

# **Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Conceptualización**

## **Somatic Symptom and Related Disorders: Conceptualization**

**Ana K. Miranda Márquez, Santiago Ospina Londoño, Manuela Palacio Velásquez,**

**Piedad L. López-Bustamante**

**Universidad Pontificia Bolivariana. Sede Medellín**

**Facultad de Psicología**

### **Resumen**

La conceptualización del tema de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados, se realizó con el propósito de identificar las categorías de clasificación alusivas a estos; la etiología, los factores causales, la prevalencia, epidemiología y comorbilidad por la alta prevalencia en la atención primaria en instituciones de salud, y el reporte que los profesionales de la salud refieren acerca de ser la condición más difícil entre los trastornos médicos o mentales, debido a las limitaciones en la comprensión teórica y práctica a la hora de darle un significado apropiado a los síntomas, que manifiestan los pacientes en consulta. Se llevó a cabo una revisión teórica e investigativa, de los conceptos actuales atribuidos a los trastornos somáticos y un recorrido del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) mediante búsqueda de literatura, a partir de publicaciones primarias (artículos originales, tesis, textos) y secundarias (catálogos, bases de datos, revisiones sistemáticas, resúmenes) en varias fuentes documentales Pubmed,

Medline, Elsevier, Medigraphic, Redalyc, Plos One, Med/Psych Update, Biopsychosocial Medicine, Biomed Central, utilizando descriptores como trastornos somatomorfos, somatización, dolor, síntomas medicamente inexplicables, atención primaria, síntomas funcionales, trastorno por dolor, desordenes psiquiátricos, dolor crónico, cuidado primario, manejo del dolor, preocupación por la enfermedad y síntomas físicos, catastrofización, conversión, hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal. En esta revisión teórica sobre el recorrido histórico del DSM se logro encontrar los diferentes cambios que se vienen formulando en cada una de las publicaciones, la categoría de trastornos somatomorfos a pasado por correcciones tanto en los nombres como en la clasificación de las subcategorías, teniendo así una constante actualización teórica. Con la información recopilada para la conceptualización de las categorías de clasificación alusivas a estos trastornos, se concluyo que algunas personas son biológica y psicológicamente predisuestas a desarrollar síntomas, que se suelen atribuir a una causa ya sea patológica o psicológico, y se encontró una alta comorbilidad en los pacientes con diagnostico psiquiátrico principalmente de ansiedad y depresión. Con respecto a los datos epidemiológicos, las quejas físicas o síntomas somáticos son comunes en niños y adolescentes y representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y del 30 a 70% permanece sin explicación.

**Palabras Clave:** Trastorno somatomorfo, Atención primaria, Paciente difícil, Síntomas médicos inexplicados, Hipocondriás, Somatización, Dolor, Urgencia médica.

## **Abstract**

Conceptualization of somatic symptoms theme and other related disorders was created in order to identify classification categories related to them; the etiology, the causal factors, the prevalence, the epidemiology and the comorbidity in line to the high prevalence at the primary attention in health institutions, and reporting health professionals concerned about being the most difficult condition among medical or mental disorders, due to the limitations on theoretical and practical comprehension when it comes to provide the proper meaning to symptoms manifested by consulting patients. It was conducted a theoretical and investigative review of current concepts associated to somatic disorders and an inspection of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) through literature search, from primary publications (original articles, thesis, texts) and secondary publications (catalogs, databases, systematic reviews, summaries) on several documentary sources such as Pubmed, Medline, Elsevier, Medigraphic, Redalyc, Plos One, Med / Psych Update, Biopsychosocial Medicine, Biomed Central, using descriptors such as somatoform disorders, somatization, pain, medically unexplained symptoms, primary care, functional symptoms, pain disorder, psychiatric disorders, chronic pain, primary care, pain management, concern about illness and physical symptoms, catastrophizing, conversion, hypochondriasis and body dysmorphic disorder. In this theoretical review of the historical route of the DSM it was managed to find various changes that has been made in each of the publications, somatoform disorders category has gone through corrections in both names and classification of subcategories, thus having a constant theoretical update. With the information gathered for the conceptualization of the classification categories alluding to these disorders, it was concluded that some people are biologically and psychologically

predisposed to develop symptoms, which are often attributed to a cause either pathological or psychological, and high comorbidity was found in patients with psychiatric diagnoses mainly of anxiety and depression. Concerning the epidemiological data, physical complaints or somatic symptoms are common in children and adolescents and represents 15 to 25% of primary care consultations, and 30 to 70% remains unexplained.

**Keywords:** Somatoform disorder, primary Care, difficult patient, unexplained medical symptoms, hypochondria, somatization, pain, medical emergency.

## **Introducción**

Los Síntomas Médicos Inexplicados (SMI) se definen como síntomas físicos o somáticos sin etiología conocida, difíciles de precisar en su gravedad, comorbilidad médica/psiquiátrica y duración (Huang & McCarron, 2011), en la que deben intervenir distintos especialistas por la alta prevalencia de estos síntomas inespecíficos en las personas (25- 50%), que a menudo deriva a visitas repetidas a la asistencia primaria en centros de salud (Creed & Barsky, 2004; Timet al., 2009) y los convierte en pacientes difíciles por la manifestación externa en forma de síntomas físicos, malestar psicológico, uso inadecuado y desordenado de los servicios de salud y complejo manejo clínico y por la escasa o nula capacidad de los médicos para explicarlos y abordarlos y por el deterioro progresivo en la relación médico- paciente (Mas Garriga, Solé, Licerán & Riera, 2006; Range Urrea, Barrera Guío, & Escobar Córdoba, 2009).

