

## C

## apítulo 21

## Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (II). Otros trastornos de ansiedad

C. Gastó Ferrer

### INTRODUCCIÓN

Este capítulo se centra en las formas clínicas asociadas a factores ambientales estresantes así como a determinados cuadros psicopatológicos donde los síntomas somáticos son prominentes. Tres conceptos básicos subyacen en las teorías y descripciones sobre estas patologías; los conceptos de *reacción*, los de *adaptación* y los de *somatización*. Los tres han variado considerablemente a lo largo de la historia de la psicopatología tanto en su poder explicativo como en la frecuencia de su utilización. Los tres, no obstante, se encuentran en los actuales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales (CIE-10, DSM-IV) asociados a diversas formas clínicas. Básicamente estas formas clínicas se limitan a la reacción aguda, al estrés, al trastorno por estrés postraumático y a la somatización crónica. Del panorama diagnóstico han desaparecido muchas figuras clínicas (p. ej. las psicosis traumáticas) que permitían, a los psicopatólogos clásicos, articular los factores ambientales, las vivencias emergentes y ciertos modelos psicogenéticos. De igual manera, los síntomas clásicos de la *histeria* han dado paso a una categoría bastante difusa bajo el término de somatización.

### EVOLUCIÓN DE LOS CONCEPTOS DE REACCIÓN, ADAPTACIÓN Y SOMATIZACIÓN

El concepto de reacción entronca con las teorías psicogenéticas de las enfermedades mentales siste-

máticamente elaboradas a finales del siglo pasado (1,11,13). La reacción mental patológica a determinados acontecimientos, bien fueran referidos, constantes o imaginados, se convirtió en el eslabón etiopatogénico primordial del psicoanálisis (11,17). En la actualidad, el concepto de reacción perdura en las hipótesis sociológicas de las enfermedades mentales que suelen atribuir un rango causativo a las experiencias biográficas y al entorno social de los pacientes psiquiátricos. En la reacción subyace una idea de movimiento rápido de alguno de los elementos del aparato mental vulnerable a ciertas experiencias. La reacción, en sí misma, difícilmente es observada por el especialista y casi siempre se refiere retrospectivamente por el paciente, con excepción de la valoración *in situ* (o las pocas horas) del estado mental de sujetos expuestos a situaciones catastróficas.

En sus orígenes clínicos (Tabla I), el término intentaba precisar los factores orgánicos (endógenos o exógenos) precipitantes de estados mentales anormales con síntomas clínicos estereotipados (1,4). En efecto, esta concepción, fue defendida por Lasague, Magnan y Regis, en Francia y por Wernicke, Kraepelin y Bohoeffer en Alemania (4). En este sentido el modelo clínico de reacción fue el delirium o estado de alucinosis. Alfred Hoche, influenciado por las teorías funcionalistas de Jackson, elaboró el concepto de *formas anormales de reacción* aplicándolo a casi la totalidad (junto con los síntomas preformados) de patologías mentales (4). Posteriormente, dos de los autores más relevantes en la elaboración de hipótesis en función del término reacción fueron Meyer y

**Tabla I**  
**Conceptos de reacción en psiquiatría**

Conceptos abandonados	Conceptos clásicos	Variantes abortivas	Conceptos sobrevivientes
Abreacción	Estrés	Ergasia	Acontecimiento
Endorreactivo	Trauma psíquico		Estrés traumático
Degeneración			Vulnerabilidad
Reacción			
Desviación			

Hey. El primero elabora su concepción psicobiológica de la enfermedad mental alrededor de la idea de *ergasia* proponiendo que toda conducta es un vector de múltiples fuerzas que actúan sobre el individuo. Elimina los conceptos de trastorno y de enfermedad mental sustituyéndolos por el de *tipo de reacción* (1,13). La Tabla II plasma los términos iniciales, perdidos y supervivientes en esta época. Por su parte Hey (11) concibió un modelo *órgano-dinámico* donde la enfermedad mental representa un determinado estado de disolución de la arquitectura mental (modelo arquitectónico de la organización y desorganización de las funciones psíquicas superiores) donde la reacción juega, podríamos decir, un papel de *simple taco de billar*. Para Hey la reacción es siempre psico-orgánica y el resultado queda determinado por la capacidad organizativa del aparato mental del sujeto, independientemente de que la causa sea orgánica, tóxica o psicológica.

