 1982;27:401–407.
63. Goldstein AB. Identification and classification of factitious disorders: an analysis of cases reported during a ten year period. *Int J Psychiatry Med*. 1998;28:221–241.
64. McHugh PR, Slavney P. *The perspectives of psychiatry*. ed 2. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; 1998.
65. Kenyon FE. Hypochondriasis: a clinical study. *Br J Psychiatry*. 1964;110:478–488.
66. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1510–1517.
67. Kashner TM, Rost K, Smith GR, et al. An analysis of panel data: the impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. *Med Care*. 1992;30:811–821.
68. Caplan J, Binius T, Lennon V, et al. Pseudopseudoseizures: Conditions that may mimic psychogenic non-epileptic seizures. *Psychosomatics*. 2011;52:501–506.
69. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physical recognition. *Am J Med*. 2013;346:f1580.
70. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999;341:1329–1335.

71. Kontos N, Freudenreich O, Querques J. Ownership, responsibility and hospital care: Lessons for the consultation psychiatrist. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:257–262.
72. Abbass AA, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapies for somatic symptom disorders. Systemic review and metaanalysis. *Psychother Psychosom*. 2009;78:265–274.
73. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;4: CD005331.
74. LaFrance W, Curt R, Machan J. What is “treatment as usual” for nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*. 2008;12:388–394.
75. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*. 1995;41:1207–1216.
76. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*. 1990;31:207–213.
77. Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behavior: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:54–60.

(Stern, 20171024, pp. 254.e3-264.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.