En Colombia, entre muchos médicos de atención primaria se encuentra la creencia generalizada, que la presencia de síntomas físicos que no pueden ser explicados por una enfermedad médica es un fenómeno no sólo poco importante sino también poco frecuente, pero, alguna vez en su vida el 80 por ciento de las personas, ha presentado síntomas físicos sin hallazgos al examen físico o de laboratorio. Si un paciente escucha frases como, “usted no tiene nada malo” o “esto es sólo producto de su imaginación”, este pierde confianza en el médico y queda con la percepción de que sus quejas no son tomadas de forma seria, contribuyendo el deterioro progresivo en la relación médico- paciente (Range Urrea, Barrera Guío, & Escobar Córdoba, 2009).

La insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de determinar un diagnóstico puntual, con una explicación desde el modelo biomédico, sumado a la falta de reconocimiento de un origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad, frustración e inclusive antipatía en el profesional de la salud, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad (Kroenke & Mangelsford, 1989). Esclarecer el diagnóstico permite la minimización de las consecuencias negativas de una etiqueta psiquiátrica, aunque conlleva a estados de somatización, que causan malestar y sufrimiento en el individuo, sin embargo, no son medicamente explicados (Caballero & Caballero, 2008).

El modelo biomédico obtiene pobres resultados, ya que reconoce síntomas y genera diagnósticos, trasladando atribuciones subjetivas de los pacientes a correlatos objetivos que configuran una entidad o síndrome específico. Sin embargo, si no se encuentran causas objetivas que puedan explicar los síntomas descritos, aparecen grandes dificultades, por querer buscar mecanismos recursivos de una enfermedad que explique la causa de sus

síntomas (Granel, 2006). Es así necesario entender las enfermedades también con origen psicosomático influenciadas por elementos psíquicos (Brugos, Martín & Gómez, 2003).

Por tanto los determinantes individuales, familiares, culturales y sociales, junto con la actual hipocondrización de la cultura occidental (González, 1999) y la expresión de dificultades emocionales en las personas con síntomas somáticos, representan complejas interacciones con un escenario clínico denominado de varias formas: somatizaciones, cuadros funcionales, síntomas físicos sin explicación médica, entre otros (Granel, 2006).

### **Síntomas Médicos Inexplicados**

Los síntomas médicos inexplicados o funcionales son aquellos síntomas somáticos sin causa orgánica, que incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que la justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados, entre los que se encuentran dificultad de mantener el sueño, dolor persistente, cansancio, somnolencia, rigidez, entre otros (Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wesseley & Hotopf, 2001). Representan más de la mitad de todas las visitas ambulatorias o casi 400 millones de visitas a la clínica sólo en los Estados Unidos cada año (Schappert, 1991). Las personas con trastornos de síntomas somáticos importantes asisten comúnmente a la atención primaria en salud y a centros médicos y poco a centros de salud mental y/o hospitales psiquiátricos. Se resalta que no es el síntoma somático el que aqueja solamente, sino la forma como se presenta e interpreta (Caballero & Caballero, 2008).

Los trastornos por somatización, corresponden a una entidad diagnóstica específica con criterios precisos que deben estar presentes para hacer el diagnóstico. Sin embargo, se evidencia en la práctica clínica de atención primaria en Colombia, que existe poca información en los médicos sobre cómo hacer este diagnóstico y sus posibles entidades

diferenciales, lo que finalmente lleva a un deterioro en la relación médico-paciente, a dificultades en el tratamiento de las personas que sufren esta condición, y a retrasos en el diagnóstico de otras patologías médicas que se constituyen en los diagnósticos diferenciales de dicha entidad.(Range Urrea, Barrera Guío, & Escobar Córdoba, 2009).

El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus distintas publicaciones hace mención de trastornos relacionados o similares. En la versión III-R, se identifica la categoría diagnóstica de trastornos somatoformes como especulativa de diagnóstico por síntomas somáticos no explicados por una condición médica general, sin hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, pero ligados a factores psicológicos, la persona no tiene la sensación de control de los síntomas. Se subdivide en 7 trastornos: dismórfico (dismorfofobia), trastorno de conversión (o neurosis histérica tipo conversión), hipocondría (o neurosis hipocondriaca), trastorno por somatización, dolor somatoforme, trastorno somatoforme indiferenciado y trastorno somatoforme no especificado (American Psychiatric Association[APA], 1988).

El trastorno de somatización tiene una sintomatología somática recurrente, vaga, dramática, exagerada y múltiple, para lo que se ha buscado alguna explicación médica, sin encontrar un cuadro patológico somático. Lo acompañan trece o más tipos de síntomas que afectan diferentes sistemas orgánicos. En el sistema gastrointestinal, vómitos, dolor abdominal, náuseas, distensión, diarrea e intolerancia a diversos alimentos; en el sistema cardiopulmonar, falta de aliento, palpitaciones, dolor torácico y mareo o inestabilidad; en el sistema pseudoneurológico amnesia, dificultad para deglutir, pérdida de la voz, sordera, visión doble, visión borrosa, ceguera, mareo o pérdida de consciencia, convulsiones, dificultades en la marcha, parálisis o debilidad muscular y retención o dificultad para

orinar. Con respecto a los síntomas dolorosos, dolores en extremidades, espalda, al orinar, articular y otros dolores (con exclusión de las cefaleas); síntomas sexuales durante la mayor parte de la vida como sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto (en momentos distintos del coito), indiferencia sexual, dolor durante el coito e impotencia y en síntomas sexuales femeninos, menstruación dolorosa, ciclos menstruales irregulares, excesivas pérdidas menstruales y vómitos durante el embarazo.

