

INDICE

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD II

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 3 |
| INDICE..... | 4 |
| TEMA 1. TRASTORNOS SOMATOFORMES..... | 8 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 8 |
| 2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS | 8 |
| 3. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 12 |
| 4. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (Síndrome de Briquet)..... | 13 |
| 5. TRASTORNO DE CONVERSIÓN..... | 19 |
| 6. TRASTORNO POR DOLOR | 22 |
| 7. HIPOCONDRIA | 26 |
| 8. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL..... | 37 |
| 9. TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO..... | 41 |
| 10. OTROS TRASTORNOS..... | 42 |
| A) TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO | 42 |
| B) DISFUNCIÓN VEGETATIVA SOMATOMORFA (en CIE) | 43 |
| C) OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS | 43 |
| PREGUNTAS: | 44 |
| TEMA 2. TRASTORNOS FACTICIOS..... | 57 |
| 1. TRASTORNOS FACTICIOS | 57 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 57 |
| B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO..... | 59 |
| C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 60 |
| 2. TRASTORNO FACTICIO NO ESPECIFICADO..... | 60 |
| A) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS | 60 |
| B) TRASTORNO FACTICIO POR PODERES..... | 60 |
| 3. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FACTICIOS | 61 |
| 4. LA SIMULACIÓN | 62 |
| PREGUNTAS: | 64 |
| TEMA 3. TRASTORNOS DISOCIATIVOS | 66 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 66 |
| 2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS | 67 |
| 3. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 68 |
| 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 69 |
| 5. TRASTORNOS DISOCIATIVOS | 70 |

| | |
|--|-----------|
| A) CARACTERÍSTICAS GENERALES..... | 70 |
| B) AMNESIA DISOCIATIVA (PSICÓGENA)..... | 71 |
| C) FUGA DISOCIATIVA (PSICÓGENA)..... | 74 |
| D) TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (TDI) (PERSONALIDAD MÚLTIPLE)..... | 76 |
| E) TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN..... | 80 |
| F) TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO..... | 82 |
| G) OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS..... | 84 |
| PREGUNTAS:..... | 86 |
| TEMA 4. TRASTORNOS psicosomáticos..... | 94 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 94 |
| 2. DEFINICIÓN, DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIONES..... | 94 |
| 3. TEORÍAS PSICOSOMÁTICAS..... | 96 |
| A) TEORÍAS DE ESPECIFICIDAD ESTÍMULO-RESPUESTA (E-R)..... | 96 |
| B) TEORIAS DE ESPECIFICIDAD INDIVIDUO-RESPUESTA (I-R)..... | 96 |
| C) TEORIAS DE ESPECIFICIDAD PSICOLÓGICO-FÍSICA (P-F)..... | 97 |
| 4. PERSPECTIVAS ACTUALES..... | 98 |
| A) LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS COMO FENÓMENOS MULTIFACTORIALES..... | 98 |
| B) ENFERMEDAD O SALUD: MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD..... | 100 |
| 5. ESTRÉS Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS..... | 102 |
| A) INTRODUCCIÓN..... | 102 |
| B) MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL ESTRÉS..... | 102 |
| C) EVALUACIÓN DEL ESTRÉS..... | 115 |
| D) TRATAMIENTO DEL ESTRÉS..... | 117 |
| 6. TRASTORNOS ASOCIADOS AL SISTEMA INMUNE..... | 120 |
| A) INTRODUCCIÓN..... | 120 |
| B) ESTRÉS Y CÁNCER..... | 121 |
| C) SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)..... | 130 |
| D) ALERGIA Y PROBLEMAS DE PIEL..... | 134 |
| E) ARTRITIS REUMATOIDE..... | 134 |
| F) ENFERMEDADES INFECCIOSAS..... | 135 |
| 7) TRASTORNOS CARDIOVASCULARES: CARDIOPATÍA CORONARIA..... | 135 |
| A) INTRODUCCIÓN..... | 135 |
| B) FACTORES DE RIESGO..... | 136 |
| C) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POST-IAM..... | 140 |
| D) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POST-IAM..... | 142 |
| 8) TRASTORNOS GASTROINTESTINALES..... | 145 |
| A) ÚLCERA PÉPTICA..... | 145 |
| B) SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)..... | 145 |
| C) TRASTORNOS INFLAMATORIOS INTESTINALES (EII)..... | 147 |
| 9. TRASTORNOS RESPIRATORIOS: ASMA BRONQUIAL..... | 148 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN..... | 148 |
| B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS..... | 149 |
| C) TRATAMIENTO..... | 149 |
| 10. DIABETES MELLITUS..... | 151 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN..... | 151 |
| B) TRATAMIENTO..... | 153 |
| 11. TRASTORNOS DE DOLOR..... | 155 |
| A) DOLOR CRÓNICO..... | 155 |
| B) CEFALÉAS..... | 160 |
| C) FIBROMIALGIA..... | 162 |
| D) DISMENORREA PRIMARIA..... | 163 |
| 12. SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)..... | 164 |

