

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Trastorno de síntomas somáticos: una actualización

### *Somatic symptom disorder: an update*

Julio Torales<sup>1</sup>, Iván Barrios<sup>1</sup>, Israel González<sup>1</sup>, Marcos Almirón<sup>1</sup>

#### **RESUMEN**

El trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por la presencia de al menos un síntoma somático, que genera una interrupción significativa en la vida cotidiana del paciente afectado y que se asocia a la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas al mismo. Los pacientes con este trastorno sienten como si la mayor parte de sus vidas hayan estado “enfermos” o con algún tipo de malestar. En general, se quejan de múltiples síntomas somáticos, que son incapacitantes o interfieren significativamente con su vida diaria. Los síntomas pueden ser específicos (por ejemplo, dolor localizado) o inespecíficos (por ejemplo, fatiga), y algunas veces pueden ser sensaciones corporales normales o malestar que no representan enfermedad grave. Asimismo, los pacientes afectados experimentan mucha angustia, la cual está enfocada principalmente en los síntomas somáticos y su significado. El objetivo de este artículo de revisión es presentar una actualización sobre el trastorno de síntomas somáticos, a fin de orientar a médicos y otros profesionales de la salud en las particularidades de su etiopatogenia, clínica y manejo terapéutico.

**Palabras clave:** trastorno de síntomas somáticos, somatización, tratamiento.

#### **ABSTRACT**

The somatic symptom disorder is characterized by the presence of at least one somatic symptom that generates a significant disruption in the daily life of the affected patient and is associated with the presence of thoughts, feelings and behaviors related to it. Patients with this disorder feel as if most of their lives they have been “sick” or with some type of discomfort. In general, they complain of multiple somatic symptoms, which are disabling or significantly interfere with their daily life. Symptoms may be specific (for example, localized pain) or nonspecific (for example, fatigue), and sometimes they may be normal bodily sensations or discomfort that do not represent serious illness. Likewise, affected patients experience a lot of anguish, which is mainly focused on somatic symptoms and their meaning. The objective of this review article is to present an update on the somatic symptom disorder, in order to guide physicians and

1. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Paraguay.

Correspondencia: Julio Torales. E-mail: jtorales@med.una.py

Recibido: 07/05/2018. Aceptado: 13/08/2018.

DOI: 10.26885/rcei.7.1.150

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

other health professionals in the particularities of its etiology and pathogenesis, clinical presentation and therapeutic management.

**Keywords:** somatic symptom disorder, somatization, treatment.

### **1. INTRODUCCIÓN**

El trastorno de síntomas somáticos forma parte de un amplio grupo de desórdenes que se caracterizan por el predominio de síntomas físicos o preocupaciones somáticas, y se acompañan de pensamientos, sentimientos o comportamientos relacionados a estos síntomas o preocupaciones (American Psychiatric Association, 2013; Britez Cantero, Torales, Valenzuela Hermosa & Chavez, 2012). Los pacientes afectados frecuentemente buscan primero asistencia de médicos de familia o internistas, antes que ayuda psiquiátrica o psicológica especializada. La característica común de este grupo de trastornos es la prominencia de síntomas somáticos, asociados a malestar clínicamente significativo (Britez Cantero et al., 2012).

La Asociación Americana de Psiquiatría define a la somatización como “un patrón crónico de conducta de enfermedad”, donde el paciente presenta un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias (American Psychiatric Association, 2013).

Debido a que el enfoque predominante ha sido por mucho tiempo la “falta de explicación médica” de los síntomas, el diagnóstico se ha realizado muchas veces de manera peyorativa y degradante, insinuando que los síntomas reportados por los pacientes no son “reales” (Freidl, Piralic-Spitzl, Grohe, & Aigner, 2012). Asimismo, aquí se hace necesario destacar que algunos trastornos mentales (como la depresión mayor y el trastorno de pánico) se presentan frecuentemente con síntomas somáticos (Bridges & Goldberg, 1985; Escobar, Burnam, Karno, Forsythe, & Golding, 1987; Haug, Mykletun, & Dahl, 2004; Simon & VonKorff, 1991).

