

## TEMA 7.-TRASTORNOS SOMATOFORMES.

### 1.- INTRODUCCIÓN: APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUACIÓN.

- ☞ Los hoy denominados desórdenes somatoformes, provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de neurosis histérica.

#### Principales características de trastornos somatoformes según el DSM-III R:

Alteraciones del funcionamiento físico	<b>SOMATIZACIÓN</b>	Quejas sobre múltiples síntomas físicos (desmayos, mareos...) los cuales no se fundamentan con causa orgánica alguna.
	<b>CONVERSIÓN</b>	Pérdida o alteración del funcionamiento fisiológico, (parálisis, sordera, ceguera...) para el que no existe patología orgánica subyacente.
	<b>DOLOR SOMATOFORME</b>	Dolor severo y prolongado que, o bien es inconsistente con la distribución anatómica del sistema nervioso, o bien no puede ser explicado a partir de una patología orgánica.
Preocupación con respecto a posibles problemas corporales	<b>HIPOCONDRIÁ</b>	Preocupación, miedo o creencia a padecer una enfermedad grave que surge tras interpretar los signos corporales incorrectamente.
	<b>DISMORFOFOBIA</b>	Preocupación excesiva por un defecto imaginario sobre la apariencia física.

- ☞ El desencadenante psicológico y los síntomas de los trastornos psicósomáticos y somatoformes se presentan como fenómenos comunes en ambos trastornos:

- Trastorno psicósomático existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente
- Trastorno somatoformes no se desprende una patología orgánico demostrable o un proceso patofisiológico conocido.

## 2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES.

DSM-I	DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV-TR
TRASTORNOS PSICONEURÓTICOS	NEUROSIS			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis de angustia</li> <li>• Neurosis fóbica</li> <li>• Neurosis obsesivo-compulsiva</li> </ul>	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	TRASTORNOS DE ANSIEDAD
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis depresiva</li> </ul>	TRASTORNOS AFECTIVOS	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO
		TRASTORNOS SOMATOFORMES	TRASTORNOS SOMATOFORMES	TRASTORNOS SOMATOFORMES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de somatización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de somatización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de somatización</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno somatoforme atípico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno somatoforme indiferenciado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno somatoforme indiferenciado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis neurasténica</li> <li>• Neurosis hipocondríaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocondría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocondría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocondría</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis histérica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo conversión</li> <li>• Tipo disociativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Dolor psicógeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Dolor somatoforme</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis de despersonalización</li> </ul>	TRASTORNOS DISOCIATIVOS	TRASTORNOS DISOCIATIVOS	TRASTORNOS DISOCIATIVOS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Dolor psicógeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Dolor somatoforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de conversión</li> <li>• Trastorno de dolor</li> </ul>

### 2.1.- CATEGORIZACIÓN SEGÚN EL DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR, estima que la característica común del grupo de trastornos somatoformes, es la presencia de síntomas físicos que sugieren una condición médica general y que no son explicados completamente por una condición médica general, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas deben causar angustia o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas de funcionamiento.

En el DSM-IV-TR se mantiene las mismas categorías que en el DSM-III-R, pero se introducen elementos de simplificación y clarificación de los criterios diagnósticos.

### 2.1.1- Trastorno de somatización.

- ☞ El aspecto definitorio básico es la presencia de un patrón de síntomas somáticos múltiples y recurrentes que sucede a lo largo de un período temporal de varios años y que se inicia antes de los 30 años.
- ☞ Se considera que estos síntomas dan lugar a la búsqueda de atención médica y ocasionan una incapacitación importante en diversos ámbitos de la vida de la persona.

#### Criterios diagnósticos del trastorno de somatización según el DSM-IV-TR.

**A.** Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**B.** Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)
4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas 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; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

**C.** Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)
2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

**D.** Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

☞ El DSM-IV-TR, con respecto a su predecesor:

- Ha eliminado de la definición la creencia de estar enfermo.
- La lista de 35 ítems del DSM-III-R ha sido simplificada y agrupada en 4 categorías de síntomas físicos (dolor, gastrointestinal, sexual y pseudoneurológico).

- Ha eliminado la nota relativa a siete síntomas cuya presencia era considerada la indicadora de que los síntomas no ocurriesen exclusivamente durante la crisis de angustia.
- Ha añadido como criterio explícito que la producción de los síntomas no esté bajo el control voluntario del sujeto.

### 2.1.2- Trastorno somatoforme indiferenciado.

☞ Para el DSM-III-R ésta era una categoría en la que se incluían aquellos cuadros clínicos que no reunían los criterios completos para el trastorno de somatización.

☞ El DSM-IV-TR siguen considerando el trastorno somatoforme indiferenciado como una categoría residual, y aunque en términos generales la conceptualización de este trastorno no ha variado, se han incorporado dos nuevos criterios diagnósticos:

- Uno relativo a las consecuencias negativas que ocasionan los síntomas
- Otro referido a la producción deliberada de éstos.

☞ Asimismo, se ha sustituido el criterio de exclusión redactado en términos de “el trastorno no aparece únicamente en el curso de” por el de “el trastorno no se explica mejor por” otro trastorno mental.