| | |
|--|------------|
| 13. ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL | 166 |
| A) INTRODUCCIÓN | 166 |
| B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ENFERMO | 166 |
| C) ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA FAMILIA | 168 |
| D) ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS | 170 |
| PREGUNTAS: | 172 |
| TEMA 5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA..... | 187 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 187 |
| 2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA..... | 187 |
| 3. ANOREXIA NERVIOSA | 188 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 188 |
| B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO..... | 190 |
| C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 192 |
| D) MODELOS EXPLICATIVOS..... | 192 |
| E) EVALUACIÓN..... | 193 |
| F) TRATAMIENTO..... | 197 |
| 4. BULIMIA NERVIOSA..... | 202 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 202 |
| B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO..... | 205 |
| C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 206 |
| D) MODELOS TEÓRICOS..... | 207 |
| E) TRATAMIENTO..... | 207 |
| 5. TCA NO ESPECIFICADO | 210 |
| 6. OBESIDAD | 211 |
| 7. TRASTORNO POR ATRACÓN..... | 213 |
| 8. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 215 |
| A) MODELOS BIOLÓGICOS | 215 |
| B) MODELOS PSICOLÓGICOS | 215 |
| PREGUNTAS: | 218 |
| TEMA 6. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL | 232 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 232 |
| 2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS..... | 234 |
| 3. DISFUNCIONES SEXUALES | 236 |
| A) CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES..... | 237 |
| B) EPIDEMIOLOGÍA | 252 |
| C) MODELOS EXPLICATIVOS..... | 252 |
| D) EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES | 254 |
| E) TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES..... | 256 |
| 4. PARAFILIAS | 261 |
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 262 |
| B) CLASIFICACIÓN DE LAS PARAFILIAS | 262 |
| C) EPIDEMIOLOGÍA | 265 |
| D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 266 |
| E) MODELOS EXPLICATIVOS..... | 266 |
| F) EVALUACIÓN DE LAS PARAFILIAS..... | 267 |
| G) TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS | 269 |
| 5. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (TIS) | 271 |

| | |
|--|------------|
| A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 271 |
| B) EPIDEMIOLOGÍA | 273 |
| C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 273 |
| D) MODELOS EXPLICATIVOS | 274 |
| E) TRATAMIENTO | 274 |
| 6. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL NO ESPECIFICADO | 274 |
| PREGUNTAS: | 277 |
| TEMA 7. TRASTORNOS DEL SUEÑO | 288 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 288 |
| 2. FUNCIONAMIENTO DEL SUEÑO: FASES | 288 |
| 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO | 290 |
| 4. TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO | 290 |
| A) DISOMNIAS | 290 |
| B) PARASOMNIAS | 301 |
| 5. TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL | 307 |
| A) INSOMNIO RELACIONADO CON OTRO TRASTORNO MENTAL | 307 |
| B) HIPERSOMNIA RELACIONADA CON OTRO TRASTORNO MENTAL | 308 |
| 6. TRASTORNO DEL SUEÑO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA | 309 |
| 7. TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR SUSTANCIAS | 310 |
| 8. OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO | 313 |
| A) SOMNILOQUIO | 313 |
| B) JACTATIO CÁPITIS NOCTURNA | 313 |
| C) BRUXISMO | 314 |
| 9. MODELOS EXPLICATIVOS | 314 |
| A) MODELOS PSICOLÓGICOS | 314 |
| B) MODELOS BIOLÓGICOS | 315 |
| 10. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO | 317 |
| A) EVALUACIÓN DEL INSOMNIO | 317 |
| B) EVALUACIÓN DE LA SOMNOLENCIA EXCESIVA | 318 |
| 11. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO | 319 |
| A) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS | 319 |
| B) TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: LAS BENZODIACEPINAS | 327 |
| 12. EL SUEÑO EN NIÑOS Y EN LA VEJEZ | 328 |
| A) EL SUEÑO EN NIÑOS | 329 |
| B) EL SUEÑO EN LA VEJEZ | 329 |
| C) TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA VEJEZ | 329 |
| PREGUNTAS: | 331 |
| TEMA 8. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS | 343 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 343 |
| 2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 343 |
| 3. CLASIFICACIÓN | 344 |
| 4. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS | 344 |
| A) TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE | 344 |