Varios son los factores que podrían contribuir al desarrollo del trastorno de síntomas somáticos. Entre esos factores se citan a los genéticos y de vulnerabilidad individual (por ejemplo, sensibilidad aumentada a experiencias traumáticas como la violencia o el abuso), a los relativos a aprendizajes maladaptativos (por ejemplo, atención obtenida al estar enfermo, falta de refuerzo de expresiones no somáticas de malestar), así como también normas culturales que desvalorizan y estigmatizan el sufrimiento psicológico, en comparación con el sufrimiento físico (Kellner, 1990, 1994).

En este artículo de revisión se realizará una actualización sobre el trastorno de síntomas somáticos, su concepto, etiología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica, a la luz de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5). A no ser que se especifique lo contrario, la vía de administración de los fármacos presentados en esta revisión es la oral.

## **2. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

### **CONCEPTO**

El trastorno de síntomas somáticos, que reemplaza al trastorno de somatización en el DSM-5, se caracteriza por la presencia de al menos un síntoma somático, que genera una disrupción significativa en la vida cotidiana del paciente afectado y que se asocia a la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas al mismo (American Psychiatric Association, 2013). Estos comportamientos, pensamientos o sentimientos insumen una gran cantidad de tiempo (desproporcionado a la seriedad del síntoma en cuestión) y se acompañan de niveles elevados de ansiedad.

El trastorno de síntomas somáticos es un desorden crónico, fluctuante, recurrente y que causa malestar clínicamente significativo, provocando un deterioro evidenciable de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes del individuo y generando una búsqueda de atención médica excesiva (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

### **ETIOLOGÍA**

Se desconoce la causa exacta que causa este trastorno. No obstante, se estima que existen varios factores implicados (Mayou & Farmer, 2002).

### **FACTORES BIOLÓGICOS**

Algunos investigadores afirman que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores, evidenciándose, además, cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en áreas posteriores del cerebro. Asimismo, se ha evidenciado que los pacientes afectados tienen umbrales para la percepción táctil y dolorosa más bajos que la población general (Coghill, McHaffie, & Yen, 2003; Dimsdale & Dantzer, 2007).

### **FACTORES GENÉTICOS**

El componente hereditario de los trastornos de somatización han sido ampliamente estudiados (Cloninger, Martin, Guze, & Clayton, 1986; Edwards, O'Neill, Zeichner, & Kuczmierczyk, 1985; Ernst, Routh, & Harper, 1984; Kriechman, 1987; L. S. Walker, Garber, & Greene, 1991). 10% a 20% de los familiares de primer grado de sexo femenino de pacientes con trastorno de síntomas somáticos también lo padecen. Los parientes masculinos de mujeres con trastornos de síntomas somáticos muestran un aumento de riesgo de trastorno antisocial de la personalidad y de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Britez Cantero et al., 2012).

### **FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES**

Se estima que algunos síntomas son resultado de la represión de

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

emociones o la necesidad de expresar sentimientos (Bener et al., 2013; Rief, Hiller, & Margraf, 1998). Además, se cree que los sujetos afectados provienen de hogares inestables o han sido víctimas de maltratos (Angel & Guarnaccia, 1989; Escobar & Gureje, 2007).

Niños y adolescentes criados por padres con elevados niveles de somatización pueden replicar esas conductas. El abuso sexual está, asimismo, asociado a un riesgo aumentado de generar conductas de somatización más adelante en la vida del individuo (Reiter, Shakerin, Gambone, & Milburn, 1991; E. A. Walker et al., 1992; Walling et al., 1994). Por último, una pobre habilidad para expresar emociones (alexitimia) puede, a su vez, presentarse como somatización (Bach & Bach, 1996; Mattila et al., 2008; Taycan, Özdemir, & Erdoğan Taycan, 2017).

### *FISIOPATOLOGÍA*

Se considera que el trastorno de síntomas somáticos está asociado con una hipersensibilidad a las sensaciones corporales normales. Esta hipersensibilidad podría, asimismo, estar en línea con sesgos cognitivos que harían que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica (Guzman & Zegarra, 2007).

El tono autonómico estaría elevado en algunos pacientes con trastorno de síntomas somáticos (Dantzer, 1995). Esta elevación, a su vez, se asociaría con la generación de efectos fisiológicos noradrenérgicos como taquicardia e hipermotilidad gástrica (Atmaca, Sirlir, Yildirim, & Kayali, 2011).

