



**Nombre del alumno: Juliana Perez
Mendez**

**Nombre del profesor: Elvia Patricia
Castro Roche**

Materia: psicopatología I

Licenciatura: Psicología

Villahermosa, Tabasco. Junio 2020

Trastornos neuróticos y somatomorfos.

En este ensayo hablare de los trastornos neuróticos y somatomorfos así como los síntomas, las características, los criterios diagnósticos y factores de riesgos de cada uno.

Los trastornos somatomorfos son un grupo de enfermedades caracterizadas por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una lesión orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente.

La manifestación característica del grupo de trastornos somatomorfos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica. Si está presente cualquier enfermedad somática, ésta no explica la naturaleza y extensión de los síntomas, o el malestar y la preocupación del paciente.

Los criterios diagnósticos son:

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más 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.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Las características asociadas que apoyan el diagnóstico son, las características cognitivas incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física (posiblemente con interpretaciones catastróficas), preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo. Las características de comportamiento relevantes asociadas pueden ser la repetida comprobación corporal de anomalías, la búsqueda repetitiva de atención médica y seguridad y la evitación de la actividad física. Estas características de comportamiento son más pronunciadas en los trastornos de síntomas somáticos graves y persistentes.

Los factores de riesgos pueden ser, temperamentales: el rasgo de la personalidad de afectividad negativa (neuroticismo) se ha identificado como un factor de correlación/riesgo independiente de un gran número de síntomas somáticos. La comorbilidad con la ansiedad o la depresión es frecuente y puede agravar los síntomas y el deterioro.

Ambientales: el trastorno de síntomas somáticos es más frecuente en los individuos con escasa escolarización de educación y bajo nivel socioeconómico, y en aquellos que han experimentado recientemente eventos estresantes en sus vidas.

Trastorno de somatización, los rasgos principales son síntomas físicos múltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes de al menos dos años de duración. La mayoría de pacientes tienen una larga y complicada historia de contactos con servicios de salud de atención primaria y especializada, durante los cuales se han llevado a cabo múltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema del cuerpo. El curso del trastorno es crónico y fluctuante, y a menudo se asocia con alteraciones en la vida social, familiar e interpersonal. Los cuadros con síntomas de corta duración (menos de dos años) o poco llamativos deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el trastorno de conversión, el síntoma es la pérdida de la función (por ejemplo, de una extremidad), mientras que en el trastorno de síntomas somáticos la atención se centra en la angustia que causan los síntomas concretos.

En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos. Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros. Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas). Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz, la articulación alterada, la sensación de un nudo en la garganta y la diplopía.

Una serie de características asociadas puede apoyar el diagnóstico de trastorno de conversión. Pueden existir antecedentes de múltiples síntomas somáticos similares. El inicio puede estar asociado con el estrés o el trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La posible relevancia etiológica de este estrés o trauma se puede sugerir por la estrecha relación temporal. Sin embargo, aunque es importante realizar la evaluación para el estrés y el trauma, su ausencia no debe excluir el diagnóstico. El trastorno de conversión a menudo se asocia con síntomas disociativos, como la despersonalización, la desrealización y la amnesia disociativa, en particular durante el inicio de los síntomas o durante los ataques.

Los factores de riesgo y pronóstico son, temperamentales: frecuentemente se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el trastorno de conversión.

Ambientales: puede haber antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. A menudo, aunque no siempre, existen eventos estresantes vitales. Genéticos y fisiológicos. La presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares constituye un factor de riesgo.

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico.

Los trastornos disociativos aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas, y muchos de los síntomas, como la turbación y la confusión acerca de los síntomas o el deseo de ocultarlos, se ven influidos por la proximidad al trauma.

En este capítulo incluiré el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización/ desrealización.

El trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por una despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente (ejemplo, las experiencias de irrealidad o de separación de la mente de uno, del yo o del cuerpo) y una desrealización (ejemplo, las experiencias de irrealidad o separación del entorno). Estas alteraciones en la experiencia están acompañadas de un juicio de realidad intacto. No hay evidencia de que exista ninguna diferencia entre las personas en las que predominan los síntomas de despersonalización frente a las personas en las que predominan los de desrealización. Por lo tanto, las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización, o ambos.

