

## TEMA 07

# TRASTORNOS SOMATOFORMES

## I. INTRODUCCIÓN: APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL

Los desordenes que hoy denominamos somatoformes provienen del concepto de *neurosis histérica*. Término utilizado por griegos y romanos para describir una alteración propia de mujeres (del útero), su incorporación a la psicopatología se debe a los trabajos efectuados en la escuela francesa por **Charcot** (fue el primero en reconocer y describir los síntomas histéricos) y **Janet**, pero sobre todo a la influencia de la escuela psicoanalítica de **Freud**.

Según **Freud**, el mecanismo de la conversión de los traumas psicológicos (generalmente de tipo sexual ocurridos en la infancia) constituía el núcleo central de la histeria y se transformó en el punto de partida de todas las formulaciones teóricas posteriores respecto a la formación de síntomas neuróticos.

**Chodoff** delimito cinco significados diferentes del término histeria:

- 1) Trastorno de conversión
- 2) Síndrome de **Briquet**
- 2) Un desorden en personalidad
- 3) Un patrón psicodinámico manifestándose en sí mismo como un rasgo de personalidad.
- 4) Una palabra coloquial utilizada para describir una conducta indeseable.

En el **DSM-II** el grupo de neurosis histérica se categorizó a través de dos tipos de trastornos, el de *conversión* y el de *tipo disociativo*, y la *hipocondría* fue considerada como una categoría de neurosis independiente de la neurosis histérica.

En el **DSM-III** se abandona el término de histeria sustituyéndose por dos categorías diagnósticas discretas de los trastornos denominados *somatoformes* y *disociativos*. El primero, se focaliza más en las cuestiones de carácter somático, los trastornos disociativos están más relacionados con fenómenos de tipo cognitivo, implicando cambios en la conciencia, memoria y personalidad, que sugieren problemas de tipo neurológico.

**Características de los trastornos somatoformes:** presencia de síntomas físicos, tales como dolor de cabeza, ceguera, parálisis, etc. en los que no es posible identificar una patología o disfunción orgánica aparente, aunque es evidente su vinculación con factores psicológicos.

Principales características referidas a algunos de los trastornos somatoformes más relevantes descritos según el **DSM-III-R**

<b>Somatización</b>	<u>Quejas sobre múltiples síntomas físicos (desmayos, náuseas, debilidad, problemas urinarios, etc.) los cuales no se fundamentan en causa orgánica alguna.</u>
<b>Hipocondría</b>	<u>Preocupación, miedo o creencia de padecer una enfermedad grave que surge tras interpretar los signos corporales (bultos, dolor, etc.) incorrectamente.</u>
<b>Conversión</b>	<u>Pérdida o alteración en el funcionamiento fisiológico (parálisis, sordera, ceguera) que sugiere un trastorno físico, para el que no existe patología orgánica subyacente.</u>
<b>Dolor somatoforme</b>	<u>Dolor severo y prolongado que, o bien es inconsistente con la distribución anatómica del sistema nervioso, o bien no puede ser explicado a partir de una patología orgánica.</u>
<b>Dismorfobia</b>	<u>Preocupación excesiva por algún defecto imaginario sobre la apariencia física.</u>

Estos cinco tipos de trastornos podrían agruparse en dos categorías más generales:

- a) *El trastorno de conversión, el desorden por somatización y el trastorno de dolor somatoforme*, 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. Por lo que pueden englobarse en la denominación **desordenes histéricos somatoformes**.
- b) *La hipocondría y la dismorfofobia* se caracterizan por su preocupación por los posibles problemas corporales, como la alteración o la pérdida del funcionamiento físico es mínima.

Hay que diferenciar los trastornos somatoformes de los psicósomáticos (úlceras, dolores de cabeza, alteraciones cardíacas), 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 psicósomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente** (ej. úlcera de estómago), **en los trastornos somatoformes no se desprende una patología orgánica demostrable.**

Los trastornos somatoformes se han investigado bastante menos que otros problemas psicopatológicos y los estudios señalan índices de prevalencia muy dispares, que oscilan entre el 0,2 y el 2 por 100 en las mujeres, no existen datos fiables relacionados con la prevalencia del dolor somatoforme, trastorno dismórfico y trastorno de conversión, aunque si parece cierto que estos trastornos son más frecuentes en mujeres que en hombres.

**Holmes (1991)** refiere tres razones importantes para explicar este fenómeno:

- a) El fondo histórico del propio trastorno ha sesgado a los clínicos a favor de diagnosticarlo más frecuentemente en las mujeres.
- b) Es posible que el varón busque menos ayuda del especialista en relación con este tipo de trastornos que la mujer.
- c) También es posible que exista algún factor genético o fisiológico subyacente al desorden de conversión que va a predisponer a la mujer a padecer dicho trastorno.

**La hipocondríasis o hipocondría:** se ha relacionado más con el varón aunque actualmente se asume que no existen diferencias de sexo. Muchos de los casos de hipocondría se solapan con casos de ansiedad (pacientes con trastorno de pánico reúnen los criterios para un diagnóstico secundario de hipocondríasis).

