

# Los trastornos somatoformes y la comorbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico

Alma García-Alcaraz\*

## Summary

Patients with unexplained physical symptoms pose diagnostic and therapeutic problems for psychiatric and general medical practitioners. These symptoms are also a major stimulus to diagnostic procedures and health care utilization.

Although a somatization disorder that meets DSM III criteria is rare in the general population, less severe forms of somatization are common and are associated with both significant comorbidity and increased use of health services.

It seems that these symptoms form a continuum on which increasing levels of somatic symptoms are indicative of increasing distress and disability.

In the present study comorbid psychiatric diagnoses are analyzed in 80 patients with unexplained physical symptoms in primary care, in whom a greater number of somatic symptoms is associated with a higher comorbidity level.

**Key words:** Somatoform dysfunction, comorbidity.

## Resumen

Los pacientes con síntomas físicos que no se pueden explicar médicamente, le plantean problemas diagnósticos y terapéuticos a los psiquiatras y a los médicos generales. La presencia de estos síntomas implica una mayor utilización de los recursos diagnósticos y de los servicios de salud.

Aunque el trastorno de somatización que reúne los criterios del DSM III es raro en la población general, son frecuentes las formas menos severas de somatización, las cuales se asocian tanto con una comorbilidad significativa como con un aumento en la utilización de servicios.

Al parecer, estos síntomas forman un continuum en el cual el aumento de los síntomas somáticos indica más malestar e incapacidad.

En este estudio se analiza la comorbilidad de los diagnósticos psiquiátricos en 80 pacientes con síntomas médicos que no se pueden explicar médicamente en la atención primaria, y en los cuales un mayor número de síntomas somáticos se asocia con un mayor nivel de comorbilidad.

**Palabras clave:** Trastorno somatoforme, comorbilidad.

## Antecedentes

### Introducción

Los trastornos somatoformes, de los cuales el trastorno de somatización es uno de los más prototípicos, se introdujeron para describir una nueva clase de síndromes psiquiátricos cuyos aspectos esenciales son los "síntomas físicos que sugieren un trastorno físico para el cual no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y para el cual hay una evidencia positiva, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos" (1).

El criterio para determinar el trastorno de somatización es tener una "historia de múltiples síntomas somáticos físicos o la creencia de estar enfermo, que se inicia antes de los 30 años y que tienen una duración de varios años". En el sistema DSM III R, el paciente debe tener por lo menos 13 síntomas físicos de una lista de 37, los cuales se ubican dentro de seis grupos (7).

En el DSM IV se requieren ocho síntomas para dar este diagnóstico: cuatro dolorosos, dos gastrointestinales, un síntoma pseudoneurológico y uno sexual.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación y el diagnóstico de la CIE 10 para el trastorno de somatización son diferentes a los del DSM IV. Por una parte, se exige la presencia de 6 síntomas de una lista de 14, distribuidos como sigue: 6 síntomas gastrointestinales, 2 síntomas cardiovasculares, 3 síntomas genitourinarios y 3 síntomas relacionados "con la piel o el propio dolor".

Por otra parte, deben aparecer síntomas de por lo menos dos grupos: además, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE 10 requieren el "rechazo persistente a aceptar la opinión de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique estos síntomas físicos" (8).

Los pacientes con trastorno de somatización se encuentran entre aquellos que tienden a experimentar y a comunicar síntomas que son atribuidos equivocadamente a una enfermedad orgánica y a buscar para ellos ayuda médica, es decir, son los pacientes que genéricamente se conocen como somatizadores.

\* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Se ha estimado que una tercera parte de los pacientes con síntomas que no se pueden explicar médicamente, tienen una enfermedad psiquiátrica tratable que por no ser detectada origina un gran número de consultas, exámenes de laboratorio, prescripción de drogas, intervenciones quirúrgicas e incapacidades (14).

#### *Problemas del diagnóstico*

Frecuentemente se omite o no se diagnostica el trastorno de somatización. El diagnóstico de este trastorno es una tarea que casi siempre requiere de cierta experiencia clínica y de tiempo para explorar al paciente. Además, se debe considerar que el trastorno por somatización no se presenta solo, sino que se asocia con otros trastornos psiquiátricos; uno de los más frecuentes es la depresión, que en ese momento puede ser el diagnóstico principal y, posiblemente, la causa de una mayor incapacidad o de que se utilicen más los servicios de salud, por lo que al estudiar el trastorno de somatización debe estudiarse también la comorbilidad. Además, algunos pacientes con este trastorno manifiestan sus síntomas de una manera indefinida.

