

Trastornos disociativos y somatomorfos

Guillermo Hernández G.

Introducción

Somatización

La somatización, “territorio fronterizo entre la medicina y la psiquiatría”, se refiere a la experiencia subjetiva de síntomas físicos sin causa orgánica apreciable. En el ámbito clínico asistencial se la define más frecuentemente como la presencia de síntomas físicos clínicamente significativos que no pueden explicarse completamente por una enfermedad física.

En un estudio se observó que 60 a 80% de una población de no pacientes tenían síntomas somáticos durante alguna semana. Entre los pacientes que consultan al médico general por quejas somáticas, no es posible encontrar causa orgánica alguna en 20 a 84%.

Para los pacientes que se empeñan en buscar una causa médica para sus síntomas funcionales, el riesgo de técnicas diagnósticas invasivas, intervenciones quirúrgicas innecesarias y ensayos con tratamientos medicamentosos mal orientados pueden poner en riesgo su salud, además de suponer un notable gasto de recursos médicos.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de los síntomas somáticos funcionales. Cuadros que producen quejas somatomorfas.

- Enfermedad física
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos por consumo abusivo de sustancia
- Trastornos psicóticos
- Trastornos mentales de origen orgánico
- Producción voluntaria de síntomas
 - Simulación
 - Trastornos facticios
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos de personalidad
 - Dependiente
 - Pasivo-agresivo
 - Antisocial
 - Borderline
 - Narcisista
 - Histriónico
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Esquizotípico

Síntomas somáticos funcionales

Diagnóstico diferencial

Cuando se pide al psiquiatra que evalúe a un paciente con síntomas somáticos sin anomalías evidentes o cuya intensidad es desproporcionada al grado de alteraciones observadas, el psiquiatra no piensa primero en un trastorno somatomorfo; es más frecuente detectar otros trastornos, por ejemplo depresión. La mitad de los pacientes de la asistencia primaria que acaban con un diagnóstico psiquiátrico inicialmente presentaban sólo síntomas somáticos, mientras que el 75% de los pacientes con depresión mayor o trastorno de ansiedad también hicieron su presentación ante el médico sólo con signos somáticos.

Como en cualquier otro proceso, es necesario hacer un diagnóstico diferencial. En la Tabla 1 se indican los diagnósticos que con mayor frecuencia causan quejas somáticas.

El abordaje de estos pacientes incluye la habitual historia clínica y la exploración: historia psiquiátrica personal y familiar, historia psicosocial, antecedentes médicos, medicamentos en uso, resultados de laboratorio recientes, estudio del registro médico actual y de antiguos historiales. De hecho, el planteamiento de cualquier diagnóstico diferencial siempre es: ¿Qué enfermedad orgánica, posiblemente aún no diagnosticada, puede explicar estos síntomas? En el caso de los síntomas funcionales ésa sigue siendo la primera pregunta a plantearse, ya que son frecuentes en el contexto de una enfermedad médica grave.

Trastornos disociativos y somatomorfos primarios

El DSM IV da un 0,2% de prevalencia para la fuga disociativa en población general; dice que la amnesia disociativa y el trastorno de personalidad múltiple han aumentado. Para el trastorno de somatización da 0,2-2% en mujeres y menos de 0,2% en hombres. El trastorno de conversión en población general varía de 10 a 300/100000 y es de 1-3% entre los pacientes ambulatorios enviados a centros de salud mental. Para el trastorno por dolor se ha observado que en el transcurso de 1 año 10-15% de los adultos de EE.UU padece de algún tipo de discapacidad laboral únicamente por dolor lumbar. Para la hipcondría se desconocen datos de la población general y en la práctica médica es de 4 a 9%.

En Chile se encontró trastornos somatomorfos en el 0,5% de mujeres hospitalizadas y 0 en hombres y en la

población general los trastornos por somatización alcanzaron una prevalencia de vida de 3,6%.

Hecha esta introducción para situar los trastornos disociativos y somatomorfos primarios, en adelante describiremos las características de estos trastornos y las pautas para su diagnóstico.

Diagnóstico de los trastornos disociativos y somatomorfos

La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, (CIE 10), dedica la sección F a los trastornos mentales y del comportamiento. Los trastornos disociativos (F44) y los trastornos somatomorfos (F45) están incorporados en el grupo de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, F40-48.

Trastornos disociativos (de conversión) (F44)

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. (Para el DSM IV consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno)

Normalmente hay un considerable grado de control conciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo.

Se acepta que en los trastornos disociativos (TD) esta capacidad para ejercer el control conciente y selectivo se ha perdido en un grado que puede variar de día a día o de hora en hora.

Por lo general es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo control voluntario.

Se supone que los TD incluidos en este capítulo tienen un origen psicógeno y una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables, o relaciones interpersonales alteradas.

El término “conversión” se utiliza ampliamente para algunos de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver se transforman de alguna manera en síntomas.

Todos los tipos de estados disociativos (ED) tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los ED que han persistido más de uno o dos años antes de recibir

tratamiento psiquiátrico, suelen ser resistentes a los tratamientos.

Los enfermos con TD presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos.

Pautas para el diagnóstico

- Presencia de las características clínicas especificadas en los trastornos aislados
- Ausencia después de exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas.
- Evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

A veces, a pesar de sólidas sospechas, es difícil llegar al convencimiento pleno de la génesis psicológica de los síntomas. En presencia de trastornos conocidos del SNC o periférico, el diagnóstico de TD debe hacerse con mucha precaución. Si faltan datos para reconocer una génesis psicológica, el diagnóstico debe quedar como provisional y debe perseverarse en la investigación de posibles factores psicológicos y somáticos.

Otras denominaciones que se usan para estos cuadros: histeria, histeria de conversión, reacción de conversión, psicosis histérica. La simulación (conciente) queda excluida.

El término “histeria” no es conveniente debido a que tiene muchos significados distintos.

Amnesia disociativa (F44.0)

Característica principal: pérdida de la memoria para hechos recientes importantes y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. La extensión y alcance de la amnesia varía a menudo de día a día, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en vigilia. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno. Los adultos jóvenes son los más frecuentemente afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate.

Pautas para el diagnóstico.

- La presencia de amnesia parcial o completa para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante.
- La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

Diagnóstico diferencial.

Hay que tener en cuenta que en los trastornos mentales orgánicos suelen estar presentes otros signos de alteración del SN, además de signos evidentes y consistentes de obnubilación de conciencia, desorientación y fluctuaciones del nivel de atención. La pérdida de la memoria para hechos muy recientes es más típica de los

trastornos orgánicos, con independencia de la presencia de cualquier problema o acontecimiento verosímilmente traumático. Las lagunas mnésicas graves debidas al abuso de alcohol u otras sustancias psicotropas están íntimamente relacionadas con el abuso y los recuerdos nunca pueden recuperarse. La pérdida de memoria de corto plazo del estado amnésico (síndrome de Korsakov), en la que la evocación inmediata es normal pero tras sólo dos ó tres minutos ya es imposible, no se presenta en la amnesia disociativa.

La amnesia que es consecuencia de una conmoción cerebral o de un traumatismo craneal grave, suele ser retrógrada, aunque en casos graves puede ser también anterógrada, mientras que en la amnesia psicógena es casi siempre anterógrada. Solo la amnesia disociativa puede ser modificada por mediante hipnosis o abreactión. La amnesia poscrítica de los epilépticos y otros estados de estupor o mutismo ocasionales en los trastornos esquizofrénicos y depresivos, pueden diferenciarse en general por el resto de las manifestaciones de la enfermedad subyacente.