| | |
|---|------------|
| B) CLEPTOMANÍA..... | 347 |
| C) PIROMANÍA..... | 350 |
| D) JUEGO PATOLÓGICO | 352 |
| E) TRICOTILOMANÍA | 363 |
| 5. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 366 |
| A) FACTORES PSICOLÓGICOS | 366 |
| B) FACTORES BIOLÓGICOS | 366 |
| C) FACTORES PSICOSOCIALES..... | 367 |
| PREGUNTAS: | 368 |
| TEMA 9. TRASTORNOS ADAPTATIVOS | 374 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 374 |
| 2. CLASIFICACIÓN | 374 |
| 3. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 375 |
| 4. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO..... | 376 |
| A) EPIDEMIOLOGÍA | 376 |
| B) CURSO Y PRONÓSTICO | 376 |
| 5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 376 |
| 6. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 377 |
| 7. TRATAMIENTO..... | 378 |
| PREGUNTAS: | 381 |
| TEMA 10. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 383 |
| 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA | 383 |
| 2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 383 |
| 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 386 |
| A) CLASIFICACIONES DSM-IV-TR Y CIE-10 | 386 |
| B) CLASIFICACIÓN DE MILLON..... | 389 |
| C) CLASIFICACIÓN DE KERNBERG..... | 389 |
| 4. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 389 |
| A) TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD | 389 |
| B) TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD | 392 |
| C) TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD | 394 |
| D) TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (TAP) | 396 |
| E) TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)..... | 398 |
| F) TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD (THP)..... | 401 |
| G) TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD (TNP)..... | 403 |
| H) TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN (TPE)..... | 405 |
| I) TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA (TPD) | 407 |
| J) TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD (TOCP)..... | 409 |
| K) TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO | 411 |
| L) CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA..... | 412 |
| M) TRANSFORMACIONES DE LA PERSONALIDAD | 412 |
| 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 413 |
| 5. MODELOS EXPLICATIVOS..... | 413 |
| A) TEORÍA DE MILLON SOBRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 413 |
| B) MODELO CIRCULAR O CIRCUMPLEJO (Millon, Everly, 1985) | 419 |
| C) MODELO DE LOS CINCO FACTORES Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD..... | 420 |