En la mayoría de los casos este trastorno se diagnostica por eliminación, ya que su evaluación clínica se basa en la exclusión de la patología orgánica—frecuentemente sistema por sistema—y mientras más se estudia este trastorno más probabilidades hay de encontrar alguna anormalidad espuria, lo cual hace que el médico utilice una enorme cantidad de recursos. Muchas veces, las investigaciones no tienen por objeto establecer un diagnóstico, sino convencer al paciente de que no tiene ninguna enfermedad, por lo que la enfermedad psiquiátrica no se detecta y el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

Se ha comprobado que algunos trastornos “funcionales” empeoran cuando se les descarta repetidamente, y a veces las investigaciones repetidas, aunque resulten negativas, aumentan la convicción del paciente de que tiene alguna enfermedad orgánica; además, las pruebas invasivas pueden causar por sí mismas alguna enfermedad (1).

#### *Problemas relacionados con los sistemas de salud*

En cuanto a la *calidad de la atención* que se le da a los pacientes que persisten en buscar una enfermedad médica como causa de sus síntomas funcionales, el peligro de los procedimientos invasivos de diagnóstico, la cirugía innecesaria y los tratamientos equivocados, pueden amenazar su salud y hasta su vida, y consumir recursos que podrían aprovecharse mejor.

Respecto a la *utilización excesiva e inadecuada de los servicios de la salud*, la actitud del médico que no detecta el problema del paciente puede ser iatrogénica, pues por temor a que la enfermedad pase inadvertida (falso negativo o error del primer tipo) diagnostica una enfermedad inexistente (falso positivo o error del segundo tipo), y al hacer esto, la “crea”. En general, los médicos parecen guiarse por esta regla: “si se tienen dudas, hay que seguir pensando que existe una enfermedad” (6), lo que puede llevar a reforzar la conducta enfermiza del paciente, sobre todo en los que tienen un comportamiento hipocondríaco.

Por lo que se refiere a los *costos*, los pacientes con trastorno de somatización parecen constituir un grupo poco numeroso pero con un exceso de síntomas y de utilización de servicios (10). En un estudio de 41 pacientes con trastorno de somatización, se encontró que erogaban una cantidad 14 veces mayor en cuidados médicos que otros pacientes crónicos, que su estado funcional era inferior, su percepción subjetiva era de mayor malestar y su promedio de incapacidad era de siete días/mes/cama (24).

#### *La prevalencia del trastorno de somatización y el SSI 4,6*

Los índices de prevalencia son variables; van desde un 0.2 % hasta un 2 % en las mujeres y hasta menos de 0.2 % en los hombres. Los índices pueden variar dependiendo de si el entrevistador es o no es médico, del método de valoración y de las variables demográficas de las muestras analizadas. Cuando el entrevistador no es médico es menos frecuente que se diagnostique el trastorno de somatización (8).

En los grupos de población estudiados por la ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (21) se investigó la contabilización de síntomas subsindrómicos o abreviados, tratando de cuantificar los factores psicopatológicos y sociodemográficos relacionados con el concepto más amplio de somatización y su distribución étnica en los grupos de población. Se establecieron arbitrariamente 4 o más síntomas contabilizados en los hombres, mientras que en las mujeres se establecieron dos síntomas más ( $n = 6$ ). Este método reducido se denomina Índice de Síntomas Somáticos 4,6 (SSI 4,6).

Se compararon las prevalencias del trastorno de somatización y del SSI 4,6 utilizando idéntica metodología en muestras representativas de tres grupos de población: personas de origen mexicano y blancos no hispanos, que residen en Los Angeles, y puertorriqueños que residen en Puerto Rico.

La prevalencia del trastorno de somatización en algún período de la vida fue de 0.06 % en Los Angeles y de 0.7 % en Puerto Rico. Los índices de prevalencia fueron iguales en los últimos 6 meses y en cualquier período anterior, mientras que las prevalencias del SSI 4,6 fueron de 4.4 % en Los Angeles y de 19 % en Puerto Rico. En ambos estudios fueron idénticos los factores sociodemográficos y psicopatológicos, asociados al concepto abreviado de somatización. El SSI 4,6 mostró una prevalencia mayor entre las mujeres, en los mayores de 40 años y en los que habían recibido un diagnóstico de depresión con trastorno distímico.

La comparación de la prevalencia del SSI 4,6 entre los distintos grupos étnicos mostró que los que residían en Puerto Rico poseían los mayores índices, seguidos de los individuos de origen mexicano y de los blancos no hispanos que residían en Los Angeles. Las mujeres de origen mexicano de más de 40 años tenían mayores índices de prevalencia que las mujeres blancas no hispanas de la misma edad. Sin embargo, el riesgo relativo de SSI 4,6 entre los puertorriqueños siguió siendo 2 veces superior al de otros grupos, aún tomando en cuenta la edad, el sexo y el nivel cultural.

Por otra parte, los estudios de la ECA en Los Angeles mostraron que cuando se consideraban los criterios

por lo menos para un diagnóstico psiquiátrico, los que cumplían además los criterios de SSI 4,6 utilizaban más los servicios médicos que los que no los cumplían.

