

De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

From somatoform disorders to the somatic symptom and related disorders

Miguel A. Vallejo Pareja

El conocido apartado de trastornos somatomorfos del DSM-IV (APA, 2000) ha experimentado un cambio significativo en el DSM-V (APA, 2013), dicho cambio afecta tanto a aspectos básicos sobre cómo se concibe la relación entre síntomas físicos y los trastornos mentales, como a aspectos menores de clasificación. A continuación se reseñan los principales cambios.

LOS CAMBIOS

Del trastorno por somatización al trastorno de síntomas somáticos

El trastorno por somatización del DSM-IV trataba de recoger la siguiente situación: personas con una amplia y florida panoplia de síntomas físicos (4 dolorosos distribuidos, 2 gastrointestinales, 1 sexual y otro pseudoneurológico), que afectaran de forma significativa a su vida, con una persistencia medida en años y que no estuvieran médicamente explicados, ni fueran simulados. Como se ve, una descripción precisa y exigente, que en sí misma obligaba a considerar otro trastorno: trastorno somatomorfo indiferenciado donde se era algo más flexible, en las exigencias numéricas, para encuadrar al paciente.

Catedrático de Terapia Cognitivo-Conductual. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Correspondencia: Dr. D. Miguel A. Vallejo Pareja
Facultad de Psicología. UNED.
Juan del Rosal, 10
28040 Madrid
mvallejo@psi.uned.es

El DSM-V ha optado por el denominado *trastorno de síntomas somáticos* para englobar los dos trastornos comentados más arriba: el de somatización y el somatomorfo indiferenciado. Se opta por reducir la panoplia de síntomas por la ocurrencia de uno o dos y se hacen consideraciones de gravedad al valorar que dichos síntomas afecten a pensamientos, emociones y comportamientos del paciente. La persistencia debe ser superior a 6 meses, no un año, y se debe especificar si hay presencia de dolor. Téngase en cuenta que, de este modo, el anterior trastorno por dolor del DSM-IV desaparece, así integrado en este nuevo trastorno. Finalmente hay dos omisiones de gran relevancia. La primera es que no se requiere la ausencia de justificación médica, en términos de presencia de enfermedad o cuestionamiento de esta en relación con los síntomas. De modo que cualquier persona con una enfermedad conocida y tratada puede, si los síntomas presentes reúnen los requisitos, ser incluida dentro de este trastorno. La segunda se refiere a la ausencia de indicación explícita, sí presente en el trastorno de somatización del DSM-IV, de que los síntomas no se producen intencionadamente. Si bien, la inclusión de los *trastornos facticios* reclamarían este tipo de situaciones.

El nuevo trastorno denominado factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas

La etiqueta del trastorno describe bien el contenido. Se trata de recoger cómo diversos factores psicológicos pueden afectar negativamente a una determinada sintomatología somática o enfermedad médica.

Del trastorno de conversión al trastorno de conversión (trastorno neurológico funcional sintomático)

Si bien el cambio en este caso parece menor, e incluso no afecta a la categoría, debe decirse que sí ha habido una cierta *conversión*. Para el DSM-IV los factores psicológicos son determinantes puesto que están asociados a la ocurrencia de los síntomas, precediendo a su ocurrencia o exacerbación. El nuevo *trastorno de conversión* no considera que los factores psicológicos deben estar asociados al síntoma, sino que pueden estarlo o no.

Otros cambios y ajustes menores

- Desaparece la hipocondría y aparece el *trastorno de ansiedad hacia la enfermedad* que la engloba, pues la preocupación por el significado de los síntomas puede llevar a la búsqueda de cuidados médicos o a su rechazo.

- El trastorno somatomorfo no especificado del DSM-IV encaja básicamente con el nuevo denominado *otros síntomas somáticos específicos y trastornos relacionados*.

- Los trastornos facticios antes ubicados fuera de los trastornos somatomorfos, son incluidos aquí en el DSM-V, diferenciando si el fingimiento se hace sobre uno mismo o sobre otro, e incluyendo así el anterior trastorno facticio no especificado.

- Desaparición del trastorno dismórfico corporal y el trastorno por dolor, que como se ha comentado, se menciona en la categoría principal de *trastorno de síntomas somáticos*.

- Finalmente, y como vagón de cola, el DSM-V propone una categoría de *síntomas somáticos no específicos y trastornos relacionados*, donde se busca cabida a los trastornos que no caben en otro lugar.

SÍ PERO... NO. UNA VALORACIÓN DEL CAMBIO

En la principal categoría del grupo, el trastorno de síntomas somáticos, se ha pretendido romper la rigidez de la anterior clasificación del DSM-IV, permitiendo reducir el número y distribución de síntomas, frente a un criterio de gravedad en términos psicológicos, de implicación de emociones,

pensamientos y comportamientos. Además, no se exige que no haya justificación (explicación) médica de la sintomatología presente. Este aspecto me parece correcto, en el fondo y en la práctica. En el fondo porque el que haya motivos para pensar que los síntomas pueden estar justificados médicamente no supone que no puedan verse afectados por factores psicológicos. Por otro lado, el que no haya, en el momento actual, justificación médica, no quiere decir que no exista, sino que no ha sido encontrada, tómese nota del trabajo de Hendler y cols. (1996) quien encontró una justificación orgánica para el dolor en el 98 % de los pacientes remitidos con la etiqueta de dolor psicógeno. Esto, muy probablemente, generará malestar en quienes quieren tener las cosas claras: que pueda diáfamanamente decirse si un trastorno está justificado orgánicamente o no. Pero para satisfacer este deseo no puede tergiversarse la realidad. La influencia de lo mental, o psicológico, en lo orgánico es evidente y afecta a todo trastorno o ausencia de este y no es posible establecer una línea que separe lo que no es separable. Bravo por la valentía de asumirlo.

