

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# **Problemáticas en los sistemas diagnósticos operativos sobre trastornos somatomórfos. ¿Qué aportan las guías clínicas?.**

Rosales, Ma. Guadalupe y Schinelli, Federico.

Cita:

Rosales, Ma. Guadalupe y Schinelli, Federico (2012). *Problemáticas en los sistemas diagnósticos operativos sobre trastornos somatomórfos. ¿Qué aportan las guías clínicas?. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/240>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/zz4>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# PROBLEMÁTICAS EN LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS OPERATIVOS SOBRE TRASTORNOS SOMATOMÓRFOS. ¿QUÉ APORTAN LAS GUÍAS CLÍNICAS?

Rosales Ma. Guadalupe - Schinelli Federico

Universidad de Buenos Aires

---

## Resumen

Los Trastornos Somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de dicha enfermedad. Esta clase diagnóstica presenta un desafío para los profesionales de la salud, ya que se enfrentan con cuadros clínicos difíciles de comprender, que suelen ser habituales en la práctica clínica y que generan altos costos para el sistema de salud y sentimientos de frustración y rechazo por parte de los profesionales. En el presente trabajo se examinan diferentes investigaciones relativas a esta clase diagnóstica. En primer lugar se analizan las dificultades nosológicas que entrañan los Trastornos Somatomorfos, como así también las diferencias existentes entre los sistemas diagnósticos DSM IV y CIE-10 en relación a este constructo. En segundo lugar se examinan cuestiones relativas a la prevalencia de estos trastornos y los tipos de intervención que serían adecuados de acuerdo a las investigaciones. En tercer lugar se revisan las guías clínicas respecto a los trastornos somatomorfos, como así también los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos establecidos para algunos de los cuadros que componen la categoría. Por último se presentan los cambios propuestos para la quinta edición del DSM en relación a la clase diagnóstica de los Trastornos Somatomorfos.

## Palabras Clave

Trastornos, somatomorfos, diagnóstico, guías clínicas, DSM5.

## Abstract

DIAGNOSTIC ISSUES IN SOMATOFORM DISORDERS: WHAT DOES CLINICAL GUIDELINES SAY?

Somatoform disorders are characterized by the presence of physical symptoms that suggest a medical illness, but can't be fully explained by the presence of the disease. This diagnostic class presents a challenge for health professionals as they are faced with disorders that are difficult to understand, that are common in clinical practice and generate high costs for the health care system and feelings of frustration and rejection in the professionals. This paper examines various investigations concerning this diagnostic class. First it's analyzes the nosological difficulties involving somatoform disorders, as well as the differences between diagnostic systems DSM IV and ICD-10 in relation to this construct. Second, it examines

issues related to the prevalence of these disorders and the types of interventions that would be suitable according to the investigations. Third clinical guidelines are reviewed with respect to somatoform disorders, as well as psychotherapeutic and psychopharmacological treatments established for some of the disorders that make up the category. Finally we present the proposed changes to the fifth edition of DSM in relation to the diagnostic class of somatoform disorders.

## Key Words

Somatoform, disorders, diagnosis, clinical guidelines, DSM5.

## Introducción

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de dicha enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (American Psychiatric Association -APA-, 2000) y a su vez se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos (APA, 2000).

Es por dicha particularidad que estos trastornos presentan un desafío para los profesionales de la salud, quienes se enfrentan a la evaluación y tratamiento de cuadros clínicos que resultan difíciles de comprender. Muchas veces la insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de alcanzarlo, sumado a la falta de reconocimiento del origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad (Guzmán Guzmán, 2011). Por este motivo, resulta necesaria tanto una evaluación como una intervención interdisciplinaria, dado que el diagnóstico debe apoyarse en una apreciación cuidadosa de la fenomenología clínica y en una correcta valoración de la psicopatología subyacente (Cabrera Gaytán, Vallejos Paras, Jaimes Betancourt & Ruíz Ruisánchez, 2008).