El término somatización se ha utilizado descriptivamente para hacer referencia a la experiencia de síntomas físicos y tendencia a experimentar y comunicar malestar somático, cuando la evaluación médica no revela una enfermedad explicativa o un proceso fisiopatológico suficiente que explique los síntomas o el impacto en el individuo (Lipowski, 1988).

En la versión IV y IV-TR del DSM, se nombró como trastorno somatomorfo, entendido como la presencia de síntomas físicos no intencionados, que sugieren una enfermedad médica subyacente, sin explicarse por la presencia de una enfermedad o trastorno orgánico específico, uso de sustancias o por otros trastornos mentales (APA, 1994, 2002). Aunque las personas con estos trastornos llegan principalmente a un servicio médico en lugar de un centro de salud mental, los médicos no psiquiátricos refieren que los diagnósticos somatomorfos del DSM-IV son difíciles de entender y utilizar. Se agrupa en: trastorno de somatización, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado.

Para realizar el criterio diagnóstico de un trastorno somatomorfo deben presentarse trece de los síntomas, los cuales están divididos en cuatro síntomas dolorosos (cabeza,



abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, menstruación, acto sexual o micción), dos síntomas gastrointestinales (nauseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos), tres síntomas sexuales (indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo) y cuatro síntomas pseudoneurológicos (de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones y síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

Los trastornos somatomorfos son clasificados por los profesionales como la condición más difícil entre los trastornos médicos o mentales, que puede ser atribuible a la percepción de falta de tratamientos eficaces y a la incapacidad de un médico para hallar una explicación satisfactoria a síntomas difusos y múltiples y a las experiencias negativas que los pacientes tienen con los proveedores de atención de salud, y las consecuencias en su comportamiento personal e interpersonal (Hahn, 2001). Conllevan consecuencias negativas adicionales a los síntomas ya mencionados como el exceso de costos de atención de salud resultante del alto número de visitas médicas y pruebas diagnósticas requeridas periódicamente, incluidos los procedimientos invasivos, costosos tratamientos y hospitalización, además del impacto negativo en la relación médico-paciente (Barsky, Orav & Bates, 2005).

Para redistribuir los trastornos enumerados en virtud de los trastornos somatomorfos en otras partes de la clasificación, se necesita tener en cuenta varios aspectos: en primer lugar, trastornos actualmente referidos en los trastornos somatomorfos pueden ser

simplemente trasladados a otro eje, como el I de trastornos clínicos o el II de trastornos de personalidad. En segundo lugar, podría aclararse que la etiqueta del eje III (enfermedades médicas) es utilizada para todos esos síntomas somáticos más comúnmente administrada por los médicos de medicina general, con independencia de si el paciente tiene un diagnóstico de la enfermedad. En tercer lugar, eje IV puede ser utilizado para describir las interacciones inútiles con los servicios médicos, así como el acceso a ellos (Mayou, Greg, Kroenke, Sharpe & Kirmayer, 2005).

El término de trastornos somatomorfos dado en el manual DSM-IV generó confusión y se sustituye por síntomas somáticos y trastornos relacionados debido al alto grado de superposición en los síntomas y la falta de claridad sobre los límites de los diagnósticos, donde un síntoma sin explicación médica se categorizaba por el profesional de la salud como trastorno mental. Se elimina el trastorno de somatización, hipocondriasis, trastorno de dolor, y el trastorno somatomorfo indiferenciado.

Respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV no suele ser muy útil su uso ya que esta problemática se comporta más como un proceso que como entidades específicas. La experiencia y la investigación clínica muestran que es posible hacer diagnóstico de somatización cuando se cumplen dos criterios que incluyen la presencia durante tiempo prolongado de tres o más síntomas vagos y desproporcionados. Las manifestaciones clínicas sugestivas de somatización de acuerdo a los patrones habituales de enfermedad son desproporcionadas en cuanto a la severidad, la duración y la repercusión emocional y social, impidiendo identificar una causa orgánica. (Richardson & Engel, 2004). A menudo los pacientes tienen antecedentes de múltiples consultas y estudios, siendo esta también una variable en relación a la probabilidad de somatización (Granel, 2006).

Con la publicación de la nueva versión DSM V se ofrece una oportunidad para reconsiderar la categoría de los trastornos somatomorfos (Wise & Birket, 2002) y se reemplaza por la de síntomas somáticos y trastornos relacionados, reconociendo en ellos un solapamiento de síntomas. Incluye el trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, desorden conversivo (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados y trastorno de síntomas somáticos no especificados.

Los criterios definidos para la categoría diagnóstica de síntomas somáticos, deben persistir por lo menos más de seis meses e incluye tener uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria, pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas, tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud, aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente (APA, 2013).

Estos trastornos comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos (SS) asociados con la angustia y deterioro significativo. Mientras que los síntomas sin explicación médica eran una característica clave de muchos de los trastornos en el DSM-IV, el diagnóstico de SS no requiere que los síntomas sean médicamente

inexplicables, en otras palabras, pueden o no estar asociados con otra condición médica (APA, 2013).

La nueva clasificación define el diagnóstico principal, sobre la base de los síntomas positivos como la angustia y manifestaciones físicas acompañados de pensamientos distorsionados, sentimientos y comportamientos en respuesta de estos síntomas, significativamente dolorosos y perturbadores a la vida diaria con presencia de síntomas persistentes por lo menos durante 6 meses.

Los síntomas sin explicación médica, el trastorno somatomorfo por somatización, y los síndromes funcionales (síndrome de intestino irritable, fibromialgia, cistitis intersticial, fatiga crónica, entre otros) a menudo se utilizan indistintamente. Esta nomenclatura incompatible crea una clasificación con dificultades, porque varios de estos términos asumen una etiología diferente para los síntomas físicos del paciente (Huang & McCarron, 2011).