El diagnóstico diferencial es difícil con la amnesia concientemente fingida y pueden ser necesarias evaluaciones repetidas y detalladas de la personalidad premórbida y de las motivaciones. La simulación conciente de amnesia está relacionada en general con claros problemas financieros, peligro de muerte en período de guerra o posibles sentencias de prisión o muerte.

Deben excluirse: síndrome amnésico debido a consumo de alcohol u otras sustancias, amnesia sin especificación, amnesia anterógrada, síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias, amnesia poscrítica de la epilepsia, amnesia retrógrada.

Nota: En el Apéndice se ha incluido un caso que ilustra este cuadro.

Fuga disociativa (F44.1)

Se diagnostica cuando a la amnesia disociativa se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo pero manteniendo el cuidado de sí mismo.

Nota: Ver en Apéndice un caso que ilustra sobre esta entidad.

Estupor disociativo (F44.2)

El estupor se diagnostica por la disminución profunda o ausencia de la motricidad voluntaria y la respuesta normal a estímulos como la luz, ruidos y el ser tocado. El enfermo permanece acostado o sentado considerablemente inmóvil durante largos períodos de tiempo. El habla y los movimientos espontáneos y voluntarios están ausentes o casi completamente ausentes. Aunque puede estar presente un cierto grado de perturbación de la conciencia, el tono muscular, la postura, la respiración y a veces la apertura y movimientos coordinados de los ojos son tales que es obvio que el enfermo no está ni dormido ni inconciente.

La anamnesis y la exploración clínica ponen de manifiesto la falta de una etiología somática. Suele haber evidencia positiva de una génesis psicógena en forma de presencia de acontecimientos biográficos estresantes recientes o de problemas sociales o interpersonales importantes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de estupor.
- b) Ausencia de trastornos psiquiátricos o somáticos que lo expliquen.
- c) Presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

Diagnóstico diferencial

Estupor catatónico y estupor maniaco o depresivo. Los dos últimos cada vez menos frecuentes por el tratamiento precoz de las enfermedades afectivas severas.

El estupor catatónico de la esquizofrenia suele estar precedido por los síntomas y comportamientos característicos de estos enfermos. El estupor de los cuadros afectivos suele aparecer de forma comparativamente más lenta y son de ayuda los datos proporcionados por terceros.

Trastornos de trance y de posesión (F44.3)

En estos hay pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o “fuerza”. La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a solo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí solo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tiene lugar al margen (o son una prolongación) de ceremonia religiosa culturalmente aceptadas. No se incluyen los estados de trance que se presentan en las psicosis esquizofrénicas o agudas con alucinaciones o ideas delirantes, o en la personalidad múltiple. No debe emplearse esta categoría si se piensa que el estado de trance está íntimamente relacionado con cualquier trastorno somático como epilepsia de lóbulo temporal, TEC o intoxicación por sustancias.

Nota: El cine ha ofrecido, aunque exagerando dramáticamente, obras que permiten hacerse una idea de esta entidad (véase por ejemplo “El Exorcista”).

TD de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (F44.4–F44.7)

En estos trastornos hay una pérdida o alteración de las funciones motrices o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo aparenta tener una enfermedad somática, y sin embargo, no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. Estos suelen representar el concepto que el enfermo tiene de un trastorno somático lo cual puede no coincidir con la psicopatología de los síntomas de enfermedad somática. Por otra parte, la evaluación del estado psicológico del

enfermo y de su situación social sugiere que la incapacidad funcional consecuencia de los síntomas puede estar ayudando al enfermo a escapar de conflictos desagradables o a expresar de una manera indirecta una necesidad de dependencia o resentimiento. Aunque los problemas o conflictos puedan ser evidentes a terceros, el enfermo suele negar su existencia y atribuye cualquier molestia a los síntomas o a la incapacidad derivada de ellos.

El grado de incapacidad de estos síntomas puede variar de una circunstancia a otra, dependiendo del número y el tipo de las personas presentes y del estado emocional del enfermo. En otras palabras, puede haber una cierta proporción de búsqueda de atención añadida a un núcleo central invariable de pérdida de la motilidad o de la sensibilidad que no está bajo el control voluntario.

En algunos enfermos los síntomas surgen en íntima relación con una situación de estrés psicológico, pero en otros no sucede así. Puede ser sorprendente, pero no es constante, una tranquila aceptación de la grave incapacidad y la cual por otra parte también puede estar presente en individuos bien adaptados que se enfrentan a obvias y graves enfermedades somáticas.

Suele ser posible poner de manifiesto anomalías premórbidas de las relaciones personales y de la personalidad y parientes cercanos o amigos pueden haber padecido enfermedades somáticas con síntomas similares a los del enfermo. A menudo se ven variedades moderadas y transitorias de estos trastornos en adolescentes, en particular del sexo femenino, pero los casos crónicos se presentan en adultos jóvenes. En unos pocos se desarrolla de una forma repetitiva de reacción ante estrés mediante trastornos de este tipo, cuya presentación puede persistir mucho tiempo, ya en las edades avanzadas de la vida.

Pautas para el diagnóstico

En presencia de trastornos del sistema nervioso o cuando se trata de un individuo con una buena adaptación previa y con relaciones familiares y sociales normales, el diagnóstico debe ser hecho con mucha precaución.

Para un diagnóstico seguro:

- No debe haber evidencia de un trastorno somático.
- Debe haber un conocimiento suficiente del entorno psicológico y social y de las relaciones interpersonales del enfermo para permitir una presunción razonable de los motivos de la aparición del trastorno.

El diagnóstico debe ser probable o provisional si hay alguna duda sobre el papel de un posible trastorno somático o si es imposible comprender el porque se han presentado los síntomas. En los casos confusos o no bien definidos, debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de la aparición posterior de una enfermedad somática o psiquiátrica grave.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que los estadios precoces de trastornos neurológicos progresivos, en especial la esclerosis múltiple y el lupus sistémico, pueden ser confundidos con trastornos disociativos (o conversivos)

de la motricidad y de la sensibilidad. Los enfermos que reaccionan al comienzo de una esclerosis múltiple con angustia y comportamiento de búsqueda de atención plantean problemas especialmente difíciles y pueden ser necesarios períodos comparativamente largos de evaluación y observación, antes que el diagnóstico sea claro.

Las quejas múltiples y mal definidas de síntoma somáticos deben ser clasificadas como trastornos somatomorfos o neurastenia.

En la mayor parte de los trastornos mentales importantes, tales como la esquizofrenia o la depresión grave, pueden aparecer síntomas disociativos aislados, pero estos trastornos suelen ser evidentes y tienen prioridad para el diagnóstico y la codificación sobre los trastornos disociativos.

La simulación consciente de la pérdida de la capacidad de movimiento o de la sensibilidad es a menudo muy difícil de distinguir de la disociación. La decisión quedará supeditada a la observación detallada y a lo que se logre de la comprensión de la personalidad del enfermo, de las circunstancias que rodean la aparición del trastorno y de las consecuencias que tenga el recuperarse frente al continuar incapacitado.

Trastornos disociativos de la motilidad (F44.4)

Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad del movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos limitados o lentos. Pueden presentarse distintos tipos y grados de falta de coordinación de movimientos (ataxia), en particular de la piernas, dando lugar a extraños modos de andar o a la incapacidad de permanecer de pie sin ayuda (astasia-abasia). Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo.