La incorporación de los términos *estrés* y acontecimientos de vida (*Life Events*) al vocabulario psicopatológico permitió elaborar teorías relativamente complejas cargadas de elementos estadísticos en base al estudio de poblaciones no siempre bien definidas clínicamente. El difuso concepto de *estrés* (sobre todo extraído del laboratorio) representó un eslabón argumental perfecto para explicar las complejas relaciones individuo-ambiente desde postulados psico-sociológicos. Han sido muy numerosas las figuras clínicas emergentes en función de los conceptos de reacción y estrés (Tabla I). La mayoría de ellas han perdido todo su carácter diagnóstico o bien están subsumidas en cuadros oficialmente reconocidos (p. ej. la depresión reactiva). Otras figuras (p. ej. trastorno de estrés post-traumático) han surgido poderosamente como resultado de la valoración de poblaciones expuestas a condiciones inusuales (p. ej. catástrofes, campos de concentración, tortura, etc.) y que, en épocas pasadas, el estado mental asociado no se consideró perteneciente a ninguna *especie clínica conocida*. La Tabla III recoge las figuras actuales asociadas al término reacción. Por su parte, la somatización es un concepto nuevo que intenta re-

coger todos los estados psicopatológicos con predominio de quejas físicas sin causa orgánica evidenciables. De hecho es un sustituto del término clásico de histeria de conversión ampliado a formas clínicas de origen muy diverso (p. ej. hipocondría). La terminología adscrita al círculo de la somatización es muy amplia. Entre otros términos están el *síndrome de Briquet, la conducta anormal relacionada con las enfermedades, los síntomas médicos inexplicables, los síntomas funcionales y el antiguo y reprobatorio de pitiatismo* (15,23).

**Tabla II**  
**Conceptos asociados al término reacción en psicopatología**

Término	Autor	Año
Delirio agudo febril	Georget	1820
Confusión alucinatoria aguda	Meynert	1868
Confusión mental primitiva	Chaslin	1895
Reacción exógena	Kraepelin	
Delirio onírico	Magnan	1874
Delirio confuso-onírico	Regis	1906
Reacción exógena aguda	Bonhoeffer	1907
Bouffes delirantes	Magnan	1886
Paranoias agudas	Westphal	1878
Esquizofrenias (reactivas)	Bleuler	1926-37
Estados crepusculares episódicos	Kleist	1921
	Wimmer	1916
Psicosis psicogénicas	Birhbaum	1918-23
	Lange	1923
Psicosis oniroides	Meyer-Gross	1924
Psicosis esquizofreniformes	Langfeld	1939
Esquizofrenia pseudoneurótica	Hoch y Polatin	1949
Pánico homosexual	Kempf	1920
Estupor benigno	Hoch	1921
Histeria crepuscular	Bleuler	1924
Estado reactivo del adolescente	Keiser	1944
Psicosis aguda por fatiga	Adland	1947
Torbellino del adolescente	Vaillant	1962
Reacción vivencial anormal	Schneider	1944
Reacciones emocionales menores	Goldberg & Huxley	1980
Disforias por decepción	Klein	1972
Duelo patológico	Clayton et al.	1968
Depresión situacional	Spitzer et al.	1977

**Tabla III**  
**Conceptos de reacción psicopatológica**  
**en los sistemas de clasificación**

Sistema	Año	Términos
CIE-8	1967	Alteraciones situacionales transitorias Fatiga de combate Reacción de estrés grave y masiva Reacciones adaptativas
CIE-9	1975	Reacción aguda al estrés Trastorno predominante emocional Trastorno predominante de conciencia Trastorno predominante psicomotor Estados mixtos Otros
DSM-III	1980	Trastornos por estrés post-traumático (PTSD)
CIE-10	1993	Reacción aguda de estrés Trastorno por estrés post-traumático Cambio de personalidad después de experiencias catastróficas

## FORMAS CLÍNICAS

### REACCIÓN AGUDA AL ESTRÉS

Este estado se define (CIE-10) como un trastorno transitorio y grave que desarrolla un individuo, sin ningún trastorno mental evidente, ante una situación de estrés mental y/o físico *excepcional*. Dicho trastorno dura de unas horas a algunos días. Las características del estresor deben poner en riesgo la integridad física o la seguridad de la persona o de los seres queridos (p. ej. catástrofes naturales o provocadas, accidentes, asalto criminal, violación, etc.). Otro criterio del estresor es que por su inusual presentación induzca un cambio dramático en la posición social o en los recursos de la persona (p. ej. múltiples fallecimientos, accidentes domésticos graves, etc.) (10,21,24,25).

Existen ciertas diferencias entre los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV en la categorización de estos trastornos. En primer lugar la CIE-10 utiliza el término de *reacción*, en su sentido clásico, mientras que el sistema americano el de *trastorno*, clínicamente inespecífico aunque técnicamente (p. ej. administrativo) y socialmente más útil. En segundo lugar ambos sistemas difieren en las características de los síntomas mentales emergentes y en el tiempo transcurrido. Ello es debido, en gran medida, a la variabilidad de síntomas mentales y físicos que un sujeto puede experimentar frente a una situación de estrés. Básicamente, desde un punto de vista clínico estos síntomas los podemos agrupar en afectivo-cognitivos y somáticos. Los primeros aluden a variacio-