**Kellner** -Constata que entre un 20 y un 84 por 100 de pacientes que son atendidos por médicos y cirujanos presentan como problema central síntomas hipocondríacos o fobias a la enfermedad

**La somatización:** constituye una característica diagnóstica esencial de los trastornos somatoformes y es un problema no resuelto de la medicina, teniendo en cuenta las implicaciones que comporta dicha condición clínica: consecuencias personales a nivel psíquico (sufrimiento emocional), físico (exceso de medicación) y social (deterioro de las relaciones interpersonales) y también incidencias en los costos (económicos, de tiempo y personal) y el funcionamiento de los programas de asistencia sanitaria

El término **somatización** fue introducido por **Stekel** para hacer referencia a un proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal.

**Lipowski** critica las definiciones tradicionales, como las de **Stekel**, ya que incluyen en su concepto procesos hipotéticos que denotan la existencia de mecanismos de defensa inconscientes, lo cual estaría haciendo referencia a hipótesis etiológicas. Este autor concibe 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, por lo que solicita asistencia médica para ellos.

El concepto comprende tres elementos básicos:

- a) **Experiencial:** se refiere a aquello que los sujetos perciben respecto a su propio cuerpo (sensaciones dolorosas, molestas o no habituales y disfunciones o variaciones en el aspecto físico).
- b) **Cognitivo:** el significado subjetivo que tales percepciones tienen para ellos y el proceso de toma de decisiones en relación con la valoración realizada de los síntomas.
- c) **Conductual:** las acciones y comunicaciones (tanto verbales como no verbales) que emprenden las personas y que se derivan de las atribuciones de sus percepciones.

**Lipowski**, considera que la somatización no supone una categoría diagnóstica concreta ni implica que las personas somatizadoras padezcan necesariamente un trastorno psiquiátrico.

Propone que es posible distinguir varias dimensiones de somatización:

- 1) Duración (la somatización puede ser transitoria o persistente).
- 2) El grado de hipocondría (los pacientes somatizadores varían en su preocupación por su salud y sus síntomas y en el temor o convicción de que se encuentran físicamente enfermos).
- 3) La emocionalidad manifiesta (ya que pueden oscilar entre la indiferencia por el malestar somático que perciben hasta el pánico o la depresión agitada focalizada en el presentimiento de estar al borde de la muerte o cualquier evento negativo e incapacitante).

- 4) Habilidad para describir los sentimientos y desarrollar fantasías (ocurre con todos los pacientes somatizadores pues son un grupo heterogéneo).

El autor estima que la característica esencial de estos pacientes estriba en que frente al estrés y al arousal emocional exhiben un patrón de respuesta principalmente somático en lugar de cognitivo.

Según **Lipowski**, la somatización no se identifica con ninguna etiqueta diagnóstica, aunque sí puede estar vinculada a múltiples trastornos psiquiátricos y de acuerdo con **Escobar** puede ser:

- 1) Un problema nuclear como lo es en los trastornos somatoformes
- 2) Un problema asociado a un trastorno psiquiátrico no somatoforme, como la depresión mayor
- 3) Un "trastorno enmascarado", como ocurre en la denominada depresión enmascarada.
- 4) Un rasgo de personalidad.

En la actualidad el concepto de somatización no está suficientemente claro, aunque parece que una idea común viene a considerar la somatización como un malestar (*distress*) corporal, no explicado médicamente, que se relaciona con problemas psiquiátricos, psicológicos o sociales. **Kirmayer y Robbins** desde un punto de vista integrador, han diferenciado tres formas de somatización:

- 1) Como síntoma somático funcional
- 2) Como preocupación hipocondríaca
- 3) Como elemento somático presente en algunos trastornos psicopatológicos de ansiedad y de depresión mayor

**Kellner** siguiendo algunos criterios del **DSM-III-R** conceptualiza la somatización a partir de una o más quejas somáticas (fatiga, síntomas gastrointestinales):

- 1) Que la evaluación apropiada no descubra una patología o mecanismos patofisiológicos (un trastorno físico o el efecto de una lesión) que den cuenta de las quejas físicas.
- 2) Que aun cuando exista una patología orgánica relacionada, las quejas físicas o la alteración ocupacional y/o social resultante sobrepasen notoriamente aquello que sería esperable a partir de los hallazgos físicos.

La somatización puede ser entendida como un **patrón de conducta de enfermedad** ya que los síntomas se perciben, se evalúan y se representan de forma diferente por cada persona. Es una tendencia a adoptar el papel de enfermo, que puede ser debida a umbrales más bajos para el reconocimiento del daño, por lo que buscan ayuda médica para condiciones relativamente inocuas.

El concepto de **conducta de enfermedad** fue aplicado por primera vez al contexto de los trastornos somatoformes por **Pilowski (1969)**, quien consideró tales desórdenes como una variante especial de una conducta de enfermedad anormal.

