

31025

CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"  
DE HUEJUTLA, A. C.

---



CUVAQH

EDUCAR. RESTAURAR. TRANSFORMAR.

INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895  
AV. JUAREZ # 73. HUEJUTLA, HIDALGO.

*"DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA  
HIPOCONDRIA Y DEMAS TRASTORNOS  
SOMATOMORFOS."*

***T E S I S***

*QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:*

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

*P R E S E N T A :*

***JUAN HERNANDEZ DOLORES***

***GENERACION 1997-2001***

***HUEJUTLA, HGO.***

***FEBRERO DE 2004***



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DICTAMEN

**NOMBRE DEL TESISTA:** HERNÁNDEZ DOLORES JUAN

**NOMBRE DE LA TESIS:** "DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
ENTRE LA HIPOCONDRIA Y  
DEMÁS TRASTORNOS  
SOMATOMORFOS"

**GRADO A RECIBIR:** LICENCIATURA

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA:** PSICOLOGÍA

**FECHA:** HUEJUTLA, HGO., 5 DE AGOSTO  
DE 2003

El que firma, Lic. en Psic. José Emiliano Ríos Camacho, acreditado por el Centro Universitario "Vasco de Quiroga" de Huejutla como asesor de Tesis de Licenciatura, hace constar que el trabajo de Tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación del Centro Universitario "Vasco de Quiroga" de Huejutla, para tener opción al grado de Licenciatura y se autoriza su impresión.

ATENTAMENTE



---

LIC. EN PSIC. JOSÉ EMILIANO RÍOS CAMACHO



EDUCAR, RESISTIR, TRANSFORMAR

Huejutla de Reyes, Hidalgo; agosto del 2003.

C. JUAN HERNÁNDEZ DOLORES  
P R E S E N T E

En respuesta a su solicitud de revisión de Tesis "DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE HIPOCONDRIA Y DEMÁS TRASTORNOS SOMATOMORFOS, la Comisión Revisora ha notificado a esta Dirección que han quedado satisfechas las correcciones y observaciones que se marcaron a su tesis, por tal motivo, la DIRECCIÓN TÉCNICA DE PSICOLOGÍA autoriza la impresión de dicho trabajo de investigación y le exhorta a continuar superándose cada día.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
LIC. YADIRA LARA SÁNCHEZ  
DIRECTORA TÉCNICA DE PSICOLOGÍA

---

CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA DE HUEJUTLA

Incorporado a la UNAM Clave: 8895 RVOE IHMSYS 9802101 8 de julio de 1998  
Juárez 73 Col. Juárez Tel. (789) 6-01-18

## DEDICATORIAS

- ◇ En especial a mis padres el Sr. Juan Hernández González y la Sra. María Francisca Dolores; mis más sinceras dedicatorias por su invaluable apoyo en todos los aspectos y, por el cariño sincero que se merecen por su perseverancia, de ver, a nosotros sus hijos, alcanzar siempre el triunfo.
  
- ◇ A mis hermanos: José Ángel, Santa, Lizbeth, Pedro, Memo y a mi sobrina Diana Guadalupe, quienes no pueden faltar en el logro de mis objetivos; con mucho cariño para ellos.
  
- ◇ A Rosalba, quien forma a mi lado, una parte muy importante en mi vida; por el amor sincero y por acompañarme en el peregrinar de nuestra carrera, con mucho cariño.
  
- ◇ A mis mejores e inseparables amigos: Marlene, Nancy, Yeny, Alex y Adrián, dedico este trabajo por compartir momentos felices y difíciles.

Juan Hernández Dolores

## AGRADECIMIENTOS

- ◇ Agradezco infinitamente a los Psicólogos: Socorro, José Ríos, Yadira, Liliana, Irma, y Lulú, quienes sembraron en mí el amor a la Psicología.
  
- ◇ A las hermanas Ernestina Y Maru por todo su apoyo y de quienes aprendí lo bello que es la vida a través del servicio, siempre buscando el desarrollo individual, con todo el cariño que se merecen, gracias por todo.
  
- ◇ Al Profr. Humberto, por ser el pilar de esta investigación y por el gran modelo como profesional y como persona.
  
- ◇ A la Lic. Vianey Hernández Hernández, por su apoyo incondicional en la estructuración de este trabajo y por su gran amistad que, para mí, tiene un invaluable valor. Muchas gracias con mucho cariño.

Juan Hernández Dolores

## INTRODUCCIÓN

El campo de la Psicología ha resultado de gran importancia para establecer un contacto real y objetivo hacia aquellas situaciones que parecían inexplicables ante la vista de muchas personas; numerosos males que han afectado a varias personas, hoy, tiene una nueva visión para afrontarlos.

Los trastornos mentales han sido, por años, un gran problema para los profesionales de la salud y principalmente para las personas que lo padecen, sin embargo, gracias al gran auge que ha tenido la Psicología Clínica y otras ciencias como la psiquiatría, han establecido criterios específicos para el estudio de dichos padecimientos, sin embargo, dentro de la práctica clínica, todavía se encuentran categorías confusas que interfieren en la realización de un diagnóstico acertado.

Considerado como un problema real y como una necesidad dentro del campo clínico de la Psicología, en este documento se describen, explican y analizan los principales criterios del trastorno hipocondríaco así como de la diferencia que existe con otros trastornos somatomorfos, la esencia de la investigación reside en realizar un análisis comparativo, utilizando los criterios clínicos que existe entre la bibliografía para llegar a conclusiones que permitan a los profesionales de la salud establecer bases científicas para

la detección de los trastornos somatomorfos y la canalización para un mejor tratamiento. Para hacer posible este estudio se contó con el apoyo del personal del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, Hgo., cuyos datos fueron de vital importancia en la investigación, además se revisaron casos clínicos significativos que sirvieron como fundamento práctico para realizar el diagnóstico diferencial.

Para los profesionales de la salud y personas interesadas en el estudio de este trastorno, se trata de optimizar para desarrollar nuevas estrategias de detección y análisis, y así mismo, contribuir con el crecimiento y formación profesional en la práctica clínica, a través de fundamentos objetivos que permitan el éxito profesional y mayores alternativas de recuperación de los pacientes; solo en base al estudio profundo y verdadero de los problemas que se presentan se logrará alcanzar el buen desarrollo humano que cada individuo se merece.

Juan Hernández Dolores

## INDICE

TEMAS Y SUBTEMAS	PAG.
PORTADILLA	
DICTAMEN	
DEDICATORIAS	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCION	
<b>1. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	8
1.3 Descripción del problema.....	9
1.4 Delimitación.....	11
1.5 Justificación .....	13
1.6 Objetivos.....	15
<b>2. CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	<b>16</b>
2.1 Evolución del termino trastorno somatomorfo.....	17
2.2 Introducción a los trastornos somatomorfos.....	29
2.3 Psicogénesis de los trastornos somatomorfos.....	33
Conflicto intrapsíquico.....	36
La psicodinámica de la angustia.....	37
Significado de los trastornos somatomorfos.....	40
2.4 Modelos de clasificación de los trastornos somatomorfos.....	42
Definición conceptual de la hipocondría.....	43
Cuadro clínico de la hipocondría.....	45
Significado de la hipocondría.....	47

Definición conceptual del trastorno de somatización.....	48
Cuadro clínico del trastorno de somatización.....	50
Significado del trastorno de somatización.....	51
Definición conceptual del trastorno de conversión.....	52
Cuadro clínico del trastorno de conversión.....	54
Significado del trastorno de conversión.....	55
Definición conceptual del trastorno por dolor.....	57
Cuadro clínico del trastorno por dolor.....	58
Significado del trastorno por dolor.....	59
Definición conceptual del trastorno dismórfico corporal.....	63
Cuadro clínico del trastorno dismórfico corporal.....	65
2.5 Diagnóstico diferencial de la hipocondría .....	65
<b>3. CAPITULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>70</b>
3.1 Hipótesis.....	71
3.2 Conceptualización y operacionalización de variables.....	71
3.3 Forma y tipo de investigación.....	75
3.4 Técnicas e instrumentos.....	77
3.5 Población y muestra.....	78
3.6 Cronograma.....	79
<b>4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>80</b>
4.1 CASO 1: ¿Trastorno hipocondríaco o de somatización?.....	81
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno de somatización.....	81
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno hipocondríaco.....	82
Caso 1 .....	82
Diagnóstico multiaxial: caso 1.....	84

Análisis diferencial.....	85
4.2 CASO 2: ¿Trastorno de dolor o hipocondría?.....	86
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno de dolor.....	86
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno hipocondríaco.....	87
Caso 2 .....	88
Diagnóstico multiaxial: caso 2.....	89
Análisis diferencial.....	90
4.3 CASO 3: ¿Trastorno de somatización o hipocondría?.....	91
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno de somatización.....	92
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno hipocondríaco.....	93
Caso 3.....	94
Diagnóstico multiaxial: caso 3.....	95
Análisis diferencial.....	96
4.4 CASO 4: ¿Trastorno de conversión, somatización o hipocondría?.....	97
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno de conversión.....	98
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno de somatización.....	98
Distribución de frecuencias para la detección del trastorno hipocondríaco.....	99
Caso 4.....	100
Diagnóstico multiaxial: caso 4.....	101
Análisis diferencial.....	102

4.5 Verificación de hipótesis.....	103
<b>5. CAPITULO V: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>105</b>
5.1 Título de la propuesta.....	106
5.2 Justificación.....	106
5.3 Planeación.....	107
5.4 Anexos.....	122
5.5 Glosario.....	134
5.6 Bibliografía .....	138

**CAPITULO I**  
**PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA**

## 1.1 ANTECEDENTES

Los trastornos mentales se han ido modificando en cuanto a su definición y estructura considerando los cuadros clínicos y explicaciones sobre las causas que la puedan estar ocasionando, los trastornos somatomorfos, para llegar a su conceptualización actual han sufrido diferentes modificaciones a través de diferentes estudios que se han realizado; Sigmund Freud fue el pionero de las investigaciones Somáticas (1900), encontrando relación entre mente y cuerpo. Sus estudios los realizó en el tratamiento de la histeria, descubriendo como causa principal un significado psíquico que se manifestaba bajo la expresión sustitutiva simbólica de un conflicto inconsciente.

Todas estas investigaciones sobre el tratamiento de la histeria influyeron notablemente en los estudios posteriores (1910-1968), explicando enfermedades orgánicas como la úlcera péptica, fiebre, hemorragia, algunos cuadros de personalidad y otros síntomas somáticos, como consecuencia de expresiones de fantasías psíquicas inconscientes.

Sin embargo, algunos otros investigadores no se convencieron de estas explicaciones y comenzaron a realizar estudios acerca de la genética como provocadores de las reacciones somáticas, involucrando alteraciones en el sistema nervioso central y autónomo, además de alteraciones inmunológicas del organismo. Los factores culturales, eran otro punto de discusión, subrayándose la importancia de la interacción entre las personas, es decir la relación entre persona

y su entorno.

A partir de 1970, los investigadores concluyeron en que es de suma importancia un enfoque global para los desórdenes psicosomáticos, tomando en cuenta, además de la genética, factores externos, como la cultura y factores internos, como las emociones, así como su historial pasado y presente.

En años recientes se ha considerado un modelo biopsicosocial que proporciona un nuevo enfoque para estudiar la relación entre enfermedad y factores psicosociales, modificando interrogantes sobre el por qué, a preguntas sobre el cómo, como ejemplo se puede citar la siguiente pregunta : ¿Cómo se convierten las experiencias psicológicas en cambios corporales?.

Por otra parte la psicoimmunología es una más de las áreas de la investigación que está tratando de encontrar la relación entre los procesos psicológicos y los fenómenos fisiológicos. Diferentes estudios han demostrado ya los efectos profundos que tienen los acontecimientos psicológicos sobre el organismo de los individuos a nivel orgánico, provocando síntomas y malestares físicos como trastornos gastrointestinales, intestinales, colitis ulcerosa, enteritis regional, entre otros.

Otros estudios (1983) demostraron que las anomalías en el sistema inmunológico eran un resultado directo del proceso de duelo y no se debían a factores como nutrición, actividad o sueño. Para 1986 se demostró que existe una posibilidad de que las pérdidas como la separación marital y el divorcio, conducían

a cambios inmunológicos en los individuos que los hacían más propensos a contraer una enfermedad.

Por otro lado se han realizado experimentos de laboratorio con animales para demostrar los efectos del estrés sobre el sistema inmunológico. Aunque los estudios antes mencionados demuestran que el estrés puede conducir a cambios inmunológicos, en realidad no prueban que estos cambios median los efectos del estrés en la producción de enfermedades. Algunos experimentos que estudian los efectos del condicionamiento en el sistema inmunitario, también demostraron la relación entre mente, cerebro y sistema inmunitario.

Como resultado de todo lo anterior, la investigación actual está examinando la forma en que los factores psicológicos se transforman en cambios fisiológicos. El campo de la medicina psicosomática ha pasado de las teorías sobre las causas psicógenas unitarias de la enfermedad a un enfoque que integra los factores psicosociales y biológicos. Es decir, que para la medicina psicosomática es de gran interés el estudio de las causas de las enfermedades. Sin embargo los numerosos trabajos psicosomáticos han explicado más, cómo se presenta una patogénesis, que el por qué se da.

Por otro lado se han realizado trabajos epidemiológicos, en extensas muestras de población que han permitido corroborar información ya señalada por los estudios de casos particulares. De esta forma se confirma la influencia patógena de las funciones de pérdida (duelo, separaciones, rupturas

sentimentales, jubilación, periodos de crisis existencial, etc.) como causa u origen de las diversas afecciones que se manifiestan a través de diversos cuadros de enfermedades que no se explican a través de una causa orgánica. Se ha encontrado, entonces, que las pérdidas se relacionan en gran parte con las capacidades de adaptación del individuo, lo cual va a determinar la manifestación de un desorden a nivel orgánico.

Otros estudios han dirigido la atención sobre la escasez de defensas inmunitarias durante un período de duelo, aclarando así uno de los posibles mecanismos del efecto patógeno de las situaciones de pérdida sobre la evolución o incluso la aparición de afecciones proliferativas, infecciosas o auto inmunes.

Para la Sociología resulta de cierto interés los estudios de tipo sociológico en búsqueda de profesiones expuestas o de categorías sociales más vulnerables, pero los resultados de estos estudios son a menudo contradictorios. Citemos, por ejemplo, la prevalencia más grande de la hipertensión arterial en subgrupos sometidos a estrés psicológicos o psicosensoriales repetidos (telefonistas, controladores, aéreos) y la relativa frecuencia de afecciones alérgicas (sobre todo asma y reuma de los prados) en poblaciones urbanas, principalmente en intelectuales, y en particular en universitarios. Ciertamente, los factores que entran en juego son muchos y la parte afectada específicamente a los factores psicosociales es difícil de apreciar.

Sin embargo, es una realidad que el oficio no siempre constituye una causa directa de la enfermedad y que el tipo de actividad profesional o de un estilo de

vida puede estar bajo la dependencia de la organización de la personalidad del sujeto. Podemos en realidad suponer que determinadas elecciones permiten a algunos individuos, satisfacer sus tendencias profundas (por ejemplo, la dominación o la sumisión); en ciertos casos, la realidad ofrece satisfacciones suficientes a estos sujetos para que sus deseos inconscientes sean poco conflictivos; pero otras veces, la realidad los enfrenta a las dificultades que ellos han buscado en mayor o menor grado, conscientemente, en una actitud de desafío para exorcizarles, y que a veces acaban por verse sumergidos en ellas.

Las comparaciones transculturales tienen en materia psicosomática un interés considerable, aunque se tropiece aquí también con múltiples factores incriminables. Muy pocos estudios están terminados, puesto que no se puede eliminar siempre la función de los factores asociados ligados al entorno, tales como los hábitos alimenticios diferentes. Podría parecer que la hipertensión fuese rara en la China de Taiwán cuando las cifras tensionales son, en los estudiantes chinos en USA, claramente superiores a los de la media de la población americana; podemos decir lo mismo de los negros americanos. Las coronarías son raras en el Japón. Las úlceras pépticas son frecuentes en el sur de la India. En relación con las afecciones funcionales digestivas, éstas son más habituales en Italia que en los países escandinavos y mientras que con la jaqueca sucede todo lo contrario. Se da importancia al origen de estas culturas diferentes, a la diversidad de los modelos educativos y de sujeciones emocionales de un grupo con respecto al otro, las variaciones en la cohesión de los grupos sociales o en el grado de integración en un grupo más amplio, el lugar privilegiado que puede

tener el tractus digestivos en la relación madre-hijo precoz en ciertas culturas (alimentación, destete, aprendizaje de la propiedad).

De los estudios sociológicos antes mencionados se concluye que los cambios culturales parecen, intervenir, con frecuencia, en el aumento de la aparición de afecciones psicósomáticas, ya que se trate de migraciones horizontales, con sus efectos de desarraigo y de aislamiento en una sociedad extranjera (se conoce la frecuencia de úlceras en los trabajadores árabes en Francia), o de migraciones verticales, en el seno de una promoción socioprofesional o de un cambio de condiciones del hábitat.

Por otro lado en relación a la terminología utilizada anteriormente en el DSM-III-R (Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales, 3ª edición, revisado), se ha cambiado el término nosológico de "trastorno psicofisiológico" por "trastornos somatomorfos" que se emplea actualmente en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales, 4ª edición). En la cual se han hecho modificaciones para el diagnóstico de estos trastornos. Los cambios en el trastorno de somatización son la simplificación en cuatro grupo de síntomas (dolor, síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos). El trastorno de conversión se limita a un síntoma o déficit que afecta el funcionamiento sensorial voluntario. En el trastorno por dolor se ha modificado el nombre de dolor somatomorfo para ampliar la definición incluyendo dos tipos de trastorno por dolor: trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y también a una

enfermedad médica. En la hipocondría se incluye una especificación que facilita al clínico verificar si el trastorno cursa con poca conciencia de enfermedad. El trastorno dismórfico corporal se formula con un diagnóstico de trastorno delirante y se suprime la exclusión de que la creencia no tenga intensidad delirante. Estos son algunos ajustes del DSM-III-R. en la nueva versión del DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos somatomorfos (ver anexos 4-8).

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano está expuesto a un sinfín de problemas que en ocasiones lo imposibilita para "darse cuenta" del por qué de su situación, por lo que, a veces requiere de ayuda profesional que lleve al reconocimiento de la existencia de algún problema psicológico.

Sin embargo, definir y dar una explicación correcta sobre la etiología y los síntomas específicos que conforman los cuadros clínicos de un trastorno psicológico se hace difícil cuando dicha etiología y los síntomas que se presentan no son claros y no permiten predecir con exactitud la dinámica del mismo. Esclarecer adecuadamente todos aquellos factores que están provocando una enfermedad o trastorno mental es de gran ayuda en el momento de hacer el diagnóstico y, por ende, los modelos de tratamiento.

Numerosos males orgánicos que los médicos deben atender comúnmente en las personas, sugieren que son producto de una patología física, aunque

posteriormente no se puede diagnosticar ningún trastorno médico real. Es probable que esto sea producto tanto del desconocimiento médico como de los resultados erróneos de laboratorios. A pesar de ello hay que tomar en consideración que, en muchos de estos casos los factores psicológicos, son más responsables de los síntomas, que los fisiológicos.

Surge por ello la necesidad de fundamentar bases teórico-científicas que puedan definir y explicar, bajo un enfoque psicopatológico, aquellas enfermedades que no se pueden entender por causas orgánicas de las que, generalmente, el paciente posee pocos o nulos indicios sobre lo que pueda estar provocando su sintomatología física. Dichos casos no se producen en forma consciente, y se clasifican, por lo tanto, como trastornos somatomorfos.

En el desarrollo del presente proyecto se pretende resolver la siguiente cuestión: ¿Cuál es la diferencia entre el trastorno Hipocondríaco y los demás trastornos somatomorfos, que se presentan en los pacientes atendidos en el centro de salud Dr. "Horacio Camargo Rivera", de Huejutla, que son canalizados al departamento de Psicología?