nes en el nivel de vigilancia (p. ej. desorientación de atención) y *disforia* (irritabilidad, tristeza y ansiedad). Los segundos están comúnmente relacionados con la ansiedad fluctuante (taquicardia, sudación, sofocación, etc.) y en general suelen ser de corta duración. La presencia o ausencia de síntomas disociativos en la *reacción aguda al estrés* ha sido motivo de reciente discusión (24). Los estudios prospectivos de víctimas de situaciones traumáticas no han demostrado que la presencia de estos síntomas sea predictiva de evolución posterior. Por otra parte el concepto de *disociación* se aplica de forma distinta en Estados Unidos y Europa. Finalmente, tales síntomas pueden confundirse, con relativa frecuencia, con los de desrealización, frecuentes en un 45% de casos de víctimas de situaciones traumáticas, en las primeras horas después del acontecimiento. Merece la pena destacar siquiera brevemente las diferencias entre ambos fenómenos (26). Mientras que la disociación implica necesariamente detectar en el paciente respuestas paradójicas (p. ej. aparente pérdida de conciencia, amnesia masiva, etc.), en la desrealización predominan los síntomas de perplejidad y angustia. Por último es importante señalar el valor del juicio del observador en el diagnóstico. El estresor debe ser valorado por el clínico como altamente amenazante para la vida o situación social, con la finalidad de diferenciar reacciones psicológicas agudas a situaciones usuales de la vida.

### TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Básicamente se caracteriza por 1. una respuesta psicofísica a situaciones o a un acontecimiento excepcional de naturaleza catastrófica y 2. ciertos factores predisponentes como rasgos de personalidad o historia previa de alteraciones *neuróticas* (CIE-10). Se considera que estos rasgos disminuyen el umbral de resistencia o bien agravan las consecuencias del impacto del estresor (6). En el DSM-IV se incluye además la gravedad de la experiencia subjetiva (p. ej. pánico, terror, etc.) como respuesta inmediata al estresor. Un aspecto difícil de resolver es la valoración diferencial de los síntomas neuropsicológicos asociados (p. ej. amnesia psicogénica vs amnesia orgánica). Las características clínicas de esta patología serían las siguientes:

- Episodios de rememoración del trauma (p. ej. memorias intrusivas o “Flashbacks”).
- Evitación de circunstancias que el sujeto asocia a la situación traumática.
- Incapacidad para recordar algunos aspectos importantes de la situación dramática.
- Síntomas persistentes de tensión emocional tales como hipervigilancia, hiperreactividad a estímulos usuales e ideación suicida.

Una variante importante de este trastorno descrita recientemente es el *cambio duradero de la perso-*

nalidad después de una experiencia catastrófica (21). En efecto, en situaciones de estrés extremo se considera que la vulnerabilidad de la persona juega un papel muy escaso en el resultado psicopatológico final (p. ej. campos de concentración, torturas, desastres naturales o provocados, raptos, etc.). Se considera que las consecuencias mentales de estas situaciones son, de hecho, irreversibles. Los síntomas prevalentes en estos casos son de fatiga, nerviosismo, irritabilidad, dificultades de concentración, alteraciones del sueño, labilidad vegetativa, vértigo, sentimientos de insuficiencia, aislamiento social e ideación paranoide (21).

### TRASTORNOS ADAPTATIVOS

La diferencia ostensible entre esta patología y las anteriores radica en la gravedad identificable por el observador de la naturaleza del estrés psicosocial. En este caso el estresor no debe catalogarse de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico. Igualmente el diagnóstico se limita temporalmente a treinta días desde la presencia del estresor. La CIE-10 reconoce siete subformas de *trastorno adaptativo* (reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada, reacción mixta ansioso-depresiva, con predominio de otras emociones, con alteraciones disociales, con alteraciones mixtas disociales-emocionales y otras) (9). El concepto de *trastorno adaptativo* ha sido duramente criticado por su escasa estabilidad temporal (9). Sin embargo, al margen de las figuras clínicas oficiales, merecen destacarse determinados cuadros por su valor conceptual, nosológico y terapéutico, tales como la depresión reactiva y la desmoralización.

### DEPRESIÓN REACTIVA Y SITUACIONAL

Estas formas de patología del humor sugieren una pérdida de la capacidad de adaptación a una situación de la vida asociada a cambios que significan pérdidas. En el cuadro clínico predominan tanto series de síntomas depresivos como ansiosos. En general, los situaciones de abandono (p. ej. divorcio, separación, etc.), cambio de *status* profesional y duelo suelen anteceder a estos estados. Klein (18) sugirió el término *disforias por decepción*, acertadamente, al predominar los sentimientos de decepción sobre los depresivos. Otros términos utilizados para definir estos estados de humor depresivo (no endógeno) son las *depresiones precipitadas*, y las *depresiones situacionales*. En estas formas el observador considera la existencia de una relación causal entre un determinado estresor ambiental y el inicio del estado depresivo que, en general, suele ser poco grave y con ausencia de síntomas endógenos (19). El término *trastorno adaptativo* (CIE-10, DSM-IV) parece ser el más apropiado para definir estos estados que el de depresión.

