

¿Trastorno por somatización o trastornos por síntomas somáticos?

Emmanuel Reyes Morel.

MIR III MFC.

CS. Sárdoma.

DSM V

- Nueva conceptualización de los trastornos somatomorfos, en el DSM V pasan a llamarse trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

DSM-IV Trastornos Somatomorfos	DSM-V Trastorno de Síntomas somáticos y trastornos relacionados.
Trastorno de somatización	Trastorno de Síntomas somáticos
Hipocondría	Trastorno de ansiedad por enfermedad
Trastorno de conversión	Trastorno de conversión
Trastorno dismórfico corporal	Factres psicológicos que influyen en otras afectaciones médicas.
Trastorno por dolor	Trastorno facticio.
Trastorno somotomorfo indifenciado.	Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados
	Trastorno de síntomas <i>somáticos</i> y trastornos relacionados no especificados

Trastorno por somatización DSM IV.

- Es un síndrome compuesto por síntomas físicos que causan malestar y angustia, que no se puedan explicar o atribuir a una causa orgánica después de un estudio apropiado.

Trastorno de síntomas somáticos DSM V.

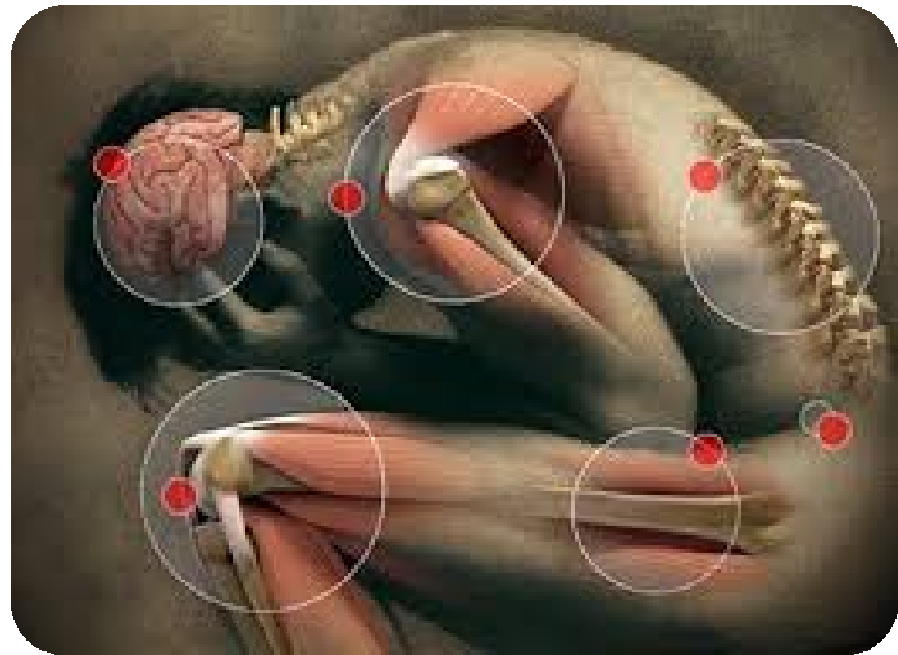
- Se caracteriza por síntomas físicos persistentes (> 6 meses) muy angustiantes y que ocasionan problemas relevantes en el funcionamiento general del individuo, así como preocupaciones, sentimientos o conductas desproporcionadas relacionadas con estos síntomas.

¿A que se da importancia?

- Síntomas positivos:
 - Los síntomas somáticos angustiosos más los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas.
- Resta importancia a la ausencia de una explicación médica.
- No es apropiado diagnosticar a una persona un trastorno mental solo por el hecho de que no se pueda demostrar una causa médica.

Criterios diagn3sticos

- a) Uno o m1s sntomas som1ticos que causen malestar o den lugar a problemas significativos en la vida diaria.



Criterios diagnósticos

- b) Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a preocupación por la salud, por una de las características siguientes:
1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

Criterios diagnósticos

- c) Aunque un síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general mas de 6 meses)

Especificar si:

Con predominio de dolor.