Trastorno raro, en el que el paciente se queja espontáneamente de que la vivencia de su actividad mental, su cuerpo y su entorno están cualitativamente cambiados, hasta el punto de ser irreales, lejanos o automatizados. Entre los variados fenómenos del síndrome, la queja más frecuente de los pacientes es la pérdida de emociones y la sensación de extrañeza o distanciamiento de su propio pensamiento, su cuerpo o del mundo real. A pesar de la naturaleza dramática de esta experiencia, el paciente es consciente de la irrealidad del cambio. El sensorio es normal y está intacta la capacidad de expresar emociones.

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica. La amnesia disociativa es fundamentalmente una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con los olvidos normales. Puede implicar o no recorridos con un propósito o vagar desorientado (es decir, una fuga). Aunque algunos individuos con amnesia se dan cuenta rápidamente del "tiempo perdido" o del vacío en su memoria, la mayoría de los individuos con trastornos disociativos es incapaz de reconocer sus amnesias. Para ellos, la conciencia de la amnesia se produce sólo cuando la identidad personal se pierde o cuando las circunstancias les hacen conscientes de que pierden información autobiográfica. La amnesia se experimenta como una característica esencial de la amnesia disociativa, los individuos normalmente presentan amnesia localizada o selectiva, y de forma más inusual, amnesia generalizada.

Muchos individuos con amnesia disociativa sufren una dificultad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias. Las historias de trauma, de abuso de menores y la victimización son frecuentes. Muchos tienen antecedentes de automutilación, de intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo. Son frecuentes los síntomas depresivos y los síntomas neurológicos

funcionales, como la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y una elevada capacidad de sufrir hipnosis. Son frecuentes las disfunciones sexuales. Una lesión cerebral traumática leve podría preceder a la amnesia disociativa.

El trastorno de identidad disociativo se caracteriza por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o de una experiencia de posesión y episodios recurrentes de amnesia. La fragmentación de la identidad puede variar con la cultura y con las circunstancias. Por lo tanto, cada individuo puede experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que pueden no ser evidentes de inmediato para los demás o que pueden estar poco claras debido a los intentos para esconder la disfunción. El individuo con trastorno de la identidad disociativa presenta recurrentes e inexplicables intrusiones en su funcionamiento consciente y en el sentido de sí mismo, alteraciones del sentido de sí mismo, cambios dispares de la percepción y síntomas neurológicos funcionales intermitentes. El estrés a menudo produce exacerbaciones transitorias de los síntomas disociativos que los hacen más evidentes.

La característica definitoria de un trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión. Sin embargo, la manifestación o no de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional. Puede haber períodos continuos de interrupción de la identidad en el contexto de presiones psicosociales graves y/o prolongadas. En muchos casos de trastorno de identidad disociativo en forma de posesión y en una pequeña proporción de casos sin manifestación de posesión son muy evidentes las manifestaciones de las identidades alternativas. Durante largos períodos de tiempo, la mayoría de los individuos con trastorno de identidad disociativo sin manifestaciones de posesión no muestran abiertamente la discontinuidad de su identidad, y sólo una pequeña minoría presenta una alternancia clínicamente observable entre las identidades.

El abuso físico y sexual interpersonal se asocia con un mayor riesgo de trastorno de identidad disociativo. La prevalencia de abuso infantil y negligencia en Estados Unidos, Canadá y Europa entre aquellos con el trastorno es de aproximadamente el 90 %. También se han descrito otras formas de experiencias traumáticas, incluyendo procedimientos médicos y quirúrgicos de la infancia, la guerra, la prostitución infantil y el terrorismo.

El aspecto común que comparten los trastornos disociativos o de conversión es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir tras pocas semanas o meses, sobre todo si su inicio se asocia a un acontecimiento vital traumático.

Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.

En conclusión los pacientes suelen insistir en la presencia de síntomas físicos como dolor, inflamación, náuseas, vértigo, debilidad o lesiones, pero niegan tener problemas psiquiátricos, acompañado de demandas persistentes de exámenes y pruebas diagnósticas a pesar de que los hallazgos continuamente resultan negativos y de la garantía de los tratantes que los síntomas no tienen justificación orgánica. La sensación física reportada por los pacientes con trastornos somatomorfos no es ficticia o inventada, es sintomatología real que no tiene explicación o causa física.

A pesar de que no se conoce una cura para el trastorno somatomorfo, éste puede manejarse ayudando a la persona a vivir una vida lo más normal posible, a pesar de que él o ella puedan aún tener algo de dolor u otros síntomas. El paciente con trastornos somatomórficos debe ser manejado por un médico de familia con interconsulta psiquiátrica para reducir la frustración, el estrés y el uso indiscriminado de medicamentos.