#### Criterios diagnósticos del trastorno somatoforme indiferenciado según el DSM-IV-TR.

**A.** Uno o más síntomas físicos (por ejemplo, fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

**B.** 1) o 2):

**1)** Tras el examen apropiado, los síntomas no pueden ser explicados completamente por una condición médica general conocida o los efectos directos de una sustancia (por ejemplo, abuso de drogas, medicación).

**2)** Cuando existe una enfermedad médica general relacionada, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral resultante es mucho mayor de lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

**C.** Los síntomas originan un malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

**D.** La duración de la alteración es por lo menos de 6 meses.

**E.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, otro trastorno somatoforme, disfunción sexual, trastorno del estado de ánimo, trastorno por ansiedad, trastorno del sueño o trastorno psicótico).

**F.** Los síntomas no se producen de manera intencionada ni fingida (como en el trastorno facticio o simulación).

### 2.1.3- Hipocondría.

- ☞ La sintomatología el DSM-III-R: Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los signos o sensaciones físicas.
- ☞ Dos problemas importantes asociados a la definición del DSM-III-R que también son extensibles al DSM-IV:
  - La definición engloba tanto a los pacientes convencidos de que están enfermos como a aquellos que temen enfermar. No proporciona pautas específicas para establecer un claro diagnóstico diferencial entre: convicción de enfermedad y fobia a la enfermedad.
  - El miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.
- ☞ El DSM-IV no incorpora las sugerencias de algunos autores, ni subsana los problemas de los que adolecía el DSM-III-R ya que se mantiene prácticamente invariable la definición de hipocondría.
- ☞ La característica nuclear es el miedo o creencia a padecer una enfermedad importante que surge en el sujeto a partir de la interpretación errónea de sus síntomas corporales. Este temor o convicción:
  - Es persistente (mínimo 6 meses).
  - No es explicado de un modo más adecuado por otro trastorno mental.
  - Se mantienen a pesar de los reconocimientos físicos.
  - Provoca un marcado malestar y deterioro importante en diversos ámbitos de la vida de la persona.
- ☞ En relación con los problemas del DSM-III-R, el DSM-IV:
  - Continúa reservando la categoría de hipocondría tanto para los sujetos que están convencidos de que se encuentran enfermos como a los que le asusta la enfermedad.  
  
Incluye explícitamente la fobia a la enfermedad dentro de los trastornos de ansiedad en la categoría de fobia específica.

Para facilitar el diagnóstico diferencial: señala que la distinción entre hipocondría y fobia específica, depende de la existencia o no de convicción de enfermedad.

- Hipocondríacos: preocupados por el miedo a tener una enfermedad (que está se encuentre ya presente).
  - Fóbicos de enfermedad específica: les asusta contraer o estar expuestos a una enfermedad.
- Sigue manteniendo sin variaciones la cuestión de la información tranquilizadora, que el miedo o creencia del sujeto de que está enfermo persiste a pesar de las exploraciones físicas realizadas y las explicaciones del médico.

#### **Criterios diagnósticos de hipocondría según el DSM-IV-TR.**

**A.** Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

**B.** La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

**C.** La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

**D.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**E.** La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

**F.** La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

*Especificar si:*

**Con pobre insight (poca conciencia de enfermedad):** si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

#### Cambios en el DSM-IV:

- Suprimido la indicación de que los síntomas no fuesen debidos a crisis de angustias.
- Permite que el clínico pueda utilizar la etiqueta de insight pobre cuando el paciente no admita que su preocupación por tener una enfermedad es exagerada.

### 2.1.3.1.- Rasgos característicos de las personas hipocondríacas (Gutsch).

- 1) Ansiedad.
- 2) Rasgos de personalidad compulsivos.
- 3) Estado de ánimo decaído.
- 4) Tendencias de doctor shopping.
- 5) Exacerbación de las relaciones médico - paciente.
- 6) Deterioro de la capacidad para el funcionamiento social.
- 7) Deterioro de la capacidad para el funcionamiento laboral.
- 8) Preocupación por dolores insignificantes.
- 9) Preocupación por toses sin importancia.
- 10) Preocupación por peristalsis.
- 11) Escasa relaciones sociales.
- 12) Necesidad de explicar con detalle su historia médica.

### 2.1.3.2.- Características psicológicas y clínicas centrales de la hipocondría (Warwick y Salkovskis).

- 1) Preocupación por la salud
- 2) Insuficiente patología orgánica que justifique las preocupaciones expresadas
- 3) Atención selectiva a los cambios o características corporales
- 4) Interpretación negativa de signos y síntomas corporales
- 5) Atención selectiva y desconfianza de la información médica y no médica
- 6) Búsqueda persistente de explicaciones/comprobación del estado corporal/información.

### 2.1.4- Trastorno de conversión.

📖 En el DSM-III-R había una concepción muy amplia del síntoma de conversión: incluía tanto los que sugerían un daño neurológico (parálisis, afonía), como los que

afectaban al sistema vegetativo (vómitos, desmayos), y al endocrino (embarazo fantasma).

☞ En el DSM-IV Se reducen los síntomas de conversión:

- Síntomas neuroendocrinos se clasifican como trastornos somatoforme no especificado.
- Se proponen diversos subtipos de trastorno de acuerdo con la modalidad de síntoma o déficit: motor, sensorial, convulsiones y mixta.

