

# **PSICOLOGÍA CLÍNICA I**

*Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.*

**ISBN:** 978-84-945721-2-8

© José Luis Fernández Fernández

© Este material es único y exclusivo de (PIRES)

Mayo 2019

# ÍNDICE

## TEMA 1. DELIRIUM Y DEMENCIA

1. DELIRIUM .....	13
1. 1. Introducción .....	13
1. 2. Descripción y características .....	14
1. 3. Criterios diagnósticos .....	20
1. 4. Epidemiología .....	23
1. 5. Diagnóstico diferencial .....	24
1. 6. Etiología .....	25
1. 7. Prevención y tratamiento .....	26
2. DEMENCIA .....	27
2. 1. Introducción .....	27
2. 2. Delimitación conceptual y criterios clínicos .....	27
2. 3. Demencia y vejez .....	30
2. 4. Clasificación .....	32
2. 4. 1. Clasificaciones etiológicas .....	32
2. 4. 2. Clasificación clínico - anatómica .....	33
2. 4. 3. Clasificación clínica .....	33
2. 5. Descripción y clasificación de las diferentes demencias .....	34
2. 5. 1. Demencias corticales .....	34
2. 5. 2. Demencias subcorticales .....	47
2. 5. 3. Demencias axiales .....	51
2. 5. 4. Demencias globales .....	51
2. 5. 5. Otros tipos de demencias .....	53
2. 6. Prevalencia de la demencia .....	55
2. 7. Diagnóstico diferencial .....	56
2. 8. Evaluación .....	59
2. 9. Tratamiento de las demencias .....	60
2. 9. 1. Tratamiento psicológico .....	60
2. 9. 2. Tratamiento farmacológico .....	63

## TEMA 2. TRASTORNOS AMNÉSICOS Y TRASTORNOS DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA

1. TRASTORNOS AMNÉSICOS .....	65
1. 1. Introducción .....	65
1. 2. Descripción y criterios diagnósticos .....	65
1. 3. Clasificación .....	66
1. 3. 1. Amnesias transitorias .....	67
1. 3. 2. Amnesias persistentes .....	68
2. TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA .....	70
2. 1. Introducción .....	70
2. 2. Clasificación .....	70

## TEMA 3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

1. CONSIDERACIONES DE LA DROGA DESDE LA PRESUNTA RESPONSABILIDAD DEL SUJETO TOXICÓMANO (CONCEPCIONES SOCIALES MÁS COMUNES) .....	85
2. BREVE REPASO A LOS DIFERENTES GRUPOS DE DROGAS .....	85
3. EPIDEMIOLOGÍA .....	86
4. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN EL DSM-IV-TR Y DSM-5 .....	87
5. CONCEPTOS BÁSICOS .....	90
5. 1. Uso, abuso y dependencia .....	90
5. 2. Adicción y conducta adictiva .....	93

5. 3. Vías de administración de las drogas .....	93
5. 4. Tolerancia .....	93
5. 5. Síndrome de abstinencia .....	94
5. 6. Intoxicación .....	95
5. 7. Politoxicomanía o poliadicción .....	95
5. 8. Trastorno dual .....	95
6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS .....	96
6. 1. Nicotina .....	96
6. 2. Cafeína .....	98
6. 3. Cannabis .....	98
6. 4. Opiáceos .....	101
6. 5. Cocaína .....	104
6. 6. Alucinógenos .....	105
6. 7. Anfetaminas o sustancias de acción similar .....	110
6. 8. Fenciclidina (PCP) y sustancias de acción similar .....	111
6. 9. Inhalantes .....	112
6. 10. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	113
6. 11. Alcoholismo .....	116
6. 11. 1. Farmacología del alcohol .....	116
6. 11. 2. Causas del alcoholismo .....	117
6. 11. 3. Desarrollo y curso evolutivo del alcoholismo .....	118
6. 11. 4. Patrones de uso del alcohol .....	118
6. 11. 5. Trastornos por abuso y dependencia del alcohol .....	121
7. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS .....	126
7. 1. Modelo moral y modelo biológico .....	126
7. 2. Hipótesis de la automedicación .....	126
7. 3. Teoría del aprendizaje .....	127
7. 3. 1. Condicionamiento clásico .....	127
7. 3. 2. Condicionamiento operante .....	128
7. 3. 3. Teoría del aprendizaje social .....	129
7. 3. 4. Modelo social .....	129
8. TRATAMIENTOS .....	130
8. 1. Modelo general en el proceso de tratamiento de las adicciones .....	132
8. 1. 1. El modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente .....	132
8. 1. 2. Objetivos a conseguir en el tratamiento de cualquier conducta adictiva .....	132
8. 1. 3. Incremento de la motivación para el cambio .....	134
8. 1. 4. Prevención de recaídas .....	135
8. 2. Tratamiento de la adicción al alcohol .....	136
8. 2. 1. Tratamientos orientados a la abstinencia .....	136
8. 2. 2. Programas de beber controlado .....	140
8. 3. Tratamiento del tabaquismo .....	140
8. 3. 1. Tratamientos médicos farmacológicos .....	140
8. 3. 2. Tratamientos psicológicos .....	141
8. 3. 3. Tratamiento del tabaquismo en contextos naturales .....	145
8. 4. Tratamiento de la adicción a la cocaína .....	146
8. 4. 1. Programa de reforzamiento comunitario + Terapia incentivo (CRA + Vouchers) .....	146
8. 5. Tratamiento de la adicción a la heroína .....	146
8. 5. 1. Fármacos .....	147
8. 5. 2. Tratamientos conductuales .....	147

## TEMA 4. LA ESQUIZOFRENIA

1. INTRODUCCIÓN .....	149
2. HISTORIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA .....	149
2. 1. La "dementia praecox" de Kraepelin .....	149
2. 2. Bleuler: el grupo de las esquizofrenias .....	150
2. 3. Influencias desde la investigación .....	150

2. 4. Manuales diagnósticos .....	151
3. PREVALENCIA .....	154
4. CURSO .....	154
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	156
6. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA .....	157
6. 1. Introducción.....	157
6. 2. Subtipos según el DSM – IV y revisión posterior.....	158
6. 2. 1. Tipo paranoide.....	158
6. 2. 2. Tipo desorganizado (en la CIE – 10 esquizofrenia hebefrénica) .....	158
6. 2. 3. Tipo catatónico .....	158
6. 2. 4. Tipo indiferenciado.....	160
6. 2. 5. Tipo residual .....	160
7. ESQUIZOFRENIA POSITIVA VS. ESQUIZOFRENIA NEGATIVA.....	160
7. 1. Origen del concepto.....	160
7. 2. La tipología de Crow .....	161
7. 3. Modelos dimensionales de síntomas positivos y negativos.....	162
7. 4. Principales síntomas positivos y negativos asociados a la esquizofrenia .....	163
8. MODELOS TEÓRICOS.....	167
8. 1. Teorías psicológicas .....	167
8. 1. 1. La investigación psicológica en esquizofrenia .....	167
8. 1. 2. Estudios sobre alteraciones del procesamiento de la información en la esquizofrenia.....	167
8. 1. 3. El modelo de vulnerabilidad - estrés .....	169
8. 1. 4. Teorías sistémicas .....	170
8. 2. Hipótesis biológicas .....	170
8. 2. 1. La genética en la esquizofrenia.....	170
8. 2. 2. Neurotransmisores y esquizofrenia.....	171
8. 2. 3. Neurodesarrollo y esquizofrenia .....	173
8. 2. 4. Alteraciones cerebrales .....	174
8. 2. 5. Esquizofrenia, neurovirus y sistema inmunitario.....	175
9. EVALUACIÓN .....	177
10. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA .....	179
10. 1. Paquetes integrados multimodales (IPT).....	180
10. 2. Entrenamiento en habilidades sociales .....	181
10. 3. Intervenciones familiares psicoeducativas .....	183
10. 4. Intervenciones cognitivo-conductuales para los delirios y alucinaciones.....	187
10. 5. Rehabilitación cognitiva .....	192
10. 6. Farmacoterapia .....	193

