

La histeria moderna: Parte IV: Evolución de criterios diagnósticos del Trastorno por somatización

Carlos Cruz¹

"El texto que sigue trata de poner de manifiesto las limitaciones implícitas del proceder psicopatológico al uso"
(Espliego-Felipe A., 2005)

Resumen

Los trastornos somatomorfos son un grupo de desórdenes psiquiátricos caracterizados por una serie de signos y síntomas físicos en los cuales no es posible identificar una patología orgánica aparente, siendo evidente una relación con conflictos psicológicos de la persona.

Estos trastornos provienen de un conjunto de patologías derivados del concepto de neurosis histérica (término derivado del griego que hace referencia al útero).

Evolución de criterios diagnósticos:

1. El DSM-III abandona el término de histeria, creando dos categorías diagnósticas discretas: los trastornos somatomorfos y los disociativos.

Los criterios diagnósticos para identificar a los pacientes que presentan trastorno por somatización han variado a través del tiempo. Es así como, de una lista de 59 síntomas, se ha llegado a una escala de solo 15 síntomas que le permitiría tanto al médico especializado como al de atención primaria identificar rápida y eficazmente este trastorno en la población.

2. Síntomas físicos sin explicación médica (MUPS en inglés) o síntomas físicos persistentes (PPS en inglés). Grupo de enfermedades donde los signos y síntomas corporales son un foco importante. Se cree que se originan a partir de las interacciones mente-cuerpo defectuosas - el cerebro envía señales que inciden en la conciencia de los pacientes falsamente, sugiriendo un serio problema en el cuerpo.
3. El DSM-5 ha consolidado términos anteriores incluyendo el trastorno de somatización, el desorden de conversión y la hipocondría en un nuevo término de diagnóstico: trastorno de síntomas somáticos (SSD).

Palabras claves: histeria, trastorno por somatización, Síntomas físicos sin explicación médica, trastorno de síntoma somático.

Modern hysteria. Part IV: Evolution of diagnostic criteria for Somatization Disorder

Summary

Somatomorphic disorders are a group of psychiatric disorders characterized by a series of physical signs and symptoms in which it is not possible to identify an apparent organic pathology, a relationship with psychological conflicts of the person being evident.

These disorders come from a set of pathologies derived from the concept of hysterical neurosis (a term derived from the Greek referring to the uterus).

Evolution of diagnostic criteria:

1. DSM-III abandons the term of hysteria, creating two discrete diagnostic categories: somatomorphic and dissociative disorders.

Diagnostic criteria for identifying patients with somatization disorder have varied over time. That is, from a list of 59 symptoms, has reached a scale of only 15 symptoms that would allow both the specialized doctor and the primary care, to quickly and effectively identify this disorder in the population.

2. Physical symptoms without medical explanation (MUPS) or Persistent physical symptoms (PPS). Group of diseases where body signs and symptoms are an important focus. It is thought to originate from defective mind-body interactions - the brain sends signals that impinge on the patients' consciousness falsely, suggesting a serious problem in the body.
3. DSM-5 has consolidated previous terms including somatization disorder, conversion disorder, hypochondria into a new diagnostic term: somatic symptom disorder (SSD).

Key words: hysteria, somatization disorder, physical symptoms without medical explanation, somatic symptom disorder.

1. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales.

Introducción

Para la identificación de este trastorno, específicamente el trastorno por somatización, existen una serie de escalas basadas en la presencia de un número determinado de síntomas. Estas escalas diagnósticas han sufrido reestructuraciones logrando crear pruebas acotadas y eficientes de fácil uso en atención primaria que nos permitirán identificar esta patología con menor dificultad.

Los trastornos somatomorfos fueron descritos por primera vez en el estudio de Briquet (1859), quien consideró con el diagnóstico de HISTERIA a aquellos pacientes que presentaban de una lista de 59 síntomas, ciertas quejas cuando se los sometía a estrés.

Estos trastornos provienen de un conjunto de patologías derivados del concepto de neurosis histérica (término derivado del griego que hace referencia al útero).

Evolución de criterios diagnósticos I

El DSM-III abandona el término de histeria, creando dos categorías diagnósticas discretas: los trastornos somatomorfos y los disociativos. El primero se focaliza más en las cuestiones de carácter somático y el segundo apunta más a fenómenos de tipo cognitivo, implicando cambios de la conciencia, memoria y personalidad.

En el año 1980, el DSM-III introdujo el trastorno por somatización como categoría diagnóstica. La lista de síntomas se rebajó a 37, de los cuales se necesitaba la presencia de 12 síntomas para los hombres y 14 para la mujer. Aquí se incluye el trastorno de somatización (síndrome de Briquet o histeria), el desorden de conversión, el desorden de dolor psicógeno, la hipocondría, el desorden somatoforme atípico y el trastorno dismórfico o dismorfofobia.

En el DSM-III-R los criterios fueron modificados a una lista de 35 síntomas, necesitando para el diagnóstico la presencia de 13 síntomas tanto para mujeres como para los hombres.

Escobar y colaboradores, en un intento de ofrecer un mayor nivel diagnóstico a pacientes que presentaban quejas físicas no explicables por patología orgánica, y que no entraban dentro de las categorías anteriores, elaboró el SSI basado en la lista de síntomas del DSM-III-R, estableciendo la presencia de 4 síntomas positivos en hombres y 6 síntomas positivos en las mujeres para hacer el diagnóstico de somatización. (Escobar JI 1998)

En el año 2007 se diseñó una nueva escala, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ). Éste contiene preguntas de 13 sínto-

mas: (5 dolorosos, 1 ginecológico, 1 sexual, 1 cardíaco, 1 muscular, 1 neurológico, 2 gastrointestinales, 1 respiratorio). A fines del 2007 la escala PHQ fue modificada, agregando 2 nuevos síntomas de tipo gastrointestinal, dando origen al PHQ-15, quedando entonces en un total de 15 síntomas somáticos que raramente han sido atribuidos a alteraciones orgánicas.