La investigación acerca de los trastornos somatomorfos se ha vuelto un objetivo fundamental debido a diferentes cuestiones. Por un lado, los pacientes tienden a ser usuarios frecuentes de los recursos de salud disponibles (solicitando ayuda médica de forma continua y, muchas veces, injustificada), lo que produce altos costos

en los sistemas de salud (Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002; Luo, Goddeeris, Joseph, Gardiner, & Smith, 2007) y riesgo de complicaciones iatrogénicas (Guzmán, 2011). Asimismo, los pacientes suelen ser objeto de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones exploratorias, muchas veces innecesarias, en el intento de encontrar su enfermedad física (Cabrera Gaytán, Vallejos Paras, Jaimes Betancourt, & Ruíz Ruisánchez, 2008). Dado que la misma no se halla y estos pacientes se muestran disconformes, se provocan sentimientos de frustración, ira y rechazo por parte de los profesionales sanitarios (García-Campayo, Sanz-Carrillo & Montón, 1999; Sanz-Carrillo, García-Campayo, & Montón, 1999). Por otro lado, estos trastornos pueden confundirse con aquellos que poseen un sustrato orgánico identificable y tratable, pasando a ser frecuentemente subdiagnosticados (Navarro, 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición revisada -DSM-IV-TR- (APA, 2000) agrupa dentro de esta entidad a los siguientes cuadros: Trastorno de somatización, Trastorno somatomorfo indiferenciado, Trastorno de conversión, Trastorno por dolor, Hipocondría, Trastorno dismórfico corporal y Trastorno somatomorfo no especificado; pero aclara que dicha agrupación está basada más en la utilidad (por ejemplo, por la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos. Es importante destacar que la categoría de los trastornos somatomorfos se creó en 1980 y su validez conceptual fue muy discutida, aunque el principal argumento a favor es su utilidad clínica (García-Campayo & Sanz Carrillo, 2000). Sin embargo, la evaluación de los trastornos somatomorfos es complicada por la existencia de dificultades teóricas y prácticas de clasificación y evaluación (Henningsen, Jakobsen, Schiltenwolf, & Weiss, 2005).

En relación a esta categoría diagnóstica, García-Campayo y Sanz Carrillo (2000) explican que existen una serie de dificultades nosológicas no resueltas: 1) la comorbilidad en el Eje I de los trastornos somatomorfos con otros trastornos es muy elevada; 2) la comorbilidad psiquiátrica en el Eje II de los trastornos somatomorfos también es alta; 3) la existencia de importantes diferencias entre la CIE-10 -Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión- (World Health Organization -WHO-, 1992) y el DSM-IV (los índices de concordancia cuando se comparan los trastornos somatomorfos diagnosticado con la CIE-10 y con el DSM-IV son tan bajos que impide comparar estudios de investigación en los que se hayan utilizado diferentes criterios). Como conclusión, estos autores plantean que todas estas circunstancias han conducido a que la sección de los trastornos somatomorfos sea una de las más criticadas de las clasificaciones psiquiátricas en la actualidad.

## Metodología

La revisión bibliográfica se realizó en las bases de datos de MEDLINE, APA y NICE. Las palabras clave utilizadas fueron: "somatoform disorders", "clinical guidelines", "hypochondria", "combined treatment", "pain disorder", "chronic pain", "conversion disorder" "psychotherapy", "psychological treatment" y "somatization disorder". Se incluyeron los estudios de resultados publicados hasta la actualidad, realizados con población adulta. No se incluyeron estudios realizados con población infanto-juvenil y adultos mayores.

CIE 10 y DSM IV TR: Diferencias y Similitudes en la clasificación de los Trastornos Somatomorfos

De acuerdo a García-Campayo y Sanz Carrillo (2000), existen importantes diferencias entre la CIE-10 y el DSM-IV al describir el grupo de los trastornos somatomorfo, como se resumen a continuación:

CIE-10	DSM-IV
F 45.0 Trastorno por somatización.	Trastorno por somatización.
F 45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.	Trastorno somatomorfo indiferenciado.
F 45.2 Trastorno hipocondríaco.	Hipocondría.
F 45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa	Incluida en el T. S. indiferenciado
F 45.4 Trastorno por dolor somatomorfo.	Trastorno por dolor.
F 45.8 Otros trastornos somatomorfos.	No existe.
F 45.9 trastorno somatomorfo sin especificar.	Trastorno somatomorfo no especificado.
Incluido en F 44. Trastorno disociativo.	Trastorno por conversión.
Incluido en F 45.2 Hipocondría.	Trastorno dismórfico corporal.