## TEMA 5. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME.....	195
1. 1. Descripción .....	195
1. 2. Clasificación .....	195
1. 3. Prevalencia y curso .....	195
1. 4. Diagnóstico diferencial .....	196
1. 5. Criterios diagnósticos .....	197
2. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO .....	198
2. 1. Descripción y características .....	198
2. 2. Prevalencia y curso .....	198
2. 3. Diagnóstico diferencial .....	199
2. 4. Criterios diagnósticos .....	200
3. TRASTORNO DELIRANTE.....	201
3. 1. Descripción y características .....	201
3. 2. Prevalencia y curso .....	202
3. 3. Diagnóstico diferencial .....	202
3. 4. Criterios diagnósticos .....	204
4. TRASTORNO PSICÓTICO BREVE.....	205
4. 1. Descripción y características .....	205

4. 2. Prevalencia y curso.....	205
4. 3. Diagnóstico diferencial.....	206
4. 4. Criterios diagnósticos.....	207
5. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (FOLIE À DEUX).....	208
5. 1. Descripción y características.....	208
5. 2. Prevalencia y curso.....	208
5. 3. Diagnóstico diferencial.....	208
5. 4. Criterios diagnósticos.....	209
6. TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA.....	209
7. TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS.....	209

## TEMA 6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

1. INTRODUCCIÓN.....	213
2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	213
2. 1. Endógena – reactiva.....	213
2. 2. Psicótica – neurótica.....	214
2. 3. Unipolar – bipolar.....	214
2. 4. Primaria – secundaria.....	214
2. 5. Clasificación del DSM-IV y DSM-5.....	215
2. 6. Clasificación de la CIE – 10.....	219
3. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	219
3. 1. Los síntomas depresivos.....	219
3. 2. Clasificación y cuadro clínico de los trastornos depresivos.....	220
3. 2. 1. <i>Episodio depresivo mayor</i> .....	220
3. 2. 2. <i>Trastorno depresivo mayor</i> .....	226
3. 2. 3. <i>Distimia</i> .....	234
3. 2. 4. <i>Trastorno depresivo no especificado</i> .....	238
3. 2. 5. <i>Otros trastornos depresivos propuestos por el DSM-5</i> .....	238
3. 3. Diagnóstico diferencial.....	244
3. 4. Complicaciones.....	247
4. TRASTORNOS BIPOLARES.....	247
4. 1. Síntomas en la manía.....	247
4. 2. Clasificación y cuadro clínico.....	248
4. 2. 1. <i>Aspectos generales</i> .....	248
4. 2. 2. <i>Trastornos bipolares I y II</i> .....	249
4. 3. Ciclotimia.....	255
5. 1. Teorías psicodinámicas.....	259
5. 2. Teorías conductuales.....	260
5. 2. 1. <i>Teoría de Ferster</i> .....	260
5. 2. 2. <i>Teoría de Lewinsohn</i> .....	261
5. 2. 3. <i>Teoría de Costello</i> .....	261
5. 3. Teorías cognitivas.....	262
5. 3. 1. <i>Teorías del procesamiento de la información</i> .....	262
5. 3. 2. <i>Teorías cognitivo – sociales</i> .....	265
5. 3. 3. <i>Teorías conductuales – cognitivas</i> .....	267
5. 4. Teorías interpersonales.....	269
5. 4. 1. <i>Teoría de James Coyne</i> .....	269
5. 4. 2. <i>Teoría de Ian Gotlib</i> .....	269
6. TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES.....	269
6. 1. Teoría bipolar de Freud.....	270
6. 2. Teoría de Bertram Lewin.....	270
6. 3. Modelo de Dov Aleksandrowicz.....	270
6. 4. Teoría de Beck sobre los estados emocionales de manía.....	270
7. MODELOS EXPLICATIVOS BIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN.....	270
8. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	272
8. 1. Evaluación de la depresión.....	272
8. 2. Tratamiento de la depresión.....	274

8. 3. Tratamiento de los trastornos bipolares .....	278
---	-----

## TEMA 7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (I)

1. INTRODUCCIÓN .....	281
2. CONCEPTOS .....	281
3. COMPONENTES DE LA ANSIEDAD .....	282
4. NEUROSIS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	283
5. EL DSM-III Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	285
6. EL DSM-III-R, DSM-IV Y DSM-5 .....	286
7. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	289
8. COMORBILIDAD ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN .....	290
9. TEORÍAS SOBRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	291
9. 1. <i>Teoría Freudiana</i> .....	291
9. 2. <i>Teorías del aprendizaje</i> .....	291
9. 2. 1. Condicionamiento clásico .....	291
9. 2. 2. Condicionamiento clásico y operante: modelo bifactorial .....	291
9. 2. 3. Alternativas teóricas al modelo bifactorial .....	292
9. 3. <i>Teoría de la preparación</i> .....	294
9. 3. 1. Preparación y fobias .....	294
9. 3. 2. Estudios experimentales .....	296
9. 3. 3. Alternativas al concepto de preparación .....	296
9. 4. <i>Teoría de la incubación de la ansiedad</i> .....	297
9. 4. 1. Descripción del modelo .....	297
9. 4. 2. Concepto de punto crítico .....	298
9. 4. 3. Apoyo empírico al modelo de incubación .....	298
9. 4. 4. Alternativas al modelo de incubación .....	299
9. 5. <i>Condicionamiento y procesos cognitivos</i> .....	300
9. 5. 1. Adquisición de las fobias .....	300
9. 5. 2. Modelos cognitivos de aprendizaje .....	300
9. 5. 3. Modelo de expectativa de la ansiedad .....	301
9. 5. 4. Reevaluación del estímulo incondicionado (EI) .....	302
9. 5. 5. Sensibilidad a la ansiedad y sensibilidad al asco .....	302
9. 6. <i>Ansiedad y procesamiento de la información</i> .....	303
9. 6. 1. Procesamiento bioinformacional .....	303
9. 6. 2. Sesgos cognitivos y ansiedad .....	304
9. 6. 3. Ansiedad y atención selectiva: procesamiento automático y estratégico .....	304
9. 7. <i>Biología de la ansiedad</i> .....	306
9. 7. 1. Predisposición hacia los trastornos de ansiedad .....	306
9. 7. 2. Aspectos psicofisiológicos .....	307
9. 7. 3. Bioquímica y neurobiología en los trastornos de ansiedad .....	308
9. 8. <i>Etiología del miedo fóbico</i> .....	310
9. 9. <i>Aspectos etiológicos específicos sobre algunos síndromes de ansiedad</i> .....	311