Cuando se trabaja exclusivamente con el modelo biomédico, la somatización suele ser el resultado final de un largo proceso de descarte, lo que resulta costoso y frustrante para médicos y pacientes. Por lo que debe tenerse en cuenta la maximización de las sensaciones fisiológicas normales, que se distorsionan por un incremento de la conciencia, sensibilidad y por una atención selectiva (Harvey, Cadena & Dunlap, 1993). Se resalta la utilidad de hacer los diagnósticos positivamente cuando los componentes de este tipo de trastorno están presentes (Servan- Shreiber, Kolb & Tabas, 2000). El término se aplica a lo que tradicionalmente se denominó trastorno psicósomático. Engloba varios trastornos psiquiátricos con características en común: síntomas físicos con negación de problemas mentales, no explicados por enfermedad orgánica subyacente, deterioro social y laboral excesivo en relación a lo que se esperaría, síntomas no simulados ni intencionados y

malestar emocional con alto deterioro en las distintas áreas de funcionamiento (García, 2007).

## **Etiología y Factores Causales**

La causa de los síntomas funcionales no se entiende completamente, es mejor permanecer neutral en relación con las teorías etiológicas. Algunas personas probablemente son biológica y psicológicamente predispuestas a desarrollar síntomas. En la práctica, se suelen atribuir a una sola causa, que puede ser de origen patológico ya sea por un virus, o psicológico ligado al estrés. Este es un enfoque simplista y dualista que no aporta ni a la explicación, ni a la planificación del tratamiento, por lo que se sugiere que los factores biológicos, psicológicos, interpersonales y de salud son potencialmente importantes. (Mayou & Farmer, 2002).

Los médicos a menudo no son conscientes de cómo los sesgos individuales influyen en su proceso de pensamiento de diagnóstico. Un *paciente difícil* puede recibir un diagnóstico de Síntomas Somáticos Inexplicados (SSI) más fácilmente que un *paciente agradable*, lo que podría contribuir a un diagnóstico incompleto. Un estudio epidemiológico reveló que el más fuerte predictor de mal diagnóstico médico de estos síntomas, es la insatisfacción con los encuentros clínicos (Nimnuan, Hotopf & Wessely, 2000).

Desde el punto de vista de la etiología, las primeras teorías explicativas provienen de Janet y Freud que pusieron de manifiesto el papel etiológico en la psicopatología que desempeña el trauma psíquico. Un síntoma corporal es la expresión de un malestar psíquico concomitante. Al no poder resolver el conflicto psíquico, la atención se centra sobre una

molestia física que aparece simultáneamente, o que ya existía pero a la que no se le hacía caso (Freud, 1978).

Sin embargo, a partir del modelo biopsicosocial de enfermedad, la etiología de estos síntomas tiende a explicarse bajo una perspectiva de interacciones complejas de distintos factores (Brown, 2007), en los que pueden intervenir e interactuar factores predisponentes, precipitantes o perpetuantes, que permiten saber porque un paciente presenta dichos síntomas y la identificación e herramientas terapéuticas a implementar y de un tratamiento eficaz.

En relación a los factores precipitantes los síntomas pueden surgir de enfermedades y lesiones o de los cambios fisiológicos asociados con el estrés, la depresión o la ansiedad; ellos llegan a ser importantes para los pacientes cuando son graves y cuando se asocian con los temores o creencias que se tengan de la enfermedad. Los factores predisponentes por su parte, aumentan la probabilidad de que los síntomas se volverán importantes. El miedo a la enfermedad puede ser consecuencia de la experiencia previa y los factores que perpetúan son los que hacen que sea más probable que los síntomas y la discapacidad asociada persista (Mayou, R. & Farmer, A., 2002). Los factores que contribuyen al mantenimiento de los síntomas son en su mayoría factores estresantes en la aparición de síntomas físicos que pueden ser mediados por los bajos niveles de la competencia social (Garralda, 2011).

DeGucht y Maes (2006), proponen una teoría de la somatización basada en un enfoque psicológico plural, donde la herencia parece jugar algún papel, recayendo la mayor importancia etiológica en el aprendizaje social, el estrés y un conjunto de representaciones cognitivas relacionadas con la identificación de una amenaza para la salud, el tiempo

necesario para desarrollar la enfermedad y para curarla, la causa de la enfermedad (interna o externa), las consecuencias tanto reales como imaginarias y el grado en el que la enfermedad puede ser influida para curarse. Asimismo, concluyen los autores, que la teoría de la autorregulación puede explicar cómo se originan los síntomas y su persistencia por resultado de problemas existenciales que se reflejan en la alteración de los objetivos importantes de la vida. Postulan también que los modelos psicológicos han de integrarse, en última instancia, con los modelos de la fisiología de la somatización.

Brown (2004) propone un modelo para los SMI que apunta a dos objetivos muy concretos: explicar cómo es posible experimentar unos síntomas en ausencia de patología subyacente, asumiendo que se trata de verdaderos enfermos y no de fingir estar enfermo, que es un fenómeno diferente; y aclarar cómo el desarrollo y mantenimiento de los SMI están moderados por diversos factores de riesgo asociados al fenómeno.

Para explicar la propuesta de Brown, se hace necesario considerar lo que el denomina las representaciones inductoras de error, información inadecuada captada por el sistema primario de atención, que puede proporcionar una plantilla generadora de una queja inexplicable, y se adquiere de diferentes maneras: por exposición directa a los estados físicos en uno mismo, por exposición indirecta a los estados físicos en otros, por la transmisión sociocultural de la información sobre la salud y la enfermedad, y por una sugerencia verbal (Brown, 2004).