### **1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

A pesar de las distintas etiologías por las que son diagnosticados algunos de las enfermedades, existen también factores psicopatológicos que pueden provocar en las personas trastornos relacionados con enfermedades médicas,

causando síntomas que para el paciente sólo tiene un significado de origen orgánico. Sin embargo se ha comprobado científicamente que hay una gran probabilidad de que las personas, debido a conflictos internos no resueltos o al poco control de ellos, manifiesten sintomatología de tipo orgánico, es a lo que técnicamente se conoce como somatización. En otras palabras, los síntomas físicos representan de manera simbólica dificultades psíquicas internas. Este tipo de trastornos son clasificados en el área clínica como somatomorfos.

Resulta problemático establecer un diagnóstico acertado de cualquiera de los trastornos somatomorfos, principalmente cuando se le da prioridad a causas fisiológicas u orgánicas. Este es quizá el principal problema que se presenta en los primeros momentos en que el paciente acude a consulta, ya que en nuestra región no se cuenta con los conocimientos adecuados, sobre estos tipos de trastornos, provocando así un diagnóstico erróneo. Por otro lado, también pueden presentarse casos en los que sí se tengan conocimientos previos de dichos síntomas somatomorfos, sin embargo no se poseen las bases y herramientas teórico-prácticos para la atención a personas con este tipo de padecimientos.

Independientemente de que los profesionales de la salud tengan o no dificultades para el tratamiento especial de estos trastornos, los pacientes son las personas más afectadas debido a la poca o nula conciencia de los factores etiológicos que puedan estar provocando en él algún tipo de trastorno somatomorfo. Generalmente los pacientes que presentan alguno de los casos somatomorfos reciben un tratamiento médico, sin someterse a intervención

psicológica. Es probable que el tratamiento con fármacos pueda esconder la verdadera etiología del problema, arraigando cada vez más el conflicto o dificultad psíquica latente, por lo que el paciente tendrá una tendencia mayor a presentar síntomas diferentes a los que por primera vez fueron motivo de la consulta o provocándose ideas más conflictivas. Por lo tanto la presente investigación tiene como objetivo proporcionar información real y objetiva acerca de la etiología y características sintomatológicas que diferencian a los trastornos somatomorfos, para una mejor comprensión, detección, diagnóstico y tratamiento de los mismos.

#### **1.4 DELIMITACION.**

El estudio de los trastornos somatomorfos resulta ser objeto de interés, en gran parte para la ciencia de la Psicología, principalmente para aquellas teorías que explican el comportamiento anormal y la psiconeurosis a través de conflictos psíquicos internos como provocadores de patologías a nivel orgánico.

Particularmente, La Psicología Clínica, como rama de la Psicología general, proporciona diferentes tipos de teorías y técnicas que permiten la comprensión y explicación de estos desórdenes psicológicos.

El presente estudio tomará bases establecidas de la Psicología Clínica para explicar la etiología y la diferenciación diagnóstica de personas con padecimientos somatomorfos de acuerdo a la población que a continuación se describe.

Para iniciar con el desarrollo de la investigación planteada, es importante realizar un bosquejo general acerca de la ubicación geográfica del estado de Hidalgo, ya que dentro de este se localiza el tipo de población que será motivo del estudio de acuerdo a la previa delimitación del problema.

Hidalgo es un estado de la República Mexicana que ocupa el número trece como entidad federativa, cuenta con una extensión territorial de 20,502 Km<sup>2</sup>. (el 1 % del territorio Nacional). La población con la que cuenta dicho estado, según estadísticas realizadas por el INEGI en 1995 es de 2, 112, 473 habitantes, (2.3 % del País).

El estado de Hidalgo está formado por 84 municipios que se integran en 10 regiones diferentes: La Huasteca, Sierra Alta, Sierra Baja, Sierra Gorda, Sierra de Molango, Valle de Tulancingo, Comarca Minera, Llano de Apan, Cuenca de México y Valle del Mezquital.

Con relación al área de salud de Hidalgo, cada región pertenece a una determinada Jurisdicción enumeradas del 1 al 10, de acuerdo a la región en que se encuentra. Dentro de la Jurisdicción Sanitaria # 10, que atiende a los municipios de Xochiatipan, Huautla, Atlapexco, Yahualica, Jaltocán, San Felipe y Huejutla.

La institución pública en donde se realizarán los estudios pertinentes, es el Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera", ubicada en la ciudad de Huejutla de Reyes Hidalgo, mismo que actualmente, cuenta, con un departamento de

Psicología en la cual se da atención terapéutica a la población que la solicite.

Según estadísticas realizadas en base a reportes mensuales, el departamento de Psicología da atención a un promedio de 4 personas por mes que son diagnosticadas con un posible trastorno somatomorfo. Por lo tanto, el principal objetivo para el estudio de la investigación, serán los pacientes que se remiten al departamento de Psicología en el Centro de Salud " Dr. Horacio Camargo Rivera", durante el periodo de diciembre de 2001 a febrero de 2002.

La forma de investigación que se pretende realizar es pura, ya que el objetivo que se persigue es el progreso científico mediante el desarrollo teórico, utilizando a su vez un proceso sistemático y formal. El tipo de investigación será descriptivo (porque solo se analizará e interpretarán datos para la comprobación de hipótesis) e histórica ya que se describen antecedentes de acontecimientos del pasado que sustentan la evolución del trastorno somatomorfo a través de investigaciones que se han llevado acabo para el estudio de los mismos.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN**

Existe en la región de Huejutla de Reyes Hidalgo, diferentes tipos de psicopatologías, difícilmente detectables. Uno de los trastornos más comunes y no estudiados en esta región, es la hipocondría, misma que no ha sido diferenciada de otros trastornos somatomorfos (principalmente de los trastornos de somatización, trastornos de conversión, trastornos por dolor y el trastorno

dismórfico corporal) que suelen crear confusiones en el momento del tratamiento psicológico de aquí se deriva la importancia de fundamentar las bases científicas para el diagnóstico de la hipocondría y de los trastornos somatomorfos, haciendo la diferenciación correspondiente que permita dar una mejor atención a los sujetos, con el objetivo de que estos tengan un adecuado funcionamiento dentro del entorno social, un manejo correcto de los conflictos psicológicos (principalmente de la ansiedad), así como un eficiente desarrollo personal que permita mejores relaciones familiares, interpersonales y laborales.

Además de que los beneficios serán próximos a los pacientes, también servirán de apoyo a la institución en donde se realizará la investigación (Centro de Salud: Dr. "Horacio Camargo Rivera", de Huejutla), ya que permitirá detectar con mayor eficacia dichos trastornos, para su canalización al departamento de Psicología y, asimismo, llevar un buen tratamiento para su rehabilitación.

El Centro Universitario " Vasco de Quiroga" de Huejutla, principalmente la licenciatura en Psicología, será otra institución beneficiada, de manera que los alumnos poseerán bases científicas más sólidas para estudios, prácticas e investigaciones posteriores. Sin duda alguna los resultados que se obtendrán serán de suma importancia para la sociedad y las personas que se interesen en el estudio y mantenimiento de la salud mental.

## 1.6 OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Analizar la diferenciación sintomatológica y diagnóstica de la hipocondría de los demás trastornos somatomorfos.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indagar sobre la definición y clasificación de los trastornos somatomorfos.

- Describir y explicar los distintos trastornos somatomorfos.

- Elaborar cuadros clínicos para diferenciar cada trastorno.

- Investigar sobre la etiología psicopatológica de los distintos trastornos somatomorfos.

- Elaborar el diagnóstico diferencial de la hipocondría.

- Elaborar el diagnóstico multiaxial de cada caso.

**CAPITULO II**  
**FUNDAMENTOS TEORICOS**

## 2.1 EVOLUCION DEL TERMINO TRASTORNO SOMATOMORFO

Durante el período de la edad media los síntomas psicósomáticos, principalmente las manifestaciones conversivas eran explicadas a través de las interpretaciones sobrenaturales y religiosas. El campo científico fue influenciado fuertemente por primera vez por el doctor Vienés Franz Antón Mesmer (1734 – 1815), quien describía los factores intrapsíquicos como determinantes de algunas enfermedades, incluyendo en estos casos a la histeria. Utilizando la técnica que nombraba como "magnetismo animal", lograba actuar sobre la sintomatología del enfermo, esta técnica no era una forma de curación orgánica, sino un proceso psicológico complejo que influía en las actitudes y comportamientos de los individuos.

Mesmer fue un precursor importante en la evolución de la hipnosis como técnica terapéutica. Aunque no contribuyó directamente en la formulación del término, la aportación de la sugestión fue muy indispensable para el tratamiento y curación de muchas enfermedades. La sugestión funcionaba como un medio para influir positivamente en el estado de conciencia del individuo. El concepto de inconsciente comenzó a formularse por las investigaciones que Mesmer dedujo al retomar de Paracelso la idea de magnetismo planetario que, al ser liberado, provocaría en el individuo enfermo una cura total; los resultados que obtenía al poner en práctica estas técnicas eran asombrosas para los investigadores de esa época debido a que sólo con tocar a sus pacientes provocaba el alivio de sus enfermedades. Esto era sin duda el comienzo del desarrollo de conceptos y

técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de distintas enfermedades.

Se debe a James Braid (1775 – 1860) la formulación del término "hipnosis", que utilizó para describir el método empleado por el doctor Franz Antón Mesmer, cuya principal función es influir sobre el paciente a través del poder sugestivo del terapeuta.

No fue hasta finales del año de 1700, que el psiquiatra Alemán Johann Cristian Heinroth (1773 – 1843), elaboró la teoría en la cual explicaba que las enfermedades mentales eran producto de conflictos internos que se producían entre los impulsos que amenazaban a la conciencia y la culpabilidad inconsciente; la finalidad de las explicaciones consistía en aclarar la vida del individuo, analizándola internamente para explicar su comportamiento externo.

A. Liebault (1823 – 1904), médico de la Escuela de Nancy, consideró a la hipnosis como una técnica práctica en el desempeño de su profesión; con ella trataba enfermedades que no se podían explicar por causas orgánicas. A él se debe el crédito de haber entrenado para la aplicación de la hipnosis al famoso neurólogo Francés Jean Martin Charcot (1825 – 1893) y a Hippolyte Marie Bernehim (1840 – 1914).

Alrededor del siglo XIX, fueron creadas dos escuelas europeas con fundamentos opuestos entre sí, en las que los fundadores fueron Charcot y

Bernehim. Las ideas de estos prominentes investigadores científicos tenían como objetivo específico la explicación de los síntomas conversivos, que en aquel entonces recibían el nombre de "histeria". Desde los tiempos de Hipócrates la histeria solo era considerada como particular de las mujeres; sin embargo, Charcot sabía que también se presentaba en los hombres, por lo que llevó a cabo estudios e investigaciones detalladas sobre síntomas particulares de la histeria, sostenía que: **"Los síntomas histéricos oscilan de un modo mas o menos caprichoso, que pueden ser producidos o extinguidos por medio de la hipnosis y que frecuentemente no tienen sentido cuando se les consideraba en términos de estructura anatómica"**<sup>1</sup>; Sin embargo, su formación como neurólogo, como más adelante se menciona, no le permitió abordar a la histeria desde un aspecto psíquico, sino que consideró los aspectos neurológicos como principales causas.

Entre los síntomas predominaban la sensibilidad en la piel, dolores en diferentes partes del cuerpo, ceguera e impedimentos visuales, tics y contracciones musculares similares a los ataques epilépticos, dificultad para caminar o parálisis.

Desde los tiempos de Hipócrates los síntomas de conversión trataban de explicarse exclusivamente en las mujeres; a pesar de estas creencias, Charcot logró descubrir que dichos síntomas se manifestaban de igual forma en los hombres. Aplicando la técnica de la hipnosis, descubrió que podía manipular

---

<sup>1</sup> Million, Tehodore Psicopatología Moderna, p. 440

dichos síntomas, es decir, extinguirlos en personas que los presentaban, o aparecer síntomas histéricos en personas normales y que al tratar de explicarlos en términos de estructuras anatómicas resultaba difícil y sin sentido. También observó cierta firmeza psicológica en estas personas, a las que llamó "*Belle indifference*", ya que a pesar de su estado (parálisis, ceguera, etc...). pareciera no importarles.

Durante los estudios realizados, Charcot descubrió la importancia de los factores psicológicos en la formación de los síntomas histéricos; sin embargo, su orientación como neurólogo le hizo concluir en que la histeria era producto de anomalías neurológicas congénitas y que la técnica de hipnosis servía exclusivamente como un sensibilizante de la manifestación de este defecto innato.

La importancia de las ideas de Charcot radica en que alentó el pensamiento de otros investigadores, principalmente en Pierre Janet (1859 – 1947) y Sigmund Freud (1856 – 1939).

Por otro lado Hippolyte Bernehim (1840 – 1914), psiquiatra de la facultad de medicina de la Escuela de Nancy, en contraposición a las conclusiones de Charcot, afirmaba que la histeria era el producto de una condición altamente autosugestiva y, en cambio, la hipnosis era producida por una persona externa. Además, utilizó el término "psiconeurosis" para referirse a los trastornos psicogenéticos como la histeria y otros similares. En relación a esto, sostenía que: **"La autosugestión inconsciente, que podía existir oculta tras los síntomas**

**de la enfermedad psíquica, tiene un papel importante en el desarrollo de la concepción psicodinámica**<sup>2</sup>. De acuerdo a lo anterior, es muy necesario buscar los orígenes psicológicos internos, que se encuentran generalmente ocultos bajo los síntomas de la enfermedad física, para lograr entender el verdadero origen de los símbolos somáticos.

Dos discípulos de Charcot, Pierre Janet (1859 – 1947) y Sigmund Freud (1856 – 1939), continuaron los estudios sobre el complejo trastorno histérico; ambos desarrollaban teorías aparentemente similares, aunque significativamente opuestas, que trataban de explicar las raíces del grupo de síntomas que definían a la histeria

Por un lado, Pierre Janet encontró características idénticas tanto en los casos de histeria como en las disfunciones de la memoria para la explicación de estos trastornos, daba una mayor importancia al proceso de disociación del individuo, es decir, la separación entre los pensamientos y las emociones que normalmente están entrelazados en los individuos normales. Aseguraba que la escisión era el resultado del estrés y del agotamiento; también propuso la existencia de ciertas ideas aisladas e inconscientes como principales provocadora de los síntomas histéricos y que persistían durante largos periodos de tiempo.

La fuente principal de la histeria, según Janet, es producida por la incapacidad del sujeto en su organización y control de aspectos de la experiencia,

---

<sup>2</sup> Ibid., pág. 21.

que toman rumbos distintos sin lograr una unificación de ideas, pensamientos o sentimientos.

Las investigaciones llevadas a cabo por Janet fueron de gran importancia para el desarrollo de teorías que trataron de explicar la psicogénesis del trastorno histérico. Sin embargo, debido a la orientación neurológica que había adoptado de Charcot, no pudo desechar por completo a las causas orgánicas como principales factores que influían en la provocación de síntomas histéricos.

Por otro lado Sigmund Freud, (neurólogo), sostenía en un principio, que el comportamiento anormal era producido por alteraciones biológicas. Al igual que Charcot, decidió explorar la vida mental que indicaba estar relacionada con la molestia psicológica y la conducta desadaptada del individuo. sus investigaciones fueron más allá de la búsqueda de la etiología de los síntomas de la histeria, también se interesó de una forma muy especial en buscar las bases psicogénicas y el significado de las representaciones particulares en que se presentaban dichos síntomas.

Los primeros estudios que realizó Freud sobre el tratamiento de la histeria fueron hacia finales de 1882, bajo el caso de una paciente enferma de histeria que escondía su verdadero nombre por el ya conocido de Anna O. con la colaboración de Breuer para el tratamiento de este caso en especial, logró importantes resultados publicados en 1893, en el libro "Estudios sobre la Histeria" en 1895. A lo largo del tratamiento logró que los síntomas de la paciente desaparecieran al

descargar emociones fuertes durante el estado hipnótico; propuso, entonces, que los conflictos inconscientes podían explicarse a través del descubrimiento de la psicogénesis de los síntomas neuróticos como una teoría general que se desprendía a través del caso particular de la histeria.

Los estudios de Freud fueron de gran importancia para el mundo científico en el momento en que empezó a dar conclusiones sobre la gran enfermedad de aquellos tiempos en los que no se podía dar una explicación a través de lesiones orgánicas, que fueron características principales en el desarrollo de la histeria.

Para los objetivos finales del presente documento es necesario hacer un preámbulo que permita conocer las generalidades más importantes de las neurosis, entre los cuales los más grandes investigadores -Charcot, Janet y Freud- han incluido a la histeria por carecer de algún daño.

No existe una prueba confiable que asegure la fecha en que la neurosis fuera considerada como un término de la literatura médica. Existen dos versiones: la primera, menciona que el término fue introducido por primera vez dentro del campo médico en 1781 por William Cullen; la segunda, y la más aceptada por tener mayor soporte teórico, sugiere que la medicina anatomoclínica, en sus comienzos introdujo el término "neurosis" en el año de 1785, creado bajo el modelo de otros términos que incluían los sufijos "osis" como una lesión no inflamatoria e "itis" que oponía las lesiones inflamatorias. En aquellos tiempos al incorporar este nuevo término y al haber dado de alguna forma, curso a la

imaginación, como una manera de expresar los pensamientos, se produjeron ciertas limitantes que prohibían la imaginación como instrumento para explicar las neurosis; exigiendo que se utilizara un método con mayor objetividad que permitiera observar el órgano afectado o anormal y que perturbara su función adecuada. Concluyeron que el microscopio o la probeta permitiera dicho objetivo.

Durante varios años se excluyó toda relación en materia de neurosis, condenado esto a una falta de explicación de las mismas rellenándose ese vacío por invenciones casuales sobre la enfermedad aportadas el médico, o bien con una expectativa resignada, lo que llevara al paciente a seguir tratamiento puramente médico, durante muchos años sin observar mejoría alguna.

Durante los comienzos del término "neurosis" se explicaba que las neurosis expresaban de forma directa una alteración de la fisiología, es decir, una lesión en la anatomía de los nervios, sin embargo, no se encontraba fiebre ni inflamación, en este sentido la relación que pueda existir entre un síntoma y una enfermedad física es casi nula.

En la época de Sigmund Freud, la neurosis es considerada como una representación de una alteración psíquica, resultante de conflictos entre el deseo inconsciente y el yo del sujeto; se origina en la etapa infantil del individuo, manifestándose a través de síntomas muy variados.

Existe una diferencia marcada entre los dos conceptos que se aportaban; la primera explicación particularmente en los síntomas externos, es decir en los

daños orgánicos, mientras que Sigmund Freud iba más allá de esta explicación, aportando ideas sobre conflictos internos inconscientes que determinaban la neurosis. La concepción en los tiempos de Grasset no era determinante, sin embargo poseía nociones de lo que en la actualidad se define como neurosis.

La evolución del concepto y teoría sobre las neurosis de los tiempos de Freud tomó un mayor auge en el mundo científico y, en 1915, Krapelin elaboró 3 categorías en las que clasificaba a las neurosis como: neurastenia, psicastenia e histeria. Esta clasificación continuó hasta 1950 y aún se emplea en algunos medios en todo el mundo. La neurastenia representaba estados de fatiga, síntomas corporales y escaso apetito, como resultado de una debilidad nerviosa constitucional; la psicastenia expresaba una debilidad mental, lo que actualmente se clasifica como trastornos fóbicos u obsesivos compulsivos; y por, último, la histeria, agrupaba tanto a los trastornos disociativos como a los de conversión, tal como se considera actualmente.