## TEMA 8. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (II)

1. TRASTORNO DEL PÁNICO .....	313
1. 1. Introducción .....	313
1. 2. Ataque de pánico .....	313
1. 3. Tipos de ataque de pánico .....	315
1. 4. Delimitación diagnóstica .....	316
1. 5. Continuidad vs. discontinuidad .....	322
1. 6. Pánico sin agorafobia y con agorafobia .....	323
2. TRASTORNOS FÓBICOS .....	328
3. AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO .....	329

4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PÁNICO Y AGORAFOBIA .....	330
4. 1. Orientaciones generales para la evaluación.....	330
4. 1. 1. <i>Diagnóstico y comorbilidad</i> .....	330
4. 1. 2. <i>Análisis conductual del pánico y la agorafobia</i> .....	330
4. 1. 3. <i>Cuestionarios y auto-informes</i> .....	330
4. 1. 4 <i>Auto-registros</i> .....	331
4. 2. Tratamiento del pánico y agorafobia .....	332
4. 2. 1. <i>Programa de tratamiento del control del pánico (Barlow)</i> .....	332
4. 2. 2. <i>Terapia cognitiva de Clark</i> .....	333
4. 2. 3. <i>Terapia cognitivo-conductual</i> .....	333
4. 2. 4. <i>Otros tratamientos</i> .....	335
5. FOBIA ESPECÍFICA .....	336
5. 1. Descripción clínica, criterios diagnósticos, epidemiología y etiología de las fobias específicas .....	336
5. 2. Evaluación de las fobias específicas .....	341
5. 3. Tratamiento de las fobias específicas .....	343
6. FOBIA SOCIAL .....	345
6. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos .....	345
6. 2. Evaluación de la fobia social.....	351
6. 3. Tratamiento de la fobia social .....	353
7. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA .....	355
7. 1. Descripción clínica, criterios diagnósticos y epidemiología .....	355
7. 2. Evaluación de la ansiedad generalizada .....	360
7. 3. Tratamiento de la ansiedad generalizada .....	362
8. TRASTORNOS ASOCIADOS A FACTORES ORGÁNICOS .....	371
9. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	373
9. 1. Edades de comienzo.....	373
9. 2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad.....	374
9. 3. Factores sociodemográficos.....	375
10. INTERVENCIONES PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL.....	376

## TEMA 9. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	379
1. 1. <i>Introducción</i> .....	379
1. 2. <i>Criterios diagnósticos y grupos de población afectados</i> .....	379
1. 3. <i>Ubicación nosológica del trastorno</i> .....	390
1. 3. 1. TEPT como trastorno de ansiedad.....	390
1. 3. 2. TEPT y los trastornos disociativos.....	391
1. 4. <i>Tipos del TEPT</i> .....	391
1. 5. <i>Comorbilidad del TEPT</i> .....	398
1. 6. <i>Etiología del TEPT</i> .....	398
1. 6. 1. Modelos de condicionamiento .....	398
1. 6. 2. Teoría de la indefensión aprendida y de la evaluación cognitiva.....	399
1. 6. 3. Teoría del procesamiento de información (PI) .....	400
1. 7. <i>Factores predictivos del TEPT en víctimas de agresiones sexuales</i> .....	401
1. 8. <i>Evaluación del TEPT</i> .....	402
1. 9. <i>Tratamiento</i> .....	404
2. TRASTONO OBSESIVO-COMPULSIVO .....	412
2. 1. <i>Delimitación conceptual</i> .....	413
2. 2. <i>Criterios diagnósticos</i> .....	413
2. 3. <i>Relación funcional entre obsesiones y compulsiones</i> .....	425
2. 4. <i>Clasificaciones del TOC</i> .....	426
2. 5. <i>Epidemiología</i> .....	428
2. 6. <i>Relación con otros trastornos</i> .....	429
2. 7. <i>Modelos explicativos del TOC</i> .....	429
2. 7. 1. Modelo psicodinámico .....	429
2. 7. 2. Modelos conductuales.....	430



2. 7. 3. Modelos cognitivos.....	430
2. 7. 4. Modelos biológicos.....	434
2. 8. Evaluación del TOC.....	436
2. 9. Tratamiento del TOC.....	438

## TEMA 10. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. PRIMERAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES.....	447
2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS (SOMATOFORMES) DSM-IV-TR y DSM-5.....	447
2. 1. Trastorno de somatización.....	448
2. 1. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos.....	448
2. 1. 2. Curso y epidemiología.....	451
2. 1. 3. Tratamiento.....	453
2. 2. Trastorno somatomorfo indiferenciado.....	453
2. 2. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos.....	453
2. 2. 2. Curso y epidemiología.....	454
2. 3. Hipocondría.....	454
2. 3. 1. Evolución del concepto, descripción clínica y problemas asociados.....	454
2. 3. 2. Curso y epidemiología.....	458
2. 3. 3. Modelos explicativos.....	458
2. 3. 4. Tratamiento.....	463
2. 4. Trastorno de conversión.....	464
2. 4. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos.....	464
2. 4. 2. Curso y epidemiología.....	466
2. 4. 3. Características y explicaciones teóricas.....	468
2. 4. 4. Tratamiento.....	469
2. 5. Trastorno dismórfico corporal.....	469
2. 5. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos.....	469
2. 5. 2. Curso y epidemiología.....	470
2. 5. 3. Evaluación y Tratamiento.....	471
2. 6. Trastorno por dolor (antes dolor somatoforme).....	471
2. 6. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos.....	471
2. 6. 2. Curso y epidemiología.....	472
2. 6. 3. Evaluación y tratamiento.....	472
2. 7. Trastorno somatomorfo no especificado.....	475
3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS SEGÚN LA CIE – 10.....	477
3. 1. Descripción clínica y clasificación.....	477
3. 2. Criterios diagnósticos de la CIE – 10.....	478
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	481
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	484

**TEMA  
10**
**TRASTORNOS SOMATOMORFOS**
**1. PRIMERAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES**

Lo que hoy entendemos por desórdenes somatomorfos, **provienen** de un conjunto de trastornos derivados del concepto de **neurosis histérica**. La incorporación del término histeria al ámbito de la Psicopatología obedece en gran medida a los trabajos efectuados en la escuela francesa por Charcot y Janet y, sobre todo, a la influencia de la escuela psicoanalítica de Freud.

- ⇒ En el DSM-II (1968), el grupo de neurosis histérica se categorizó a través de dos tipos de trastornos: el tipo de conversión y el tipo disociativo. Por su parte, la hipocondría se consideró una categoría de neurosis independiente de las neurosis histéricas.
- ⇒ En el DSM-III **se abandona el término de histeria**, sustituyéndose los dos subtipos anteriores por trastornos somatoformes y disociativos.
- ⇒ En el DSM-III-R la clasificación ha permanecido prácticamente inalterable, con la excepción de que el trastorno dismórfico (dismorfofobia) se incluye como una nueva categoría específica.