Especificar si:

Persistente: curso persistente se caracteriza por presencia de síntomas intensos, alteración importante, > 6 meses.

Criterios diagnósticos

- Especificar la gravedad actual:

- Leve .
- Moderado .
- Grave.

Criterio B

b) Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a preocupación por la salud, por una de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

Características Diagnósticas

- Múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria.
 - En ocasiones solo un síntoma grave : dolor.
- Síntomas:
 - Específicos como el dolor.
 - Inespecíficos como la fatiga.
 - Sensaciones corporales normales
 - Malestar que generalmente no significa enfermedad grave.
- Síntomas sin explicación médica evidente no son suficientes para el Dx.

Síntomas CIE -10

- Síntomas generales: astenia, cansancio.
- Musculosqueléticos: cervicalgias, dolores generalizados.
- Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, «gases», diarrea, estreñimiento.

Síntomas CIE -10

- Cardiorrespiratorios: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.
- Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión o de la marcha.
- Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia.

Características Diagnósticas

- El paciente:
 - Mucha preocupación por la enfermedad.
 - Evalúan indebidamente sus síntomas corporales y los consideran:
 - Amenazadores.
 - Perjudiciales o molestos.
 - Piensan lo peor sobre su salud.
 - No suelen responder a las intervenciones médicas y las nuevas intervenciones pueden exacerbar los síntomas.
 - Muchos suelen ser sensibles a los efectos secundarios de los fármacos.

Características Diagnósticas

- Recursos Médicos:
 - Alto grado de utilización médica.
 - Poco alivio al paciente de sus preocupaciones.
 - Múltiples derivaciones a otros especialistas para valoración de los mismos síntomas.

Diagnóstico diferencial

	Síntomas	Trastorno por SS.
Trastorno de pánico	Episodios agudos	Persistentes
Ansiedad generalizada.	Síntomas somáticos o miedo a la enfermedad no suele ser el foco principal	Suele ser foco principal.
Trastorno depresivo	Bajo estado de animo y anhedonia.	
Ansiedad por enfermedad	Preocupaciones de salud pero sin S.S. o mínimos.	
T. De Conversión	Perdida de la función	La atención se centra en la angustia que causan los síntomas

Prevalencia:

- En la población adulta general: puede estar entre el 5 - 7 %.
- Las mujeres tienden a referir más síntomas somáticos que los hombres y probablemente la prevalencia a consecuencia de esto es mayor en las mujeres.

Desarrollo y curso.

- En las personas mayores son frecuentes: la presencia se síntomas somáticos y las enfermedades médicas concurrentes por lo que es crucial para el diagnóstico centrarse en los síntomas positivos.
 - Infradiagnosticado en adultos mayores.
- En los niños:
 - Dolor abdominal recurrente.
 - Cefalea.
 - Fatiga
 - Náuseas

Factores de riesgo y pronóstico.

- **Temperamentales:**
 - Personalidad afectiva negativa. Factor de riesgo independiente.
 - La comorbilidad con la ansiedad y la depresión es frecuente y puede agravar los síntomas.
- **Ambientales:**
 - Baja escolarización
 - Bajo nivel socioeconómico.
 - Eventos estresantes.
 - Desempleo.
- Suele presentar una evolución crónica y fluctuante.
- Raramente remisión completa.

Relación médico paciente.

- En cuanto a los médicos. Nos generan irritabilidad, sentimientos de frustración.
- Los pacientes exigen que reconozcamos la presencia de sus síntomas y su sufrimiento.

Lo que hacemos



Manejo en atención primaria.

- Es de vital importancia evitar la iatrogenia.
- El enfoque diagnóstico y terapéutico se centrará en la necesidad del paciente y los aspectos psicosociales.
 - Debemos ser conscientes de que el sufrimiento y la preocupación son genuinas, y debemos reconocerlo empáticamente. Evitando el rechazo.

Manejo

- Debemos procurar que la atención sea estructurada.
 - Planificar las citas.
- Evitar la frecuentación exagerada y caótica.
- Debe haber un médico responsable reconocido por ambas partes. Que debe establecer una alianza fuerte para así evitar cambios frecuentes de médico de referencia.