Se ha considerado que la validez de un sistema de medición de la somatización se deriva de su gran capacidad para predecir la invalidez. En el estudio de la ECA de los Angeles y en los de Puerto Rico, la diferencia de los índices de invalidez entre los que se situaban por encima del SSI 4,6 y los que se situaban por debajo fueron muy importantes en ambos lugares. También se encontró que la prevalencia del SSI 4,6 aumentaba paulatinamente desde los que no habían tenido otro diagnóstico en la entrevista estructurada hasta los que presentaban depresión o distimia. Este aumento fue más notable entre los mexicanos y los individuos de origen puertorriqueño (9).

### *Tipo de síntomas*

En algunas culturas es más notable que en otras la tendencia de los casos psiquiátricos a presentarse con síntomas no específicos. Pilowsky y Spence (1977), en una revisión de la bibliografía sobre la etnicidad y la conducta del padecimiento, sugieren que los grupos de cultura mediterránea perciben y comunican más sus síntomas de malestar físico. Este fenómeno se ha observado en muchos países en desarrollo: en Colombia, la India, Sudan, las Filipinas, Kenya, Etiopía y África negra. En el estudio de Kenya, los síntomas más frecuentes eran el dolor, el cansancio, la debilidad, los trastornos del sueño, las palpitaciones y la diarrea.

En su informe sobre 773 pacientes deprimidos que acudían a los servicios de atención primaria, Watts (1970), enumera 10 de los síntomas que se presentan con más frecuencia: 1) cansancio, debilidad, 2) dolor de cabeza, 3) ansiedad o tensión, 4) estado de ánimo depresivo, 5) dolor de espalda, 6) insomnio, 7) dolor en el pecho, 8) dispepsia, 9) vértigo y 10) dolores en el tronco, brazos y piernas (3).

### *Comorbilidad*

Los pacientes con trastorno de somatización presentan otros trastornos psiquiátricos además de la depresión, como ansiedad, trastorno de angustia y abuso de sustancias (18). Cuando se hacían los diagnósticos con reglas de exclusión no se podía dar más de un diagnóstico; si se daba un diagnóstico por un trastorno psiquiátrico que se había iniciado antes, ya no se podía dar otro por alguno que se presentara después. Se ha estudiado la comorbilidad en el síndrome de Briquet, lo que se puede considerar como un antecedente histórico de la actual clasificación del trastorno de somatización. Este síndrome se conoce como histeria y se define como una historia médica que predomina en las mujeres, que se inicia antes de los 30 años de edad y que incluye un mínimo de 25 de los 59 síntomas que no se explican médicamente por lo menos en nueve de diez grupos de síntomas. Además de este estudio, no se han hecho otros para determinar si puede compararse el síndrome de Briquet con el trastorno de somatización. Por otra parte, los síntomas de otros trastornos (de angustia o de depresión) son similares a

muchos de los síntomas del trastorno de somatización o del síndrome de Briquet, por lo que no se diagnosticaban en forma simultánea. Se ha sugerido que el síndrome de Briquet puede ser tanto una enfermedad primaria como un síndrome que se presenta dentro del contexto de otros trastornos. La hipocondriasis puede ser uno de ellos por presentarse como un trastorno primario o como consecuencia de otros trastornos, por ejemplo, de los trastornos afectivos o de la esquizofrenia. En ocasiones los otros trastornos están enmascarados por el síndrome de Briquet (15).

Swartz y cols. (1986, 1988) indicaron que hay otros trastornos que se presentan junto con el trastorno de somatización cuando se omiten los criterios de exclusión: 70.2 % fueron positivos en la fobia simple, 64.8 % en la depresión mayor, 64.0 % en la agorafobia, 51.6 % en el trastorno obsesivo-compulsivo, 42.5 % en el trastorno por angustia, 38.1 % en la esquizofrenia, 35.1 % en el trastorno afectivo atípico, 29.6 % en la fobia social, 17 % tanto en la dependencia como en el abuso de alcohol, y 15.5 % en la distimia. En forma similar, Liskow y cols. (1986) reportaron que aumentó la comorbilidad con varios de estos trastornos y agregaron la personalidad antisocial, la dependencia a sustancias y la anorexia nervosa. Otro estudio informa de una comorbilidad de 86 % en los trastornos afectivos durante algún período de la vida, y de 43 % en los trastornos de ansiedad (20).

Los síntomas de ansiedad y de depresión se han encontrado intercalados particularmente con el trastorno de somatización. De Souza y cols. (1988) encontraron que todos los pacientes con trastorno de somatización se quejaban de un mayor número de síntomas depresivos que los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor. Esto sugiere que los pacientes que dicen padecer de un gran número de síntomas depresivos podrían diagnosticarse como trastorno de somatización más que como trastorno depresivo mayor con síntomas somáticos.