**2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS (SOMATOFORMES) DSM-IV-TR y DSM-5**
*Clasificación del DSM-IV-TR*

<b>TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN</b>	<i>Anteriormente histeria o síndrome de Briquet (Pregunta PIR) es un trastorno polisintomático que se inicia <b>antes de los 30 años</b>, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.</i>
<b>TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO</b>	<i>Se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten <b>al menos 6 meses</b> y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.</i>
<b>TRASTORNO DE CONVERSIÓN</b>	<i>Consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.</i>
<b>TRASTORNO POR DOLOR</b>	<i>Consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia (Pregunta PIR).</i>
<b>HIPOCONDRÍA</b>	<i>Preocupación miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales (Pregunta PIR).</i>
<b>TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL</b>	<i>Preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.</i>

El **DSM-IV-TR**, estima que la característica común del grupo de los trastornos somatoformes, es la **presencia de síntomas físicos** que sugieren una condición médica general, pero **que no son explicados completamente por una condición médica general, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (Pregunta PIR)**.

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

El **DSM-5** agrupa en el capítulo “**Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados**” a algunos de los diferentes trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR.

<b>TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DSM-5)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno de síntomas somáticos.</li> <li>▪ Trastorno de ansiedad por enfermedad.</li> <li>▪ Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).</li> <li>▪ Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.</li> <li>▪ Trastorno facticio.</li> <li>▪ Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.</li> <li>▪ Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.</li> </ul>

Las principales **diferencias encontradas en el DSM-5** con respecto a su antecesor, aparte del nombre de la categoría, son:

- “**Trastorno de síntomas somáticos**”: incluye el “Trastorno de somatización”, “Trastorno somatomorfo indiferenciado” y el “Trastorno por dolor” del DSM-IV-TR.
- La hipocondría es sustituida por el “**Trastorno de ansiedad por enfermedad**”.
- El DSM-5 incluye en este grupo a los “**Trastornos facticios**”, en cambio, en el DSM-IV-TR configura una categoría propia con el nombre de “Trastornos facticios”.

## 2. 1. Trastorno de somatización

### 2. 1. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos

- Este trastorno junto con la hipocondría ha recibido mayor atención que lo restantes trastornos somatoformes.
- **Descrito por primera vez por Briquet (1859) como una forma de histeria.**
- **DSM-II:** síndrome de Briquet: característica principal consistía en quejas polisintomáticas: vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, de peso, dismenorrea e indiferencia sexual.
- **DSM-III:** el síndrome de Briquet se incorpora como trastorno por somatización: desorden crónico que implica el desarrollo de frecuentes, múltiples, y recurrentes quejas somáticas, que suelen iniciarse antes de los 30 años, y que ocurren prioritariamente en la mujer (37 síntomas).
- Los síntomas gastrointestinales, de dolor, cardiopulmonares, de conversión o pseudoneurológicos, sexuales y síntomas relativos al aparato reproductor femenino, conforman los problemas más representativos vinculados con los trastornos por somatización.
- **El DSM-IV y DSM-IV-TR:** mantienen los mismos grupos de síntomas del DSM-III, excepto los síntomas cardiopulmonares.
- **Este tipo de pacientes reciben a menudo operaciones quirúrgicas innecesarias.** El número de intervenciones quirúrgicas en éste tipo de pacientes es 5 veces mayor que en los pacientes normales. La mayoría localizadas en las regiones abdominal y uterina. El desorden por somatización es más común en la mujer que en el varón, en contraste con la hipocondría.
- **Cambios con respecto al DSM-III-R:** En el DSM-IV y actual DSM-IV-TR se ha **eliminado** de la definición **la creencia de estar enfermo** y la lista de 35 ítems ha sido simplificada en **cuatro categorías de síntomas físicos (Pregunta PIR):**

1. Síntomas de dolor.
2. Síntomas gastrointestinales.
3. Síntoma sexual.
4. Síntoma pseudoneurológico.

**Por tanto:** El requisito de al menos 13 síntomas somáticos exigidos por el DSM-III-R, queda reducido a **8** en el **DSM-IV**.

- **Elimina** la nota relativa a 7 síntomas cuya presencia era indicadora de gran probabilidad de que existiese el trastorno, y la indicación de que los síntomas no ocurriesen exclusivamente durante las crisis de angustia.
- **Añade** que la producción de los síntomas no esté bajo control voluntario del sujeto.

#### Criterios para el diagnóstico de Trastorno de somatización (DSM-IV-TR)

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza **antes de los 30 años**, persiste durante **varios años** y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración (**Pregunta PIR**):
  1. **Cuatro síntomas dolorosos:** historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).
  2. **Dos síntomas gastrointestinales (Pregunta PIR):** historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
  3. **Un síntoma sexual:** historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
  4. **Un síntoma pseudoneurológico:** historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).
- C. Cualquiera de las dos características siguientes:
  1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos).
  2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Como se ha dicho anteriormente, en el **DSM-5** este trastorno junto al “Trastorno somatomorfo indiferenciado” y el “Trastorno por dolor”, abarca lo que sería el “Trastorno de síntomas somáticos”.

### Trastorno de síntomas somáticos (DSM-5)

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
  1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
  2. Grado persistente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
  3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses).

**Especificar si:**

- **Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso):** este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

**Especificar si:**

- **Persistente:** un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de 6 meses).

**Especificar la gravedad actual:**

- **Leve:** solo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
- **Moderado:** se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
- **Grave:** se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

**Rasgos diferenciales entre el trastorno de somatización y la hipocondría (Tomado y adaptado de Willerman y Cohen, 1990)**

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

**Rasgos diferenciales entre el trastorno de somatización y el desorden de conversión (Tomado y adaptado de Willerman y Cohen, 1990)**

Aspectos	Trastorno por somatización	Trastorno de conversión
<b>Sintomatología</b>	Polisintomática	Monosintomática
<b>Actitud indiferente (belle indifférence)</b>	Infrecuente	Relativamente frecuente
<b>Especificidad situacional</b>	Infrecuente	Frecuente
<b>Duración</b>	Crónica, recurrente	Aguda, no recurrente
<b>Depresión</b>	Manifiesta	Enmascarada
<b>Personalidad histriónica</b>	A menudo concurrente	Raramente concurrente
<b>Estatus de clasificación</b>	Síndrome	No síndrome

### 2. 1. 2. Curso y epidemiología

#### DSM-IV-TR:

- Diversos estudios señalan índices de prevalencia variables, desde un 0,2 % hasta un 2 % en mujeres y menos de un 0,2 % en hombres.
- El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, aunque fluctuante, que pocas veces remite de manera completa. Es poco frecuente que pase más de 1 año sin que el individuo que padece este trastorno no busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicados. La enfermedad se diagnostica antes de los 25 años de edad, y los primeros síntomas pueden empezar a presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Los síntomas sexuales se asocian muy a menudo a conflictos matrimoniales. (DSM – IV – TR).