Se incluyen la afonía psicógena y la disfonía psicógena.

Convulsiones disociativas (F44.5)

Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar los ataques epilépticos pero en las convulsiones disociativas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance.

Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas (F44.6)

Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias.

En los TD la pérdida de la visión es rara vez total y las perturbaciones visuales más frecuentes son pérdida de

agudeza, visión borrosa en general o una “visión en túnel”. A pesar de las quejas de pérdida visual, la movilidad general del enfermo y las funciones motrices aisladas suelen estar sorprendentemente bien conservadas.

La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos frecuentes que la pérdida de la sensibilidad cutánea o de la visión.

TD mixto (F44.7)

Denomina la mezcla de trastornos especificados anteriormente.

Otros TD (F44.8); Síndrome de Ganser (F44.80)

Un trastorno complejo descrito por Ganser y caracterizado por pararrespuestas, el enfermo responde de modo aproximado lo que se le pregunta, por ejemplo, $2+2=5$; si se le pregunta en qué momento del día estamos, afirma que es de noche en un día evidentemente soleado. Por lo general se acompaña de varios otros síntomas disociativos y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena.

Trastorno de personalidad múltiple (F44.81)

El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta una sola de ellas.

TD transitorios de la infancia o la adolescencia (F44.82).

Otros TD especificados (F44.88)

Incluye confusión psicógena y estado crepuscular psicógeno.

TD sin especificación. (F44.9)

Nota: En el Apéndice se reproduce el caso da Anna O, de gran interés para entender la clínica, el tratamiento y la historia de los TD.

Trastornos somatomorfos (F45)

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, estos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guardan estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que incluso suele suceder aún estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

En estos enfermos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención, en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Diagnóstico diferencial

Con las ideas delirantes hipocondríacas.

Trastorno de somatización (F45.0)

El rasgo más destacado es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y con frecuencia variables que han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico

- Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que ha persistido al menos dos años.
- La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- Cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Diagnóstico diferencial

Trastornos somáticos: Los casos duraderos de trastorno de somatización tienen las mismas probabilidades de desarrollar trastornos somáticos independientes que cualquier otra persona de su edad, por lo que estos deben tenerse en cuenta en consultas o exploraciones posteriores al diagnóstico, si se produce un cambio en el énfasis o en la estabilidad de las quejas somáticas que sea sugestivo de una posible enfermedad somática.

Trastornos del humor (depresivos) y ansiosos: la depresión y la ansiedad, en grados diversos, acompañan por lo general a los trastornos de somatización, pero no precisan ser especificados por separado, a menos que sean lo suficientemente intensos y persistentes como para justificar un diagnóstico por sí mismos. La aparición de múltiples síntomas somáticos después de los 40 años puede corresponder a una manifestación precoz de un trastorno depresivo primario.

Trastorno hipocondríaco: En los trastornos de somatización se pone mayor énfasis en los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en el trastorno hipocondríaco se presta mayor atención a la presencia de una enfermedad subyacente progresiva y grave y a sus consecuencias incapacitantes. En el trastorno hipocondríaco el enfermo tiende a pedir exploraciones para determinar o confirmar la naturaleza de la enfermedad subyacente, mientras que en los enfermos con trastorno por somatización solicitan tratamientos para hacer desaparecer los síntomas.

En el trastorno de somatización suele presentarse un consumo excesivo de fármacos y un no cumplimiento duradero de las prescripciones médicas, mientras que en el trastorno hipocondríaco hay temor a los fármacos y a sus efectos secundarios y una búsqueda de garantías en frecuentes visitas a médicos distintos.

Ideas delirantes: tales como en la esquizofrenia con ideas delirantes somáticas, y los trastornos depresivos con ideas delirantes hipocondríacas; la cualidad bizarra de las creencias junto con el menor número y la mayor estabilidad de los síntomas somáticos son más típicos de las ideas delirantes.

En caso que los síntomas tengan una evolución inferior a dos años o sean menos llamativas cabe incluirlos en la categoría de trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Trastorno hipocondríaco (F45.2)

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos centrando su atención, casi siempre sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. Puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aún cuando así sea, el grado de convicción y el énfasis que pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que existan otros trastornos somáticos adicionales además de aquel que él mismo destaca.

Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con

oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

Este síndrome se presenta tanto en varones como mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización).

Muchos enfermos en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en la atención primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable. Así mientras unos enfermos dominan o manipulan a sus familias o a su entorno social, una minoría mantiene comportamiento social virtualmente normal.

Incluye: hipocondría, neurosis hipocondríaca, nosofobia, dismorfofobia no delirante*, trastorno corporal dismórfico no delirante*. (*: Son denominaciones para la preocupación por algún defecto en el aspecto físico con iguales características y consecuencia que el trastorno hipocondríaco).

Pautas para el diagnóstico

- Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave que subyace al o los síntomas presentes, aún cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o, una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta.
- Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anomalía somática.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de somatización. Las principales diferencias ya se han señalado.

Trastornos depresivos. Si los síntomas depresivos son particularmente intensos y preceden al desarrollo de las ideas hipocondríacas, puede tratarse de un trastorno depresivo primario.

Trastorno de ideas delirantes. Las creencias no tienen en el trastorno hipocondríaco la misma firmeza que en los trastornos esquizofrénicos y depresivos que se acompañan de ideas delirantes referidas al cuerpo.

Trastornos de ansiedad. Los síntomas somáticos de la ansiedad (y del pánico) se interpretan a veces como signos de una enfermedad somática grave, pero en estos trastornos los enfermos suelen tranquilizarse con las explicaciones fisiopatológicas y no se presenta la duda marcada y reiterativa de la presencia de una enfermedad somática.

Nota : En el Apéndice se ha incluido un caso de hipocondría.

Disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3)

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra total o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo.

Por lo general los síntomas son de dos tipos. Los del primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). Ninguno de los síntomas sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados.

El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En muchos enfermos pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas para esta categoría.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico

Para hacer un diagnóstico preciso deben estar presentes todos los requisitos siguientes:

- Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor etc.
- Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las respectivas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- Ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con el trastorno de ansiedad generalizada; se basa en el predominio de los componentes psicológicos de la actividad vegetativa, tales como el miedo o los presentimientos ansiosos en el trastornos de ansiedad

generalizada, y la falta de una referencia consistente para los otros síntomas. Aunque pueden aparecer síntomas vegetativos en los trastornos de somatización no son llamativos ni persistentes en comparación con las otras sensaciones y sentimientos, y los síntomas no son atribuidos con tanta insistencia a un órgano o sistema determinado.

No deben diagnosticarse aquí factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades reconocidas.

Del corazón y del sistema cardiovascular (F45.30)

Incluye neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa

Del tracto intestinal alto (F45.31)

Incluye neurosis gástrica, aerogafagia psicógena, hipo psicógeno, dispepsia psicógena, piloroespasmus psicógeno.

Del tracto intestinal bajo (F45.32)

Incluye flatulencia psicógena, meteorismo psicógeno, colon irritable psicógeno, diarreas psicógenas.

Del sistema respiratorio (F45.33)

Incluye hiperventilación psicógena, tos psicógena.

Del sistema urogenital (F45.34)

Incluye disuria psicógena, poliaquiuria psicógena, vejiga nerviosa.