En una muestra de pacientes con fatiga crónica, se encontró que dos tercios de los pacientes con el sub-síndrome SSI 4,6 presentaban trastornos efectivos y de ansiedad así como trastorno de somatización, hipocondriasis y otros trastornos somatoformes (11).

En otro estudio sobre una muestra de pacientes de primer nivel de atención, 10.9 % reunió los criterios de depresión mayor o trastorno de ansiedad, de los cuales tres cuartas partes presentaban únicamente síntomas somáticos (13).

En el estudio de la ECA, el aumento en el número de síntomas de somatización se asoció de manera determinante con la manifestación abierta de malestar psicológico y síntomas psiquiátricos. De los que tenían cinco o más síntomas somáticos funcionales en ese momento, 63 % dijeron tener síntomas psicológicos actuales y 50 % reunieron los criterios del diagnóstico psiquiátrico actual (comparados con 7 % y 6 %, respectivamente, entre aquellos que no presentaron síntomas de somatización actual). Los síntomas de somatización estuvieron más asociados con los síntomas de ansiedad y de depresión; de manera intermedia con los síntomas de trastornos psicóticos, y menos aún con los síntomas de abuso de sustancias y personalidad antisocial (23).

## Método

### Muestra

En una muestra de 87 pacientes que presentaban síntomas de trastorno de somatización, se procedió de la siguiente forma para estudiar la comorbilidad: los pacientes procedían de un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención, ubicado en la Delegación Alvaro Obregón de la Ciudad de México. La población estudiada fue enviada por el médico general familiar al psiquiatra de la clínica, quien a su vez la refirió al psiquiatra investigador, o bien, directamente al psiquiatra investigador por el médico familiar, con los siguientes criterios de selección: los pacientes de más de 15 años de edad y los que solicitaran atención médica por síntomas físicos para los cuales no se encontrara una patología orgánica, después de interrogarlos y explorarlos físicamente. Los síntomas físicos por los que habían acudido a consulta deberían estar incluidos, de preferencia, en los síntomas del trastorno de somatización del DSM III R. También se incluyó a los pacientes que tenían seis meses de evolución sin un diagnóstico claramente definido. Se excluyó a 4 pacientes por haberse encontrado que el motivo de consulta era inicialmente una patología con presentación psiquiátrica y no somática, y 3 pacientes a quienes se consideró necesario hacerles una revaloración médica o exámenes paraclínicos para excluir la posibilidad de que la causa de los síntomas fuera una enfermedad orgánica.

### Instrumentos

Se utilizó la entrevista psiquiátrica estructurada CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) (Versión 1.0, Rev.4, 1990) que se diseñó con base en las definiciones y criterios diagnósticos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III R) y de otros sistemas diagnósticos. Por medio de algoritmos computarizados, la entrevista proporciona diagnósticos psiquiátricos tanto actuales como de toda la vida, de acuerdo con los sistemas diagnósticos ya mencionados. Se encuentra en diferentes versiones y se le pueden agregar módulos para los diagnósticos que no están incluidos en la versión nuclear. Puede ser administrada por clínicos y no clínicos. En el presente estudio se utilizaron todos los módulos del CIDI, excluyendo los de dependencia a la nicotina, el de trastorno maniaco y el de los trastornos de la conducta alimentaria.

### Procedimiento

Todos los pacientes fueron entrevistados por un psiquiatra. Para ser considerado como "caso", el paciente debe satisfacer los criterios operacionales de Bridges y Goldberg (2):

1. *Conducta clínica*: el paciente debe buscar ayuda médica debido a las manifestaciones somáticas de una enfermedad psiquiátrica y no presentar síntomas psicológicos.
2. *Atribución*: al consultar al médico, el paciente debe considerar que estas manifestaciones somáticas se deben a una enfermedad física.

3. *Enfermedad psiquiátrica*: el paciente debe comunicarle al psiquiatra investigador los síntomas que justifiquen que se trata de un diagnóstico psiquiátrico que sea detectable por medio de los criterios de investigación estandarizados.
4. *Respuesta al tratamiento*: en opinión del psiquiatra investigador, el tratamiento del trastorno psiquiátrico deberá hacer desaparecer las manifestaciones somáticas, o revertirlas al nivel en que estaban antes de que se presentara el episodio del trastorno psiquiátrico.
5. *Inclusión de los somatizadores "facultativos"*: es decir, de aquellos que no atribuyeron sus síntomas somáticos a una enfermedad física cuando fueron entrevistados por el psiquiatra investigador, pero que cuando consultaron al médico sí la atribuían a una enfermedad física. Se les consideró como somatizadores "facultativos" por su conducta respecto a su enfermedad.

### Análisis

Para determinar la comorbilidad se estimaron los porcentajes y la asociación por medio de la razón de momios de los diagnósticos tanto del sistema del DSM III R como del sistema diagnóstico de la CIE 10, con el número de síntomas del trastorno de somatización. Se consideró que proporcionaba más información sobre la comorbilidad el valor de una razón de momios superior a 1.5, cuyo intervalo de confianza no incluyera el valor nulo; también se realizó la prueba  $X^2$ .