La elevación del tono autonómico puede también inducir tensión muscular y dolor asociado a hiperactividad muscular, tal como se observa en las cefaleas tensionales (Sharpe & Bass, 1992).

Los estudios de neuroimagen señalan una asociación entre el trastorno de síntomas somáticos con la reducción en el volumen de la amígdala cerebral. Asimismo, se ha evidenciado disfunción de la conectividad entre la amígdala y otras regiones cerebrales que regulan las funciones motora y ejecutiva (Coghill et al., 2003; van der Kruijs et al., 2012).

### *EPIDEMIOLOGÍA*

La Asociación Americana de Psiquiatría estima que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta general es de alrededor de 5% a 7% (American Psychiatric Association, 2013). Las mujeres tienden a informar más de la presencia de síntomas somáticos en comparación con los hombres, por lo que la prevalencia en población femenina sería mayor (Tomasson, Kent, & Coryell, 1991). El trastorno de síntomas somáticos es bastante común y se estima que ocurre principalmente en pacientes que acuden a los servicios de atención primaria, con una prevalencia de aproximadamente 17% en esta población (Creed & Barsky, 2004; Kirmayer & Robbins, 1991).

El trastorno de síntomas somáticos podría iniciarse en la infancia,

adolescencia o adultez temprana; si bien la aparición de sintomatología somática inexplicada en adultos mayores podría indicar una enfermedad médica oculta o un trastorno depresivo mayor asociado a síntomas de somatización (Lieb et al., 2002), los adultos mayores también pueden desarrollar un trastorno de síntomas somáticos u otros relacionados.

### **CLÍNICA**

Durante la entrevista clínica, los pacientes con trastorno de síntomas somáticos refieren historias largas, imprecisas, desorganizadas, y describen síntomas de manera exagerada (Britez Cantero et al., 2012; Elderkin-Thompson, Silver, & Waitzkin, 1998). Los pacientes con trastorno de somatización sienten como si la mayor parte de sus vidas hayan estado “enfermos” o con algún tipo de malestar. En general, los pacientes afectados se quejan de múltiples síntomas somáticos, que son incapacitantes o interfieren significativamente con su vida diaria. Los síntomas pueden ser específicos (por ejemplo, dolor localizado) o inespecíficos (por ejemplo, fatiga), y algunas veces pueden ser sensaciones corporales normales o malestar que no representan enfermedad grave (American Psychiatric Association, 2013).

En el trastorno de síntomas somáticos, la sola presencia de síntomas no explicados médicamente no es suficiente para realizar el diagnóstico. El sufrimiento de los pacientes es real, sea este explicado o no por evidencia médica (Servan-Schreiber, Tabas & Kolb, 2000). Los pacientes afectados tienen elevados niveles de ansiedad y preocupación relacionadas a enfermedad y, asimismo, pueden existir amenazas e intentos de suicidio (Chioqueta & Stiles, 2004). Los pacientes evalúan sus síntomas como dañinos y, generalmente, piensan lo peor con respecto a su salud, aun cuando no exista evidencia médica que lo justifique. Finalmente, en casos severos, la preocupación sobre su salud adopta un rol central en la vida del individuo, transformándose en característica de su identidad y gobernando sus relaciones interpersonales (Liu, Cohen, Schulz & Waldinger, 2011).

El trastorno de síntomas somáticos está asociado a altas tasas de comorbilidad con enfermedades médicas, así como con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Cuando una enfermedad médica está presente, el nivel de disfunción es mucho más elevado que el que se produciría por la sola presencia de la enfermedad médica en cuestión (Barsky, Orav, & Bates, 2005; Brown, Golding, & Smith, 1990). Cuando un individuo cumple con los criterios diagnósticos para trastorno de síntomas somáticos, el mismo debe ser diagnosticado; no obstante, en vista de la frecuente comorbilidad con ansiedad y depresión, la evidencia de la presencia de estos diagnósticos concurrentes debe ser buscada. El trastorno de somatización se asocia a varios trastornos de personalidad y al consumo problemático de sustancias (Bornstein & Gold, 2008).

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

### **DIAGNÓSTICO**

Para ser diagnosticado, un paciente debe presentar uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria. Aunque algún síntoma pueda no estar continuamente presente, el trastorno en sí persiste, por lo general, más de seis meses.