## 2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES

### (Tabla 2)

En el **DSM-I** se agruparon bajo la categoría general de **Trastornos psiconeuróticos** todos aquellos de origen psicógeno, en el **DSM-II** se sustituyó el nombre de la categoría por el de **Neurosis** para describir aquellos trastornos en los que la angustia era una característica llamativa y englobaba a las siguientes neurosis: de angustia, histérica (de conversión y disociativa), fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca.

Las neurosis de angustia, fóbica y obsesivo-compulsiva se clasificaron en el **DSM-III** como subtipos de los trastornos por ansiedad; la neurosis depresiva en de los trastornos afectivos; la histérica (tipo conversión) e hipocondríaca como trastornos somatoformes; la neurosis histérica (tipo disociativo) y de despersonalización como subcategorías de los trastornos disociativos; y la neurosis neurasténica se eliminó.

El **DSM-III** atribuyó como rasgo esencial se los trastornos somatoformes la presencia de síntomas físicos que sugieren una alteración física (de ahí la palabra somatoforme), en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. En esta categoría se encuentran cinco subgrupos: T. por somatización, T. de conversión, dolor psicógeno, hipocondría y T. somatoforme atípico.

En el **DSM-III-R**, se introdujeron algunas modificaciones:

- Respecto al trastorno de **somatización** se revisó la lista de síntomas físicos con el fin de igualar el número exigido para hombres y mujeres y se enfatizaron siete síntomas al estimar que la presencia de dos o más de ellos indicaba una elevada probabilidad de padecer el trastorno. Para aquellos cuadros que no cumplían los criterios por somatización se creó una nueva categoría **trastorno somatoforme indiferenciado**.
- En el T. **conversión** se introdujo la especificación de presencia de episodio único o recurrente y la consideración de que el síntoma no pudiera ser explicado por factores culturales.
- Se eliminó el criterio para la exclusión del trastorno por somatización y la esquizofrenia.
- El término de dolor psicógeno fue sustituido por el de dolor somatoforme y se suprimió el criterio relativo a factores psicológicos implicados en la etiología del dolor.
- En relación con **la hipocondría** se incorporó un criterio temporal que exigía una duración mínima de seis meses.
- **La dismorfofobia** que constituía un ejemplo del trastorno somatoforme atípico, pasó a ser una categoría independiente bajo la denominación de T. **Dismórfico**.
- **El T. somatoforme atípico** fue sustituido por T. **somatoforme no especificado**.

## 2. A.- CATEGORIZACIÓN SEGÚN EL DSM-IV

- El **DSM-IV**, 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 por una condición médica general, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental**.
- En el DSM-IV se **mantiene las mismas categorías** que en el **DSM-III-R**, pero se introducen elementos de simplificación y clarificación de los criterios diagnósticos.

### Trastorno de somatización

- Presencia de un **patrón de síntomas somáticos múltiples y recurrentes, que sucede a lo largo de un periodo temporal de varios años**, y que se inicia *antes de los 30 años*.  
Dan lugar a la búsqueda de atención médica y ocasionan incapacidad importante.
- Cambios con respecto al DSM-III-R: La lista de 35 ítems a sido agrupada en **4 categorías de síntomas físicos**:
  1. **4 síntomas de dolor**.
  2. **2 síntomas gastrointestinales**.
  3. **1 síntoma sexual**.
  4. **1 síntoma pseudoneurológica**.

#### **Criterios para el diagnóstico del trastorno de somatización según el DSM-IV**

<b>A.</b> Historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años y que dura varios años, con un deterioro significativo a nivel social y laboral.
<b>B.</b> Cuando los síntomas aparecen durante el curso del trastorno deben haberse cumplido los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"><li>1) cuatro síntomas de dolor, relacionado con al menos cuatro zonas (pecho, recto, extremidades, el coito, al orinar)</li><li>2) dos síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)</li><li>3) un síntoma sexual o del sistema reproductor (disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares)</li><li>4) un síntoma pseudoneurológico (síntomas de conversión como deterioro de la coordinación o del equilibrio, parálisis, nudo en la garganta, alucinaciones, pérdida del tacto, visión doble, ceguera, sordera, amnesia)</li></ol>
<b>C.</b> 1) <b>O 2)</b> : <ol style="list-style-type: none"><li>1) tras el examen apropiado, ninguno de los síntomas del criterio B puede ser explicado por una condición médica.</li><li>2) Cuando existe una condición médica relacionada, el deterioro es mucho mayor de lo que cabría esperar.</li></ol>
<b>D.</b> Los síntomas no son producidos intencionalmente o fingidos (como en el trastorno de facticio o la simulación)

- 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.

### Trastorno somatoforme indiferenciado

- 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** sigue considerándolo como una **categoría residual**, pero añade 2 nuevos criterios diagnósticos: Uno, referido a las consecuencias negativas que ocasionan los síntomas (C), y el otro, a la producción deliberada de éstos (F).