Los criterios diagnósticos para identificar a los pacientes que presentan trastorno por somatización han variado a través del tiempo. Es así como, de una lista de 59 síntomas, se ha llegado a una escala de solo 15 síntomas que le permitiría tanto al médico especializado como al de atención primaria, identificar rápida y eficazmente este trastorno en la población.

Etiologías de T. somatomorfos

Las primeras hipótesis psicodinámicas se basaban en estudios de histeria. Central en esta línea de razonamiento es la noción de la conversión como reflejo de los mecanismos de defensa que transforman simbólicamente el trauma emocional inconsciente y el conflicto en síntomas físicos.

Desde otras escuelas se han planteado otras hipótesis. Quizás la más interesante es la que define las somatizaciones como fruto de amplificaciones de las sensaciones fisiológicas normales, que se distorsionan por un incremento de la conciencia, sensibilidad y por una atención selectiva. (García O., 2007)

Además, una asociación clínica observable con enfermedades infantiles en el paciente y antecedentes de ansiedad paterna hacia la enfermedad, aumento de la frecuencia del trastorno de somatización en parientes de primer grado, posible base neuropsiquiátrica para el trastorno con una evaluación defectuosa de la entrada sensorial somática normal, asociación con abuso sexual infantil.

Los T de S son el resultado de la activación o regresión a los síntomas somáticos subsimbólicos disociados de las representaciones verbales y simbólicas de sentimientos y objetos. Por lo tanto, los pacientes experimentan signos somáticos, separados del significado psicológico, o, en otras palabras, exhiben alexitimia. (Chalder Trudie, 2014) (Figura 1)

¿Qué es la somatización? Lipowski (1988) la concibe como una tendencia a experimentar y expresar malestar (distress) psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa, y en consecuencia, solicita atención médica para ellos. Distingue varias dimensiones de la somatización:

1. duración: puede ser transitoria o persistente,
2. grado de hipocondría (preocupación por sus síntomas y el temor de encontrarse enfermos),

Figura N°1

Características de la alexitimia

Incapacidad para usar palabras apropiadas para describir emociones
Tendencia a describir detalles en lugar de sentimientos
Falta de una rica vida de fantasía
El contenido del pensamiento se asocia más con eventos externos que con fantasía o emociones
Desconocimiento de las reacciones somáticas comunes que acompañan a la experiencia de una variedad de sentimientos
Explosiones ocasionales pero violentas y a menudo inapropiadas de comportamiento afectivo

(Favaa Giovanni A., 2000)

- emocionalidad manifiesta (los pacientes pueden oscilar desde la indiferencia hasta el pánico o la incapacidad severa),
- habilidad para describir los sentimientos y desarrollar fantasías (algunos pacientes parecen carecer de ésta, mientras otros no)

Por otra parte, la somatización puede ser entendida como un patrón de conducta de enfermedad: podría ser la expresión de un rasgo de personalidad subyacente o de una tendencia a adoptar el papel de enfermo. (Velasco S., 2006) (Claraco LM., 1999).

Existe evidencia de que en algunos contextos socioculturales la somatización entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo, y la disconformidad que resulta de estos problemas, está socioculturalmente sancionada. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. (Di Silvestre, Cristina., 1998).

Aproximación al problema

"En el ejercicio ambulatorio de la Medicina Interna y General, pero también en ocasiones de las especialidades, no suele ser infrecuente encontrarse con pacientes polisintomáticos que llegan muchas veces premunidos de una larga lista de quejas".

"Algias diversas, como cefaleas, lumbalgias, mialgias, precordalgias, síntomas intestinales, disnea, mareos o fatiga, frecuentemente quedan sin explicación después del examen médico. Estos casos pueden ser encasillados en síndromes funcionales de fatiga crónica, dolor crónico, fibromialgia, colon irritable o como síndromes somatomorfos (somatización)". (Altuzarra R. 2004) (Pilowsky I. 1969)

Epidemiología

La somatización es diez veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Los primeros síntomas aparecen en la adolescencia y suelen alcanzar los criterios de definición alrededor de los treinta años. Es un mal crónico, fluctuante y las remisiones completas son raras. Para hacer más compleja la situación, la somatización puede asociarse a otras condiciones psiquiátricas que incluyen la depresión severa (55% de los pacientes), trastorno de ansiedad (34%), trastornos de la personalidad (61%) y trastorno de pánico (26 %). (Holloway KL, 2000)

El costo financiero actual en los Estados Unidos supera los US\$ 100 mil millones anuales. Esto no incluye los costos indirectos sustanciales de la pérdida de productividad en el lugar de trabajo y los pagos por discapacidad. Otra carga y costo oculto para la sociedad proviene de las ventas de medicamentos recetados y de venta libre que apuntan a dolencias menores comunes y alimentadas por publicidad directa al consumidor. (Chalder Trudie, 2014)

Los Trastornos por somatización son un grupo de desórdenes psiquiátricos que causan síntomas físicos inexplicables por una condición médica. Los estudios epidemiológicos fijan la prevalencia de estos trastornos en 0,2 y 2% en mujeres y en menos de 0,2% para los hombres. En Santiago de Chile, en un estudio multicéntrico de la OMS sobre "Síntomas psicológicos en la atención primaria de salud", encontramos una prevalencia del 2,7% según criterios de la CIE-10, cifra que aumenta a 8,9% si se usan los criterios menos restrictivos propuestos por Escobar. (Kroenke K, 2002) (Florenzano R, 1998) (Margo KL, 1994)

Se utilizó la tabla de screening para trastornos por somatización en español "Cuestionario de Salud del paciente". Al aplicar en una muestra aleatoria de 100 personas en la atención primaria de salud del hospital El Pino se constató una frecuencia de sospecha de un 34,15% para el Trastorno por somatización, la cual sería 12 veces mayor a la indicada con los criterios del CIE-10 y casi 4 veces mayor que la indicada por los criterios de Escobar. (Alvarez A., 2009) (Barsky AJ, 1995) (Phillips. V., (2015)