| | |
|--|------------|
| 6. PSICOPATÍA | 421 |
| A) CONCEPTO | 421 |
| B) DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA PSICOPATÍA | 422 |
| C) EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD EN LAS CLASIFICACIONES | 424 |
| D) CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS PSICÓPATAS | 425 |
| E) MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PSICOPATÍA | 425 |
| 7. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 427 |
| 8. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 428 |
| A) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS | 428 |
| B) TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS | 433 |
| PREGUNTAS: | 435 |
| TEMA 11. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE DETERMINADAS CULTURAS | 447 |
| 1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN | 447 |
| 2. CLASIFICACIÓN | 448 |
| A) CLASIFICACIÓN CIE-10 | 448 |
| B) CLASIFICACIÓN DSM-IV-TR | 449 |
| PREGUNTAS: | 452 |
| TEMA 12. SALUD Y PSICOLOGÍA | 453 |
| 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD | 453 |
| A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS AL CONCEPTO DE SALUD | 453 |
| B) MODELO BIOMÉDICO Y BIOPSICOSOCIAL | 454 |
| C) INICIO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD | 455 |
| D) ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD | 457 |
| 2. CONCEPTOS IMPORTANTES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD | 459 |
| A) CONDUCTA DE SALUD Y DEFINICIONES TEÓRICAS | 459 |
| B) CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y PAPEL DE ENFERMO | 466 |
| C) INDICADORES DE SALUD Y ENFERMEDAD | 467 |
| 3. PERSONALIDAD Y SALUD | 468 |
| A) LOS CINCO GRANDES Y LA SALUD Y ENFERMEDAD | 468 |
| B) VARIABLES DE PERSONALIDAD | 468 |
| C) MOTIVOS SOCIALES | 469 |
| 4. CONDUCTAS ALIMENTICIAS, EJERCICIO FÍSICO Y SALUD | 471 |
| A) ALIMENTACIÓN Y SALUD | 471 |
| B) EJERCICIO FÍSICO | 476 |
| 5. TABACO Y SALUD | 480 |
| A) ADQUISICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO | 480 |
| B) INFLUENCIA DEL TABACO EN LA SALUD | 481 |
| C) CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TABACO | 483 |
| D) PREVENCIÓN Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO | 484 |
| 6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL | 487 |
| 7. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS | 488 |
| A) PREDICTORES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA | 488 |
| B) ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHESIÓN | 490 |
| PREGUNTAS: | 492 |
| ANEXO: AVANCES DSM-5 | 494 |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES EN LAS NOVEDADES DEL DSM-5 | 494 |
| 2. NOVEDADES EN EL SISTEMA CLASIFICATORIO DSM-5 | 494 |
| A) TRASTORNOS COGNOSCITIVOS | 494 |

| | |
|---|-----|
| B) ADICCIÓN Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS..... | 494 |
| C) ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS..... | 496 |
| D) TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO..... | 496 |
| E) TRASTORNOS DE ANSIEDAD..... | 497 |
| F) TRASTORNOS SOMATOMORFOS..... | 500 |
| G) TRASTORNOS FACTICIOS..... | 500 |
| H) TRASTORNOS DISOCIATIVOS..... | 500 |
| I) TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN..... | 501 |
| J) TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL..... | 501 |
| K) TRASTORNOS DEL SUEÑO..... | 502 |
| L) TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS..... | 502 |
| M) TRASTORNOS ADAPTATIVOS..... | 503 |
| N) TRASTORNOS DE PERSONALIDAD..... | 503 |
| O) TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA..... | 503 |
| P) TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO..... | 505 |
| BIBLIOGRAFIA:..... | 506 |

TEMA 1. TRASTORNOS SOMATOFORMES

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Lo que hoy se conoce como **desórdenes somatomorfos** tienen su origen en una serie de trastornos que provienen del concepto de **neurosis histérica** (palabra griega “*hystera*” que significa útero). Hagamos un repaso por la historia en el siguiente cuadro:

| ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES | |
|--|--|
| PERIODO Y AUTORES | DESCRIPCIÓN |
| Cultura egipcia, griega y romana | Se conocían afecciones concretas en las mujeres, se atribuían a movimientos anormales del útero. |
| Edad Media | <ul style="list-style-type: none"> La sintomatología histérica era debida a posesiones demoníacas o embrujamientos. <i>Malleus Moleficarum</i>, libro donde se recogen estos hechos. Servía de guía para los inquisidores y era uno de los grandes tratados de psicopatología de la época. |
| Siglo XVII. Sydenham | <ul style="list-style-type: none"> Este autor adelantó que los síntomas podrían aparentar casi todas las enfermedades médicas. Reconoce que los factores psicológicos estaban implicados en la patogénesis de los síntomas. |
| Siglo XVIII | Se empiezan a buscar las posibles causas del problema sin obtener una respuesta. |
| Siglo XIX. Escuela Francesa: Briquet. Charcot (1835-1939) Janet (1859-1947) | <ul style="list-style-type: none"> El primero que puso cierto orden a la clasificación de la histeria. Se limitó a la clasificación empírica de los síntomas sin ir más allá. Observa que un gran número de mujeres con afecciones neurológicas presentaban una serie de síntomas (ataques convulsivos, parálisis musculares, desvanecimientos,...) para los que no lograba encontrar ninguna base orgánica. Atribuyó a estos síntomas un carácter psicológico, denominando a este cuadro conversión histérica. Utilizó la hipnosis con estos pacientes, observando cómo los síntomas desaparecían mediante esta técnica y cómo podía producirlos, por sugestión, en mujeres sanas. <p>Era clave el concepto de disociación de la conciencia (fenómeno por el cual las ideas y las funciones mentales dejaban de estar disponibles para la conciencia, aunque siguieran actuando de forma independiente).</p> |
| Siglo XIX. Psicoanálisis. Freud | Aceptando el concepto de disociación, trata de centrarse en la génesis del problema, exponiendo que el mecanismo de conversión era la clave para la sintomatología histérica . |
| Siglo XX Purtell | Retoma el concepto de Briquet añadiendo una perspectiva cuantitativa mediante un listado de síntomas asociados, que posteriormente sería refinado por Perley y Guze en 1962. |
| Chodoff | Delimitó 5 significados diferentes asociados al término de histeria : 1) trastorno de conversión, 2) síndrome de Briquet, 3) un desorden de personalidad, 4) un patrón psicodinámico manifestándose al mismo tiempo como un rasgo de personalidad, 5) una palabra coloquial utilizada para designar una conducta indeseable. Pone de manifiesto el múltiple uso del término histeria, que ha dificultado un conocimiento claro y preciso de este síndrome. |

2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

Veamos en la siguiente tabla la evolución de las clasificaciones del APA:

| EVOLUCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES DEL APA | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| DSM-I | DSM-II | DSM-III | DSM-III-R | DSM-IV | |
| TRASTORNOS PSICO-NEURÓTICOS | NEUROSIS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Neurosis de angustia • Neurosis fóbica • Neurosis obsesivo-compulsiva | } TRASTORNOS DE ANSIEDAD | TRASTORNOS DE ANSIEDAD | TRASTORNOS DE ANSIEDAD | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Neurosis depresiva | | | | TRASTORNOS AFECTIVOS |
| | | | TRASTORNOS SOMATOFORMES | TRASTORNOS SOMATOFORMES | TRASTORNOS SOMATOFORMES |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno somatoforme atípico | } TRASTORNOS somatoforme no especificado | } TRASTORNOS somatoforme no especificado |
| | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Neurosis neurasténica | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Neurosis hipocondríaca | <ul style="list-style-type: none"> • Hipocondría | <ul style="list-style-type: none"> • Hipocondría | <ul style="list-style-type: none"> • Hipocondría |
| | | } Neurosis histérica | } <ul style="list-style-type: none"> • Tipo conversión • Tipo disociativo | } <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión • Dolor psicógeno | } <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión • Dolor somatoforme • Trastorno de dolor |
| | TRASTORNOS DISOCIATIVOS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Neurosis de despersonalización | | | | |

Belloch, A., Sandín, B y Ramos, F (1995). Manual de psicopatología. Volumen II. Madrid, McGraw-Hill.

| LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN LAS CLASIFICACIONES DSM-IV-TR Y CIE-10 | |
|--|--|
| DSM-IV-TR | CIE-10 |
| <p style="text-align: center;">TRASTORNOS SOMATOFORMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización • Trastorno somatoforme indiferenciado • Trastorno de dolor (especificar agudo vs crónico) Especificar tipo: <ul style="list-style-type: none"> – Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos – Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos y a una condición médica general – Trastorno de dolor asociado a una condición médica general • Hipocondría • Trastorno dismórfico corporal • Trastorno somatoforme no especificado <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión Especificar tipo: <ul style="list-style-type: none"> – Con síntoma o déficit motor – Con crisis o convulsiones – Con síntoma o déficit sensorial – Con sintomatología mixta | <p style="text-align: center;">TRASTORNOS NEURÓTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS</p> <p style="text-align: center;">TRASTORNOS SOMATOMORFOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización • Trastorno somatomorfo indiferenciado • Trastorno de dolor somatomorfo persistente <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno hipocondríaco • Trastorno somatomorfo sin especificación • Disfunción vegetativa somatomorfa: <ul style="list-style-type: none"> – Del corazón y el sistema cardiovascular – Del tracto gastrointestinal alto – Del tracto gastrointestinal bajo – Del sistema respiratorio – Del sistema urogenital – Otra disfunción vegetativa somatomorfa • Otros trastornos somatomorfos <p style="text-align: center;">TRASTORNOS DISOCIATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos disociativos de la motilidad • Convulsiones disociativas • Anestiasias o pérdidas sensoriales disociativas • Trastorno disociativo (de conversión) mixto |