#### Criterios para el diagnóstico del **trastorno somatoforme indiferenciado** según el **DSM-IV**

A. Uno o más síntomas físicos (ej. fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios)
B. 1) o 2): 1) tras el examen apropiado, los síntomas <b>no pueden ser explicados</b> por una condición médica o los efectos directos de una sustancia (ej. abuso de drogas, medicación). 2) Cuando existe una condición médica relacionada pero el deterioro es mucho mayor de lo que cabría esperar.
C. Los síntomas <b>originan angustia o deterioro</b> clínicamente significativo a nivel social o laboral.
D. La duración de la alteración es por lo menos de <b>6 meses</b> .
E. La alteración <b>no se explica</b> mejor <b>por otro trastorno</b> .
F. el síntoma <b>no es producido intencionalmente ni fingido</b> (como el trastorno facticio o la simulación).

### Hipocondría

- **DSM-III-R**: "*Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los signos o sensaciones físicas*".

#### 2 problemas importantes asociados a la definición del DSM-III-R, extensibles al DSM-IV:

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 enfermar (**fobia a la enfermedad**).

- **Warwick y Salkovskis:** 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 *externos* (hospitales), mientras que en el **trastorno hipocondríaco**, los estímulos son *internos* (sensaciones corporales).  
Además, el **fóbico** se enfrenta a la ansiedad *evitando el estímulo temido*, mientras que el **hipocondríaco** recurre a *conductas dirigidas a neutralizar* la ansiedad.
  - **Marks:** Cuando los miedos implican *síntomas corporales múltiples y diversidad de enfermedades* ⇒ **hipocondriasis**.  
Cuando el miedo se concentra en *1 síntoma o enfermedad únicos* ⇒ **fobia a la enfermedad o nosofobia**.
  - **Fava y Grandi:** **Hipocondriasis** ⇒ Se caracteriza por la *resistencia a la información médica tranquilizadora*.  
**Fobia a la enfermedad** ⇒ Por la *especificidad y estabilidad longitudinal de los síntomas* y por la *calidad fóbica de los miedos* (en forma de ataques más que una preocupación constante).
2. Afecta al criterio diagnóstico relativo a que el miedo a tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad, persiste a pesar de las explicaciones médicas:
- **Salkovskis y Warwick:** Se trata de que 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.
  - **Salkovskis y Clark:**
    - 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.
  - **Starcevic:** Este aspecto definitorio, es 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.
- El **DSM-IV** no incorpora sugerencias ni subsana totalmente ambos problemas:
    1. 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.
    2. Sigue manteniendo sin variaciones la cuestión de la información tranquilizadora.



### Criterios para el diagnóstico de **hipocondría** según el DSM-IV

A. preocupación por el miedo a tener, o la idea de que uno tiene, una enfermedad grave que se basa en la interpretación errónea que hace una persona de los síntomas corporales.
B. la preocupación persiste a pesar de la evaluación y explicación médica apropiada.
C. la creencia del criterio A no es de intensidad delirante (como en el trastorno delirante, tipo somático) y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia (como en el trastorno dismórfico corporal).
D. la preocupación origina angustia o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E. la duración de la alteración es de por lo menos 6 meses.
F. la preocupación no se explica mejor por un TAG, TOC, trastorno de pánico, un episodio depresivo mayor, ansiedad de separación u otro trastorno somatoforme.
<b>Especificar:</b> con <b>pobre insight</b> : si la mayor parte del tiempo durante el episodio actual la persona no reconoce que la preocupación por tener la enfermedad grave es excesiva o poco razonable.

Los pacientes con hipocondría se encuentran preocupados por el miedo a tener una enfermedad, mientras que a los pacientes con fobia específica les asusta contraerla o estar expuestos a ella.

#### Rasgos característicos de las personas hipocondríacas según Gutsch:

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

#### 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

## Trastorno de conversión

- En el **DSM-III-R**: Concepción muy amplia del síntoma de conversión: incluía tanto los que sugerían un **daño neurológico** (parálisis, afonía), como los que afectaban al **sistema vegetativo** (vómitos, desmayos), y al **endocrino** (embarazo fantasma).

### Síntomas de conversión (Ford, 1983):

<b>Grupo 1:</b> Cefaleas, malestar y enfermedad continua.
<b>Grupo 2:</b> Ceguera, parálisis, anestesia, afonía, ataques o convulsiones, inconsciencia, amnesia, sordera, alucinaciones, retención urinaria y ataxia.
<b>Grupo 3:</b> Fatiga, bolor faríngeo, borrosidad visual, debilidad y disuria.
<b>Grupo 4:</b> Dificultad respiratoria, palpitaciones, crisis de ansiedad, dolor torácico y mareos.
<b>Grupo 5:</b> Anorexia, pérdida de peso, oscilación ponderal, náuseas, hinchazón abdominal, intolerancia alimentaria, diarrea y estreñimiento.
<b>Grupo 6:</b> Dolor abdominal y vómitos.
<b>Grupo 7:</b> Dismenorrea, irregularidades menstruales, amenorrea y metrorragias.
<b>Grupo 8:</b> Indiferencia sexual, frigidez, dispareunia y otras dificultades sexuales.
<b>Grupo 9:</b> Dolor de espalda, dolor articular, dolor de extremidades y otros dolores corporales.
<b>Grupo 10:</b> Nerviosismo, miedos, llanto y síntomas emocionales en general.