Trastorno de dolor somatomorfo persistente (F45.4)

La queja persistente es la presencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben clasificarse aquí los dolores psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia; tampoco los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos como el dolor de tensión muscular o migraña. Sí caben aquí dolores denominados como psicalgia, lumbalgia psicógena, cefalea psicógena, dolor somatomorfo psicógeno.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que el problema más frecuente es diferenciar este trastorno de la elaboración histriónica de un dolor de causa orgánica. Los enfermos que padecen dolores orgánicos en los que no se ha llegado a un diagnóstico somático concreto pueden volverse temerosos o resentidos lo que puede dar lugar a demandas de atención. En los trastornos de somatización aparecen toda una serie de molestias y dolores que no son tan persistentes ni prevalecen tanto sobre las otras quejas.

Deben excluirse de esta categoría el dolor sin especificación, la cefalea de tensión y la lumbalgia sin especificación.

Nota: En el Apéndice se ofrece un caso de dolor somatomorfo.

Otros trastornos somatomorfos (F45.8)

En estos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o partes específicas del cuerpo. Esto contrasta con las quejas por síntomas y malestares frecuentes y cambiantes que acusan los enfermos con trastornos de somatización y con trastorno de somatización indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Corresponden a trastornos de la sensibilidad que tienen relación temporal estrecha con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención recibida del médico o de otras personas. Son frecuentes la sensación de hinchazón o de “cosas raras” sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento) y síntomas como globo hístico (sensación de nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia, tortícolis psicógena y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (no el síndrome de Gilles de la Tourette), prurito psicógeno (no lesiones como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria que tengan un origen psicógeno), dismenorrea psicógena (no dispareunia ni frigidez), rechinar de dientes.

Trastorno somatomorfo sin especificación (F45.9)

Cualquiera entidad no nombrada hasta ahora en la CIE 10 incluyendo trastorno psicofisiológico sin especificación, trastorno psicósomático sin especificación.

Tratamiento

Trastornos disociativos (conversivos)

La literatura muestra un horizonte favorable para estos pacientes, al menos en los primeros 5 años. El 50 a 90% de los pacientes se han recuperado antes de salir del hospital; los estudios recogen un 50% de remisiones totales en el momento del alta en un grupo de pacientes conversivos de un hospital general.

La evolución a largo plazo es menos favorable; 20 a 25% vuelven a presentar síntomas de conversión en el primer año o desarrollan otras formas de somatización.

La forma terapéutica más habitual consiste en sugerir que el síntoma mejorará gradualmente.

Hay que tranquilizar al paciente señalando que no habiendo lesión orgánica la recuperación es segura y progresiva con mejoría gradual de las funciones afectadas. Pueden sugerirse ejercicios para la readquisición de la marcha normal, la motricidad, etc. Un autor subraya que debe comentarse con el paciente los factores estresantes e intentar la detección de las emociones dolorosas para calibrar el grado de

comunicación interpersonal no verbal encarnada en el síntoma.

Si el síntoma de conversión persiste, el estrés que lo desencadena es crónico o hay un gran beneficio secundario, resolver la situación pasa a ser un objetivo de la situación.

Dado que el estrés es muchas veces psicosocial, la terapia de la familia o de la pareja puede ser un recurso útil.

Pueden intentarse procedimientos más sofisticados como ciertas formas de psicoterapia que rebasan los objetivos de este documento.

Trastornos somatomorfos

Murphy ha planteado que es preferible que el trastorno de somatización lo apliquen los médicos de asistencia primaria conforme a un plan conservador basado en 1) proporcionar el apoyo firme de otra persona, 2) evitar técnicas innecesarias o peligrosas y 3) investigar, dando apoyo a la vez, las áreas estresantes de la vida del paciente. Esto último puede hacerse mientras se realiza la exploración física, sin atribuir necesariamente la causa de las quejas somáticas del paciente al estrés psicosocial (que es la creencia de casi todos los autores). El objetivo fundamental es ayudar al paciente a manejarse con sus

Conducta recomendada a médicos de atención primaria ante pacientes somatomorfos. (Smith, Monson y Ray)

- Indicar controles regulares, cada 4 a 6 semanas.
- Realizar exploración física en cada visita para descartar una enfermedad somática.
- Evitar la hospitalización, las pruebas diagnósticas, la cirugía y las pruebas de laboratorio, salvo que estén claramente indicadas.
- Nunca decir al paciente “todo lo que pasa es cosa de su mente”.

síntomas más que eliminarlos totalmente; dicho de otra manera, se trata de paliar más que curar. Los medicamentos psicotrópicos y analgésicos suelen no ser útiles, excepto para un cuadro psiquiátrico concomitante como depresión o trastorno de ansiedad. Smith, Monson y Ray codificaron las recomendaciones de tratamiento de los pacientes con trastornos somatomorfos en una carta dirigida a los médicos de atención primaria. Entre estas recomendaciones se incluyen citas regulares, cada 4 a 6 semanas, realizar exploración física en cada visita para descartar una enfermedad somática; evitar la hospitalización, las pruebas diagnósticas, la cirugía y las pruebas de laboratorio, salvo que estén claramente indicadas, y no decir nunca al paciente “todo lo que pasa es cosa de su mente”. Según un ensayo aleatorio controlado, este tipo de intervención produjo una reducción trimestral del 53% de los costos asistenciales, debido en gran parte a la disminución de las hospitalizaciones. La aplicación de las recomendaciones de estos autores no ejerció un efecto negativo sobre la

salud de los pacientes ni sobre su grado de satisfacción con la asistencia recibida.

En el paciente hipocondríaco, en general de pronóstico pobre, el objetivo del médico de atención primaria es evitar pruebas diagnósticas innecesarias y cualquier intervención médica o quirúrgica francamente agresiva; ayudar al paciente a tolerar y manejarse con sus síntomas y establecer una relación duradera y estable con el paciente basada en el interés del médico por él como persona y no solo por sus síntomas. El médico debe tener en cuenta que la sintomatología de estos pacientes se basa en razones psicológicas y psicosociales y que ninguna intervención médica puede curarles de la *necesidad* de sentirse enfermos. Cuando el médico ha comprendido que su tarea es más paliativa que curativa, disminuyen los enfrentamientos y la controversia en la relación con el paciente. En la misma línea, el paciente no puede empezar a soltar el asidero de su sintomatología hasta que siente que el médico le reconoce y acepta tal como es. Esto puede practicarse prestando atención a su historia social y personal, citarlo sin esperar su petición demostrándole que no necesita estar sintomático para tener atención; elogiándole por su resistencia y perseverancia a pesar de lo mal que se siente.

Ya que son pacientes que tienden a tener complicaciones, enfermedades iatrogénicas y efectos secundarios al tratamiento, un tratamiento hiperagresivo puede perjudicarlos más que otro suave, es bueno entonces cumplir la máxima clínica "No tanto hacer como estar", la prescripción es el médico mismo y las medidas a sugerir son modestas, calor local, ungüentos, exploraciones físicas frecuentes y vitaminas. Reconocer su malestar y sugerir por ejemplo un bastón, una órtesis o una vendas.

La orientación psiquiátrica más fructífera probablemente sea la cognitiva, conductual y pedagógica. Algunos clínicos opinan que a estos pacientes les va mejor la terapia de grupo que la individual. Aunque suele considerarse que la hipocondría no responde al tratamiento farmacológico con psicotrópicos, algunos informes sugieren que los ISRS pueden ser útiles.

Referencias

Dickinson W, Dickinson L, V. de Gruy F, Candib L, Main D, Libby A et al. The somatization in primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003; 25:1-7

Thonassen R, van Hmert A, Huyse F, van der Mast R, Hengevekt M. Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003; 25: 8-13.