Una prevalencia para trastorno de somatización en pacientes hospitalizados de 5,8 %. Se compara con cifras obtenidas en el estudio realizado por la OMS (2,7%) y el mismo realizado con criterios diagnósticos de Escobar (8,9%), Otro punto analizado es la comparación entre géneros; donde se observa una frecuencia mayor en mujeres que en hombres, en una razón de 5:1 (Cruz C, no publicado) (Florenzano, R., 2002) (Liao SC, 2016)

Se evaluó la cantidad de pacientes policonsultantes cuya recurrencia al servicio de urgencia, pudiese estar asociada a alto índice de sospecha de trastornos somatomorfos. Se obtuvo un

número muestral de 104 pacientes policonsultantes. Según este estudio, la prevalencia de esta enfermedad en policonsultantes es de 71,15, y a partir de la segunda década de vida, el 80,88% de las mujeres y un 52,77% de los hombres. (Cruz C, no publicado) (Jacob R, 2016)

La policonsulta constituye un desafío importante para los sistemas de salud modernos y tiene estrecha relación con problemas de salud mental, entre ellos depresión, así como con el gasto que involucran. Existe un fuerte impacto psicológico de estos pacientes sobre del equipo de APS, el cual muchas veces se ve sobrepasado y sumido en la frustración de no lograr dar solución a las demandas de este grupo. (Ballas M., (2016) (Aiarza-guena José M.; 2008) (Lee Kimberley. 2016)

Evolución de criterios diagnósticos II

Síntomas físicos sin explicación médica (MUPS en inglés) o síntomas físicos Persistentes (PPS en inglés)

Grupo de enfermedades donde los signos y síntomas corporales son un foco importante. Se cree que se originan a partir de las interacciones mente-cuerpo defectuosas - el cerebro envía señales que inciden en la conciencia de los pacientes falsamente sugiriendo un serio problema en el cuerpo.

La concepción dualista ha sido una constante en las ciencias dedicadas al estudio de los seres humanos, sobre la relación entre el cuerpo y la mente a partir de Descartes, para hacer referencia a la conclusión de los científicos acerca de la incapacidad humana de comprender cómo el cuerpo y la mente están unidos. (Novoa, 2002) William Cullen (1710-1790) asignó el concepto de neurosis para denominar a las que entonces se llamaban "enfermedades nerviosas", 'sin inflamación ni lesión de estructura'. (Hare Edward, 1991)

Los síntomas son médicamente inexplicables. Los pacientes están convencidos de que su sufrimiento proviene de algún tipo de trastorno corporal no detectado y no tratado. Son extremadamente comunes. Son frecuentemente persistentes (es decir, crónicos). La terapia médica convencional es bastante ineficaz (Figura 2 y 3)

Concluimos que una simple categorización de los síntomas en tipos médicos y psiquiátricos no sólo es teóricamente problemática, sino también puede ser inútil en proporcionar la base para la planificación y atención médica.

Nosotros proponemos tres requisitos que cualquier sistema de diagnóstico debe cumplir:

1. Debería alentar a prestar la debida atención a los síntomas por sí mismos. No deben ser oscurecidos por un diagnóstico médico o por uno psiquiátrico.

Figura N°2

Diferentes términos para Síntomas físicos médicamente inexplicables

- Funcional (por ejemplo, "dispepsia funcional", que afecta a factores fisiológicos o psicológicos, pero no debido a trastorno estructural / físico / químico)
- Síntomas médicamente inexplicables (SMI) / Médicamente, síntomas físicos inexplicables (síntomas explicados por el modelo médico)
- Dolor idiopático (por ejemplo, dolor torácico idiopático - significa causa desconocida)
- Trastorno de angustia corporal (Fink & Schroder 2010) (Bodily distress Disorder)

(Chalder Trudie, 2014)

Figura N°3

Comparación de la frecuencia de los síntomas somáticos (Milán, Harare, Sao Paulo, Temple, Bangalore, 1997)

Dolor en las extremidades
Dolor de cabeza
Mareo
Dolor de pecho
Dolor de espalda
Respiración rápida
Dolor en la articulación
Debilidad
Dolor de estómago
Hinchazón

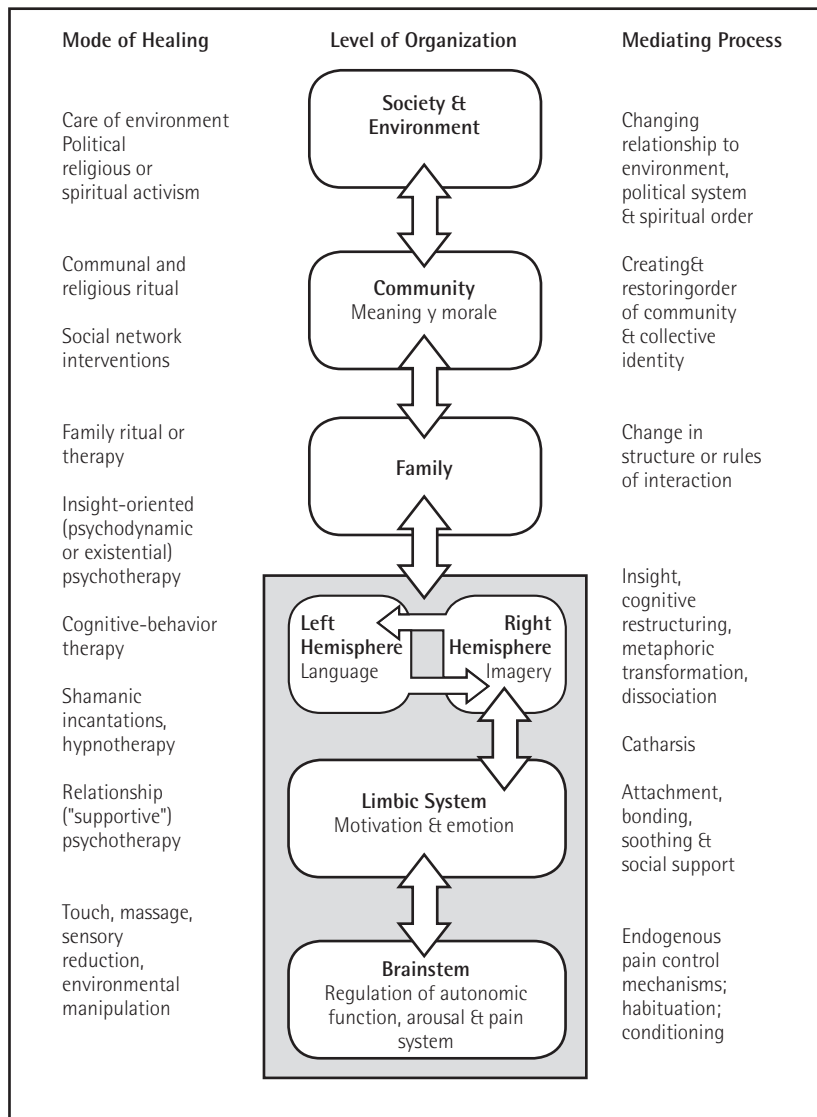
(Janca Aleksandar 1997)

2. Debe permitir la consideración de múltiples factores etiológicos y no meramente conceptualizar los síntomas como expresiones de patología corporal o psicopatología.
3. Debe evitar fomentar la dicotomización tradicional de los pacientes en hospitales y categorías médicas, sino que alientan un enfoque más de su gestión. (Sharpe Michael, (2006)

El enfoque transdiagnóstico al abordar los procesos es lo suficientemente flexible para abordar el trastorno. (Creed F, 2012) (Chalder Trudie & Willis Claire (2017) (Kirmayer LJ. 1989) (Figura 4)

Los trastornos somatoformes asociados a las MUPS siguen siendo un problema enorme en términos de prevalencia, sufrimiento personal y discapacidad, y los costos para la sociedad.

Figura N°4
El enfoque transdiagnóstico



Históricamente, el dolor sin aparente origen neurofisiológico, fue etiquetado como psicopatológico. Este enfoque es dañino al paciente y el médico. Contamina la relación terapéutica introduciendo un elemento de desconfianza mutua, así como culpa implícita, si no explícita. (Katz J, 2015) (Rief W. 2007) (Commissioning Support for London. 2010)

Hubo pruebas sólidas de que diez de las 28 variables psicológicas, codificadas en binario identificaban a aquellas personas con síntomas somáticos que necesitaban ayuda médica y / o

estaban seriamente incapacitadas. Estas variables incluyeron la "evitación de las actividades físicas", "sesgo por las atribuciones de la enfermedad somática", "autoconcepto de ser físicamente débil" y "desesperación por síntomas somáticos".

La relevancia de estas características psicológicas fue parcialmente confirmada por análisis de regresión por etapas, que mostraron una validez incremental en comparación con variables como síntomas somáticos y depresión. (Rief W, 2010)

Figura N°5

Trastornos somatoformes entre ICD-10, DSM-IV-TR. DSM 5

ICD-10 (WHO, 1990)	DSM-IV-TR (APA 2000)	DSM 5 (APA 2013)
Trastorno de somatización Trastornos disociativos (de conversión) Hipocondrías Síndromes de dolor sin causa orgánica específica neurológicos T. somatomorfo indiferenciado Otros trastornos psicogénicos Trastorno ficticio Desorden dismórfico del cuerpo	Trastorno de somatización Desorden de conversión Hipocondrías Trastorno del dolor T. somatomorfo indiferenciado T. somatomorfo no especificado Trastorno ficticio	Trastorno de síntoma somático Complejo Simple T ansiedad de la salud T funcional de los síntomas de los síntomas Trastorno ficticio

Figura N°6

Trastorno de Síntomas Somáticos (DSM-5)

<p>A. Síntomas somáticos: Uno o más síntomas somáticos que son angustiantes y / o resultan en una interrupción significativa en la vida diaria.</p> <p>B. Uno o más de: Pensamientos, sentimientos y / o comportamientos excesivos relacionados con estos síntomas somáticos o problemas de salud asociados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas 2) El nivel persistentemente alto de ansiedad sobre la salud o los síntomas 3) Tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o preocupación de salud <p>C. Cronicidad: Aunque un síntoma puede no estar continuamente presente, el estado de ser sintomático es persistente y dura más de 6 meses.</p> <p>Con predominio de dolor (antes T. dolor)</p> <p>Gravedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de síntoma somático es un trastorno caracterizado por persistencia, carga de síntomas y respuesta excesiva o maladaptativos a los síntomas somáticos. Hay un rango considerable de gravedad. Típicamente, el trastorno es más grave cuando hay múltiples síntomas somáticos. Además de cumplir los criterios A y C, se pueden utilizar las siguientes métricas para clasificar la gravedad: <p>Suave: Sólo 1 de los criterios B cumplidos Moderado: 2 o más criterios B cumplidos Grave: 2 o más criterios B cumplidos más síntomas somáticos múltiples.</p>
--

(Royal College of General Practitioners. 2009)

Evolución de criterios diagnósticos III

Estos cinco tipos de trastornos podrían agruparse en dos categorías más generales considerando lo predominante en ellas:

1) el t. de conversión, el de somatización y el t. de dolor somatoforme implican una *pérdida real o una alteración del funcionamiento físico*.

En contraste, la hipocondría y la dismorfofobia comparten la característica de *preocupación* con respecto a posibles problemas corporales.

Trastorno corporal dismórfico: GLADP propone que todo paciente que se presente con un cuadro bien fundamentado de trastorno dismórfico corporal se puede relacionar con otros trastornos delirantes (delusivos), persistentes (prolongados). (Berganza Carlos E., 2004) (American Psychiatric Association. (2013).

El DSM-5 ha consolidado términos anteriores incluyendo el trastorno de somatización, el desorden de conversión y la hipocondría, en un nuevo término de diagnóstico: trastorno de síntomas somáticos (SSD). (Kroenke K, 2007) (Figura 6)

Desactiva la centralidad de los síntomas médicamente inexplicables y define el trastorno en base a síntomas somáticos persistentes asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos desproporcionados relacionados con estos síntomas. (Dimsdale JE, 2013) (McFarlane AC, 2008)

Los criterios de clasificación que incluyen características psicológicas son ventajosos, para identificar a las personas con necesidades de atención médica. (Rief W, 2011) (Murray Alexandra, 2013)

Trastorno de somatización e indiferenciación: en el trastorno somatoforme son condiciones prevalentes caracterizada por

Figura N°7

Características clínicas

Características comunes del problema de presentación
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación dramática y emotiva de la historia y la apariencia • Autocentrado, hambriento de admiración, manipulador • Historias médicas largas y complicadas: marcos de tiempo confusos • Los pacientes suelen reportar que han estado enfermos toda su vida • Problemas psicológicos e interpersonales • Las amenazas de suicidio son comunes, pero rara vez se toman en cuenta
Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad genuina • Síndromes psiquiátricos-depresión, ansiedad • Estresores de la vida con síntomas psicofisiológicos asociados • Otro trastorno somático relacionado • Síntomas o síndromes psicogénicos voluntarios

síntomas médicamente inexplicables. Estas condiciones son independientes de -sin embargo a menudo comórbidas con-, depresión y trastornos de ansiedad

Los pacientes con estos síntomas también pueden cumplir criterios de uno u otro diagnóstico de una gama de síndromes somáticas funcionales (por ejemplo, fibromialgia, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica). (Stein Dan J. May 2008).

El nuevo trastorno de síntomas somáticos, de categoría mayor y más amplia, es una mejora significativa en el trastorno de somatización y las categorías relacionadas del DSM-IV. Aunque ha habido preocupación de que el nuevo diagnóstico sea argumento excesivo para aclarar un umbral bastante alto.

Se sugiere que los puntos clave son: el establecimiento de un *enfoque etiológico* que pueda influir sobre el tratamiento; describir cómo la buena atención médica de rutina puede prevenir las quejas somáticas que se convierten en crónicas y cómo las intervenciones pueden tratar complicaciones discapacitantes persistentes. (Mayou Richard. (2014) (Sharpe Michael. (2013) (Figura 7)

La histeria

Otros sistemas:

Criterios para la Investigación Psicossomática

Los criterios diagnósticos para la investigación psicossomática (DCPR) son un conjunto de 12 síndromes psicossomáticos y se proporcionan con una entrevista estructurada de diagnóstico confiable.

El sistema DCPR mostró su utilidad clínica con respecto a los siguientes aspectos clínicos: (1) subtipificación de pacientes

médicos, (2) identificación de sub-umbral o síndromes no detectados, (3) evalúa carga de los síndromes somáticos, y (4) la predicción de los resultados del tratamiento y la identificación de los factores de riesgo. (Porcelli Piero, 2015)

Medicina psicossomática

En los últimos 60 años, la medicina psicossomática se ha preguntado por algunos temas fundamentales sobre la salud y la enfermedad. Muchas de estas preguntas se trataron bien antes de la actual orientación médica predominante, con disciplinas tales como psiconeuroendocrinología, psico-inmunología, psiquiatría de consulta-enlace, medicina del comportamiento, psicología de la salud. Incluso aunque ahora pueden reclamar plena autonomía, en su capacidad psicossomática los vínculos son cruciales para su evolución equilibrada. (Fava Giovanni A, 2000) (Cosci F, 2016)

Condiciones comorbidas (Tomson M, 2013)

- Depresión, ansiedad, TOC, Anorexia / Bulimia nerviosa, Distimia, Trastornos de la personalidad
- Fibromialgia / Síndrome de Fatiga Crónica / Síndrome del Intestino Irritable
- ¿Trastorno psico-social-ocupacional severo?
- (violencia doméstica, abuso sexual / físico / emocional, intimidación, aislamiento, pobreza)
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño
- Drogas y alcohol
- (ser sensible, decidir el momento adecuado para preguntar, no lo ignore en las personas mayores)

Centrada en la persona

Utilizando la noción de preocupación por los síntomas, abogamos por una perspectiva de atención centrada en la persona que incluya *una perspectiva de la experiencia de los síntomas*. Esto requiere el desarrollo de destrezas profesionales que se centren en escuchar las narrativas de los pacientes, que incluyen la situación de la vida y las experiencias de enfermedad y un conocimiento más específico sobre cómo las experiencias de los síntomas pueden expresarse e interpretarse individualmente. (Brink Eva, 2013)

De los factores pronósticos.

Clasificación de los síntomas en categorías rígidas o de médicamente inexplicable no es ni factible ni útil en atención primaria. Proponemos un nuevo enfoque para la clasificación de los síntomas que hace más hincapié en los factores pronósticos. Sostenemos que tres criterios específicos (síntomas múltiples, sistemas múltiples, múltiples veces) pueden actuar como simples clasificadores en categorías de bienes, intermediarios y mal pronóstico. (Rosendal M, 2017)

Trastornos facticios

La persona busca la producción deliberada de síntomas para obtener asistencia médica. Estos trastornos se caracterizan por la producción deliberada o la exageración de los síntomas. (Sheikh A, 2013) La conducta es voluntaria en el sentido de que es deliberada, pero puede no controlarse, es decir, la motivación es inconsciente. La finalidad última es asumir el rol de enfermo (ganancia secundaria). (Bass Christopher. 2002)

Los pacientes pueden presentar síntomas físicos (fiebre o dermatitis) o psicológicos. En el "síndrome de Münchhausen" (SdM) predominan los síntomas somáticos.