- **Cloninger**, recomienda que el trastorno de conversión se restrinja a los síntomas neurológicos (sugerencia recogida por el DSM-IV).
- Debido a que los síntomas del trastorno, se encuentran frecuentemente asociados a diagnósticos psiquiátrico y a enfermedades orgánicas, **algunos autores, sugieren que el fenómeno debería ser considerado como un síntoma en vez de cómo un síndrome.**

### Criterios para el diagnóstico del **trastorno de conversión** según el DSM-IV

<b>A.</b> <u>uno o más síntomas que afectan a la función motora voluntaria o sensorial</u> y que sugieren una condición neurológica u otra condición médica general.
<b>B.</b> se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación de ambos está precedido por conflictos y otros estresores.
<b>C.</b> el síntoma o déficit <u>no se produce intencionalmente ni de manera fingida (como en el T. facticio o la simulación).</u>
<b>D.</b> tras el examen apropiado, el síntoma o déficit no puede ser explicado completamente por una condición médica general o por los efectos de una sustancia o por una conducta sancionada por la cultura.
<b>E.</b> el síntoma o déficit origina angustia o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, o justifica la evaluación médica.
<b>F.</b> el síntoma o déficit no se limita al dolor o a una disfunción sexual, no acontece exclusivamente durante el curso del trastorno por somatización y no se explica mejor por otro trastorno mental.
<b>Especificar tipo de síntoma o déficit:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ con síntoma o déficit motor,</li><li>◆ con síntoma o déficit sensorial,</li><li>◆ con crisis o convulsiones</li><li>◆ con sintomatología mixta.</li></ul>

El aspecto básico de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en una condición médica general.

Se considera que en su inicio o en su exacerbación están implicados factores psicológicos.

A diferencia de la amplia definición que ofrecía el **DSM-III-R**, la cuarta edición restringe el problema a la existencia de uno o varios síntomas o déficit que afectan a la función motora voluntaria o sensorial.

Los síntomas que suponían un cambio en el sistema endocrino (ej. pseudociesis) se clasifican como trastorno somatoforme no especificado.

### Trastorno dismórfico corporal

- Se cuestiona la adecuación de incluir éste trastornos entre los somatoformes:
  - *Similitud con el TOC.*
  - Puede ser un síntoma presente en una amplio rango de trastornos psiquiátricos. Algunos sostienen que hay que diferenciar entre dismorfofobia primaria y secundaria.

#### **Criterios para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal según el DSM-IV**

A. <u>Preocupación por un defecto imaginado en la apariencia.</u> Si existe una <u>leve anomalía física</u> , la <u>preocupación</u> de la persona es <u>excesiva</u> .
B. La preocupación <u>origina angustia o deterioro</u> clínicamente significativo a nivel social, laboral, u otras áreas.
C. La preocupación <u>origina angustia o deterioro</u> clínicamente significativo a nivel social, laboral, u otras áreas.

Las variaciones respecto a la edición anterior del **DSM** son:

- Se suprime la indicación del **DSM-III-R** de que la creencia en la existencia de un defecto en el aspecto físico no alcance una intensidad delirante.
- La consideración de que la alteración "no aparece únicamente en el curso de una anorexia nerviosa o un transexualismo" ha sido ampliada en términos de que otro trastorno diferente no ofrezca una explicación más óptima.
- La inclusión de "la alteración causa un grado considerable de angustia y perturbación en el funcionamiento normal de la persona".

Quejas más frecuentes en el trastorno dismórfico corporal:

- Defectos faciales (arrugas, manchas, acné, hinchazón, asimetría facial).
- Defectos de la forma, tamaño u otras características de diversas partes de la cara/cabeza.
- Defectos de otras partes del cuerpo (genitales, senos, nalgas, pies, abdomen).

**Phillips:** las quejas suelen ser concretas, pero no son infrecuentes aquellas de carácter vago e inespecífico, además los sujetos pueden estar preocupados por diferentes aspectos corporales en distintos momentos o por varios a la vez.

## Trastorno de dolor (antes dolor somatoforme):

La sintomatología esencial que caracteriza a este trastorno, según el **DSM-IV** 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.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno de dolor según el DSM-IV**

A. el dolor en una o más zonas es el núcleo de la sintomatología clínica, y su gravedad justifica la atención médica.
B. el dolor origina angustia o deterioro significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
C. se considera que los factores psicológicos tienen un papel importante en el inicio o mantenimiento del dolor.
D. el síntoma o déficit no es producido intencionalmente ni fingido (como el trastorno facticio o la simulación).
E. el dolor no se explica mejor por un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o psicótico y no es dispareunia.
<b>Codificar:</b>
➤ <b>Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos:</b> se considera que los factores psicológicos tiene el papel principal en el inicio de la gravedad o mantenimiento del dolor.
➤ <b>Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos y a una condición médica general:</b> se considera que ambos tienen papeles importantes en el inicio y mantenimiento del dolor.
<b>Especificar:</b> agudo (duración inferior a 6 meses) y crónico (duración de 6 meses o más).