Barsky A, Stern T, Greenberg D, Cassem N. Síntomas somáticos funcionales y trastornos somatoformes. En Cassem N. *Manual de psiquiatría en hospitales generales*. pp 319-353. Harcourt Brace de España SA, 1998.

Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino R, Núñez M. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un

servicio de medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 2001; 129: 1279-1288.

Smith G, Monson R, Ray D. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. 1986; *N Eng J Med* 314:1407-1413.

Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres P. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-I II-R / CIDI) (ECPPI)

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, OMS. Meditor, Madrid, 1992.

DSM-IV. Masson, Barcelona, 1995.

DSM-IV. Libro de Casos (Spitzer), Mason, SA. 1996.

APENDICE

Se ofrecen descripciones más o menos extensas de casos tomadas del Libro de Casos de Spitzer y cols donde los autores presentan una situación clínica y argumentan para fundamentar el diagnóstico formulado teniendo como referencias los criterios del DSM IV. Todo el material pertenece al texto citado.

AMNESIA DISOCIATIVA

Del servicio de urgencias se pide la presencia del psiquiatra para que evalúe a un joven de 18 años llevado por la policía. El está exhausto y muestra signos de exposición prolongada al sol. Da la fecha de 4 días antes; cuesta mantenerlo atento preguntas específicas, pero con estímulo da información. Recuerda que cuatro días antes navegaba con unos amigos y fueron sorprendidos por el mal tiempo. No sabe qué les pasó a sus amigos. Hay que repetírle varias veces que está en un hospital porque tiene incertidumbre sobre su paradero. Cada vez que se le comenta este hecho, parece sorprendido. No hay signos de TEC ni de deshidratación. Los electrolitos son normales lo mismo que la exploración de pares craneales. Por su estado de aparente cansancio se le permite dormir 6 horas. Al despertar está más atento pero no recuerda los hechos que siguieron al accidente, incluyendo cómo llegó al hospital. Ya no pone en duda que está en un hospital y recuerda la entrevista previa y que ha dormido unas horas. Informa que es universitario de buen rendimiento académico, que tiene un pequeño grupo de amigos íntimos y una buena relación familiar. Niega antecedentes psiquiátricos o de abuso de alcohol o drogas. Se le realiza una entrevista con amitil sódico (con fármacos). Durante la misma confiesa que ni él ni ninguno de sus amigos eran marineros con experiencia para hacer frente a la tormenta que les tocó. El se había atado al barco con una cuerda y se había puesto chaleco salvavidas. Sus compañeros no pudieron hacer lo mismo

Y fueron lanzados por la borda debido a la furia del oleaje. Perdió completamente el control del barco y tuvo la sensación que se había salvado gracias a su gran suerte y a la cuerda que lo aferraba a la embarcación. Subsistió 3 días con alguna comida que había en la cabina. Lo recogió un guardacostas y desde la playa la policía lo llevó al hospital.

FUGA DISOCIATIVA

Un hombre de 42 años es llevado a urgencias de un hospital por la policía. Se vio envuelto en una discusión y en una pelea en el restaurante donde trabajaba. Cuando la policía llegó al local habló con él y dijo llamarse Burt Tate pero no tenía ningún documento de identificación. Había llegado a la ciudad hacía algunas semanas y había empezado a trabajar como cocinero en el restaurante. No recordaba donde había vivido y trabajado antes. No tenía antecedentes policiales y le convencieron que fuera al hospital.

Cuando se le entrevistó sabía en qué ciudad se encontraba y que día era. Admitió que era algo inusual no recordar detalles de su vida pasada, pero no parecía muy preocupado. No habían pruebas de abuso de alcohol o de drogas y la exploración física no reveló traumatismos o cualquier otro tipo de patologías.

Las averiguaciones de la policía concluyeron que sus características coincidían con las de una persona de nombre Gene Saunders que había desaparecido un mes antes de una ciudad distante 320 km. La visita a la Sra. Saunders confirmó la identidad del paciente y añadió los siguientes antecedentes. 18 meses antes de su desaparición ocupaba un puesto de responsabilidad en una empresa y tenía problemas porque su jefe le exigía demasiado y le criticaba constantemente. Varios de sus compañeros habían cambiado de trabajo y él no podía hacer todo lo que se le encomendaba. El estrés laboral le provocó problemas en su casa. Se enfadaba con su mujer y con sus hijos, algo que no había hecho anteriormente. Antes de desaparecer tuvo una violenta discusión con su hijo de 18 años. El muchacho lo había llamado “fracasado” y se había ido a vivir con unos amigos. Dos días después desapareció.

Cuando se le llevó a la sala donde se encontraba su mujer dijo que no la reconocía y no sabía quien era. Se mostraba ansioso.

Diagnóstico diferencial: En el caso referido el tomar otra identidad sugiere un trastorno de identidad disociativo, pero no se cumplen los criterios para ese trastorno.

En general el cuadro debe diferenciarse con la fuga poscrítica características de los epilépticos de lóbulo temporal. Los antecedentes de epilepsia, la ausencia de estresores, que los desplazamientos tengan menos intencionalidad y que la actividad de los epilépticos sea más inconexa hacen la diferencia.

La diferenciación con la simulación conciente puede ser muy difícil.

UN CASO DE HISTERIA CON HISTORIA

Este caso diagnosticado y tratado por J Breuer merece ser conocido.

Breuer (1842-1925) fue un médico vienés que colaboró con Freud en el uso de la hipnosis como tratamiento de enfermos con histeria. El caso de Anna O fue el que sugirió a Freud la posibilidad de una “cura mediante el habla” posteriormente conocida como psicoanálisis.

“ ‘Anna O’ era hija única de una rica familia judía de Viena. Se puso enferma cuando tenía 21 años, en 1880”.

“Desde el inicio de la enfermedad, la enferma no mostró ningún síntoma de nerviosismo, ni incluso durante la pubertad. Era una muchacha lista, brillante, y mostraba un interés exagerado en adquirir conocimientos en temas psíquicos (...) Tenía un gran don para la poesía y la fantasía, que estaban controladas por una mente fuerte y crítica... Su voluntad era fuerte, enérgica, perseverante, algunas veces avara, abandonaba sus objetivos solamente por amabilidad o por ayudar a los demás (...) Sus estados de ánimo mostraban tendencia a presentar un exceso de gratitud y de tristeza, que le hacía a ser más menos temperamental (...) De familia puritana, esta muchacha de gran vitalidad tenía una existencia monótona”.

“Pasaba horas soñando, imaginando fantásticos planes en lo que ella denominaba su ‘teatro privado’. Se encontraba en ocasiones tan inmersa en sus fantasías que no oía a la gente cuando le hablaban”.

“En julio de 1880, su padre, al que admiraba y amaba terriblemente, enfermó de tuberculosis. Desde julio a noviembre Anna fue su enfermera de noche; permanecía a su lado observando como sufría y se deterioraba, y siendo conciente que no se recuperaría”.

“La propia salud de Anna empezó a afectarse. Se volvió muy débil, anémica, y se negó a ingerir alimento (...) fue necesario apartarla de su padre (...) padecía tos, razón por la que vino a verme (Breuer). Vi que tenía una típica tos de origen nervioso. Rápidamente desarrolló la necesidad de estar en reposo, apreciable por las tardes y que progresaba por la noche a un estado de adormecimiento, seguido de una fuerte excitación (...) Desde diciembre hasta abril permaneció en cama”.