### Resultados

Se encontró un promedio de diagnósticos de 2.1, con una desviación estándar de  $\pm 1.9$ , y un promedio de síntomas somáticos de 8.27, con una desviación estándar de  $\pm 4.9$  (cuadro 1); los síntomas más frecuentes por los que se consultaba al médico eran: cefalea (17 %), dolor de espalda (10 %), dolor torácico (10 %), dolor abdominal (9.3 %), y mareo (7.5 %) (cuadro 2).

En cuanto a la comorbilidad, en el sistema DSM III R se encontraron porcentajes para 1-2 síntomas, 3-4 síntomas somáticos con  $p < 0.01$  y depresión mayor, y 8-13 síntomas con una  $p < 0.05$  para depresión mayor, con más de 13 síntomas con depresión mayor, distimia y agorafobia con  $p < 0.05$ ; y con una  $p < 0.01$  para ansiedad generalizada, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo y dolor somatoforme (cuadro 3).

En los diagnósticos de la CIE-10 se encontraron porcentajes para 1-2 síntomas y 8-13 síntomas con una  $p < 0.01$  con depresión; para 1-2 síntomas y más de 13 síntomas con dolor somatoforme y valor de  $p < 0.01$ ; con 5-7 síntomas y + 13 síntomas con depresión con  $p < 0.05$ ; con 8-13 síntomas para distimia con  $p < 0.05$ ; 5-7 síntomas con fobia específica y  $p < 0.05$ ; y + 13

CUADRO 1  
Diagnósticos y síntomas

	N	$\bar{X}$	D.S
Diagnósticos	174	2.1	$\pm 1.9$
Síntomas somáticos	662	8.27	$\pm 4.9$

**CUADRO 2**  
**Síntomas motivo de consulta**  
**(N = 160)**

<b>Gastrointestinales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dolor abdominal	15	9.3
Náuseas	5	3.1
Distensión	1	0.6
Intolerancia a los alimentos	1	0.6
Colitis o diarreas	1	0.6
<b>Cardiopulmonares</b>		
Falta de alimento (sin hacer esfuerzos)	10	6.2
Palpitaciones	11	7.0
Dolor torácico	16	10.0
Mareo	12	7.5
<b>Dolorosos</b>		
Cefalea	27	17.0
Dolor de espalda	16	10.0
Dolor articular	8	5.0
Dolor en las extremidades	9	5.6
Otros dolores	2	1.2
<b>Síntomas de conversión o pseudoneurológicos</b>		
Dificultad para deglutir	1	0.6
Visión borrosa	1	0.6
Debilidad muscular	5	3.1
Parestesias	8	5.0
<b>Síntomas sexuales femeninos</b>		
Menstruación dolorosa	1	0.6
Ciclos menstruales irregulares	3	2.0
Pérdidas menstruales excesivas	3	2.0
Vómitos durante el embarazo	1	0.6
Sensación de estar enfermo crónicamente	1	0.6
Ideas hipocondríacas	2	1.2

síntomas con trastorno obsesivo-compulsivo y una  $p < = 0.01$  (cuadro 4).

La razón de momios, presentó valores mayores en casi todos los diagnósticos cuando se asociaban con un mayor número de síntomas; en el sistema DSM III R se encontró una asociación de + 13 síntomas con 6 veces más depresión, 3 veces más distimia, 3 veces más ansiedad generalizada, 3 veces más agorafobia, 5 veces más fobia simple, 7 veces más trastorno obsesivo-compulsivo y 8 veces más dolor somatoforme,

aunque sólo en este último valor, el intervalo de confianza no incluyó el valor nulo (cuadro 5).

En la clasificación de la CIE 10, los resultados fueron similares, excepto para dolor somatoforme, que se encontró 13 veces más en asociación con + de 13 síntomas en referencia a la asociación con 1-2 síntomas (cuadro 6).

## Discusión

Los pacientes con síntomas físicos que no se pueden explicar médicamente le plantean problemas diagnósticos y terapéuticos a los psiquiatras y a los médicos generales. La presentación de estos síntomas da por resultado que se haga una mayor utilización de los servicios de salud. Aunque el trastorno de somatización como aparece en los criterios del DSM III R no es tan frecuente entre la población general, hay formas menos graves de somatización que son más comunes y que se asocian tanto con la morbilidad significativa como con el aumento en la utilización de los servicios de salud. Las explicaciones tradicionales sobre la somatización consideran que los síntomas somáticos son una variante de la expresión de un trastorno psiquiátrico subyacente, que generalmente es la depresión; los pacientes dicen experimentar síntomas físicos en lugar de emocionales.