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

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

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

- ◆ Queja excesivas de dolor en ausencia de evidencia física,
- ◆ " *Doctor shopping* ",
- ◆ uso excesivo de analgésicos,
- ◆ parestesia (sensación de hormigueo o pinchazos),
- ◆ espasmos musculares,
- ◆ historia de síntomas de conversión (ceguera, etc.),
- ◆ estado de ánimo disfórico
- ◆ peticiones de intervención quirúrgica.

## Trastorno somatoforme no especificado:

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

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

## **2.B.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (Ver anexo)**

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

- **LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO:** Existen factores psicológicos que afectan negativamente a una determinada condición médica general diagnosticada. Sin embargo, *en los trastornos somatoformes, la condición médica general, está, no está presente, o es insuficiente para dar cuenta de los síntomas físicos.*
- **LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD FÍSICA:** Hay que tener especial cuidado con *alteraciones orgánicas que manifiestan síntomas somáticos vagos y múltiples (esclerosis múltiple, lupus eritematoso).*

El **DSM-IV**, en relación con el trastorno de somatización, propone **3 características** que hacen pensar que no encontramos ante éste trastorno y no ante una condición médica general, aunque éste trastorno puede coexistir con otras enfermedades:

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.

En el caso de la hipocondría, también *debe considerarse*, para el diagnóstico diferencial, *la presencia de una enfermedad física verdadera (enfermedades tiroideas).*

**Dubovsky:** Los síntomas físicos difusos, pueden hacer que permanezcan ocultos, signos indicativos de trastorno mental orgánico (Quejas más variables e inconsistentes). El diagnóstico diferencial se efectuará mediante cuidadoso examen del estado mental (pruebas de atención, concentración y memoria).

Los trastornos somatoformes implican síntomas físicos que se estiman que no se encuentran bajo el control voluntario del sujeto, y se diferencian de la simulación y de los trastornos facticios en función de ese criterio de intencionalidad. En **la simulación** el individuo finge conscientemente estar enfermo con el fin de conseguir unos incentivos externos (remuneración monetaria) fácilmente reconocibles dado el contexto que rodea al sujeto.

### Diferencias entre simulación y trastornos somatoformes (Dubovsky)

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

En los **Trastornos facticios** el único propósito de la persona es el de asumir el rol de enfermo y someterse a las exploraciones y tratamientos médicos. Según **Skodol** la persona que simula la enfermedad sabe perfectamente lo que está haciendo y el motivo que le lleva a actuar de ese modo; la persona con un trastorno facticio aparentemente conoce la motivación más inmediata (lo que tiene que hacer para producir los síntomas), pero en realidad no sabe por qué quiere adoptar el rol de enfermo. La persona con trastorno de conversión no es consciente ni de estar haciendo algo ni de la motivación remota de la sintomatología.

- **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:** La aparición de cambios físicos son habituales en éstos trastornos (fatiga, pérdida de apetito, disminución de actividad y deseo sexual, jaquecas, dolos de espalda, nauseas, vómitos, ect).  
A diferencia de los trastornos de somatización, éstos síntomas se limitan a los episodios de estado de ánimo deprimido.  
Si se cumplen criterios para ambos diagnósticos, el DSM-IV permite el diagnóstico de ambos trastornos.
- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD:**
  - los pacientes ansiosos que vigilan en exceso pequeñas disfunciones corporales, temen poder sufrir una enfermedad grave y tienen síntomas somáticos procedentes de la hiperventilación y del arousal autónomo se asemejan a los pacientes con Trastorno somatoformes. Al igual que en la somatización en el trastorno de pánico también existe sintomatología diversa, pero solo surge durante los ataques. Los dos trastornos pueden coexistir.
  - En el **TAG**, también se dan múltiples síntomas, pero el foco de ansiedad y la preocupación, no se restringe a la sintomatología física.

- Tanto la hipocondría como el trastorno dismórfico corporal pueden ser diagnosticados conjuntamente con el **TOC**, *si las conductas compulsivas del sujeto no se limitan a la preocupación por la enfermedad (hipocondría) o por el aspecto físico* (trastorno dismórfico).
- En la **fobia social** también coexisten preocupaciones por defectos reales en la apariencia, pero, a diferencia del trastorno dismórfico, **no perturba ni incapacita al sujeto**.
- **TRASTORNOS PSICÓTICOS:**
  - **Hipocondría:** la creencia del sujeto **no llega a tener una magnitud delirante**.
  - La **esquizofrenia** con ideas delirantes somáticas, debe distinguirse de la quejas no delirantes del trastorno por somatización (en raras ocasiones se dan conjuntamente).
  - Las **alucinaciones del trastorno de somatización** o del trastorno de conversión, **se distinguen** de las que ocurren en un trastorno psicótico en:
    1. El sujeto mantiene *intacto el insight*.
    2. *No se acompañan de otros síntomas psicóticos*.
    3. Implican *más de una modalidad sensorial*.
    4. Tienen un *contenido ingenuo, fantástico y pueril*.
    5. Suelen tener un *significado psicológico*.
    6. El sujeto tiende a describirlas como un *relato interesante*.
- **DISFUNCIONES SEXUALES:** En el DSM-IV, los síntomas de conversión que afectan al funcionamiento sexual, se consideran como disfunciones sexuales (no como trastorno de conversión).
- **TRASTORNOS DEL SUEÑO:** insomnio primario, hipersomnia primaria, narcolepsia, relacionado con la respiración, trastorno del sueño del ritmo circadiano, parasomnia.
- **TRASTORNOS ALIMENTARIOS:** anorexia y bulimia nerviosa.
- **DIFERENCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS SOMATOFORMES** (ver anexo).