Asimismo, el paciente debe presentar pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por su salud, y puestos de manifiesto por una o más de las siguientes características: 1. Pensamientos desproporcionados o persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas; 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas; y, 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno de síntomas somáticos puede ser considerado leve (se cumple solo una de las características descritas más arriba), moderado (se cumplen dos o más características) o grave (se cumplen dos o más características y existen múltiples quejas somáticas o un síntoma somático es muy intenso).

Se debe recordar que la presencia de un trastorno de síntomas somáticos y una enfermedad médica no son mutuamente excluyentes; es más, pueden co-ocurrir frecuentemente (Harris, Orav, Bates, & Barsky, 2009). Por ejemplo, un individuo podría quedar seriamente afectado por un trastorno de síntomas somáticos luego de haber sufrido un infarto de miocardio leve, a pesar de que el infarto no haya causado ninguna discapacidad.

Los pacientes afectados experimentan mucha angustia, la cual está enfocada principalmente en los síntomas somáticos y su significado. Cuando se les pregunta directamente por la angustia, algunos individuos la relacionan con otros aspectos de sus vidas, mientras que otros solo la relacionan con la presencia de síntomas somáticos.

Los pacientes utilizan excesivamente los servicios de salud, son atendidos por múltiples médicos y sometidos a innumerables pruebas diagnósticas (Andersen, Eplöv, Andersen, Hjorthøj, & Birket-Smith, 2013; G. Richard Smith, 1994). Todo lo anterior solo consigue exacerbar los síntomas, por lo que el concurso de un especialista en psiquiatría se hace mandatorio.

Durante el diagnóstico, la presencia predominante de dolor debe ser especificada (entidad antes conocida como trastorno por dolor, en la 4ª edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000).

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Tres características son sugerentes de un trastorno de síntomas somáticos antes que de una enfermedad de causa orgánica:

1. Múltiples quejas somáticas.

2. Edad de inicio temprano, con curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales.

3. El laboratorio y los exámenes paraclínicos no muestran anomalías características de las enfermedades médicas.

Como se mencionó previamente, la sola presencia de síntomas somáticos de etiología no filiada no es suficiente para realizar el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Por ejemplo, en pacientes con fibromialgia o síndrome del colon irritable no se satisfaría el criterio de presentar pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos. Por el contrario, la presencia de síntomas somáticos de un trastorno médico establecido (por ejemplo, diabetes o enfermedad cardíaca) no excluye el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos si los criterios son cumplidos. En la tabla 1 se presentan de manera somera los diagnósticos diferenciales psiquiátricos a tener en cuenta (American Psychiatric Association, 2013; Britez Cantero et al., 2012).

### *TRATAMIENTO*

El objetivo terapéutico en el trastorno de síntomas somáticos es manejar las somatizaciones y aliviar los síntomas. En ese sentido, se han desarrollado normas de buena práctica en la atención de pacientes afectados de trastornos somatomorfos, en general, y del trastorno de somatización, en particular, que pueden ser extrapoladas al manejo de pacientes con trastorno de síntomas somáticos (Rubio, Alamo, & Santo-Domingo, 2002):

1. El paciente debe ser atendido por un solo médico.
2. Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
3. Realizar consultas breves.
4. Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
5. Buscar signos; los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
6. Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles para evitar iatrogenia y gasto sanitario. Las mismas deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
7. Evitar tratamientos innecesarios.
8. Tranquilizar y reasegurar.
9. Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