DSM-IV:

En el DSM-IV la característica común del grupo de los trastornos somatoformes es la **presencia de síntomas físicos que no pueden ser completamente explicados por la presencia de una enfermedad o efectos directos de una sustancia** que expliquen este hecho. Tampoco los síntomas son producidos de manera intencionada o fingidos.

El DSM-IV (APA, 1994) mantiene la diferenciación del DSM-III, añadiendo dentro de los trastornos somatomorfos:

- Trastorno de somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor.
- Hipocondría.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Trastorno somatomorfo no especificado.

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

CIE:

CIE 9: Trastornos agrupados bajo el epígrafe de **trastornos neuróticos.**

CIE-10:

- Aparece la categoría de somatoformo, conceptualizada de manera parecida al DSM-III y DSM-IV.
- Incluye especificaciones de uso médico.
- Divide los trastornos en:
 - Trastorno de somatización.
 - Trastorno somatomorfo indiferenciado.
 - Trastorno hipocondríaco (que incluye el dismórfico corporal).
 - Alteración somatomorfa autonómica (no incluida en el DSM-IV).
 - Trastorno por dolor somatomorfo persistente.
 - Otros trastornos somatomorfos.
 - Trastorno somatomorfo indiferenciado.

El **trastorno por conversión** es incluido en la **CIE-10** dentro del grupo de **trastornos disociativos**.

Los trastornos somatoformes se pueden agrupar en **2 categorías más generales**:

1. **Alteraciones del funcionamiento físico:** (difícil distinción con problemas orgánicos):

- Trastorno de conversión.
- Trastorno de somatización.
- Trastorno por dolor.

2. **Preocupación:** (la alteración o pérdida del funcionamiento físico es mínima):

- Hipocondría.
- Dismorfofobia.

También podemos diferenciar los trastornos somatoformes en función de:

- **Alteración del funcionamiento físico** (somatoformes histéricos).
- **Desórdenes psicósomáticos** (p.ej., úlceras, dolores de cabeza, alteraciones cardiovasculares, etc.).

La diferencia entre ellos radica en que:

- En los **trastornos psicósomáticos** existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente.
- En los **trastornos somatoformes** no existe una patología orgánica demostrable o un procedimiento patofisiológico conocido.

Sintomatología general de los trastornos somatomorfos:

- Presencia de síntomas físicos que sugieren un **trastorno físico** para el que no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos.
- Existen **evidencias positivas**, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos.
- El paciente, por lo general, no muestra ansiedad por sus síntomas (“belle indifférence”).
- Los síntomas están fuera del control voluntario del paciente.

DSM-IV señala que el agrupar a estos trastornos en una única sección se basa en su utilidad clínica en vez de en suposiciones relativas a un mecanismo o una etiología compartidos.

Respecto al tratamiento de los denominados “*síntomas somáticos no explicados médicamente*”, sería la **terapia cognitivo-conductual + antidepresivos**, las técnicas más relevantes.

| CONCEPTOS BÁSICOS |
|--|
| Trastornos somatoformes |
| Es el grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la aparición de síntomas físicos que no se explican mediante una condición médica general y que, sin embargo, se encuentran relacionados con factores psicológicos (acontecimientos traumáticos). Es muy usual que los pacientes cuenten la sintomatología de manera dramática. |
| Somatización |
| Concepto que tiene una característica especial en los trastornos somatoformes. Serían quejas sobre variados síntomas físicos (desmayos, náuseas, problemas urinarios, etc.) que no se fundamentan en causa orgánica alguna y recurrentes quejas. Concepto propuesto por Stekel . |
| Trastorno/enfermedad psicósomática |
| Cualquier patología orgánica o proceso patofisiológico conocido en el que los factores psicológicos (incluidos los psicosociales) están relacionados con su curso e iniciación. |