Existieron, además distintos tipos de clasificación que fueron de gran importancia para el estudio de las neurosis, entre los que se encuentran los el psiquiátrico y el psicológico, este último postulado por Sigmund Freud.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las neurosis se clasificaban en:

- 1) *Neurosis de ansiedad*, sus principales características son inquietudes, desesperación, irritabilidad, tensión, altos niveles de ansiedad y períodos

prolongados de insomnio.2) *Neurosis histérica de tipo conversiva*. Las principales características son la actuación inconsciente de algún síntoma o enfermedad interfiriendo en las funciones del organismo, tanto sensitivas como motoras; estos síntomas actuados aparecen desde un nivel leve hasta convertirse en una incapacidad total, si la etiología no se analiza adecuadamente. Otra de las características importantes es la ausencia de lesiones orgánicas que puedan explicar la enfermedad. 3) *neurosis histérica de tipo disociativo*. Existen amnesias leves, pérdida de contacto con la realidad de tipo disociativo, pérdida del concepto de sí mismo, pérdida de conocimientos, habilidades y aptitudes. 4) *neurosis fóbica*. En este tipo de neurosis existe temor hacia un objeto que no es peligroso, hay ansiedad y aumento de la frecuencia cardíaca. Se denomina como una reacción defensiva en la cual el paciente en un intento de manejar su angustia la desliga de un objeto, situación o idea específica de su vida cotidiana, desplazándola en forma de un miedo neurótico particular hacia una idea, objeto o situación asociada a la primera. A pesar de que el enfermo está consciente de que no existe un peligro real, al verse expuesto al objeto o situación simbólica que estimula su fobia, no puede evitar una intensa sensación de miedo, aprensión aflictiva a grado extrema, desmayos, fatiga, transpiración, náuseas y temblores. 5) *neurosis obsesiva-compulsiva*. Caracterizada por pensamientos y actos rituales que el sujeto no desea tener, son irracionales aunque no puede controlarlos; clínicamente significativos, se presentan de tres formas distintas : a) La reaparición constante de un pensamiento desagradable e inquietante. b) Una morbosa necesidad, a menudo irresistible, de llevar a cabo un determinado acto en forma repetitiva y estereotipada. c) Un pensamiento que reaparece en forma

obsesiva, acompañado además de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo. 6) *neurosis hipocondríaca*. Se presenta un grupo de síntomas psiconeuróticos, cuyas características son: la preocupación e interés de forma obsesiva del individuo respecto al estado de salud y las condiciones de su cuerpo, suele relatar multiplicidad de molestias relacionadas con diferentes tipos de órganos o sistemas corporales que deben de estar incurablemente afectados; además están pendientes de diversas sensaciones de su cuerpo amplificando la intensidad de dichas sensaciones que normalmente otros sujetos pasan por alto. 7) *neurosis depresiva*. La angustia se esconde bajo una conducta de desprecio hacia si mismo y con afecto depresivo; el individuo presenta aflicción patológica debido a un duelo o alguna pérdida importante y evidente, como una muerte o separación, derrota en la vida social, económica o personal. Dicha pérdida produce en el sujeto un estado afectivo de tristeza, llanto, angustia, culpa o vergüenza.

El modelo de clasificación psicológica que propone Sigmund Freud, se basa en 6 tipos de neurosis, de acuerdo a los síntomas que se presentan: 1) *Neurastenia*. Se manifiesta a través de períodos de irritabilidad acompañados de pensamientos depresivos, también se le conoce como astenia vital. 2) *Neurosis de angustia*. Se dan algunos síntomas histéricos que generan demasiada ansiedad aunque no exista necesariamente alguna fobia; es una situación real que genera un desequilibrio emocional que llega a un estado ansioso. 3) *Neurosis hipocondríaca*. El enfermo está absorbido por la corporalidad propia y cuando prevalece en la idea delirante de padecer una determinada enfermedad somática, toda su percepción está sobre el mismo corporalmente. Cuando existe la idea de

que esta enfermo, realmente se enferma. 4) *Histeria de angustia*. como característica principal se presentan periodos prolongados de ansiedad que inician por un momento tranquilo y por la asociación de alguna situación específica que le genera una incapacidad. 5) *neurosis obsesiva*. Existe un conflicto en la vida psíquica del sujeto, en donde la unidad del yo se ve afectada; puede existir un proceso de desintegración, exigencias absolutas e ideas de control; el *superyó* se eleva demasiado buscando algo irreal llegando a lo exagerado. 6) *histeria de conversión*. Es la neurosis más conflictiva en donde el paciente cambia y canaliza con un síntoma demasiado conflictivo a una parte del cuerpo, incapacitando. Transforma su conflicto deteriorando funciones sensoriales.

Estas han sido las clasificaciones históricas más aceptadas dentro del campo clínico en la categorización de las neurosis. La evolución del concepto de neurosis ha tomado dentro del campo de la psicología, mayor interés para la descripción de algunas psicopatologías. Los discípulos de Freud reformularon el término de "neurosis" por el de "psiconeurosis" para describir todos aquellos síntomas que representaban los cambios o transformaciones intrapsíquicos de los impulsos y ansiedades inconscientes. Diferenciaba este tipo de neurosis de las neurosis reales considerándolas como el resultado de impulsos inconscientes reprobatorios y no expresados al no poder ser descargados a través de la transformación intrapsíquica y una solución de compromiso. A partir de esto, el término freudiano se emplea como paralelo del término médico "trastornos neuróticos".

Actualmente dentro del campo de la Psicología clínica, las psiconeurosis son consideradas como **“Expresiones sintomáticos indirectos de emociones, y recuerdos inconscientes reactivados que han sido refundidos en formas personalmente tolerables y socialmente aceptables a través de la acción de mecanismos intra psíquicos”**<sup>3</sup>, de acuerdo a lo anterior tales psiconeurosis son indirectamente símbolos que los mecanismos de defensa utilizan para disminuir la ansiedad y manejar de una forma inmadura para no causar daño y así satisfacer una necesidad en la que socialmente sea bien visto.

## 2.2 INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Todo modelo de clasificación dentro del campo de la Psicología Clínica sufre el riesgo de caer en el error si sus categorías son demasiado amplias, abarcando diferentes tipos de estados clínicos. Por ello, es de vital importancia subdividir estas categorías más amplias, de acuerdo a características más claras y precisas, discernibles unas de otras. Esto se hace con el objetivo fundamental de facilitar al clínico la distinción de patrones similares que puedan confundirse desde el mismo diagnóstico hasta el tratamiento, además de permitir la observación de datos clínicos que puedan ser de gran utilidad.

Los trastornos somatomorfos, para llegar a su estado de concepción y clasificación actual, han pasado por varias modificaciones. Desde sus inicios, la medicina psicosomática o psicofisiológica, que se encontraba en un ámbito

---

<sup>3</sup> Million, Tehodore. Op. Cit., p. 441

específico dentro del área de la psiquiatría, se interesaba inmediatamente por la unidad mente-cuerpo (psique-soma), este tipo de relación ha sido considerado en todas las épocas. La controversia sobre la interrelación se advertía ya en el DSM-II, utilizando el término de "Trastorno Psicofisiológico", mismo que era abandonado en el DSM-III y empleando el término nosológico de "factores psicológicos que afectan al estado físico". Estos cambios provocaban diferentes interrogantes acerca de cómo ha de definirse el holismo psíquico y somático. Tras varios debates sobre si el término original y breve de psicósomático debe ser sustituido por el término psicofisiológico o por el último término utilizado, finalmente, el DSM-III eligió la terminología de "factores psicológicos que afectan el estado físico" ya que era un término adecuado para describir los fenómenos psicósomáticos.

En 1987 se publicó el DSM-III-R, realizando distintas correcciones y modificaciones en las cuales los trastornos somatomorfos eran clasificados de la siguiente manera: trastornos de somatización, trastornos de conversión, trastornos por dolor somatomorfo, hipocondría y trastorno dismórfico corporal. Los modelos de clasificación son similares a los propuestos en el DSM-IV; sin embargo, los criterios para el diagnóstico de los trastornos somatomorfos fueron modificados y simplificados en este último manual.

La lista de los criterios para el diagnóstico del trastorno de somatización que se utilizaba en el DSM-III-R eran de 35 ítems, mismos que en el DSM-IV fueron simplificados en 4 categorías distintas las cuales son: dolor, síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudo neurológicos.

Por su parte, el trastorno de conversión sufrió un cambio, reduciéndolo solo a síntomas o déficit que afectan en el desempeño y el funcionamiento sensorial o motor voluntario, a diferencia de la amplia definición del DSM-III-R. Además se ha incluido un esquema de subtipificación en las que se consideran el aspecto motriz, sensorial, convulsivo y mixto. Con el objetivo de aumentar una mejor especificación consiguiendo así compatibilidad con el CIE-10.

De forma similar el trastorno por dolor somatomorfo se modificó a simplemente "trastorno por dolor" (DSM-IV) ampliando la definición para incluir 2 tipos de trastorno por dolor (trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y trastorno por dolor asociado a factores psicológicos en una enfermedad médica), incluyendo además especificaciones de agudo y crónico.

En relación con la hipocondría sólo se incluyó en el DSM-IV una especificación para determinar si el trastorno cursa con poca conciencia de la enfermedad.

Por último, el trastorno dismórfico corporal, en el DSM-IV excluyó la creencia de que deba poseer la idea delirante.

Estas fueron, a grandes rasgos, las modificaciones que se hicieron en el DSM-III-R.

Actualmente se define como trastorno somatomorfo a la **"presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden**

**explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental”<sup>4</sup>.**

Esta sintomatología no se manifiesta bajo el control voluntario del individuo y se relaciona con factores o conflictos psicológicos. La característica común de estos trastornos es la presencia de síntomas físicos en ausencia de enfermedad médica y que no pueden explicarse a través de algún padecimiento físico diagnosticable o por los efectos directos del consumo de sustancias o por otro trastorno mental. Los individuos que padecen los síntomas sufren malestar clínicamente significativo y además deterioro en sus diferentes áreas de vida.

En estos padecimientos existen bloqueos en la capacidad de expresión de las emociones y afectos, lo que provoca que la energía se encuentre encerrada de manera crónica en el cuerpo, alterando así el funcionamiento de uno o más órganos destinados a expresar el conflicto.

Por lo tanto las denominadas enfermedades psicosomáticas son simplemente la manifestación de un conflicto psicológico que es expresado fisiológicamente alterando de manera significativa la función somática del individuo. Estos trastornos se observan con mayor frecuencia en centros hospitalarios o clínicos de asistencia médica.

---

<sup>4</sup> Pierre Pichot, Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, P. 457

## 2.3 PSICOGENESIS DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Los padecimientos que el hombre experimenta están constituidos por reacciones corporales y mentales, sean directas o indirectas, es decir, que la dolencia es solo la reacción del organismo; cuando el yo se encuentra enfermo la enfermedad es general o psicosomática, independientemente del lugar donde está localizado el síntoma. Si un daño orgánico o alteración física puede a su vez, provocar síntomas mentales, resulta obvio entender que un desajuste o desequilibrio mental produzca sintomatologías físicas. Se ha comprobado científicamente, a través de la medicina psiquiátrica y psicológica que los denominados trastornos somatomorfos, como antes se mencionó, carecen de explicación orgánica que justifique la presencia de los síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica. Para explicar la génesis de estos síntomas o enfermedades orgánicas es necesario tomar en consideración explicaciones psicopatológicas que permitan conocer a fondo el verdadero origen del trastorno. No existe daño alguno en el sujeto, en el que sólo intervenga la fisiología, sino que es una enfermedad psicofisiológica, por lo tanto, para poder entender los padecimientos psicosomáticos se debe partir de la base de que los conflictos intrapsíquicos acumulan exceso de energía, y si ésta no se puede o no se quiere liberar producirá infinidad de dolencias psicosomáticas. Es así que tanto los trastornos psicofisiológicos como los trastornos neuróticos, presentan muchas características en común y, muy a menudo, coexisten en la misma persona.

La relación entre el pasado de una persona y su presente juega un papel importante. Algunos psicopatólogos siguen esta ideología en su creencia de que la enfermedad actual del paciente puede descubrirse lógicamente y sistemáticamente en sus estados o experiencias pasadas a las que estuvo expuesto. Para poder entender la psicodinámica de los trastornos somatomorfos es importante conocer la psicología del inconsciente del individuo. El inconsciente del sujeto es el que, de forma regular, daña un órgano en manifestación de autocastigo, venganza hacia el entorno o figuras cercanas a él, o creación de dependencia. En muchas ocasiones el hombre se siente culpable, lo que hace que inconscientemente, se autocastigue, es por eso que la persona que somatiza está sufriendo por dolores que ella misma se ha provocado mentalmente, originándolos en su propio cuerpo. El inconsciente y el *ello* son los encargados del autocastigo; les corresponde dar "latigazos" al propio cuerpo. Si el *ello* no autocrea inconscientemente, como mecanismo de defensa, el sujeto sufriría entonces. Esto es una forma muy variada de hacer frente a algo que está resultando demasiado peligroso. Ocurre con frecuencia que el *ello* actúa de forma disfrazada e ilógica y sin saber el por qué origina daños en el sujeto. Está claro que las enfermedades pueden curar males mayores, al mismo tiempo que el inconsciente ayuda al sujeto a enfermarse para subsistir, es decir para él la enfermedad es una solución o un medio para hacer frente a los conflictos intrapsíquicos, es una forma de mantener el equilibrio de la psique, ya que la energía interna acumulada afecta a un órgano determinado dando como resultado que la neurosis no se convierta en psicosis, **"Para descubrir el significado de las manifestaciones insólitas de la personalidad"**

**que se denominan síntomas y las funciones que desempeñan en la historia vital del paciente, se requiere determinar las necesidades y los factores o las situaciones significativas que condujeron a su aparición...”<sup>5</sup>.**

Se debe de tener en cuenta que las demás especies no padecen ninguna enfermedad psicosomática, demostrando así claramente que la mente es la que provoca la enfermedad en el cuerpo, si esta se encuentra dañada.

Somáticamente hablando el cuerpo sirve como complemento al lenguaje verbal, como una manera de expresar aquellos elementos primitivos que se encuentran dentro del inconsciente que aun no alcanzan un nivel de simbolización.

Una de las principales ideas evolutivas de la psique es el establecimiento de representaciones para su estructuración, sin embargo, esto no siempre sucede de manera normal, existirán influencias de objetos significativos que puedan entorpecer el desarrollo normal, creando situaciones conflictivas a nivel psicológico que pueda influenciar sobre los patrones comportamentales y en sus diferentes aspectos. Es por ello el objetivo de analizar los conflictos intrapsíquicos, su desarrollo y su influencia sobre el individuo.

---

<sup>5</sup> D. Kolb, Lawrence Psiquiatría Clínica Moderna, p. 140

## CONFLICTO INTRAPSÍQUICO

Las fuerzas conscientes del individuo, los deseos, anhelos, la aceptación y la satisfacción de los impulsos biológicos, se encuentra en incompatibilidad con las fuerzas inconscientes del sujeto, existiendo así una lucha constante entre respuestas con fuertes tendencias poderosas contradictorias entre sí. Por un lado las personas tienen los hábitos, actitudes y valores que han adquirido a través del tiempo por la familia, la iglesia, la escuela y otras instituciones morales y, por el otro, las necesidades y los anhelos inconscientes que manifiestan principalmente de la niñez; **“Se le conoce como conflicto psíquico al dilema el cual el individuo es impulsado por fuerzas mentales mutuamente incompatibles e irreconocibles y por impulsos y necesidades de la personalidad que compiten entre sí”<sup>6</sup>.**

Muchos de los grandes conflictos que experimenta el sujeto fueron originados en las primeras etapas de la vida, principalmente en la niñez; debido a la represión son olvidadas volviéndose inaccesibles para la conciencia. Dentro de la personalidad del sujeto se encuentra una lucha constante impulsada hacia conductas contradictorias entre sí. En otras palabras, la personalidad se divide en contra de sí mismo existiendo un sentimiento de inquietud y tensión interna. La tarea principal será, en este caso, que la personalidad establezca una satisfacción a los anhelos irreconocibles es decir, que satisfaga los impulsos conscientes, tanto como los inconscientes. Obviamente, dicha tarea no se cumple, lo cual trae

---

<sup>6</sup> D. Kolb, Lawrence, Op. Cit., p. 106

como consecuencia la manifestación de angustia, que se presenta a través de un sentimiento de aprehensión difusa y de tensión persistente internamente.

Para los objetivos de esta investigación se analizará la dinámica de la angustia para comprender los procesos psicodinámicos en relación a los problemas somáticos o trastornos somatomorfos.

### LA PSICODINÁMICA DE LA ANGUSTIA

La angustia es un estado de tensión que indica la posibilidad de un desastre inminente, nace de la presión de actitudes internas inaceptables, es una señal de peligro que surge de pronto en la conciencia, con las consecuentes reacciones individuales o de la sociedad a dicha manifestación. La angustia es el resultado de las amenazas que ejercen las fuerzas incontrolables del *ello* y los impulsos autodestructivos del *superyó*. Tiene dos funciones importantes: servir como indicador o señal de un conflicto y respaldar los mecanismos de defensa de la represión, la formación reactiva y la proyección. Ante todo impulso de tipo sexual o agresivo, comienza a emerger la angustia, esto puede exponer al individuo a que sufra afectos como culpa o vergüenza, es por ello que es preferible que experimente angustia en el contexto de la situación conflictiva en lugar de los otros sentimientos. La angustia se diferencia del miedo en que la primera no puede referirse a objetos o incidentes específicos, el paciente ignora la fuente de su angustia. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo, real

y actual, desaparecerá cuando se elimine la situación amenazadora, en cambio en la angustia no existe especificidad de situaciones que puedan estarla provocando.

La angustia es la base fundamental para el desarrollo de desviaciones graves o trastornos de la personalidad, es el síntoma principal en las llamadas neurosis de angustia y, además muy a menudo se presenta en otros tipos de neurosis. Es así que, la angustia y los diferentes mecanismos de defensa, como son la represión, la conversión, la regresión y el desplazamiento, son importantes en la formación de psicopatologías de las personalidades anormales, de las psiconeurosis, la psicosis y de las enfermedades psicósomáticas.

En relación a los trastornos somatomorfos cuando la angustia es una expresión meramente somática, se desarrolla un fenómeno de carácter fundamentalmente subjetivo.

El trastorno somático puede ser experimentado como una amenaza vital y, además, justifica una perturbación psíquica violenta o una emoción fuerte secundaria, entonces la angustia se racionaliza y se transforma en miedo, en enfermedad, preocupaciones o males en el funcionamiento del organismo.

Cuando la angustia se manifiesta a nivel psíquico, somático o en ambas formas, depende del grado mayor o menor de la conflictiva interna con que se manifieste para que las expresiones físicas sean simbólicamente significativas. La capacidad para elaborar mentalmente un cierto grado de angustia y soportar la

inseguridad impuesta por sentimientos de amenaza es consecuencia del grado de organización psíquica del individuo y de la forma en que ha solucionado los conflictos que se le han presentado en las distintas etapas de la vida. Experimentar una enfermedad a nivel psicológico, es de algún modo, la conversión de la angustia desde un nivel puramente ideal, hasta algo más específico, esto constituye uno de los fundamentos psicossomáticos, es decir desde un conflicto psíquico hasta la manifestación de un síntoma.

La expresión somática de la angustia aparece bajo dos aspectos u objetivos específicos: positivamente, el cambio corporal llega a encubrir o absorber la conmoción psíquica flotante de la angustia; negativamente, esta descarga somática comprueba la ineficacia de la psique para contener un afecto desagradable amenazando así la integridad del individuo.

Los sujetos que presentan trastornos somatomorfos están manifestando con su cuerpo un mensaje que no son capaces de reconocer conscientemente debido a que los mecanismos de defensa no permiten que broten los conflictos intrapsíquicos que se presentan a través de la angustia, es decir que el sujeto expresa corporalmente sus preocupaciones inconscientes en una enfermedad. Por ello, es de suma importancia el realizar un estudio acerca del significado inconsciente que expresa el cuerpo de los sujetos que padecen estas enfermedades; obviamente, esto permitirá que los especialistas tengan una mayor comprensión y, por ende, un acertado tratamiento para estos padecimientos.

## SIGNIFICADO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Generalmente muchas de las personas que buscan ayuda médica se quejan principalmente de problemas de salud, en donde se ven combinados dos aspectos importantes como son lo somático y lo psíquico que dan origen a un tipo especial de enfermedad la cual se denomina psicósomática o de somatización. Esta se encuentra compuesta por reacciones mentales y corporales, por lo tanto, todo padecimiento es una reacción de la unidad del ser humano; es decir, que toda dolencia psicósomática se encontrará alojada en síntomas localizables en cualquier lugar del ser.

Las personas que manifiestan problemas psicológicos eligen, de forma inconsciente una resolución fisiológica precisa para resolver sus conflictos neuróticos; los escogen, según cada caso particular, en una u otra enfermedad psicósomática, almacenando exceso de energía que afecta directamente a un órgano determinado, esto establecerá la psicopatología de dicha enfermedad.