En efecto, los estudios biológicos (p. ej. el Test de supresión con Dexametasona) han detectado una baja tasa de anomalías biológicas en cuadros clínicos depresivos valorados como reactivos (5-8).

### DESMORALIZACIÓN

Diversos autores han conceptualizado este estado como una disforia (crónica) secundaria a trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas incapacitantes o estrés persistente. Parcialmente, correspondería a la *depresión existencial* de Haefner, pero sin los elementos endógenos supuestos por este autor. En general el estado de desmoralización persistente sobreviene a personas predisuestas, por su estructura de personalidad a desarrollar estados de abatimiento o desilusión fluctuantes en función de los sucesos acontecidos. En sentido estricto no se trata de una depresión aunque eventualmente los pacientes puedan cumplir criterios de *distimia* o de *depresión mayor*.

### TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Los antecedentes de estos trastornos se encuentran en la figura clínica descrita por Briquet (1859) como *histeria polisintomática* (Tabla IV). Para Briquet el perfil habitual de sus pacientes histéricos no correspondía exactamente al descrito por Charcot. Merece destacarse esta primera descripción. El cuadro clínico polisintomático se caracterizaba por: 1. inicio insidioso con pérdida de apetito y de peso, 2. síntomas de dolor persistente especialmente en cabeza y epigastrio, 3. dolor errático que fluctuaba de estómago a abdomen y zona genital al lado contralateral ocasionando *espasmos* y *ataques dramáticos*, 4. vómitos violentos, 5. cambios de humor, 6. letargia, 7. debilidad muscular y 8. una duración mínima de dos a tres años (14,16). Esta *histeria polisintomática*, en la actualidad se desglosa en las siguientes figuras: trastorno somatoforme, dolor somatoforme (DSM-IV), trastorno múltiple de somatización, dolor psicogénico y disfunción autonómica psicogénica (CIE-10). En la abundante literatura sobre este tema, el concepto clásico de *histeria* virtualmente ha desaparecido. Desde un punto de vista estrictamente clínico los pacientes afectos de somatización crónica cumplen las siguientes características:

- Síntomas somáticos graves y discapacitantes.
- Ausencia de daño tisular objetivable y ausencia de anomalías en pruebas biológicas similares a las halladas en cuadros orgánicos conocidos.
- Asociación con series de síntomas emocionales y cognoscitivos considerados tradicionales en psicopatología (p. ej. disforia, ansiedad, irritabilidad, tristeza, etc.).
- Problemas de índole social y/o psicopatológicos subyacentes.

**Tabla IV**  
**Figuras clásicas y actuales de la historia**

<b>Figuras clásicas</b>	<b>Figuras actuales</b>
Histeria parálitica de Reynolds (1869)	Trastorno psicogénico de los movimientos voluntarios (CIE-10)
Gran ataque de Charcot-Richet (1879)	Trastorno conversivo (DSM-III)
Histeria de conversión de Freud (1896)	Convulsiones psicogénicas (CIE-10) Anestesia y pérdida sensorial psicogénica (CIE-10)
Amnesia periódica de Azam (1877)	Trastornos disociativos de la memoria e identidad (CIE-10)
Histeria disociada de Binet-Janet (1890)	Trastornos disociativos (DSM-III)
Histeria polisintomática de Briquet (1859)	Trastorno somatoforme (DSM-III) Dolor somatoforme (DSM-III) Trastorno múltiple de somatización (CIE-10) Dolor psicogénico (CIE-10) Disfunción autonómica psicogénica (CIE-10)

La prevalencia de este estado es del orden del 0,38 al 0,44%. Recientemente Lobo y cols (20) han estimado la prevalencia de la somatización, en España, del orden del 9,4%, a nivel de Atención Primaria. Algunos autores emplean como sinónimo de *somatización crónica el síndrome de Briquet*. Otros autores, en cambio prefieren no hacer alusión alguna a sinónimos que recuerden la histeria (p. ej. prefieren el de *síntomas médicos inexplicables*) (2).

## HIPOCONDRIA

La *hipocondría* es un amplio y heterogéneo síndrome caracterizado por la presencia de a) ideación persistente sobre la salud y la enfermedad que puede llegar a adquirir una forma obsesivoide o delirante, b) molestias somáticas localizadas o difusas y c) disforia asociada. Tradicionalmente, a los sujetos hipocondríacos se les adscribía al terreno de las neurosis, sin embargo, a partir de diversos estudios observacionales se ha cuestionado esta inclusión (14-16). En efecto, la mayoría de pacientes hipocondríacos padecen alteraciones mentales específicas bien de raíz ansiosa (crisis de angustia), afectiva (depresión endógena), obsesiva primaria (TOC) delirante (esquizofrenia y paranoia) y caracterial (histeria).

