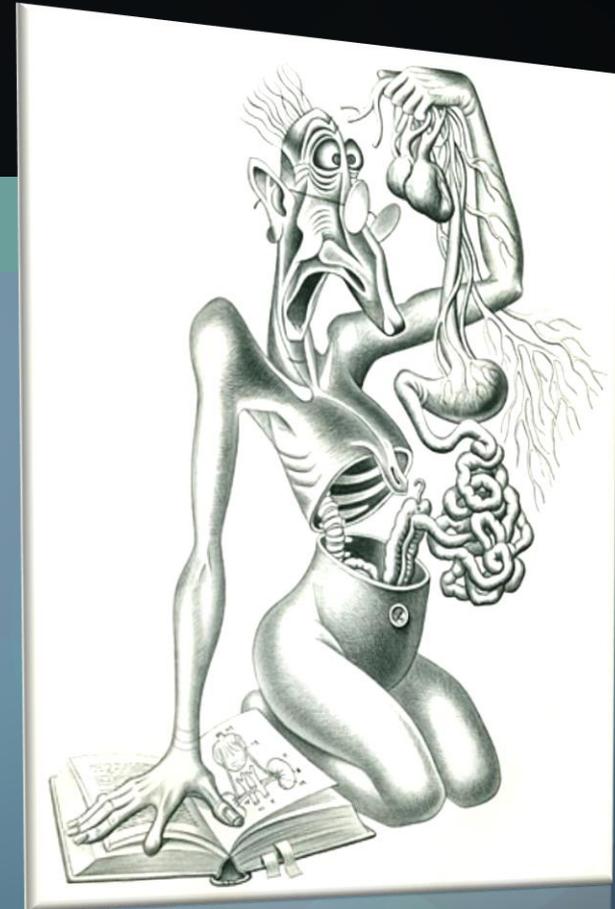


TRASTORNOS SOMATOMORFOS



M.E.S.C. María Teresa Rojas Rodríguez

¿Que son?

Son un grupo de trastornos definidos por:

Los síntomas físicos sugieren un trastorno médico para el que no existe una afección física demostrable o hay pruebas insuficientes de una base física subyacente.

Existe una presunción firme de que los síntomas guardan relación con factores psicológicos.



El proceso de somatización

- La manifestación de un estrés psicológico como síntomas somáticos.
- Una conducta de enfermedad anormal (falta de correspondencia entre la enfermedad percibida y la enfermedad documentada).
- La amplificación (proceso por el que las sensaciones físicas y los síntomas generan ansiedad en función de su importancia; ansiedad = aumento de síntomas).
- Sufrimiento notable del paciente y visitas médicas reiteradas.



Se caracterizan por

- La presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad o los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.



Además de

- Causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.



Los tipos son:

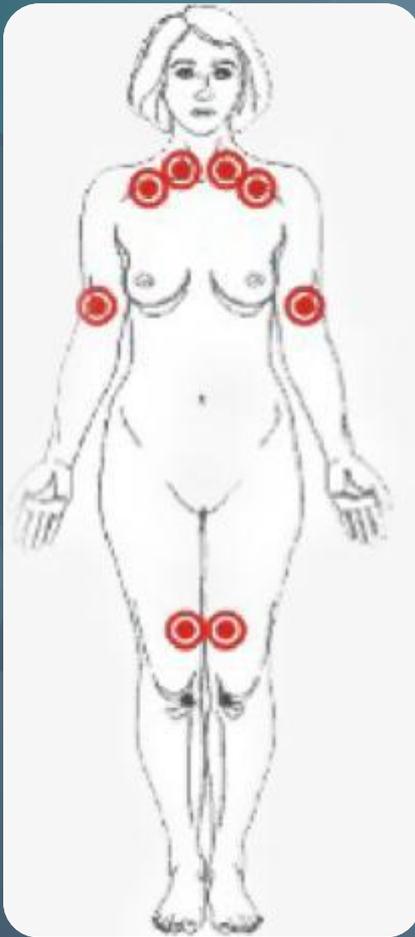
- Somatización
- Somatomorfo indiferenciado
- Conversión
- Por dolor
- Hipocondría
- Dismórfico corporal