Toda somatización es un mensaje oculto o advertencia del Inconsciente: por un lado, éste se encarga de dañar un órgano como autocastigo o como venganza hacia alguien, aclarando que se autocastiga sin darse cuenta, porque se siente culpabilidad en manifestar deseos inaceptables que, mediante el mecanismo de defensa de la represión, trata de suprimir, y/o para vengarse de alguien por haberle hecho "algún mal" o "daño" y, debido a que su *superyó* no le permitió de forma consciente el agredir recurre a este recurso con el mismo fin: el de dañar.

Se entiende entonces que, todo sujeto que somatiza sufre por dolores que él mismo, con su mente, se origina en su cuerpo. La persona busca la forma de sufrir y, además, hacer lo mismo con los más allegados. Esto se entenderá más fácilmente al explicar las ganancias primarias y secundarias de la manifestación somática. Por un lado, la ganancia primaria es la de proteger al yo de la angustia, previniendo resultados catastróficos, lo que quiere decir que la enfermedad es un medio para salvarse de dicha angustia. Sin la enfermedad autocreada inconscientemente, la persona sufriría males mayores. El *ello* protege a la psique frente a algo que resulta demasiado peligroso; el inconsciente busca ayudar a vivir aunque para ello enferme al cuerpo como medio o solución. Por otro lado, las ganancias secundarias son producidas a partir de reacciones que satisfacen necesidades que no se relacionan en nada con la producción original del síntoma, como sería la compasión, y la atención, que satisfacen necesidades de dependencia. En este caso, son muchas las personas que se enferman para lograr atenciones de los otros, además de influir y dominar a sus seres más cercanos. Por lo tanto, se concluye en que el origen del síntoma de los trastornos somáticos es la ganancia primaria y, que, junto a la ganancia secundaria, conservará el padecimiento por largos períodos de tiempo.

Para poder poseer una plena comprensión de los trastornos psicósomáticos se requiere del estudio de la personalidad básica del paciente, ya que los síntomas no son más que brotes de sensibilizaciones y estrategias de enfrentamiento profundamente enraizadas ya que **“Las formaciones psiquiátricas patológicas que llamamos síntomas representan la tentativa**

**del paciente, frente a grandes dificultades, para mantener su existencia de la mejor manera posible..."**<sup>7</sup>, los síntomas, en este caso representan la alternativa que tuvo el paciente para hacer frente a grandes dificultades para mantener su equilibrio mental, manejando su existencia de la mejor manera. Los síntomas no sólo son la expresión de una enfermedad mental, sino que, además manifiestan un intento por combatirla.

Debido a que el conflicto psíquico que se manifiesta en el inconsciente se puede alojar en diversa partes del cuerpo, es necesario delimitar y especificar las clasificaciones del trastorno somatomorfo, ya que existe una relación entre los síntomas y el tipo de conflicto que pueda estar manifestando. Por ello la importancia de clasificar los trastornos somatomorfos de acuerdo a la sintomatología que presenta.

## **2.4 MODELOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

Para lograr mejores resultados en el estudio de los trastornos somatomorfos, reduciendo al mínimo el margen de error para el diagnóstico, es necesario describir la agrupación de acuerdo a la sintomatología y a las causas que lo producen.

---

<sup>7</sup> D. Kolb, Lawrence, Op. Cit., p. 140

La clasificación que propone el DSM-IV para los trastornos somatomorfos, de acuerdo a la sintomatología que se manifiesta, es la siguiente misma que, posteriormente, se describe:

- 1.- Hipocondría.
- 2.- Trastornos de somatización.
- 3.- Trastorno de conversión.
- 4.- Trastorno por dolor.
- 5.- Trastorno dismórfico corporal.

A continuación se realizará el estudio y análisis profundo de los trastornos somatomorfos explicando detalladamente su definición conceptual, el cuadro clínico, el significado y el diagnóstico diferencial que existe entre ellos. Esto proporcionará todos los conocimientos detallados de dichos padecimientos, permitiendo así que se facilite el diagnóstico, pronóstico y tratamiento a los especialistas interesados en la Salud mental de sus pacientes.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA HIPOCONDRIA**

Se diagnostica este trastorno a las personas que presentan un fuerte temor irreal a las enfermedades, esto a pesar de estar completamente seguros que su funcionamiento social o su ocupación no se verán afectados. Estos sujetos manifiestan una preocupación obsesiva por el funcionamiento de su cuerpo,

vigilando así de forma continua, su estado de salud; esto se debe al temor de desarrollar una enfermedad por lo que siguen muy de cerca todos y cada uno de los síntomas potenciales en el descubrimiento de nuevos males y cómo éstas afectan en el funcionamiento del organismo. Suelen interpretar de forma errónea la actividad fisiológica y, además, exageran los síntomas cuando se presenta un padecimiento.

En la hipocondría, las preocupaciones e ideas hacen referencia a las funciones corporales, anormalidades físicas menores o a sensaciones físicas vagas y ambiguas. El individuo con este trastorno atribuye, a estas anormalidades, los signos de alguna enfermedad temida y se encuentra preocupado por sufrir en realidad ese padecimiento. Las inquietudes que estos síntomas generan se centran en un órgano específico o en una complicación en particular; las exploraciones físicas son constantes y repetidas, los resultados de exámenes diagnósticos negativos no consiguen deshacerse de las ideas amenazantes de una enfermedad.

Los sujetos que padecen el trastorno de hipocondría se alarman rápidamente con comentarios o lecturas sobre afecciones o por el simple hecho de saber que una persona se encuentra enferma. La complicación se convierte en el tema central de conversación y de la misma autopercepción del individuo. A menudo estos sujetos expresan un historial clínico muy extenso y detallado, son frecuentes las visitas a distintos médicos y especialistas, generalmente encontrándose con frustración y enojo tanto del paciente como del médico. El pensamiento de estos individuos hacia los doctores es el de creer que no reciben la atención adecuada y se resisten a recibir atención por profesionales de Salud

Mental. Los distintos exámenes diagnósticos que se les practican pueden provocar confusiones, y llevar a la resignación sobre un diagnóstico por parte del galeno, reforzando así, en el sujeto, la creencia de que padece una enfermedad sobre la que se desconoce la verdadera etiología de su padecimiento, además de que, al realizar diferentes análisis de laboratorio, la economía del individuo se ve afectado, de una forma considerable.

El área social del individuo se encuentra muy limitada, ya que la atención se dirige principalmente a las preocupaciones que tiene por la aparente enfermedad, ocupando su tiempo en las demandas y atenciones especiales que necesitan para su tratamiento.

La familia es un grupo afectado, pues todo gira alrededor del enfermo. Si el individuo limita sus preocupaciones sólo a tiempos en los que no trabaja, su actividad laboral no se verá afectada; sin embargo, generalmente la actividad productiva, por lo general, se ve dañada, ya que el paciente no puede controlar sus preocupaciones; estas ideas excesivas pueden provocarle una invalidez total.

### **CUADRO CLÍNICO DE LA HIPOCONDRIA**

La principal característica de la hipocondría es la preocupación y miedo excesivo de padecer una enfermedad de suma gravedad. Este tipo de preocupación es aparentemente provocada por la interpretación personal de

signos o síntomas que el individuo experimenta. Otra característica importante de este trastorno es que, a pesar de la valoración física, exámenes neurológicos y análisis de laboratorio, no se encuentra alguna explicación que logre aclarar la preocupación del sujeto. Este miedo se sigue manifestando a pesar de las diferentes explicaciones negativas sobre la enfermedad, por lo que resulta muy probable que el enfermo busque otras alternativas o cambie de médico constantemente.

Las ideas que el paciente manifiesta dentro del cuadro clínico no deben de ser de tipo delirante; en este sentido la persona acepta la probabilidad de que puede estar acrecentado la magnitud de los signos y/o síntomas de la enfermedad. El caso se considera clínicamente significativo cuando la preocupación afecta considerablemente en el área laboral o las actividades productivas, cuando existe un marcado deterioro social, o cuando otras áreas importantes de la vida del sujeto se ven dañadas gravemente.

Otra característica importante es la preocupación o las ideas sobre el padecimiento de alguna enfermedad grave, lo cual se presenta en periodos de duración de al menos 6 meses. Estas preocupaciones que el sujeto manifiesta se basan en síntomas menores, como pequeñas heridas, tos, gripe, latidos del corazón, síntomas que generalmente tienden a ser exagerados e interpretados como símbolos de una enfermedad grave.

## SIGNIFICADO DE LA HIPOCONDRIA

En el caso de la hipocondría los síntomas neuróticos que en el individuo se reflejan, son intentos de hacer frente a la angustia y lograr, además, toda una serie de ganancias secundarias aunque ello no es de forma consciente, como es el deseo de conseguir la atención y el apoyo de los demás; logra dos cosas importantes: por un lado, se olvida de la verdadera fuente de su enfermedad, de los conflictos psíquicos que se le presentan y, por otra parte le sirve como medio para controlar a los demás por la fantasía de una supuesta falta de interés hacia su persona, por lo que los manipula a su antojo.

Por otro lado, en algunas otras situaciones representa una forma de autocastigo; es un ataque hacia su persona transformado en agotamiento y dolencias físicas. Las quejas dolorosas desempeñan un papel importante en los síndromes hipocondríacos; estas dolencias son amplias, comúnmente descritas de un modo vago y aparatoso, unidas a sentimientos de ansiedad y, a veces, con indicios de pensamiento paranoide. También es destacable que la enfermedad física es utilizada como una racionalización de las ineptitudes del sujeto por enfrentar sus conflictos.

Cuando la angustia es una expresión esencialmente somática se dice entonces que es de carácter puramente subjetivo. Es vista como una amenaza vital que se justificará en una perturbación psíquica secundaria. Es entonces cuando la angustia se racionaliza y se convierte en un miedo a enfermarse o a morir, o es una preocupación en el funcionamiento inadecuado de algún órgano

del cuerpo. En este caso, el experimentar ya una enfermedad psíquica, es de algún modo, la transformación de la angustia de un nivel puramente ideal a una fase más concreta; debido a que la psique no puede anularla, al menos la desplaza y la localiza en un órgano específico, con la esperanza de reducir la afección contra lo que se tendrá que luchar. Esto constituye uno de los fundamentos de la organización hipocondríaca; por lo tanto; la hipocondriasis se origina en intentos inadaptativos para enfrentar las necesidades psicológicas satisfechas o en conflictos psicológicos inconscientes, como serían los impulsos destructivos directos hacia sí mismo o hacia otras personas.

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

Estos trastornos se caracterizan por presentar males somáticos que pueden ser recurrentes o crónicos, siendo las quejas más comunes los dolores de cabeza, palpitations del corazón, fatiga, intervalos de desmayos, náuseas, vómitos, dolores abdominales, problemas intestinales, alergias, dolores en la menstruación -o problemas en la misma- y conflictos o disfunciones sexuales. Debido a esta amplia variedad de síntomas orgánicos no es sorprendente que los pacientes que padecen este mal visiten al médico de manera continua, debido a resultados negativos o insatisfactorios por parte de ellos, y hasta verse, en ocasiones, sometidos a cirugías innecesarias. Los pensamientos recurrentes de estos pacientes es que están enfermos, dando explicaciones largas y muy detalladas para respaldar su creencia; así también es común el consumo de grandes cantidades de medicamentos para suprimir sus dolores o malestares

físicos.

Regularmente, los sujetos que presentan males múltiples crónicos de somatización manifiestan un patrón de personalidad característico de dificultades en las relaciones sociales e interpersonales; además, coinciden con muchas de las características del trastorno de personalidad histriónico, agregando una actitud centrada en sí mismos, y expresiones exageradas acerca de las emociones que manifiestan, como la ansiedad y la depresión. Presentan factores comunes, como la manipulación, que se ven reflejadas en las amenazas e intentos de suicidio que hacen estos sujetos. Suelen ser inmaduros y extremadamente excitables.

Los males en los trastornos de somatización se expresan de una forma dramática vaga o exagerada; los enfermos, con regularidad utilizan imágenes vividas cuando describen eventos y sus reacciones a los mismos, tienen extensos historiales clínicos que generalmente, se inician en la edad adulta. La ambigüedad de los síntomas o males orgánicos representan una dificultad para el investigador, que realiza un buen análisis de este trastorno por el comportamiento que presentan estos sujetos.

Como antes se menciona, las historias que los pacientes narran son llamativas o exageradas, sin embargo son poco consistentes, por lo que el clínico, para determinar un diagnóstico de síntomas somáticos no solo debe de hacer uso de la entrevista diagnóstica sino que debe realizar una revisión completa de las intervenciones médicas y hospitalizaciones a las que se han sometido.

Uno de los principales motivos por el cual los pacientes con este tipo de trastornos asisten a clínicas o profesionales de la salud mental, tiene relación con la presentación de síntomas de ansiedad y problemas del estado de ánimo.

### **CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

Este tipo de trastorno presenta un conjunto de síntomas somáticos de un grado clínicamente significativo, afectando áreas importantes de la vida del individuo. Es considerado significativo porque los síntomas que presenta requieren de tratamiento médico. Se debe de tomar en cuenta que los síntomas somáticos inicien antes de los 30 años y se mantenga esa sintomatología durante varios años.

Al igual que la hipocondría los distintos síntomas no se explican completamente por alguna enfermedad médica conocida ni por efectos de sustancias. Entre los diversos síntomas que presentan el paciente se encuentran: dolores en zonas de la cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax y recto; También se manifiestan síntomas gastrointestinales, además de dolor. Los síntomas digestivos, traen como consecuencia la aplicación de distintos exámenes médicos, incluso hasta llegar a la intervención quirúrgica, que a un futuro se logra demostrar que era innecesaria. Otros síntomas importantes son las perturbaciones sexuales, como las menstruaciones irregulares, hemorragias, vómito en las mujeres y, en los hombres disfunción eréctil o eyaculatoria; además, ambos pueden padecer de indiferencia sexual.

El historial clínico de tales pacientes suele referir síntomas (de al menos uno) que sugieren un trastorno neurológico, principalmente síntomas de conversión (alteración de la coordinación motora, parálisis, debilidad muscular, ceguera, sordera) y síntomas disociativos (amnesia, pérdida de la conciencia, entre otros). Estos pacientes obtienen resultados negativos en exámenes y análisis de laboratorio que puedan justificar la enfermedad.

### **SIGNIFICADO DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

El trastorno de somatización es una alteración que produce una dolencia corporal, debido al desplazamiento de un sufrimiento psíquico; ese conflicto es provocado por la angustia y, en ocasiones, sus derivados se manifiestan en forma de culpa y vergüenza que no pueden ser controlados por la represión, provocando una intensidad que rompe las defensas psicológicas habituales. La angustia produce trastornos que se expresan de manera predominantemente fisiológica. Esto dificulta la comprensión consciente dando como resultado incapacidad de tolerancia, manejo o canalización adecuada de las emociones reprimidas. El *ello* en un intento por manejar estos conflictos los canaliza a uno o más órganos específicos con la finalidad de mantener la cordura o el equilibrio de la psique. El *ello* realiza esfuerzos inmaduros para afrontar las necesidades de dependencia hacia los demás y resuelve de forma inadaptada, los conflictos intrapsíquicos.

Este trastorno se caracteriza por múltiples molestias somáticas recurrentes

o crónicas; las quejas son presentadas, generalmente, de un modo dramático, vago o exagerado. Los somatizadores presentan una personalidad histriónica, incluyendo actitudes egocentristas y expresión exagerada de sus emociones, suelen ser inmaduros y demasiado excitables, usando imágenes vividas para describir los eventos y sus reacciones a ellos. Además de presentar dificultad en sus relaciones interpersonales y sociales, quienes sufren este trastorno revelan exceso de angustia, que utilizan además para manipular a los demás, amenazando comúnmente con suicidarse. Estos pacientes creen que están enfermos, aunque no fingen, y proporcionan largas y detalladas historias para apoyar su creencia; además consumen gran cantidad de medicinas para contrarrestar su supuesta enfermedad.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL TRASTORNO DE CONVERSIÓN**

Este trastorno se conceptualiza como la pérdida o alteración del funcionamiento corporal tanto sensorial como motor voluntario. Este tipo de anomalía puede en muchas ocasiones, sugerir una enfermedad médica o neurológica. Los síntomas de estos trastornos no se pueden explicar por completo por una enfermedad orgánica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El desequilibrio que presentan estos sujetos no parece estar bajo el control voluntario, no es producido intencionalmente ni es fingido. Entre los síntomas que se reportan se encuentran la parálisis, la ceguera, la sordera y la dificultad para caminar; con frecuencia, la aparición de estos síntomas se presenta después de una experiencia estresante y llega a ser repentina, a pesar de que

aparecen sin ninguna razón obvia. Pueden aparentar ser invenciones ingenuas ya que se desarrollan sin tomar en cuenta el funcionamiento verdadero de la anatomía del organismo.

Una dificultad para la tarea del diagnóstico de este trastorno es el hecho de que es complicado distinguir con facilidad los síntomas con raíces somáticas, el individuo experimenta ansiedad muy intensa por alguna o varias áreas de su vida que no se encuentran afectadas por su enfermedad; curiosamente el área en donde parece tener una perturbación física incapacitante no representa una preocupación considerable para él.

Los casos de conversión clínica generalmente implican una sola perturbación durante cualquier período, aunque diferentes partes del cuerpo se podrían ver afectados en episodios subsecuentes. Los síntomas permiten al individuo escapar de situaciones frustrantes o desafiantes a través de la incapacidad física; curiosamente, cuando las presiones que provocan estas experiencias se desvanecen los síntomas físicos disminuyen. Además tienen una ganancia secundaria, como atención y afecto por parte de seres cercanos o una pensión que no podría obtenerse de otra forma. La característica principal de este trastorno es que sus síntomas muy a menudo tienden a ser dramáticos en el sujeto, así como incapacitante de alguna parte de su cuerpo.

Los síntomas del trastorno de conversión son denominados trastornos seudo-neurológicos ya que están relacionados con la actividad motora

voluntaria y sensorial. Las personas que lo padecen y que tienen alguna noción sobre conocimientos médicos presentan los síntomas o déficit con una mayor similitud a una enfermedad neurológica particular, por otra parte, aquellas personas que no poseen ningún conocimiento sobre enfermedades médicas, presentan síntomas más vagos y ambiguos. Para realizar un diagnóstico acertado de este trastorno es necesario realizar análisis previo que pueda descartar algún daño orgánico o neurológico. Los sujetos que lo padecen pueden ser extremadamente molestos y poner en riesgo su estabilidad social, familiar, laboral y económica debido a los costos y complicaciones de análisis y tratamientos médicos.

#### **CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE CONVERSIÓN**

La característica esencial de este trastorno es la manifestación de uno o varios síntomas o déficit que van a intervenir en el buen funcionamiento motor voluntario, o a nivel sensorial, estos síntomas, en apariencia, pueden confundirse con una enfermedad neurológica o médica. Las alteraciones más comunes son la dificultad para mantener el equilibrio, perturbación en la coordinación, parálisis, debilidad muscular, dificultad para deglutir, retención urinaria, tos, déficit sensorial, pérdida de la sensibilidad táctil, ceguera, sordera y alucinaciones. Estos síntomas generalmente llevan al paciente a realizar distintos estudios médico en los cuales los resultados no explican concretamente alguna enfermedad neurológica o médica.

Se ha entendido que los síntomas o déficit están asociados directamente con factores psicológicos puesto a que el inicio y la evolución están precedidos de conflictos psicológicos u otras situaciones. Esta sintomatología se da de forma inconsciente no siendo producido intencionalmente.

El trastorno de conversión se considera significativo en el momento que interfiere en las actividades diarias del individuo, en sus distintas áreas de vida, y cuando le lleven directamente a un tratamiento médico. Estos pacientes pueden padecer crisis o convulsiones. El tipo de síntomas que los pacientes manifiestan se asocian de manera extraordinaria con los conocimientos que el individuo posea de una enfermedad neurológica o médica.

### **SIGNIFICADO DEL TRASTORNO DE CONVERSIÓN**

Hay conversión cuando el conflicto psicológico se convierte en síntoma orgánico. Este síntoma tiene un valor simbólico que representa una dificultad psíquica subyacente. El conflicto afectivo, se puede traducir por las parálisis de un miembro, por espasmos, obsesiones, tics, etc; es decir, una emoción puede convertirse en una enfermedad física sin relación con los hechos reales de la anatomía.