En algunos enfermos no se encuentran antecedentes de ninguna entidad específica y sus síntomas se van elaborando insidiosamente a lo largo del tiempo. Este grupo residual es igualmente heterogéneo y a él se adscriben sujetos con dolor crónico benigno, los neuróticos rentistas y paranoicos querulantes, los cuadros postcontusionales, los trastornos ficticios, etc. (16). Un reducido número de sujetos, por regla general varones, padece *hipocondría polisintomática crónica*, de características relativamente similares al *síndrome de Briquet* en la mujer (14). El cuadro

clínico de este trastorno se ha conceptualizado según las características sindrómicas compuestas por síntomas somáticos funcionales, pánico a la enfermedad y preocupación por el cuerpo y búsqueda de atención médica. El segundo aspecto, según diversos autores es el origen dinámico de la alteración derivada de impulsos agresivos u orales, o bien de sentimientos de culpa y auto-estima precaria. El tercer aspecto es de origen probablemente constitucional, la tendencia, de estos hipocondríacos a interpretar erróneamente las sensaciones corporales. Estos hipocondríacos manifiestan frecuentemente *disforia e irritabilidad*, más que elevados niveles de ansiedad y en este sentido se aproximarían al espectro obsesivo de trastornos mentales. En efecto, el patrón reiterativo básico, en este trastorno lo constituyen dos agrupaciones de síntomas. Por un lado los síntomas cognitivos caracterizados por *ideas sobrevaloradas y aprehensión fóbica*; por otro un temple depresivo que se manifiesta en la vertiente de la *disforia-irritabilidad*. Se requieren estudios sistemáticos para ubicar adecuadamente el trastorno tanto en la vertiente etipoatogénica como terapéutica.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

### TRASTORNOS ASOCIADOS A SITUACIONES DE ESTRÉS

La característica básica de estos trastornos es su asociación temporal con uno o varios factores estresantes *mayores* (que condicionen la integridad física del sujeto o allegados, etc.) (24,25). La sintomatología clínica observada es la variable que, por sí sola, no permite el diagnóstico diferencial. Ochotorena (22), en su reciente revisión, considera adecuada la integración del trastorno por estrés post-traumático

en el síndrome de ansiedad (pánico, fobias, etc.) al compartir con éste gran parte de la sintomatología. Igualmente considera que un grupo de pacientes pueden cumplir criterios de *trastorno disociativo*. De hecho, si ignoramos la existencia del estresor, el cuadro clínico de estos pacientes corresponde a diversos cuadros tipificados en el DSM-IV tales como los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y el abuso de sustancias, así como alteraciones psicopatológicas incluidas comúnmente en el eje II (personalidad límite, histriónica y asocial). No debe extrañar, por tanto, que cuando se han comparado a estos pacientes con controles, se detecte una comorbilidad extremadamente alta y sea frecuente el co-diagnóstico (o diagnóstico dual). El co-diagnóstico más frecuente (20-80% de casos) es el de abuso de alcohol y otras sustancias, seguido del de distimia y trastornos afectivos mayores (especialmente el de depresión mayor). Otros diagnósticos variables, según los estudios y las muestras son los de personalidad antisocial, trastorno de pánico y fobia (10).

Los cuadros clínicos asociados a situaciones traumáticas pueden adquirir un importante grado de gravedad así como mostrar síntomas similares a los de las psicosis clásicas. En la Figura 1 hemos intentado plasmar las formas clínicas que pueden adoptar estos estados al margen de los términos tipificados en las clasificaciones oficiales. Es importante resaltar la diferencia entre síntomas deliroides (bouffes delirante y reacciones paranoides) de los síntomas no-deliroides (con o sin síntomas somáticos asociados). Consideramos que

esta diferenciación puede tener valor a la hora de diseñar un tratamiento en estos casos. Finalmente, la Figura 2 refleja el diagnóstico diferencial de las reacciones psicopatológicas asociadas a situaciones estresantes en las que el estresor no puede considerarse como inusual o *catastrófico* (CIE-10). Hemos incluido en este árbol las reacciones disfóricas a situaciones orgánicas (post-partum, tóxicas, post-accidente vascular y demencia) que merecerían un capítulo aparte.

### TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN E HIPOCONDRIA

El diagnóstico definitivo del síndrome de Briquet (trastorno crónico de somatización) fue establecido por Perley y Guze según un criterio muy restrictivo y fiable (27). A nivel ambulatorio, no obstante, rara vez se encuentra un paciente que cumpla estas características. La mayoría de los pacientes con somatizaciones manifiestan síntomas sugerentes de alguna enfermedad o síndrome conocido. Desde un punto de vista clínico hemos de resaltar en el diagnóstico diferencial de estos pacientes, las siguientes variables: a) el patrón temporal de la agrupación sintomática, c) la personalidad, d) el grado de respuesta farmacológica (particularmente a los antidepresivos) y e) la repercusión del cuadro a nivel personal y social (14,16). Debido a que el elemento básico del trastorno por somatización son los síntomas somáticos inexplicables, desde un punto

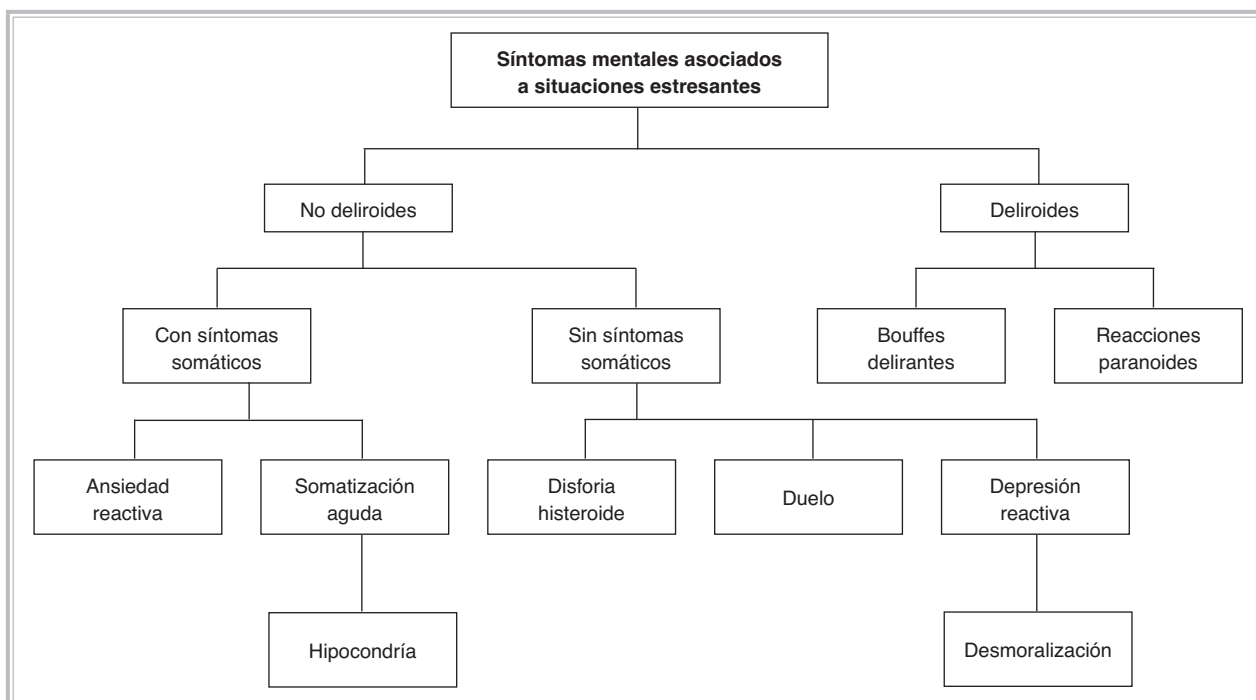
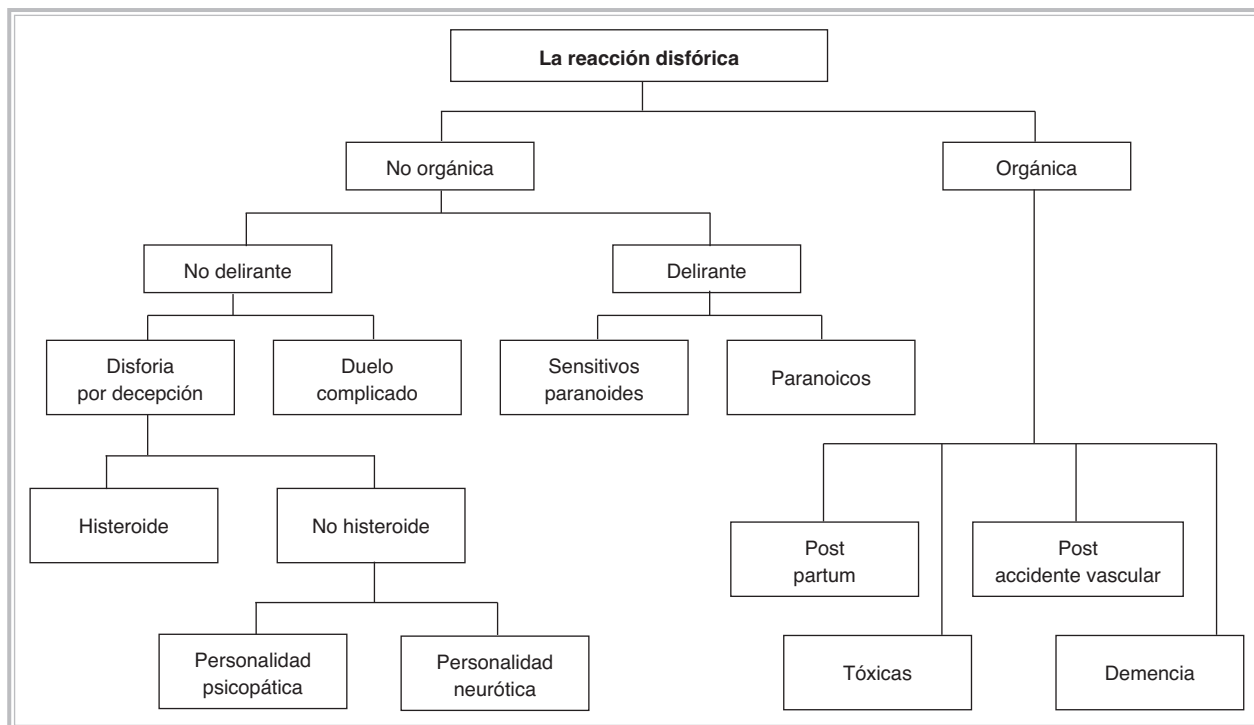