### 3.- HIPOCONDRIA

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

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

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

**Recientemente**, la hipocondría se ha descrito como un rasgo o grupo de rasgos, más centrado en la línea de los desórdenes de la personalidad que en el grupo de los trastornos psicopatológicos.

Kirmayer la relaciona con *niveles elevados de neuroticismo y afecto negativo*.

### **3.A.- EL SÍNDROME HIPOCONDRIACO: HIPOCONDRIA PRIMARIA VS SECUNDARIA**

Barsky, establece una diferenciación entre **2 tipos de condiciones hipocondríacas**:

1. **HIPOCONDRIA PRIMARIA**: *No se encuentra presente otro trastorno psiquiátrico o, si está presente, no se halla relacionado o es independiente de la hipocondría.*

**2 subtipos**:

- a) Hipocondría tal y como se conceptualiza en el DSM-III-R.
- b) Hipocondría monosintomática: única y fija creencia delirante de padecer una enfermedad.

2. **HIPOCONDRIA SECUNDARIA**: *Se encuentra subordinada a una condición más generalizada, o es una respuesta elicitada ante la aparición de eventos estresantes (enfermedad física que pone en peligro la vida o muerte de alguna persona significativa).*

La hipocondría transitoria (inferior a 6 meses), se refiere a una condición clínica que puede darse en el contexto de una enfermedad médica o una situación estresante.

### **3.B.- EXPLICACIONES TEÓRICAS SOBRE LA HIPOCONDRIA**

- **PERSPECTIVA PSICODINÁMICA** (Barsky y Klerman):
  - Como un canal alternativo *para desviar hacia los demás los impulsos sexuales, agresivos u orales* en forma de quejas físicas.
  - Como una *defensa individual contra la baja autoestima* y la experiencia del yo como algo carente de valor, inadecuado o defectuoso.
- Enfoques tradicionales de **TIPO PSICOSOCIAL**. **Dos grupos de alternativas teóricas**:
  1. *Aquellas que han enfatizado las ventajas que se derivan de adoptar el rol de enfermo* (recibir cuidados, eludir responsabilidades).
  2. Hipocondría como un *modo de comunicación interpersonal*.



Recientemente, se han elaborado teorías que conceptualizan la hipocondría como la manifestación de una **ALTERACIÓN A NIVEL PERCEPTIVO O COGNITIVO**:

1. **Barsky** y cols: Hipocondría como un "**estilo somático amplificador**": Los sujetos hipocondriacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales.

Comprende **3 elementos**:

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

2. **Kellner**: Ciertas **experiencias tempranas predisponen** a la persona a atender a los síntomas somáticos y, ciertos eventos actúan como **factores precipitantes** ⇒ El sujeto empieza a pensar que padece una enfermedad ⇒ Se siente ansioso y preocupado por las consecuencias futuras de la enfermedad ⇒ le lleva a una **percepción selectiva de las sensaciones somáticas**.

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

3. **Warwick** y **Salkovskis**: Las **experiencias previas relativas a la enfermedad** (propia o ajena) **y a los errores médicos**, conducen a la formación de **creencias erróneas o disfuncionales** acerca de los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud ⇒ Se atiende 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 ⇒ **Aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables** ⇒ ansiedad por la salud acompañada por sus correspondientes correlatos fisiológicos, conductuales y afectivos.

Existen factores implicados en el mantenimiento y exacerbación de la preocupación por la salud.

Se establece un círculo vicioso que perpetua la hipocondría.

#### **4.- TRASTORNO DE CONVERSIÓN**

- Aparece **entrelazado con el trastorno de somatización**, porque ambos se originaron en el **concepto de histeria** y comparten un tipo de **personalidad histriónica** (mayor en el trastorno de somatización).
- Se considera que los **factores psicológicos** están relacionados etiológicamente con el inicio del trastorno ⇒ Existe ***relación temporal entre un evento estresante y el comienzo de los síntomas de conversión.***

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

- Los **síntomas** varían considerablemente, siendo los **más frecuentes**, la *ceguera, sordera, parálisis, afonía y la pérdida de sensibilidad parcial o total*. Estos síntomas no están apoyados por la evidencia médica. En eso se diferencia de los trastornos psicósomáticos (úlceras) en los que sí existe una disfunción médica observable.
- **TEORÍAS PSICOANALÍTICAS (Freud)**: La energía psíquica asociada con deseos e impulsos inconscientes inaceptables, podrían convertirse en síntomas somáticos. El **conflicto** ocurre *entre la necesidad inconsciente de expresar un impulso instintivo (agresivo o sexual) y el temor de hacerlo*.