La consecuencia de aceptar que el trastorno de síntomas somáticos es un ejemplo de interacción entre los factores somáticos y mentales, por así decirlo, es sacarlo del catálogo de las enfermedades mentales, esto es del DSM-V. Esta implicación ya es asumida en este mismo grupo por el trastorno denominado factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas. Este grupo viene a recoger aquellas variables que son bien conocidas (estrés, estrategias de afrontamiento, creencias, valores, apoyo social), de carácter psicológico, que influyen en el desarrollo de las llamadas enfermedades médicas tanto negativamente como se recoge en el DSM-V como positivamente, lo que a pesar de que se trate de una clasificación psicopatológica también podría reconocer. Es incongruente, formalmente hablando, considerar como trastorno mental a un grupo de factores que influyen en una enfermedad; y lo es en el fondo, porque no puede considerarse una patología mental el que en el transcurso de una enfermedad, médica o no, la persona y el curso de dicha enfermedad, se vea influida por diversos factores psicológicos. De modo que haciendo justicia a lo que este *trastorno* propugna debe salir también del DSM. De no ser así el DSM no será un catálogo de trastornos mentales.

¿A qué responde esta especie de esquizofrenia?, pues a la sinrazón de querer considerar de modo separado lo orgánico y lo mental, viejo asunto donde los haya. Veamos otro ejemplo significativo. Desde hace muchos años se ha argumentado en contra del trastorno por dolor, que en esta edición ha escapado discretamente con una anotación en el trastorno de síntomas somáticos. En efecto, si la percepción de dolor, en sí misma, se ve determinada por factores psicológicos y orgánicos, qué sentido tiene que cuando esos factores ejercen su influencia (siempre) sea considerado un trastorno mental (King, 2000). ¿Un dolor neuropático es un trastorno mental? El DSM ha estado de espaldas al estudio y tratamiento del dolor y a las taxonomías de la *International Association for the Study of Pain* (IASP), desde una postura pueril, insistiendo en separar lo inseparable. El estudio y tratamiento del dolor es multidisciplinar y no puede permitirse conceptos vacíos como el del dolor psicógeno. La IASP elude separar los aspectos orgánicos y psicológicos del dolor, propugna identificar todos los factores relevantes para poder abordar de mejor modo el dolor, considerando este como un fenómeno experiencial unitario que puede tener más de una causa (IASP, 1994). El considerar, como hacía el DSM-IV, el trastorno por dolor como un trastorno mental, hacía un flaco favor al abordaje terapéutico de estos pacientes, con un efecto añadido de estigmatización. Todos estos factores han debido jugar en la desactivación del trastorno por dolor. Argumentos y datos reiterados desde hace mucho tiempo y que el lector puede ver de forma resumida en el excelente trabajo de Sullivan (2000).

Concluyendo en los aspectos más relevantes de este apartado, bien por el DSM-V al tratar de romper esa división artificiosa y categórica entre lo mental y lo orgánico, pero en consonancia con ello debe sacar estos *trastornos* de la clasificación de trastornos mentales.

Otros aspectos menores confirman el interés de esta nueva edición por recoger algunos aspectos del hacer clínico. El argumento estadístico, frente a la fundamentación psicopatológica. Este es el caso de la desaparición del criterio B, la existencia de desencadenantes psicológicos en el trastorno por conversión. El diagnóstico por parte de neurólogos que no encuentran tales antecedentes

puede ser un motivo para eliminarlo (Brown y Lewis-Fernández, 2011).

Quedan algunos aspectos por valorar. El motivo de traer los trastornos facticios a este apartado, que es cuestionable, tanto por el carácter de estos, pues el fingimiento queda fuera del contexto general que se delimita en este apartado, como por incluir los trastornos facticios impuestos a otros, de carácter complejo y controvertido (Bütz, Evans y Webber-Dereszynski, 2009).

A MODO DE CONCLUSIÓN

El DSM-V nos trae unos nuevos trastornos somatomorfos. Los trastornos por *síntomas somáticos* intentan un acercamiento más acorde con los conocimientos científicos y clínicos en lo que lo somático y lo psicológico se dan la mano, en lugar de oponerse. Parece optar por un acercamiento dimensional, en el que los factores psicológicos son clave. El siguiente paso, tal vez fuera mucho pedir en este viaje, debería ser reconocer que el que los factores psicológicos influyan en los trastornos médicos no los convierte en trastornos mentales, so pena de que todos los trastornos médicos sean trastornos mentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association** (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised text). Washington: APA.
2. **American Psychiatric Association** (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: APA.
3. **Brown, R.J. y Lewis-Fernández, R.** (2011). Culture and conversion disorders: implications for DSM-5. *Psychiatry*, 74: 187-206.
4. **Bütz, M.R., Evans, F.B. y Webber-Dereszynski, R.L.** (2009) A practitioner's complaint and proposed direction: Munchausen syndrome by proxy, factitious disorder by proxy, and fabricated and/or induced illness in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40: 31-38.
5. **Hendler, N., Bergson, C. y Morrison, C.** (1996). Overlooked physical diagnosed in chronic pain patients involved in litigation. Part 2. The addition of MRI, nerve blocks, 3-DCT, and



qualitative flow meter. *Psychosomatics*, 37: 509-517.

6. **International Association for the Study of Pain** (IASP) (1994). En H. Merskey y N. Bogduk (eds.), *Classification of chronic pain*, 2nd edn. Seattle: IASP Press.
7. **King, S.** (2000). The classification and assessment of pain. *International Review of Psychiatry*, 12: 86-90.
8. **Sullivan, M.D.** (2000) DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis. *International Review of Psychiatry*, 12: 91-98.