Las principales diferencias entre las dos clasificaciones son:

1. Los trastornos conversivos se incluyen dentro de los trastornos somatomorfos en el DSM-IV pero la CIE-10 prefiere agruparlo junto a los trastornos disociativos porque, de esta forma, conserva el nicho conceptual de la histeria clásica.
2. La CIE-10 incluye una categoría denominada trastorno vegetativa somatomorfo que no existe en el DSM-IV y que habría que encuadrarlo dentro del trastorno somatomorfo indiferenciado.
3. La CIE-10 no otorga categoría conceptual distintiva al trastorno dismórfico corporal y lo considera un subtipo de hipocondría, mientras que para la DSM-IV constituye una entidad distinta.
4. La CIE-10 acepta un síndrome de fatiga crónica en un capítulo aparte, circunstancia que no se acepta en el DSM-IV.

## Qué dicen las Investigaciones respecto del constructo diagnóstico de los Trastornos Somatomorfos

Debido a la diversidad de cuadros agrupados en los trastornos somatomorfos, los datos sobre prevalencia no están bien definidos,

aunque hay acuerdo en que estos trastornos se observan con bastante frecuencia en el contexto médico, principalmente en el primer nivel de atención (Guzmán Guzmán, 2011). Algunos estudios internacionales muestran que la prevalencia de los trastornos somatomorfos en la atención primaria fluctúa entre el 15 y el 22% (Magallón, et al., 2008). De los pacientes que consultan con su médico de familia, el 16% presenta un trastorno somatomorfo según el DSM-IV (Arnold, de Waal, Eekhof, & Van Hemert, 2006). Evaluando algunas diferencias entre países Latinoamericanos, se observó que en Chile (utilizando los criterios de la CIE-10) se encontró que un 17.7% de los pacientes de atención primaria presentan este tipo de trastornos (Florenzano et al., 2002), en cambio, en Argentina, se realizó una investigación en población ambulatoria en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General y se halló que sólo el 1.2% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de un trastorno somatomorfo según el DSM-IV (Faccioli, 2012). A partir de los niveles de prevalencia observados, resulta importante destacar que los mismos suelen variar en relación al contexto en el cual se realiza la investigación (centro de salud dedicado al tratamiento del dolor, atención primaria, servicios de psiquiatría, entre otros) y los sistemas de diagnóstico utilizados (DSM-IV o CIE-10).

En el ámbito de la investigación aún no se han logrado comprender de manera definitiva su etiología y su fisiopatología (Navarro, 2009). Aunque existe un acuerdo de la necesidad de utilizar un modelo bio-psico-social para la comprensión de estas patologías (Gatchel, 2004).

La literatura especializada ha hallado una alta comorbilidad de los trastornos somatomorfos con otros trastornos mentales, tales como los trastornos del ánimo, de ansiedad, entre los más frecuentes (Lieb, Meinlschmidt, & Araya, 2007). Es importante destacar que en los pacientes en los cuales se observa una comorbilidad entre diferentes trastornos, el nivel de deterioro es mayor (Hanel et al, 2009) por esta razón se sugiere que la intervención en este tipo de trastornos debe realizarse en el ámbito de la atención primaria, el hospital, las unidades de salud mental y la comunidad mediante estrategias preventivas (García-Campayo, Claraco, & Farré, 1999). Dicha intervención es fundamental dado que se ha estudiado que los trastornos somatomorfos, generalmente, presentan un curso de larga duración, estas patologías suelen cronificarse. En un estudio se halló que la duración media del trastorno somatomorfo que se estaba diagnosticando era de 11.9 años (Rief, Schaefer, Hiller, & Fichter, 1992), con la complejidad que ello implica.