#### Trastorno de síntomas somáticos (DSM-5)

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es desconocida. Sin embargo, se cree que la prevalencia es más alta que la del trastorno de somatización del DSM-IV (< 1 %), que es más restrictivo, pero es menor que la de trastorno somatomorfo indiferenciado (aproximadamente un 19 %). La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta general puede estar entre el 5 y el 7 %. Las mujeres tienden a referir más síntomas somáticos que los varones y la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es probablemente, a consecuencia de esto, mayor en las mujeres.

En las personas mayores, los síntomas somáticos y las enfermedades medicas concurrentes son frecuentes, por lo que es crucial para hacer el diagnóstico un enfoque en el Criterio B. El trastorno de síntomas somáticos puede estar infradiagnosticado en los adultos mayores, ya sea porque ciertos síntomas somáticos se consideran parte del envejecimiento normal o porque la preocupación por la enfermedad se considera "comprensible" en las personas mayores, que generalmente tienen más enfermedades médicas y necesitan más medicamentos que las personas más jóvenes. El trastorno depresivo concomitante es común en las personas mayores que se presentan con numerosos síntomas somáticos. En niños, los síntomas más comunes son dolor abdominal recurrente, el dolor de cabeza, la fatiga las náuseas. Es más frecuente que predomine un solo síntoma en los niños que en los adultos.

Pese a que los niños pequeños pueden tener quejas somáticas, es raro que se preocupen por la "enfermedad" antes de la adolescencia. La respuesta de los padres ante los síntomas es importante, ya que esto puede determinar el nivel de angustia asociada. Los padres pueden ser determinantes en la interpretación de los síntomas, en el tiempo que faltan a la escuela y en la búsqueda de ayuda médica.

### OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS (DSM-5)

#### – Factores de riesgo y pronóstico:

- **Temperamentales:** el rasgo de la personalidad de afectividad negativa (neuroticismo) se ha identificado como un factor de correlación/riesgo independiente de un gran número de síntomas somáticos. La comorbilidad con la ansiedad o la depresión es frecuente y puede agravar los síntomas y el deterioro.
- **Ambientales:** este trastorno es más frecuente en los individuos con escasa escolarización de educación y bajo nivel socioeconómico, y en aquellos que han experimentado recientemente eventos estresantes en sus vidas.
- **Modificadores del curso:** los síntomas somáticos persistentes se asocian con determinadas características demográficas (el sexo femenino, más edad, escasa escolarización, un nivel socioeconómico bajo, el desempleo), con los antecedentes de abuso sexual u otra adversidad en la niñez, con una enfermedad física crónica concomitante o trastornos psiquiátricos (la depresión, la ansiedad, el trastorno depresivo persistente o distimia, el pánico), con el estrés social y con factores de reforzamiento social, tales como los beneficios de la enfermedad. Los factores cognitivos que afectan a la evolución clínica son la sensibilización al dolor, una mayor atención a las sensaciones corporales y la atribución de los síntomas corporales a una posible enfermedad médica en lugar de reconocerlas como un fenómeno normal o de estrés psicológico.

– **Comorbilidad:** este trastorno presenta una alta comorbilidad con trastornos médicos, así como con trastornos de ansiedad y depresivos. Cuando existe una enfermedad médica concurrente, el grado de deterioro es más marcado de lo que cabría esperar por la enfermedad física en sí misma, cuando los síntomas de un individuo cumplen con los criterios de diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos, se debería diagnosticar este trastorno; sin embargo, dada la frecuente comorbilidad de este trastorno, en especial con los trastornos depresivos y de ansiedad, se debería buscar la evidencia de que concurren estos diagnósticos.

– **Diagnóstico diferencial:** si los síntomas somáticos son congruentes con otro trastorno mental y los criterios diagnósticos para este trastorno se cumplen, entonces el trastorno mental debería considerarse una alternativa o un diagnóstico adicional. El diagnóstico por separado de trastorno de síntomas somáticos no se realiza si los síntomas somáticos y los pensamientos, sentimientos o comportamientos relacionados aparecen solo durante los episodios depresivos mayores. Si, como suele ocurrir, se cumplen los criterios tanto para el trastorno de síntomas somáticos como para el otro diagnóstico de trastorno mental, se deberían codificar ambos trastornos, puesto que ambos pueden necesitar tratamiento. |

- **Otras condiciones médicas:** la presencia de síntomas somáticos de etiología poco clara no es de por sí suficiente para hacer el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Los síntomas de muchos individuos con trastornos, como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia, no satisfacen los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Por el contrario, la presencia de síntomas somáticos de un trastorno médico establecido (la diabetes o las enfermedades cardíacas) no excluye el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos si se cumplen los criterios.
- **Trastorno de pánico:** en el trastorno de pánico, los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud tienden a aparecer en los episodios agudos, mientras que, en el trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes.

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** los individuos con trastorno de ansiedad generalizada tienen preocupaciones por múltiples sucesos, situaciones o actividades, y solo alguna de ellas pueden implicar la salud. Los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no suelen ser el foco principal como lo es en el trastorno de síntomas somáticos.
- **Trastornos depresivos:** los trastornos depresivos están acompañados frecuentemente por síntomas somáticos. Sin embargo, los trastornos depresivos se diferencian del trastorno de síntomas somáticos por los síntomas depresivos centrales de bajo (disfórico) estado de ánimo y por la anhedonia.
- **Trastorno de ansiedad por enfermedad:** si el individuo tiene grandes preocupaciones acerca de la salud, pero sin síntomas somáticos, o mínimos, podría ser más apropiado considerar el trastorno de ansiedad por enfermedad.
- **Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales):** en el trastorno de conversión, el síntoma es la pérdida de la función, mientras que en el trastorno de síntomas somáticos la atención se centra en la angustia que causan los síntomas concretos.
- **Trastorno delirante:** en el trastorno de síntomas somáticos, las creencias de la persona de que los síntomas somáticos podrían reflejar una enfermedad física subyacente grave no tienen una intensidad delirante. Las creencias del individuo en relación con los síntomas somáticos pueden ser mantenidas firmemente. Por el contrario, en el trastorno delirante, subtipo somático, las creencias sobre los síntomas somáticos y el comportamiento son más fuertes que las que se encuentran en el trastorno de síntomas somáticos.
- **Trastorno dismórfico corporal:** en este trastorno, el individuo está excesivamente intranquilo y preocupado por un defecto percibido en sus características físicas. Por el contrario, en el trastorno de síntomas somáticos la preocupación acerca de los síntomas somáticos refleja el miedo a una enfermedad subyacente, no a un defecto en la apariencia.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** en el trastorno de síntomas somáticos, las ideas recurrentes sobre los síntomas o las enfermedades somáticas son menos intrusivas, y las personas con este trastorno no muestran las conductas repetitivas asociadas, encaminadas a reducir la ansiedad, que tienen lugar en el trastorno obsesivo-compulsivo.