☞ El aspecto básico de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial.

☞ Se considera que en su inicio están implicados factores psicológicos.

☞ **Novedad:** ampliación de los criterios de exclusión de este trastorno: que los síntomas no se limiten al dolor o a una disfunción sexual y que no aparezcan sólo en el transcurso de un trastorno por somatización y que no exista otro trastorno mental que dé mejor cuenta de la alteración.

☞ **Requisito:** el síntoma cause perturbación significativa a nivel clínico, tal como una marcada angustia y deterioro del funcionamiento.

#### **Criterios diagnósticos del trastorno de conversión según el DSM-IV-TR.**

**A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

**B.** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

**C.** El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

**D.** Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

**E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

**F.** El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Código basado en el tipo de síntoma o déficit:**

- . 4 Con síntoma o déficit motor
- .5 Con crisis y convulsiones
- .6 Con síntoma o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta



### 2.1.5- Trastorno dismórfico corporal.

☞ Se cuestiona la adecuación de incluir éste trastornos entre los somatoformes:

- Similitud con el TOC.
- Puede ser un síntoma presente en un amplio rango de trastornos psiquiátricos. Algunos sostienen que hay que diferenciar entre dismorfofobia primaria y secundaria.

#### **Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal según el DSM-IV-TR.**

- A.** Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

☞ Variaciones respecto al DSM-III-R:

- Desaparición de la indicación de que la creencia en la existencia de un trastorno físico no alcance una intensidad delirante (posibilita el diagnóstico concurrente entre trastorno dismórfico corporal y trastorno delirante (tipo somático).
- Se matiza, amplía y reformula la consideración de que la alteración "no aparece únicamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o transexualismo" ( C ).
- Inclusión del criterio B.

☞ Phillips, señala que las quejas suelen ser concretas, pero no son infrecuentes otras de carácter vago e inespecífico. Los sujetos pueden estar preocupados por diferentes aspectos corporales en distintos momentos o por varios a la vez.

### 2.1.6- Trastorno de dolor (antes dolor somatoforme).

☞ Sintomatología característica: presencia de dolor en una o más partes del cuerpo que constituye el aspecto central y que alcanza un nivel de gravedad suficiente como para justificar la atención clínica.

### Criterios diagnósticos del trastorno de dolor según el DSM-IV-TR.

- A.** El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B.** El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D.** El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E.** El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

*Especificar el tipo:*

**Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos:** se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

**Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica:** tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

*Especificar (para ambos tipos) si:*

**Agudo:** duración menor a 6 meses.

**Crónico:** duración igual o superior a 6 meses.

#### Cambios con respecto al DSM-III-R:

- Se reemplaza dolor somatoforme por trastorno de dolor.
- La preocupación por el dolor se restringe ahora a la presencia de dolor.
- Se añaden 2 criterios de exclusión (D y E).
- Se amplía al incluir 2 tipos de trastorno de dolor (codificar).

#### Rasgos característicos de personas con dolor somatoforme (Gutsch)

- Quejas excesivas de dolor en ausencia de evidencia física.
- “Doctor Shopping”.
- Uso excesivo de analgésicos.
- Parestesia (sensación de hormigueo o pinchazón).

- Espasmos musculares.
- Historia de síntomas de conversión.
- Estado de ánimo disfórico.
- Peticiones de intervención quirúrgica.

### 2.1.7- Trastorno somatoforme no especificado.

☞ Al igual que el DSM-III-R, el DSM-IV considera que se asignarían a ésta categoría los trastornos con síntomas somatoformes, que no reúnan criterios de los específicos:

- Pseudociesis: Falsa creencia de estar embarazada asociada a signos objetivos de embarazo.
- Un trastorno en el que haya síntomas físicos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.
- Un trastorno en el que haya síntomas físicos no explicables, con duración inferior a 6 meses, y que no se deban a otro trastorno mental.

### 2.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

☞ Los síntomas somáticos funcionales, constituyen un componente de diversos síndromes clínicos. Por ésta razón, las quejas físicas como manifestación de otro trastorno, deben evaluarse y distinguirse de los trastornos somatoformes.

☞ Algunos cuadros clínicos que pueden confundirse con un trastorno somatoforme:

- Los factores psicológicos que afectan al estado físico:

Existen factores psicológicos que afectan negativamente a una determinada condición médica general diagnosticada. Sin embargo, en los trastornos somatoformes, la condición médica general, está, no está presente, o es insuficiente para dar cuenta de los síntomas físicos.

- La presencia de enfermedad física:

Hay que tener especial cuidado con alteraciones orgánicas que manifiestan síntomas somáticos vagos y múltiples (esclerosis múltiple..) que al inicio de su evolución pueden ser diagnosticados como síndromes somatoformes.

En relación con el trastorno por somatización, el DSM-IV expone tres características:

- Múltiples sistemas orgánicos implicados
- Inicio temprano y curso crónico sin indicios o anomalías que supongan un cambio estructural.
- Ausencia de resultados de laboratorio que indiquen la existencia de una condición médica general.

El trastorno de somatización puede coexistir con enfermedades orgánicas.