### **Qué aportan las Guías Clínicas sobre los Trastornos Somatomorfos**

Las Guías Clínicas (GC) son herramientas que le permiten a los profesionales acceder rápidamente a las principales recomendaciones sobre diagnóstico, evaluación y tratamiento de los diversos trastornos. El nivel de conocimiento y uso de las GC por parte de los profesionales en el medio local es escaso (Garay, Etenberg, Hornes, Martini, & Korman, 2011), incluso entre los profesionales de orientación cognitiva (Garay, Rosales, Martini, Etenberg, Hornes, & Korman, 2012)

Tras realizar una revisión sobre la literatura científica, se observaron escasos aportes relacionados con los Trastornos Somatomorfos. En cuanto al tratamiento psicológico, Kroenke, Sharpe & Sykes (2007) concluyeron que la terapia cognitiva conductual es el mejor tratamiento establecido para una variedad de trastornos

somatomorfos (trastorno de somatización y sus variantes, hipocondría y trastorno dismórfico corporal), demostrando beneficios también en el ámbito de la atención primaria. Otro estudio (Wolfgang, Fichter, & Rief, 2003), encontró que los pacientes tratados con terapia cognitiva conductual mejoran significativamente con respecto a la angustia por los síntomas físicos, la ansiedad por la salud, las creencias disfuncionales respecto al cuerpo y la salud, la depresión y el funcionamiento psicosocial. Respecto al tratamiento psicofarmacológico, Kroenke et al. (2007) plantean que si bien hay evidencia preliminar en el uso de antidepresivos, ella aún no es concluyente. En cambio, en un meta-análisis (Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Steele Rosomoff, 1998) se concluye que en pacientes con diagnóstico de trastorno por dolor, el tratamiento antidepresivo generó una reducción en el dolor que fue significativamente mayor que el de placebo.

En relación a las Guías Clínicas (GC), no se publicaron recomendaciones para los Trastornos Somatomorfos específicamente. Existen unas Normas de Buena práctica clínica en atención primaria para este tipo de trastornos, que han propuesto el grupo de Smith (1991, citado en García-Campayo & Sanz Carrillo, 2000) que realizan las siguientes recomendaciones: 1) El paciente debe ser atendido por un solo médico (preferiblemente, su médico de familia); 2) Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo; 3) Realizar consultas breves; 4) Explorar la zona que se deja el paciente; 5) Buscar signos (los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional); 6) Evitar evaluaciones diagnósticas que no sean imprescindibles para evitar iatrogenia y gasto sanitario (deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas); 7) Evitar diagnósticos inadecuados y tratamientos innecesarios; 8) Tranquilizar y reasegurar; 9) Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

Respecto de los Trastornos incluidos en la sección de los Trastornos Somatomorfos, se han publicado hasta la fecha, Guías Clínicas referidas únicamente al Trastorno Dismórfico Corporal y al Dolor Crónico (Trastorno por Dolor).

Las Guías Clínicas del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hacen referencia al Trastorno Dismórfico Corporal únicamente desde la relación con el tipo de tratamiento que se recomienda para el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

En dicha Guía Clínica se recomienda que a los adultos con Trastorno Dismórfico Corporal con deterioro funcional leve a moderado se les debe ofrecer la posibilidad de elegir como tratamiento, tanto un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) o un tratamiento cognitivo conductual intensivo que incluya el Entrenamiento de Exposición y Prevención de Respuesta -EPR-, para hacer frente a las principales preocupaciones del Trastorno Dismórfico Corporal (NICE, 2005). En el caso de los pacientes con un deterioro funcional grave se les debe ofrecer el tratamiento combinado con un ISRS y TCC (incluyendo EPR).

En el caso de las Guías Clínicas desarrolladas por la American Psychological Association respecto del Trastorno Dismórfico Corporal (APA, 2011) se establece que la administración continua de fármacos psicotrópicos (antidepresivos) y la integración de la terapia cognitivo-conductual (TCC) parece proporcionar los mejores resultados para los individuos con dicho trastorno (Phillips, 2001; Wilhelm, 1999).