### 2. 1. 3. Tratamiento

- El tratamiento es extremadamente difícil. La gente con trastorno de somatización tiende a tener sentimientos de frustración y a encolerizarse ante cualquier sugerencia con respecto al carácter psicológico de sus síntomas. Estos pacientes con el tratamiento evolucionan de una forma más favorable cuando son atendidos por un solo profesional. La Psicoterapia consisten en el manejo de los síntomas, expresar emociones y a desarrollar estrategias alternativas para expresar sentimientos.
- Debido a las características de este trastorno y por la **continua solicitud de asistencia médica** al igual que ocurre con los hipocondríacos (doctor shopping) (**Pregunta PIR**), existe el peligro de yatrogenia y de abuso de fármacos analgésicos y sedantes.

## 2. 2. Trastorno somatomorfo indiferenciado

### 2. 2. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos

- Para el DSM-III-R era una categoría para los cuadros clínicos que no reunían los criterios completos para el trastorno de somatización.
- El DSM-IV y DSM-IV- TR siguen considerándolo como una **categoría residual**, pero añaden 2 nuevos criterios diagnósticos: Uno referido a las consecuencias negativas que ocasionan los síntomas, y el otro referido a la producción deliberada de éstos.



### Criterios para el diagnóstico de Trastorno somatomorfo indiferenciado (DSM-IV-TR)

- A. Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características siguientes:
  1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación).
  2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. **La duración** del trastorno es al menos de **6 meses**.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

#### 2. 2. 2. Curso y epidemiología

El curso de los síntomas físicos no explicados es impredecible y es frecuente el diagnóstico eventual de una enfermedad médica u otro trastorno mental.

#### 2. 3. Hipocondría

##### 2. 3. 1. Evolución del concepto, descripción clínica y problemas asociados

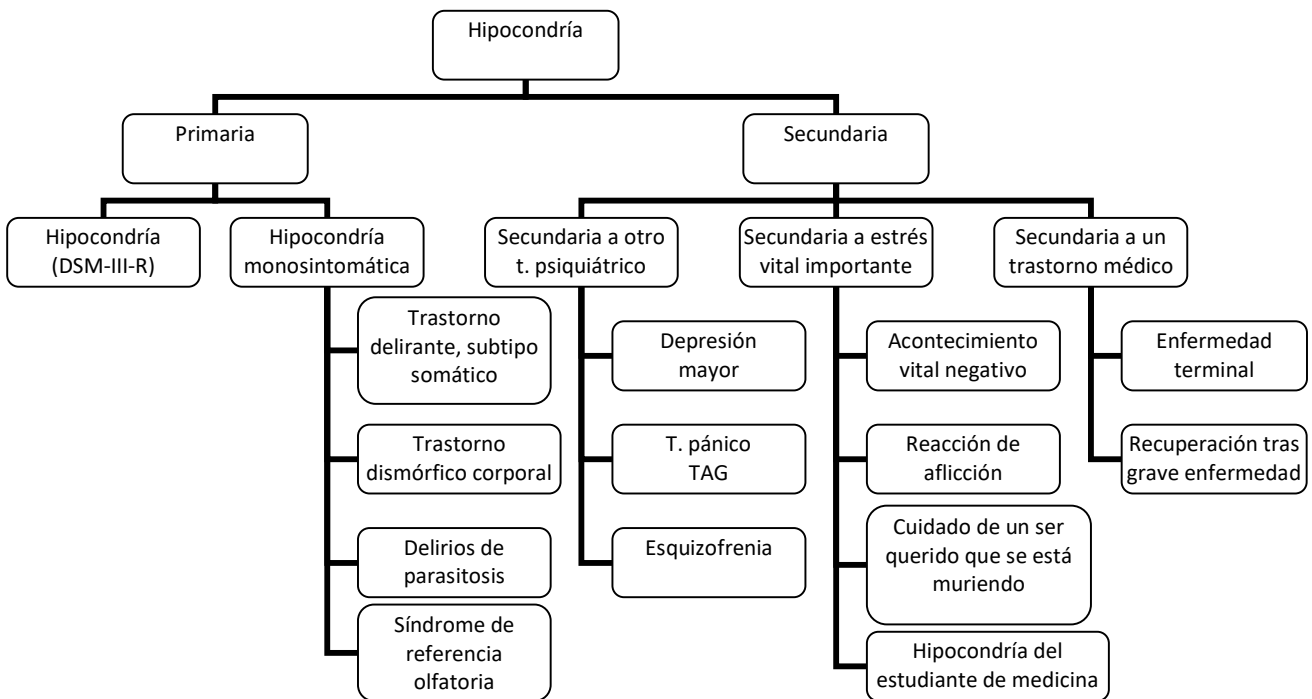
- **En sus orígenes**, el término hipocondría, fue considerado por **Galeno** como una **forma abdominal de melancolía**, caracterizada por dolor abdominal y flatulencia, y acompañada de síntomas mentales de miedo y tristeza.
- Recientemente, la hipocondría se ha descrito como un rasgo o grupo de rasgos, más centrado en la línea de los desórdenes de la personalidad que en el grupo de los trastornos psicopatológicos.
- Kirmayer la relaciona con niveles elevados de neuroticismo y afecto negativo.

#### HIPOCONDRIA PRIMARIA VS. HIPOCONDRIA SECUNDARIA:

**Basrky y col:** han establecido una diferencia entre dos tipos de condiciones hipocondríacas:

1. **Hipocondría primaria:** no se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico, o bien, si está presente, la condición comórbida no se halla relacionada o es independiente de la hipocondría. Dos subtipos:
  - a) **Hipocondría DSM-III-R**
  - b) **Hipocondría monosintomática:** se caracteriza por una única y fija creencia delirante de padecer una enfermedad.
2. **Hipocondría secundaria:** se manifestaría como una característica que se encuentra subordinada a una condición más generalizada, o es una respuesta elicitada ante la aparición de eventos estresantes: enfermedad física que pone en peligro la vida o muerte de alguna persona significativa.

- La **hipocondría transitoria** (inferior a 6 meses), se refiere a una condición clínica que puede darse en el contexto de una enfermedad médica o una situación estresante y las reacciones son de corta duración.



**Representación esquemática del denominado síndrome hipocondríaco (Tomado y adaptado de Barsky, Wyshak y Klerman, 1992)**

- DSM-IV-TR: "La característica esencial de la hipocondría es **la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave (Pregunta PIR), a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos, La exploración física no identifica enfermedad médica alguna que pueda explicar la preocupación del enfermo o los signos o síntomas que presenta**"

**PROBLEMAS ASOCIADOS A LA DEFINICIÓN DEL DSM-IV Y VERSIÓN POSTERIOR YA DADOS TAMBIÉN EN LAS VERSIONES ANTERIORES COMO EL DSM- III-R:**

- 1) Ausencia de claridad en la conceptualización de la hipocondría como "**miedo a**" o "**creencia de**" padecer una enfermedad grave. La definición engloba tanto a los pacientes convencidos de que están enfermos (**convicción de enfermedad**) como a aquellos que temen enfermarse (**fobia a la enfermedad**).

