



EDITORIAL INVITADA



DSM-5 Y CIE-11: LA DECONSTRUCCIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS ENERO 2020

**DSM-5 & CIE-11: THE DECONSTRUCTION
OF SOMATOFORM DISEASES. JANUARY 2020**

Enrique Aubá

Psiquiatra . Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra. Consejo Asesor

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:13-16



Hemos cerrado una década con especial interés en lo que se refiere a la nosología de los trastornos somatomorfos. Podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que esta categoría es la que presenta los cambios más radicales en las nuevas versiones de los sistemas de clasificación. Algunos estarán satisfechos; otros, frustrados; muchos, un poco confusos. En cualquier caso, es necesaria una lectura atenta a los cambios para interpretarlos correctamente, ya que es lenguaje común para los que nos dedicamos a la patología psicósomática.

Repasemos detalladamente los cambios en DSM y en CIE, y hagamos una lectura crítica. Considero que lo que está teniendo lugar puede llamarse con propiedad una deconstrucción de los trastornos somatomorfos, que era necesaria, a la vez que debe considerarse una transición para poder seguir avanzando.

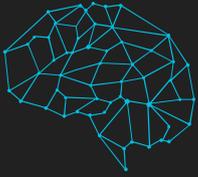
DSM-IV y CIE-10 tenían muchas similitudes y algunas diferencias en lo que respecta a los trastornos somatomorfos. Para entender bien los cambios, debemos fijarnos al menos en tres aspectos: la nomenclatura de los trastornos, los criterios diagnósticos y el lugar que ocupan en la clasificación. Son tres los ejes que estructuraban los trastornos somatomorfos: síntomas físicos sin alteraciones que los justifiquen, relación con factores estresantes o conflictos psicológicos, y preocupación ansiosa y obsesiva sobre los síntomas. Las dos clasificaciones tenían un trastorno central, el Trastorno de somatización, con una variante rebajada en la exigencia de criterios, el Trastorno somatomorfo indiferenciado. En ellos debemos poner el foco. En cuanto al resto de trastornos del capítulo, aunque había diferencias de estructura entre ambas clasificaciones, se trataba de unas diferencias que no afectaban a la esencia. Las definiciones y criterios de los trastornos eran casi superponibles, y se entiende que puedan estar en un lugar u otro en función de qué eje se priorice para ordenar la clasificación. En CIE-10, los trastornos somatomorfos estaban inmediatamente a continuación de las Reacciones a estrés grave/trastornos de adaptación y de los Trastornos disociativos, subrayando su relación con el estrés. En DSM-IV, los trastornos conversivos estaban incluidos en el apartado de trastornos somatomorfos, dando así prioridad a la agrupación de trastornos que están relacionados con síntomas físicos.

El Trastorno por somatización refleja una realidad clínica, epidemiológicamente consistente, pero con una baja prevalencia dado lo altamente restrictivos que son sus criterios, dejando fuera a pacientes con el mismo fenómeno pero de

menor intensidad. Los trastornos somatomorfos se solapan entre unos y otros, y tienen una terminología difícilmente aceptable por los pacientes, al hacer referencia implícita al origen desconocido de los síntomas. Por todo ello, son muchas las críticas que ha habido a la categoría de trastornos somatomorfos. De manera paralela y superpuesta, utilizamos la terminología de los síndromes somáticos funcionales. Estos síndromes son mejor aceptados por los pacientes, aunque también somos conscientes de las limitaciones que tienen, ya que no se corresponden con un sustrato y mecanismo fisiopatológico definido. Así, son diferentes las propuestas de mejora que venían haciéndose por los principales autores y grupos que se han dedicado con más intensidad a los trastornos somatomorfos, no podemos tratarlas ahora con extensión. Estas propuestas han tenido sin duda influencia en la nueva clasificación, a la vez que ha podido generar grandes expectativas y mucha frustración, veamos por qué. Primero nos fijaremos en DSM-5 y después en CIE-11.

DSM-5 realiza cambios sustanciales en la clasificación. Para empezar, desaparece el nombre "somatomorfo", tanto en el título del capítulo como en los trastornos. El cuadro central de la categoría es el nuevo Trastorno de síntomas somáticos. De entrada puede pensarse que viene a sustituir al Trastorno por somatización con un cambio de nomenclatura, pero veremos que no es exactamente así. Desaparece el Trastorno hipocondríaco y es sustituido en principio por el denominado Trastorno de ansiedad por enfermedad. Continúa el Trastorno conversivo, con un apellido o nombre alternativo, Trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Se incluyen el clásico apartado de DSM de "Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas", así como el Trastorno facticio. Desaparece el Trastorno por dolor, que es absorbido por el nuevo Trastorno de síntomas somáticos, y sale del capítulo el Trastorno dismórfico corporal, que pasa en DSM-5 a estar junto con el Trastorno obsesivo compulsivo.

