

02. PSICOLOGÍA CLÍNICA

01. Trastornos mentales debidos a una causa orgánica y trastornos psicóticos

02. Trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad

03. Trastornos mentales asociados a las funciones corporales

04. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto

Preguntas PIR de convocatorias anteriores

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-92856-05-3

ISBN: 978-84-92856-45-9

Depósito Legal: M-5636-2010

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

1ª EDICIÓN: enero 2010

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

03. TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A LAS FUNCIONES CORPORALES

PRESENTACIÓN

Los temas denominados “Trastornos mentales asociados a las funciones corporales”, incluidos dentro del área de Psicología Clínica, generan una media de 12,3 preguntas por convocatoria, con una importante dispersión en cuanto al número de preguntas por convocatoria, oscilando éstas entre un mínimo de 3 preguntas y un máximo de 28, existiendo una tendencia creciente en las últimas convocatorias (en la convocatoria de 2009 se realizaron 28 preguntas de este temario).

Dentro de los 6 temas incluidos en este apartado podemos realizar una distinción entre dos bloques diferenciados: por un lado, los temas 10, 11 y 12 corresponderían a la patología clásicamente conocida como Histeria, fundamentalmente los Trastornos Somatomorfos (Tema 10) y Disociativos (Tema 12), junto con una patología (Trastornos Facticios, tema 11) de dispar ubicación dentro de los manuales diagnósticos, y de poca relevancia de cara al examen. Este primer bloque de temas ha mantenido una evolución ascendente en relación al número de preguntas en cada convocatoria (5,5, preguntas de media). En todas las convocatorias de examen se ha preguntado por los Trastornos Disociativos, mientras que la tendencia a preguntar en Trastornos Somatomorfos ha sido más variable, siendo en los últimos años un tema muy preguntado (9 preguntas en la convocatoria de 2009). En relación con los Trastornos Facticios (tema 11), la primera pregunta en relación a estos trastornos apareció en la convocatoria de 1998, apareciendo en casi todas las convocatorias a partir de entonces, siempre una sola pregunta en relación a criterios diagnósticos, fundamentalmente.

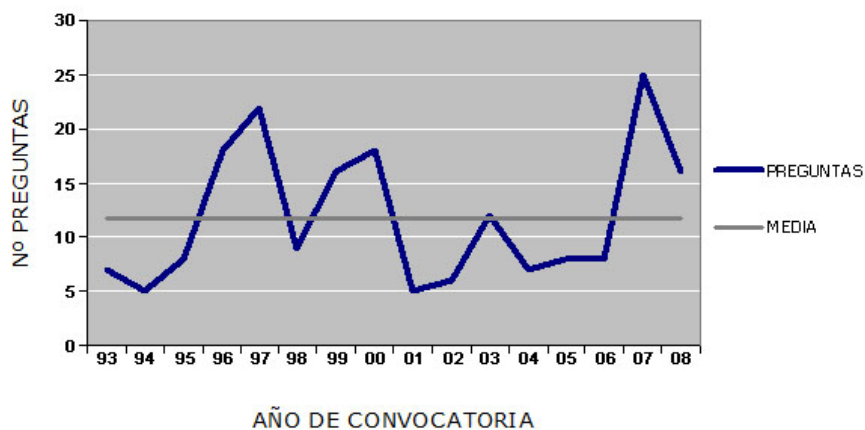
El segundo bloque de temas (13, 14 y 15) hace referencia a distintos trastornos que comparten la afectación de diversas funciones corporales, al igual que el bloque anterior, pero sin una relación clara con la Psicopatología Clásica (Histeria). En este segundo bloque la tendencia a preguntar es mayor, con una media de 6,8 preguntas. Los temas 14 (Trastornos de la Conducta Alimentaria) y 15 (Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual) han mantenido una evolución estable, apareciendo en prácticamente todas las convocatorias (excepto en 2001 y 2002), y con una media de 3, 4 preguntas por convocatoria. El tema 13 (Estrés) ha experimentado un importante crecimiento en cuanto al número de preguntas en la última convocatoria (2009), con 7 preguntas dedicadas exclusivamente a los contenidos incluidos en este tema, de reciente creación (anteriormente, el tema 13 incluía también los Trastornos Psicósomáticos, actualmente recogidos en el área de Psicología de la Salud).

Fundamentalmente, en ambos bloques, las preguntas se centran en tres aspectos principales:

- a) Criterios diagnósticos DSM-IV-TR (puntualmente también se pregunta por los criterios CIE-10). En este apartado es en el que se concentran el mayor número de preguntas, sobre todo del primer bloque de temas (10, 11 y 12).
- b) Epidemiología y Diagnóstico Diferencial.
- c) Evaluación y Tratamiento (especialmente Tratamientos Eficaces).

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS

| AÑO CONVOCATORIA | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Nº PREGUNTAS | 7 | 5 | 8 | 18 | 22 | 9 | 16 | 18 | 5 | 6 | 12 | 7 | 8 | 8 | 25 | 16 |



ÍNDICE

Tema 02.03.10 | **TRASTORNOS**

SOMATOMORFOS

1. Introducción histórica
2. Clasificaciones diagnósticas
3. Modelos explicativos
4. Trastornos somatomorfos
 - 4.1. Trastorno de somatización
 - 4.2. Trastorno de conversión
 - 4.3. Trastorno por dolor
 - 4.4. Hipocondría
 - 4.5. Trastorno dismórfico corporal
 - 4.6. Trastorno somatomorfo no especificado

Tema 02.03.11 | **TRASTORNOS FACTICIOS**

1. Introducción
2. Descripción del cuadro
 - 2.1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR
 - 2.2. Criterios diagnósticos CIE-10
3. Curso y epidemiología
4. Trastorno facticio no especificado
 - 4.1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR
 - 4.2. El trastorno facticio por poderes
5. La simulación
 - 5.1. Descripción del cuadro y diagnóstico diferencial
 - 5.2. Detección de la simulación

Tema 02.03.12 | **TRASTORNOS**

DISOCIATIVOS

1. Introducción
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. El concepto de histeria
2. Clasificaciones diagnósticas
 - 2.1. Clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10
 - 2.2. Otras clasificaciones
3. Modelos explicativos
4. Trastornos disociativos
 - 4.1. Características generales
 - 4.2. Amnesia disociativa
 - 4.3. Fuga disociativa
 - 4.4. Trastorno disociativo de la identidad
 - 4.5. Trastorno por despersonalización
 - 4.6. Trastorno disociativo no especificado

Tema 02.03.13 | **EL ESTRÉS**

1. Introducción
2. Modelos teóricos sobre el estrés
 - 2.1. Teorías basadas en la respuesta

- 2.2. Teorías basadas en el estímulo
- 2.3. Teorías basadas en la interacción
3. El modelo procesual del estrés
 - 3.1. Los sucesos estresantes
 - 3.2. Factores cognitivos
 - 3.3. Afrontamiento del estrés
 - 3.4. Respuesta de estrés
4. Variables personales de predisposición
5. Evaluación del estrés
6. Tratamiento del estrés

Tema 02.03.14 | **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

1. Introducción
2. Clasificaciones diagnósticas
 - 2.1. Clasificaciones DSM-IV y CIE-10
 - 2.2. Anorexia nerviosa
 - 2.3. Bulimia nerviosa
 - 2.4. TCA no especificado
 - 2.5. La obesidad
 - 2.6. Similitudes y diferencias entre los TCA
3. Modelos explicativos
 - 3.1. Modelos biológicos
 - 3.2. Modelos psicológicos
4. Evaluación
5. Tratamiento

Tema 02.03.15 | **TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

1. Introducción
2. La respuesta sexual humana
3. Clasificaciones diagnósticas
 - 3.1. Clasificaciones DSM-IV y CIE-10
 - 3.2. Disfunciones Sexuales
 - 3.3. Parafilias
 - 3.4. Trastornos de Identidad Sexual

Tema 02.03.10 | TRASTORNOS SOMATOMORFOS

ORIENTACIONES

Este tema recoge los trastornos incluidos en el DSM-IV-TR dentro de la categoría de Trastornos Somatomorfos. Supone aproximadamente unas 5 preguntas por convocatoria, centradas principalmente en los criterios diagnósticos de cada trastorno. Es importante además conocer las diferencias entre DSM-IV y CIE-10 en la clasificación y descripción de estos trastornos.

ASPECTOS ESENCIALES

1. Clasificación de los Trastornos Somatomorfos según DSM-IV-TR y CIE-10. Esta última clasificación no incluye el trastorno de conversión dentro de los Trastornos Somatomorfos (como DSM-IV), sino que lo considera dentro de los Trastornos Disociativos.
2. La característica común de los Trastornos Somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.
3. Existen cinco trastornos dentro de esta categoría: Trastorno de somatización, Trastorno de conversión, Trastorno por dolor, Hipocondría, Trastorno dismórfico corporal, junto con la categoría de Trastorno Somatomorfo no especificado.
4. El **Trastorno de somatización** es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

5. El **Trastorno de conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico.
6. El **Trastorno por dolor** consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica.
7. La **hipocondría** es la preocupación y el miedo a tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.
8. El **Trastorno dismórfico corporal** es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

195. ¿En qué trastorno mental puede aparecer el fenómeno conocido como la “la belle indifférence”?:

- 1) Trastorno dismórfico corporal.
- 2) Hipocondría.
- 3) Trastorno facticio.
- 4) Trastorno por somatización.
- 5) Trastorno de conversión.

PIR 07, RC 5 (también en PIR 08-15, PIR 07-77, PIR 00-75).

155. Según la propuesta cognitivo-conductual de Warwick y Salkovskis (1990), las interpretaciones erróneas sobre los síntomas corporales que realizan las personas hipocondríacas tiene su origen en:

- 1) Experiencias infantiles de exposición a modelos que exhiben quejas físicas fingidas.
- 2) Experiencias previas negativas relacionadas con la enfermedad (propias o de otras personas) que conducen a la formación de actitudes disfuncionales sobre la salud y la enfermedad.
- 3) La movilización de impulsos primarios a modo de síntomas físicos que sirven como defensa cuando la autoestima se ve amenazada.

- 4) La toma de conciencia por parte de la persona de las ventajas que comporta adoptar el rol de enfermo.
- 5) La utilización de los síntomas corporales como un medio para comunicarse con los demás de forma indirecta.

PIR 04, RC 2 (también en PIR 97-141, PIR 96-201).

Tema 02.03.10 | TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Introducción histórica
2. Clasificaciones diagnósticas
3. Modelos explicativos
4. Trastornos somatomorfos
 - 4.1. Trastorno de somatización
 - 4.2. Trastorno de conversión
 - 4.3. Trastorno por dolor
 - 4.4. Hipocondría
 - 4.5. Trastorno dismórfico corporal
 - 4.6. Trastorno somatomorfo no especificado

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Tradicionalmente, los hoy denominados desórdenes somatomorfos provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de **neurosis histérica**. **Histeria** proviene de la palabra griega “*hystera*” que significa útero. En el mundo egipcio, griego y romano se conocían afecciones específicas en las mujeres que se atribuían a movimientos anormales del útero. En la Edad Media la sintomatología histérica era atribuida a posesiones demoníacas o embrujamientos. Estos hechos se describen en un libro, *Malleus Maleficarum*, que servía como guía para los inquisidores y que se consideraba como uno de los grandes tratados de psicopatología de la época. En el siglo XVIII se empiezan a buscar, con los avances del pensamiento científico, las posibles causas del problema sin obtener una respuesta. Ya **Sydenham** en el siglo XVII adelantó que los síntomas podrían aparentar casi todas las enfermedades médicas, reconociendo que los factores psicológicos estaban implicados en la patogénesis de los síntomas. En el siglo XIX **Briquet** fue el primero que puso cierto orden a la clasificación de la histeria pero se limitó a la clasificación empírica de los síntomas sin ir más allá.

La incorporación al ámbito de la psicopatología de estos trastornos obedece en gran medida a los trabajos efectuados en la escuela francesa por J.M. **Charcot** (1835-1893) y P. **Janet** (1859-1947) y, sobre todo, a la influencia de la escuela psicoanalítica de Sigmund **Freud** (1856-1939) y sus seguidores. **Charcot** observa que un gran número de mujeres, tratadas de afecciones neurológicas en la clínica Salpêtrière presentaban una serie de síntomas (ataques convulsivos, parálisis musculares, desvanecimientos,...) para los que no lograba encontrar ninguna base orgánica. **Charcot** atribuyó a estos síntomas un carácter psicológico, denominando a este cuadro **conversión histérica**. Trabajó

con hipnosis sobre estos pacientes, observando cómo los síntomas desaparecían mediante esta técnica y cómo podía producirlos, por sugestión, en mujeres sanas. Posteriormente, **Janet**, **Breuer** y **Freud** desarrollarían sus teorías en base a estos trabajos. Para **Janet** era clave el concepto de **disociación de la conciencia**, fenómeno por el cual las ideas y las funciones mentales dejaban de estar disponibles para la conciencia, aunque siguieran actuando de forma independiente. **Freud**, aceptando el concepto de disociación, trata de centrarse en la génesis del problema, exponiendo que el **mecanismo de conversión** era clave para la sintomatología histérica.

Purtell en 1951 retoma el concepto de Briquet añadiendo una perspectiva cuantitativa mediante un listado de síntomas asociados, que posteriormente sería refinado por **Perley** y **Guze** en 1962.

En 1974, **Chodoff** delimitó cinco significados diferentes asociados al término de histeria: 1) trastorno de conversión, 2) síndrome de Briquet, 3) un desorden de personalidad, 4) un patrón psicodinámico manifestándose al mismo tiempo como un rasgo de personalidad, 5) una palabra coloquial utilizada para designar una conducta indeseable. Este autor pone así de manifiesto el múltiple uso del término histeria, que ha dificultado un conocimiento claro y preciso de este síndrome.

2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

En el DSM-I se hace la distinción entre **reacción de conversión** (síntomas corporales) y **reacción disociativa** (amnesias y fugas). Tal y como se recoge en el DSM-II (APA, 1986), el grupo de **neurosis histérica** se categorizó a través de dos tipos de trastornos, el tipo de **conversión** y el tipo **disociativo**, incluye, por tanto, ambas modalidades. Por otra parte, la **hipocondría** fue considerada como una categoría de neurosis independiente de las neurosis histéricas. Posteriormente, con la publicación del DSM-III (APA, 1980) se abandona el término de histeria, sustituyéndose los dos subtipos de trastornos previos por dos categorías diagnósticas discretas de los trastornos denominados **somatoformes** y **disociativos**, respectivamente. El objetivo es poner orden a la poca utilidad del término histeria como “cajón de sastre” de una amplia gama de síntomas.

El DSM-IV (APA, 1994) mantiene la diferenciación del DSM-III, incluyendo dentro de los **trastornos somatomorfos**: el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión (**PIR 08, 11**), el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal, y la categoría residual de trastorno somatomorfo

no especificado. La **CIE-9** agrupa estos trastornos bajo el epígrafe de **trastornos neuróticos** (ver tabla 1).

En la **CIE-10** aparece la categoría de **somatoformo**, conceptualizada de modo similar al DSM-III y DSM-IV, incluyendo además especificaciones de uso médico, como presencia repetida de síntomas, demandas persistentes de exploraciones médicas, y negación a admitir una causa psicológica a pesar de las pruebas médicas negativas. La CIE-10 divide los trastornos en: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno hipocondríaco (que incluye el dismórfico corporal), alteración somatomorfa autónoma (no incluida en el DSM-IV), trastorno por dolor somatomorfo persistente, otros trastornos somatomorfos y trastorno somatomorfo indiferenciado. EL trastorno por conversión es incluido en la CIE-10 dentro del grupo de trastornos disociativos.

| CIE-10 | DSM-IV-TR |
|---|---|
| <p>TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS</p> <p>Trastornos somatomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trast. de somatización - Trast. somatomorfo indiferenciado - Trast. de dolor somatomorfo persistente <p>- Trastorno hipocondríaco</p> <p>- Trastorno somatomorfo sin especificación</p> <p>- Disfunción vegetativa somatomorfa</p> <ul style="list-style-type: none"> • del corazón y el sist. cardiovascular: • Del tracto intestinal alto/bajo • Del sistema respiratorio • Sistema urogenital • Otra disfunción vegetativa somatomorfa <p>- Otros trastornos somatomorfos</p> | <p>Trastornos somatomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trast. de somatización - Trast. somatoforme indiferenciado - Trast. por dolor <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asociado a factores psicológicos - Asociado a factores psicológicos y a una condición médica general - Asociado a una condición médica general <p>- Hipocondría</p> <p>- Trast. dismórfico corporal</p> <p>- Trastorno somatoforme no especificado</p> |

| CIE-10 | DSM-IV-TR |
|--|--|
| <p>Trastornos disociativos (de conversión)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trast. disociativos de la motilidad - Convulsiones disociativas - Anestias y pérdidas sensoriales disociativas - Trast. disociativo (de conversión) mixto | <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de conversión <ul style="list-style-type: none"> • Con síntoma o déficit motor • Con crisis o convulsiones • Con síntoma o déficit sensorial • Con sintomatología mixta |

Al examinar esta tabla, es factible señalar que estos cinco tipos de trastornos (DSM-IV) podrían agruparse en dos categorías más generales. En este sentido, por una parte, el trastorno de conversión, el desorden por somatización y el trastorno por dolor implican una pérdida real o una *alteración del funcionamiento físico*, lo que supone una gran dificultad para distinguirlos de los problemas que poseen una base orgánica. En contraste, la hipocondría y la dismorfofobia comparten la característica de *preocupación* con respecto a posibles problemas corporales. En este caso, la alteración o la pérdida del funcionamiento físico es mínima.

De lo dicho se desprende también la necesidad de diferenciar los trastornos somatoformes. Especialmente los que implican alteración del funcionamiento físico (*somatoformes histéricos*), de los desórdenes considerados tradicionalmente como **psicosomáticos** (p.ej., úlceras, dolores de cabeza, alteraciones cardiovasculares, etc.). Si bien el desencadenante psicológico y los síntomas físicos se presentan como fenómenos comunes en ambos tipos de trastornos, la diferencia entre ellos radica en que, mientras en los trastornos psicosomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente, de los trastornos somatoformes no se desprende una patología orgánica demostrable o un procedimiento patofisiológico conocido (**PIR 08, 16**).

Tabla 1. Clasificación de los trastornos somatomorfos en DSM

| DSM-I | DSM-II | DSM-III | DSM-III-R | DSM-IV |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|---|
| TRASTORNOS PSICO-NEURÓTICOS | NEUROSIS | | | |
| | . Neurosis de angustia | } TRASTORNOS DE ANSIEDAD | } TRASTORNOS DE ANSIEDAD | } TRASTORNOS DE ANSIEDAD |
| | . Neurosis fóbica | | | |
| | . Neurosis obsesivo-compulsiva | | | |
| | . Neurosis Depresiva | TRASTORNOS AFECTIVOS | TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO | TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO |
| | | TRASTORNOS SOMATOFORMES | TRASTORNOS SOMATOFORMES | TRASTORNOS SOMATOFORMES |
| | | . Trastorno de somatización | . Trastorno de somatización | Trastorno de somatización |
| | | | . Trastorno somatoforme indiferenciado | Trastorno somatoforme indiferenciado |
| | | . Trastorno somatoforme atípico | } . Trastorno somatoforme no especificado | } Trastorno somatoforme no especificado |
| | | | | |
| | . Neurosis Neuroasténica | | | |
| | . Neurosis Hipocondríaca | . Hipocondría | . Hipocondría | Hipocondría |
| | } . N. Histérica | } Tipo Conv. { | } . Trastorno de conversión | } Trastorno de conversión |
| | | | | |
| | . Neurosis de despersonalización | TRASTORNOS DISOCIATIVOS | TRASTORNOS DISOCIATIVOS | TRASTORNOS DISOCIATIVOS |

3. MODELOS EXPLICATIVOS

Kretschmer (1948) afirma que las constituciones de las personas histéricas no se podían referir a ningún grupo constitucional (leptosomático, pícnico, atlético), teniendo un sistema neuro-vegetativo especialmente sensible.

Los **estudios genéticos** no apoyan la idea de la histeria como enfermedad y avalan un enfoque psicosocial del trastorno, salvo en el caso de la somatización, en el que parece haber cierta predisposición genética. **Cloninger** (1984) relaciona la histeria con la sociopatía dentro de la misma estirpe hereditaria poligénica. Expone que ambos tienen un bajo nivel de activación cortical y una falta de control de la inhibición de los sistemas vegetativo y esquelético-muscular, con lo cual los síntomas, por ejemplo, conversivos y también los disociativos, se producirían por un mecanismo compensatorio por feedback negativo de la inhibición. Diferencia dos tipos de somatización con distinta carga genética:

Tipo I: mujeres con muchas alteraciones psíquicas, abdominales y lumbares. En este tipo son más frecuentes los padres con problemas de alcohol y criminalidad.

Tipo II: mujeres con somatizaciones diversificadas y aparición ocasional.

Eysenck muestra que los pacientes histéricos (conversivos y disociativos) dan puntuaciones altas en extraversión y neuroticismo, situándose entre los distímicos y los psicópatas.

Flor-Henry (1981), también argumenta que la histeria en la mujer es un síndrome equivalente a la sociopatía en el varón, con disfunciones en el hemisferio derecho dominante. En la histeria también se produce una disfunción del hemisferio contralateral que enmascara la naturaleza primaria del hemisferio dominante.

Lader (1982), sugiere una alteración en la sensibilidad del receptor y una cierta inhibición desde distintas vías.

En cuanto a los diferentes modelos teóricos, la **teoría psicoanalítica** se desarrolló junto al estudio de este tipo de trastornos con el caso de Ana O. de **Breuer** y **Freud**. Desde este modelo se plantea que el individuo ha quedado fijado en el estadio edípico de desarrollo, siendo el síntoma una defensa que absorbe y neutraliza la ansiedad generada por el conflicto inconsciente inaceptable, al mismo tiempo que experimenta una gran cantidad de ganancias secundarias. **Diatkine** (1968) argumenta que la conversión somática está organizada según su significación simbólica.

El **modelo conductual** no tiene una explicación concreta para estos trastornos, pero explica la sintomatología en función de las ganancias primarias (evitación de responsabilidades) y ganancias secundarias (empatía y atención que recibe la persona enferma) Para **Wolpe** (1958) las respuestas histéricas pueden acompañar a la ansiedad o presentarse solas. **Kennedy** (1976) afirma que los sujetos histéricos se comportan como enfermos cuando deben enfrentarse a problemas o deberes, debido a que han aprendido este tipo de respuestas. No obstante, se han desarrollado modelos **cognitivo-conductuales**, como el de **Warwick** y **Salkovskis** sobre la hipocondría, para su evaluación y tratamiento. Sobre el trastorno de somatización, el punto de vista conductual plantea que las experiencias infantiles que entrañan la exposición a modelos con frecuentes quejas de dolor juegan un papel instrumental en la somatización infantil. Los niños que aprenden a que el estar enfermo o quejarse de determinados síntomas es probable que sea reforzado con la atención y la simpatía de los demás o que lleve a la evitación del conflicto y las responsabilidades, estarán predispuestos a la somatización como un estilo de afrontamiento. Más tarde, como adultos, estos individuos mantendrán su conducta debido a beneficios secundarios y al reforzamiento social (Iezzi y Adams, 1993).

Para los **teóricos de la comunicación (Modelo Sistémico)**, el síntoma tiene la función de comunicar. Se utiliza el trastorno para manejar las emociones de malestar y afrontar situaciones interpersonales delicadas, siendo una forma de reestablecer el equilibrio en las relaciones del contexto significativo.

Los **planteamientos integradores** (factores biológicos, experiencias de aprendizaje, factores emocionales y cognitivos) exponen que los acontecimientos en la infancia establecen la base para el desarrollo futuro de los síntomas.

4. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

La sintomatología esencial de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren un trastorno físico para el que no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y para los que existen evidencias positivas, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos. El paciente, por lo general, no muestra ansiedad por sus síntomas ("**belle indifférence**") (PIR 07, 77; PIR 08, 15) que, por otro lado, están fuera del control voluntario del paciente. DSM-IV señala que el agrupar a estos trastornos en una única sección se basa en su utilidad clínica en vez de en suposiciones relativas a un mecanismo o una etiología compartidos.

4.1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (Síndrome de Briquet) (PIR 06, 177)

Introducción histórica

El término **trastorno de somatización** (síndrome de Briquet) empezó a utilizarse en 1980 en la DSM-III, y no debe ser confundido con el término somatización. Este término (**somatización**) se refiere a la aparición de un trastorno corporal como causa de la expresión de una neurosis muy profunda (atribuido a **Stekel**, 1943, que no lo consideró similar al término de conversión de Freud), no debiéndose confundir con el uso descriptivo del término en el trastorno de somatización.

Lipowsky (1968) aboga por un concepto genérico de somatización, no considerándola como una categoría diagnóstica ni tampoco asociada necesariamente a un trastorno mental. Propone una definición estrictamente descriptiva que elimina de la definición las connotaciones de carácter etiológico. En concreto, Lipowski concibe la somatización como una tendencia a experimentar y expresar malestar (*distress*) psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa y, en consecuencia, solicita asistencia médica para ellos. Este autor distingue entre varias dimensiones de somatización: duración (transitoria o persistente), grado de hipocondría, emocionalidad manifiesta, habilidad para describir los sentimientos y desarrollar fantasías. Y considera que la característica esencial de estos pacientes es la utilización de un patrón de respuesta somático en lugar de cognitivo para afrontar situaciones de estrés.

Escobar (1987) expone que la somatización puede ser: un problema nuclear como en los trastornos somatoformes; un problema asociado a un problema psiquiátrico no somatoforme; un trastorno enmascarado, como en la depresión enmascarada; un rasgo de personalidad.

Kellner (1994) basándose en algunos de los criterios utilizados en el DSM-III-R para diagnosticar ciertos trastornos somatoformes, conceptualiza la somatización a partir de una o más quejas somáticas (p.ej., fatiga, síntomas gastrointestinales) bien 1) que la evaluación apropiada no descubra una patología orgánica o mecanismos patofisiológicos que den cuenta de las quejas físicas, o bien 2) aun cuando existiendo un patología orgánica relacionada, las quejas físicas o la alteración ocupacional y/o social resultante sobrepasan notoriamente aquello que sería esperable a partir de los hallazgos físicos.

Por otra parte, la somatización puede ser entendida como un patrón de **conducta de enfermedad** (**Kirmayer y Robbins**, 1991). Existe la creencia ampliamente generalizada de que el concepto de conducta de enfermedad podría ser la expresión de un rasgo de personalidad subyacente o de una tendencia para adoptar el *papel de enfermo* (**Jacob y Turner**, 1984). En este sentido, estos autores han hipotetizado que los sujetos que exhiben una tendencia elevada a adoptar el rol de enfermo tienen umbrales más bajos para el reconocimiento o la percepción del daño. Por tanto, buscan ayuda médica para condiciones que son relativamente inocuas.

Descripción del cuadro

El trastorno por somatización se caracteriza por 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. El **DSM-IV** reduce el requisito de al menos 13 síntomas a 8, agrupados en 4 categorías (dolor, gastrointestinal, sexual y pseudoneurológico) (PIR 00, 67; PIR 03, 177). Las quejas más comunes presentadas por estos pacientes hacen referencia a cefaleas, desmayos, náuseas y vómitos, dolores abdominales y en las extremidades, amnesia, dificultades para la deglución, problemas intestinales y fatiga, dismenorrea, dispareunia y frigidez.

Las visitas a los médicos son frecuentes, característica que comparten con los hipocondríacos. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Pueden existir asimismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas. El consumo habitual de fármacos puede conducir a efectos indeseables o a trastornos relacionados con sustancias. Estos enfermos son muy a menudo sometidos a múltiples exámenes médicos, a pruebas diagnósticas, a cirugía y a hospitalizaciones, lo que supone un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos.

Los pacientes manifiestan y describen los síntomas de una manera dramática, exagerada y cargados emocionalmente, narrando con detalles circunstanciales las repercusiones de su sintomatología sobre su vida sin describir los síntomas en sí. Suelen mostrarse con un carácter seduc-

tor, manifestado por su cuidado acicalamiento, su coqueto e insinuante comportamiento, su lenguaje facial y por su afán exhibicionista a enseñar más de lo necesario las regiones a explorar. En este sentido, **Lazare** y cols. (1966) tras realizar un análisis factorial hallaron como rasgos de personalidad histérica: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, sugestionabilidad, dependencia, erotización de las relaciones sociales, temor a la sexualidad.

Curso y epidemiología

Su **etiología** es desconocida. Este trastorno suele empezar en la segunda década de la vida (antes de los 25-30 años), pudiéndose presentar los primeros síntomas en la adolescencia. La gran mayoría de los pacientes son **mujeres** (desde un 0,2% hasta un 2%, y menos de un 0,2% en varones). Las primeras manifestaciones suelen estar relacionadas con la menstruación. El **curso** suele ser fluctuante y crónico, estando raras veces el paciente libre de síntomas. Se observa en estos pacientes una historia de inestabilidad afectiva e impulsividad en muchos casos, también se asocia con una educación en familias caracterizadas por problemas de sociopatía y alcoholismo. Un 10-20% de los pacientes femeninos de primer grado de estos enfermos también presentan este trastorno. Los familiares hombres de las mujeres con este trastorno tienen mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias.

El **trastorno depresivo mayor**, los **trastornos de angustia** y los **trastornos relacionados con sustancias** se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización, como asimismo lo están los **trastornos de la personalidad histriónica, límite y antisocial**. En ocasiones pueden darse fenómenos alucinatorios sin que exista pérdida del contacto con la realidad, por lo general voces que pronuncian el nombre del sujeto. Estudios neuropsicológicos han puesto de manifiesto que estos pacientes tienen dificultades para procesar información relativa a problemas de atención y memoria. Presentan patrones bilaterales y simétricos de disfunción del lóbulo frontal, con una disfunción en el hemisferio no dominante, y en mayor medida en las regiones anteriores del cerebro.

Diagnóstico diferencial

Se ha de hacer el diagnóstico diferencial con:

– **Enfermedad médica:** según el DSM-IV hay tres características para diferenciarlo: 1) múltiples sistemas orgánicos implicados, 2) inicio temprano y curso crónico sin indicios o anomalías que supongan un cambio estructural, 3) ausencia de resultados de laboratorio que indiquen la existencia

de una condición médica general; además de las demandas de ser tratados como enfermos en los trastornos somatoformes son más importantes que en los trastornos orgánicos. Aún así, es importante tener en cuenta que el trastorno de somatización no impide que los individuos padezcan otras enfermedades.

– **Trastorno somatomorfo indiferenciado:** requiere menos síntomas y una duración menor (al menos 6 meses).

– **Trastorno de ansiedad generalizada:** existen preocupaciones no limitadas a los síntomas físicos.

– **Trastorno de angustia:** los síntomas físicos sólo aparecen durante la crisis.

– **Esquizofrenia:** cuando existan ideas delirantes de tipo somático debe diferenciarse de las quejas somáticas no delirantes de los individuos con trastorno de somatización.

– **Trastornos depresivos:** pueden existir síntomas físicos pero limitados a los episodios de estado de ánimo depresivo.

– **Trastorno de conversión, trastorno por dolor, trastorno disociativo, disfunción sexual:** todos los individuos que padecen trastorno de somatización tienen historia de dolor, síntomas sexuales y síntomas de conversión o disociativos. Por esta razón, cuando estos síntomas se manifiestan exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización, no debe realizarse ningún diagnóstico adicional.

Los criterios **CIE-10** y **DSM-IV** son distintos para este trastorno. La CIE-10 exige una serie de síntomas distribuidos en 4 grupos, debiendo aparecer síntomas de al menos dos de ellos, mientras que el DSM-IV especifica cuántos síntomas de cada grupo han de presentarse. La CIE-10 incluye además la presencia de rechazo de las opiniones médicas.

Por otro lado, ambas clasificaciones coinciden en los criterios diagnósticos para el **trastorno somatomorfo indiferenciado**, categoría residual para los cuadros que no cumplen los criterios de trastorno de somatización o los de cualquier otro trastorno somatomorfo.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, los pacientes evolucionan de forma más favorable cuando son atendidos por un solo profesional. Se ha de tratar que el paciente incremente la conciencia de que existe la posibilidad de que sus síntomas tengan un componente psicológico. La psicoterapia

está encaminada al manejo de síntomas, expresar emociones y a desarrollar estrategias alternativas para expresar sentimientos. **Smith, Monson y Ray** (1986) encontraron que un tratamiento de apoyo producía cierta mejoría clínica y disminuía la utilización de los recursos médicos.

4.2. TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Descripción de cuadro

El desorden de conversión posee una larga y confusa historia que se remonta a los escritos más antiguos sobre la conducta anormal. Aparece entrelazado con el trastorno de somatización, ya que ambos se originaron en el concepto de histeria y comparten un tipo de personalidad histriónica, aunque ésta se manifiesta con mayor intensidad asociada al problema de somatización.

Los **trastornos de conversión** se caracterizan por una pérdida o alteración real del funcionamiento motor o sensorial que lleva a pensar en un trastorno o enfermedad somática. Sin embargo, se considera que los factores psicológicos están relacionados de forma importante, desde el punto de vista etiológico, con el inicio del trastorno, ya que existe una relación temporal entre un evento estresante y el comienzo de los síntomas de conversión (PIR 02, 177). Ha de tenerse cuidado a la hora de establecer el diagnóstico, haciéndolo sólo tras un examen médico exhaustivo, ya que es posible diagnosticar como conversivo trastornos como esclerosis múltiple, la miastenia grave y las distonías idiopáticas o inducidas por sustancias. Sin embargo, la presencia de trastorno neurológico no excluye el diagnóstico de trastorno de conversión si los síntomas no pueden explicarse en su totalidad por la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas pueden aparentar la mayor parte de las enfermedades conocidas, pudiéndose dividir en cuatro categorías mayores:

Con síntoma o déficit motores: este subtipo incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir ("globus histericus"), sensación de "nudo en la garganta", afonía y retención urinaria. Estas alteraciones no siguen las pautas neurológicas resultantes de una lesión en el sistema nervioso periférico, siguiendo una distribución en función del conocimiento de la parte afectada.

Con crisis o convulsiones: este subtipo incluye crisis o convulsiones, con presencia de componente motor voluntario o sensorial. No aparecen lesiones, mordedura de lengua, actividad paroxística en el EEG, ni descontrol de

esfínteres. Estas crisis pueden durar minutos, acompañados de una aparente falta de respuesta a los estímulos; el paciente tras la crisis puede recordar lo sucedido.

Con síntoma o déficit sensoriales: este subtipo incluye síntomas como sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía (visión doble), ceguera (es típica la visión en forma de cañón de fusil, en la que se produce una disminución progresiva y concéntrica del campo de visión), sordera y alucinaciones. Se puede producir anestesia en forma de guante (PIR 07, 193) o calcetín con una distribución ajena a los dermatomas y pérdida uniforme de todas las modalidades sensoriales. El dolor puede presentarse como el típico clavo histerico (dolor agudo en la cabeza), dolor pectoral agudo y punzante, dolores específicos e idiosincrásicos relacionados con experiencias personales (como dolerle la parte del cuerpo que vio dañarse a otra persona accidentada). Pueden producirse pseudoalucinaciones con intacto sentido de la realidad, que implican diferentes modalidades sensoriales y con un contenido infantil, ingenuo y fantástico.

De presentación mixta: si hay síntomas de más de una categoría.

Hay una serie de **características asociadas** al trastorno de conversión como: la **belle indifférence**, que es el rasgo conductual más característico, en el cual el paciente, a pesar de todas sus manifestaciones físicas, parece completamente despreocupado (PIR 00, 75; PIR 07, 194) simbolismo; rasgos de personalidad histriónica; existencia de beneficios primarios (resolución somática del conflicto); existencia de beneficios secundarios (beneficios del papel de enfermo); existencia de modelos familiares; alteraciones sexuales; estrés previo al inicio del síntoma. Los **trastornos mentales asociados** incluyen trastornos disociativos, trastorno depresivo mayor y trastornos histriónico, antisocial y por dependencia de la personalidad. De un 12% a un 30% de pacientes presentan depresión entre moderada y grave. Se presentan también asociados trastornos del estado de ánimo recurrentes e hipomanía y la presencia de suicidio. Se ha observado la conversión asociada a todos los trastornos de personalidad. Se han descrito casos de "histeria epidémica", en la que un grupo de individuos manifiesta síntomas comunes tras la exposición a un desencadenante común.

Curso y epidemiología

El trastorno de conversión se inicia generalmente en los últimos años de la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta; es muy rara su aparición antes de los 10 años o después de los 35, aunque los síntomas pueden

aparecer en cualquier etapa de la vida. Cuando se inicia a mediados o finales de la vida adulta es posible que haya un trastorno neurológico u orgánico subyacente. El **inicio** de este trastorno suele ser repentino, pero también aparece de manera gradual. La mayoría de los síntomas son de corta duración, aunque las recidivas son habituales, y se presentan en un 20-25% de los individuos (durante el primer año) (PIR 05, 218). Además, la presencia de una sola recaída predice la presentación de futuros episodios. Los factores que se asocian a **buen pronóstico** son el inicio repentino, la presencia de estrés claramente identificable al inicio de la enfermedad, el corto intervalo de tiempo entre la aparición del trastorno y la instauración del tratamiento, y un nivel de inteligencia superior al normal. Síntomas como parálisis, afonía y ceguera se asocian también a buen pronóstico; en cambio, los temblores y las convulsiones son de peor evolución. Desde **presupuestos psicodinámicos** son factores indicativos de buen pronóstico: conflicto psicológico centrado en la sexualidad genital edípica; estabilidad en las relaciones interpersonales; buena relación terapéutica; capacidad para verbalizar las emociones sin que la ansiedad la incapacite; capacidad para distanciarse de la emoción experimentada conscientemente; capacidad de introspección; síntomas circunscritos y relacionados con estresores ambientales.

Es un trastorno más frecuente en mujeres que en varones, en una proporción que varía de 2:1 a 10:1. El trastorno de conversión es mucho más frecuente en poblaciones rurales, en los individuos de bajo *status* económico y en las personas menos conocedoras de los conceptos médicos y psicológicos. El paciente prototipo suele ser una mujer de menos de 40 años de edad procedente de medios rurales y culturales no sofisticados. En varones, se haya asociado al trastorno antisocial de la personalidad, siendo difícil el diagnóstico diferencial con la simulación. Los síntomas están mediatizados por las variables culturales relativas a la manifestación del malestar.

La **prevalencia** en población general varía mucho, desde 11/100.000 hasta 500/100.000. Se ha observado asimismo que hasta el 3% de los pacientes ambulatorios enviados a centros de salud mental presentan este trastorno. Los estudios realizados en pacientes ingresados y que padecen enfermedades generales o quirúrgicas han revelado porcentajes de síntomas de conversión entre el 1 y el 14%.

Diagnóstico diferencial

Se ha de realizar el diagnóstico diferencial con:

– **Enfermedades neurológicas o médicas y los efectos inducidos por sustancias:** explican todos los déficits que afectan a las funciones sensoriales o motoras.

– **Trastorno por dolor y disfunciones sexuales:** deben diagnosticarse cuando los síntomas se limiten a dolor o a disfunción sexual, respectivamente.

– **Trastorno de somatización:** no debe realizarse el diagnóstico adicional de trastorno de conversión si los síntomas se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización.

– **Trastornos disociativos:** el trastorno de conversión presenta muchos síntomas que sugieren una disfunción neurológica y pueden también tener los mismos antecedentes. Si los dos trastornos se manifiestan en el mismo individuo, deben realizarse entonces los dos diagnósticos.

El **DSM-IV** recoge este diagnóstico, pero la **CIE-10** lo incluye dentro de los trastornos disociativos, proponiendo criterios para los trastornos motores, las convulsiones, la anestesia y la pérdida sensorial.

Tratamiento

La resolución de los síntomas suele ser espontánea, aunque puede ser facilitada con terapia orientada a fomentar la alianza terapéutica, ser afectivo y autoritario. El tratamiento desde el modelo cognitivo-conductual trabaja con entrenamiento en reducción de la ansiedad y en afrontamiento del estrés, ayudado por técnicas como la hipnosis, relajación, etc., de cara a ir integrando aspectos del sí mismo que puedan estar disociados, y ayudando a generar estrategias de solución de problemas.

Las terapias psicodinámicas trabajan orientadas a la resolución de conflictos psicológicos en el ámbito que corresponde y no en el corporal, explorando conflictos y el simbolismo de los síntomas conversivos, de cara a hacer consciente lo inconsciente.

4.3. TRASTORNO POR DOLOR

Descripción del cuadro

La sintomatología esencial que caracteriza a este trastorno es la presencia de dolor en una o más partes del cuerpo, que constituye el aspecto central de la sintomatología clínica y que alcanza un nivel de gravedad suficiente como para justificar la atención clínica. El dolor está relacionado con el estrés ambiental, aparentemente relacionado con un conflicto psicológico, que permite evitar alguna actividad desagradable.

dable y permite obtener un apoyo emocional y una atención determinada. **Beecher** (1956) llegó a indicar que la intensidad del sufrimiento está determinada por lo que el dolor significa para el paciente, y que la extensión de la herida sólo tiene una ligera relación con la experiencia de dolor, describiendo el dolor como una experiencia bidimensional compuesta por un estímulo sensorial y un componente emocional. **Melzack** (1973) enumeró variables individuales que influyen en la experiencia de dolor tales como la ansiedad, la depresión, la sugestión, el condicionamiento anterior, la atención, la evaluación y el aprendizaje cultural.

El **DSM-IV** establece los siguientes subtipos sobre la base de los factores presentes en la etiología y persistencia del dolor:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se considera que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor. Los trastornos físicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o en la persistencia del dolor.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: en este subtipo tanto los factores psicológicos como las enfermedades médicas desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La localización anatómica del dolor o de la enfermedad médica asociada se codifica en el Eje III.

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: este subtipo *no se considera un trastorno mental y se codifica en el Eje III*. Se incluye en este apartado con el fin de facilitar el diagnóstico diferencial.

Para indicar la duración del trastorno por dolor asociado a factores psicológicos o el asociado a factores psicológicos y enfermedad médica, se utilizan las especificaciones siguientes:

- **Agudo:** si la duración del dolor es inferior a 6 meses.
- **Crónico:** si la duración del dolor es igual o superior a 6 meses.

Keefe (1982) distingue distintos tipos de dolor o fases:

- **Dolor agudo:** es adaptativo y avisa para que se evite un daño más importante.
- **Dolor precrónico:** se experimenta entre las fases aguda y crónica, y es el período en el que o evoluciona favorablemente o se cronifica.

– **Dolor crónico:** dura más del tiempo de una curación normal, es más o menos continuo, y a menudo se perpetúa a sí mismo, de modo que la conducta provoca refuerzo y ese refuerzo más conducta de dolor. El dolor crónico es una experiencia de sufrimiento que ya ha tomado posesión de la vida emocional, cognitiva y social del individuo, convirtiéndose en parte de su identidad. No suele tener un beneficio biológico e impone importantes tensiones emocionales, físicas, económicas y sociales al paciente y en la familia, proyectándose hacia el futuro con miedo y resignación.

Por su parte, la **CIE-10** requiere una persistencia del dolor durante por lo menos 6 meses y que no pueda explicarse sobre la base de una alteración fisiológica o un trastorno físico.

Curso y epidemiología

La **prevalencia** de este trastorno no está del todo clara. El trastorno por dolor asociado a la vez a factores psicológicos y a una enfermedad médica parece ser relativamente frecuente en ciertos centros, especialmente en los que el dolor constituye un problema significativo (p.ej., clínica del dolor, servicios de consulta psiquiátrica en un hospital general). El trastorno por dolor asociado a factores psicológicos parece ser mucho menos frecuente.

Como señalaron **Hilgard y Hilgard** (1975), el trastorno por dolor es el más prevalente de los trastornos somatoformes en el contexto clínico. Los dolores más frecuentes son el pélvico, el facial, el abdominal, las cefaleas y el dolor precordial. El dolor, por lo general, aparece repentinamente y aumenta en intensidad al cabo de pocas semanas o meses. En la mayoría de los casos, el individuo acude a los centros de salud mental cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de los síntomas.

Este trastorno puede aparecer a cualquier edad. Existen algunos factores asociados como un trauma físico reciente (en la mitad de los casos el dolor aparece inmediatamente después), el haber empezado a trabajar a una edad inusualmente temprana, realizando trabajos físicos duros. Se ha asociado también a individuos adictos al trabajo. Muchos de estos pacientes muestran características alexitímicas. Las **mujeres** parecen experimentar ciertos tipos de dolor crónico, como migraña y cefaleas tensionales y dolor musculoesquelético, con más frecuencia que los hombres.

El dolor ocasiona problemas laborales, sociales y familiares e incluso económicos (de la mitad a dos tercios de los sujetos con dolor crónico se encuentran total o parcialmente incapacitados durante días, semanas o meses de forma permanente) debido a los intentos realizados por el sujeto

para remediar su afección, que incluso pueden acarrearle más dolor. Se puede generar un círculo vicioso de dolor –inactividad y aislamiento social– depresión y otros problemas psicológicos-reducción de la resistencia física, cansancio-dolor adicional. Se puede generar un abuso y dependencia a analgésicos opiáceos o benzodiazepinas. Si el dolor está asociado a una enfermedad Terminal o depresión grave se incrementa el riesgo autolítico.

Los factores considerados influyentes en la **recuperación del trastorno por dolor** son el conocimiento del dolor por parte del individuo, la renuncia a esfuerzos improductivos para controlar el dolor, participación en actividades regularmente programadas a pesar del dolor, grado de reducción del dolor, reconocimiento y tratamiento de los trastornos mentales comórbidos, adaptación psicológica a la enfermedad crónica y no permitir que el dolor sea el factor determinante en el estilo de vida. Los individuos con un elevado número de áreas corporales dolorosas y mucha sintomatología médica (a excepción del dolor) presentan **peor pronóstico**.

Diagnóstico diferencial

Se ha de establecer el diagnóstico diferencial con:

- **Trastorno de somatización:** requiere varios síntomas además del dolor y una duración de varios años.
- **Dispareunia:** se limita a dolores durante el coito.
- **Trastorno de conversión:** por definición, este trastorno no se limita sólo al dolor.
- **Dolor en otros trastornos mentales:** el dolor es un síntoma asociado a trastornos como depresión, ansiedad o trastornos psicóticos; debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno por dolor si el dolor es centro de atención clínica independiente su provoca malestar o deterioro clínicamente significativos o excede al que habitualmente se observa en otro trastorno mental.
- **Simulación y Trastornos facticios:** el dolor puede fingirse o producirse intencionalmente.

Tratamiento

Burke (1992) enfatiza la necesidad de un tratamiento que devuelva la responsabilidad personal al paciente. Este autor señala la no conveniencia de realizar terapias pasivas con este tipo de pacientes tales como masajes, terapias físicas, fármacos. **Chapman-Smith** (1990) habla de lógica apremiante con respecto a la necesidad de que

estos pacientes entiendan a fondo sus problemas y aprendan a asumir responsabilidad y control de su condición.

Para **evaluar** el dolor se han utilizado:

- Medidas fisiológicas: tensión muscular, las señales autónomas y los potenciales evocados.
- Evaluación conductual mediante observación y registro de la conducta del paciente.
- Autoinformes como el Cuestionario de dolor de Melzack, etc.

Como forma de tratamiento se han utilizado medidas dirigidas a tolerar y anular efectos incapacitantes, tales como el Biofeedback, la relajación, el control de ansiedad, la terapia cognitiva, la hipnosis. En el caso de la hipnosis, el procedimiento comentado es el expuesto por **Araoz y col.** (1998) en el que se trabaja con la “**nueva hipnosis**”. Esta se basa en los hallazgos de la escuela de la Nueva Nancy, en donde se cambió el centro de atención de la hipnosis a la sugestión, planteando que la hipnosis era una manifestación del empleo de la imaginación y de la autosugestión sobre las percepciones, estado de ánimo, conducta e, incluso, funciones fisiológicas de una persona. Por lo tanto esta nueva hipnosis señala que:

1. No es la voluntad la que produce el cambio sino la imaginación (hemisferio derecho).
2. Resalta la autosugestión.
3. Que funciona a nivel de pensamiento no consciente, o basado en la experiencia, dependiente del hemisferio derecho. La cuestión es, entonces, comprometer al hemisferio derecho pasando por encima del hemisferio izquierdo.

El terapeuta al enfrentarse al paciente con dolor ha de:

- Decidir si el dolor es agudo o crónico y averiguar si el paciente ha consultado con algún médico.
- Encontrar la metáfora espontánea del paciente relacionada con el dolor. **Araoz y col.** (1998) señalan que, utilizado junto la relajación, es eficaz utilizar la metáfora del dolor que surge del paciente mismo. La metáfora que utiliza el paciente para describir su dolor es utilizada como el terapeuta como agente de cambio. **Robles** (1990) señala que las metáforas son el lenguaje del inconsciente que ofrecen una representación simbólica y totalizadora de una situación. El ver una situación a través de una metáfora nos ofrece una perspectiva más completa y la posibilidad de generar nuevas alternativas para su solución.

- Comenzar con la metáfora, sugiriendo que la transforme en otras, relacionadas con ella pero más benignas y beneficiosas.
- Invitar al paciente a que permita a la metáfora más positiva radicarse en la parte del cuerpo que sufría el dolor.
- Relacionar la metáfora positiva con el alivio del dolor y, finalmente, con la desaparición, al menos casi total, del dolor, siempre que haya seguridad de que el problema ha sido consultado con un médico.

La intervención sigue cuatro pasos:

- Observar como el paciente expresa las cosas (estilo de lenguaje, comportamiento no-verbal y verbalizaciones importantes que son comportamientos no-conscientes).
- Dirigir al paciente a que se introduzca en su experiencia vivencial.
- Discusión de lo experimentado con el objetivo de lograr la integración de lo experimentado en los valores y la vida del paciente.
- Confirmación a través de una vuelta al estado experiencial para reintegrar los aspectos intelectual y vivencial.

4.4. HIPOCONDRIA

Introducción histórica

Los griegos atribuyeron el síndrome hipocodríaco a los trastornos de las vísceras situadas debajo del cartílago xifoides, y le dieron el nombre de hiponcondría. **Galeno** lo consideraba como una forma especial de melancolía, anticipando de esta manera ciertas consideraciones relativamente actuales que entendían la hipocondría como una forma especial de depresión (Fischer-Homberger, 1970; citado por Jacob y Turner, 1984). En el manual de psiquiatría de **Robert Burton** del s. XVII aparece descrita la melancolía con gran sintomatología hipocondríaca, describiendo la melancolía hipocondríaca o flatulenta. Una variada sintomatología de la cual los médicos no pueden hallar su origen. En ese mismo siglo **Smollius** sugiere una estrecha relación de la hipocondria con la histeria. A partir de ese momento se consideró la hipocondria como la manifestación de la **histeria masculina** (las sustancias patógenas emanaban del bazo en vez del útero). Con la definición realizada por **Charcot** sobre la histeria, la hipocondria quedó restringida a una serie de quejas, subjetivamente definidas, poco claras y vagas, de dolor y molestias en diversos órganos. **Freud** remarcó la diferencia entre esta preocupación de la hipocondria y la *belle indifférence* de la histeria, arguyendo que la hipocondria es una neurosis actual frente a la naturaleza psicógena de la histeria. **Gi-**

lespie propuso una definición como trastorno específico, pero en el **DSM-I** el cuadro fue retirado de la lista de diagnósticos oficialmente aceptados. En el **DSM-II** se volvió a incluir y en el **DSM-III** aparece como un cuadro cuya alteración predominante es la interpretación no realista de los síntomas y sensaciones físicas como fenómenos anormales. Lo que caracteriza al hipocondríaco no es la preocupación por los síntomas sino el miedo a sufrir una enfermedad importante debido a esa errónea interpretación. El **DSM-IV** mantiene esa definición. La **CIE-10** indica dos pautas generales: creencia persistente en la presencia de al menos una enfermedad somática grave o la preocupación persistente por una supuesta deformidad; la negativa a aceptar las explicaciones médicas que indican su ausencia, proponiendo una única tabla que incluye la **hipocondria** y el **trastorno dismórfico corporal** y especificando que debe existir la convicción de padecer como máximo dos enfermedades médicas importantes.

Por otra parte, en una línea de investigación reciente (Kirmayer, Robbins y Paris, 1994) se ha descrito la hipocondría como un rasgo o un grupo de rasgos que se encuentra más centrado en la línea de los desórdenes de la personalidad que en el grupo de trastornos psicopatológicos. De forma específica, el estudio desarrollado por el grupo de **Kirmayer** ha señalado que la hipocondría se relacionaría con niveles elevados de neuroticismo y afecto negativo, ya que en ambos casos los sujetos se preocuparían excesivamente sobre las implicaciones de sus síntomas.

Descripción del cuadro

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación o miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. El miedo injustificado o la idea de padecer una enfermedad persisten a pesar de las explicaciones médicas (**PIR 07, 238**), sin embargo, la creencia no es de tipo delirante ni se restringe al aspecto físico; es persistente, con una duración mínima de 6 meses.

Las preocupaciones hacen referencia a funciones corporales como el pulso, la sudoración, los movimientos peristálticos; a manifestaciones menores anómalas como tos o pequeñas heridas; a sensaciones físicas que define de forma vaga o ambigua. El individuo trata de averiguar su etiología, su significado y su veracidad. Son muy alarmistas y pueden alterarse en gran medida al escuchar o leer cosas relacionadas con enfermedades, centrando su atención en su propio cuerpo.

Barsky y col. (1992) han establecido una diferenciación entre dos tipos de condiciones hipocondríacas: **hipocondría primaria**, en la que no se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico; **hipocondría secundaria**, en la que ésta se encuentra subordinada a otro trastorno o suceso estresante. Estos autores se han interesado por las reacciones hipocondríacas de corta duración (inferior a seis meses), y plantean que son los trastornos de personalidad y la amplificación somatosensorial, algunos de los factores asociados a las actitudes hipocondríacas. Y que los pacientes con hipocondría transitoria siguen teniendo más actitudes y síntomas somáticos funcionales que los no hipocondríacos, aunque no tienen mayor probabilidad de desarrollar el trastorno.

Kellner, Hernández y Pathak (1992) proponen subdividir la hipocondría en: miedo desmesurado a tener una enfermedad (fobia a la enfermedad), falsa creencia de tener una enfermedad (convicción de enfermedad). **Warwick y Salkovskis** (1989) consideraron que en los dos estados clínicos la ansiedad estaba condicionada a estímulos asociados a la enfermedad, en el primer caso a estímulos externos, y en el segundo a estímulos internos. Estos autores proponen que se reclasifique la hipocondría como trastorno de ansiedad.

Marks (1987) sugiere que cuando los miedos implican síntomas corporales múltiples y una diversidad de enfermedades se habla de hipocondría.

Gutsch (1988) expone los rasgos característicos de las personas hipocondríacas: ansiedad, rasgos de personalidad compulsiva, estado de ánimo decaído, tendencias de doctor shopping, exacerbación de las relaciones de médico-paciente, deterioro de la capacidad para el funcionamiento social y laboral, preocupación por dolores insignificantes, por toses sin importancia y por la peristalsis, escasas relaciones sociales, necesidad de explicar con detalle su historia médica.

Explicaciones teóricas sobre la hipocondría

1. Perspectiva psicodinámica

Según **Barsky y Klerman** (1983), desde la perspectiva psicodinámica la hipocondría se ha entendido como un canal alternativo para desviar los impulsos sexuales, agresivos u orales en forma de quejas físicas o como una defensa individual contra la baja autoestima y la experiencia del yo como algo carente de valor, inadecuado y defectuoso.

– **Como expresión somática de conflictos psíquicos:** **Freud** lo consideraba como difícilmente susceptible de

mejora con la cura psicoanalítica. Cuando se refirió a este problema lo incluyó dentro de las neurosis actuales, asociado al narcisismo, tratándose de un estancamiento de la energía libidinal y una descarga inadecuada de la misma.

Starkevich (1989) consideraba que es fundamental, en este cuadro, el sentimiento abrumador del “mal interno”, que se supone adquirió en la primera infancia, y la desconfianza en el propio cuerpo. Este miedo a la vulnerabilidad del cuerpo desencadena una grandiosidad defensiva de tipo narcisista y que puede ser de dos tipos: 1) muestran un descuido de su cuerpo y una concentración grandiosa en todo aquello alejado de él (ej: libidinización del pensamiento), 2) muestran una atención exagerada a su propio cuerpo en el que han centrado su narcisismo y temen perderlo (actores, gimnastas).

– **Como transformación de impulsos hostiles y necesidades de dependencia:** **Rado** consideraba que tras la indefensión hipocondríaca hay una rabia reprimida y un orgullo herido. **Brown y Vaillant** consideran la hipocondría como la transformación del reproche dirigido hacia los demás, que es consecuencia de duelo, soledad o impulsos agresivos inaceptables, en autorreproche primero y en quejas de dolores o enfermedades físicas después.

Para **Altman** sería una expresión indirecta en términos somáticos de deseos orales e impulsos de dependencia regresivos. Para **Anna Freud** los adultos hipocondríacos serían equivalentes a los niños que sufren de grave deprivación materna.

– **Como defensa de la baja autoestima o culpa:** la confrontación con la idea de una vida personal insatisfactoria o de uno mismo como incompetente es más duro de aceptar que la posibilidad de tener alguna enfermedad.

Barsky y Klerman (1983) relacionan esta noción de hipocondría con los conceptos de ganancia primaria y secundaria. Toda operación defensiva conlleva una reducción del conflicto y una gratificación parcial del impulso subyacente (ganancia primaria), y, por otro lado el enfermo recibe ciertos beneficios y elude ciertas responsabilidades (ganancias secundarias).

Otros autores como **Sullivan** (1953) o **Ladee** (1966) afirman que la hipocondría sería una defensa contra la paranoia o la psicosis.

– **Como fruto de una estructuración del yo pobre e inadecuada:** **Diamond** (1985) y **Kohut** (1971) ven en la hipocondría una elaboración frente a la ruptura y fragmen-

tación del yo, o una indicación de la falta de estructura del yo cohesionada y capaz de neutralizar la ansiedad.

Starkevich considera la preocupación constante por el cuerpo como el núcleo hipocondríaco, y que está relacionada con fallos evolutivos primarios que incapacitan el dotar a la muerte de simbolización.

2. Hipocondría como manifestación de una alteración perceptivo-atencional

– **Hipotesis alexitímica:** existe una disfunción neurofisiológica que incapacita para experimentar afectos y fantasías, y que produciría una forma de pensamiento concreto y física, más que emotiva y subjetiva, mostrando escasa empatía hacia los demás y comportándose como “analfabetos emocionales”.

– **El estilo amplificador: Barsky y Klerman** (1983) postulan un “estilo somático amplificador” en estos pacientes, por el cual se centran en los síntomas, reaccionan a ellos con intensa alarma y preocupación, con incapacidad extrema y rechazo a olvidarse de ellos. Su estilo perceptual comprende tres elementos: hipervigilancia corporal; tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes y tenues; propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad en vez de percibir las como normales. La atribución errónea de estas sensaciones provoca más ansiedad, que a su vez 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 (Barsky y Whishak, 1990).

– **Ideas disfuncionales y atribucionales: Warwick y Salkovskis** (1990) afirman que los hipocondríacos a lo largo de su vida generan teorías problemáticas y disfuncionales sobre la salud y enfermedad que generan, a su vez, una atención dirigida y sesgada hacia los aspectos corporales que puedan considerarse anómalos, haciéndose un experto en cuestiones de mala salud de modo que se van validando sus puntos de vista. Los supuestos disfuncionales se activan en situaciones relevantes. El proceso para desarrollarse la hipocondría sería: las experiencias previas relativas a la enfermedad propia o ajena, y los errores médicos, conducen a la formación de creencias disfuncionales acerca de los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud, que provocan una atención selectiva a la información coherente con ellas. Algo moviliza en un momento determinado estas creencias provocando la puesta en marcha de pensamientos automáticos negativos

e imágenes desagradables, que implican una interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, desencadenando la ansiedad por la salud.

Una vez desarrollado el problema, existen una serie de factores implicados en el mantenimiento y exacerbación de la preocupación por la salud (Warwick y Salkovskis, 1989,1990). La existencia de un estímulo desencadenante que el sujeto identifica y percibe como amenaza conduce a que éste experimente miedo o aprensión. Esta reacción desencadena una serie de manifestaciones a nivel fisiológico, cognitivo y conductual que conducen al sujeto a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como anómalas y a valorarlas como señales de la presencia de una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligro. Se establece, de este modo, un círculo vicioso que perpetúa la hipocondría.

Modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1990)

EXPERIENCIA PREVIA (PIR 04,155)

Experiencia y percepción de:
 (I) Enfermedad propia, familiar, error médico
 (II) Interpretaciones de síntomas y reacciones adecuadas
 “Mi padre murió de un tumor cerebral”
 “Siempre que he tenido cualquier síntoma he ido al médico por si fuera algo grave”



FORMACIÓN DE SUPUESTOS DISFUNCIONALES

“Los síntomas corporales son siempre una señal de que algo va mal; debería poder encontrar siempre una explicación para mis síntomas”



INCIDENTE CRÍTICO

Incidente o síntoma que sugiere enfermedad
 “Uno de mis amigos murió de cáncer hace unos meses; últimamente he tenido más dolores de cabeza”



ACTIVACIÓN DE SUPUESTOS

PENSAMIENTOS/IMÁGENES AUTOMÁTICAS NEGATIVAS

“Podría tener un tumor cerebral; no le dije al médico que he perdido algo de peso. Puede ser demasiado tarde. Esto está empeorando. Necesitaré una intervención quirúrgica cerebral”



ANSIEDAD POR LA SALUD, HIPOCONDRIA

CONDUCTUAL
 Evitación y restricciones autoimpuestas
 Autoinspección repetida
 Manipulación repetida del área afectada
 Consulta, búsqueda de explicaciones
 Búsqueda de información
 Medidas preventivas

AFECTIVA
 Ansiedad
 Depresión
 Ira

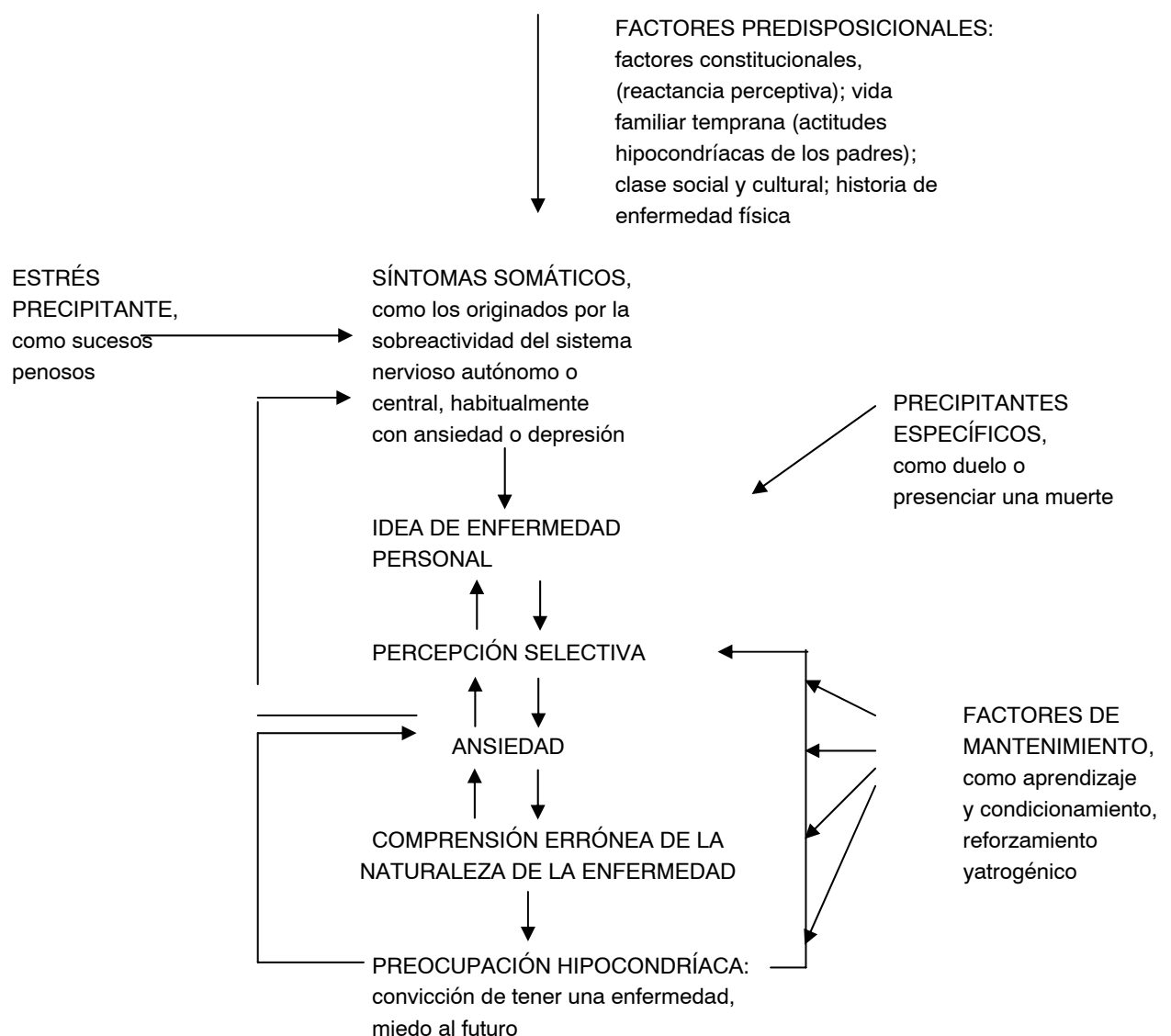
FISIOLÓGICA
 Aumento del arousal
 Cambios en la función corporal
 Trastorno del sueño

COGNITIVA
 Focalización de la atención en el cuerpo y aumento de la percepción corporal
 Observación de los cambios corporales
 Prestar atención a la información negativa
 Desamparo
 Preocupación, rumiación
 Quitar importancia a la información positiva

– **De la reacción hipocondríaca a la neurosis hipocondríaca:** **Kellner** (1985) mantiene que ciertas experiencias tempranas predisponen a la persona a atender a los síntomas somáticos y ciertos eventos actúan como factores precipitantes. Una vez percibidos los síntomas físicos el sujeto puede pensar que padece una enfermedad. Si la idea persiste el sujeto puede sentirse ansioso y preocupado por las futuras consecuencias de la enfermedad orgánica, lo que lleva a una percepción selectiva de las sensaciones somáticas. Lo que comienza como una reacción hipocondríaca se convierte en una neurosis.

Algunos trabajos publicados recientemente han ratificado de manera significativa algunos de los componentes incorporados por Kellner. **Fernández y Fernández** (2001) identificaron una serie de variables predictoras de preocupación hipocondríaca en un grupo de pacientes que exhibían una elevada ansiedad por la salud. Los autores de este estudio concluyeron que el aprendizaje temprano de las conductas de salud podría constituir un factor de riesgo hacia la preocupación hipocondríaca en la medida en que puede promover un elemento de vulnerabilidad física.

Esquema simplificado de la reacción hipocondríaca y la neurosis hipocondríaca (según Kellner, 1985)



3. Enfoques psicosociales

– **Como conducta social aprendida:** adoptar el rol de enfermo conlleva ventajas, debido a que permite obtener beneficios, tales como recibir cuidados y/o eludir responsabilidades (Wooley, Blackwell y Winget, 1978).

– **Como modo de comunicación interpersonal:** la hipocondría puede ser entendida como una forma de comunicación interpersonal (Szazs, 1961).

Curso y epidemiología

La hipocondría puede iniciarse a cualquier edad; sin embargo, lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El **curso** es generalmente crónico, con períodos de mayor o menor intensidad, aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente. El inicio agudo, la corta duración y levedad de los síntomas, la presencia de enfermedad médica concomitante, la ausencia de trastornos mentales concomitantes y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronóstico. Debido a su cronicidad, algunos autores consideran que este trastorno posee características de “rasgo” (preocupación persistente, con quejas de tipo somático, centrada en síntomas físicos).

Los hallazgos respecto a las diferencias que determinan edad y sexo en la **prevalencia** no son consistentes, pero el trastorno aparece a lo largo de toda la vida tanto en hombres como en mujeres. En la población general la prevalencia de la hipocondría es de entre el 1 y el 5%. Entre los pacientes ambulatorios de asistencia primaria, las estimaciones de la prevalencia actual oscilan entre el 2 y el 7%.

Estos pacientes suelen presentar su historia clínica de manera muy detallada y extensa. Son frecuentes la presencia de “peregrinaciones médicas” (*doctor shopping*) y el *deterioro de la relación médico-paciente*, con frustración y enfado por ambas partes. Las relaciones sociales están limitadas por las preocupaciones que el individuo tiene por su enfermedad y por las demandas de tratamiento y consideración especiales. Las relaciones familiares pueden asimismo alterarse, ya que todo se centra en el bienestar del enfermo. A menudo, la preocupación interfiere también con su actividad laboral y lleva a la pérdida de tiempo de trabajo.

Las enfermedades graves, particularmente en la infancia, y los antecedentes de alguna enfermedad en miembros de la familia se asocian a la aparición de hipocondría. Se cree que las situaciones de estrés psicosocial, sobre todo la muerte de alguna persona cercana, pueden precipitar la aparición de este trastorno. Las personas con hipocondría

a menudo presentan también otros trastornos mentales (especialmente trastornos de ansiedad, depresivos y otros trastornos somatomorfos).

Los pacientes depresivos en los que destacan síntomas hipocondríacos tienen peor pronóstico de evolución que aquéllos cuyos síntomas son predominantemente de naturaleza afectiva. Algunos clínicos plantean la hipocondría como un preludio de varias enfermedades mentales. Muchos pacientes diagnosticados de trastorno de somatización han sido con anterioridad diagnosticados de hipocondría. Estos pacientes suelen mostrar rasgos obsesivo-compulsivos, son escrupulosos y obstinados, y con rasgos narcisísticos, son sujetos descritos como egocéntricos, excesivamente preocupados por sí mismos y por su cuerpo, muy sensibles a la crítica. Dan un número de respuestas anatómicas superior a lo normal en el Rorschach.

Diagnóstico diferencial

– **Enfermedades médicas, síntomas somáticos en la infancia y preocupaciones por la salud en la vejez.**

– **Trastorno de ansiedad generalizada:** sólo debe diagnosticarse la hipocondría si el temor a estar enfermo constituye el principal tema de preocupación.

– **Episodio depresivo mayor:** algunas personas pueden presentar una preocupación excesiva por su salud física, pero no se establece el diagnóstico de hipocondría si esta preocupación aparece solamente durante el transcurso del episodio depresivo mayor.

– **Trastorno obsesivo-compulsivo:** las obsesiones o compulsiones no se restringen a preocupaciones por una enfermedad.

– **Trastorno de angustia:** los síntomas de la crisis de angustia, en los que puede aparecer el miedo a morir, desaparecen tras la crisis, y el paciente tras la explicación médica se tranquiliza.

– **Trastorno dismórfico corporal:** la preocupación hace referencia al aspecto físico de la persona.

– **Fobia específica a las enfermedades:** el individuo tiene miedo a contraer a contraer o estar expuesto a alguna enfermedad; en la hipocondría la principal característica es la preocupación de padecerla ya (PIR 00, 74).

– **Trastornos psicóticos:** la convicción de tener una enfermedad alcanza proporciones delirantes (delirios somáticos).

Evaluación y tratamiento

– **Tratamiento de la fobia a la enfermedad. Kellner y Marks** proponen tratar la hipocondría igual que un trastorno fóbico múltiple.

– **House (1989)**: este autor concede mucho interés a las actitudes del paciente. En la evaluación incluye:

- Reconsideración del problema físico.
- Examen de las actitudes del paciente ante la atención médica recibida.

En cuanto al tratamiento, el 50% de los pacientes de su estudio necesitaron medicación por depresión o trastornos de ansiedad, en el tratamiento psicológico se trabaja:

- Identificación de errores atribucionales.
- Confrontación con esos errores.
- Reatribución de la experiencia corporal percibida.

– **Warwick y Salkovskis (1989, 1990)**: plantean una formulación cognitivo-conductual en donde:

- Se enseña al paciente a formular su problema de acuerdo al modelo teórico.
- El paciente debe proceder a identificar sus creencias erróneas y pensamientos automáticos sobre la enfermedad y la salud, se abordan directamente las conductas que pueden estar realizando el paciente y que impiden resolver el problema. Siendo la retirada de la atención, la tranquilización y apoyo por estar enfermo partes importantes del tratamiento.

– **Barsky y cols. (1988)**: ponen el énfasis en los déficits cognitivo-perceptivos que dan lugar a un esquema cognitivo que se autoperpetúa y autovalida, siendo todos los demás rasgos consecuencias de aquellos. Tratamiento grupal breve (6-8 pacientes) Centrado en el aquí y el ahora, directiva, potenciando la posible comprensión dinámica de los orígenes del síndrome. Se trabaja:

- Atención y relajación.
- Pensamientos y reatribución.
- El contexto situacional.
- El papel del estado de ánimo.

– **Modelo de Avia (1993)**:

Evaluación: cuestionario de actitudes (Kellner, 1986), inventario de síntomas físicos del MMPI, evaluación subjetiva del terapeuta sobre el paciente, inventarios de ansiedad y depresión. El paciente ha de realizar el autorregistro

de las señales físicas de malestar y se realiza una línea base de la capacidad del paciente para enfrentarse a sus sensaciones corporales.

Terapia: información precisa sobre el problema y el tratamiento a seguir al paciente y sus familiares, programación de tareas y prohibiciones, exposición in vivo a las sensaciones corporales, entrenamiento en técnicas de manejo de la ansiedad, inundación imaginada e in vivo ante la posibilidad de grave enfermedad o muerte, mejora de la autoestima y entrenamiento en técnicas de aserción, abordaje de áreas conflictivas de la vida del paciente.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos psicológicos de la hipocondría, de las distintas formas de psicoterapia, la **terapia cognitivo-conductual** es la única modalidad que cuenta con investigaciones controladas que avalan sus resultados (PIR 07, 244). Sin embargo, no puede afirmarse que exista un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría bien establecido, ya que se desconocen los principios activos responsables del cambio. Se requiere indagar la suficiencia y necesidad de las distintas técnicas empleadas para provocar cambios terapéuticos. Se requerirían nuevas investigaciones controladas que sometieran a prueba la eficacia diferencial de los distintos grupos de técnicas que se incluyen, a modo de paquete, en los programas estructurados de tratamiento cognitivo-conductual, y que indaguen las posibles interacciones entre las técnicas y las peculiaridades de los pacientes (Pérez y cols., 2003).

4.5. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Descripción del cuadro

Según el **DSM-IV-TR** el trastorno se define como una preocupación excesiva por algún defecto, imaginario o real, en el aspecto físico que causa un malestar significativo y un deterioro en las actividades del sujeto (PIR 06, 121).

Las preocupaciones son por el acné, cicatrices, arrugas, palidez, asimetrías, vello excesivo, forma, tamaño de partes de su cuerpo. Tratan de evitar describir sus defectos y se limitan a hablar de su fealdad debido al malestar que esto les causa. Pasan horas comprobándolos, mostrando conductas de comprobación y aseo, que pueden describirse como rituales para disminuir la ansiedad. La concienciación del defecto percibido es a menudo pobre y algunos individuos pueden presentar ideas delirantes, es decir, están completamente convencidos de que su visión del defecto es exacta y no distorsionada, y no pueden ser convencidos de lo contrario. Puede asociarse al trastorno obsesivo-compulsivo, al depresivo mayor, al trastorno

delirante y a la fobia social. Las variables culturales modulan la intensidad de las preocupaciones.

Aparece definido por primera vez en el **DSM-III** como **dis-morfofobia**; en el **DSM-III-R** (y posteriormente en el **DSM-IV**) se define como **trastorno dismórfico corporal**, debido a que la sintomatología no es propiamente fóbica y no existen conductas de evitación. La **CIE-9** no lo recoge y la **CIE-10** lo incluye dentro de la hipocondría. El **DSM-IV** elimina el criterio excluyente sobre si la preocupación es delirante, que se incluía en el **DSM-III-R** y en la **CIE-10**, pudiendo recibir el diagnóstico adicional de trastorno delirante tipo somático.

Curso y epidemiología

El inicio del trastorno se produce en la adolescencia y edad adulta, en las mujeres suele coincidir también con la menopausia (pudiendo estar asociado a trastornos del estado de ánimo). El inicio puede ser gradual o repentino. Su **curso** suele ser crónico con remisiones, pero casi nunca remite de forma completa. Se puede percibir un defecto, varios, o cambiar unos por otros a lo largo del tiempo. Este trastorno es muy incapacitante, aislándose por vergüenza, son frecuentes los episodios depresivos y las ideas e intentos autolíticos. La **prevalencia** del trastorno dismórfico corporal (DSM-IV-TR, 2000) en la población general se desconoce. En los centros de salud mental, los porcentajes comunicados de trastorno dismórfico corporal en individuos con trastornos de ansiedad o trastornos depresivos oscila entre un 5 y un 40%. En los centros dermatológicos y de cirugía cosmética, los porcentajes de trastorno dismórfico corporal oscilan entre un 6 y un 15%. Se diagnostica aproximadamente con la misma frecuencia en hombres y mujeres.

Diagnóstico diferencial

- **Preocupaciones normales sobre el aspecto físico:** no consumen tiempo excesivo ni originan malestar significativo.
- **Anorexia nerviosa:** se limita a preocupaciones sobre el peso y la forma corporales.
- **Trastorno de la identidad sexual:** existe malestar en torno a la inadecuación de las características sexuales primarias y secundarias.
- **Episodio depresivo mayor:** aparecen pensamientos (congruentes con el estado de ánimo) sobre la apariencia física.
- **Trastorno de la personalidad por evitación, fobia social:** la preocupación por defectos físicos reales no es

habitualmente intensa, persistente, angustiada o incapacitante, ni hace consumir un tiempo excesivo.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** las obsesiones o compulsiones no se limitan exclusivamente a la preocupación por el aspecto físico (**PIR 00, 76**).
- **Trastorno delirante, tipo somático:** los sujetos con trastorno dismórfico corporal pueden recibir este diagnóstico adicional si la preocupación por el defecto imaginario llega a tener una intensidad delirante.
- **Trastorno histriónico y trastorno narcisista de la personalidad:** existe una preocupación por la apariencia que no incluye defectos.
- **Koro:** se diferencia del trastorno dismórfico por su corta duración, por sus síntomas asociados (ansiedad primaria aguda y miedo a la muerte), por una respuesta positiva a las explicaciones racionales y porque a veces se presenta en forma “epidémica”.

Evaluación y tratamiento

Para la **evaluación** de este tipo de cuadros, además de la exploración cuidadosa de los síntomas cara al diagnóstico diferencial, se han diseñado cuestionarios y autoinformes para evaluar la gravedad de las preocupaciones por la imagen corporal, las obsesiones, etc. Así, además de los instrumentos de evaluación que se revisan en otros apartados de estos apuntes para las obsesiones o distorsiones sobre percepción corporal, existen cuestionarios específicos para el trastorno dismórfico corporal como el *Examen del trastorno dismórfico corporal* (BDDE) de **Rosen y Reiten** (1996) o la modificación de la *Escala para las obsesiones-compulsiones de Yale-Brown* realizada por **Phillips** (1993).

Se utilizan también diarios de autorregistro como el utilizado en la depresión (Beck, 1979) para facilitar la reestructuración cognitiva. **Rosen** propone un formato de diario en el que se analiza la experiencia en la secuencia A-B-C (antecedentes-creencias-consecuencias).

Rosen (1998) propone que el objetivo de tratamiento no es conseguir que le agrade su propia apariencia sino que la tolere y elimine las tendencias conductuales derrotistas. Se explica al paciente que la terapia está encaminada a cambiar la imagen corporal, explicando en que consiste este constructo, y no la apariencia. Y de cómo se puede cambiar y sentirse mejor y las repercusiones de ello en las actitudes de los demás hacia su persona. El único estudio controlado de la percepción del tamaño de las zonas del

cuerpo en estos pacientes mostró que éstos eran más precisos al juzgar el tamaño de sus rasgos faciales que pacientes sometidos a rinoplastia y controles normales (Thomas y Goldberg, 1995), sugiriendo que las quejas de los pacientes podrían representar una distorsión de la actitud no de la percepción. Al paciente se le pide que realice un diario en el que elabore la historia del desarrollo de su imagen corporal. Al examinar la historia es útil ayudar a los pacientes a reconocer que sus síntomas no son tan racionales, centrándose la terapia sobre las conductas y actitudes actuales mantenedoras del problema:

- **Lenguaje negativo sobre el cuerpo**, tasas elevadas de lenguaje negativo sobre el cuerpo perpetúan la autoconciencia y las emociones negativas. Se ayuda al paciente a construir descripciones más objetivas de sí mismo, sin carga emocional autocrítica. Se deben evitar las discusiones con el paciente sobre la realidad del defecto y tampoco se ha de empezar con autodescripciones positivas.

- **Suposiciones falsas sobre la apariencia**, Rosen recomienda que el paciente escriba una breve historia del desarrollo de las preocupaciones sobre la apariencia, dividiendo la narración en diferentes apartados, primera infancia (hasta los 7 años), infancia posterior (hasta la pubertad), primera adolescencia, fin adolescencia, edad adulta y momento presente. Sobre el diario y los autorregistros se realiza la reestructuración cognitiva, ayudando a buscar evidencias a favor o en contra de su defecto, etc y se le ayuda desarrollar autoverbalizaciones alternativas que reflejaran la situación de su imagen corporal de una manera más precisa. Se cambia el diario de un formato A-B-C a un A-B-C-D-E, en donde D hace referencia al debate de los pensamientos para corregir las creencias y dar una alternativa a su conducta disfuncional y E se avalúan los efectos del pensamiento corrector.

- **Conductas de evitación**. Se realiza una exposición gradual, comenzando por la contemplación del cuerpo (sobre el que se realiza una jerarquía), en la intimidad y sin supervisión. Primero vestido y luego desnudo, debería estar contemplando esa parte corporal al menos un minuto o dos hasta que sea capaz de hacerlo sin malestar significativo. Hay autores que prefieren usar DS y otros exposición.

- **Continuo chequeo corporal y búsqueda de palabras tranquilizadoras**. Se emplean técnicas de autocontrol, así como de exposición y prevención de respuesta (PIR 08, 150). Se les ayuda a aceptar cumplidos, de los que normalmente hacen caso omiso, y a evitar las comparaciones excesivas. Al mismo tiempo se entrena a los pacientes que lo necesitan, dado los defectos reales en su apariencia, a

generar respuestas de afrontamiento conductuales en situaciones de estigma social.

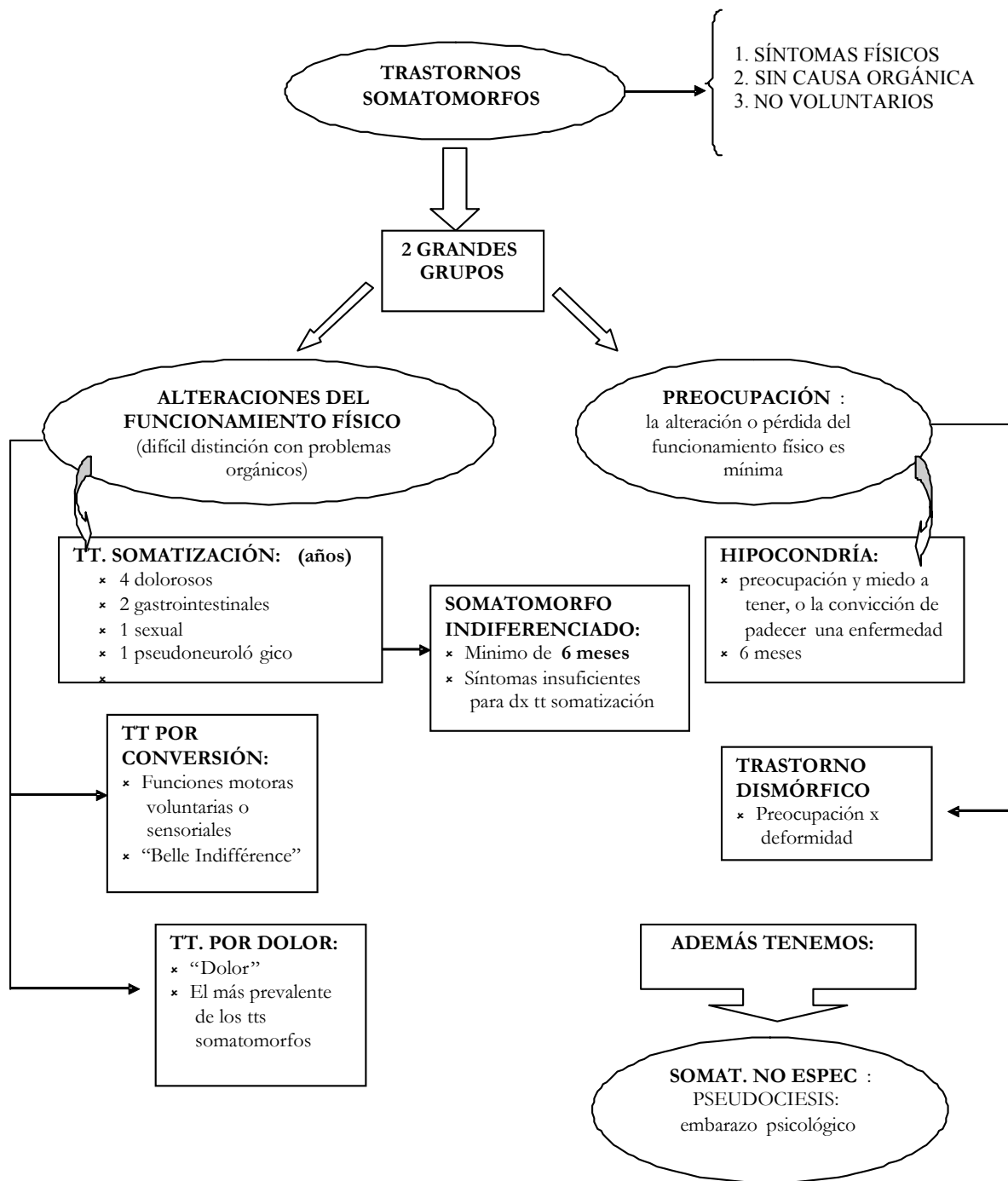
4.6. TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO

Es una categoría residual, los trastornos aquí recogidos están caracterizados por la presencia de síntomas somáticos pero que no llegan a cumplir los criterios de los otros trastornos somatomorfos antes descritos. Se diferencia del trastorno somatomorfo indiferenciado en que no tiene una duración mínima. Ya en el **DSM-III** se incluía el trastorno somatomorfo atípico, poniendo como ejemplo la dismorfofobia. En el **DSM-III-R** se renombra y se redefine, especificando la necesidad de que aparezcan síntomas somatomorfos, que no se especificaba en la **DSM-III**. El **DSM-IV** recoge como ejemplos la pseudociesis, un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración, y un trastorno con síntomas físicos no explicados de menos de 6 meses de duración.

La **pseudociesis** (PIR 03, 178) es la creencia errónea de estar embarazada, existiendo signos objetivos de embarazo como amenorrea, aumento de la cavidad abdominal (sin protusión umbilical), reducido flujo menstrual, náuseas, sensación subjetiva de movimientos fetales, secreciones mamarias y dolores cuando se piensa que se va a producir el parto. Su etiología presumible sería una ambivalencia frente al embarazo, resolviendo el conflicto de forma somática y obteniendo ganancias secundarias.

Otro ejemplo, incluido en el **DSM-II**, en la **CIE-9** y en la **CIE-10**, sería lo que tradicionalmente se ha venido en llamar **neurastenia**: molestias por fatiga o debilidad corporal o mental, al realizar algún esfuerzo, por mínimo que sea, bajando el rendimiento en el trabajo, y sintiendo dolores musculares, incapacidad para relajarse, vértigo, cefaleas tensionales, sensación de inestabilidad general. Suele haber también preocupación por la falta de bienestar mental y físico, irritabilidad, anhedonia, y también pueden darse estados de ánimo ansioso-depresivos.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



Nota: No incluimos de la página 29 a la 110, correspondientes a los temas 11, 12, 13, 14 y 15.

PREGUNTAS PIR**TEMA 10**

| Apartado del tema | (Año) N° pregunta |
|--|--|
| <i>General</i> | (97) 138 |
| <i>Dismórfico corporal</i> | (97) 139, 178 |
| <i>Trastorno de conversión</i> | (96) 132, 143, 169 (97) 140, 145 (98) 121, 136 |
| <i>Hipocondría</i> | (93) 128, 130, 134 (96) 140, 201, 202, 203 (97) 141, 237, 256 (00) 74 |
| <i>Trastorno vegetativo somatomorfo (CIE-10)</i> | (97) 255 |
| <i>Trastorno por dolor</i> | (96) 142, 144 |
| <i>Trastorno somatización</i> | (96) 140 (98) 135 (00) 67 (03) 177 |
| <i>"Belle indifferencé"</i> | (00) 75 |
| <i>Pseudoceisis (criterios)</i> | (03) 178 |
| <i>Modelo de Warwick y Salkovskis</i> | (04) 155 |
| <i>Trastorno por conversión</i> | (05) 218 |
| <i>Trastorno por somatización</i> | (06) 117 |
| <i>Trastorno dismórfico corporal</i> | (06) 121 |
| <i>Trastorno de conversión</i> | (07) 193 (08) 11 |
| <i>"Belle Indifference"</i> | (07) 77, 194 (08) 15 |
| <i>Hipocondría</i> | (07) 238, 244 (08) 130 |
| <i>General</i> | (08) 16 |
| <i>Trastorno Dismórfico Corporal</i> | (08) 150 |

No están incluidas las preguntas de la Convocatoria 2009, se editará el examen con todas las respuestas comentadas como actualización a los libros de recopilación de Exámenes PIR.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.). (2002). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV-TR)**. Barcelona: Masson S.A.

El DSM-IV-TR engloba todos los trastornos mentales, recogidos por la Asociación Americana de Psiquiatría. Los criterios diagnósticos de este manual para cada enfermedad mental son de referencia de cara al examen, y uno de los aspectos fundamentales a conocer dentro del área de Psicología Clínica. Dentro de este bloque de temas, todos aparecen en el Eje I de este manual, excepto el Estrés, que no es recogido como una enfermedad mental, y únicamente se hace mención al mismo dentro del apéndice "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", como "Factores psicológicos que afectan al estado físico".

BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008). **Manual de psicopatología Vol. I (edición revisada)**. Madrid: McGraw-Hill.

Magnífico manual, dividido en dos volúmenes pretende aunar las descripciones clínicas con los datos más relevantes que nos proporcionan las investigaciones actuales y, con las teorías, hipótesis y modelos explicativos que los sustentan. Cuenta con un amplio número de destacados colaboradores, todos ellos expertos investigadores y/o profesionales del campo de la Psicopatología y Psicología Clínica. En este primer volumen, los autores dedican el tercer y último bloque del manual a tratar los "Trastornos asociados a necesidades biológicas", donde están englobados los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.

BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008). **Manual de psicopatología Vol. II (edición revisada)**. Madrid: McGraw-Hill.

En este segundo volumen es en el que se concentran la mayoría de temas relacionados con la Psicología Clínica, incluyendo tres de las patologías tratadas en este bloque: Trastornos Somatomorfos, Trastornos Disociativos y Estrés. Ambos volúmenes son de referencia de cara al examen, tanto por la amplitud y claridad de contenidos, como por ser uno de los manuales más preguntados en las distintas convocatorias del examen, en ocasiones de forma literal.

CÁCERES, J. (2001). **Parafilias y violación**. Madrid: editorial Síntesis.

Manual muy práctico y no muy extenso, sobre la descripción, evaluación y tratamiento de las parafilias, desde una perspectiva cognitivo-conductual. Los modelos explicativos que incluye complementan bien a los incluidos en el Manual de Psicopatología, volumen I (Belloch y cols., 2008). Lo más destacable de este libro son los capítulos dedicados a la evaluación y tratamiento de las parafilias.

FERNÁNDEZ, A.F.; TURÓN, G.V. (1998). **Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia**. Barcelona: Masson, S.A.

Manual breve sobre los trastornos de la conducta alimentaria, pero que abarca prácticamente todas las áreas fundamentales de estos trastornos (aspectos clínicos, evaluación y tratamiento de Anorexia y Bulimia Nerviosas). De especial interés de cara al examen es el capítulo dedicado a la evaluación de los TCA, aspecto no incluido en el manual anterior (Belloch y cols.), y en el que se comentan de forma detallada los diferentes cuestionarios utilizados en la evaluación de estos trastornos.

MARINO, P.A.; FERNÁNDEZ, J.R.; FERNÁNDEZ, C. y AMIGO, I. (2003). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces I**. Madrid: Editorial Pirámide.

En esta obra, indispensable para psicólogos, médicos de familia, psiquiatras o estudiantes, y para todos aquellos interesados en la utilidad de los tratamientos psicológicos y en las estrategias más adecuadas para tratar un gran número de problemas psicológicos según la investigación empírica más actual, se recoge una singular, extensa, ordenada y rigurosa revisión de la investigación realizada hasta hoy sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos. Es una obra singular por ser la única publicación en español con sus contenidos, y sólo existen algunas referencias comparables en inglés. En los tres volúmenes que la componen se hace un recorrido por los trastornos más importantes, tanto psicológicos como físicos, en los que los tratamientos psicológicos han mostrado algún grado de utilidad o, incluso, en algunos casos, se han demostrado esenciales y sin alternativas válidas. El orden de la exposición se ha realizado según unos criterios comunes para enjuiciar la eficacia de los tratamientos, de acuerdo con las pautas marcadas previamente por los editores. Es destacable el rigor con el que se aborda la evaluación de la eficacia de los tratamientos. Este primer volumen está dedicado al ámbito de la psicopatología adulta y en él se revisan los tratamientos psicológicos eficaces en múltiples patologías, destacando los capítulos dedicados a la hipo-

condría (incluidos en el Tema 10 de este bloque: Trastornos Somatomorfos). A los trastornos de la conducta alimentaria (Tema 14 de este bloque), y a las disfunciones sexuales (incluidas en el Tema 15 de este bloque: Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.). (1992). **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)**. Madrid: Forma, S.A.

Al igual que DSM-IV-TR, la CIE-10 es un manual diagnóstico de gran relevancia de cara al examen. Aunque una mayor proporción de preguntas hacen referencia al manual americano, los criterios recogidos por CIE-10 han sido también objeto de preguntas en distintas convocatorias, en muchas ocasiones en relación con la clasificación americana (semejanzas y diferencia entre ambos, en cuanto a criterios diagnósticos y términos empleados).

SANDÍN, B. (2003). **El estrés psicosocial**. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Este manual complementa al capítulo del mismo autor dentro del Manual de Psicopatología, volumen II (Belloch y cols., 2008). Recoge el modelo procesual del estrés (que se trata en el tema 13), junto con conceptos generales sobre estrés y salud, así como las manifestaciones del estrés psicosocial (sucesos vitales estresantes, estrés diario y estrés crónico). Incluye también un capítulo de lecturas adicionales sobre aspectos particulares relacionados con el estrés, de menos relevancia para el examen (inmigración, cuestionarios de evaluación, estrés y adolescencia).