Trastorno de somatización

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





- **B.** Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)

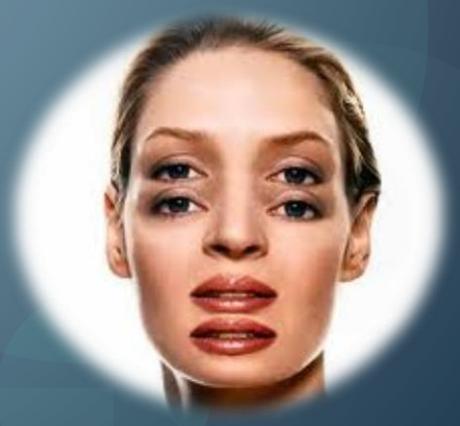
2. dos síntomas gastrointestinales:
historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)



3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)



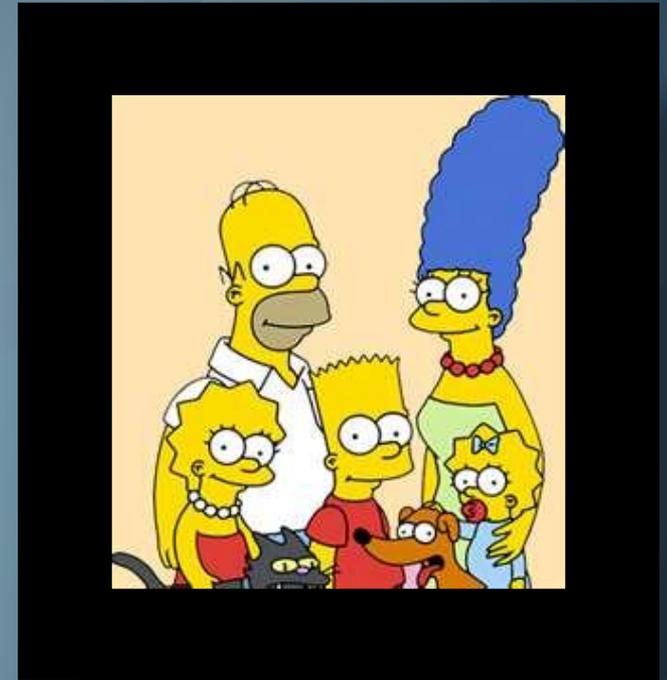
4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)



- **C.** Cualquiera de las dos características siguientes:
 1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)
 2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio
- **D.** Los síntomas **no se producen intencionadamente** y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Patrón familiar

- El 10 -20 % de las mujeres parientes en primer grado
- Los familiares hombres tienen una mayor prevalencia de padecer t antisocial y t relacionados con sustancias
- Y tener padres biológicos o adoptivos con alguno de estos trastornos aumenta la aparición de t antisocial, t relacionados con sustancias y t. de somatización