Hay estudios que hablan de una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos, especialmente de depresión, en las muestras de pacientes que presentan síntomas físicos que no se pueden explicar médicamente.

En algunos de estos estudios, el número de síntomas somáticos muestra una relación lineal tanto con la morbilidad actual como con la de toda la vida, particularmente respecto a los trastornos depresivos y de ansiedad (23).

No se han llevado a cabo suficientes estudios para aclarar algunas preguntas relacionadas con la comorbilidad en estos grupos de pacientes, como cuál es la causa del exceso aparente de comorbilidad; si sólo se debe al reporte excesivo de síntomas psiquiátricos de los pacientes con trastorno de somatización; si es un trastorno heterogéneo y en algunos casos representa una enfermedad primaria o si en otros es consecuen-

**CUADRO 3**  
**Comorbilidad sin criterios de exclusión**

	<b>Número de síntomas del trastorno por somatización</b>									
	<b>1-2(N = 7)</b>		<b>3-4(N = 11)</b>		<b>5-7(N = 25)</b>		<b>8-13(N = 27)</b>		<b>+13(N = 10)</b>	
<b>Diagnóstico DSM III R</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depresión mayor	1	14.3*	3	27.2*	13	52	21	77.7**	9	90**
Distimia	2	28.5	1	9	6	24	10	37.0	6	60**
Ansiedad generalizada	2	28.5	1	9	6	24	8	29.6	6	60**
Agorafobia	0	0	0	0	3	12	5	18.5	4	40**
T. por angustia	2	28.5	0	0	3	12	2	7.4	2	20
Fobia simple	1	14.3	0	0	3	12	6	22.2	5	50*
Fobia social	0	0	0	0	5	20	5	18.5	1	10
T. Obs Comp.	0	0	0	0	1	4	1	3.7	2	20*
Dep. Alcohol	0	0	0	0	4	16	3	11.0	2	20
Dolor somatoforme	0	0	0	0	1	4	2	7.4	3	30**
Dep. sedantes	0	0	0	0	1	4	1	3.7	0	0

\*  $p < = 0.01$

\*\*  $p < = 0.05$

**CUADRO 4**  
Comorbilidad sin criterios de exclusión

Diagnóstico CIE-10	Número de síntomas del trastorno por somatización									
	1-2 (N = 7)		3-4 (N = 11)		5-7 (N = 25)		8-13 (N = 27)		+13 (N = 10)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Depresión	2	28.5*	6	54.5	14	56**	25	92.5*	10	100**
Distimia	2	28.5	1	9	7	28	9	33.3*	6	60
Ansiedad generalizada	2	28.5	3	27.2	13	52	12	44.4	6	60
Agorafobia	0	0	0	0	2	8	2	7.4	2	20
T. por angustia	1	14.2	0	0	2	8	1	3.7	2	20
Fobia específica	0	0	0	0	1	4**	5	18.5	4	40
Fobia social	0	0	0	0	5	20	4	14.8	1	10
T. Obs. Comp	0	0	0	0	1	4	1	3.7	2	20*
Dep. alcohol	0	0	0	0	3	12	4	14.8	1	10
Dolor somatoforme	0	0	4	36.3	13	52	10	37.0	9	90*
T. disociativos	0	0	0	0	0	0	3	11.1	1	10

\* p < 0.01

\*\* p < 0.05

**CUADRO 5**  
Comorbilidad sin criterios de exclusión

Diagnósticos DSM III R	Número de síntomas del trastorno por somatización									
	1-2 (N = 7)		3-4 (N = 11)		5-7 (N = 25)		8-13 (N = 27)		+13 (N = 10)	
	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %
Depresión mayor	0.09	(0.00,0.85)	0.20	(0.03,0.95)	0.62	(0.21,1.81)	3.37	(1.07,11.72)	7.15	(0.89,323.47)
Distimia	0.83	(0.07,5.60)	0.19	(0.00,1.49)	0.60	(0.17,1.92)	1.49	(0.49,4.41)	4.03	(0.83,21.22)
Ansiedad generalizada	0.99	(0.09,6.65)	0.21	(0.00,1.70)	0.71	(0.20,2.29)	1.07	(0.33,3.27)	4.68	(0.96,24.78)
Agorafobia	0.00	(0.00,3.66)	0.00	(0.00,2.00)	0.61	(0.10,2.73)	1.28	(0.29,5.05)	4.52	(0.76,23.26)
T. por angustia	3.77	(0.30,28.54)	0.00	(0.00,3.26)	1.11	(0.16,5.80)	0.53	(0.05,3.07)	2.25	(0.19,14.87)
Fobia simple	0.70	(0.01,6.59)	0.00	(0.00,1.65)	0.49	(0.08,2.10)	1.40	(0.36,5.07)	6.00	(0.12,20.68)
Fobia social	0.00	(0.00,4.55)	0.00	(0.00,2.50)	2.04	(0.44,9.01)	1.78	(0.38,7.82)	0.67	(0.01,5.87)
T. Obs. Comp.	0.00	(0.00,17.67)	0.00	(0.00,10.05)	0.72	(0.01,9.58)	0.64	(0.01,8.49)	8.50	(0.52,126.28)
Dep alcohol	0.00	(0.00,5.90)	0.00	(0.00,3.26)	1.90	(0.34,9.77)	0.98	(0.15,,08)	2.25	(0.19,14.87)
Dolor somatoforme	0.00	(0.00,10.03)	0.00	(0.00,5.61)	0.42	(0.01,4.7)	0.00	(0.00,2.10)	9.57	(1.03,82.07)
Dep. sedantes	0.00	(0.00,3.55)	0.00	(0.00,7.24)	0.00	(0.00,2.37)	2.00	(0.02,159.95)	0.00	(0.00,38.63)