Figura 1



**Figura 2**

Tomado de C. Gastó. *Formas de Reacción Psicopatológica*. En: J. Vallejo Ruiloba & C. Gastó, *Trastornos Afektivos: Ansiedad y Depresión*, Salvat, 1990.

de vista fisiopatológico, diversos investigadores han desarrollado escalas para capturar a los pacientes *somatizadores puros* frente a otros pacientes psiquiátricos con síntomas somáticos asociados (p. ej. ansiosos, depresivos, etc.). La mayoría de los estudios se han realizado mediante entrevistas estructuradas que algunos autores consideran una técnica de fiabilidad dudosa (2). De hecho, la agrupación sintomática siempre es crónica con fluctuaciones de intensidad y de localización. La certeza diagnóstica se obtiene tan sólo en los casos crónicos de años de evolución. Con todo, estos pacientes pueden sufrir enfermedades somáticas comunes y objetivables que compliquen el diagnóstico diferencial. Respecto a la personalidad, tradicionalmente se ha considerado a los pacientes como simuladores histriónicos, dependientes, egocéntricos, etc. según el prototipo clásico de histeria. De hecho, el histriónismo como han observado García-Campayo y cols (12) no es prevalente entre los pacientes con trastornos por somatización, predominando entre ellos los síntomas depresivo-ansiosos. No obstante, frente a una sintomatología tan abigarrada, en ocasiones la respuesta farmacológica, previa o actual, puede orientar el diagnóstico en ausencia de otros elementos fiables. Los pacientes somatizadores primarios no suelen responder a tratamientos farmacológicos aunque no existen estudios comparativos con pacientes depresivos que sustenten esta afirmación. Por otra par-

te, se considera a los somatizadores grupo de riesgo de consumo crónico de tranquilizantes. En estos pacientes, sus antecedentes de tratamientos farmacológicos son muy llamativos y no resultan infrecuentes los intentos infructuosos de diversos especialistas con extrañas combinaciones de fármacos. En efecto, las complicaciones más frecuentes en el trastorno por somatización son: a) las intervenciones quirúrgicas *exploratorias*, b) el abuso de psicofármacos, c) problemas maritales y familiares y d) intentos de suicidio asociados a situaciones de estrés.

Respecto a la *hipocondría*, la Tabla V refleja el diagnóstico diferencial con el trastorno por somatización. Recientemente se han incluido en el grupo de las somatizaciones cuadros clínicos diversos tales como los síndromes de fatiga crónica, el dolor crónico benigno (osteoarticular y abdominal), síndromes funcionales cardio-respiratorios, dermatológicos y ginecológicos que dependiendo de escuelas y autores se segregan o incluyen en el difuso concepto de somatización (3).

## RESUMEN

Los trastornos secundarios a situaciones estresantes y las somatizaciones representan un grupo de patología psiquiátrica particularmente complicado, tanto en la valoración clínica como en el diseño de

**Tabla V**  
**Diferencias clínicas**  
**entre la somatización e hipocondría**

Somatización	Hipocondría
Síntomas físicos múltiples	Preocupación o temor por sufrir una enfermedad incurable
Mínimo 13 síntomas	Número de síntomas inespecífico
Síntomas no debidos a mecanismos patofisiológicos	Síntomas derivados de sensaciones normales o molestias menores
Inicio <30 años	Inicio a cualquier edad
Sexo femenino	No diferencias
Asociado a personalidad asocial y dificultades personales	Asociado a rasgos obsesivos de personalidad
Asociación familiar	No asociado familiar

criterios de diagnóstico. El solapamiento de estos cuadros clínicos con los trastornos afectivos y ansio-

sos representa el aspecto más controvertido y polémico. Menos problemático es el diagnóstico diferencial con los trastornos psicóticos clásicos (esquizofrenia y paranoia). La morbilidad de esta patología es elevada en la actualidad condicionada por diversos factores socioculturales y sanitarios. Gran parte de los conceptos antiguos en los que el término *reacción* era el eslabón patogénico se han abandonado en función de otros nuevos supuestamente más operativos (p. ej. *Life Events*, estrés, vulnerabilidad, etc.). Los estudios controlados recientes demuestran que esta heterogénea patología ostenta un elevado grado de comorbilidad y de co-diagnósticos. En consecuencia, podemos aceptar que determinadas formas anormales de reacción a situaciones estresantes pueden representar manifestaciones prodrómicas de trastornos pragmáticos específicos. En otros casos (p. ej. frente a situaciones catastróficas) el concepto de *reacción preformada* podría ser todavía válido.