## **Epidemiología**

Según la Asociación Española de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AEPNYA, 2008):

Los Trastornos Psicossomáticos son una de las formas clínicas de expresión más común de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Conocer las etapas del desarrollo y las características del funcionamiento mental es fundamental para comprender la etiopatogenia de dichos trastornos. En la práctica clínica, fundamentalmente en atención primaria, se tiende a buscar la causa orgánica a las quejas somáticas en la edad pediátrica, por lo que los datos de prevalencia y/o derivación a servicios especializados son variables dependiendo de las fuentes consultadas. (p.135)

Las quejas físicas o síntomas somáticos son comunes en niños y adolescentes, y la mayoría tendrá una explicación fisiológica en lugar de una enfermedad diagnosticable. Sin embargo, a menudo conducen a condiciones pediátricas (Garralda, 2011). Una gran variedad de síntomas somáticos funcionales (SSF), y sin causa justificada entre los niños se presenta en un porcentaje promedio del 7% (Bakoula, Kapi, Veltsista, Kavadias & Kolaitis, 2006). Incluye síntomas como quejas recurrentes de dolor, especialmente de cabeza (25%), de estómago y abdominales (17%), de espalda y musculares (21%) y cansancio o fatiga (23%); los que generan un aumento de ausencias escolares (Campo, McWilliams, Diane, Comer & Kelly, 1999; Garber, Walker & Zeman, 1991; Garralda, 1999), además de cefaleas y mareos: (19%), palpitaciones (15%), dificultad en deglución y marcha inestable



(9%), visión borrosa (6%), artralgias (2-3%), y síntomas menstruales (3%) (Loño & Ochando, 2003).

La edad y el género pueden estar implicados en la frecuencia de los síntomas de afección desconocida. Hay una tendencia a que las niñas manifiesten más quejas físicas que los varones, especialmente en la medida en que se acercan a la adolescencia (Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999; Ramchandani, Hotopf, Sandhu & Stein, 2005). La diferencia ha sido estadísticamente significativa: niñas 29,9% vs niños 18,5% (Serra, Claustre & Bonillo, 2013).

Una mayor probabilidad de un diagnóstico de consulta de síntomas médicos inexplicables se asoció con el sexo femenino en edades jóvenes, presentando dolores múltiples, sin antecedentes psiquiátricos y ninguna enfermedad física importante concurrente (Kroenke, 2003). Las mujeres jóvenes (16 a 25 años) tienen más probabilidad de recibir un diagnóstico de síntomas médicos inexplicables que los hombres o las personas mayores. El empleo, el entorno socioeconómico y nivel educativo no se asocian consistentemente (Nimnuanet al., 2001), ni la edad de los participantes (Serra et al., 2013).

Los padres y/o cuidadores de niños y adolescentes con quejas físicas de enfermedad desconocida manifiestan rasgos de sobreprotección lo que ejerce un importante papel en el desarrollo de los síntomas somáticos (Huasain, Browne & Chalder, 2007; Janssens, Oldehinkel & Rosmalen, 2009), debido a la extrema atención de los padres hacia las actividades de los niños y hacia sus quejas físicas (Castro, de Pablo, Gómez & Arrindell, 1997), que pueden ser reforzadores para los síntomas somáticos funcionales (Sandberg & Stevenson, 2008).

Estudios reportan una prevalencia del 6 al 36% de personas con síntomas físicos problemáticos, molestos o no explicables que aquejan al paciente, sin embargo, solo una pequeña proporción de estos reciben un diagnóstico de enfermedad, sin la importancia clínica y de salud pública que merecen. La OMS (2014), reporta que los síntomas funcionales son comunes e incapacitantes y después del primer año de presentación llegan a ser peores y deben tener atención secundaria y terciaria (Mayou & Farmer, 2002).

Se estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación (Smith, Monson & Ray, 1986). Pueden representar hasta dos tercios de los síntomas físicos en clínicas especializadas (Huang & McCarron, 2011)

La prevalencia estimada de trastorno somatomorfo en pacientes con síntomas médicos inexplicados (SMI) es de aproximadamente 4 %, que es más alta que en la población general la cual es de 0,2 % a 2 % (Smith, Gardiner & Lyles., 2005, 2006).

## **Comorbilidad**

Los pacientes acuden a las consultas de atención primaria con más síntomas que signos físicos, muy heterogéneos y no atribuibles a enfermedades conocidas, malestar intenso, preocupación por la salud y una demanda de atención médica itinerante y errática (Smith, 1991). La atribución de si el paciente presenta algo serio o no, y de si requiere o no atención médica, deriva con frecuencia de una percepción relativamente arbitraria del médico (Kirmayer & Robbins, 1991), por lo que la planificación de asistencia médica

debería abordar el reconocimiento y tratamiento de los trastornos somatomorfos y afectivos (Gasull, 2009; Waal, Arnold, Eekhof&van Hemert,(2004).

Entre el 14 y 36% de los pacientes atendidos en atención primaria tienen trastornos mentales y una tercera parte síntomas físicos inexplicados (Fink, Sorensen, Engberg, Holm & Munk-Jorgensen, 1999) persistentes, para los que no hay explicación médica y que se asocian con altos niveles de angustia (Kroenke, Spitzer& deGruy,1997; Kroenke, Spitzer, & Williams 2002; Nimnuanet al., 2001). Los síntomas somáticos se pueden consideran en general como condiciones psiquiátricas (Mayou et al., 2005).

Con los pacientes que sufren de síntomas medicamente inexplicables se ha aumentado los riesgos de la carga de comorbilidad y de discapacidad, los costos médicos, mentales y físicos y la mala calidad de vida (Gureje, Simon, Ustun& Goldberg, 1997; Kroenke, Spitzer& Williams, 2002). En forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico (Hartzet al., 2000).