**CUADRO 6**  
Comorbilidad sin criterios de exclusión  
Número de síntomas de trastorno por somatización

Diagnósticos DSM III R	Número de síntomas del trastorno por somatización									
	1-2 (N = 7)		3-4 (N = 11)		5-7 (N = 25)		8-13 (N = 27)		+13 (N = 10)	
	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %	RM	IC 95 %
Depresión	0.13	(0.01,0.91)	0.42	(0.010,2.01)	0.36	(0.11,1.12)	8.20	(1.70,77.08)	(...)	(...)
Distimia	0.82	(0.07,5.46)	0.18	(0.00,1.39)	0.74	(0.22,2.28)	1.06	(0.34,3.13)	3.75	(0.78,19.73)
Ansiedad generalizada	0.39	(0.04,2.59)	0.34	(0.05,1.61)	0.21	(0.42,3.47)	1.07	(0.39,2.90)	1.68	(0.36,8.78)
Agorafobia	0.00	(0.00,8.18)	0.00	(0.00,4.55)	0.87	(0.08,5.82)	0.77	(0.07,5.13)	3.25	(0.26,23.98)
T. por ansutia	2.27	(0.04,25.76)	0.00	(0.00,4.55)	0.87	(0.08,5.82)	0.77	(0.07,5.13)	2.25	(0.26,23.98)
Fobia específica	0.00	(0.00,3.03)	0.00	(0.00,1.65)	0.12	(0.00,0.92)	0.98	(0.23,363)	3.58	(0.62,17.84)
Fobia social	0.00	(0.00,4.55)	0.00	(0.00,2.50)	2.04	(0.44,9.01)	1.14	(0.22,5.05)	0.67	(0.01,5.87)
T. Obs. Comp.	0.00	(0.00,17.67)	0.00	(0.00,10.05)	0.72	(0.01,9.58)	0.64	(0.01,8.49)	8.50	(0.52,126.28)
Dep alcohol	0.00	(0.00,6.87)	0.00	(0.00,3.81)	1.36	(0.19,7.71)	2.13	(0.36,12.41)	1.00	(0.02,9.47)
Dolor somatoforme	0.00	(0.00,0.78)	0.66	(0.13,2.90)	1.51	(0.52,4.34)	0.61	(0.21,1.73)	14.33	(1.76,642.43)
T. disociativos	0.00	(0.00,17.67)	6.50	(0.48,347.60)	0.00	(0.00,3.32)	2.00	(0.02,159.96)	2.48	(0.04,34.51)

cia de una enfermedad; o si los pacientes con otros trastornos aumentan su vulnerabilidad a desarrollar el trastorno de somatización.

Los estudios sobre los problemas que se presentan en el tratamiento de estos pacientes son aún menos

numerosos. Hay un solo estudio controlado aleatoriamente que indica que los pacientes con trastorno de somatización pueden recibir una atención más apropiada si se logra que colaboren los psiquiatras y los médicos primarios. Después de una interconsulta psi-

quiátrica, el costo de la atención disminuye en un 55 % en el grupo en tratamiento, el cual mantiene un estado de salud funcional. Las recomendaciones de los psiquiatras a los médicos generales fueron las siguientes: 1) que haya un solo médico primario, 2) que las visitas sean cada 4 o 6 semanas durante breves períodos, 3) que se hagan exámenes físicos después de cada visita, 4) que se eviten las hospitalizaciones, los procedimientos diagnósticos, la cirugía, y los exámenes de laboratorio a menos de que sea evidente que se requieren por su enfermedad, 5) observar los signos de la enfermedad más que los síntomas 6) no decirle a los pacientes que "todo está en su cabeza" (25).

Además, algunos autores, como De Gruy y cols. (1987), sugieren que todos los pacientes de la práctica médica general se pueden tamizar al ingresar a los servicios, sin comprometer el flujo de pacientes. Si el médico de atención primaria conoce el cuadro completo del trastorno de somatización, y emplea un breve índice de tamizaje, puede dar un mejor diagnóstico

cuando se presenta este tipo de problemas.