Respecto a las somatizaciones, los estudios actuales han intentado eludir, en todo momento, referencias explícitas a la histeria clásica. Desde un punto de vista clínico, sin embargo, las semejanzas aparentes son más importantes que las diferencias.

## Bibliografía

- Ballús C, Vallejo J, Gastó C. Endogeneidad en las Neurosis. Nuevas Perspectivas en Psiquiatría Biológica. Editores: S Cervera y E Martínez-Vila. Eurograf, Pamplona 1995; 227-243.
- Bass CH, Murphy MR. Somatization Disorder: Critique of the Concept and Suggestions for future Research. En: C Bass (ed) Somatization: Physical Symptoms & Psychological Illness. Blackwell Scientific Publications Oxford 1990; 302-332.
- Berner P, Musalek M, Walter H. Psychopathological Concepts of Dysphoria. Psychopathology 1987; 20: 93-100.
- Berrios GE. The History of Mental Symptoms Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge University Press, 1996.
- Borstein P, Clayton P, Halikas J et al. The depression of widowhood after thirteen months. Brit J Psychiatry 1973; 122: 561-566.
- Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiatry 1968; 125: 168-178.
- Clayton P, Halikas J, Maurice W. The depression of widowhood. Brit J Psychiatry 1972; 120: 71-77.
- Das M, Berrios G. Dexamethasone suppression test in acute grief reaction. Acta Psychiatr Scand 1984; 70: 278-281.
- Despland JN, Ferrero F. Clinical Relevance of Adjustment Disorder in DSM-III R and DSM-IV. Compr Psychiatry 1995; 36: 454-460.
- Eth, S, Randolph ET, Brown JA. Post-Traumatic Stress Disorder. En: JG Howells (ed) Modern Perspectives in the Psychiatry of the Neuroses. Brunner/Mazel, Publishers, New York 1989; 210-234.
- E y H. La notion de "reaction". Confrontations Psychiatriques 1974; 12: 43-61.
- García Campayo J, Campos R, Marcos M et al. Somatisation in Primary Care in Spain II, Differences between Somatisers and Psychologists. Brit J Psychiatry 1996; 168: 348-353.
- Gastó C. Formas de Reacción Psicopatológica. En: J Vallejo Ruiloba & C. Gastó Ferrer (eds). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Salvat, Barcelona 1990; 449-466.
- Gastó C, Vallejo J. Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría. Masson, Barcelona, 1992.
- Gastó C. Bases Biológicas de los Trastornos Neuróticos. Update Psiquiatría 1992; Vol 1: 69-81.
- Gastó C. Trastornos por Somatización. En: J Vallejo (ed) Árboles de Decisión en Psiquiatría. Editorial JIMS, Barcelona 1992; 62-63.
- Keiser L. The Traumatic Neurosis. Lippincott, Philadelphia, 1968.
- Klein DF. Estudios de Casos Psiquiátricos. Troquel, Buenos Aires, 1972.
- Liebowitz MR, Klein DF. Histeroid Dysphoria. Psychiat Clin North Am 1979; 2: 555-575.
- Lobo A, García-Campayo J, Campos R et al. Somatisation in Primary Care in Spain I. Estimates of Prevalence and Clinical Characteristics. Brit J Psychiatry 1996; 168: 344-353.
- Malt UF, Schnyder U, Weiszeth L. ICD-10 Mental and Behavioral Consequences of Traumatic Stress. En: FL Mak & CC Nadelson (Eds). International Review of Psychiatry. American Psychiatry Press, Washington DC 1996; 151-176.
- Ochotorena J de P. Trastorno por Estrés Postraumático. En: UE Caballo, G Buela-Casal, JA Carrobbles (eds) Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 1. Siglo Veintiuno de España Editores S.A., Madrid 1995; 443-469.
- Starobinski J. A short history of bodily sensation. Psychol med 1990; 20: 23-33.
- Weisaeth L, Eitinger L. Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European Literature. Part I. PTSD Quartely 1991 (a); 2 (2): 1-8.
- Weisaeth L, Eitinger L. Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European Literature. Part II PTSD Quartely 1991 (b); 2 (3): 1-8.
- Wilson JP. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. J Trauma Stress 1994; 7: 681-698.