Los pacientes con SMI que además tienen trastornos somatomorfos, presentan más angustia que las personas sin síntomas somáticos y sin trastornos somatomorfos asociados(Cheng et al.,2009; Smith, Lyles&Gardiner, 2006) y es común los trastornos depresivos y ansiosos, especialmente depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y además abuso de drogas de prescripción médica (Gasull, 2009; Lieb, Meinschmidt & Araya, 2007; Simon & Vonkorff, 1991; Smith, McGorm,Weller, Burton &Sharpe, 2009).

Los cuadros depresivos que se presentan en la consulta de atención primaria son diferentes a los presentados en unidades de salud mental. Según la Organización Mundial

de la Salud (OMS,2014) la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45 y el 95% de los casos y el número real de síntomas físicos también está relacionado con la probabilidad de ser médicamente inexplicados(Gasull, 2009). Los síntomas somáticos, pueden ser la expresión de síntomas residuales del proceso depresivo, que si no ha sido diagnosticado previamente, dificultará su reconocimiento (Molinera, 2009), provocando un impacto sobre el uso de recursos sanitarios por parte de los pacientes con un trastorno somatomorfo que es comparable al de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión (De Waal, Arnold, Eekhof, Assendelft & Van Hemert, 2008).

Los síntomas y las tasas de depresión, la ansiedad y los trastornos de pánico son más altos en los pacientes con SMI que cualquiera de los controles sanos o pacientes con enfermedades similares de patología orgánica conocida(Smith et al., 2006).Los pacientes que tienen un diagnostico psiquiátrico principalmente los trastornos de ansiedad y depresión tienen alta comorbilidad con los síntomas somáticos (Bair, Robinson, Katon &Kroenke, 2003; De Waal, Arnold, Eekhof &Van Hemer, 2004).

En un estudio sobre la relevancia de factores cognitivos y comportamentales en síntomas médicamente inexplicados y los desórdenes somatomorfos, encontraron que los síndromes de somatización y las condiciones de dolor se asocian con una amplia gama de características cognitivas, como síntomas somáticos atribuciones causales, catastrofización, el autoconcepto de debilidad física y baja tolerancia al síntoma, y las características comportamentales. Aunque no necesariamente los procesos cognitivos, afectivos y conductuales están presentes al mismo tiempo y en el mismo individuo(Martin & Rief, 2011).

También los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves suelen asociarse con diagnósticos de trastornos de la personalidad (Bass & Murphy, 1995) y pueden explicar parte de los complejos fenómenos clínicos que se observan en ellos y su resistencia a los tratamientos (Caballero, 1995). Aunque hay pocos estudios que han examinado directamente la relación entre los trastornos de la personalidad y SMI, hay evidencia de una asociación entre ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo, la alexitimia y el afecto negativo (Costa & McCrae, 1987; Gucht, Fischler & Heiser, 2004) y dichos síntomas somáticos tienen una superposición sustancial con trastornos de la personalidad, en particular con el trastorno límite de la personalidad (Rost, Atkins, Brown & Smith, 2003).

Se ha logrado encontrar una continuidad entre las somatizaciones en los niños y los trastornos somatomorfos en adultos, sin embargo, falta mayor evidencia científica de estudios longitudinales que permitan afirmarlo. Los datos sugieren que los síntomas físicos sin explicación médica como el dolor abdominal recurrente en niños predicen trastornos emocionales en los adultos (Lewis, Fritz & Campo, 2001; Ramchandani, Hotopf, Sandhu & Stein (2005).

## **Conclusiones**

Los pacientes que sufren de SMI, llegan a los centros de salud buscando respuesta a su dolor; sin embargo, se encuentran con una serie de limitaciones que impiden su adecuada atención y tratamiento para su queja, debido a que los profesionales de la salud no tienen suficiente conocimiento sobre este trastorno, llevando a clasificarlos como pacientes

de difícil manejo clínico, por la manifestación externa de síntomas físicos influidos por un malestar psicológico y dados de alta por no tener una causa biológica para el dolor, lo que lleva al paciente a dar un uso inadecuado de los servicios de salud.

Los profesionales de la salud cada vez son más conscientes de la alta prevalencia de Síntomas Médicos Inexplicables (SMI), por esto la investigación pretende dar un aporte a dicha problemática, brindando la información del recorrido histórico por el DSM, su etiología y comorbilidad. De esta manera dar un acercamiento teórico para entender las quejas de dolor, con las cuales el paciente llega a la atención primaria y lograr dar un adecuado tratamiento.

La mayoría de los SMI son el resultado de un proceso de quejas somáticas no explicadas por causas orgánicas específicas y confundidos con trastornos psicológicos de distinta índole por lo que es relevante conocer en las personas la fisiología, personalidad, experiencias de vida, condiciones de salud para lograr una visión integradora y acertada del diagnóstico a realizar (Burton, 2003).

Se ha demostrado que los pacientes con SMI, antes categorizados como personas con trastornos somatomorfos, en general, no aceptan que sus problemas sean de origen psicosocial y por ello no desean ser atendidos en instituciones de salud mental. Y consideran que no se les da respuesta a su dolencia, exigiendo más exámenes médicos y un nuevo diagnóstico (García- Campayo, Sanz- Carrillo & Mortón, 1999).

Los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación (Smith, Monson & Ray, 1986). Pueden representar

hasta dos tercios de los síntomas físicos en clínicas especializadas(Huang & McCarron, 2011).

Los síndromes de somatización y las condiciones de dolor se asocian con una amplia gama de características cognitivas, como síntomas somáticos, atribuciones causales, catastrofización, autoconcepto de debilidad física, baja tolerancia al síntoma, y características comportamentales (Martin & Rief,2011).