En el caso de la hipocondría, también debe considerarse, para el diagnóstico diferencial, la presencia de una enfermedad física verdadera (enfermedades tiroideas). Aunque estas enfermedades pueden coexistir con la hipocondría, o permite utilizar esta categoría diagnóstica para aquellas preocupaciones transitorias que surgen en el contexto de una condición médica general.

▪ Los trastornos somatoformes:

Implican síntomas físicos que no se encuentran bajo el control voluntario del sujeto, y se diferencian de la simulación y de los trastornos facticios en función de la intencionalidad.

Simulación	Somatización
El paciente es consciente de la simulación de la enfermedad.	Los síntomas no son producidos conscientemente, pero son soluciones inconscientes a conflictos difíciles.
Los síntomas dan como resultado una ganancia significativa evidente.	La ganancia secundaria sólo es un aspecto del cuadro e implica una ganancia interpersonal (por ejemplo, satisfacer necesidades de dependencia) más que una ganancia económica o legal.
Historia previa de conducta antisocial y/o adicción a drogas.	Ausencia de historia previa de conducta antisocial
Trastorno de personalidad, especial/ personalidad antisocial o límite.	La somatización es una forma de vida, pero no son tan prominentes otros signos de trastorno de personalidad.
El paciente se vuelve amenazador cuando se le hace frente y entonces abandona repentinamente el hospital, la sala de emergencia o la clínica.	El paciente se indigna o se pone ansioso cuando se sugiere una causa psicológica, pero se vuelve más dependiente.

En los trastornos facticios el único propósito de la persona es el de asumir el rol de enfermo y someterse a las exploraciones y tratamientos médicos. Una estrategia que puede contribuir a discriminar entre trastornos somatoformes, trastornos facticios y simulación consistiría en considerar la conciencia que posee el sujeto sobre la motivación de su conducta.

- La aparición de cambios físicos son habituales en los trastornos del estado de ánimo:

Fatiga, pérdida de apetito, disminución de actividad y deseo sexual, jaquecas, dolos de espalda, nauseas, vómitos....

A diferencia de los trastornos de somatización, estos síntomas se limitan a los episodios de estado de ánimo deprimido.

Si se cumplen criterios para ambos diagnósticos, el DSM-IV permite el diagnóstico de ambos trastornos.

TRASTORNOS SOMATOFORMES	DEPERESIÓN
Síntomas vegetativos menos evidentes.	Síntomas vegetativos más destacados.
Empeoramiento de los síntomas físicos al finalizar el día.	Los síntomas físicos pueden agravarse por la mañana.
Historia previa e historia familiar negativa para depresión	Historia previa y familiar de depresión y trastornos relacionados.
Padre/madre enfermo o incapacitado durante el crecimiento.	Pérdida temprana.
Los síntomas aparecen en un concepto de enfermedad benigna.	Los síntomas aparecen tras una pérdida.
El paciente busca a otras personas significativas y persigue múltiples contactos con médicos.	El paciente se aparta de médicos y otras personas significativas.
El paciente expresa su malestar.	Minimización u ocultación de los síntomas.
Resistencia a las sugerencias de que los síntomas son psicógenos.	El paciente está más dispuesto a considerar la etiología psicógena.
Respuesta placebo inicial a los antidepresivos seguida de reaparición de los síntomas.	Respuesta positiva a los antidepresivos.

- Trastornos de ansiedad:

Los pacientes ansiosos en ocasiones vigilan en exceso pequeñas disfunciones corporales, temen poder sufrir alguna enfermedad grave y tienen síntomas somáticos procedentes de la hiperventilación y del arousal autónomo.

En el trastorno de pánico también existe sintomatología diversa, pero solo surge durante los ataques de pánico. Los dos trastornos pueden coexistir.

En el trastorno por ansiedad generalizada, también se dan múltiples síntomas somáticos, pero el foco de ansiedad y la preocupación, no se restringe a la sintomatología física.

La hipocondría sólo se diagnostica si no existe otro trastorno mental que posibilite una mejor comprensión del desorden. Tanto la hipocondría como el trastorno dismórfico corporal pueden ser diagnosticados conjuntamente con el trastorno obsesivo - compulsivo, si las conductas compulsivas del sujeto no se limitan a la preocupación por la enfermedad (hipocondría) o por el aspecto físico (trastorno dismórfico).

En la fobia social también coexisten preocupaciones por defectos reales en la apariencia, pero, a diferencia del trastorno dismórfico, no perturba ni incapacita al sujeto.

- Trastornos psicóticos:

Los trastornos psicóticos se van a diferenciar de la hipocondría en que en ésta la creencia del individuo no llega a tener una magnitud delirante.

La esquizofrenia con ideas delirantes somáticas, debe distinguirse de las quejas no delirantes del trastorno por somatización. En raras ocasiones se dan conjuntamente pero si lo hacen debe diagnosticarse en ambos.

Las alucinaciones del trastorno de somatización o del trastorno de conversión, se distinguen de las que ocurren en un trastorno psicótico en:

- El sujeto mantiene intacto el insight.
- No se acompañan de otros síntomas psicóticos.
- Implican más de una modalidad sensorial.
- Tienen un contenido ingenuo, fantástico y pueril.
- Suelen tener un significado psicológico.
- El sujeto tiende a describirlas como un relato interesante.

- Disfunciones sexuales:

Las disfunciones sexuales suelen presentar áreas de solapamiento diagnóstico con los trastornos somatoformes. En el DSM-IV los síntomas de conversión que afectan al funcionamiento sexual no se consideran como trastorno de conversión, sino como disfunción sexual.

☞ Existen otros dos grupos de trastornos que hay que tener en cuenta con vistas al diagnóstico diferencial, puesto que suponen la presencia de quejas físicas:

- Trastornos del sueño: insomnio primario, hipersomnias primarias, narcolepsia, relacionado con la respiración, trastorno del sueño del ritmo circadiano, parasomnias.
- Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia nerviosa.

☞ La diferenciación entre los distintos tipos de trastornos somatoformes también ha de ser contemplada. Siguiendo las indicaciones del DSM-IV, en el transcurso del trastorno por somatización puede haber preocupaciones por el miedo a tener, o la creencia de que ya se tiene, una enfermedad grave, síntomas de dolor vinculados a factores psicológicos, así como síntomas de conversión; sin embargo, si estas características aparecen únicamente en el curso de este trastorno no se establece el diagnóstico adicional de hipocondría, trastorno de dolor asociado a factores psicológicos, ni trastorno de conversión. Cuando existen síntomas de dolor tampoco se utiliza esta última categoría, sino la de trastorno de dolor.

☞ Tanto en la hipocondría como en el trastorno de conversión pueden detectarse síntomas pseudoneurológicos:

- La hipocondría el sujeto se preocupa porque considera dichos síntomas como manifestación de una enfermedad importante.
- En la conversión el aspecto nuclear es el síntoma en sí mismo ya que el sujeto puede mostrar una relativa falta de preocupación por la naturaleza o implicaciones de los síntomas (*belle indifférence*).

☞ El trastorno dismórfico corporal también difiere de la hipocondría y el trastorno de conversión en que el énfasis se sitúa en la preocupación por un defecto imaginado o leve problema real en la apariencia física y no en la preocupación por una enfermedad importante (hipocondría) ni en un síntoma o déficit del funcionamiento motor voluntario o sensorial (trastorno de conversión).

### 3.- HIPOCONDRIÁ

- ☞ En sus orígenes, el término hipocondría, fue considerado por Galeno como una forma abdominal de melancolía, caracterizada por dolor abdominal y flatulencia, y acompañada de síntomas mentales de miedo y tristeza.
- ☞ Siglos XVII y XVIII, se convierte en una enfermedad universal con entidad propia, con interpretaciones sobre su patogenia tanto orgánicas (hipocondría como una enfermedad física centrada en alteraciones gastrointestinales), como psicológicas (forma especial de melancolía causada por pena, soledad, fracaso sentimental, aburrimiento o ambición frustrada).
- ☞ Durante el siglo XIX, se abandonó el concepto de enfermedad vinculado a la hipocondría, siendo sustituida por otras enfermedades universales como la neurastenia y la neurosis.

Lo que sobrevivió fue la idea de enfermedad imaginaria o miedo a la enfermedad (nosofobia).

Este es el status actual del trastorno, que se enmarca dentro de los trastornos somatoformes e implica preocupación infundada en torno a las condiciones de salud.

- ☞ Recientemente, la hipocondría se ha descrito como un rasgo o grupo de rasgos, más centrado en la línea de los desórdenes de la personalidad que en el grupo de los trastornos psicopatológicos. Kirmayer la relaciona con niveles elevados de neuroticismo y afecto negativo.

#### 3.1.- EL SÍNDROME HIPOCONDRIÁCO: HIPOCONDRIÁ PRIMARIA VERSUS SECUNDARIA.

- ☞ Barsky, establece una diferenciación entre 2 tipos de condiciones hipocondríacas:
    - Hipocondría primaria: No se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico o, si está presente, no se halla relacionado o es independiente de la hipocondría.
- 2 subtipos:
- Hipocondría tal y como se conceptualiza en el DSM-III-R.
  - Hipocondría monosintomática: única y fija creencia delirante de padecer una enfermedad.



- Hipocondría secundaria: Se encuentra subordinada a una condición más generalizada, o es una respuesta elicitada ante la aparición de eventos estresantes (enfermedad física que pone en peligro la vida o muerte de alguna persona significativa).
- La hipocondría transitoria (inferior a 6 meses), se refiere a una condición clínica que puede darse en el contexto de una enfermedad médica o una situación estresante.

### 3.2.- EXPLICACIONES TEÓRICAS SOBRE LA HIPOCONDRIA.

☞ Desde diversas aproximaciones teóricas se ha pretendido conceptualizar la hipocondría y se han ofrecido múltiples explicaciones para conseguir este objetivo.

- Perspectiva psicodinámica: Canal alternativo para desviar hacia los demás los impulsos sexuales, agresivos u orales en forma de quejas físicas, bien como una defensa individual contra la baja autoestima y la experiencia del yo como algo carente de valor, inadecuado y de defectuoso.
- Enfoques tradicionales de tipo psicosocial: han pretendido dar cuenta de los comportamientos hipocondríacos identificando dos grupos principales de alternativas teóricas:
  - Aquellas que han enfatizado las ventajas que se derivan de adoptar el rol de enfermo debido a que permite obtener beneficios tales como recibir cuidados y/o eludir responsabilidades;
  - Aquellas que han entendido la hipocondría como un modo de comunicación interpersonal.
- Recientemente se han venido elaborando unas teorías más consistentes que proponen conceptualizar la hipocondría como la manifestación de una alteración a nivel perceptivo o cognitivo.

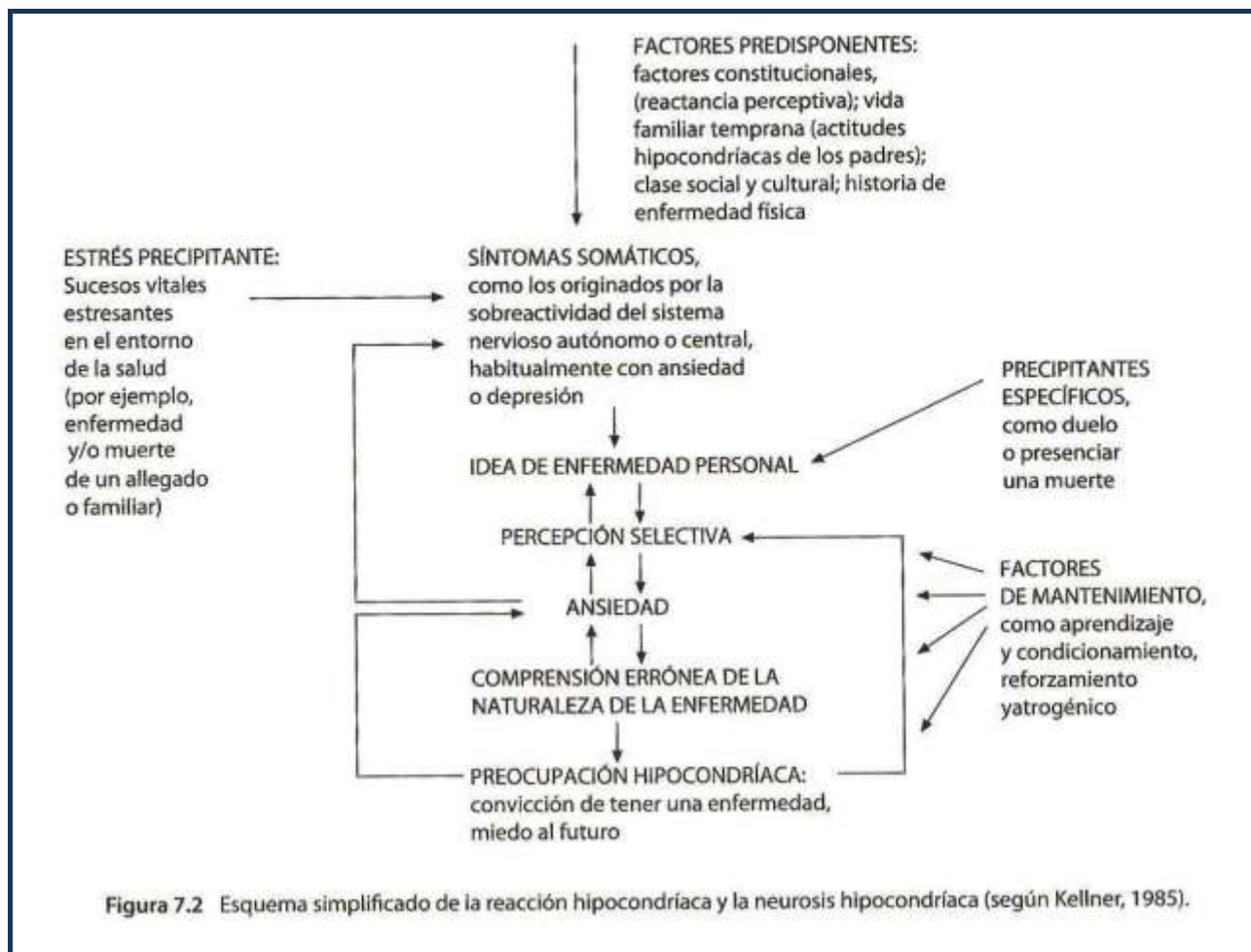
#### 3.2.1.- Formulación del grupo de Barsky.

- ☞ Han considerado que la hipocondría puede ser entendida como un “estilo somático amplificador”.
- ☞ De acuerdo con estos autores, los sujetos hipocondríacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales, es decir, tienden a experimentar tales sensaciones como más intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras que los no hipocondríacos.

- ☞ El estilo perceptual amplificador del hipocondríaco comprende tres elementos:
  - Hipervigilancia corporal que conlleva un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables;
  - Tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues; y
  - Propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad en vez de percibir las como normales.
  
- ☞ Debido a que los sujetos hipocondríacos experimentan sensaciones corporales de manera intensa y perturbadora, suelen interpretarlas erróneamente y atribuir las a una enfermedad grave en lugar de a una causa no patológica como puede ser, por ejemplo, la falta de ejercicio físico, el haber dormido poco o el exceso de trabajo.
  
- ☞ Una vez que sospechan que pueden estar enfermos, vigilan su cuerpo, examinan sus percepciones somáticas, atienden selectivamente a aquellas que confirman su hipótesis explicativa de los síntomas e ignoran las que la contradicen.
  
- ☞ Además, el incremento de la ansiedad provoca nuevas sensaciones corporales benignas que los sujetos pueden considerar evidencia de la presencia del trastorno físico.
  
- ☞ Toda esta serie de hechos desembocan en una intensificación de la alarma, configurándose así un círculo vicioso.

### 3.2.2.- Aportaciones de Kellner.

- ☞ Kellner ha diseñado un esquema de los elementos implicados en la reacción hipocondríaca y de su evolución hacia la neurosis hipocondríaca.
  
- ☞ Ciertas experiencias tempranas predisponen a la persona a atender a los síntomas somáticos y, ciertos eventos actúan como factores precipitantes
  
- ☞ El sujeto empieza a pensar que padece una enfermedad con lo que se siente ansioso y preocupado por las consecuencias futuras de la enfermedad, esto le lleva a una percepción selectiva de las sensaciones somáticas.
  
- ☞ Lo que comienza siendo una reacción inocua, puede desembocar en una neurosis hipocondríaca.



### 3.2.3.- Contribución del grupo de Oxford (Warwick y Salkovskis).

☞ Según su propuesta el proceso por el cual llega a iniciarse la hipocondría es el siguiente:

- Las experiencias previas relativas a la enfermedad (propia o de otros) y a los errores médicos conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud.
- Tales creencias pueden provocar que el sujeto atienda selectivamente a la información que es coherente con la idea de que su estado de salud no es bueno y que ignore o reste importancia a aquella información que indica que su estado de salud es satisfactorio.
- Los supuestos problemáticos pueden permanecer relativamente inactivos hasta que un incidente crítico que puede ser interno o externo los “moviliza”.

- Todo ello origina la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables cuyo contenido implica una interpretación catastrófica de las sensaciones o signos corporales, lo que finalmente desencadena la ansiedad por la salud que viene acompañada de sus correspondientes correlatos fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos.

#### 4.- TRASTORNO DE CONVERSIÓN

- ☞ Aparece entrelazado con el trastorno de somatización, porque ambos se originaron en el concepto de histeria y comparten un tipo de personalidad histriónica (mayor en el trastorno de somatización).
- ☞ Se considera que los factores psicológicos están relacionados etiológicamente con el inicio del trastorno ⇒ Existe relación temporal entre un evento estresante y el comienzo de los síntomas de conversión.
- ☞ Actualmente, la mayor parte de los autores, rechazan la presencia de un conflicto de tipo sexual como factor desencadenante, pero, admiten que dichos desórdenes son el resultado de algún conflicto o trauma psicológico.
- ☞ Los síntomas varían considerablemente, siendo los más frecuentes, la ceguera, sordera, parálisis, afonía y la pérdida de sensibilidad parcial o total. Estos síntomas no están apoyados por la evidencia médica. En eso se diferencia de los trastornos psicósomáticos (úlceras) en los que sí existe una disfunción médica observable.
- ☞ Teorías psicoanalíticas (Freud):

La energía psíquica asociada con deseos e impulsos inconscientes inaceptables, podrían convertirse en síntomas somáticos. El conflicto ocurre entre la necesidad inconsciente de expresar un impulso instintivo (agresivo o sexual) y el temor de hacerlo.
- ☞ El DSM-III-R: explica el significado del síntoma de conversión en base a 2 mecanismos:
  - Mediante una ganancia primaria: El hecho de mantener fuera de la conciencia un conflicto o necesidad interna.
  - Ganancia secundaria: Evitando una actividad que es nociva para él u obteniendo apoyo que de otra manera no conseguiría.

### 📖 Base neuropsicológica (años 60-70).

Teorías basadas en la asimetría cerebral, enfatizaban el papel del hemisferio derecho (Los sujetos zurdos serían más vulnerables que los diestros).

Sin embargo, la implicación neuropsicológica se cuestiona:

- La vinculación entre la lateralización y la conversión, es prematura y no ha sido confirmada definitivamente.
- Una de las características más típicas del trastorno, representada por la anestesia de guante, contradice directamente el conocimiento sobre el funcionamiento neurológico (en ese síntoma la falta de sensibilidad comienza en la punta de los dedos hasta la zona de terminación de la muñeca). Podría ayudar a distinguir entre un trastorno de conversión y un trastorno físico real.
- La presencia del fenómeno de la belle indifférence (los pacientes se muestran indiferentes y despreocupados ante sus síntomas), puede ser una pista para confirmar la reacción de conversión y descartar patología orgánica. Sin embargo, en la práctica clínica, la belle indifférence solo aparece en un tercio de los pacientes.
- Otro criterio diferenciador, señalado por Bootzin, Acocella y Alloy se refiere a la consistencia en el patrón de los síntomas: En el trastorno de conversión, los síntomas pueden cambiar conforme cambian las situaciones estresoras, pero, en la enfermedad física real, existe una gran consistencia en los síntomas.