**Tabla 1**

*Diagnósticos diferenciales psiquiátricos del trastorno de síntomas somáticos*

Trastorno de pánico	En el trastorno de pánico, los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud aparecen en episodios agudos, mientras que, en el trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes.
Trastorno de ansiedad generalizada	Pacientes afectados de ansiedad generalizada sienten preocupación excesiva por múltiples situaciones o actividades de la vida diaria, no solo aquellas relacionadas con su salud.
Trastornos depresivos	La depresión se acompaña frecuentemente de síntomas somáticos; no obstante, en la misma, los síntomas nucleares de humor deprimido y pérdida de interés/anhedonia son predominantes.
Trastorno de ansiedad por enfermedad	Si un paciente presenta preocupación excesiva acerca de su salud en general, pero ningún o pocos síntomas somáticos, sería más apropiado realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.
Trastorno de conversión	En el trastorno de conversión, el síntoma cardinal es el de la pérdida de una función (por ejemplo, de una extremidad), mientras que en el trastorno de síntomas somáticos el foco de atención es la angustia causada por un síntoma en particular.
Trastornos delirantes	En el trastorno de síntomas somáticos, las creencias del individuo acerca de sus síntomas, a pesar de ser firmemente sostenidas, no tienen intensidad delirante.
Trastorno dismórfico corporal	En el trastorno dismórfico corporal, el paciente afectado está excesivamente preocupado por un defecto percibido en su aspecto físico. En contraste, en el trastorno de síntomas somáticos, la preocupación acerca de los síntomas somáticos refleja el miedo a una enfermedad subyacente, no a un defecto en la apariencia.
Trastorno obsesivo compulsivo	En el trastorno de síntomas somáticos, las ideas recurrentes acerca de síntomas somáticos o enfermedades son menos intrusivas, y los pacientes afectados no presentan conductas repetitivas destinadas a reducir la ansiedad, como se observa en el trastorno obsesivo compulsivo.

### **FARMACOTERAPIA**

La evidencia a la fecha informa que los enfoques psicofarmacológicos son raramente exitosos en el tratamiento del trastorno de síntomas somáticos

(Levenson, 2018). Los médicos deben buscar la presencia de comorbilidad psiquiátrica, como desórdenes depresivos o ansiosos. Si estos están presentes, intervenciones psicofarmacológicas específicas pueden iniciarse. El tratamiento exitoso de una comorbilidad psiquiátrica ayudará también a reducir significativamente la intensidad de un trastorno de síntomas somáticos.

En cuanto a una clase específica de medicación, algunas investigaciones han encontrado datos preliminares positivos, aunque no concluyentes, acerca de la utilidad de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Kroenke, 2007). Asimismo, investigadores han encontrado que la combinación entre un ISRS (como el citalopram, a dosis antidepressivas de 20-60 mg/día) y un antipsicótico atípico como la paliperidona era más efectiva que el citalopram solo en el tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfos (Huang et al., 2012); no obstante, se necesitan más investigaciones sobre este tema.

Pacientes con trastorno de síntomas somáticos podrían presentarse al servicio de urgencias para evaluación y tratamiento durante periodos de incremento agudo de la severidad de los síntomas. Además de planificar su tratamiento a largo plazo ya desde la urgencia, muchas veces se hace necesario realizar un esquema de tranquilización aguda, ya sea oral o intravenosa, con benzodiazepinas. Se destaca que el tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas es desaconsejable.

La tabla 2 presenta los agentes farmacológicos y dosis usuales para contención de urgencias (García Franco, Maggi & Torales, 2013; Torales, Arce & Zacarías, 2014).

Tabla 2  
*Tranquilización aguda en urgencias*

Midazolam	Se administra por vía IV a dosis inicial estándar de 0,1 mg/Kg. Para un mejor manejo se diluye la ampolla en suero fisiológico. La vía IM es una alternativa eficaz, obteniéndose una respuesta aproximadamente a los 6 min.
Diazepam	Se administra 5 mg por vía IV o IM, aunque por esta última vía la absorción es errática. En caso de decidir la vía IV, se recomienda diluir una ampolla de 5 mg en suero fisiológico, y administrarla de forma lenta.
Alprazolam clonazepam	/ En caso de utilizar la vía oral, se podrían utilizar alprazolam (1-2 mg) o clonazepam (0,25-0,5 mg).

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

### *PSICOTERAPIA*

La terapia cognitivo conductual es específicamente útil para reducir la angustia y el excesivo uso de servicios médicos por parte de pacientes afectados de trastorno de síntomas somáticos. Además, estudios recientes han demostrado que la terapia cognitivo conductual reduce los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades somáticas (Beltman, Voshaar & Speckens, 2010; Bleichhardt, Timmer & Rief, 2004).

### *INTERVENCIONES PSICOSOCIALES*

Ensayos controlados han demostrado la valía que posee la educación del médico en el manejo de un paciente con trastorno de síntomas somáticos. Las intervenciones psicosociales dirigidas por médicos son la base para un tratamiento exitoso (Martin, Rauh, Fichter & Rief, 2007; G R Smith, Monson & Ray, 1986).