De acuerdo al Manual Diagnostico Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM) en la versión III-R, se identifica la categoría diagnostica de trastornos somatoformos como especulativa de diagnóstico por síntomas somáticos no explicados por una condición médica general, sin hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, pero ligados a factores psicológicos (APA, 1988). En el DSM IV y IV- TR se nombró como trastorno somatomorfo, entendido como la presencia de síntomas físicos no intencionados, que sugieren una enfermedad médica subyacente, sin explicarse por la presencia de una enfermedad o trastorno orgánico específico, uso de sustancias o por otros trastornos mentales (APA, 1994, 2002). Y con la publicación de la nueva versión DSM V se reemplaza por la de síntomas somáticos y trastornos relacionados que define el diagnóstico principal, sobre la base de los síntomas positivos como la angustia y manifestaciones físicas acompañados de pensamientos distorsionados, sentimientos y comportamientos en respuesta de estos síntomas, significativamente dolorosos y perturbadores a la vida diaria con presencia de síntomas persistentes por lo menos durante 6 meses (APA, 2013).

Las quejas físicas o síntomas somáticos son comunes en niños y adolescentes, en un porcentaje promedio del 7% (Bakoulaet al., 2006), hay una tendencia a que las niñas

manifiesten más quejas físicas en un 29,9% que los varones en un 18,5% (Serra et al., 2013). El nivel socioeconómico, nivel educativo (Nimnuan et al., 2001), y la edad (Serra et al., 2013).

Los padres y/o cuidadores de niños y adolescentes con quejas físicas de enfermedad desconocida manifiestan rasgos de sobreprotección lo que ejerce un importante papel en el desarrollo de los síntomas somáticos (Huasain et al., 2007; Janssens et al., 2009) que pueden ser reforzadores (Sandberg & Stevenson, 2008).

Entre el 14 y 36% de los pacientes atendidos en atención primaria tienen trastornos mentales y una tercera parte síntomas físicos inexplicados (Fink et al., 1999), que se asocian con altos niveles de angustia (Kroenke et al., 1997; Nimnuan et al., 2001).

Según la OMS (2014) la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45 y el 95% de los casos y el número real de síntomas físicos también está relacionado con la probabilidad de ser médicamente inexplicados (Gasull, 2009).



## Referencias

- American Psychiatric Association . (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (4<sup>th</sup>ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1988) .Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III.Washington: Author.
- Asociación Española de Psiquiatria de Niños y Adolescentes (2008). Protocolos clinicos. Trastornos psicomaticos en la infancia y en la adolescencia, 132-141. Obtenido de <http://bookmedico.blogstot.com>
- Bair, M.J ., Robinson, R.L., Katon , W. &Kroenke , K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med, 163(24), 33–45.
- Bakoula, C., Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G., Kolaitis, G. (2006). Prevalence of recurrent complaints of pain among greek schoolchildren and associated factors: a population based study. Acta Paediatr, 95 (9), 47-51.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs inde-pendent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry, 62(90), 3- 10.

- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*, 39, 403-27.
- Brown, R.J. (2004). Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*, 130 (5), 793–812 .
- Brown, R.J. (2007). Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clin. Psychol. Rev*, 27 (7), 769-780 .
- Brugos, M.D., Martín, A. S. & Gómez, G.E. (2003). Complejo sintomático ansioso-depresivo-somatizador: dificultades diagnósticas e intervención cognitivo-conductual. *Interpsiquis* .
- Burton, C. (2003). Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms. *Br J Gen Pract* , 53, 233-241.
- Caballero, L. (1995). La condición somatomorfa. *Psychonewsletter*, 2, 1-2.
- Caballero, M. L. & Caballero, M. F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria . *Salud mental en atención primaria* , 15-28.
- Campo, J., McWilliams, L., Diane, M., Comer, B. & Kelly, J. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(10), 93-101.
- Castro, J., de Pablo, J., Gómez, J. & Arrindell, W. A. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: a new form of the EMBU. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 32(2), 5- 30.
- Cheng, T. L., Yuang, H. C., Kai, C. Y., Cheng, H. Y., Ying, C. L.,...Tung, P. S. (2009). Medically Unexplained Symptoms and Somatoform. *Journal of the Chinese*

*Medical Association*, 30, 251-256.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *J Pers*, 55(2), 299-315.

Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Jour. Psychosomatic Res*, 56 (4), 391-408.

De Gucht, V. & Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *J Psychom. Res*, 60(4), 349-352.

De Waal M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A., Assendelft, W.J., Van Hemert, A.M. (2008). Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract*.

Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A. & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(8), 52-60.

Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M. & Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in Primary Care. *Psychosomatics*, 40(4), 330-8.

Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) Sigmund Freud. *Obras completas*. Amorrortu editores. T. VII. Buenos Aires.

Garber, J., Walker, L. & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Childrens Somatization Inventory. *Psychol Assess*, 3(5), 88-95.

- García O. (2007). Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica . *semg* , 93, 105-109.
- García -Campayo J., Sanz- Carrillo C. & Montón C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med. Clin Bar*, 112, 147-150.
- Garralda, M. (2011). Unexplained Physical Complaints . *Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry* , 58, 803-813.
- Garralda, M.E .(1999). Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry*,40 (11),59-67.
- Gasull, V. (2009). Trastornos somatomorfos y depresión . *Semergen* ,35, 17-25.
- González, F. (1999). ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia,
- Granel, A. (2006). Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid. actual. pract. Ambul*, 9(6), 176-180.
- Gucht, V. D., Fischler. B., Heiser, W. (2004).Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care. A follow-up study. *J Psychosom Res*,56, 279-285.
- Gureje, O., Simon, G.E, Ustun, T.B. & Goldberg, D.P. (1997).Somatizationin cross-cultural perspective: a World Health Organizationstudy in primary care. *Am J Psychiatry*, 154, 989-995.