Respecto del Trastorno por Dolor, la Guía Clínica de la American Psychological Association (APA, 2006) menciona que las investigaciones han concluido que la terapia cognitiva conductual es la intervención más eficaz para las personas que padecen dicho trastorno, dado que ayuda a reducir la intensidad del dolor, a mejorar el funcionamiento físico y emocional, a reducir el nivel de discapacidad producida por la sintomatología y permite a su vez, reducir la cantidad de visitas al médico y la utilización de constante medicación para disminuir el dolor. La utilización de ejercicios de relajación mostraron a su vez efectos contundentes que podría superar incluso a la terapia cognitiva conductual en la búsqueda del alivio del dolor y en la depresión consecuente (APA, 2006).

Respecto de las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence, se encuentra sólo una Guía Clínica referente a depresión y dolor crónico (NICE, 2009), donde se recomienda a los profesionales de atención primaria de la salud que se preste especial atención al momento de realizar un diagnóstico de dolor, por ser altamente probable que sea acompañado del diagnóstico de depresión, sugerencia que va en la línea de lo planteado anteriormente, respecto del alto nivel de comorbilidad que presentan este tipo de trastornos con otras patologías del eje I.

La misma GC aconseja que en este tipo de cuadros, se presentan una amplia gama de factores psicológicos y sociales que no son capturados por los actuales sistemas de diagnóstico, que tienen un impacto significativo en el curso del trastorno y en la respuesta al tratamiento, por lo tanto, sugieren tener en cuenta tanto la historia personal y familiar al llevar a cabo una evaluación diagnóstica.

Respecto del tratamiento, se concluye que la intervención que ha brindado mayores beneficios para este tipo de pacientes ha sido el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitiva conductual; a pesar que se reconoce que aún hay evidencia limitada sobre dicha alternativa de tratamiento. La mayor incertidumbre acerca de la efectividad de la combinación surge por el potencial riesgo que implica la interacción entre la medicación prescrita para el dolor y para la depresión, de forma simultánea.

No se han publicado hasta el momento Guías Clínicas para la excelencia de la práctica clínica sobre el Trastorno por Conversión, Hipocondría, el Trastorno de Somatización ni Trastorno Somatomorfo Indiferenciado. Respecto de estos dos últimos cuadros, se han publicado una serie de recomendaciones del equipo de investigación del Hospital Universitario Miguel Servet y la Universidad de Zaragoza (García Campayo, Pascual, Alda & Olivan, 2005), quienes concluyen que, a pesar que los trastornos de somatización constituyen una patología importante para el sistema sanitario de los países desarrollados por el enorme coste sanitario que suponen hasta el momento no existen suficientes evidencias científicas para recomendar ningún tratamiento psicológico o farmacológico específico en los pacientes con el trastorno de somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado.

### **El devenir de los Trastornos Somatomorfos. Discusiones actuales para futuros cambios**

Se ha hecho referencia de las diversas circunstancias que han provocado que la sección de los trastornos somatomorfos sea una de las más criticadas de las clasificaciones psiquiátricas actuales. En relación a ello, si bien se ha propuesto que debe ser modificada,

la literatura especializada plantea la conveniencia de conservar esta entidad diagnóstica tanto en el DSM-V como en la CIE-11, dado que el hecho de excluirla dejaría por fuera del sistema de salud a una gran cantidad de pacientes (Nickel et al., 2010). En cuanto a las modificaciones propuestas, se hace hincapié en el diseño de un enfoque dimensional. Hanel et al. (2009) plantean la necesidad de este enfoque con el fin de que los sistemas diagnósticos se ajusten más apropiadamente a la realidad observada en la atención primaria y se pueda establecer, de un modo adecuado, el diagnóstico tanto de formas leves de estos trastornos (frecuentes en atención primaria) como de formas graves de comorbilidad entre los trastornos somatomorfos, depresión, y/o trastorno de ansiedad.

En el 2011 el comité a cargo de la revisión del DSM IV y publicación del DSM V, ha presentado algunos de los cambios propuestos para la nueva edición del manual (APA, 2012).