Aunque, aparentemente, los síntomas conversivos aparecen a menudo sin ninguna razón obvia, con frecuencia puede esto ser atribuido a eventos específicos precipitantes. Estos episodios suelen seguir a experiencias

desafiantes o de frustración. A menudo los síntomas permiten que el individuo tenga dos tipos de ganancia: por un lado, la ganancia primaria es la de reducir la ansiedad a través de un padecimiento (Su característica principal es la *belle indifférence* -llama la atención que el sujeto manifieste ansiedad intensa en otros terrenos de su vida, pero en su alteración incapacitante de alguna parte de su cuerpo parece no importarle-); además, presenta una ganancia secundaria cuando la persona obtiene algo a consecuencia del síntoma físico como la atención de los demás, el afecto o una pensión que de otra forma no recibiría.

Tales síntomas suelen ser sumamente dramáticos e incapacitantes para el sujeto llevándole a presentar personalidades histriónicas en las que la excitabilidad es una característica particular.

En este trastorno se niega la expresión y se reprimen los impulsos sexuales o agresivos inaceptables, por lo que éstos se vuelven inconscientes. La energía mental que acompaña al impulso, en lugar de salir al exterior, al consciente, se convierte en un síntoma somático, obviamente inconsciente. Ello da lugar a que el sujeto siga sin percatarse del impulso y, al mismo tiempo, favorece la expresión simbólica del mismo.

Toda la conversión es un mensaje o advertencia del inconsciente. En el caso de la amnesia es un mecanismo de defensa, absolutamente, para el individuo que la padece; aquí, el inconsciente aleja al sujeto de una situación que, por alguna razón, no podría soportar; de esta forma le pone a salvo. También el inconsciente ayuda al sujeto a volverse ciego (o a presentar cualquier otra

enfermedad) porque, por lo contrario, el *ello* sufriría demasiado con lo que está viendo.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL TRASTORNO POR DOLOR

Los pacientes con trastornos de dolor presentan aparentes males orgánicos que los médicos deben tratar, ya que sugieren una patología física aunque no se encuentre algún trastorno orgánico real. Estos pacientes solicitan de manera constante consultas con médicos para el alivio del dolor, en muchas ocasiones las consultas con diversos doctores de manera simultánea puede provocar en el paciente trastornos por consumo de sustancia que los mismos médicos prescriben. Los dolores pueden alterar gravemente varias áreas de la vida del sujeto ya que el dolor se manifiesta de forma aguda y prolongada. Entre los individuos que sufren padecimientos crónicos de este trastorno se observan pérdidas de empleo, discapacidades y problemas familiares. Además, sufren conflictos asociados con la depresión y la ansiedad. Los enfermos están convencidos de que existe algún método o profesional que pueda aliviar su dolor.

Se ha encontrado una relación temporal entre la frecuencia de las quejas de dolor y alguna pérdida amenazante o imaginaria.

El dolor está influenciado por factores biológicos, psicológicos y Sociales, por lo que los sistemas orgánicos tienen un papel particular en la forma de interpretar las señales que provienen del organismo, sin embargo, también

influyen en el estado psicológico. Es por ello que el dolor es uno de los aspectos más misteriosos y evasivos de la enfermedad y su tratamiento.

Un obstáculo para definir un tratamiento que lleve a combatir el dolor radica en la descripción vaga que los pacientes hacen sobre el padecimiento en particular ya que no existe objetividad para explicarlo.

La mayoría de los dolores agudos desaparecen durante un período corto de tiempo. En muchos de los casos los individuos con este trastorno visitan los centros de salud mental cuando han transcurrido varios años sufriendolos dolores desde su primera presentación.

El dolor puede llevar, en varias ocasiones, a una inactividad total y a un aislamiento del entorno social lo que, a su vez, trae como consecuencia problemas psicológicos y a la debilitación de la resistencia física.

#### **CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO POR DOLOR**

El dolor es la característica principal de este trastorno, constituyendo el cuadro clínico correspondiente. La gravedad del dolor es de gran intensidad, cayendo en la necesidad de atención médica. Los dolores intensos provocan en el paciente malestares y deterioros considerables en su vida laboral, social, familiar y en otras áreas importantes de su vida. Las causas que lo provocan son,

principalmente, los factores psicológicos, quienes juegan un papel importante en el inicio, intensidad y persistencia del dolor. Este dolor es real, sin embargo, no es provocado intencionalmente o conscientemente.

### **SIGNIFICADO DEL TRASTORNO POR DOLOR**

El trastorno por dolor es, en esencia, el mismo caso del trastorno por conversión, la diferencia se limita, simplemente, al síntoma por dolor. Dicho dolor es agudo y prolongado, ya sea sin signos orgánicos o con exceso de ellos, de lo que normalmente se espera de un padecimiento orgánico.

En el caso del dolor humano es una experiencia subjetiva en donde se conjugan tanto la mente como el cuerpo y ambos sientan las bases en una amplia gama de síndromes psicosomáticos. Normalmente, un dolor es un fenómeno somato-psíquico, indicativo de una señal o peligro actual que amenaza la estabilidad de los tejidos corporales y, por lo tanto a la propia persona; más adelante permitirá una adaptación a dicho fenómeno, sin embargo, bajo determinadas circunstancias, el dolor puede provocar la incapacidad laboral, alteración del pensamiento o del sueño, incluyendo la anulación del deseo por vivir. Las explicaciones del por qué sucede ello se originan en la niñez, debido a la forma en que fueron percibidas las experiencias dolorosas específicas de la infancia, mismas que influirán en la percepción y experimentación del dolor en su vida futura.

Las sensaciones del dolor se asocian a sentimientos, ideas y actos relacionados con las experiencias vitales. La rememoración de situaciones dolorosas provocadas en la infancia pueden tener lugar en la vida adulta al experimentar el dolor como una forma de eludir sentimientos de culpa por impulsos y acciones capaces de revivir el daño del pasado y, así, se vive como un acontecimiento presente. En este caso, se asocia el sufrimiento inflingido por los padres al tratar de disciplina su mala conducta. Por lo tanto, no es de sorprenderse que exista la mayor asociación con las personas que en su infancia fueron sometidas a formas dolorosas y extremas de castigo con las que a futuro manifiestan este trastorno. Existe también el caso de sujetos que en la niñez recibieron atenciones y amor solamente cuando sufrían de dolores o enfermedades, aprendiendo conductas neuróticas; más tarde cuando siente frustración, exageran sus molestias menores o alucinan dolores del pasado con la finalidad de recuperar las atenciones y afectos que recibían en la infancia. Por lo tanto, el dolor es percibido como algo placentero.

En otros individuos, tanto el placer como el dolor van sumamente entrelazados. Es ese el caso de los sujetos masoquistas que siguen con excesivo placer el dolor psíquico. Esto se llevó a cabo debido a la asociación infalible entre el dolor y los placeres prohibidos y los impulsos inaceptables que les permite expresar las dos caras del conflicto tanto del placer como del dolor. En todos estos acontecimientos existe un conflicto al margen de la conciencia que implica un fuerte choque entre impulsos hostiles de dependencia sexual e inhibiciones intrapsíquicas de signos contrarios.

El dolor somático se origina en la mente pero es vivido como algo corporal, es derivado de la representación psíquica (memoria) de las funciones corporales cuyo empleo es expresar de manera simbólica los conflictos inconscientes. Es decir, que el dolor es un impulso, idea o fantasía inaceptable expresada simbólicamente en forma de dolor corporal. Esto incluye no solo la percepción del dolor si no además la reacción psicológica que acompaña a dicho trastorno. En consecuencia, un sufrimiento orgánico puede estar expresando, al mismo tiempo, diferentes motivaciones simultáneas que constituyen un ejemplo de determinismo psíquico.

Se desarrolla el trastorno de dolor cuando el sujeto es incapaz de resolver una situación conflictiva o frustrante para él. Al mismo tiempo que es una expresión inconsciente de un deseo reprimido bajo una forma irreconocible para él, le imprime un castigo o sufrimiento por tal deseo. Al enfermarse logra dos ganancias: por un lado, y por otro lado, esto le proporciona una nueva forma de relación con el entorno, ya que para la sociedad y para él es más aceptable presentar un dolor y no un deseo prohibido.

Existe una relación temporal entre la frecuencia de una pérdida interpersonal, real, amenazante o imaginaria, y las quejas de dolor; además, existe una fuerte asociación entre el dolor que el paciente manifiesta y una intensa relación ambivalente con otra persona (con la persona con la que ha estado en conflicto) sin que se le permita reconocerlo.

“Los términos coloquiales, como por ejemplo, <caerse muerto>, pueden ser traducidos a símbolos de conversión cuando evocan miedo o culpa. En el caso, el deseo hostil de herir a alguien es asimilado a la muerte y el paciente se la infringe de materializarle en la víctima”<sup>8</sup>, estos sujetos utilizan el dolor para eludir o aliviar la culpa; presentando, además, dificultad para controlar la agresión y episodios depresivos, regularmente son cazadores solitarios y realizan actividades muy riesgosas, con frecuencia tienden a sufrir accidentes automovilísticos debido a su forma de conducir. Este trastorno es más común en personas con estructura de personalidad histéricas o histriónicas, describiendo de la misma forma el dolor (histriónicamente); son ambiguos al determinar las circunstancias que lo determinan.

Una característica común en todos estos sujetos es la demanda de atención, admiración y apoyo por parte de la gente que los rodea, incluyendo al psicólogo.

Algo importante que se debe de comprender de este trastorno es que el dolor no es una fuente de satisfacción; el sufrimiento no es provocado por placer sino que es el precio que se paga por eludir el sentimiento de culpa, por presentar impulsos inaceptables -de naturaleza sexual y agresiva-; luego viene el autocastigo, manifestado en un dolor, ocurriendo esto una y otra vez, volviéndose un círculo vicioso difícil de destruir.

---

<sup>8</sup> M. Freedman Alfred, Harold I. Kaplan, J. Sadock Benjamín Tratado de Psiquiatría, p.1876

Para que el especialista diagnostique positivamente el trastorno del dolor debe poseer pruebas de que este fue precipitado por un conflicto actual resuelto simbólicamente a través del síntoma.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**

Este tipo de trastorno refiere defectos de poca importancia que el enfermo imagina como un defecto exagerado. Las principales partes del cuerpo que se involucran son la cara, cabeza, el pelo, la piel, asimetrías o vello excesivo en la cara; también son preocupantes las formas y tamaños de la nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, barbilla, mejilla. Cualquier otra parte del cuerpo puede ser motivo de preocupación para el individuo. Estas preocupaciones no solo se ubican en una zona del cuerpo sino que pueden ser varias partes del cuerpo en las que el individuo centra su atención exagerada y algunas veces estas imaginaciones pueden ser muy subjetivas como por ejemplo: "cara caída".

Las personas que sufren este trastorno tienen dificultad para expresar detalladamente sus cualidades y casi siempre se limitan a hablar sólo de sus aparentes defectos o deformidades. Estos sujetos experimentan incomodidades en relación a su supuesto defecto y describen sus preocupaciones como algo aflictivo y desesperante; generalmente hacen poco o nada para mejorar su defecto, tales pensamientos suelen provocar pérdidas exageradas de tiempo, ya que estos sujetos comúnmente pasan horas pensando en sus defectos,

deteriorando de forma considerable las diferentes áreas de su vida; pueden pasar el día observándose a través de un espejo u otras formas que puedan reflejar sus cuerpos. Algunas personas suelen usar objetos, como lentes de aumento, para poder observar mejor la parte del cuerpo que les molesta y, en otras ocasiones, muestran comportamientos de limpieza excesivos. Llegan también a hacer uso de formas comunes de cortes y peinados del cabello o del maquillaje, con el objetivo de esconder sus aparentes deficiencias o anomalías. Todas estas formas de contrarrestar se hacen con el objetivo de disminuir y controlar la ansiedad que esto les provoca pero, generalmente, producen efectos contrarios.

Estos individuos hacen uso de muchas formas de esquivación del problema, como evadir espejos, o solicitar con frecuencia frases u opiniones tranquilizadoras, a veces estas formas de enfrentamiento reducen y alivian sus preocupaciones, pero sólo son temporales. También son habituales las representaciones que hacen referencia al defecto imaginario: consideran que los demás "se dan cuenta", que hablan y se burlan de ellos; por lo tanto, en muchas ocasiones llegan a esconder esa parte del cuerpo que les causa ansiedad. Tienen la creencia de que su imperfección no funcione de forma adecuada, se vuelva frágil con el tiempo o esté en peligro de sufrir algún daño. Habitualmente los sujetos se aíslan socialmente evitando y abandonando escuelas, evadiendo entrevistas de trabajo o, incluso, dejando de trabajar; mantienen pocas amistades, tienen problemas matrimoniales llegando hasta el divorcio debido a sus síntomas. Todo ello provoca que el paciente sea continuamente hospitalizado, tenga ideaciones de suicidio, llegando sólo a intentarlo o hasta consumarlo.

Los tratamientos que, generalmente se someten los sujetos que sufren de este trastorno son odontológicos ante lo cual reaparecen nuevas y más intensas preocupaciones que, a su vez los llevan a nuevos procedimientos quirúrgicos viciosos ya que nunca se sentirán satisfechos con su imagen física. Todo esto es reforzado por las nuevas especialidades dentro de la medicina.

### **CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL**

La característica fundamental es la preocupación exagerada por un defecto en el aspecto físico, el cual generalmente, no existe, es imaginario o es exagerado. Para que los síntomas sean clínicamente significativos; es necesario que exista un desajuste de desequilibrio en las áreas social, laboral y otras importantes para la vida del sujeto. La preocupación es específicamente por el aspecto físico, por lo que no debe de confundirse con la hipocondría y asegurarse que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental.

## **2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HIPOCONDRIA**

Para los fines de la investigación es muy importante realizar un análisis diferencial de acuerdo a los síntomas más importantes que cada trastorno manifiesta, con el fin de esclarecer y elaborar un diagnóstico y categorización específica.

En este apartado se analizarán los puntos clave para diferenciar

correctamente a la hipocondría de los demás trastornos -de somatización, trastorno de conversión, trastorno por dolor y el trastorno dismórfico corporal-, también se pretende diferenciarlo de situaciones médicas que puedan influir en la elaboración de un mal diagnóstico o de un diagnóstico no aceptado. Además, se consideran aspectos diferenciales especiales entre los diversos tipos de trastornos somatomorfos, esto con el propósito de establecer criterios específicos y, así, evitar confusiones con algunas características o síntomas de presentación similar, entre ellos.

El principal objetivo consiste en ayudar al profesional de la salud mental a saber diferenciar correctamente los trastornos somatomorfos y, por ende, crear el mejor modelo de tratamiento de acuerdo a las características del problema.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición (DSM-IV), presenta un árbol de decisión para el diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos (ver anexo 9).

El cuadro del anexo 9 permite observar de forma muy sencilla las diferencias entre los trastornos somatomorfos, basándose, principalmente, en la característica esencial de dicho trastorno. Esto resulta fácil de manejar cuando en las personas con algún problema somatomorfo se presentan características muy marcadas y particulares; sin embargo, existen casos en los cuales el paciente presenta simultáneamente múltiples síntomas somáticos de categorías distintas,

por lo que es importante estimar los siguientes puntos diferenciales ya que pueden ser necesarios para la aplicación de un diagnóstico.

Para aceptar un diagnóstico del trastorno somatomorfo, primeramente se debe descartar una enfermedad médica, mediante los resultados negativos de pruebas de laboratorios, exámenes neurológicos y del aspecto físico en general.

Para realizar un diagnóstico del trastorno hipocondríaco, el clínico debe asegurarse que los síntomas que el paciente refiere no pueden explicarse con una mayor certeza por la presencia de otro trastorno somatomorfo. Pueden presentarse síntomas somáticos que sugieran la existencia de un trastorno de somatización; sin embargo, esto debe descartarse si los síntomas aparecen en períodos cortos, comparados con el intervalo (de al menos 6 meses) en el que aparece la preocupación por tener una enfermedad grave. Esta misma regla se debe de aplicar en el caso de dolores persistentes en alguna parte del cuerpo y que sugieran un trastorno por dolor.

Existen características similares entre la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal, que son la preocupaciones excesivas. En el caso de este último trastorno, el dismórfico corporal, las preocupaciones deben estar dirigidas particularmente hacia el aspecto físico (defecto del cuerpo) a diferencia de la hipocondría, cuyas preocupaciones basan su atención en el padecimiento de una enfermedad grave.

Existe menor riesgo de confundir a la hipocondría con un trastorno de conversión, ya que este último tiene como característica principal el déficit o pérdida de funciones sensoriales o motoras, lo cual no presenta la hipocondría.

Los individuos con trastornos de somatización pueden presentar, a su vez, síntomas conversivos de los cuales no se debe determinar ni realizar otro diagnóstico adicional si estos últimos aparecen en el transcurso del trastorno de somatización. Durante este período pueden aparecer también síntomas de dolor, que no son significativos para el diagnóstico de trastorno por dolor si aparecen y desaparecen durante el proceso de evolución del trastorno de somatización. Las diferencias entre la somatización y el trastorno dismórfico corporal, son demasiado explícitas, por lo que solo hay que basarse en la evaluación de la sintomatología, sin perder de vista las influencias que ambas puedan ejercer para la aparición de síntomas confusos.

Así mismo, el trastorno dismórfico corporal hace énfasis en la preocupación excesiva sobre alguna parte o defecto del cuerpo, no sobre la alteración o déficit del funcionamiento sensorial o motor, que sugiera un trastorno de conversión. Además, la diferencia entre el trastorno por dolor y el trastorno dismórfico corporal radica en que el primero no tiene como característica principal la preocupación por el aspecto físico, sino que el síntoma principal es el dolor en una o más partes del cuerpo.

Por otro lado, en el trastorno de conversión pueden aparecer síntomas de

dolores intensos. El diagnóstico diferencial debe tomar en cuenta que el trastorno de conversión no se limita a síntomas de dolor sino que presenta también pérdidas de funciones sensoriales y motoras.

Por último, para realizar un diagnóstico hay que considerar el tiempo de aparición del síntoma o los síntomas, llevar a cabo un análisis de apariciones simultáneas y conocer los cuadros que especifiquen la sintomatología de los trastornos somatomorfos. Sin duda alguna es de suma importancia el conocimiento y el buen manejo del DSM-IV para la elaboración del diagnóstico de los trastornos somatomorfos.

**CAPITULO III**  
**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### 3.1 HIPÓTESIS:

#### PRIMERA HIPÓTESIS

Ho.- Los trastornos somatomorfos no tienen ninguna causa orgánica que los provoque, sino que la etiología proviene de conflictos psíquicos internos.

Hl.- Los trastornos somatomorfos sí tienen causa orgánica que los provoque, y la etiología no proviene de conflictos psíquicos internos.

VI.- Conflictos psíquicos.

VD.- Trastornos somatomorfos.

### 3.2 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### CONCEPTUALIZACIÓN

VI.- Conflictos psíquicos: Dificultad interna que el sujeto manifiesta en sus procesos mentales.

VD.- Trastornos somatomorfos: Conjunto de síntomas físicos sin la existencia de manifestaciones clínicas orgánicas que las justifiquen.

## OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	INDICE	ITEMS
VD: Trastornos somatomorfos. VI: Conflictos psíquicos.	1.- Concepto de los trastornos somatomorfos.	1.- a) Trastornos psicológicos que provocan síntomas físicos. b) Trastornos orgánicos que provocan síntomas físicos.	1.- ¿Cómo se conceptualiza a los trastornos somatomorfos desde el punto de vista psicológico?
	2.- Características de los trastornos somatomorfos	2.- a) Sintomatología física. b) Ausencia de causas orgánicas. c) Deterioro de las diferentes áreas de vida. d) Resultados de conflictos psíquicos.	2.- ¿Cuáles son las principales características de los trastornos somatomorfos?.
	3.- Clasificación de los trastornos somatomorfos.	3.- a) Hipocondría. b) Trastorno de Somatización. c) Trastorno de Conversión. d) Trastorno por Dolor. e) Trastorno Dismórfico Corporal.	3.- ¿Cómo se clasifican los trastornos somatomorfos según los síntomas que se presenten?
	4.- Etiología de los trastornos somatomorfos.	4.- a) Conflictos psíquicos. b) Angustia.	4.- ¿Cuál es el origen de los trastornos somatomorfos?