- Hahn, S.R.(2001). Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*,134, 897–904.
- Hartz, A.J., Noyes, R., Bentler, S.E., Damiano, P.C., Willard, J.C., Momany, E.T. (2000).Unexplained Symptoms in Primary Care: Perspectives of Doctors and Patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 22, 144–152.
- Harvey, C.K., Cadena, R., Dunlap, L. (1993). Fibromyalgia. *J Am Pediatr Med Assoc*,83 (7).
- Huang, H., & McCarron, R. (2011). Medically unexplained physical symptoms: Evidence-based interventions. *Current psychiatry* ,10, 17-31.
- Huasain, K. , Browne, T. &Chalder , T.(2007). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child Adolesc Mental Health*, 12, 2-7.
- Janssens, K.M., Oldehinkel, A.J. &Rosmalen, J.G.(2009) Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *J Pediatr*,154, (9) 18-23.
- Kirmayer, L.J. & Robbins, J.M. (1991). Three forms of somatization in primary care:prevalence, cooccurrence and sociodemographic characteristics. *J NervMent Dis*, 179(6), 47-55.
- Kroenke, K. , Spitzer, R.L., & de Gruy, F.V. (1997). Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the soma- tizing patient in primary care. *Arch Gen Psychol* ,54,352-358.

- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12, 34–43.
- Kroenke, K. & Mangelsdorf, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med*, 86, 262-266.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64, 258–66.
- Lewis, Fritz & Campo 2001. *Child and Adolescent Psychiatry Third Edition*. Ed. M. Somatoform disorders, 69, 847-858.
- Lieb, R., Meinlschmidt, G. & Araya, R. (2007). Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorder: an update. *Psychosom Med*, 69(9), 860-863.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Loño, J., Ochando, G. (2003). Trastornos somatomorfos en la Infancia. *Rev. Psiquiatría Infanto-Juvenil*. May, 19, 30-35
- Martin, A. & Rief, W. (2011). Relevance of Cognitive and Behavioral Factors in Medically Unexplained Syndromes and Somatoform Disorders. *Current and Future Classification of Somatoform Disorders*, 34, 565-578.
- Mas Garriga, X., Solé D.M., Licerán S.M. & Riera, C.D. (2006). Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud?. *Aten Primaria*, 38(4), 192.

- Mayou, R., & Farmer, A. (2002). Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* :  
British Medical Journal , 325,265-268.
- Mayou, R., Greg, S., Kroenke, K., Sharpe, M., & Kirmayer, L. (2005). Somatoform Disorders:  
Time for a New Approach in DSM-V . *Am J Psychiatry* , 162,847-855.
- Molinera, V. G. (2009). Trastornos somatomorfos y depresión. Grupo de salud Mental  
Semergen, 35(1),17-25.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2000). Medically unexplained symptoms: how often  
and why are they missed? *QJM*, 93, 21-28.
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., & Hotopf, M. (2001). How many functional  
somatic syndromes?. *J Psychosom Res*, 51, 549-557
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). Obtenido de Atencion primaria de la salud:  
[http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
- Ramchandani, P.G., Hotopf, M., Sandhu, B. & Stein, A. (2005). The epidemiology of  
recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based  
study. *Pediatrics*, 116(46),50.
- Range Urrea, Ó., Barrera Guío, N., & Escobar Córdoba, F. (2009). Algoritmo para el  
diagnóstico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario.  
*Scielo*
- Richardson, R. & Engel, C.H. (2004). Evaluation and management of medically unexplained  
physical symptoms. *The Neurologist*, 10, 18-30
- Rost, K.M., Atkins, R.M., Brown, F.W. & Smith, G.R. (2003). The comorbidity of DSM-III-R  
personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 14, 322–326

- Sandberg, S.& Stevenson, J. (2008). Psychiatric aspects of somatic disease. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, editores. Rutter's child and adolescent psychiatry. 5.a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 9, 30-44.
- Schappert, S.M.(1991). National Ambulatory Medical Care Survey: Adv Data, 230,1-16.
- Serra, R., Claustre, J. M. & Bonillo , A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos . Anales de pediatria , 79,101-107.
- Servan- Shreiber, D., Kolb, N. &Tabas, G. (2000).Practical diagnosis of somatizing patients. Am FamPhys ,61(10), 73-8
- Simon, G.E., Vonkorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiological catchment area study. Am J Psychiatry, 148, 9.
- Smith, G.R .(1991) Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press.
- Smith, B., McGorm,K., Weller,D., Burton,C., Sharpe,M .( 2009). The identification in primary care of patients who have been repeatedly referred to hospital for medically unexplained symptoms: A pilot study. Jour. Psychosomatic Res, 67 (3), 207-211.
- Smith, G.R., Monson, R. A., & Ray, D. C.(1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health and health care utilization. Arch Intern Med, 1446, 69-72
- Smith, R.C., Gardiner, J.C. & Lyles, J.S. (2005). Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. Psychosom Med, 67, 123-129.



- Smith, R.C., Lyles, J.S. & Gardiner, J.C.(2006). Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*, 21, 671-677.
- Tim, C., Olde, H., Machteld, S., Borghuis, Peter L.B....Chris van Weel.(2009) .Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Jour. Psychosomatic Res*, 66 (5) ,363-377.
- Waal, M.W., Arnold ,I.A., Eekhof, J.A., van Hemert, A.M .(2004). Somatoformdisorders in general practice: prevalence, functional impairmen and comorbidity with anxiety and depressive disorders.*Br J Psychiatry*, 184, 470–6.
- Wise T.N. & Birket M.(2002). The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*, 43, 437–440