Manejo

- Ser cautelosos en las derivaciones a especialistas hospitalarios.
- Evitar, o ser prudentes con pruebas diagnósticas que no estén justificadas.
 - Resultados (-) No tranquilizan.

Manejo

- Evitar tratamiento innecesarios.
- Informar de forma clara y asertiva.

SI



NO

Intervenciones psicológicas.

- Terapia de orientación cognitivo-conductual.
 - Tener en cuenta que en los ensayos clínicos solo se incluyen los pacientes dispuestos a recibir tratamiento psicológico.
 - En la practica clínica cotidiana los pacientes están poco dispuestos.

[Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 1;11:CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.](#)

Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults.

van Dessel N¹, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H.

Reatribución

- Es una forma específica de terapia cognitivo –conductual.
- Objetivo: favorecer que el paciente cambie su interpretación de que los síntomas somáticos que presenta son manifestaciones de una enfermedad orgánica a un nueva atribución a causas fisiológicas o psicosociales.

David Goldberg.

TABLA 1. Esquema general del modelo de reatribución de Goldberg²⁹

Sentirse comprendido
Realizar una anamnesis del motivo de consulta, con preguntas abiertas ("Cuénteme más sobre esto...", "dice que está agotado, intente explicarme más cómo se siente...")
Atención a las señales emocionales y al lenguaje no verbal en el paciente ("Parece triste y decaído, ¿es así cómo se siente?")
Explorar los antecedentes psicosociales
Explorar las creencias de salud del paciente
Examen físico breve y centrado en las quejas del paciente ("Por lo que me cuenta no parece que haya nada grave en su corazón, pero como veo que le preocupa le auscultaré y le pediré un ECG...")
Cambio de agenda, o según otros autores ampliación de la agenda
Resultados del examen y/o de las pruebas complementarias. Reconocer la realidad del dolor o de otros síntomas ("Veo que está muy preocupado por su dolor. Para su tranquilidad, puedo asegurarle que no hay indicios de una enfermedad física seria")
Reformular la queja: resumir todos los síntomas (físicos y psicológicos)
Explorar la posibilidad de enlazarlos a acontecimientos de la vida y/o factores psicosociales ("Quizá podríamos buscar otras explicaciones para su dolor")
Hacer el enlace
"¿Podrían los síntomas haber ocurrido en otro momento independientemente del estado de malestar psicológico actual? ¿De la misma manera?"
Los síntomas autonómicos como respuesta del organismo al estrés ("Cuando estamos estresados o nerviosos nuestro organismo puede reaccionar con síntomas físicos")
Cómo la tensión muscular causa dolor físico
Cómo los síntomas pueden relacionarse con acontecimientos de la vida
Cómo la depresión puede disminuir el umbral del dolor ("Cuando uno está deprimido es más sensible a los síntomas físicos, por ejemplo, al dolor")
Cómo los síntomas pueden hacer que uno esté más deprimido ("el círculo vicioso")
Vinculación en el "aquí y ahora" ("Es frecuente que estos síntomas aparezcan en personas deprimidas o estresadas, ¿es posible que algo de esto le este ocurriendo a usted?")

Tratamiento farmacológico.

- Ocupa un lugar secundario.
- Son más eficaces los tricíclicos que los ISRS.
 - Amitriptilina mas utilizado.
 - Nortriptilina mejor tolerado.
- Hierba de San Juan puede ser eficaz.
- Evitar opioides y medicaciones potencialmente adictivas.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Pichot P. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Aragón E. Terapéutica en APS Estrategias no farmacológicas para el tratamiento de las somatizaciones. FMC. 2015;22(6):332-8
- Pascual PP. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. AMF 2015;11(5):281–6.
- Trastornos Somatomorfos - trastornos-somatomorfos.pdf [Internet]. [cited 2015 Sep 23]. Available from: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2011-2012/trastornos-somatomorfos.pdf>

GRACIAS...