## SEGUNDA HIPOTESIS

Ho.- La hipocondría se diferencia de los demás trastornos somatomorfos en la forma particular del manejo de situaciones altamente conflictivas manifestadas por una preocupación excesiva o convicción por padecer una enfermedad a partir de una interpretación de síntomas.

VI: Preocupación excesiva.

VD: Hipocondría.

## CONCEPTUALIZACIÓN

Preocupación excesiva: Pensamientos repetitivos y constantes sobre alguna enfermedad.

Hipocondría: Preocupación, miedo o convicción de sufrir una enfermedad grave a partir de la interpretación no realista de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad temida.

## OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	INDICE	ITEMS
VI.- Preocupación excesiva.	1.- Sintomatología del trastorno hipocondríaco.	1.- a) Miedo excesivo de padecer una enfermedad grave.	1.- ¿Cuáles son los síntomas del trastorno hipocondríaco?.
VD.- Hipocondría.		b) Síntomas	

VARIABLES	INDICADORES	INDICE	ITEMS
		<p>producidos por conflictos psíquicos.  c) Síntomas producidos por daños orgánicos.  d) Visitas periódicas a distintos médicos.</p>	
	<p>2.- Diagnóstico diferencial entre la hipocondría y los demás trastornos somatomorfos.</p>	<p>2.- a) Los síntomas no se limitan a dolor.  b) La idea excesiva no es producida por algún defecto físico.  c) Ausencia de síntomas múltiples.  d) Las ideas persistentes no afectan las funciones motoras y sensoriales.  e) Interpretaciones de síntomas leves o sensaciones subjetivas, como enfermedad grave.</p>	<p>2.- ¿Cuál es la diferencia entre la hipocondría de los demás trastornos somatomorfos?.</p>

### 3.3 FORMA Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

#### FORMAS DE INVESTIGACIÓN: PURA

La forma de investigación que se realizó para alcanzar los objetivos perseguidos es pura, ya que se buscó un progreso científico mediante la sustentación teórica basada en corrientes psicológicas que tratan de explicar estos trastornos. Además se utilizó un proceso sistemático y formal mediante el seguimiento de casos particulares que recibieron atención en el departamento de Psicología del centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera", de Huejutla de Reyes, Hidalgo. Estos pacientes fueron evaluados mediante una entrevista inicial en la cual, posteriormente, se les aplicó una encuesta que fue de utilidad para detectar un posible trastorno somatomorfo (ver anexo 1), cuyos datos se analizaron con el sustento teórico, que permitió elaborar un diagnóstico diferencial con la ayuda del DSM-IV (ver anexos 4-8).

#### TIPOS DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVA E HISTÓRICA

Para la elaboración de la tesis, se utilizaron dos tipos de investigación: la histórica y la descriptiva. La investigación histórica permitió describir antecedentes de acontecimientos del pasado que sustentan la evolución del trastorno somatomorfo y las investigaciones que se han llevado a cabo para el estudio de los mismos. La indagación de datos históricos se realizó mediante la recolección de información bibliográfica de autores y teorías psicológicas.

La descriptiva, por su parte, que comprendió la descripción del problema planteado, además de que los datos, registros y análisis que se obtuvieron a través de los distintos instrumentos de investigación sirvieron para comprobar el Marco Teórico que sustenta las hipótesis, realizando una interpretación correcta.

Las etapas que se desarrollaron con este segundo tipo de investigación fueron:

a) Descripción del problema: Se consideró el campo o realidad de la situación problemática, describiendo las características más comunes que se presentan en la evolución del problema.

b) Formulación de hipótesis: se formularon, conceptual y operacionalmente, hipótesis que sirvieron de supuestos en los que se basó la investigación.

c) Elaboración del marco teórico: Se elaboró un marco teórico en el que se introdujo información bibliográfica que sustenta teóricamente las hipótesis planteadas.

d) Selección de la población de estudio: se seleccionó de forma directa la población que fue motivo de estudio y evaluación para la elaboración del análisis que permitiera concluir con los supuestos planteados.

e) Categorización de datos: utilizando porcentajes y elaborando viñetas

clínicas de los casos, se pretendía facilitar las relaciones que existen entre los datos, con el objetivo de elaborar los análisis, interpretaciones y descripciones pertinentes.

Se utilizaron además técnicas e instrumentos utilizables para elaborar los estudios descriptivos que a continuación se especifican.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Estudios por encuesta: Con el objetivo primordial de obtener cuadros clínicos o sintomatología específica de un probable trastorno somatomorfo en particular. Esta encuesta está compuesta por 20 reactivos clasificados en 5 categorías distintas que permitían evaluar cada uno de los trastornos somatomorfos (ver anexo 1).

Entrevista clínica: Permitió obtener información del cuadro clínico específico del paciente; además de indagar sobre los conflictos psicológicos que puedan estar provocando la sintomatología física (ver anexo 2).

DSM-IV: Este instrumento fue de utilidad para elaborar el diagnóstico adecuado de cada caso, utilizando los criterios que proporciona el manual para cada trastorno (ver anexos 4-8).

Estudio de casos: Se seleccionaron cuatro casos distintos a los cuales se les aplicaron los instrumentos anteriores con el objetivo de elaborar un diagnóstico diferencial que permitió corroborar las hipótesis planteadas.

### **3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Los elementos de selección dependen totalmente de muestras no probabilísticas, por lo que se utilizó un procedimiento de selección informal adecuado para el diseño de estudios en el que no es necesario una muestra representativa de la población sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características previamente especificadas en el planteamiento del problema. La designación de las personas, de acuerdo a la sintomatología se llevó a cabo en el centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, Hgo. en donde estas se sometieron a valoración psicológica dentro del área de Salud Mental: siendo un total de 8 sujetos con síntomas aparentes de este trastorno, se eligieron 4 pacientes de acuerdo a los síntomas específicos de la hipocondría, del trastorno de somatización, por dolor y de conversión. En la elección de las personas que fueron el objeto de estudio de muestra no se utilizó un procedimiento mecánico ni fórmulas probabilísticas sino que la elección dependió totalmente de las características de los padecimientos, tomándose a pacientes con síntomas significativos.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2002-2003											
	Febrero Marzo	Abril Mayo	Mayo Junio	Julio Agosto	Agosto Septiembre	Octubre Noviembre	Diciembre Enero	Febrero Marzo	Mayo Junio	Julio	Agosto	
Planteamiento del problema												
Recopilación de bibliografía												
Planteamiento de objetivos												
Desarrollo de preguntas de investigación												
Análisis de justificación												
Marco teórico												
Establecimiento de hipótesis												
Enunciar variables												
Diseños de investigación												
Análisis												
Aplicación de instrumentos												
Comprobación o negación de hipótesis												
Presentación de resultados												
Impresión y entrega de producto final												

**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS DE DATOS**

#### 4.1 CASO 1: ¿TRASTORNO HIPOCONDRIACO O SOMATIZACION?

Al realizar la entrevista correspondiente y la aplicación de la encuesta (ver anexo 1) se obtuvieron los siguientes resultados, de ellos se consideraron los reactivos más significativos que, en este caso, corresponden al trastorno de hipocondría y somatización.

##### “DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE TRASTORNO DE SOMATIZACION”

NO. DE REACTIVO	PUNTUACIÓN	CATEGORÍA	PORCENTAJE
1	3	Alto	27 %
6	2	Moderado	19 %
11	3	Alto	27 %
16	3	Alto	27 %
TOTAL			100 %

La mayor parte de las respuestas emitidas por el sujeto, dan un indicativo alto de poseer un posible trastorno de somatización, considerando los reactivos elaborados para medir este padecimiento. Sin embargo, no se puede definir un diagnóstico determinante, ya que se encontró también una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco, cuyos resultados se presentan a continuación.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO HIPOCONDRIACO”**

NO. DE REACTIVO	PUNTUACIÓN	CATEGORÍA	PORCENTAJE
3		Alto	25 %
8	3	Alto	25 %
13	3	Alto	25 %
18	3	Alto	25 %
TOTAL			100 %

De los resultados que se obtuvieron en los reactivos elaborados para medir un posible trastorno hipocondríaco se observa que la totalidad de las respuestas demuestran altas probabilidades de padecer éste trastorno. Por ello es necesario realizar un análisis cualitativo para establecer un diagnóstico adecuado, considerando el cuadro clínico que manifiesta el paciente.

### **CASO 1**

F.H.H: Es referido por consulta externa del Centro de Salud “Dr. Horacio Camargo Rivera” de Huejutla, al área de Salud Mental para una valoración psicológica. Paciente de 45 años de edad, sexo masculino, de ocupación albañil.

Sujeto que presenta pensamiento de padecer VIH debido a que tuvo relaciones sexuales con una mujer que trabaja en una cantina, traicionando así a su esposa con la cual lleva 25 años de casado. Explica que lo hizo porque anhelaba ver a otra mujer desnuda, principalmente deseaba observar su parte sexual. Después de ese suceso comenzó a sentir intensos dolores de cabeza, como si se la taladraran, falta de apetito sexual, diarrea, fiebres intensas y una fuerte sensación de padecer una enfermedad del corazón (estos síntomas en distintos momentos). Tiene la sensación de "que se va a morir". Este sujeto comenzó a visitar a diferentes doctores, realizándose distintos tipos de exámenes clínicos, pensando que tenía una enfermedad grave, siendo como conclusión, en todos los casos, que es una persona completamente sana. A pesar de ello, F. siguió sintiéndose enfermo, sin saber exactamente de qué. No fue sino hasta que, en una ocasión escuchó por la radio acerca del SIDA y en ese momento se convenció de padecerla, debido a que estuvo con esa mujer sin ninguna protección. Nuevamente continuó el peregrinaje de galeno en galeno y con los respectivos estudios de laboratorio; una vez más los resultados eran negativos; los síntomas que el paciente manifiesta principalmente el pensamiento, de estar contagiado de SIDA, ha persistido durante nueve meses sin convencerse de lo contrario.

Más adelante, al acudir al Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera", el sujeto se entrevistó con un doctor de esta institución; éste le explicó que los dolores de cabeza, sudoraciones, falta de apetito sexual, no son síntomas de padecer SIDA y, para demostrárselo, nuevamente lo envió a realizarse las pruebas de laboratorio. Sin embargo, el paciente no se convenció de los

resultados sino al contrario, pensó que el doctor le había pedido de favor a todos los laboratoristas que cuando el señor fuera a hacerse las pruebas de VIH le dieran un resultado negativo para que no se asustara y no se enfermara más.

Al departamento de Psicología llegó con alteraciones importantes en su vida, como son el área laboral, social, sexual y familiar. Todo ello debido a su supuesta enfermedad, lo que le provoca una fuerte depresión y sentimientos de ser inservible tanto para él como para su familia; por lo tanto; ya desea que le avance el SIDA para morirse rápido y no ser más un estorbo para ellos.

### **DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL, CASO 1**

De acuerdo a los signos y síntomas que manifiesta el paciente se realizó el diagnóstico multiaxial de acuerdo a los criterios que presenta el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), para el diagnóstico del trastorno correspondiente, de la cual, los datos que se consideraron van íntimamente relacionados a los objetivos del trabajo y que corresponden a los ejes I, II, y III, del mismo manual (ver anexo 3).

**Eje 1:** F45.2 Hipocondría [300.7]

**Eje 2:** Z03 [V71.09], Ningún diagnóstico.

**Eje 3:** Cefalea intensa, diarrea, fiebre y una fuerte sensación de padecer una enfermedad del corazón

## ANÁLISIS DIFERENCIAL

Considerando los datos estadísticos que se obtuvieron en la aplicación del cuestionario, nos arrojan datos sobre un posible trastorno de somatización y además una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco. Por ello es necesario elaborar un análisis cualitativo sobre la principal sintomatología que manifiesta el paciente.

El paciente ha presentado durante nueve meses síntomas físicos, sin encontrar causa orgánica que la justifique, aún después de someterse a exploraciones físicas y análisis médicos distintos; durante este tiempo ha vivido con la idea de padecer el SIDA. En este sentido las manifestaciones clínicas suponen padecer los trastornos de somatización e hipocondría, sin embargo la diferencia se encuentra en los siguientes puntos:

- El paciente posee una fuerte convicción de haberse contagiado por la enfermedad del SIDA.
- La preocupación persiste a pesar de distintos análisis clínicos.
- Estas ideas han provocado deterioro en sus distintas áreas de vida.
- Las ideas son asociadas directamente a la sintomatología física.
- Los síntomas físicos aparecen de manera inconstante en distintos momentos, considerando que la idea ha persistido durante nueve meses desde el acto que aparentemente lo ocasionó.

## CONCLUSIÓN

Existe mayor probabilidad de un trastorno hipocondríaco considerando la frecuencia y presentación de los síntomas, que en este caso el síntoma principal es la idea de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación de sus distintos síntomas.

### 4.2 CASO 2: ¿TRASTORNO POR DOLOR O HIPOCONDRIA?

Al realizar la entrevista inicial correspondiente y la aplicación de la encuesta (ver anexo 1), se obtuvieron los siguientes resultados, de los cuales se consideraron los reactivos más significativos que, en este caso particular, corresponden al trastorno por dolor e hipocondría.

#### “DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE TRASTORNO POR DOLOR”

NO. DE REACTIVO	PUNTUACIÓN	CATEGORÍA	PORCENTAJE
4	3	ALTO	27 %
9	3	ALTO	27%
14	2	MODERADO	19%
19	3	ALTO	27%
TOTAL			100%

Prácticamente, la mayoría de las respuestas emitidas por el sujeto dan un indicativo alto de poseer un posible trastorno por dolor, considerando los reactivos

elaborados para medir este padecimiento. Sin embargo, no se puede definir, hasta este momento un diagnóstico determinante, ya que se encontró también una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco cuyos resultados se presentan a continuación.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO HIPOCONDRIACO”**

NO. DE REACTIVO	PUNTUACIÓN	CATEGORIA	PORCENTAJE
3	3	ALTO	27%
8	3	ALTO	27%
13	2	MODERADO	19%
18	3	ALTO	27%
TOTAL			100%

De las respuestas emitidas por el sujeto en la aplicación del instrumento, se puede observar que una gran parte de los resultados indican una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco

Al realizar el análisis de las respuestas manifestadas en la encuesta, se encontró que la persona presenta un posible trastorno somatomorfo; sin embargo, no se esclarece totalmente un diagnóstico definitivo debido a que los resultados arrojan altos niveles de síntomas en los trastornos -por dolor e hipocondría-. Para

ello es necesario presentar explícitamente la principal sintomatología a través de los resultados obtenidos en la entrevista clínica aplicada (ver anexo 2), en el cual se obtuvieron signos y síntomas de la manifestación del trastorno, que serán de utilidad para aclarar y realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

## CASO 2

R.G.M.: Es referido por consulta externa, del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, al área de Salud Mental para una valoración psicológica. Paciente de 44 años de edad, sexo femenino, ocupación: ama de casa. Refiere padecer dolores intensos de cabeza, los cuales van acompañados de otros síntomas que, de forma subjetiva, describe como: "hormigueos en la cabeza, cerebro pesado, cabeza entumida". Cabe mencionar que estas señales no son constantes con los dolores intensos. Expresa que estos malestares le han provocado problemas económicos, familiares, sexuales y sociales. La paciente, en ocasiones, atribuye estos dolores a una enfermedad desconocida. También menciona que los indicios se han presentado desde hace aproximadamente dos años, tiempo en el cual ha visitado distintos médicos y se ha sometido a diferentes análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas y tomografías cerebrales cuyos resultados siempre han sido negativos. La aparición de los síntomas coinciden con el momento de la ruptura del vínculo marital que ocurrió hace dos años, como consecuencia de una relación en la que predominaba la agresión verbal y física, además de que no existió una comunicación adecuada. Esto ocasionó una desintegración total de la familia.

Como antecedentes proviene de una familia disfuncional, como consecuencia de un padre violento, con problemas de alcoholismo. Vivió hasta los 7 años con sus padres. A partir de esa edad se fue a vivir con su abuelo paterno. A los 8 años de edad fue abusada sexualmente, sin llegar a la violación por su tío de 44 años. Actualmente no ha podido olvidar esta situación, viviendo con el temor de que sus 3 hijas corran el riesgo de sufrir un abuso. De acuerdo a los datos registrados, es una persona que no ha tenido constancia en sus relaciones, existiendo una conflictiva, principalmente con la figura paterna, la cual no fue un objeto ideal para ella, lo que provocó inestabilidad en sus relaciones. Además, manifiesta un inadecuado concepto de sí misma que ha provocado en ella la percepción de un futuro negativo. Presenta también un conflicto sexual muy marcado actualmente en la negación por aceptar cualquier tipo de relación sexual, provocado probablemente por el abuso sexual sufrido en la infancia; como consecuencia, no consigue superar su conflictiva intrapsíquica que continua latente en su yo interno y, al carecer de herramientas afectivas adecuadas canaliza esta conflictiva personal hacia otras personas. He ahí su desconfianza hacia los hombres y, por ello, el temor a que sus 3 hijas sufran abuso sexual al igual que ella.

## DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL, CASO 2

De acuerdo a los signos y síntomas que manifiesta la paciente se realizó el diagnóstico multiaxial de acuerdo a los criterios que presenta el DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno correspondiente, de la cual, los datos que se

consideraron van relacionados a los objetivos del trabajo y que corresponden a los ejes I, II, y III, del mismo manual (ver anexo 3).

**Eje 1:** F45.4 Trastorno por dolor

**Eje 2:** Z03 [V71.09], Ningún diagnóstico.

**Eje 3:** Dolores intensos de cabeza, acompañados de síntomas subjetivos como: "hormigueos en la cabeza, cerebro pesado, cabeza entumida".

### **ANÁLISIS DIFERENCIAL**

Al analizar los datos significativos de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento, elaborado para detectar un posible trastorno somatomorfo, se encontró una probabilidad de padecer un trastorno por dolor y también una posibilidad de un trastorno hipocondríaco.

El análisis diferencial cualitativo, nos da a conocer los siguientes aspectos característicos, de la sintomatología que se presenta en el paciente.

- El dolor es el síntoma principal por el cual la paciente asiste constantemente al médico.
- La paciente refiera padecer dolores intensos incapacitantes que se acompañan de síntomas secundarios ("hormigueos en la cabeza, cerebro pesado,

cabeza entumida").

- Los dolores intensos le han provocado problemas económicos, familiares, sexuales y sociales.
- En ocasiones la paciente atribuye estos dolores a una enfermedad desconocida.
- Los dolores han persistido desde la ruptura del vínculo marital desde hace dos años.

### **CONCLUSIÓN**

Considerando la sintomatología que manifiesta el paciente presenta una mayor probabilidad de padecer un trastorno por dolor, tomando en consideración que la idea de padecer una enfermedad es mínima, la cual no es significativo para establecer un diagnóstico de un trastorno hipocondríaco.