El **DSM-III-R**, explica el significado del síntoma de conversión en base a **2 mecanismos**:

- a) Mediante una **ganancia primaria**: El hecho de *mantener fuera de la conciencia un conflicto* o necesidad interna.
  - b) **Ganancia secundaria**: *Evitando una actividad que es nociva para él u obteniendo apoyo que de otra manera no conseguiría*.
- **Años 60-70**: Posibilidad de que el desorden tuviera una **BASE NEUROPSICOLÓGICA**. Teorías basadas en la asimetría cerebral, enfatizaban el papel del hemisferio derecho ⇒ Los sujetos zurdos serían más vulnerables que los diestros.

Sin embargo, la implicación neuropsicológica se cuestiona:

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

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

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

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

## 5. - TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- Descrito por primera vez (1859) por **Paul Briquet** como una **forma de histeria**.
- Años 60: Una serie de estudios configuran un subgrupo homogéneo de pacientes histéricos cuya característica principal consistía en quejas polisintomáticas: *vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, de peso, dismenorrea e indiferencia sexual*.
- Recogido en el **DSM-II** como síndrome de Briquet (59 síntomas).
- **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).
- El **DSM-IV**: Mantiene los mismos grupos de síntomas del DSM-III, *excepto los síntomas cardiopulmonares*.
- Estudios recopilados por **Willerman** y **Cohen**:
  - 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.
  - Los sujetos con éste trastorno exhiben un patrón de conducta (*doctor shopping*) que consiste en acudir de un médico a otro hasta conseguir que uno de ellos le diagnostique su dolencia.

### Trastorno por somatización vs hipocondría

1. Mientras que el principal problema de la somatización está representado por **los síntomas en sí mismos**, el elemento motivador de la hipocondría es el **miedo a la enfermedad** (los síntomas no implican problemas en sí mismos. Simplemente señalan la presencia de un trastorno).
2. En la hipocondría hay un acercamiento a los síntomas científico y preciso, mientras que en la somatización se da **una definición vaga, dramática y exagerada de los síntomas**.
3. Hipocondríacos tienen un número de quejas limitado, mientras que en los desordenes por somatización, existen **quejas múltiples**.

4. Diferencias vinculadas con:

- EDAD: **somatización 20-30** años e **hipocondría** entre **30-40**.
- SEXO: **somatización** mayor en la **mujer**, **hipocondría** **varón = mujer o > en varón**.
- APARIENCIA FÍSICA: **Somatización atractiva** e **hipocondría poco atractiva**.
- ESTILO DE PERSONALIDAD: **Somatización** **histriónica** e **hipocondría** **obsesiva**

**Rasgos diferenciales entre el trastorno por somatización y la hipocondría**

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

**Diferencias entre el trastorno por somatización y el T. por conversión.**

*El desorden de conversión* ocurre ante una situación específica que se deriva directamente de traumas personales o de conflictos interpersonales, y en contraste con el T. por somatización, está infrecuentemente asociado con el desorden de personalidad histriónica. Igualmente a diferencia del trastorno por somatización, **la conversión** implica a veces una falta de preocupación, denominada la **belle indifférence** sobre la aparente seriedad de la aparente disfunción manifestada. En contraposición con el trastorno de somatización **la conversión** lleva consigo una depresión enmascarada.

**Características diferenciales entre el trastorno por somatización y el desorden de conversión**

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

Turner y col demostraron que solamente un 20,7 % de los sujetos histéricos hospitalizados concurrían en un comportamiento de personalidad histriónica, en la actualidad los trastornos por somatización y de personalidad histriónica constituyen dos entidades nosológicas independientes.

- Se ha especulado sobre la posible relación entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización:
  - Años 60-70 se sugirió que compartían características comunes: alcohol, drogas, criminalidad, conducta antisocial.
  - Años 80: Estudio sobre la vinculación entre sociopatía y trastorno por somatización ⇒ Asociación entre histeria y personalidad antisocial únicamente en el grupo de mujeres.
- La ETIOLOGÍA del trastorno permanece ambigua:
  - Primer momento: **Briquet** puso énfasis en los factores ambientales.
  - Recientemente, el grupo de **Escobar**, sugirió que los factores socioculturales jugaban un papel importante (Mayor ocurrencia del trastorno en estrato de población menos educados y con baja posición social).
  - Algunas investigaciones han sugerido un sustrato etiológico de carácter neuropsicológico (igual que en t. De conversión): Los pacientes de éste grupo de alteraciones pueden tener un deterioro atencional y cognitivo que se refleja en una percepción y evaluación defectuosa del input somatosensorial.