En relación a la clase diagnóstica de Trastornos Somatomorfos, se encuentran propuestas una serie de modificaciones que cambiarán el nombre, característica principal y la cantidad de los trastornos que la componen. Respecto al nombre de la clase diagnóstica principal, el grupo responsable de la revisión de este grupo de trastornos ha sugerido que se renombre como Trastorno de Síntomas Somáticos. Dicha modificación se debe en parte a lo confuso del nombre anterior (Somatomorfos) y en parte a que este grupo de trastornos, junto con los Trastornos Facticios y los Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico (dentro de Otros Problemas que pueden ser Objeto de Atención Clínica), implican la presencia de síntomas físicos y/o la preocupación por una enfermedad médica. Respecto a la característica principal de esta clase diagnóstica, "síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (...) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad" (APA, 2000), se ha decidido cambiarla, en primer lugar por la poca confiabilidad respecto de la evaluación de aquellos síntomas que "no se pueden explicar por la presencia de una enfermedad" y en segundo lugar porque la caracterización nombrada sostenía implícitamente el dualismo mente-cuerpo. La nueva característica principal viene dada por cuestiones en común que comparten muchos de estos trastornos de la clase. El Trastorno de Somatización, la Hipocondría, el Trastorno por Dolor y la categoría No Especificada comparten la presencia de síntomas somáticos y distorsiones cognitivas, por lo cual estas dos características pasarían a ser lo principal de esta clase diagnóstica. En relación a los trastornos incluidos, se ha optado por incluir dentro de la clase diagnóstica a los Trastornos Facticios y a los Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico, como así también modificar el nombre del trastorno por conversión, agregándole Trastorno por Síntomas Neurológicos Funcionales. A su vez elimina de la clase diagnóstica al Trastorno Dismórfico Corporal, el cual pasará a formar parte del grupo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Otros Trastornos Relacionados.

### **Conclusión**

Cuando los profesionales cuentan con herramientas diagnósticas como el DSM IV o la CIE-10, ello permite que el trabajo clínico se apoye en un consenso sobre la fenomenología clínica y sobre la psicopatología conocida al momento y se vuelve factible la tarea de diagnosticar. Dicha tarea, logra que los profesionales puedan contar con un lenguaje común para trabajar sobre dicha fenomenología (prevalencia, curso, pronóstico, entre otras) y fundamentalmente permite la tarea de investigar los tratamientos disponibles para dar

respuesta a dichos trastornos.

Tal es la importancia de contar con un lenguaje común, que cuando la construcción de una categoría se vuelve confusa, los profesionales de un mismo campo o de especialidades distintas, se ven indefectiblemente limitados en su tarea compleja de intervenir y tratar ese padecimiento. De acuerdo a lo planteado anteriormente, se puede concluir que existen diversas razones por las cuales se hace necesario continuar reformulando e investigando el constructo diagnóstico de los Trastornos Somatomorfos, a saber: 1) Son pacientes de alto nivel de consulta, lo cual provoca altos costos en los sistemas de salud, 2) En general son pacientes que se confunden con aquellos que sufren enfermedades de sustrato orgánico, 3) Son objeto de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones, la mayoría de las veces innecesarias, 4) Ello provoca pacientes y profesionales disconformes, dado que el diagnóstico del trastorno y el consecuente tratamiento se vuelve una tarea altamente compleja.

De esta manera se concluye, en primera instancia, que requiere especial atención continuar el camino de determinar una clasificación diagnóstica mejor estructurada y más ajustada a la realidad de la atención primaria, con el objetivo de salvar las constantes dificultades a la hora de intervenir, derivar y tratar a dichos pacientes, considerando incluso la altísima comorbilidad que presentan con trastornos como ansiedad y depresión.

En segundo lugar, habiendo observado la escases de Guías Clínicas sobre Trastornos Somatomorfos publicadas hasta la fecha, se concluye una vez más, que se vuelve imperioso continuar investigando sobre los trastornos incluidos en dicha categoría para lograr que los profesionales puedan recurrir a recomendaciones de evaluación y tratamiento determinadas por la práctica basada en la evidencia.

## Bibliografía

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, Author.