Para **Warwick y Salkovskis (1989)**, en los 2 casos la ansiedad ha sido condicionada a estímulos asociados a la enfermedad, pero, en el caso de la **fobia** los estímulos son a menudo **externos** (hospitales), mientras que, en el **trastorno hipocondríaco**, los estímulos son generalmente **internos** (sensaciones corporales). Además, el **fóbico a la enfermedad** se enfrenta a la ansiedad **evitando el estímulo temido**, mientras que el **hipocondríaco** recurre a **conductas dirigidas a neutralizar la ansiedad** (por ej., autocomprobación del estado corporal).

En 1990, Salkovskis, Warwick y Clark sugirieron que se reclasificase la hipocondría como un trastorno de ansiedad. El fenómeno de la **comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la hipocondría** ha sido ampliamente documentado. La hipocondría y el trastorno de pánico comparten la ansiedad frecuente y las

creencias de enfermedad por lo que se ha planteado hasta qué punto podrían considerarse entidades nosológicas distintas (Hiller y cols, 2005).

**Chorot y cols (1997)** han intentado establecer **criterios distintivos entre ambos trastornos**:

- Los **síntomas asociados a la activación autónoma** (sensibilidad a la ansiedad, síntomas cardiovasculares y neurosensoriales), tienden a ser **más elevados en el trastorno de pánico**. En lo hipocondríacos los síntomas suelen ser más difusos y síntomas físicos de no activación (músculos esqueléticos).
- Respecto a la **actitud hacia la enfermedad**, los **hipocondríacos** destacan en las subescalas correspondientes a preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad, creencias hipocondríacas y experiencias de tratamiento.
- Los pacientes diagnosticados de **trastorno de pánico** presentan mayor comorbilidad con la agorafobia, mientras que la **hipocondría** se vincula más con síntomas somatoformes.

**Berrocal y cols (2007)** han propuesto un modelo mediacional según el cual las preocupaciones hipocondríacas podrían explicar las relaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y los síntomas de pánico.

Para **Marks (1987)** cuando los miedos implican síntomas corporales múltiples y diversidad de enfermedades se habla de hipocondriasis. Pero cuando el miedo se concentra en un síntoma o enfermedad únicos en ausencia de otros trastornos psiquiátricos se habla de fobia a la enfermedad o nosofobia.

Según **Fava y Grande (1991)**, la **hipocondría** se caracteriza por la **resistencia a la información médica tranquilizadora (Pregunta PIR)**. La **fobia a la enfermedad** se caracteriza por la **especificidad y estabilidad longitudinal de los síntomas y por la cualidad fóbica de los miedos** (en forma de ataques más que una preocupación constante).

- 2) La definición de hipocondría del DSM – III – R afecta al criterio diagnóstico relativo a que el miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad, persiste a pesar de las explicaciones médicas:

Para Salkovskis y Warwick, se trata de que el miedo o creencia de enfermedad persiste **debido a** la información médica tranquilizadora. El diagnóstico del trastorno depende, no solo de las características clínicas del sujeto, sino también de las actuaciones que realizan los médicos.

Según Salkovskis y Clark (1993):

- a) En determinados contextos, los pacientes no tienen posibilidad de acceder a la información médica.
- b) Algunos pacientes evitan consultar al médico.
- c) Es frecuente que los pacientes hipocondríacos busquen que se les tranquilice por otros medios.
- d) No se define el tipo de información tranquilizadora que no es efectiva.

Para Starcevic (1991), este aspecto definitorio resulta confuso y susceptible de una **doble interpretación**:

- a) Existe algo inherente a la hipocondría que impide que las explicaciones sean efectivas.
- b) Las explicaciones ordinarias de "*sentido común*" resultan ineficaces en éste trastorno.

**Características psicológicas y clínicas centrales de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989)**

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

El **DSM-IV** no incorpora sugerencias ni subsana totalmente ambos problemas:

1. Para el primer aspecto, sin embargo, incorpora un cambio: incluye explícitamente la **fobia a la enfermedad** dentro de los trastornos de ansiedad (fobia específica), y señala que la **distinción** entre **hipocondría** y **fobia específica**, depende de la **existencia o no de convicción de enfermedad**, en la hipocondría, el individuo **se preocupa** por padecer una enfermedad (**Pregunta PIR**).
2. Para el segundo aspecto, sigue manteniendo sin variaciones la cuestión de la información tranquilizadora.

**Otros cambios del DSM-IV con respecto a su antecesor:**

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

**Criterios para el diagnóstico de Hipocondría (DSM-IV-TR)**

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos (**Pregunta PIR**).
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La **duración** del trastorno es de al menos **6 meses**.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

*Especificar si:*

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

**Rasgos característicos de las personas hipocondríacas (Gutsch, 1988)**

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

En el DSM-5 la hipocondría pasa a llamarse “**Trastorno de ansiedad por enfermedad**”.

#### Trastorno de ansiedad por enfermedad (DSM-5)

- A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (ej.: antecedentes familiares importantes) la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
- D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (ej.: comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (ej.: evita las visitas al clínico y al hospital).
- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante 6 meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese periodo de tiempo.
- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

#### *Especificar si:*

- **Tipo con solicitud de asistencia:** utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.
- **Tipo con evitación de asistencia:** raramente se utiliza la asistencia médica.

### 2. 3. 2. Curso y epidemiología

#### DSM-IV-TR:

- La prevalencia de la hipocondría en la población general se desconoce. En la práctica médica la prevalencia se encuentra entre un 4 y un 9 %.
- 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 comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad 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). (DSM – IV – TR)

#### CURSO Y EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD (DSM-5)

El desarrollo y el curso del trastorno de ansiedad por enfermedad no están claros. Parece ser generalmente una afección crónica y recurrente con una edad de inicio en la edad adulta media temprana. En las muestras poblacionales, la ansiedad relacionada con la salud aumenta con la edad, pero la edad de los individuos con ansiedad importante sobre la salud en los entornos médicos no parece diferir de la de otros pacientes en esos ámbitos. En las personas mayores, la ansiedad relacionada con la salud a menudo se centra en la pérdida de memoria, el trastorno parece poco frecuente en los niños.

Las estimaciones de prevalencia se basan en las estimaciones del diagnóstico de hipocondría del DSM-III y del DSM-IV. La prevalencia a 1 a 2 años de la ansiedad por la salud y /o convicción de una enfermedad, en las encuestas comunitarias y en las muestras poblacionales, oscila entre el 1,3 y el 10 %. En las poblaciones medicas ambulatorias, las tasas de prevalencia de los 6 meses a 1 año son del 3 al 8 %. La prevalencia de la enfermedad es similar entre los varones y las mujeres.

**OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD (DSM-5)**– **Factores de riesgo y pronóstico:**

- **Ambientales:** el trastorno de ansiedad por enfermedad a veces puede estar precipitado por un estrés vital importante o por una amenaza seria, pero, en última instancia, benigna para la salud del individuo. Los antecedentes de abuso en la infancia o de una enfermedad grave en la niñez pueden predisponer a desarrollar la enfermedad en la edad adulta.
- **Modificadores del curso:** aproximadamente, entre un tercio y la mitad de los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad presenta una forma transitoria, que se asocia con menos comorbilidad psiquiátrica y con más comorbilidad médica, y un trastorno de ansiedad por enfermedad menos grave.