“Pronto aparecieron una serie de nuevas y graves alteraciones. Dolor occipital izquierdo y estrabismo convergente (diplopia), que se agravaban durante la excitación. Comunicaba que la pared se venía abajo (afección del oblicuo). Presentaba alteraciones visuales en la apreciación de la profundidad y paresia de los músculos anteriores de la garganta, hasta el punto de que la enferma solo podía mover la cabeza si la tiraba hacia atrás entre sus hombros y después se movía ella hacia atrás. Contractura y anestesia de las extremidades superior en inferior derechas (...)”.

“Fue entonces cuando empecé a administrar tratamiento a la enferma, y pronto me di cuenta que me encontraba ante un caso grave de enfermedad mental. Se observaban dos estados diferentes de conciencia, que se alternaban espontánea y frecuentemente. En uno de ellos, la enferma era consciente de lo que sucedía a su alrededor, estaba triste y ansiosa, pero relativamente normal; en el otro, presentaba alucinaciones, era ‘mala’

(por ejemplo, se volvía revoltosa, tiraba las almohadas a la gente en la medida que sus contracturas lo permitían, y arrancaba los botones de su ropa, etc.). Si se cambiaba alguna cosa en su habitación durante esta fase, si alguien entraba o salía, explicaba que no tenía tiempo, y observaba el agujero que se producía en sus ideas (...) En momentos claros comunicaba la intensa oscuridad de su mente, la imposibilidad de pensar, quedarse ciega y sorda, tener dos egos (el real y el malo) que la obligaban a cometer actos malvados (...) se producía una desorganización funcional profunda del habla. Al principio, se dejaba palabras; progresivamente, a medida que esto fue aumentando, su lenguaje empezó a carecer de gramática y de sintaxis, hasta el punto de que la conjugación de los verbos no era la correcta (...) Durante el transcurso de la enfermedad fue perdiendo vocabulario, buscaba las palabras laboriosamente en cuatro o cinco lenguas, y nadie la podía entender (...) Hablaba solamente inglés y no entendía nada si se le hablaba en alemán. La gente de su entorno se veía obligada a hablar en inglés. Después siguieron dos semanas de completo mutismo: los esfuerzos continuos para decir palabras fracasaron.

“Al cabo de unos 10 días de la muerte de su padre, acudió a verla otro especialista, al cual tampoco conocía, y yo le expliqué todo lo que sucedía (...) Se trataba de una ‘alucinación negativa’ real, que se ha reproducido experimentalmente desde entonces. Finalmente, consiguió que la muchacha le prestara atención echándole humo a la cara. La paciente vio repentinamente a un extraño, se fue directamente hacia la puerta, cogió la llave, pero cayó al suelo inconsciente; a esto siguió una corta explosión de rabia y un ataque grave de ansiedad, que pude resolver con mucho esfuerzo”.

“La familia de Anna tenía miedo de que se arrojara por la ventana (...) se fueron a vivir a una casa de campo donde en una ocasión ‘permaneció 3 días sin dormir, sin comer y con ideas de suicidio’ (...) Rompía las ventanas, etc., y sufría alucinaciones (en torno a serpientes negras, cabezas muertas, etc.) sin *ausencias* (períodos disociativos)”.

Bajo un estado de hipnosis, Breuer trató a Anna haciendo que hablara sobre sus síntomas, una técnica que ella llamó “barrido de chimeneas”. A medida que fue instaurándose el tratamiento, la enferma empezó a tener períodos largos de lucidez y a perder sus síntomas.

Después de 18 meses de tratamiento, mientras Anna se preparaba para pasar las vacaciones de verano en la casa de campo de sus padres, Breuer le comunicó que ya no la iba a visitar más. Aquella misma noche le llamaron para que fuera a visitar a Anna; se encontraba moviéndose de un lado para otro en su cama viviendo un parto imaginario; explicaba que Breuer era su hijo. Intentó calmarla por medio de la hipnosis. Según E. Jones, Breuer se fue rápidamente de la casa y nunca más volvió a verla.

Anna continuó enferma aunque de manera intermitente a lo largo de 6 años; pasó bastante tiempo en un sanatorio, donde se volvió adicta a la morfina. Durante el día se encontraba bien, pero presentaba aún alucinaciones por la noche.

A la edad de 30 años se había recuperado casi totalmente y fue a vivir a Frankfurt con su madre. Allí se

convirtió en líder feminista y trabajó como asistente social. Fundó una institución para cobijo de jóvenes y habló en múltiples ocasiones sobre la devaluación de la mujer, que creía que era algo inherente en el judaísmo ortodoxo.

Anna nunca se casó, pero se decía que era una mujer atractiva e interesante que tenía admiradores por doquier. No sufrió recurrencia de su enfermedad y nunca habló sobre ella (de hecho dijo a sus familiares que nunca dijeran nada; se mostró en contra del psicoanálisis y se negó a que se le practicara uno a una muchacha de su institución). Murió a los 77 años de cáncer abdominal.

Discusión

Diagnóstico de Breuer: Histeria

Anna O presenta un cuadro clínico muy frecuente durante la época victoriana. Dudamos que muchos clínicos vean en la actualidad muchos enfermos como Anna O. Por este motivo, el DSM IV no dispone de una sola categoría que pueda englobar la variedad de síntomas y el curso a menudo crónico que corresponde al concepto tradicional de histeria. El caso de Anna O constituye un enigma para el clínico de hoy.

Anna padece una depresión de resultados de la muerte de su padre: “permaneció 3 días sin dormir, sin comer y con ideas de suicidio”. Somos reacios a efectuar el diagnóstico de *episodio depresivo mayor* ya que este grave trastorno duró aparentemente pocos días.

Los síntomas más impactantes de la enfermedad de Anna, y la razón por la cual se pidió a Breuer que visitara a la enferma, fueron las numerosas molestias de tipo físico: tos, dolor occipital izquierdo, estrabismo convergente, alteraciones de la visión, debilidad de los músculos de la garganta, contractura y anestesia de las extremidades. Si suponemos que Breuer descartó de manera correcta una enfermedad médica como causa de estos síntomas, debemos efectuar el diagnóstico de *trastorno de conversión*.

Sus “estados de adormecimiento”, vivir un parto imaginario y los estados alternados de conciencia indican un *TD*; pero como la descripción no se corresponde con ningún *TD* presente en el DSM IV, el diagnóstico debe ser *TD no especificado*.

Anna padece de muchos otros síntomas que sugieren un trastorno psicótico –lenguaje desorganizado (por ejemplo, “su lenguaje estaba desprovisto de gramática, sintaxis, hasta el punto de que la enferma era incapaz de conjugar los verbos de manera correcta”), alucinaciones (por ejemplo, en torno a serpientes negras y cabezas muertas), e ideas delirantes (por ejemplo, explicaba que “tenía dos egos, el real y el malo, que la obligaban a cometer actos malvados”). Debido a estos síntomas probablemente psicóticos, el uso rígido y estricto de los criterios DSM IV pueden llevar al diagnóstico de *Esquizofrenia*. Sin embargo este diagnóstico no consigue describir exactamente el trastorno de Anna.

El problema es que el DSM IV no reconoce síntomas “histéricos” psicóticos, a excepción de la categoría *trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos*. ¿Se produjo Anna los síntomas de manera intencionada, como sucede en el trastorno facticio? La

verdad es que Breuer y Freud pensaban que no. Nosotros también dudamos que Anna “decidiera” producir intencionalmente los síntomas.