American Psychiatric Association. (2012). *Proposed Revisions for Somatic Symptom Disorders*. [Revisión del DSM IV TR]. Recuperado de <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/SomaticSymptomDisorders.aspx>

Arnold, I. A., de Waal, M. W., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2006). Somatoform disorder in primary care: course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 47(6), 498-503.

Brewster, K. (2011). Body dysmorphic disorder in adolescence: Imagined ugliness. *The School Psychologist*, Division 16. Disponible en: <http://www.apadivisions.org>.

Cabrera Gaytán, D. A., Vallejos Paras, A., Jaimes Betancourt, L., & Ruiz Ruisánchez, A. (2008). Trastornos somatomorfos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(4), 147-149.

Faccioli, J. (2012). Aspectos Epidemiológicos de la Población Ambulatoria en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General. *Epidemiología y salud*; 1(1), 20-24.

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.

Fishbain, D. A., Cutler, R. B., Rosomoff, H. L. & Steele Rosomoff, L. (1998). Do Antidepressants Have an Analgesic Effect in Psychogenic Pain and Somatoform Pain Disorder? A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 60, 503-509.

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. & Escalona, R. (2002). Somatización:

aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 47-55.

Garay, C., Korman, G. (2008). Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Revista Argentina Psiquiatría*, XIX (77), 491-495

Garay, C., Rosales, M.G., Martini, S., Etenberg, M., Hornes, A., Korman, G., et al. (2012). Guías clínicas y terapeutas cognitivos en Buenos Aires. Póster presentado en el IX Congreso da ALAPCO (Asociación Latinoamericana de Terapia Cognitiva). Río de Janeiro, del 12 al 14 de abril de 2012.

Garay, C.J., Etenberg, M., Hornes, A.P., Martini, S.A., & Korman, G.P. (2011). Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8, 14-19

García-Campayo, J. & Sanz Carrillo, C. (2000). Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza. I Congreso Virtual de Psiquiatría: 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 49-CI-C. Disponible en : [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_c.htm)

García-Campayo, J., Claraco, L. M. & Farré J. M. (1999). Somatoform disorders unit. The Spanish model. *Psychiatric Networks*, 2, 44-55.

García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., & Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, (1) 15-23.

García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C. & Montón, C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I): expectativas del paciente. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112, 102-105.

Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*; 59(8), 795-805.

Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4(3), 234-243.

Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J. & Löwe, B. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 189-197.

Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*, 193(2), 85-92.

Kroenke, K., Sharpe, M. & Sykes R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48 (4), 277-285.

Lieb, R., Meinlschmidt, G., & Araya, R. (2007). Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 860-863.

Luo, Z., Goddeeris, J., Joseph, C., Gardiner, P. & Smith, M. (2007). Cost of an Intervention for Primary care Patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 58, 1079-1086.

Magallón, R., Gili, M., Moreno, S., Bauzá N., García-Campayo J., Roca M., Ruiz, Y. & Andrés, E. (2008). Cognitive-behavior therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*, 22, 8-47.

Mayou, R., Bass, C. & Sharpe, M. (1995). Overview of epidemiology, classification and etiology. En: Mayou R, Bass C, Sharpe M. *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford University Press, Oxford, 42-65.

Moix, J. & Kovacs, F.M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Clinical guideline, Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management*. Disponible en: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

Navarro, O. L. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia*; 10, 34-43.

Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R., & Egle, U. T. (2010). Determinants of quality of life in patients with somatoform disorders with pain as main symptom - the case for differentiating subgroups. *Zeitschrift für*

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 56(1), 3-22.

Phillips K. (2001). Body dysmorphic disorder. In: Phillips KA (ed). Somatoform and factitious disorders. Washington: American Psychiatric Publishing.

Rief, W., Schaefer, S., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(4), 236-240.

Rodríguez Franco, L., Cano García, E. J. & Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 82-91.

Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J. & Montón, C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Clinica Médica*, 112, 147-150.

Smith, G. R. (1991). Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press.

Soriano, J. & Monsalve, V. (2002). Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 9, 13-22.

Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. (2005): Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 12, 8-16.

Wilhelm, S., Otto, M.W, Lohr, B. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behaviour Restorative Therapy*, 37, 71-75.

Wolfgang, H., Fichter, M. M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 369-380.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO.