

T.7: TRASTORNOS SOMATOFORMES

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN SEGÚN EL DSM-IV-TR

- A)** Historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, que acontece durante un periodo de varios años y conduce a la solicitud de atención médica o induce un deterioro significativo a nivel social, laboral u otras ...
- B)** Deben cumplirse todos los criterios expuestos a continuación y los síntomas del sujeto pueden aparecer en cualquier momento durante el curso del trastorno:
- (1) cuatro síntomas de dolor: historia del dolor relacionada con al menos cuatro zonas o funciones diferentes.
 - (2) dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor.
 - (3) un síntoma sexual (o del sistema reproductor) distinto al dolor.
 - (4) un síntoma pseudoneurológico: ...sugiere condición neurológica que no se limita al dolor
- C)** (1) o (2)):
- (1) tras el examen apropiado, ninguno de los síntomas del criterio B puede ser explicado completamente por una condición médica general conocida o por los efectos directos de una sustancia: drogas, medicación
 - (2) cuando existe una condición médica general relacionada, los síntomas físicos o el deterioro resultante es mucho mayor de lo que cabría esperar.
- D)** Los síntomas no son producidos intencionalmente ni fingidos (como en el trastorno facticio o la simulación).

CRITERIOS DEL TRASTORNO SOMATOFORME INDIFERENCIADO SEGÚN EL DSM-IV-TR

- A)** Uno o más síntomas físicos: fatiga, pérdida de apetito.....
- B)** (1) o (2)):
- (1) tras el examen apropiado, los síntomas no pueden ser explicado completamente por una condición médica general conocida o por los efectos directos de una sustancia.
 - (2) cuando existe una condición médica general, los síntomas físicos o el deterioro resultante es mucho mayor de lo que cabría esperar.
- C)** Los síntomas originan 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 otro trastorno.
- F)** El síntoma no es producido intencionalmente ni fingido (como en el trastorno facticio o la simulación).

CRITERIOS DE HIPOCONDRIA SEGÚN EL DSM-IV-TR

- A)** Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave que se basa en la interpretación que hace la persona de sus síntomas somáticos.
- B)** La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicación médica apropiada.
- C)** La creencia en A no es de intensidad delirante (trastorno delirante tipo somático) y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia (como el trastorno dismórfico corporal).
- D)** La preocupación origina malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral y otras áreas.
- E)** La duración de la alteración es de al menos 6 meses.
- F)** La preocupación no se explica mejor por un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo - compulsivo, trastorno de pánico, episodio depresivo mayor, ansiedad de separación u otro trastorno somatoforme.

Especificar:

con pobre insight: si la mayor parte del tiempo la persona no reconoce que la preocupación por tener una enfermedad grave es excesiva o poco razonable.

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE CONVERSIÓN SEGÚN DEL DSM-IV-TR

- A)** Uno o más síntomas o déficit que afectan a la función motora voluntaria o sensorial y que sugieren una condición neurológica u otra condición médica general.
- B)** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación de ambos está precedido por conflictos y otros estresores.
- C)** El síntoma o déficit no se produce intencionalmente ni de manera fingida (como en el trastorno facticio o la simulación).

- D)** Tras el examen apropiado, el síntoma no puede ser explicado completamente por una condición médica general, o por los efectos directos de una sustancia, o por una conducta o experiencia culturalmente normales.
- E)** El síntoma o déficit origina malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas de funcionamiento, requieren atención médica.
- F)** El síntoma o déficit no se limita al dolor o a una disfunción sexual, no acontece exclusivamente durante el curso del trastorno por somatización y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Especificar tipo de síntoma o déficit:

- Con síntoma o déficit motor: deterioro de la coordinación o equilibrio...
- Con síntoma o déficit sensorial: pérdida de tacto, visión doble....
- Con crisis o convulsiones
- Con sintomatología mixta.

CRITERIOS DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL SEGÚN DEL DSM-IV-TR

- A)** Preocupación por un defecto imaginado en la apariencia física. Si existe una leve anomalía física, la preocupación es marcadamente excesiva.
- B)** La preocupación origina malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas de funcionamiento.
- C)** La preocupación no se explica mejor por otro trastorno mental.

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE DOLOR SEGÚN DEL DSM-IV-TR

- A)** El dolor localizado en una o más zonas anatómicas es el núcleo predominante de la sintomatología clínica, y su gravedad justifica la atención médica.
- B)** El dolor origina malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas.
- C)** Se considera que los factores psicológicos tienen un papel importante en el inicio, exacerbación o mantenimiento del dolor.
- D)** El síntoma o déficit no es producido intencionalmente ni fingido (como en el trastorno facticio o la simulación).
- E)** El dolor no se explica mejor por un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o psicótico, y no cumple los criterios para la dispareunia..

Codificar:

- Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos.
- Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos y a una condición médica general.

Especificar:

- Agudo: duración inferior a 6 meses.
- Crónico: duración de 6 meses o más.

.....

I. INTRODUCCIÓN

Los hoy denominados desórdenes somatoformes provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de neurosis histérica (útero).

Su incorporación a la psicopatología se debe a:

- Charcot: 1º en reconocer y describir los síntomas.
- Janet
- Y, sobre todo, Freud: más interesado en la génesis.

El mecanismo de conversión de los traumas psicológicos constituía el núcleo central de la histeria.

Cinco significados diferentes asociados al término histeria:

1. Trastorno de conversión
2. Síndrome de Briquet
3. Desorden de personalidad
4. Patrón psicodinámico manifestándose en sí mismo como un rasgo de personalidad
5. Más coloquial: conducta indeseable

Evolución del término en el DSM:

DSM-II: el grupo de la neurosis histérica se categorizó en dos tipos de trastornos:

- El tipo de conversión
- El tipo disociativo

La hipocondría se consideró una neurosis no histérica (neurosis hipocondríaca)

DMS-III: se abandona el término histeria. Hay:

- Trastorno somatoforme (más somático: dolor, ceguera, parálisis). Incluía:
 - o T. por somatización (antes: histeria o Briquet): Quejas sobre múltiples síntomas físicos (desmayos, náuseas, debilidad, problemas urinarios...) que no se fundamentan en causa orgánica alguna.
 - o Desorden de conversión (antes neurosis histérica de conversión): Pérdida o alteración del funcionamiento fisiológico, (parálisis, sordera, ceguera) que sugiere un trastorno físico, para el que no existe patología orgánica subyacente.
 - o Desorden de dolor psicógeno (dolor somatoforme): 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.
 - o Hipocondría: Preocupación, miedo o creencia de padecer una enfermedad grave que surge tras interpretar los signos corporales incorrectamente.
 - o Desorden somatoforme atípico: que incluía el T. dismórfico (dismorfofobia) definido como preocupación excesiva por un defecto imaginario sobre la apariencia física.

NOTA: 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.
- Trastorno disociativo (más cognitivo: conciencia, memoria, personalidad; se sugiere problema neurológico).

DSM-III-R: el único cambio es que el T. dismórfico se establece como nueva categoría específica.

Estos cinco trastornos podrían agruparse en dos categorías:

- Los que implican una **alteración del funcionamiento físico**: gran dificultad para distinguirlos de los problemas que poseen una base orgánica. Estarían los trastorno de conversión, el desorden por somatización y el dolor somatoforme
- Los que implican **preocupación** con respecto a posibles problemas corporales: hipocondría y dismorfofobia. La alteración o la pérdida de funcionamiento físico es mínima.

Los T. somatoformes causaron gran interés a finales del XIX y pp del XX (hipnosis; guerras). Actualmente no son tan atendidos.

Respecto a la epidemiología:

- Menos conocida que otros trastornos.
- T. somatización: 0,2% y 2% en mujeres
- T. somatización, dismórfico, dolor somatoforme y conversión: Más frecuente en mujeres.
- Hipocondría: se pensó que era más % en varones. Actualmente son =.
 - o Es más frecuente de lo que indican los datos clínicos.
 - o Muchos se solapan con casos de ansiedad. Es frecuente encontrarlo como diagnóstico 2º en T. de pánico.

Sobre el término somatización:

- Es un problema no resuelto de la medicina.
- No hay una definición clara. Una idea común en todas las definiciones es que es un malestar (distress) corporal no explicado médicamente, que se relaciona con problemas psiquiátricos, psicológicos o sociales.
- Lo introdujo Stekel: proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal.
- Lipowski critica esta definición por denotar mecanismos de defensa (etiología) y propone una definición descriptiva:

Tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos (vs cognitivos) que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa y que le lleva a solicitar asistencia.

- o Hay tres componentes: experiencial, cognitivo y conductual.
- o Aboga por un concepto genérico de somatización: no hay una etiqueta diagnóstica determinada. Vinculada a múltiples trastornos.
- o Se puede distinguir varias dimensiones:
 - Duración
 - ° de hipocondría
 - emocionalidad manifiesta
 - Habilidad para describir sentimientos y desarrollar fantasías
- También puede ser entendida como un patrón de “conducta de enfermedad”.
 - o El concepto es de Mechanic, pero fue Pilowski quien lo llevó a los T. somatoformes

Podría ser la expresión de un rasgo de personalidad o de una tendencia a adoptar el papel de enfermo.

P.ej. los que adoptan el papel de enfermo tienen umbrales más bajos para el daño-

II. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES

(ver tabla pág. 182)

A. 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 (7) que en el DSM-III-R, pero se introducen elementos de simplificación y clarificación de los criterios diagnósticos.

1. TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

Según el DSM-IV-TR el aspecto definitorio es la presencia de un patrón de síntomas somáticos múltiples y recurrentes que sucede a lo largo de un periodo 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 u ocasionan una incapacitación importante en diversos ámbitos de la vida de la persona.

Novedades introducidas respecto al DSM-III-R:

- Eliminación de la definición la creencia de estar enfermo.
- La lista de 35 ítems ha sido agrupada en 4 categorías de síntomas físicos:
 - ♦ 4 síntomas de dolor.
 - ♦ 2 síntomas gastrointestinales.
 - ♦ 1 síntoma sexual.
 - ♦ 1 síntoma pseudoneurológico.
- El requisito de al menos 13 síntomas somáticos exigidos por el DSM-III-R, queda reducido a 8.
- Elimina la nota de los 7 síntomas “indicadores”
- Añade como criterio que los síntomas no estén bajo el control voluntario del sujeto.

2. TRASTORNO SOMATOFORME INDIFERENCIADO

DSM-III-R: categoría para los cuadros clínicos que no reunían los criterios completos para el trastorno de somatización.

En el DSM-IV y DSM-IV-TR siguen considerándolo como una categoría residual, y aunque la conceptualización de este trastorno no ha variado, se modifica el criterio de exclusión y además añaden 2 nuevos criterios diagnósticos:

- Referido a las consecuencias negativas que ocasionan los síntomas.
- Referido a la producción no deliberada de éstos.

3. HIPOCONDRIA

DSM-III-R: Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de enfermedad somática.

La identificación de un error de pensamiento es un aspecto clave en el diagnóstico.

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 y provoca un marcado malestar y deterioro importante en diversos ámbitos de la vida de la persona.

Dos problemas importantes asociados a la definición del DSM-III-R que también son extensibles al DSM-IV:

1. 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.

Pilowski identificó 3 dimensiones: preocupación corporal, fobia a la enfermedad y convicción de enfermedad. Y otros han realizado subdivisiones parecidas.

A la hora de diferenciar la fobia a la enfermedad (nosofobia) y el hipocondríaco:

- Estímulos externos (vs) internos
- Evita el E. temido (vs) conductas dirigidas a neutralizar la ansiedad (ej. Autocomprobaciones)
- Miedo a un síntoma o enfermedad única (¡o forma focal de hipoc.!) (vs) Miedos a síntomas corporales múltiples y diversidad de enfermedades
- Especificidad y estabilidad longitudinal de los síntomas; ataques (vs) resistencia a la información médica tranquilizadora; preocupación constante.

2. Respecto al criterio diagnóstico de que el miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.

Salkovskis y Warwick dicen que habría que redefinir este criterio porque:

- persiste debido a la información
- no se podría diagnosticar si no hay explicación médica

Y sugieren que se reclasifique la hipocondría como un trastorno de ansiedad. Alta comorbilidad (T. de pánico). Incluso, ¿son diferentes? **Chorot y Hiller** nos dan algunas pistas para distinguirlos:

- más activación autónoma en pánico.
- Puntuación más alta de los hipoc. en las subescalas de preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad, creencias hipoc. y experiencias de tratamiento.
- Mayor comorbilidad con agorafobia (en pánico); y la hipoc. más vinculada a síntomas somatoformes.
- Respecto a las actitudes hacia la enfermedad: tendencia más patológica en hipoc.

Barsky et al. sugieren que se incorpore una nueva categoría: la hipoc. transitoria.

En relación con los problemas del DSM-III-R, el DSM-IV:

El DSM-IV no incorpora las sugerencias hechas, ni subsana los problemas de los que adolecía el DSM-III-R ya que se mantiene prácticamente invariable la definición de hipocondría.

1. El DSM-IV continua reservando la categoría de hipocondría tanto para los sujetos que están convencidos de que se encuentran enfermos como a los que les asusta la enfermedad-

Aunque el DSM-IV incluye explícitamente la fobia a la enfermedad dentro de los trastornos de ansiedad en la categoría de fobia específica. Y para facilitar su diagnóstico diferencial señala que la distinción entre hipocondría y fobia específica depende de la existencia o no de convicción de enfermedad. Así:

- Los hipocondríacos están preocupados por el miedo a tener una enfermedad (que está se encuentre ya presente).
- Los fóbicos de enfermedad específica: les asusta contraer o estar expuestos a una enfermedad.

2. 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).

Otros cambios en el DSM-IV:

- Suprimido la indicación de que los síntomas no fuesen debidos a crisis de angustias.

- Incorporación de que otro T. mental no dé mejor cuenta.
- Se amplía el criterio de exclusión: la preocupación no se circunscribe al aspecto físico.
- 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.

Rasgos característicos de las personas hipocondríacas según 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 la peristalsis.
11. Escasa relaciones sociales.
12. Necesidad de explicar con detalle su historia médica.

Aspectos clínicos y psicológicos que desde la perspectiva cognitivo-conductual caracterizarían a la hipocondría (grupo 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.

4. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

El DSM-III-R tenía 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 (pseudociesis).

- Cloninger sugirió la limitación a los síntomas neurológicos y un periodo mínimo de 6 meses.
- Otra sugerencia ha sido contemplarlos más como un síntoma que como un síndrome.

El DSM-IV reduce los síntomas de conversión:

- El aspecto básico de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en una condición médica general. Se considera que en su inicio o exacerbación están implicados factores psicológicos.
- Los síntomas endocrinos se clasifican como trastorno somatoforme no especificado.
- Se proponen diversos subtipos de trastorno de conversión de acuerdo con la modalidad de síntoma o déficit: motor; sensorial; crisis y convulsiones; mixta.
- Otra novedad es la ampliación de los criterios de exclusión: a la frase “que los síntomas no se limiten al dolor o a una disfunción sexual” se añade: “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”.
- Otro requisito: que el síntoma cause perturbación significativa a nivel clínico, tal como una marcada angustia y deterioro del funcionamiento.

5. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

En los últimos años se está cuestionando la adecuación de incluir este trastorno entre los somatoformes. (P.ej. por su similitud con el trastorno obsesivo-compulsivo, por su amplia presencia en T. psiquiátricos)

Algunos autores sostienen que hay que diferenciar entre dismorfofobia primaria y secundaria. Otros no encuentran razones.

DSM-IV: la característica esencial es la preocupación excesiva por alguna leve o inexistente anomalía física.

- Las quejas suelen ser concretas, pero también pueden ser de carácter vago e inespecífico.
- Los sujetos pueden estar preocupados por diferentes aspectos corporales en distintos momentos o por varios a la vez.

Variaciones respecto al DSM-III-R:

1. Desaparición de la indicación de que la creencia en la existencia de un trastorno físico no alcance una intensidad delirante. → pueden darse ambos trastornos
2. Se matiza, amplía y reformula la consideración de que la alteración no aparece únicamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o transexualismo.
3. Inclusión de un nuevo criterio relativo a que la alteración causa un grado considerable de angustia y perturbación en el funcionamiento normal de la persona.

6. TRASTORNO DE DOLOR (ANTES DOLOR SOMATOFORME)

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.

En el **DSM-IV** se aprecian matices importantes en relación con del DSM-III-R:

- Se ha reemplazado la categoría de dolor somatoforme por la de trastorno de dolor.
- Incluye dos tipos de trastorno de dolor: el asociado a factores psicológicos y el asociado a factores psicológicos y a una condición médica general.
- Debe matizarse, de acuerdo con la duración superior o inferior a 6 meses, si es crónico o agudo.
- Se incluye un tercer subtipo: el trastorno de dolor asociado a una condición médica general. Pero no se cataloga como trastorno mental.
- Retoma la indicación del DSM- III: incorporando en el diagnóstico la exigencia de factores psicológicos involucrados.
- El criterio B se refiere únicamente a que el dolor produce consecuencias negativas tanto emocionales como de funcionamiento cotidiano.
- Se han añadido dos criterios de exclusión:
 - El síntoma o déficit no es simulado ni refleja un trastorno facticio.
 - Ningún otro trastorno mental posibilita una mejor comprensión de la alteración, y además ésta no reúne los criterios para el diagnóstico de dispareunia.

Rasgos característicos de las personas con dolor somatoforme (Gutsch):

1. Quejas excesivas de dolor en ausencia de evidencia física
2. Doctor shopping
3. Uso excesivo de analgésicos
4. Parestesia: sensación de hormigueo o pinchazo.
5. Espasmos musculares
6. Historia de síntomas de conversión: ceguera...
7. Estado de ánimo disfórico
8. Peticiones de intervención quirúrgica.

7. TRASTORNO SOMATOFORME NO ESPECIFICADO

Al igual que el DSM-III-R, el DSM-IV-TR considera que se asignarían a esta categoría los trastornos con síntomas somatoformes, que no reúnan criterios de los trastornos somatoformes específicos. P. ej.:

1. Pseudociesis: falsa creencia de estar embarazada asociada a signos objetivos de embarazo (aumento de abdomen, reducción del flujo menstrual...)
2. Un trastorno en el que haya síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.
3. Un trastorno en el que haya síntomas físicos no explicables (fatiga, debilidad corporal...) con una duración inferior a seis meses que no se deban a otro trastorno mental.

B. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

B.1. Algunos cuadros clínicos que pueden confundirse con un trastorno somatoforme:

1. 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/es insuficiente para dar cuenta de los síntomas físicos.

2. La presencia de enfermedad física.

Tener especial cuidado con alteraciones orgánicas que manifiestan síntomas somáticos vagos y múltiples (p.ej. 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:

- a) Múltiples sistemas orgánicos implicados
- b) Inicio temprano y curso crónico sin indicios o anomalías que supongan un cambio estructural.
- c) 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 (p.ej. enfermedades tiroideas). Aunque estas enfermedades pueden coexistir con la hipocondría, no permite utilizar esta categoría diagnóstica para aquellas preocupaciones transitorias que surgen en el contexto de una condición médica general.

3. 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 (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.

4. La aparición de cambios físicos son habituales en los **trastornos del estado de ánimo**.

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

El DSM-IV permite el diagnóstico de ambos trastornos.

5. **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.

6. **Trastornos psicóticos.**

Los trastornos psicóticos se van a diferenciar de la hipocondría en que en esta 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.

El trastorno dismórfico puede ser diagnosticado conjuntamente con el trastorno delirante tipo somático.

7. 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.

8. 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: **los trastornos del sueño y los trastornos alimentarios.**

B.2. Diferenciación entre los distintos tipos de trastornos somatoformes.

Siguiendo las indicaciones del DSM-IV, en el transcurso del trastorno de 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, pero:

- En 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).

C. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CIE-10 (este punto no entra como materia de examen)

III. HIPOCONDRIA

El término hipocondría ha sufrido importantes cambios, yendo desde su consideración original como forma especial de melancolía (Galeno) caracterizada por dolor abdominal y flatulencia y acompañada de síntomas mentales de miedo y tristeza, hasta la consideración actual como preocupación infundada en torno a la salud.

Incluso recientemente, la hipocondría se ha descrito (Kirmayer et al.) 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.

A. SÍNDROME HIPOCONDRIACO: HIPOCONDRIA PRIMARIA VERSUS SECUNDARIA

La hipocondría se encuentra muy a menudo asociada a otros síndromes psiquiátricos tales como trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo → algunos: ¿existe como entidad independiente?

Basrky y col. han sostenido que existe un síndrome 1º de hipocondría y han establecido una diferencia entre los dos tipos de condiciones hipocondríacas:

1. Hipocondría primaria:

No se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico, o bien, si está presente, la condición comórbida no se halla relacionada o es independiente de la hipocondría. Dos subtipos:

- ◆ **Hipocondría del DSM-III-R**
- ◆ **Hipocondría monosintomática:** se caracteriza por una única y fija creencia delirante de padecer una enfermedad.

2. Hipocondría secundaria:

Se manifestaría como una característica que 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).

Además proponen la **hipocondría transitoria:**

Una condición clínica que puede darse en el contexto de una enfermedad médica o una situación estresante y las reacciones son de corta duración (inferior a 6 meses).

Aunque la amenaza de una enfermedad seria pueda constituir un elemento responsable de su aparición, los T. de personalidad y la amplificación somatosensorial parecen predisponer más.

¡¡También se ha encontrado que dichos pacientes continúan teniendo más actitudes y síntomas somáticos que los pacientes no-hipocondríacos, a pesar de no tener mayor probabilidades de desarrollar un T. hipocondríaco.

B. EXPLICACIONES TEÓRICAS SOBRE LA HIPOCONDRIA

1. Perspectiva psicodinámica:

- como un canal alternativo para desviar hacia los demás los impulsos sexuales, agresivos u orales en forma de quejas físicas.
- como una defensa individual contra la baja autoestima y la experiencia del yo como algo carente de valor, inadecuado o defectuoso.

2. Enfoques de tipo psicosocial. Dos grupos de alternativas teóricas:

- Las que enfatizan las ventajas que se derivan de adoptar el rol de enfermo (recibir cuidados, eludir responsabilidades).
- Como un modo de comunicación interpersonal.

3. Recientemente: Teorías que conceptualizan la hipocondría como la manifestación de una alteración a nivel perceptivo o cognitivo:
- Grupo Barsky.
 - Kellner.
 - El grupo de Oxford: Warwick y Salkovskis.

Veamos estas últimas:

1. Barsky y cols. y hipocondría como un estilo somático amplificador.

Los sujetos hipocondríacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales (+ intensas, + nocivas). Comprende 3 elementos:

- a. Hipervigilancia corporal que conlleva un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables.
- b. Tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues.
- c. Propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad.

Todo ello lleva a una mayor ansiedad → + sensaciones (benignas) → (círculo vicioso)

2. Aportaciones de Kellner:

Ciertas experiencias tempranas predisponen a la persona a atender a los síntomas somáticos y ciertos eventos actúan como factores precipitantes.

- Una vez percibido los síntomas físicos el sujeto puede empezar a pensar que padece una enfermedad.
- Si esta idea persiste el sujeto puede sentirse ansioso y preocupado por las consecuencias futuras de la enfermedad orgánica, esto le lleva a una percepción selectiva de las sensaciones somáticas.

Lo que comienza siendo una reacción inocua, puede desembocar en una neurosis hipocondríaca.

Sus experiencias en el ámbito médico hacen que desarrollen estrategias de percepción de síntomas e incrementen la focalización de atención en su cuerpo. Los incrementos de ansiedad pueden producir más sensaciones de ansiedad estableciéndose un círculo vicioso.

Los trabajos de Fernández y Fernández ratifican algún componente de Kellner.

- 24% de los sujetos: algunos familiares convivientes referían con frecuencia preocupaciones/salud.
 - 20% referían haber tenido limitaciones asociadas a la falta de salud en la infancia.
 - 20% refería haber obtenido atenciones especiales en la infancia.
- El aprendizaje temprano de las conductas de salud podría constituir un factor de riesgo (elemento de vulnerabilidad) hacia la preocupación hipoc.

3. Contribución del grupo Oxford: Warwick y Salkovskis.

Las experiencias previas relativas a la enfermedad (propia o ajena) y a los errores médicos, conducen a la formación de creencias erróneas o disfuncionales acerca de los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud, provocando que el sujeto atienda selectivamente a la información coherente con la idea de que el estado de salud no es bueno (o ignora la contraria)

Las creencias disfuncionales o supuestos problemáticos pueden permanecer inactivos hasta que un incidente crítico (interno o externo) los moviliza. Esto conlleva la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables, que finalmente desencadena en ansiedad por la salud que viene acompañada por sus correspondientes correlatos fisiológicos, conductuales y afectivos.

IV. 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 (de mayor intensidad en el trastorno de somatización)

Se caracterizan por una pérdida o alteración real del funcionamiento motor o sensorial que lleva a pensar en un trastorno o enfermedad somática.

Los factores psicológicos están relacionados de forma importante en el inicio del trastorno, ya que existe una relación temporal entre un evento estresante y el comienzo de los síntomas de conversión.

Aunque actualmente la mayor parte de los autores rechazan la presencia de un conflicto de tipo sexual como factor desencadenante, admiten que dichos desórdenes son el resultado de algún conflicto o trauma psicológico.

Sus síntomas han sido definidos como síntomas neurológicos que carecen de dolor y son inexplicables desde el p.d.v. clínico.

Dichos síntomas son muy variados siendo los más frecuentes: ceguera, sordera, parálisis, afonía y la pérdida de sensibilidad parcial o total..., no apoyado en la evidencia médica. Tampoco son fingidos, ya que se manifiestan como respuestas involuntarias que escapan al control de los pacientes.

La principal aportación etiológica del trastorno procede de las teorías psicoanalíticas:

La conversión está causada por la ansiedad que surge a partir de conflictos inconscientes.

Por su parte, el **DSM-III-R** explica el significado del síntoma de conversión en base a dos mecanismos:

- **Ganancia primaria:** ganancia por el hecho de mantener fuera de la conciencia un conflicto o una necesidad interna.
- **Ganancia secundaria:** ganancia evitando una actividad que es nociva para él u obteniendo un apoyo que de otra manera no conseguiría.

En los años 60-70 surge la posibilidad de que el desorden tuviera una **base neuropsicológica:**

- teorías basadas en la asimetría cerebral enfatizaban el papel del hemisferio derecho.
Los sujetos zurdos serían más vulnerables que los diestros a padecer síntomas de conversión.
- Siguiendo a Briquet y Charcot (= disfunción del SN; proceso degenerativo hereditario del SN) una serie de trabajos muestran que un 62,5% de los pacientes de conversión mostraban signos de alteración orgánica cerebral (vs 5,3% de los ansiosos-depresivos).
- Marsden: son desórdenes neurológicos.

Pero la implicación neuropsicológica en esta categoría se puede cuestionar si se tienen en cuenta:

- a) La vinculación entre la lateralización y la conversión es prematura y no ha sido confirmada definitivamente.
- b) La anestesia del guante (una de las características más típica del trastorno de conversión) contradice 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. La anestesia de guante podría ayudar a distinguir entre un trastorno de conversión y un trastorno físico real.

- c) **El fenómeno de la *belle indifférence*.**
Puede ser una buena pista para confirmar la reacción de conversión y descartar una patología orgánica. Mientras que cualquier sujeto somáticamente enfermo reaccionaría con horror ante la pérdida súbita de la visión o ante la imposibilidad de caminar, en la reacción de conversión los pacientes se muestran indiferentes y despreocupados ante sus síntomas.
- ∩∩ En la práctica clínica no se considera un elemento definitorio del trastorno de conversión ya que la falta de preocupación solo ocurre en 1/3 de los pacientes.
- d) **La consistencia en el patrón de los síntomas:**
- En el trastorno de conversión: los síntomas **pueden cambiar conforme cambian las situaciones estresoras.**
 - En la enfermedad física real, existe una gran consistencia en los síntomas.
- e) Además, mientras la frecuencia de enfermedades orgánicas es relativamente alta, el trastorno de conversión es bastante infrecuente.
- ∩∩ O al menos su diagnóstico. Se sospecha que entre el 5 y el 14% de las consultas médicas pueden ser síntomas de conversión.

V. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Este trastorno, junto con la hipocondría, ha recibido más atención que los restantes T. somatoformes.

Fue descrito por primera vez por Briquet como una forma de histeria. Después:

- **DSM-II:** “síndrome de Briquet” cuya 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 (versión simplificada del Briquet):
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 (5 veces más). La mayoría localizadas en las regiones abdominal y uterina (apoyo a Briquet).

El desorden por somatización es más común en la mujer, en contraste con la hipocondría (1:1)

Comparando el T. somatización con:

a) Hipocondría:

- ≈ doctor shopping.
- ≠ fundamentalmente en torno a tres fenómenos:
 1. La focalización de las quejas:
 - Hipoc.: el miedo a la enfermedad específica (no los síntomas en sí mismos).
 - T. somat.: los síntomas en sí mismos
 2. Diferencias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas:
 - Hipoc.: acercamiento científico y preciso

- T. somat.: descripción vaga, dramática y exagerada de síntomas.
3. En base al número de quejas:
- Hipoc.: temen una enfermedad particular; quejas tienden a estar bastante limitadas.
 - El desorden por somatización: quejas múltiples y a la vez muy variadas.

<u>Caract. diferenciales :</u>	<u>T. somat.</u>		<u>Hipocondría</u>
Focalización de las quejas:	Síntomas	(vs)	Implicación de los síntomas
Estilo de queja:	Vago, dramático	(vs)	Preciso, inafectivo
Interacción con el médico:	Atento, seductor, agradecido, confiado	(vs)	Exigente, desagradecido, no tranquilizadora
Edad:	20 - 30 años	(vs)	30 - 40 años
Prevalencia:	+mujer	(vs)	1:1 o mayor en hombre
Apariencia física:	Atractiva	(vs)	Poco atractiva
Rasgo de personalidad:	Histriónica	(vs)	Obsesiva

b) Desorden de conversión:

- Este ocurre ante una situación específica que se deriva directamente de traumas personales o de conflictos interpersonales
- está infrecuentemente asociado con el desorden de personalidad histriónica.
- A veces implica *belle indifférence*.
- lleva consigo una depresión enmascarada más que típicamente manifiesta.

<u>Caract. diferenciales:</u>	<u>T. de somatización</u>		<u>T. de conversión</u>
Sintomatología:	Polisintomática	(vs)	Monosintomática
Actitud indiferente:	Infrecuente	(vs)	Relativamente frecuente
Especificidad situacional:	Infrecuente	(vs)	Frecuente
Duración:	Crónica, recurrente	(vs)	Aguda, no recurrente
Depresión:	Manifiesta	(vs)	Enmascarada
Personalidad histriónica:	A menudo concurrente	(vs)	Raramente concurrente
Estatus de clasificación:	Síndrome	(vs)	No síndrome

c) Sobre la relación entre histrionismo, conducta antisocial y T. de somatización:

- entre el histrionismo y el T. de somatización: alta relación, pero son dos entidades independientes.
- entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización: las tasas de comorbilidad varían ampliamente.
- El grupo de San Luis sugirió que la histeria y la sociopatía compartían algunas características comunes (conducta antisocial, abuso de sustancias y una historia familiar de conducta criminal).

Otros hipotizaron que ambos trastornos tenían los mismos factores etiológicos

- En los 80, Spait: asociación entre la histeria y la personalidad antisocial aunque sólo en las mujeres. No se puede concluir que estas dos patologías sean idénticas, solo que existe una fuerte conexión entre ambas.

La **etiología** del trastorno de somatización es ambigua:

- Briquet: los factores ambientales como elementos precipitantes.

- Grupo Escobar: los factores socioculturales juegan un papel importante en el inicio de este desorden:
¡¡ la mayor ocurrencia se da en los estratos de población menos educados y con baja posición social.
- Algunas investigaciones han sugerido un sustrato etiológico de carácter neuropsicológico.
Deterioro atencional y cognitivo que se refleja en una percepción y evaluación defectuosa del input somatosensorial.