- En el síndrome de Münchhausen por proxy, el síndrome psicológico o padre real (por ejemplo, la madre) presenta al niño bajo el pretexto de síntomas de la enfermedad, por ejemplo, un niño de 2 años les informó haber tenido "convulsiones" en la noche.
- En los trastornos facticios por poder, por el contrario, se toman medidas que son directamente perjudiciales para el niño (por ejemplo, la administración de medicamentos). (Heuft G. 2010)

Un estudio, en total, 372 personas estudiadas, arrojaron una muestra de 455 casos. Un total de 66,2% de los pacientes de nuestra muestra eran mujeres. La edad media de presentación fue de 34,2 años. La profesión de laboratorio se informó con mayor frecuencia (N = 122), a menudo después de la hospitalización por la verdadera enfermedad física. Un diagnóstico actual o pasado de depresión se describió con más frecuencia que el trastorno de la personalidad en los casos de comorbilidad psiquiátrica (41,8% frente a 16,5%) y más pacientes elegidos para autoinducir enfermedad o lesión (58,7%) que simulación o falsamente reportados. Los pacientes tenían más probabilidades de presentar problemas endocrinológicos, cardiológicos y dermatológicos. Un hallazgo sorprendente fue la ausencia de trastornos de la personalidad. (Yates GP, 2016) (Criddle L. 2010)

Finalmente, hay alguna evidencia de la historia familiar de trastornos facticios, siendo un factor de riesgo un registro de la niñez de contar mentiras, y la creación de una enfermedad facticia cuando se enfrentan con factores de estrés de la vida (por ejemplo, la pérdida). (Steel RM. 2009) (Maldonado José R. 2002)

Pacientes demuestran mentir patológico incontrolable (*pseudología fantástica*) y describirán su historia o síntomas con gran talento dramático, sin embargo, los hallazgos son clásicamente vagos, inconsistentes, sin testigos y difíciles de justificar o refutar. (Criddle L. 2010). Cuando se presentan pruebas de sus síntomas facticios, estos individuos se enojan, niegan las acusaciones de fabricación.

A pesar de la naturaleza reservada de Münchhausen y trastornos facticios, en general en la investigación epidemiológica tradicional se estima que hasta el 6-8% de todos los ingresos psiquiátricos y 1,3% de los ingresos hospitalarios generales podrían ser casos de trastornos facticios.

(SdM) imitando enfermedad psiquiátrica: "Él colaboró mal con respuestas precisas sobre el tiempo y la orientación espacial, afirmando que "no recuerdo" cuando se le pidió su identificación. Procedió a reclamar estar sufriendo tanto de alucinaciones auditivas y delirios, como en un caso clásico de libro de texto. Entonces comenzó a mostrar progresivamente un mutismo progresivo. La hipótesis del síndrome de Münchhausen se elevó, conduciendo a ingreso a la sala de psiquiatría para aclaración diagnóstica". (Almeida J, 2010)

Trastorno de la personalidad límite (BPD) y Trastornos facticios: Hay pocos datos sobre la relación. Goldstein informó que en 11/19 (58%) pacientes con trastorno facticio los criterios para el BPD; estos hallazgos, sugirió una nueva clasificación del trastorno facticio que explicaría la presencia de BPD. Por último, la asociación entre el trastorno facticio y el BPD ha sido sugerido previamente y discutido por Sansone y Sansone. Comportamientos de auto-sabotaje son comúnmente encontrados en pacientes psiquiátricos con trastorno de personalidad límite. (Gordon DK, 2013) (Sansone RA, 2008)

El curso de los trastornos facticios es bastante variable. La condición, aunque generalmente crónica, se caracteriza por un curso remitente y recaída. Sin embargo, en raras ocasiones, la condición puede limitarse a uno o más episodios breves. A menudo, el inicio se produce después de que los pacientes han sido hospitalizados por una "verdadera" condición médica o enfermedad mental. El pronóstico general para todas las formas de trastorno facticio es pobre (Maldonado José R. 2002)

Síndrome de Ganser (SG)

Ha evolucionado en la concepción nosológica, enfrentándose la etiopatogenia histérica con la psicosis, simulación, trastorno facticio, y/o daño orgánico. Ahondamos en las similitudes y las diferencias del SG con los trastornos facticios y con la simulación. (Merckelbach H, 2006) (Lee Hochang Benjamin, (2001) (Drob, S., & Meehan, K. (2000). (Karavatos. 2002)

Cuadro clínico: respuestas aproximadas, embotamiento de la conciencia, cambios neurológicos histéricos y alucinaciones. El comienzo y la remisión era muy abrupta y completa, con amnesia y perplejidad posterior y sin intencionalidad consciente en su presentación. Se ha designado el SG como: "estado crepuscular histérico", "estado de conciencia hipnoide" (Janet 1909), "puerilismo histérico" (Bleuler). Alonso Fernández lo considera pseudodemencia.

Tabla 1 Comparativa entre síndrome de Ganser, simulación y trastornos facticios			
Síndrome de Ganser	Simulación	t. facticios con síntomas psicológicos	T. Facticio con síntomas somáticos: S. Münchhausen
Producción involuntaria	Producción voluntaria	Producción voluntaria	Producción voluntaria
Beneficio interno (en el sentido de evitar la confrontación traumática) y opcional beneficio externo	Beneficio externo	Beneficio interno (en el sentido de adquirir el rol de enfermo)	Beneficio interno (en el sentido de adquirir el rol de enfermo)
Síntomas NO controlables	Síntomas Sí controlables	Síntomas NO controlables (compulsivos)	Síntomas NO controlables (compulsivos)
Amnesia selectiva	Miente	Pseudología fantástica	Pseudología fantástica
Opcional T personalidad de base ^a	NO	T. de personalidad base	T. de personalidad base
Se muestra raro, con conductas extravagantes, incomprensible, esforzándose en relación sumisa, aunque los pacientes son impenetrables. ^b	Falta la colaboración durante la evaluación diagnóstico o para ajustarse al régimen de tratamiento prescrito	Muy sugestionables, admiten tener parte de los síntomas adicionales que el entrevistador menciona. Buscan el tratamiento psiquiátrico.	Rehuyen el tratamiento psiquiátrico, buscan tratamiento somático
Remisiones e inicios espectaculares	Remisiones e inicios espectaculares	La hospitalización puede ser un estilo de vida	La hospitalización puede ser un estilo de vida
CI bajo	CI medio - alto	CI medio - alto	CI medio - alto
NO	NO	Imitan a algún familiar o conocido enfermo mental, se produce el característico vagabundo hospitalario o por consultas médicas	Pacientes relacionados son profesiones sanitarias, se produce el característico vagabundo hospitalario o por consultas médicas.
La fatiga por la duración de la entrevista empeoran las respuestas	La fatiga por la duración de la entrevista hace que las respuestas sean cada vez más "normales"	No influye	No influye
<i>Belle Indifference</i>	Dan muchos detalles sobre su padecimiento y cómo les afecta pero poca información del los síntomas	Angustia y preocupación	Angustia y preocupación
No observados, los síntomas permanecen	Desaparecen	Desaparecen	Desaparecen
NO	NO	Uso de sustancias psicoactivas	Uso de fármacos o autoprovocación de dolencias
Mecanismo de defensa: disociación (material traumático en conciencia paralela)	No hay "trauma"	Mecanismo de defensa: represión (material traumático en inconsciente), identificación y simbolización	Mecanismo de defensa: represión (material traumático en inconsciente), identificación y simbolización