### **4.3 CASO 3: ¿TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN O HIPOCONDRÍA?**

Al realizar la entrevista inicial correspondiente y la aplicación de la encuesta (ver anexo 1), se obtuvieron los siguientes resultados de los que se consideraron

los reactivos más significativos cuyos resultados arrojan posibles trastornos de somatización e hipocondría.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO DE SOMATIZACION”**

<b>NO. DE REACTIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	3	Alto	27 %
6	3	Alto	27 %
11	2	Moderado	19 %
16	3	Alto	27 %

TOTAL 100 %

De las respuestas emitidas por el sujeto, la mayoría indica altas probabilidades de poseer un posible trastorno de somatización, considerando los reactivos elaborados para medir éste padecimiento. Sin embargo, no se puede definir hasta este momento un diagnóstico determinante, ya que se encontró también una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco, cuyos resultados se presentan en la siguiente tabla.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO HIPOCONDRIACO”**

<b>NO. DE REACTIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
3	2	Moderado	22 %
8	3	Alto	28 %
13	2	Moderado	22 %
18	3	Alto	28 %

TOTAL 100 %

De las respuestas emitidas por el sujeto en la aplicación del instrumento, la mayor parte de los resultados indican una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco

Al realizar el análisis correspondiente de las respuestas obtenidas en la encuesta, se encontró que la persona presenta un posible trastorno somatomorfo, sin embargo, no se esclarece totalmente un diagnóstico definitivo, debido que los resultados arrojan altos niveles de síntomas en los trastornos: de somatización e hipocondría. Para ello es necesario presentar explícitamente la principal sintomatología, a través de los resultados obtenidos en las entrevistas clínicas aplicadas, en el cual se obtuvieron signos y síntomas de la manifestación del trastorno, que serán de utilidad para aclarar y realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

### CASO 3

C.R.G.: Es referido por consulta externa del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, al área de Salud Mental para una valoración psicológica. Paciente de 43 años de edad. Sexo femenino, madre soltera con un hijo y con ocupación de ama de casa, además de que también se dedica a la venta de artículos de belleza. Fue canalizada al departamento de Psicología por padecer múltiples síntomas físicos sin encontrarse mejorías a través del tratamiento médico. Los síntomas más significativos que refiere son la aparición de ronchas y manchas en los brazos, desde hace más de 10 años, por lo cual ella tenía la sensación de no poder mover las manos ya que las sentía entumidas o en ocasiones, no las sentía. Realizando las investigaciones pertinentes, también se logró identificar el padecimiento de dolores en la región abdominal y cefaleas intensas; el dolor abdominal se presenta principalmente durante su período menstrual, provocándole a su vez náuseas y, en ocasiones, vómitos inesperados. Otro síntoma significativo es el de haber entrado, desde hace 10 años, a un descuido de su sexualidad reprimiendo por completo sus impulsos sexuales, lo cual le han generado ciertas ideas de que "nunca se va a relacionar con otra persona de sexo opuesto", ya que no le interesan las relaciones de tipo sexual, además de que este tipo de relaciones ahora le provocan temores y molestias. Refiere que esto lo ve como una gran problema para ella, ya que últimamente estos síntomas le provocan, en ocasiones, pensamientos sobre alguna enfermedad incurable, además de que le ocasiona falta de apetito, mal humor, nerviosismo y desesperación, causando, a su vez, problemas familiares, principalmente con su único hijo. Menciona que ha asistido

con médicos de diferentes instituciones de los cuales le han recetado distintos medicamentos y se ha sometido a distintos análisis clínicos (sangre, EEG, rayos x y análisis de orina ) sin encontrar la verdadera fuente o causa de su enfermedad. En ocasiones ha pensado que sus síntomas son signos de que está padeciendo alguna enfermedad muy grave desconocida que la puede llevar a la muerte; sin embargo, también menciona que puede ser originada por la gran carga de trabajo o por los múltiples problemas con la figura de autoridad y con sus hermanos.

Entre los antecedentes encontramos a una persona totalmente dependiente de sus progenitores, vive en conflicto, principalmente con su padre, ya que en la adolescencia y en la juventud fue reprimida fuertemente en todas sus áreas, lo que actualmente todavía vive, pues no logró independizarse de su familia. Un dato importante es la enorme frustración que vivió cuando se embarazó de su único hijo (a los 30 años) ya que su padre no permitió (a base de golpes e insultos) que se uniera en matrimonio.

### **DIAGNÓSTICO MULTIAxIAL, CASO 3**

Considerando los signos y síntomas que manifiesta el paciente, se realizó el diagnóstico multiaxial de acuerdo a los criterios que presenta el DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno correspondiente, de la cual, los datos que se consideraron van íntimamente ligados a los objetivos del trabajo y que corresponden a los ejes I, II, y III, del mismo manual (ver anexo 3).

**Eje 1:** F45.0 Trastorno de somatización [300.81]

**Eje 2:** Z03 [V71.09], Ningún diagnóstico.

**Eje 3:** múltiples síntomas físicos: manchas en los brazos, sensación de no poder mover las manos, dolores en la región abdominal y cefaleas intensas; el dolor abdominal se presenta principalmente durante el período menstrual, provocándole a su vez náuseas y, en ocasiones, vómitos inesperados.

### ANÁLISIS DIFERENCIAL

A l realizar el análisis de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta, para detectar un posible trastorno somatomorfo, se obtuvieron datos significativos, los cuales presentan datos importantes sobre un probable trastorno de somatización, además, de una alta probabilidad de padecer un trastorno hipocondríaco, para lo cual es muy importante realizar el análisis cualitativo para diferenciar correctamente y definir un diagnóstico.

- La paciente ha padecido síntomas físicos en distintas partes del organismo desde hace diez años.
- En los últimos dos años, en ocasiones intuye que tiene una enfermedad grave.
- Los síntomas son constantes, que alteran significativamente sus áreas laboral, familiar sexual, económico y social.

- Posee síntomas como: dolores de cabeza, gastrointestinales, padecimientos en la piel, y síntomas pseudoneurológicos como la parálisis de la mano, principalmente cuando padece problemas en la piel.
- Los exámenes clínicos, diferentes tratamientos médicos y visitas a distintos especialistas sugieren ausencia de enfermedad médica.

### **CONCLUSIÓN**

Concluyendo el caso, se define que el paciente padece múltiples síntomas físicos que han deteriorado sus condiciones de vida. Es una paciente que tiene mayores probabilidades de sufrir un trastorno de somatización, ya que las ideas sobre enfermedad, poco comunes, y, las parálisis ocasionales en las manos no justifican otro trastorno.

#### **4.4 CASO 4 : ¿TRASTORNO DE CONVERSION, SOMATIZACION O HIPOCONDRIA?**

Al realizar la entrevista correspondiente y la aplicación de la encuesta (ver anexo 1-2), se obtuvieron los siguientes resultados de los que se consideraron los reactivos más significativos que, en este caso, corresponden al trastorno conversión , somatización e hipocondría.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO DE CONVERSION”**

<b>NO. DE REACTIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
2	2	Moderado	22 %
7	3	Alto	28 %
12	3	Alto	28 %
17	2	moderado	22 %

TOTAL 100 %

Haciendo un análisis de las respuestas emitidas por el sujeto, se refleja un alto porcentaje de poseer un posible trastorno de somatización, considerando los reactivos elaborados para medir este padecimiento. Sin embargo, no se puede definir hasta este momento un diagnóstico determinante, ya que se encontró también una alta probabilidad de padecer un trastorno de somatización e hipocondría, cuyos resultados se presentan en la siguientes tablas.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO DE SOMATIZACION”**

<b>NO. DE REACTIVO</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	3	Alto	28 %

6	2	Moderado	22 %
11	2	Moderado	22 %
16	3	Alto	28 %

TOTAL 100%

De Las respuestas emitidas por el sujeto en la aplicación del instrumento, más de la mitad de los resultados indican una alta probabilidad de padecer un trastorno de somatización.

**“DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA DETECCIÓN DE UN POSIBLE  
TRASTORNO HIPOCONDRIACO”**

NO. DE REACTIVO	PUNTUACIÓN	CATEGORÍA	PORCENTAJE
3	3	Alto	28 %
8	2	Moderado	22 %
13	3	Alto	28 %
18	2	Moderado	22 %

TOTAL 100 %

El trastorno hipocondríaco es otro de los trastornos con probabilidades similares a las anteriores, de acuerdo a las respuestas emitidas por el sujeto en la aplicación del instrumento, arrojando poco más de la mitad de probabilidades de padecer un trastorno hipocondríaco.

Al realizar el análisis correspondiente de las respuestas obtenidas en la encuesta , se encontró que la persona presenta tres posibles alternativas de diagnóstico, sin embargo, no se esclarece totalmente un diagnóstico definitivo, debido que los resultados arrojan altos niveles de síntomas en los trastorno de conversión, somatización e hipocondría. Para ello es necesario presentar explícitamente la principal sintomatología, a través de los resultados obtenidos en las entrevistas clínicas aplicadas, en el cual se obtuvieron signos y síntomas de la manifestación del trastorno, que serán de utilidad para aclarar y realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

#### **CASO 4**

J.M.G.: Es referido por consulta externa del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, al área de Salud Mental para una valoración psicológica. Paciente de 38 años de edad, sexo masculino, casado, con cuatro hijos y con ocupación jornalero. Reporta padecer cosquilleos y entumecimientos en los brazos seguidos de una incapacidad total para moverlos; esta inmovilidad dura aproximadamente de dos a tres días, lo que le resulta demasiado problemático ya que le afecta en sus distintas actividades laborales y familiares. Además de que, en ocasiones, tiene el pensamiento de estar sufriendo alguna enfermedad grave desconocida, pero que a través de las explicaciones médicas logra controlar y deshacerse de estas ideas. Presenta además cosquilleos, comezón y punzones (dolores) en todo el cuerpo, principalmente en sus partes sexuales. Los síntomas que manifiesta han permanecido desde hace

aproximadamente 2 años por lo que ha asistido a diferentes médicos, particularmente a los del centro de salud, en donde se le ha dado un seguimiento a su caso sin lograr reducir sus síntomas; también se le han realizado exámenes de laboratorio, radiografías, entre otros estudios médicos, en los que no se ha encontrado causa orgánica que pueda estar provocando la incapacidad en los brazos. Al realizar la entrevista clínica correspondiente se encontró que este síntoma inició tiempo después de haberse involucrado en una relación fuera del matrimonio con una sexo-servidora. Según los signos que se lograron obtener, existe una culpabilidad que no ha logrado manejar, por lo que es probable que, a través de los síntomas, manifieste el conflicto con el que se está enfrentando.

#### **DIGNÓSTICO MULTIAXIAL, CASO 4**

Considerando los signos y síntomas que manifiesta el paciente, se realizó el diagnóstico multiaxial de acuerdo a los criterios que presenta el DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno correspondiente, de la cual, los datos que se consideraron van relacionados a los objetivos del trabajo y que corresponden a los ejes I, II, y III, del mismo manual (ver anexo 3).

**Eje 1:** F44.x Trastorno de conversión [300.11]

**Eje 2:** Z03 [V71.09], Ningún diagnóstico.

**Eje 3:** Parálisis en los brazos

## ANALISIS DIFERENCIAL

Analizando los datos estadísticos que se obtuvieron en la aplicación del cuestionario, nos arrojan datos sobre un posible trastorno de conversión, somatización e hipocondría. Por ello es necesario elaborar un análisis cualitativo sobre la principal sintomatología que manifiesta el paciente.

- Después de hacerle exámenes de laboratorio, radiografías, entre otros estudios médicos no se ha comprobado algún daño físico que pueda estar ocasionando el cuadro clínico médico.

- Los pensamientos sobre alguna enfermedad desconocida son ocasionales y no justifican un trastorno hipocondríaco.

- La comezón y dolores en la parte sexual no son síntomas significativos de un trastorno somático o por dolor.

- La incapacidad total para mover los brazos son el principal síntoma que sufre el paciente y que ha permanecido constante durante dos años.

- Esta incapacidad total para mover los brazos ha deteriorado significativamente las distintas áreas de vida del sujeto principalmente el área laboral y familiar.

## CONCLUSIÓN

Las ideas ocasionales sobre una enfermedad son el resultado de la parálisis que el paciente manifiesta, sin embargo no es un indicativo directo de un trastorno hipocondríaco, y el cuadro clínico somático no justifica un trastorno de somatización, considerando que el principal síntoma es la parálisis en los brazos, existe mayor probabilidad de presentar un cuadro clínico conversivo por su manifestación, frecuencia y deterioro que provoca este síntoma.

### 4.5 VERIFICACIÓN DE HIPOTESIS

Elaborando el estudio cualitativo correspondiente sobre los casos clínicos antes tratados se concluye la aceptación de las hipótesis planteadas:

**Ho “Los trastornos somatomorfos no tienen ninguna causa orgánica que los provoquen, si no que la etiología proviene de conflictos psíquicos internos”.**

**Ho “La hipocondría se diferencia de los demás trastornos somatomorfos en la forma particular del manejo de situaciones altamente conflictivas manifestadas por una preocupación excesiva o convicción por padecer una enfermedad a partir de una interpretación de síntomas”.**

Es indispensable concluir de acuerdo a los casos clínicos analizados y estudios cualitativos correspondientes y, considerar los aspectos generales relacionados a los planteamientos hipotéticos, tomando en cuenta la aceptación de dichas hipótesis.

- Los trastornos somatomorfos carecen de explicación orgánica o justificación por la presencia de alguna enfermedad médica y que son el resultado de conflictos psicológicos mal manejados como una forma de enfrentamiento, corroborado en los casos clínicos en los cuales los síntomas aparecen después de un acontecimiento que amenaza la integridad del yo del paciente.

- La diferencia esencial de la hipocondría de los demás trastornos somatomorfos es la convicción o idea de padecer una enfermedad grave, por lo que se debe de tomar en cuenta el tiempo de aparición, la frecuencia y la intensidad para evitar caer en diagnósticos erróneos que puedan afectar su tratamiento.

**CAPITULO V**  
**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

## **5.1 TITULO: “HIPOCONDRIA Y OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS ¿ ENFERMEDAD MÉDICA O PSICOLÓGICA?”**

### **5.2 JUSTIFICACIÓN**

Actualmente en Huejutla, Hidalgo y sus alrededores, muchas personas se ven afectadas por los distintos tipos de perturbaciones psicológicas. Los trastornos somatomorfos ( trastornos de somatización, hipocondría, trastornos de conversión, trastornos por dolor y el trastorno dismórfico corporal ) son psicopatologías muy comunes y no estudiados en esta región, mismas que no han sido diferenciadas entre sí y que están creando confusiones en el momento del tratamiento, generalmente en centros de atención médica se les da un seguimiento clínico a nivel orgánico logrando así esconder el verdadero significado de sus síntomas. Para lograr un buen desarrollo de estrategias de tratamiento y canalizar a los pacientes al área correspondiente, los autores de la anterior investigación, como propuesta de intervención elaboraron el presente taller que está dirigido a personal médico, enfermería y psicología del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, Hidalgo, que tiene como objetivo fundamentar bases científicas para la detección diagnóstica de pacientes con un posible trastorno somatomorfo y canalizarlos al departamento de Psicología perteneciente a dicho Centro de Salud. Esto permitirá un adecuado tratamiento en los pacientes que manifiesten estos trastornos, debido a la atención multidisciplinaria, tanto médicos como psicólogos, permitiendo una mejor recuperación del paciente, así como el manejo de su conflictiva que le pueda estar

provocando estos trastornos. Es importante mencionar que este tipo de estrategias de intervención inicial, como el manejo adecuado del siguiente curso, será de beneficio tanto profesional como social, ya que es el comienzo de una investigación de la cual se puede partir para realizar estudios sobre los trastornos somatomorfos partiendo de bases específicas que permitirán entrar a una realidad que en nuestra región no ha sido considerado y, que por ende, ha estado creando dificultades tanto para profesionales de la salud como para los pacientes, siendo estos últimos los más afectados ya que una psicopatología de esta naturaleza afecta considerablemente las distintas áreas de vida de las personas. Es por ello la importancia de dar a conocer a las personas correspondientes las generalidades de los trastornos somatomorfos así como también las distintas formas de detección desde una perspectiva sintomatológica y que esto permita tomar decisiones acertadas y que los pacientes reciban atención médica acompañada de una atención psicológica que permita una rehabilitación global.

### **5.3 PLANEACIÓN**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Fundamentar bases científicas que permitan al personal médico y de enfermería pertenecientes al Centro de Salud, la detección, diagnóstica y canalización al departamento de Psicología a pacientes con probable trastorno somatomorfo.

- Capacitar al personal médico y de enfermería del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera", de Huejutla, en la detección y diagnóstico de los trastornos somatomorfos y su diferenciación con la hipocondría.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir el termino trastorno somatomorfo.
- Clasificar los trastornos somatomorfos.
- Analizar las características generales de cada trastorno somatomorfo.
- Diferenciación diagnóstica entre los trastornos somatomorfos.
- Evaluación del curso.

### CONTENIDO

- 1.- Presentación del proyecto y de los exponentes.
- 2.- Aplicación de la técnica de lluvia de ideas para formular la definición del término "Trastorno Somatomorfo".
- 3.- Dinámica de introducción al tema: una competencia de somatización.
- 4.- ¿Cómo detectar un trastorno somatomorfo?
- 5.- Clasificación de los trastornos somatomorfos.
- 6.- Características principales.
- 7.- Diagnóstico diferencial.
- 8.- Evaluación del curso.

**MÉTODOS, TÉCNICAS, RECURSOS Y TIEMPOS PARA LA APLICACIÓN DEL  
CURSO**

ACTIVIDAD	MÉTODOS Y TÉCNICAS	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
1. Presentación del proyecto.	Exposición.	Acetatos. Escritos del proyecto.	2 horas.
2. Definición del término "Trastorno Somatomorfo".	Lluvia de ideas. Discusión grupal. Exposición y conceptualización.	Pizarrón Marcadores Acetatos.	1 hora.
3. Introducción al tema.	Dinámica: una competencia de somatización.		2 horas.
4. ¿Cómo detectar un trastorno Somatomorfo?.	Exposición. Trabajo en equipos. Análisis de casos.	Acetatos. Pizarrón . Marcadores. Hojas blancas.	3 horas.
5. Características generales de los trastornos somatomorfos.	Discusión grupal. Trabajo en equipos. Exposición con preguntas.	Escritos sobre las características de los	3 horas

ACTIVIDAD	MÉTODOS Y TÉCNICAS	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
	Cuadro comparativo.	trastornos. Acetatos.  Hojas blancas. laminas	
6. Clasificación de los trastornos Somatomorfos: características principales de cada trastorno	Láminas del diagnóstico Diferencial. Lluvia de ideas. Exposición con preguntas. Análisis de casos clínicos.	Láminas Acetatos. Pizarrón. Marcadores. Casos clínicos.	4 horas
7. Diagnóstico diferencial	Análisis comparativo Análisis de casos Cuadro diferencial	Caso clínico. Hojas blancas. Cuadros. Diferenciales. Láminas.	4 horas.
8. Evaluación del curso	Cuestionario. Evaluativo. Análisis de casos. Elaborar un posible	Evaluación escrita. Caso clínico. Láminas.	4 horas.

ACTIVIDAD	MÉTODOS Y TÉCNICAS	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO
	diagnóstico y exposición.	Pizarrón. Marcadores.	

## DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

### 1.- PRESENTACIÓN

A continuación el exponente expresará oralmente su nombre; dando a conocer las instrucciones de presentación al curso las cuales son:

- Elaboración de gafetes en que anotarán su nombre y dibujarán un animal con el que se identifiquen (dinámica)
- Posteriormente se formará un círculo en donde cada uno de los asistentes se presentará y explicará, el porqué eligió ese dibujo como representativo de su personalidad.
- Introducción al curso:

Considerando el objetivo general de la investigación, "Diferenciación de la hipocondría de los demás trastornos somatomorfos", se elaboró la siguiente

propuesta dirigida a ustedes los profesionales de la salud, del Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, con el objetivo de conocer estrategias en la detección de los trastornos somatomorfos con el propósito de hacer un diagnóstico específico aumentando las probabilidades de un exitoso tratamiento. El presente curso es denominado: " Hipocondría y demás trastornos somatomorfos: ¿ enfermedad médica o psicológica?". En la cual se tratará de esclarecer los puntos ambiguos y confusos que impidan hacer un diagnóstico adecuado de cada trastorno, según los síntomas que manifieste el paciente.

## 2.- CONCEPTUALIZACION DEL TERMINO SOMATOMORFO

- Lluvia de ideas para formular el termino trastorno Somatomorfo.
- Definición conceptual: De acuerdo a las ideas aportadas por el grupo se analizarán las palabras claves y se elaborará el concepto principal:

**“presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental”<sup>9</sup>.**

---

<sup>9</sup> P. Pichot, Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, p. 457

### **3.- DINAMICA: “ UNA COMPETENCIA DE SOMATIZACION”.**

Objetivo: que los participantes reconozcan la influencia que ejercen los factores psicológicos sobre el organismo.

Desarrollo:

- Los participantes se deberán integrar en pares.
- Uno de los participantes comenzará comentando una situación en el cual halla somatizado.
- El compañero responderá con otra situación personal en donde la somatización halla sido más intensa.
- Se harán varias rondas de acuerdo a las experiencias de somatización que cada participante ha experimentado.
- Cuando cada participante no posea más experiencias se elegirá al campeón somatizador de cada pareja y se le brindará un aplauso.