- **Comorbilidad:** debido a que el trastorno de ansiedad por enfermedad es una nueva enfermedad, la comorbilidad exacta es desconocida. La hipocondría concurre con los trastornos de ansiedad (en particular, e trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el TOC) y los trastornos depresivos. Es probable que, aproximadamente, dos tercios de los individuos con trastorno de la ansiedad por enfermedad tengan al menos otro trastorno mental mayor comórbido. Las personas con este trastorno pueden tener un riesgo elevado para el trastorno de síntomas somáticos y para los trastornos de la personalidad.

– **Diagnóstico diferencial:**

- **Otras afecciones médicas:** la primera consideración del diagnóstico diferencial deben ser las afecciones médicas subyacentes que deben abarcar las afecciones neurológicas o endocrinas, las neoplasias ocultas y otras enfermedades que afecten a varios sistemas. La presencia de una afección médica no descarta la posibilidad de la coexistencia del trastorno de ansiedad por enfermedad. Si existe una afección médica, la ansiedad por la salud y las preocupaciones relacionadas con las enfermedades son claramente desproporcionadas a su gravedad. Las preocupaciones transitorias relacionadas con una afección médica no constituyen el trastorno de ansiedad por enfermedad.
- **Trastornos de adaptación:** la ansiedad relacionada con la salud es una respuesta normal a una enfermedad grave, y no es un trastorno mental. Esa ansiedad relacionada con la salud, no patológica, está claramente relacionada con la afección médica, y normalmente es limitada en el tiempo. Si la ansiedad por la salud es importante, se podría diagnosticar trastorno de adaptación. Sin embargo, solo cuando la ansiedad por la salud tiene una duración, una gravedad y un malestar suficientes, se puede diagnosticar trastorno de ansiedad por enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico requiere la persistencia continua de una ansiedad desproporcionada relacionada con la salud durante al menos 6 meses.
- **Trastorno de síntomas somáticos:** el trastorno de síntomas somáticos se diagnostica cuando existen síntomas somáticos significativos. En contraste, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen síntomas somáticos mínimos y principalmente están preocupados por la idea de estar enfermos.
- **Trastornos de ansiedad:** en el trastorno de ansiedad generalizada, las personas se preocupan por múltiples sucesos, situaciones o actividades, entre los cuales solo alguno podría involucrar la salud. En el trastorno de pánico, al individuo puede preocuparle que los ataques de pánico sean el reflejo de la presencia de una enfermedad médica. Sin embargo, si bien estos individuos pueden tener ansiedad por la salud, su ansiedad es típicamente muy aguda y episódica. En el trastorno de ansiedad por enfermedad, la ansiedad por la salud y los miedos son más persistentes y duraderos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar ataques de pánico que se desencadenan por sus preocupaciones de enfermedad.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados:** las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos obsesivos acerca de padecer una enfermedad y también pueden presentar comportamientos compulsivos asociados (ej.: en busca de justificaciones). Sin embargo, en el

trastorno de ansiedad por enfermedad, las preocupaciones por lo general se centran en tener una enfermedad, mientras que, en el TOC, los pensamientos son intrusivos y por lo general se centran en los temores de contraer una enfermedad en el futuro. La mayoría de los individuos con TOC tienen obsesiones o compulsiones que implican otras preocupaciones además de los temores acerca de contraer una enfermedad. En el trastorno dismórfico corporal, las preocupaciones se limitan a la apariencia física de la persona.

- **Trastorno depresivo mayor:** algunos individuos con episodio depresivo presentan rumiaciones sobre su salud y preocupación excesiva acerca de la enfermedad. No se realiza un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad por enfermedad si estas preocupaciones se producen solo durante episodios depresivos mayores. Sin embargo, si la preocupación excesiva por la enfermedad persiste después de la remisión de un episodio de un trastorno depresivo mayor, se debería considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.
- **Trastornos psicóticos:** las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad no presentan actividad delirante y pueden considerar la posibilidad de que no padezcan la enfermedad temida. Sus ideas no alcanzan la rigidez y la intensidad observadas en los delirios somáticos que hay en los trastornos psicóticos. Los verdaderos delirios somáticos en general son más anómalos que las preocupaciones que se observan en el trastorno de ansiedad por enfermedad. Las preocupaciones vistas en el trastorno de ansiedad por enfermedad son plausibles, aunque no estén fundadas en la realidad.

### 2. 3. 3. Modelos explicativos

- **Perspectiva psicodinámica** (Barsky y Klerman, 1983): como un canal alternativo para desviar hacia los demás los impulsos sexuales, agresivos u orales en forma de quejas físicas, bien como una defensa individual contra la baja autoestima y la experiencia del yo como algo carente de valor, inadecuado o defectuoso.
- **Enfoques de tipo psicosocial:** dos grupos de alternativas teóricas:
  - a. Las que enfatizan las ventajas que se derivan de adoptar el rol de enfermo (recibir cuidados, eludir responsabilidades).
  - b. Como un modo de comunicación interpersonal (**Pregunta PIR**).
- **Teorías que conceptualizan la hipocondría como la manifestación de una alteración a nivel perceptivo o cognitivo:**
  - ✓ **Barsky y cols., hipocondría como un estilo somático amplificador (Pregunta PIR):** los sujetos hipocondríacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales. Comprende 3 elementos:
    - Hipervigilancia corporal que conlleva un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables.
    - Tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues.
    - Propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad.

✓ **Aportaciones de Kellner:**

- Ciertas experiencias tempranas predisponen a la persona a atender a los síntomas somáticos y, ciertos eventos actúan como factores precipitantes.
- Una vez percibido los síntomas físicos el sujeto puede empezar a pensar que padece una enfermedad.
- Si esta idea persiste el sujeto puede sentirse ansioso y preocupado por las consecuencias futuras de la enfermedad orgánica, esto le lleva a una percepción selectiva de las sensaciones somáticas.
- Lo que comienza siendo una reacción inocua, puede desembocar en una neurosis hipocondríaca.
- Sus experiencias en el ámbito médico hacen que desarrollen estrategias de percepción de síntomas e incrementen la focalización de atención en su cuerpo. Los incrementos de ansiedad pueden producir más sensaciones de ansiedad estableciéndose un círculo vicioso.

- ✓ **Contribución del grupo Oxford: Warwick y Salkovskis:** las experiencias previas (negativas) relativas a la enfermedad (propia o ajena) y a los errores médicos, **conducen a la formación de creencias erróneas o disfuncionales acerca de los síntomas (*Pregunta PIR*)**, la enfermedad y las conductas de salud. Provocando que el sujeto atienda selectivamente a la información coherente con la idea de que el estado de salud no es bueno. Las creencias disfuncionales o supuestos problemáticos, permanecen inactivos hasta que un incidente crítico (interno o externo) los moviliza. Esto conlleva la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables, que finalmente desencadena en ansiedad por la salud que viene acompañada por sus correspondientes correlatos fisiológicos, conductuales y afectivos (*esquema anterior*).



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

EXPERIENCIA PREVIA (*Pregunta PIR*)

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

**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

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