Si tuviéramos que diagnosticar de acuerdo al DSM IV para explicar estos síntomas “psicóticos”, añadiríamos *trastorno psicótico no especificado*; con esto indicaríamos la naturaleza inusual del trastorno psicótico. El enfoque que se realiza aquí fragmenta la enfermedad de Anna en diversos diagnósticos, cada uno de los cuales describe una fase distinta.

TRASTORNO DE SOMATIZACION

Mujer casada, 38 años. Fue a una clínica mental con una queja principal de depresión. Durante el último mes se había sentido depresiva, insomne, lloraba con frecuencia y su concentración e interés en diversas actividades habían disminuido.

Informó haber sido una niña enfermiza y deprimida desde los 10 años cuando su padre abandonó la familia. Llevada a un médico de cabecera él recomendó a su madre que le diera un poco de vino antes de cada comida. De su adolescencia el único dato de interés clínico es que era tímida. A los 17 años se graduó en un instituto y comenzó a trabajar como administrativa en unos grandes almacenes. Por esa edad se casó. Su matrimonio fracasó: reñía frecuentemente con su marido en parte por su indiferencia y sus quejas de dolor durante las relaciones sexuales.

A los 19 años empezó a beber alcohol en grandes cantidades, se emborrachaba, tenía temblores matutinos y los aliviaba bebiendo al levantarse. Se sentía culpable de no cuidar bien a sus hijos por su beber. A los 21 fue internada, se le diagnosticó alcoholismo y depresión. Recibió antidepresivos. Al alta siguió bebiendo. A los 29 de nuevo fue internada; en una unidad de alcohólicos. No volvió a beber. Por una mezcla de síntomas físicos y depresivos tuvo varios internamientos en varios hospitales psiquiátricos. En una ocasión recibió sesiones de electroshock que no le sirvieron.

Describe nerviosismo desde su infancia. Reconoce espontáneamente haber estado enferma desde su juventud, con una sucesión de problemas físicos que los médicos atribuían al nerviosismo y a la depresión. Cree que padece de un problema físico que los médicos no han podido descubrir. Además de nerviosismo tiene dolor torácico; varios especialistas le han diagnosticado un “corazón nervioso”. Con frecuencia va al médico a buscar solución para su dolor abdominal. Se le ha diagnosticado “colon espástico”. Ha visto quiromasajistas, y osteópatas por un dolor de espalda y de extremidades y para consultar sobre una sensación de anestesia en los dedos de las manos. Hace 3 meses sufrió vómitos y dolores de abdomen y tórax e ingresó a un hospital para someterse a una histerectomía. Desde la histerectomía ha tenido repetidos ataques de ansiedad, desmayos (relacionados por ella paciente con un estado de inconciencia de más de 30 minutos), vómitos, intolerancia a los alimentos, debilidad y cansancio. Ha sido operada de un absceso a la garganta.

Pertenece a una familia de 5 hijos, la crió su madre. Se decía que el padre había sido alcohólico y murió a los 53 a de un cáncer hepático. Después de graduarse trabajó 2

años y debió dejar su empleo por su propensión a enfermar. Conserva su matrimonio desde los 17 a. Parece que su marido es alcohólico y laboralmente inestable. Tienen frecuentes discusiones sobre el sexo y la economía laboral. Sus cinco hijos están entre los 2 y 20 años de edad.

Actualmente se siente deprimida y piensa que se debe a que “sus hormonas no se han puesto en orden. Continúa buscando una explicación médica para sus problemas físicos y psicológicos.

Discusión

(La discusión tiene como referencia los criterios diagnósticos DSM IV y como objetivo formular el diagnóstico multiaxial sugerido por ese manual. Siendo otros los propósitos de este apunte, he omitido alguna información de este caso).

Primero es necesario separar el problema que motivó la consulta actual (depresión) de los problemas de larga evolución (síntomas físicos y consumo excesivo de alcohol). En la actualidad presentaría una recidiva de un episodio depresivo mayor (1 mes de ánimo deprimido acompañado de falta de interés, insomnio, dificultades de concentración y cansancio). El diagnóstico es trastorno depresivo mayor, recidivante, leve.

La mayor parte de los numerosos síntomas físicos que han atormentado a la enferma durante tantos años aparentemente no pueden explicarse por una enfermedad médica. En el pasado ha recibido diagnósticos “físicos” como “corazón nervioso” y “colon espástico”; ninguno de estos trastornos tiene fisiopatología conocida. Por lo tanto los síntomas físicos sugieren un trastorno somatomorfo. El gran número de síntomas que afectan múltiples órganos sugieren la categoría trastorno de somatización. La característica principal de este trastorno es una historia de múltiples quejas físicas que se inician antes de los 30 años y que se desarrollan a lo largo de varios años, lo que da lugar a una búsqueda de tratamientos o a un deterioro del rendimiento de la persona. Además el diagnóstico requiere cuatro síntomas de dolor, dos de tipo gastrointestinal, uno sexual y uno pseudoneurológico. La paciente refiere dolor durante el coito, dolor torácico, dolor abdominal, dolores de espalda y en las extremidades, vómitos, intolerancia a los alimentos y diarrea, indiferencia sexual, y períodos de “pérdida de conciencia” y debilidad (síntomas pseudoneurológicos) (...)

(...) La forma de consumo de alcohol y sus consecuencias sugieren el diagnóstico de dependencia a alcohol; como hay un largo período de abstinencia debe añadirse a este diagnóstico los adjetivos en remisión total sostenida (...)

(...) Es probable que las circunstancias de la vida de esta paciente hayan estado siempre asociadas a problemas psicosociales y del entorno (...) las peleas con su marido, su alcoholismo y su inestabilidad laboral (...) Estos problemas pueden afectar el tratamiento y pronóstico de sus trastornos de somatización (...)

Evaluación multiaxial

- Eje I Trastorno de somatización
 Trastorno depresivo mayor, recidivante, leve
 Dependencia a alcohol, en remisión total sostenida
 Eje II Diagnóstico aplazado
 Eje III Sin diagnóstico
 Eje IV Múltiples problemas con su marido
 Eje V EEAG = 50

TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Un radiólogo de 38 años es evaluado después de volver de una estancia de 10 días en un famoso centro diagnóstico. Su gastroenterólogo “llegó a su límite” y lo remitió allí. En ese centro se sometió a exámenes físicos, de laboratorio, radiológicos y endoscópicos de todo el tracto gastrointestinal. Todos los resultados fueron negativos y se mostraba más decepcionado que aliviado. También tuvo una evaluación psiquiátrica “rutinaria” pero tuvo dificultades de relación con el psiquiatra.

Al preguntarle ampliamente por sus síntomas físicos describe ataques ocasionales de dolor abdominal leve, sensación de “plenitud”, “ruidos intestinales” y una “masa abdominal firme” que a veces puede notar en su cuadrante inferior. En los últimos meses ha ido aumentando progresivamente su preocupación por estas sensaciones, hasta el punto de estar convencido que pueden estar traduciendo un carcinoma de colon. Valora semanalmente sus heces por si hay sangre oculta y cada 2-3 días tendido en su cama minutos palpa cuidadosamente su abdomen 15-20 minutos. De forma clandestina se ha realizado a sí mismo varios estudios radiológicos, en su propia oficina y fuera del horario de trabajo.

Tiene éxito en su trabajo, una clientela excelente, y vida social activa aunque dedica la mayor parte de su tiempo libre a estar solo en la cama de su dormitorio. Su mujer, instructora en una escuela de enfermería, está enfadada y molesta por su conducta, dice “nos está robando todas aquellas cosas por las que hemos luchado y aplazando otras que nos habíamos propuesto”. Aunque comparten muchos valores y se aman genuinamente, esta conducta está causando considerables tensiones en su matrimonio.