### **4.- ¿CÓMO DETECTAR UN TRASTORNO SOMATOMORFO?**

Los síntomas que manifestarán los pacientes con este tipo de trastorno son: preocupación y miedo a padecer una enfermedad de suma gravedad. Las quejas más comunes son: dolores de cabeza, palpitaciones del corazón, fatiga, intervalos de desmayos, nauseas, vómitos, dolores abdominales, problemas

intestinales, alergias, dolores en la menstruación o problemas en la misma y conflictos o disfunciones sexuales; pérdida o alteración del funcionamiento corporal, tanto sensorial como motor voluntario; dolores en cualquier parte del cuerpo, la gravedad del dolor es de gran intensidad, cayendo en la necesidad de atención médica; los dolores intensos provocan en el paciente malestares y deterioros considerables en su vida; defectos de poca importancia que el enfermo imagina como un defecto exagerado.

Estos son algunos ejemplos de sintomatología física que los pacientes pueden presentar. Sin embargo se descarta una enfermedad orgánica y se acepta un trastorno somatomorfo cuando:

1.- Los resultados de pruebas o estudios de laboratorio resultan negativos, por lo que carecen de explicación orgánica, que justifique la presencia de los síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica.

2.- A pesar de resultados negativos de pruebas de laboratorio, el paciente sigue presentando síntomas o ideas sobre alguna enfermedad.

3.- La sintomatología que el paciente describe son ambiguos y no se pueden explicar por una enfermedad.

4.- Los síntomas no son resultado de un defecto físico o efectos directos de una sustancia.

5.- Esta sintomatología no se manifiesta bajo el control voluntario del individuo y se relaciona directamente con factores o conflictos psicológicos.

6.- Los síntomas afectan significativamente las distintas áreas de vida.

## **5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

1.- Manifestaciones, síntomas o ideas sobre alguna enfermedad.

2.- Los resultados de exámenes o pruebas de laboratorio no explican una enfermedad orgánica.

3.- Los síntomas deterioran considerablemente las distintas áreas de vida del paciente.

4.- No existe ningún desorden o enfermedad orgánica.

5.- Constantes visitas a médicos o especialistas por causa de los síntomas molestos que presenta.

6.- Son el resultado de un mal manejo de las situaciones psicológicas conflictivas, y que son canalizadas a alguna parte del cuerpo

## 6.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Las enfermedades medicas o síntomas médicos generalmente se encuentran reportados bajo el diagnóstico de una enfermedad orgánica. Sin embargo, hoy en día, es necesario considerar los factores psicológicos como desencadenantes de muchas molestias que a simple vista pueden aparecer bajo el nombre de una patología física (ver anexo 9).

Las personas cuya presentación de síntomas no pueden ser explicados por una enfermedad física u orgánica, después de haber realizado los análisis y estudios médicos correspondientes, es muy probable que estén sufriendo un trastorno somatomorfo, que de acuerdo a los síntomas que manifieste, se diagnostica como una persona con trastorno hipocondríaco, conversivo, dismórfico corporal, por dolor o somatización.

### CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

1.- Trastorno de somatización: Presentan múltiples síntomas somáticos como: síntomas gastrointestinales, perturbaciones sexuales, déficit sensorio-motriz o problemas que sugieren una enfermedad neurológica (ver anexo 4).

2.- Trastorno por dolor: Tienen una característica Principal que es el dolor que se puede manifestar en cualquier parte del cuerpo por un periodo no menos

de 6 meses afectando considerablemente sus distintas áreas de vida (ver anexo 6).

3.- Trastorno de conversión: Presentan síntomas que se relacionan con la dificultad para mantener el equilibrio, debilidad muscular, dificultad para deglutir, parálisis, retención urinaria, tos y déficit en los órganos de los sentidos (ver anexo 5).

4.- Trastorno dismórfico corporal: Existen preocupaciones exageradas de un pequeño defecto físico generalmente de alguna parte de la cara. Estas preocupaciones afectan considerablemente la vida del individuo (ver anexo 8)

5.- Hipocondría: Tienen una preocupación exagerada y persistente de estar enfermos de una patología grave o enfermedades terminales, estas ideas no le permiten atender al individuo sus distintas actividades (ver anexo 7).

## 7.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICA ESENCIAL	SÍNTOMAS COMUNES	AFECCIÓN DE ÁREAS DE VIDA	ORIGEN PRINCIPAL
1. Trastorno de Somatización	Múltiples síntomas somáticos.	Síntomas gastrointestinales, perturbaciones sexuales, síntomas de conversión, dolores, síntomas que sugieren un daño neurológico.	Deterioro significativo	Origen psicológico
2. Trastorno por Dolor	El síntoma solo se limita al dolor	Dolores intensos en cualquier parte del cuerpo.	Deterioro Significativo	Origen Psicológico

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICA ESENCIAL	SÍNTOMAS COMUNES	AFECCIÓN DE ÁREAS DE VIDA	ORIGEN PRINCIPAL
3. Trastorno de Conversión	Pérdida o alteración del funcionamiento corporal, sensorial y/o motor voluntario.	Dificultad para mantener el equilibrio, parálisis, debilidad muscular, dificultad para deglutir, retención urinaria, tos, déficit sensorial, sensibilidad táctil, ceguera, sordera y alucinaciones.	Deterioro significativo	Origen Psicológico

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICA ESENCIAL	SINTOMAS COMUNES	AFECCIÓN DE ÁREAS DE VIDA	ORIGEN PRINCIPAL
4. Trastorno Dismórfico Corporal	Exageración de un defecto físico.	Exageración en pequeños defectos de partes de la cara como : formas y tamaños de la nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, barbilla, mejía. asimetrías o vello excesivo en la cara, etc.	Deterioro Significativo	Origen Psicológico
5. Trastorno hipocondríaco	Idea persistente de padecer una enfermedad grave.	Idea de padecer una enfermedad grave o terminal	Deterioro significativo	Origen Psicológico

## 8. EVALUACIÓN DEL CURSO

**objetivo:** Evaluar el aprendizaje y manejo de estrategias en la detección de los trastornos somatomorfos.

### ACTIVIDADES:

1) Lectura y análisis de un caso, para elaborar su cuadro clínico y detección del trastorno correspondiente según la sintomatología presentada.

2) Presentar el cuadro clínico en el formato de vaciado de información para datos clínicos. (ver anexo 10).

3) Exposición de la conclusión: En esta etapa se justificarán las conclusiones de acuerdo a los síntomas que el caso presente y al análisis cualitativo correspondiente.

## 5.4 ANEXOS

**ANEXOS 1: ENCUESTA**  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA" DE HUEJUTLA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA  
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895

ENCUESTA A PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUEJUTLA

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta de acuerdo a lo que creas conveniente.

1. ¿Has tenido alguna infección, molestia o alguna enfermedad en alguna parte de tu cuerpo?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
2. ¿Has tenido problemas con tu salud a partir de los 18 años en adelante?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
3. ¿Alguna vez has pensado que puedes tener una enfermedad grave?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
4. ¿Has tenido dolor en una o más zonas de tu cuerpo, suficientemente graves para visitar a un médico?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
5. ¿Te has preocupado por algún defecto físico de tu cuerpo?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
6. ¿Tienes una enfermedad desde antes de los 50 años, sin presentar mejorías, a pesar de tratamientos médicos?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
7. ¿Has presentado parálisis en alguna parte de tu cuerpo?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
8. ¿Acudes al médico constantemente, aunque te asegure que no estás enfermo?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
9. ¿Cuándo te da dolor en alguna zona de tu cuerpo ¿Te afecta en tu desempeño laboral, familiar, sexual o social?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca

10. ¿Tu preocupación por el cuerpo te provoca malestares en tu desempeño social, laboral u otras áreas de tu vida?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
11. ¿Te has hecho constantemente pruebas de laboratorio y análisis médicos?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
12. ¿Tienes dificultad en el funcionamiento de tus sentidos (oídos, vista etc.)?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
13. ¿Tu preocupación por alguna enfermedad te afecta en tus actividades diarias?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
14. ¿Cuándo visitas al médico este te ha dicho que tu dolor no se debe a daños en el organismo?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
15. ¿Generalmente las demás personas no comprenden tu preocupación por algún defecto físico?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
16. ¿Los resultados de exámenes médicos han indicado ausencia de enfermedad?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
17. ¿Acudes a especialistas, de la vista, oídos etc. sin que te diagnostiquen alguna enfermedad?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
18. ¿A pesar de resultados negativos de exámenes médicos, sigues pensando que tienes alguna enfermedad?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
19. ¿Tienes algún dolor que te ha persistido por 6 o mas meses?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca
20. ¿Tienes preocupaciones excesivas sobre defectos físicos de tu cuerpo por 6 o más meses?  
a) Siempre    b) Algunas veces    c) Casi nunca    d) Nunca

## ANEXO 2: ENTREVISTA CLÍNICA

**OBJETIVO:** Establecer una relación entre los resultados obtenidos en la investigación documental, cuestionario (anexo 1) y los datos mas relevantes de la vida del sujeto y la observación directa de signos y síntomas que se recaben a través de la presente entrevista.

### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre (iniciales)  
Sexo  
Fecha de nacimiento  
Dirección  
Estado civil  
Escolaridad  
Ocupación  
Fecha actual

### II.- DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Aspectos generales, características físicas, Actitudes, comportamientos y afectos.

### III.- MOTIVO DE CONSULTA

Problema actual y causa por el cual fue canalizado al departamento de psicología del centro de salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla.

Historia del problema, ideas del paciente, cuando comenzó y como ha ido evolucionando.

Experiencias previas del pacientes en relación a su enfermedad.

### IV.- SITUACIÓN ACTUAL

Descripción de síntomas que manifiesta.

### V.- CONSTELACIÓN FAMILIAR

Antecedentes familiares generales (relación con sus padres, hermanos,)

Antecedentes psicopatológicos familiares  
Papel del paciente dentro de la familia

#### VI.- RECUERDOS TEMPRANOS

Antecedentes mas importantes vividos en la infancia.

#### VII.- SALUD

Alimentación, sueño, Enfermedades significativas, lesiones u operaciones, estado de salud en la actualidad.

#### VIII ESCOLARIDAD

Proceso educativo

#### IX.- ÁREA LABORAL

Desempeño y dificultades dentro del área laboral.  
Situaciones o acontecimientos importantes

**ANEXO 3: DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL, DSM-IV**

**Eje 1:** Trastornos clínicos.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

**Eje 2:** Trastornos de la personalidad.

Retraso mental.

**Eje 3:** Enfermedades médicas.

**Eje 4:** Problemas psicosociales y ambientales.

**Eje 5:** Evaluación de la actividad global.

## ANEXO 4

- **Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización [ 300.81 ]**
  - A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
    - (1) *Cuatro síntomas dolorosos*: Historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. Ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).
    - (2) *Dos síntomas gastrointestinales*: Historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. Ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
    - (3) *Un síntoma sexual*: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. Ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
    - (4) *Un síntoma pseudo neurológico*: Historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).
  - C. Cualquiera de las dos características siguientes:
    - (1) Tras un examen adecuado, Ninguno de los síntomas del Criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. Ej., drogas o fármacos)
    - (2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.
  - D) Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

## ANEXO 5

- **Criterios para el diagnóstico de F44.x Trastorno de conversión [ 300.11 ]**
  - A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
  - B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que al inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
  - C. El síntoma o déficit no es producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación)
  - D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
  - E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica
  - F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

*Código basado en el tipo de síntoma o déficit:*

- .4 Con síntomas o déficit motor
- .5 Con crisis y convulsiones
- .6 Con síntomas o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta

## ANEXO 6

**A. Criterios para el diagnóstico de F45.45 Trastorno por dolor.**

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

*Codificar el tipo:*

**Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos [ 307.80 ]:** se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor ( si hay una enfermedad médica, esta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe de diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

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

*Especificar ( para ambos tipos) si:*

**Agudo:** duración menor a 6 meses

**Crónico:** duración igual o superior a 6 meses

## ANEXO 7

- **Criterios para el diagnóstico de F45. 2 Hipocondría [ 300.7]**
- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pensar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante ( a diferencia de trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal)
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por la separación u otro trastorno somatomorfo.

*Especificar si:*

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

## ANEXO 8

- **Criterios para el diagnóstico de F45. 2 Trastorno dismórfico corporal [ 300.7]**
- A. Preocupación por algún efecto imaginado por el aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y con la silueta corporales en la anorexia nerviosa)

## ANEXO 9: MAPA DE CLASIFICACIÓN DIFERENCIAL

Los resultados de pruebas de laboratorio explican la enfermedad física.

SI ————— ENFERMEDAD ORGANICA



NO ————— TRASTORNO SOMATOMORFO



Presentación de múltiples síntomas Somáticos.

SI —————

NO

TRASTORNO DE SOMATIZACION



Los síntomas solo se limitan a dolor

SI —————

NO

TRASTORNO POR DOLOR



Pérdida o alteración del funcionamiento corporal, tanto sensorial como motor voluntario.

SI —————

NO

TRASTORNO DE CONVERSION



Exageración de un defecto físico producto de la imaginación.

SI —————

NO

TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL



Idea persistente de padecer una enfermedad grave, a partir de la interpretación incorrecta de los síntomas.

SI —————

TRASTORNO HIPOCONDRIACO

## ANEXO 10 : FORMATO PARA EL VACIADO DE INFORMACIÓN DE DATOS CLINICOS

1. INICIALES DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_
2. EDAD: \_\_\_\_\_
3. SEXO: \_\_\_\_\_
4. OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_
5. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_
6. FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_
7. MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

### SINTOMATOLOGÍA CORRESPONDIENTE A CADA TRASTORNO

SOMATIZACION	HIPOCONDRIA	DISMÓRFICO CORPORAL	CONVERSION	DOLOR

ANÁLISIS DIFERENCIAL:  
DX PROVISIONAL:  
SUGERENCIAS:

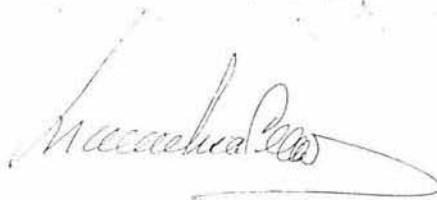
**ANEXO 11: LIBERACION DE SERVICIO SOCIAL**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**

SECRETARÍA DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA  
DIRECCIÓN GENERAL DE ORIENTACIÓN Y SERVICIOS EDUCATIVOS

LIC. MERCEDES HERNANDEZ DE GRAUE  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACION Y REVALIDACION  
DE ESTUDIOS  
P R E S E N T E .

La Dirección General de Orientación y Servicios Educativos hace constar que el alumno HERNANDEZ DOLORES JUAN, con número de cuenta 97803036-0, de la carrera de LICENCIADO EN PSICOLOGIA que se imparte en el CENTRO UNIVERSITARIO 'VASCO DE QUIROGA' DE HUEJUTLA, realizó su servicio social en el programa ATENCION A GRUPOS DE DIABETICOS A HIPERTENSOS, que con clave 2001 - 116 / 47 - 6864 llevó a cabo en el GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO, durante el periodo comprendido del 23 de Abril de 2001 al 23 de Octubre de 2001.

*"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"*  
Ciudad Universitaria D.F., a 10 de Diciembre de 2001



**DR. MARIA ELISA CELIS BARRAGAN**  
**DIRECTORA GENERAL**

## 5.5 GLOSARIO

**Angustia:** Períodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, pueden ser inesperadas, determinadas o predispuestas situacionalmente.

**Conflicto psicológico o intrapsíquico:** Oposición entre impulsos o deseos contradictorios, que por regla general producen tensión emotiva, a veces profundamente desagradable.

**Diagnóstico diferencial:** Arte de distinguir una enfermedad mental de otra.

**DSM-IV :** Manual Diagnóstico Y estadístico de las Enfermedades mentales.

**Ello:** Zona mental más antigua, se basa bajo el principio del placer y está presente al nacimiento.

**Hipocondría:** Es la preocupación y miedo a tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

**Histeria:** Neurosis caracterizada por la existencia de dos órdenes de signos: permanentes (Signos que deben de ser buscados) y, transitorios (accidentes, ataques).

**Inconsciente:** Hecho psicológico que se aplica cuando escapa al conocimiento del sujeto en el que se produce.

**Mecanismos de defensa:** Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos.

**Neurosis:** Grupo de afecciones cuyos síntomas indican un trastorno en el funcionamiento del sistema nervioso, sin que el examen anatómico revele lesiones aparentes.

**Parálisis:** Disminución o abolición de la motricidad.

**Pseudoneurológicos:** Síntomas de conversión que están relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial.

**Psicología Clínica:** Parte de la Psicología general que se encarga del estudio de las desviaciones de conducta y de la personalidad.

**Psiconeurosis:** Afecciones nerviosas cuyo punto de partida es sobre todo psíquico.

**Psicopatología:** Estudio de las enfermedades mentales.

**Psicosomática:** Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario.

**Psique:** Estructura de la personalidad formada por el *ello*, *yo* y *Superyó*.

**Racionalización:** Forma de enfrentamiento a los conflictos emocionales inventando explicaciones tranquilizadoras.

**Represión:** Proceso por el cual un impulso o una idea inaceptable se relega al inconsciente.

**Signo:** Manifestación objetiva de un estado patológico.

**Símbolo:** imagen o signo que da un sentimiento de realidad invisible o misteriosa.

**Síntomas:** Manifestación subjetiva de un estado patológico.

**Síndrome:** Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia.

**Somática:** Que concierne al cuerpo o le pertenece.

**Superyo:** Instancia psíquica que pertenece sobre todo al inconsciente, pero que en parte corresponde a la conciencia moral.

**Trastorno de conversión:** Síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico.

**Trastorno de somatización:** Trastorno polisintomático que se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

**Trastorno dismórfico corporal:** Preocupación por un defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

**Trastorno por dolor:** Trastorno caracterizado por la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica.

**Trastorno somatomorfo:** Presentación de síntomas físicos de los cuales no se pueden explicar por causas orgánicas a pesar de los múltiples análisis de laboratorios u otros exámenes médicos.

**Yo:** Experiencia individual de sí mismo. Unidad dinámica en que se asienta lo individual.

## 5.6 BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA METODOLÓGICA

A. Haynal, W. Pasini *Manual de Medicina Medica*, México, Masson, 1980, 1ª Ed. p.467.

D. KOLB Lawrence *Psiquiatría Clínica Moderna*, México, La Prensa Medica Mexicana S.A., 1985, p. 1016.

DE LAROS Sánchez, Arcelia. LOPATEGUI MARTINEZ, Marco Antonio. Prado Arai *Corrientes Posmodernistas de la Psicología*, México, D. R. UNAM Cd. Universitaria, 1ª Ed. 2000, p. 675.

G. GOLDMAN Howard *Psiquiatría General*, México, El Manual Moderno, 2000, p. 867.

G. SARASON, Irwin. R. SARASON, Bárbara *Psicología Anormal*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 7ª Ed., 1997. p.677.

M. Freedman Alfred, HAROLD I. Kaplan, J. SADOCK Benjamín *Compendio de Psiquiatría*, México, Salvat, 896.

M. Freedman Alfred, HAROLD I. Kaplan, J. SADOCK Benjamín *Tratado de Psiquiatría*, México, Salvat, Tomo 1, p. 1267.

M. Freedman Alfred, HAROLD I. Kaplan, J. SADOCK Benjamín *Tratado de Psiquiatría*, México, Salvat, Tomo 2, p.2357.

M. Reynaud, P. Jeammet, S Consoli *Psicología Médica*, México, Masson 1982, p 589.

MERANI L. Alberto *Diccionario de Psicología*, México, Tratados y Manuales Grijalbo, 1979, p. 270.

MILLION, Tehodore *Psicopatología Moderna*, Barcelona (España), Salvat Editores S.A., 1976, p. 893.

N.S. Dicaprio *Teorías de la Personalidad*, México, Mc Graw-Hill, 1989, p. 559

P. Pichot, *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales IV*, México, Masson, 1996. p. 909.

SUE, David, SUE, Derald, SUE, Stanley *Comportamiento Anormal*, México, Mc Graw-Hill, 1995, p. 608.