a) En un estudio de Sigal Et al, 1992, en 15 pacientes con síndrome de Ganser, a todos se les diagnosticó un T. de personalidad: sobre todo del grupo B (trastorno antisocial e histriónico), y del grupo A (trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos), encontrando una correlación entre el menor desarrollo de organización de la personalidad y el mayor riesgo de desarrollar el síndrome de Ganser.

b) Henry Ey, 1965, hablaba de la aparente complacencia consciente de estos enfermos (3)

(Jiménez-Gómez Belén, 2012)

Simulación

En caso de sospecha de simulación, la responsabilidad del médico es probar la simulación considerando primero la enfermedad / trastorno y la simulación como exclusión. Simulación es comportamiento y no un diagnóstico.

Para Ingenieros, cada acto individual de simulación humana sea consciente o inconsciente, voluntario o accidental debe ser analizado como una estrategia psicológica utilizada para adaptarse a las condiciones y restricciones impuestas por el medio. Este recurso no es exclusivo del mundo de los delincuentes y marginales, al contrario, puede identificarse en los más variados ámbitos de la acción humana. (Caponi Sandra. 2016)

Se trata de situaciones que se presentan con relativa frecuencia en la práctica clínica y en el ejercicio médico-legal. La simulación de las enfermedades y lesiones traumáticas es un hecho muy frecuente y difícil de diagnosticar y combatir. (Valenzuela. M.A. 2012) (Adam A, 2014)

La neurosis de renta debe sospecharse en un paciente con sintomatología persistente, cesante, buscando compensación y trauma previo considerado causal.

Resumimos en la tabla 1, las semejanzas y diferencias entre el SG, la simulación, los trastornos facticios con síntomas psicológicos y trastornos facticios con síntomas somáticos (síndrome de Münchhausen).

Bibliografía

1. Adam A, Verdú F. La simulación en medicina legal: una relación de casos. *Gac. int. cienc. forense* ISSN 2174-9019 N° 10. Enero-Marzo, 2014
2. Aiarzaguena José M; Grandes Gonzalo; Salazar Agustín. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice, First Published:2008, Publisher Informa Healthcare.
3. Almeida J, da Silva JA, Xavier M, Gusmão R. Munchausen syndrome mimicking psychiatric disease with concomitant genuine physical illness. *BMJ Case Rep.* 2010 Nov 29;2010
4. Altuzarra R. Trastorno de somatización como prototipo de la enfermedad de enlace. 2004
5. Alvarez A., Aqueveque A., Araya M., Díaz F., Cruz C. Validación del cuestionario de salud del paciente como herramienta de tamizaje para trastornos por somatización. *Psiquiatría y Salud mental.* 2009, N° 1-2 (XXVI): 44-48.
6. American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, DC:
7. American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd ed.* Washington, DC.
8. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.).* Washington, DC
9. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).* Washington, DC
10. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).* Washington, DC
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC
12. Ballas M., Malagón M., Peláez F., Cruz M., Ávila L., Villagra V., Álvarez P., Lewin J., Vildosola D., Mora I., Rodríguez M., Cruz C. Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de atención primaria de salud (APS). *Consultorio "San Luis" Peñalolén. Psiquiatría y Salud Mental* (2016) N° 2. XXXIII: 117-122
13. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274:1931-4.
14. Bass Christopher, May Stephanie. Chronic multiple functional somatic symptoms. *BMJ.* 2002 Aug 10;325(7359):323-6
15. Berganza Carlos E., Villaseñor Bayardo Sergio. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).* Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación. América Latina, 2004. Ed. Tonocontinuo.
16. Brink Eva, Skott Carola. Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing,* 2013, 3, 563-567
17. Caponi Sandra. Los simuladores: verdad y poder en la psiquiatría de José Ingenieros. v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.1003-1022
18. Chalder Trudie Et Willis Claire (2017) "Lumping" and "splitting" medically unexplained symptoms: is there a role for a transdiagnostic approach?, *Journal of Mental Health,* 26:3, 187-191,
19. Chalder Trudie , Una introducción a "medicamente inexplicable" síntomas físicos persistentes. 2014 En: www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/.../Trudie-Chalder-intro.pdf
20. Claraco LM, Monreal A, García J. Manejo del paciente somatizador en atención primaria. *Form Méd Cont* 1999; 6(8): 536- 43.
21. Cosci F, Fava GA. The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. *CNS Spectr.* 2016 Aug;21(4):310-7
22. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2012 Dec;24(6):556-67
23. Criddle L. Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurse.* 2010 Dec;30(6):46-55
24. Commissioning Support for London. *Medically Unexplained Symptoms (MUS): A whole systems approach.* July 2009 – December 2010
25. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res.* 2013 Sep;75(3):223-8.
26. Di Silvestre, Cristina, Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio,* núm. 4, 1998
27. Drob, S., Et Meehan, K. (2000). The diagnosis of Ganser Syndrome in the practice of forensic psychology. *American Journal of Forensic Psychology,* 18(3), 37-62.
28. Espliego-Felipe A., A. Sánchez-Lequerica y P. Ramos-Gorostiza. Sobre el lugar del síndrome de Ganser en la nosotaxia: una muestra de la dificultad en la práctica psicopatológica. *Psiquiatr Biol.* 2005;12(6):246-51
29. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, et al: Abridged somatization: "A study in primary care". *Psychosom Med* 1998; 60:466-472.
30. Favva Giovanni A., Sonino Nicoletta. *Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives.* *Psychother Psychosom* 2000;69:184-197
31. Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., Escalona, R. "Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos". *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 47-55.

32. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C. Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev Med Chile* 1998; 126: 397-405.
33. García O. Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. *Revisión MG*, marzo, 2007
34. Gordon DK, Sansone RA. A relationship between factitious disorder and borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Nov;10(11-12):11-3
35. Hare Edward, the History of "Nervous Disorders" from 1600 to 1840, and a Comparison with Modern Views. *British Journal of Psychiatry* (1991), 159, 37-45
36. Heuft G. Differentiation is useful. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Jul;107(28-29):505-6
37. Holloway KL, Zerbe KJ. Simplified approach to somatization disorder. *Postgrad Med* 2000;108 (6):1-7.
38. Jacob R, Wong MI, Hayhurst C, Watson P, Morrison C. Designing services for frequent attenders to the emergency department: a characterisation of this population to inform service design. *Clin Med (Lond)*. 2016 Aug;16(4):325-9
39. Janca Aleksandar and Mohan Isaac. ICD-10 and DSM-IV Symptoms of Somatoform Disorders in Different Cultures. *Keio J Med* 1997; 46 (3): 128-131
40. Jiménez-Gómez Belén, Quintero Javier. Ganser syndrome: review and case report. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(3):161-4
41. Karavatos A. P. Petrikis, Z. Nasika. Savvidou. Old and modern nosological "adventures" of the Ganser's syndrome. *Psychiatriki* 2002, 13:97-105
42. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. 2015 Apr;60(4):160-7. Review
43. Kirmayer LJ. Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Santé Cult Health* 1989; 6: 241-70
44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002 Mar-Apr; 64(2):258-66.
45. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*. 2007 Jul-Aug;48(4):277-85.
46. Lee Hochang Benjamin, Koenig Thomas. A case of Ganser syndrome: organic or hysterical? *General Hospital Psychiatry* 23 (2001) 230-234
47. Lee Kimberley, Johnson Malcolm H, Harris Julie and Sundram Frederick. The resource utilisation of medically unexplained physical symptoms. *SAGE Open Medicine* Volume 4: 1- 7. 2016
48. Liao SC, Huang WL, Ma HM, Lee MT, Chen TT, Chen IM, Gau SS. The relation between the patient health questionnaire-15 and DSM somatic diagnoses. *BMC Psychiatry*. 2016 Oct 18;16(1):351.
49. Lipowski, Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *En Am J Psychiat* 1988; 145, 1358-1368.
50. Novoa Mónica. Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 1 (2): 71-80, julio-diciembre de 2002
51. Maldonado Jose R. When patients deceive doctors: a review of factitious disorders. *American journal of forensic psychiatry*, Volume 23, Issue 2, 2002/29_
52. Margo KL, Margo GM. The problem of somatization in family practice. *Am Fam Physician* 1994; 49: 1873_9.
53. Mayou Richard. Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry* (2014) 204, 418-419.
54. McFarlane AC, Ellis N, Barton C, Browne D, Van Hooff M. The conundrum of medically unexplained symptoms: questions to consider. *Psychosomatics*. 2008 Sep-Oct;49(5):369-77.
55. Merkelbach H, Peters M, Jelicic M, Brands I, Smeets T. Detecting malingering of Ganser-like symptoms with tests: a case study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Oct;60(5):636-8.
56. Murray Alexandra, Toussaint Anne, Althaus Astrid and Löwe Bernd. Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic Review of the current status. *Syst Rev*. 2013; 2: 99.
57. Phillips V., Rivera J., Suarez G., Sadler P., Chávez F., Villarreal F., Cruz C. Sospecha y detección precoz del Trastorno de Somatización. *Psiquiatría y Salud Mental* (2015) N° 2, XXXII: 76 – 81
58. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Br J Med Psychol* 1969;42: 347-51.
59. Porcelli Piero, Guidi Jenny. The Clinical Utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: A Review of Studies. *Psychother Psychosom* 2015;84:265-272
60. Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Brähler E. Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2011 Nov-Dec;73(9):760-8.
61. Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Braehler E. ¿Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosom Med*. 2010 Sep;72(7):648-55.
62. Rief W, Rojas G. Stability of somatoform symptoms--implications for classification. *Psychosom Med*. 2007 Dec;69(9):864-9.
63. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, Burton C. "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract*. 2017 Feb 7;18(1):18.
64. Royal College of General Practitioners. The management of patients with physical and Psychological problems in primary care: a practical guide. January 2009
65. Sansone RA, McLean JS, Wiederman MW. The relationship between medically self-sabotaging behaviors and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(6):448-52.
66. Sharpe Michael, Mayou Richard, Walker Jane. Bodily symptoms: New approaches to classification. *Journal of Psychosomatic Research* 60 (2006) 353- 356
67. Sheikh A, Noorani MM, Khaliq MF. Factitious disorders and implications for emergency health services. *J Pak Med Assoc*. 2013 Jan;63(1):152
68. Steel RM. Factitious disorder (Munchausen's syndrome). *R Coll Physicians Edinb* 2009; 39:343-7
69. Stein Dan J. Cognitive-Affective Neuroscience of Somatization Disorder and Functional Somatic Syndromes: Reconceptualizing The Triad of Depression-Anxiety-Somatic Symptoms. *CNS Spectr* 13:5 May 2008
70. Tomson M1, Mehay R. Not enough evidence' is a symptom not a conclusion: why trainees fail to engage with their e-portfolio. *Educ Prim Care*. 2013 May;24(3):216-8.
71. Valenzuela. M.A. Interés Médico-Legal de la Simulación. 2012 <http://www.comentariosmedicos.com/>
72. Velasco S, Mª Teresa Ruiz M. T. y Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 317-333.
73. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Jul-Aug;41:20-8.
74. World Health Organization (1992). International classification of diseases and related Health problems, 10th revision. Ginebra