Cuando el paciente tenía 13 años, se le detectó un soplo cardíaco en una exploración física realizada en la escuela. Debido a que un hermano suyo más joven había muerto en su primera infancia de enfermedad cardíaca congénita, fue liberado de las clases de gimnasia hasta que el soplo fue evaluado. Era un soplo benigno, pero él empezó a preocuparse de que hubiesen podido “pasar algo por alto” e interpretó sus sensaciones ocasionales de “saltos de latido” como pruebas evidentes de este hecho. Se guardó estos temores para sí mismo; continuaron durante los 2 años siguientes, y nunca lo abandonaron del todo.

Como estudiante de medicina, se sintió aliviado al comprobar que sus compañeros de clase también estaban preocupados por su salud y por padecer las enfermedades que estaban aprendiendo en las clases de patología. Constató sin embargo que su preocupación era muy superior a la de sus compañeros. Desde que se graduó ha

experimentado de forma repetida varias preocupaciones, cada una siguiendo el mismo patrón: nota un síntoma, empieza a preocuparse por su posible significado y se le practica una exploración física con resultado negativo. De vez en cuando vuelve a la “antigua” preocupación, pero se siente demasiado avergonzado de perseguir a los médicos que ya le habían atendido anteriormente, como por ejemplo, cuando se descubrió un nevus “sospechoso” sólo una semana después de haber persuadido a un dermatólogo para que le biopsiara otro nevus que resultó benigno.

Cuenta su historia con un tono sincero, desanimado, y sólo se alegra con muestras de placer y entusiasmo genuinos cuando puede proporcionar una explicación detallada del descubrimiento de una anomalía uretral genuina, clínicamente insignificante, como resultado de una pielografía intravenosa que se solicitó él mismo. Casi al final de la entrevista, explica que su decisión de someterse a una exploración psiquiátrica viene motivada mayormente por su propia insistencia, y que fue precipitada por un encuentro con su hijo de 9 años. El muchacho había entrado accidentalmente a su dormitorio mientras él estaba palpándose el abdomen en busca de “masas” y le preguntó “¿Qué enfermedad crees que tienes esta vez papá?” Mientras describe su vergüenza y su enfado (en su mayor parte hacia sí mismo) por este incidente, sus ojos se llenan de lágrimas.

Discusión

Es evidente que los síntomas de este radiólogo no vienen motivados por ninguna enfermedad médica. La preocupación por síntomas físicos puede verse en entidades como *esquizofrenia*, *trastorno depresivo mayor*, o *trastornos de ansiedad*, pero no existen evidencias de ninguno de estos trastornos en este caso. En consecuencia, todos estos síntomas sugieren un *trastorno somatomorfo*: un trastorno mental con síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero para los cuales existe una evidencia positiva, o una presunción fuerte, de que los síntomas están asociados a factores psicológicos.

En el *trastorno de somatización* pueden verse diferentes síntomas físicos que no pueden explicarse adecuadamente por enfermedades médicas. En este caso, los síntomas son escasos, mientras que en el *trastorno de somatización* existe, de forma típica, un gran número de síntomas distintos que aparecen en muchos sistemas y órganos diferentes. Además, en el *trastorno de somatización*, la preocupación está centrada generalmente en los síntomas. En este caso, la alteración la constituye el propio miedo a tener una enfermedad grave, que se origina en la interpretación irreal de signos o sensaciones físicas. La persistencia de este miedo irracional más de 6 meses, a pesar de informes médicos que contradigan las sospechas del paciente, indican el diagnóstico de *hipocondría*.

TRASTORNO POR DOLOR

Una controladora de parquímetros de 36 años fue enviada para un examen por su abogado. Seis meses antes, momentos después de poner una multa y dejarla en el parabrisas de un auto mal estacionado, un hombre salió de

una peluquería corriendo hacia ella, insultándola y sacudiéndola por el cuello, y la golpeó en la mandíbula con la fuerza suficiente para derribarla. Un colega de la paciente fue en su ayuda y solicitó a la policía. Arrestaron al hombre a pocas cuadras.

La paciente fue conducida al hospital, donde confirmaron una fractura de mandíbula. Recibió el tratamiento apropiado. Varios médicos entre ellos el de cabecera, la encontraron físicamente restablecida concluyendo que en un mes podía volver al trabajo. La paciente, sin embargo, se quejaba de intenso dolor y de tensión al cuello y las cervicales, que la tenían virtualmente inmovilizada. Dedicaba la mayor parte del tiempo a estar sentada en una silla o echada en la cama. Solicitó los servicios de un abogado ya que la Comisión de Indemnizaciones Laborales había dejado de pagarle las cantidades establecidas y su jefe la había amenazado de despido si no volvía al trabajo.

La paciente entró lenta y laboriosamente al despacho del psiquiatra sentándose con gran cuidado. Iba vestida de forma atractiva, bien maquillada y llevaba un collar. Contaba su historia con todo lujo de detalles, refiriendo un considerable resentimiento hacia el hombre que la había agredido (al cual llamaba repetidamente “extranjero asqueroso”), hacia su jefe y hacia la comisión de indemnizaciones. Daba la sensación que el incidente había tenido lugar el día anterior. Respecto a su capacidad para trabajar expresaba su deseo de volver al trabajo, añadiendo que estaba a punto de quedarse sin dinero, pero argumentaba que no estaba capacitada físicamente ni para el más sosegado trabajo de oficina.

Negaba cualquier problema psicológico previo, y en un primer momento describía su infancia y vida familiar como un cuento de hadas. Sin embargo, en las entrevistas posteriores, reconocía que cuando niña su padre alcohólico le pegaba con frecuencia llegando a romperle el brazo en una ocasión. Además la encerraba a menudo en el baño como castigo por su mal comportamiento.

Discusión

En este caso la primera cuestión es: ¿puede el dolor de esta mujer ser explicado en su totalidad por la naturaleza de la agresión física de que fue sin duda objeto? Evidentemente la respuesta es no, teniendo en cuenta las extensas valoraciones efectuadas por distintos médicos. La siguiente cuestión es: ¿persigue simplemente el apoyo económico de la indemnización laboral para no tener que trabajar nunca más para su mantención? Si la respuesta fuera sí, estaríamos ante una simulación; es decir, la producción y presentación intencionada de síntomas falsos o claramente exagerados con el propósito de beneficiarse de ganancias externas. La aparente autenticidad de su sufrimiento y su deseo de volver al trabajo hacen que ello resulte poco probable.

Aunque el dolor vino causado inicialmente por la agresión, la mayor parte de los médicos que la examinaron pensaron que estaba lo bastante recuperada físicamente y sus quejas persistentes de dolor resultaban excesivas. Además, hay pruebas de factores psicológicos específicos que pueden contribuir a la intensidad y mantenimiento del dolor. Los antecedentes de abusos

físicos durante su infancia produjeron probablemente un conflicto psicológico que acabó siendo revivido durante esta agresión. Esto podría explicar la persistencia del dolor más allá de lo que explicaría la fractura. Esto nos indica el diagnóstico de *trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica*, ya que consideramos que ambos juegan un papel importante en este caso.

*Prof. Dr. Guillermo Hernández Gálvez.
Médico psiquiatra.*

*Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Campus Sur.
Universidad de Chile.
2007.*