La psicoeducación es útil para hacer que el paciente conozca y reconozca que sus síntomas físicos pueden ser exacerbados por ansiedad u otros problemas emocionales. No obstante, hay que ser cuidadosos, puesto que los pacientes en general son reticentes a reconocer que su condición está dada por un componente emocional más que físico.

Se debe animar a los pacientes a mantenerse activos, limitando así el efecto que los síntomas somáticos podrían tener en su calidad de vida y su funcionamiento diario.

El médico debe informar al paciente que los síntomas somáticos que presenta no son una amenaza para su vida y, además, organizar consultas regulares de tranquilización, evacuación de dudas y reaseguramiento.

Por lo general, evaluaciones médicas regulares, cada 4-6 semanas, ayudan a reducir la ansiedad y limitan comportamientos de uso excesivo de servicios médicos (Croicu, Chwastiak & Katon, 2014).

Finalmente, la familia del paciente no debe preocuparse/ocuparse de los síntomas somáticos expresados por el paciente (evitando así conductas de reforzamiento de los síntomas). La familia debe ser instruida para que ayuden al paciente a cumplir con sus visitas al médico y a reportar sus síntomas.

### *TERAPIA FÍSICA*

En la terapia física, el fisioterapeuta se centra específicamente en las características psicofisiológicas y en el comportamiento del problema relacionado con el rendimiento físico del paciente. El fisioterapeuta utiliza varios métodos específicos de toma de conciencia como técnicas de relajación, respiración y métodos de comunicación, (bio)retroalimentación, y manejo del estrés. Se exploran las relaciones entre la necesidad de ayuda expresada por el paciente, el lenguaje corporal, la postura corporal, el movimiento y los gestos. Además, se analiza el lenguaje verbal. Durante las sesiones, el terapeuta explora el equilibrio entre la carga de soporte y el soporte de la fuerza, la tensión y relajación, percepción del cuerpo y la enfermedad (Probst, 2017; Skjaerven et al., 2015).

Se debe recordar que el alcance de la llamada “fisioterapia psicósomática” es amplio e incluye el tratamiento de los síntomas físicos como el dolor, la fatiga, la hiperventilación y la angustia en relación con problemas psicosociales que presentan los pacientes aquejados de trastorno de síntomas somáticos (Skjaerven et al., 2015; Ortiz et al., 2018).

### **3. CONCLUSIONES**

El trastorno de síntomas somáticos es un desorden crónico, fluctuante, recurrente y que causa malestar clínicamente significativo, provocando un deterioro evidenciable de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes del individuo y generando una búsqueda de atención médica excesiva.

Los pacientes utilizan excesivamente los servicios de salud, son atendidos por múltiples médicos y sometidos a innumerables pruebas diagnósticas. Todo lo anterior solo consigue exacerbar los síntomas, por lo que el concurso de un especialista en psiquiatría se hace mandatorio.

Se desconoce su etiología exacta, aunque se estima que existen factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales implicados.

Se considera que el trastorno de síntomas somáticos está asociado con una hipersensibilidad a las sensaciones corporales normales. Esta hipersensibilidad podría, asimismo, estar en línea con sesgos cognitivos que harían que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica.

El objetivo terapéutico en el trastorno de síntomas somáticos es manejar las somatizaciones y aliviar los síntomas, con el fin de evitar exacerbaciones y mejorar la calidad de vida de este desafiante grupo de pacientes.

### **REFERENCIAS**

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. New York American Psychiatric Press Inc., 4. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349.5847>
- American Psychiatric Association. (2013). *Somatic Symptom and Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 309-328. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.734227>
- Andersen, N. L. T., Eplöv, L. F., Andersen, J. T., Hjorthøj, C. R., & Birket-Smith, M. (2013). Health Care Use by Patients with Somatoform Disorders: A Register-Based Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 54(2), 132-141. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.07.007>
- Angel, R. & Guarnaccia, P. J. (1989). Mind, body, and culture: Somatization among Hispanics. *Social Science & Medicine*, 28(12), 1229-1238. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90341-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90341-9)

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

- Atmaca, M., Sirlier, B., Yildirim, H. & Kayali, A. (2011). Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1699-1703. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.05.016>
- Bach, M. & Bach, D. (1996). Alexithymia in Somatof orm Disorder and Somatic Disease; A Comparative Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 150-152. Recuperado de <https://doi.org/10.1159/000289067>
- Barsky, A. J., Orav, E. J. & Bates, D. W. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C. O., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(1), 11-9. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>
- Bener, A., Verjee, M., Dafeeah, E. E., Falah, O., Al-Juhaishi, T., Schlogl, J., ... Khan, S. (2013). Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *Journal of pain research*, 6, 95-101. Recuperado de <https://doi.org/10.2147/JPR.S40740>
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms--a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of psychosomatic research*, 56, 449-454. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00630-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00630-5)
- Bornstein, R. F. & Gold, S. H. (2008). Comorbidity of Personality Disorders and Somatization Disorder: A Meta-analytic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154-161. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9052-2>
- Bridges, K. W. & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 563-569. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90064-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90064-9)
- Britez Cantero, J., Torales, J., Valenzuela Hermosa, C. & Chavez, E. (2012). Trastornos Somatomorfos. En A. Arce Ramírez & J. Torales (Eds.), *El Libro Azul de la Psiquiatría* (pp. 185-204). Asunción: EFACIM.
- Brown, F. W., Golding, J. M. & Smith, G. R. (1990). Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosomatic medicine*, 52(4), 445-51.
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2004). Suicide Risk in Patients with Somatization Disorder. *Crisis*, 25(1), 3-7. Recuperado de <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.3>

- Cloninger, C. R., Martin, R. L., Guze, S. B., & Clayton, P. J. (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *The American journal of psychiatry*, 143(7), 873-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/ajp.143.7.873>
- Coghill, R. C., McHaffie, J. G. & Yen, Y-F. (2003). Neural correlates of interindividual differences in the subjective experience of pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(14), 8538-42. Recuperado de <https://doi.org/10.1073/pnas.1430684100>
- Creed, F. & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6)
- Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *The Medical clinics of North America*, 98(5), 1079-95. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.007>
- Dantzer, R. (1995). Stress theories and the somatization process. *L'Encephale*, 21(Spec No), 3-9.
- Dimsdale, J. E., & Dantzer, R. (2007). A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 850-4. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00e7>
- Edwards, P. W., O'Neill, G. W., Zeichner, A. & Kuczmierczyk, A. R. (1985). Effects of Familial Pain Models on Pain Complaints and Coping Strategies. *Perceptual and Motor Skills*, 61(3\_suppl), 1053-1054. Recuperado de <https://doi.org/10.2466/pms.1985.61.3f.1053>
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. & Waitzkin, H. (1998). Narratives of Somatizing and Non somatizing Patients in a Primary Care Setting. *Journal of Health Psychology*, 3(3), 407-428. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/135910539800300309>
- Ernst, A. R., Routh, D. K. & Harper, D. C. (1984). Abdominal Pain in Children and Symptoms of Somatization Disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 9(1), 77-86. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/jpepsy/9.1.77>
- Escobar, J. I. & Gureje, O. (2007). Influence of Cultural and Social Factors on the Epidemiology of Idiopathic Somatic Complaints and Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 841-845. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b007e>
- Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. & Golding, J. M. (1987). Somatization in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 44(8), 713-718. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800200039006>

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

- Freidl, M., Piralic-Spitzl, S., Grohe, N. & Aigner, M. (2012). Association between fear of stigma, depressive and anxiety symptoms in patients with somatoform pain disorder. *Psychiatrische Praxis*, 39(6), 263-6. Recuperado de <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305096>
- García Franco, O., Maggi, C. & Torales, J. (2013). Manejo básico del paciente agitado-violento en la sala de urgencias. *Revista Paraguaya de Psiquiatría*, 1, 37-42.
- Guzman, R. & Zegarra, H. (2007). Trastorno de Somatización. *Revista Paceyña de Medicina Familiar*, 4(6), 144-48.
- Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W. & Barsky, A. J. (2009). Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of general internal medicine*, 24(2), 155-61. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0845-0>
- Haug, T. T., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 845-851. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145823.85658.0c>
- Huang, M., Luo, B., Hu, J., Wei, N., Chen, L., Wang, S., ... Xu, Y. (2012). Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder: Results of a 6-week randomized study. *International Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 151-158. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328351c7e8>
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(3), 150-60.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 61(1-2), 4-24. <https://doi.org/10.1159/000288868>
- Kirmayer, L. J. & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001>
- Kriechman, A. M. (1987). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 226-31. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/00004583-198703000-00019>
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881-888. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
- Levenson, J. L. (2018). Somatic symptom disorder: Treatment. En D. Solomon (Ed.), *UpToDate*.

- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S. & Wittchen, H. U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17(6), 321-331. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00686-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00686-7)
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S. & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1436-1443. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.034>
- Martin, A., Rauh, E., Fichter, M. & Rief, W. (2007). A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics*, 48(4), 294-303. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.4.294>
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L. & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716-722. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816ffc39>
- Mayou, R. & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7358), 265-8.
- Ortiz, R., Ibarra, V., Almirón, M., González, I., Gómez, N. & Torales, J. (2018). *Fisioterapia en Salud Mental: una breve guía introductoria*. Asunción: EFACIM.
- Probst, M. (2017). Physiotherapy and Mental Health. En *Clinical Physical Therapy*. Recuperado de <https://doi.org/10.5772/67595>
- Reiter, R. C., Shakerin, L. R., Gambone, J. C. & Milburn, A. K. (1991). Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(1), 104-109. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(91\)90235-J](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90235-J)
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of abnormal psychology*, 107(4), 587-95.
- Rubio, G., Alamo, C. & Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2015). *Psychosomatic Medicine. En Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (11.a ed., pp. 465-503). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Servan-Schreiber, D., Tabas, G. & Kolb, R. (2000). Somatizing patients: part II. Practical management. *American family physician*, 61(5), 1423-8, 1431-2.
- Sharpe, M. & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization.

## *Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Torales et al.*

*International Review of Psychiatry*, 4(1), 81-97. Recuperado de <https://doi.org/10.3109/09540269209066305>

- Simon, G. E. & VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *The American journal of psychiatry*, 148(11), 1494-1500. Recuperado de <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.11.1494>
- Skjaerven, L. H., Mattsson, M., Parker, A. R., Catalan-Matamoros, D., Gard, G. & Gyllensten, A. L. (2015). Consensus on the theory of basic body awareness therapy – qualitative action research implemented into the movement awareness domain. *Physiotherapy*, 101, e1405-e1406. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.1357>
- Smith, G. R. (1994). The Course of Somatization and Its Effects on Utilization of Health Care Resources. *Psychosomatics*, 35(3), 263-267. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71774-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71774-6)
- Smith, G. R., Monson, R. A. & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *The New England journal of medicine*, 314(22), 1407-13. Recuperado de <https://doi.org/10.1056/NEJM198605293142203>
- Taycan, O., Özdemir, A. & Erdoğan Taycan, S. (2017). Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution. *Noro psikiyatri arsivi*, 54(2), 99-104. Recuperado de <https://doi.org/10.5152/npa.2016.12385>
- Tomasson, K., Kent, D. & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 288-293. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03146.x>
- Torales, J., Arce, A. & Zacarías, M. (2014). *La Guía TAZ de Psicofarmacología Clínica*. Asunción: Editorial EFACIM.
- van der Kruijs, S. J. M., Bodde, N. M. G., Vaessen, M. J., Lazeron, R. H. C., Vonck, K., Boon, P., ... Jansen, J. F. A. (2012). Functional connectivity of dissociation in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 83(3), 239-47. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-300776>
- Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L., ... Jemelka, R. P. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 658-664.
- Walker, L.S., Garber, J. & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(4), 379-394. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF00919084>

Walling, M. K., O'Hara, M. W., Reiter, R. C., Milburn, A. K., Lilly, G., & Vincent, S. D. (1994). Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstetrics and gynecology*, 84(2), 200-2006.

### **SOBRE LOS AUTORES**

*Julio Torales* es Profesor de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay.

*Iván Barrios* es Ayudante de Cátedra, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay.

*Israel González* es Médico residente de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay.

*Marcos Almirón* es Kinesiólogo residente, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay.

### **COMO CITAR**

Torales, J., Barrios, I., González, I. & Almirón, M. (2018). Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. *Rev. cient. estud. investig.*, 7(1), 150-166. doi: 10.26885/rcei.7.1.150