Sería conveniente evaluar la posibilidad de aplicar en la clínica, junto con los actuales criterios de clasificación diagnóstica del trastorno de somatización, una guía abreviada sobre la somatización asociada con el trastorno de adaptación al estrés, con los trastornos de ansiedad y con los depresivos.

Los resultados de este estudio indican que los pacientes consultan más al médico por algún dolor, que por la comorbilidad. Los autores consideran que el trastorno de somatización es un continuum, y que al aumentar los síntomas somáticos aumenta también la comorbilidad y, probablemente, el nivel de malestar y de incapacidad, así como la utilización de los servicios médicos, aunque esto último no haya sido el objetivo del estudio.

Se requieren más estudios con muestras mayores de la población clínica y de la población general, para poder contestar algunos de los interrogantes que se plantean en nuestro medio.

## REFERENCIAS

1. BASS CH: *Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness*. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1990.
2. BRIDGES W, GOLDBERG D: Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 29:563-569, 1985.
3. BURVILL PW: The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. En: Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, Costa E, Silva JA, Lecrubier Y. (eds.) *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Hogrefe & Huber Publishers. Toronto, Lewiston NY, Bern, Göttingen, Stuttgart. World Health Organization, 1990.
4. DE GRUY F, COLUMBIA L, DICKINSON P: Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract*, 25:45-51, 1987.
5. DESOUZA C, OTHMER E, GABRIELLI W: Major depression and somatization disorder: the overlooked differential diagnosis. *Psychiatric Annals*, 18:340-348, 1988.
6. DONABEDIAN A: *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica, 84-105 y 161-165, México, 1988.
7. DSM III R *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona. 1988.
8. DSM IV *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona. 1995.
9. ESCOBAR JI, CANINO G: Síntomas somáticos no explicados médicamente. En: Guimon J, Mezzich J, Berrios G (eds): *Diagnóstico en Psiquiatría*. Salvat Editores S.A. Barcelona, Buenos Aires, 1987.
10. ESCOBAR JI, GOLDING J: Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *AJPH*, 77:837-840, 1987.
11. ESCOBAR JI, MANU P, MATTEWS D, LANE T, SWARTZ M, CANINO G: Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatric Developments*, 3:235-245, 1989.
12. KATON W, LIN E, VON KORFF M, RUSSO J, LIPSCOMB P, BUSH T: Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*, 148:34-40, 1991.
13. KIRMAYER L, ROBBINS J: Three form of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis*, 179:647-655, 1991.
14. LIPOWSKI Z: Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145:1358-1368, 1988.
15. LISKOW B: Briquet's syndrome, somatization disorder, and co-occurring psychiatric disorders. *Psychiatric Annals*, 18:350-352, 1988.
16. LISKOW B, OTHMER E, PENNICK EC: Is Briquet's syndrome a heterogeneous disorder? *Am J Psychiatry*, 143:626-629, 1986.
17. MARTIN RL: Problems in the diagnosis of somatization disorder: effects on research and clinical practice. *Psychiatric Annals*, 18:357-362, 1988.
18. OTHMER E: Somatization disorder. *Psychiatric Annals*, 18:330-331, 1988.
19. PILOWSKY I, SPENCE ND: Ethnicity and illness behaviour. *Psychol Med*, 7:447-462, 1977.
20. RIEF W, HILLER W, GEISSNER E, FICHTER M: A two year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosom*, 36:376-386, 1995.
21. ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN MM: Lifetime prevalence of specific disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:949-958, 1984.
22. SARTORIUS N, GOLDBERG D, GIROLAMO G, COSTA E SILVA JA, LECRUBIER Y: *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Hogrefe & Huber Publishers. World Health Organization, Toronto, Lewiston, Bern, Göttingen, Stuttgart. 1990.
23. SIMON GE, VONKORFF M: Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic catchment area study. *Am J Psychiatry*, 148:1494-1500, 1991.
24. SMITH G, MONSON R: Patients with multiple unexplained symptoms. *Arch Intern Med*, 146:69-78, 1986.
25. SMITH GR, MONSON RA, RAY DC: Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med*, 314:1407-1413, 1986.
26. SWARTZ M, BLAZER D, GEORGE L: Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry*, 143:1403-1408, 1986.
27. SWARTZ M, BLAZER D, GEORGE L: Somatization disorder in a southern community. *Psychiatric Annals*, 18:335-339, 1988.
28. WATTS CAH: A long term follow up of mental hospital admissions from a rural community. *J Roy Coll Gen Pract*, 20:79-.89, 1970. En: Burvill PW: The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. En: Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, Costa E, Silva JA, Lecrubier Y. *Psychological disorders in general medical settings*. Hogrefe & Huber Publishers. World Health Organization, 1990. Toronto, Lewiston NY, Bern, Göttingen, Stuttgart.