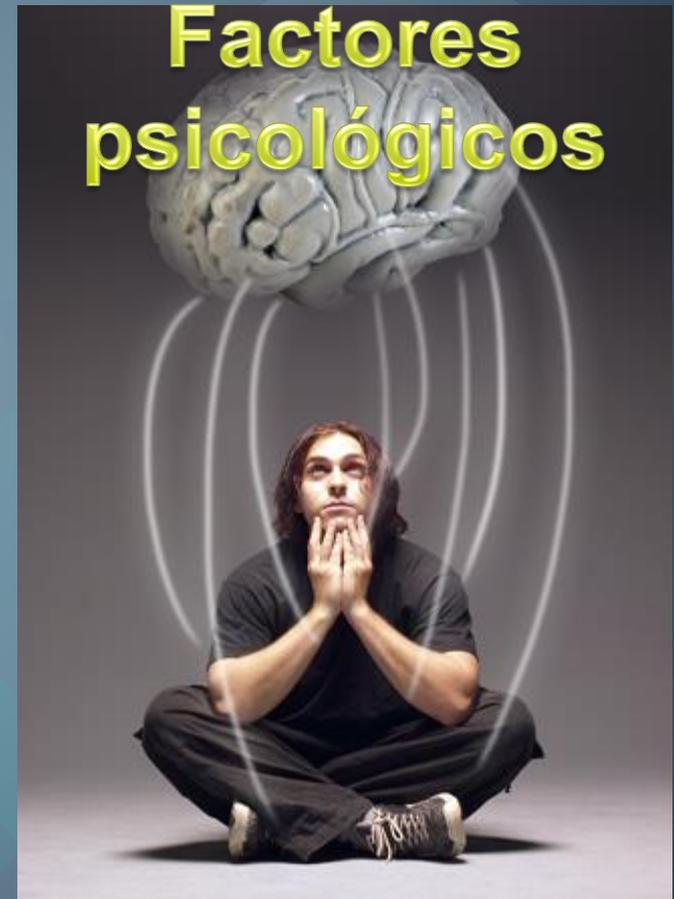
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)

- **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).

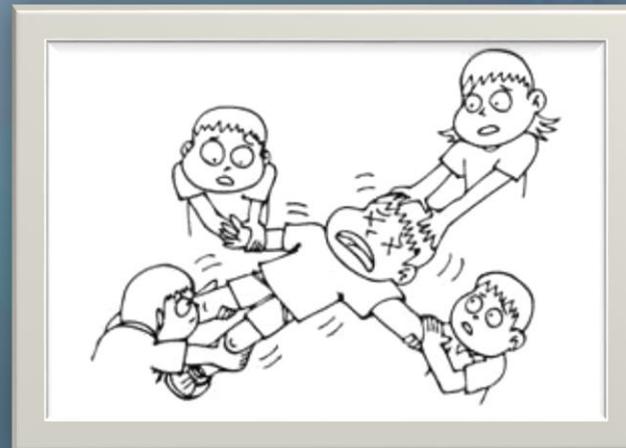
F44 Trastorno de conversión (300.11)

- **A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- **B.** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- **C.** El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).



- **D.** Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- **E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- **F.** El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- *Código basado en el tipo de síntoma o déficit:*
- **.4 Con síntoma o déficit motor**
- **.5 Con crisis y convulsiones**
- **.6 Con síntoma o déficit sensorial**
- **.7 De presentación mixta**



F45.4 Trastorno por dolor



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

- **E.** El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.
- *Codificar el tipo:*
- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos (307.80):** se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica (307.89): tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica (v. después) se codifican en el Eje III.

- *Especificar (para ambos tipos) si:*
- **Agudo:** duración menor a 6 meses.
- **Crónico:** duración igual o superior a 6 meses.
- **Nota:** el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

- **Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica:** la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.).
- Dolor lumbar, ciático, cefalea, Dolor facial, torácico etc.



F45.2 Hipocondría (300.7)

- **A.** Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- **B.** La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- **C.** La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- **D.** La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.



- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.
- *Especificar si:*
 - **Con 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.

F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

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



F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)