Además, la frecuencia de enfermedades orgánicas es relativamente alta, mientras que el trastorno de conversión es infrecuente.

Es posible que lo que sea infrecuente sea el diagnóstico del trastorno (acuden más al médico que al psicólogo).

Bootzin: Un elevado número de condiciones diagnosticadas como orgánicas, son trastornos de conversión (entre 5-14%).

## 5.- TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

📖 Este trastorno junto con la hipocondría han recibido mayor atención que los restantes trastornos somatoformes.

📖 Descrito por primera vez por Briquet como una forma de histeria.

- ☞ **DSM-II:** síndrome de Briquet: característica principal consistía en quejas polisintomáticas: vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, de peso, dismenorrea e indiferencia sexual.
- ☞ **DSM-III:** el síndrome de Briquet se incorpora como trastorno por somatización: desorden crónico que implica el desarrollo de frecuentes, múltiples, y recurrentes quejas somáticas, que suelen iniciarse antes de los 30 años, y que ocurren prioritariamente en la mujer (37 síntomas).
- ☞ Los síntomas gastrointestinales, de dolor, cardiopulmonares, de conversión o pseudoneurológicos, sexuales y síntomas relativos al aparato reproductor femenino, conforman los problemas más representativos vinculados con los trastornos por somatización.
- ☞ **El DSM-IV:** mantiene los mismos grupos de síntomas del DSM-III, excepto los síntomas cardiopulmonares.
- ☞ Este tipo de pacientes reciben a menudo operaciones quirúrgicas innecesarias. El número de intervenciones quirúrgicas en éste tipo de pacientes es 5 veces mayor que en los pacientes normales. La mayoría localizadas en las regiones abdominal y uterina. El desorden por somatización es más común en la mujer que en el varón, en contraste con la hipocondría.
- ☞ **Relación entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización:** las tasas de comorbilidad entre pacientes con una y otra alteración varían ampliamente. Resultados de trabajos encuentra una asociación entre la histeria y la personalidad antisocial aunque sólo en las mujeres. No se puede concluir que estas dos patologías sean idénticas sino, que existe una fuerte conexión entre ambas.
- ☞ La etiología del trastorno de somatización es ambigua:
  - En un primer momento Briquet: concedió importancia a los factores ambientales como los elementos precipitantes del trastorno.
  - Grupo Escobar: los factores socioculturales juegan un papel importante en el inicio de este desorden: la mayor ocurrencia del trastorno por somatización se da en los estratos de población menos educados y con baja posición social.
  - Algunas investigaciones han sugerido un sustrato etiológico de carácter neuropsicológico.

### 5.1.- TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN-HIPOCONDRIA.

- ☞ Los sujetos con trastorno por somatización, de forma análoga a los hipocondríacos, exhiben un patrón de conducta: doctor shopping: que consiste en acudir de un médico a otro hasta conseguir que uno de ellos diagnostique su dolencia.

- El trastorno de somatización y el de hipocondría podrían diferir fundamentalmente en torno a tres fenómenos:
- Mientras que el principal problema de la somatización está representado por los síntomas en sí mismos, el elemento motivador de la hipocondría es el miedo a la enfermedad específica.
  - Existen diferencias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas, con predominio de un acercamiento científico y preciso en el caso de los hipocondríacos, frente a una descripción vaga, dramática y exagerada de sus síntomas en los pacientes de somatización.
  - Se pueden distinguir en base al número de quejas. A menudo, los hipocondríacos temen una enfermedad particular, y por tanto sus quejas tienden a estar bastante limitadas. En contraste, el desorden por somatización implica la presencia de quejas múltiples y a la vez muy variadas.

Características	Trastorno por Somatización	Hipocondría
Focalización de las quejas	Síntomas	Implicación de los síntomas
Estilo de queja	Vago, dramático	Preciso, inafectivo
Interacción con el médico	Atento, seductor, agradecido, confiado	Exigente, desagradecido, poco tranquilizadora
Edad	20 – 30 años	30 – 40 años
Prevalencia sexo	Mayor en mujer	Varón = Mujer, o mayor en varón
Apariencia física	Atractiva	Poco atractiva
Rasgo de personalidad	Histriónica	Obsesiva

## 5.2.- TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN-DESORDEN DE CONVERSIÓN.

- Si comparamos el trastorno por somatización y el desorden de conversión, vemos que éste último ocurre ante una situación específica que se deriva directamente de traumas personales o de conflictos interpersonales y, en contraste, el trastorno por somatización está frecuentemente asociado con el desorden de personalidad histriónica. Por último, el trastorno de conversión lleva consigo una depresión enmascarada más que típicamente manifiesta.

Aspectos	Trastorno por Somatización	Trastorno de conversión
Sintomatología	Polisintomática	Monosintomática
Actitud indiferente	Infrecuente	Relativamente frecuente
Especificidad situacional	Infrecuente	Frecuente
Duración	Crónica, recurrente	Aguda, no recurrente
Depresión	Manifiesta	Enmascarada
Personalidad histriónica	A menudo concurrente	Raramente concurrente
Estatus de clasificación	Síndrome	No síndrome