3. MODELOS EXPLICATIVOS

1) Teorías genéticas

Los estudios genéticos muestran que en la somatización puede haber cierta predisposición genética. Veamos algunos estudios:

- a) **Cloninger** (1984): Hace una relación entre la histeria y la sociopatía dentro de la misma estirpe hereditaria poligénica. Dice este autor, que los 2 tienen un bajo nivel de activación cortical y una falta de control de la inhibición de los sistemas vegetativo y esqueleto-muscular. Los síntomas (por ejemplo, conversivos y también los disociativos), se producirían por un mecanismo compensatorio por feedback negativo de la inhibición. Diferencia **2 tipos de somatización**:
 - **Tipo I**: Mujeres con muchas alteraciones psíquicas, abdominales y lumbares. Son más frecuentes los padres con problemas de alcohol y criminalidad.
 - **Tipo II**: Mujeres con somatizaciones diversificadas y aparición ocasional.
- b) **Eysenck**: Para este autor, los pacientes histéricos conversivos y disociativos ofrecen puntuaciones altas en extraversión y neuroticismo, colocándose entre los distímicos y los psicópatas.
- c) **Flor-Henry** (1981): Muestra que la histeria en la mujer es un síndrome equivalente a la sociopatía en el varón, con disfunciones en el hemisferio derecho dominante. En la histeria también se produce una disfunción del hemisferio contralateral que enmascara la naturaleza primaria del hemisferio dominante.
- d) **Lader** (1982): Dice que existe una alteración en la sensibilidad del receptor y una cierta inhibición desde distintas vías.

2) Teoría psicoanalítica

- a) **Breuer y Freud**: Desde el modelo psicoanalítico se plantea que el individuo ha quedado fijado en el estadio edípico de desarrollo. El síntoma sería:
 - Una defensa que absorbe y neutraliza la ansiedad generada por el conflicto inconsciente inaceptable.
 - Al mismo tiempo que experimenta una gran cantidad de ganancias secundarias.
- b) **Diatkine** (1968): Argumenta que la conversión somática está organizada según su significación simbólica.

3) Modelo conductual

El modelo conductual sólo explica la **sintomatología** en función de:

- Las **ganancias primarias** (evitación de responsabilidades).
 - Las **ganancias secundarias** (empatía y atención que recibe la persona enferma).
- a) **Wolpe** (1958): Para este autor, las respuestas histéricas pueden acompañar a la ansiedad o presentarse solas.
 - b) **Kennedy** (1976): Afirma que los sujetos histéricos se comportan como enfermos cuando deben enfrentarse a problemas o deberes, debido a que han aprendido este tipo de respuestas.
 - c) **Warwick y Salkovskis**: Han desarrollado modelos cognitivo-conductuales sobre la hipocondría para su evaluación y tratamiento.

Trastorno de somatización:

Desde este modelo se argumenta que las **experiencias infantiles** que entrañan la exposición a **modelos con frecuentes quejas de dolor** juegan un papel instrumental en la **somatización infantil**.

Los niños que aprenden a que **el estar enfermo o quejarse de determinados síntomas** puede llevarles a que sean **reforzados con la atención y la simpatía de los demás** o que lleve a **evitar el problema y las responsabilidades**, estos niños estarán predispuestos a la **somatización como un estilo de afrontamiento**.

Según **Lezzi y Adams** (1993), cuando estos niños sean **adultos** mantendrán su conducta debido a:

- Beneficios secundarios.
- Reforzamiento social.

4) Modelo sistémico

Según los teóricos de este modelo, el síntoma tiene la **función de comunicar**. Se utiliza el trastorno para:

- Manejar las emociones de malestar.
- Afrontar situaciones interpersonales delicadas.

En definitiva, es una forma de **restablecer el equilibrio en las relaciones del contexto significativo**.

5) Planteamientos integradores

Los planteamientos integradores, es decir, los **factores biológicos**, las **experiencias de aprendizaje** y los **factores emocionales y cognitivos**, demuestran que los acontecimientos en la **infancia** establecen la base para el **desarrollo futuro de los síntomas**.

4. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (Síndrome de Briquet)

1) Introducción histórica

El término **trastorno de somatización** (histeria de Briquet) fue descrito por primera vez por **Briquet** como una forma de histeria.