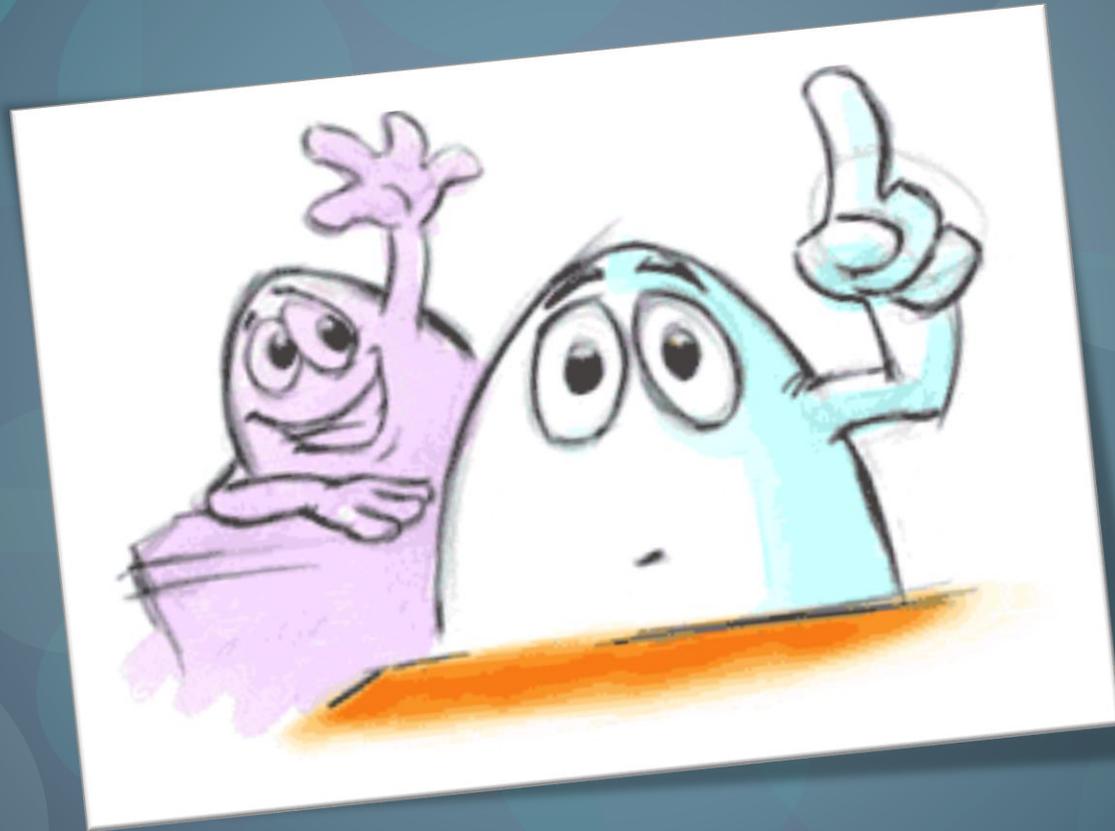
DEFINICIÓN

- Se caracteriza por una preocupación acerca de defectos imaginados o exageración de rasgos reales del aspecto físico.
- Comienza normalmente entre la adolescencia y la edad madura, y consiste en un sentimiento generalizado de que alguna parte corporal es fea, está distorsionada o es defectuosa:
- Los pacientes suelen reconocer cierto grado de exageración de su preocupación, si bien siguen considerando que el problema es significativo.
- Los pacientes con TDC suelen consultar con frecuencia a dermatólogos, médicos de atención primaria y cirujanos plásticos, y suelen someterse a cirugía innecesaria y otras intervenciones estéticas.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- Depresión, TOC , Anorexia nerviosa.

TRATAMIENTO

- La cirugía debe evitarse cuando se sospeche un TDC (pocos datos respaldan la eficacia de las intervenciones a la hora de reparar el defecto percibido).
- Entre las opciones de psicoterapia, parece que la TCC es la más eficaz.
- Los fármacos empleados en el tratamiento del TOC (ISRS y clomipramina) pueden ofrecer un cierto alivio.
- Los antipsicóticos podrían estar indicados cuando se pierde la introspección en la preocupación sobre el aspecto corporal o los síntomas son de proporciones psicóticas.
- El TDC coexiste a menudo con la depresión, y en este caso están indicados los antidepresivos.

Sesión de preguntas





GRACIAS

tere_rojas03@hotmail.com