Podemos apreciar que DSM mantiene trastornos dentro de la nueva categoría de Síntomas somáticos manteniendo un criterio de agrupación por relación con síntomas somáticos. El orden en la clasificación del renombrado capítulo de "Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados" subraya la relación que tienen estos trastornos con el estrés, ya que está a continuación de los capítulos "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" y "Trastornos disociativos", por este orden. En cuanto a la nomenclatura, es significativo el sentido de los cambios de DSM-5. Elimina el



término "somatomorfo", mal aceptado y con connotaciones relacionadas con un proceso dinámico sin clara explicación fisiopatológica. Y elimina el término "hipocondria", también con difícil aceptación por los pacientes, a la vez que pasa a subrayar el carácter ansioso del trastorno.

La definición y criterios diagnósticos del Trastorno de síntomas somáticos conllevan un cambio importante respecto a los trastornos somatomorfos previos. Deja de ser criterio diagnóstico la presencia de síntomas físicos sin explicación médica, y el foco pasa a estar en la preocupación desproporcionada sobre síntomas físicos presentes, tengan origen desconocido o conocido. El cambio es radical. Una persona con una enfermedad definida que se acompaña de síntomas con clara explicación, puede tener un Trastorno de síntomas somáticos cuando la preocupación y vivencia de los síntomas es desproporcionada, y será igualmente "diagnosticado" que una persona con una preocupación intensa sobre unos síntomas de origen desconocido o sin explicación. En realidad, en DSM-IV también cabían dentro de lo somatomorfo pacientes con síntomas físicos justificados pero vivenciados de manera desproporcionada, pero ahora el foco pasa de estar en el tipo de síntomas a la vivencia de los síntomas. Si lo pensamos bien, lo que define al Trastorno de síntomas somáticos es la hipocondria, que se acompaña de síntomas físicos de cualquier naturaleza. Se ha generado así un nuevo cajón, quizá demasiado amplio, que incluye a pacientes con síntomas conocidos y pacientes con síntomas desconocidos, con el factor común de la hipocondria.

En realidad, el hasta ahora Trastorno hipocondríaco ha sido hipertrofiado artificialmente al desdoblarse en dos trastornos: el Trastorno de síntomas somáticos, cuando de hecho presenta síntomas físicos, y el Trastorno de ansiedad por enfermedad, cuando no los presenta. La misma clasificación estima que el 75% del Trastorno hipocondríaco previo pasa a estar ahora en el Trastorno de síntomas somáticos, mientras que el otro 25% pasa a ser Trastorno de ansiedad por enfermedad.

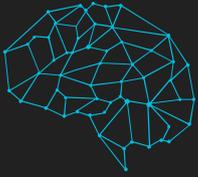
CIE-11 sigue la misma línea de DSM-5 al tratar los trastornos somatomorfos de CIE-10, siendo su transformación más radical aún. El trastorno central de la clasificación ahora se denomina *Bodily Distress Disorder* (un desafío para la traducción castellana). El *Bodily Distress Disorder* esencialmente equivalente al Trastorno de síntomas somáticos, pero con una nomenclatura que abandona aún más todo lo que recuerde a somatomorfo y somatización. A igual modo que en DSM-

5, lo que prima en el trastorno de CIE-11 es la preocupación y vivencia desproporcionadas en torno a síntomas físicos, conozcamos o no su origen. Además, en CIE-11 el Trastorno hipocondríaco sale del capítulo y es incluido con el Trastorno obsesivo compulsivo, donde ya estaba el Trastorno dismórfico corporal. También desaparece el Trastorno por dolor, que queda incluido en el *Bodily distress disorder*. Y desaparece la Disfunción vegetativa somatomorfa, que siendo un concepto interesante al apuntar al sistema nervioso autónomo, tenía de hecho poca utilidad práctica, ya que la mayor parte de los síntomas somatomorfos son de naturaleza autonómica.

De esta manera, CIE-11 consigue un capítulo casi limpio: los trastornos que previamente estaban incluidos en el capítulo de somatomorfos pero no tenían propiamente síntomas físicos, ha sido recolocados en lugares apropiados. Digo "casi" porque, de manera sorprendente, ha sido incluido en el capítulo un nuevo trastorno, *Body integrity disphoria*, que además de ser muy poco frecuente, no tiene propiamente síntomas físicos sino el deseo de tener una amputación o una limitación corporal. Es un trastorno de la conciencia corporal que ensucia el ejercicio de vaciamiento que se estaba haciendo del capítulo.

El nuevo constructo de DSM-5 y de CIE-11 (Trastorno de síntomas somáticos y *Bodily Distress Disorder*) nos puede dejar el corazón un poco encogido. Ha sido un paso, ha sido una limpieza, pero parcial. Una preocupación de las nuevas clasificaciones era que los diagnósticos se realizaran basándose en criterios positivos, no en criterios negativos. Esto se consigue al eliminar la ausencia de explicación médica como criterio diagnóstico, a la vez que es un criterio positivo la preocupación y vivencia en torno a los síntomas. Pero aunque ahora se diagnostique de acuerdo a criterios positivos, y aunque el constructo demuestre cierta robustez epidemiológica, esto no quiere decir que el nuevo diagnóstico refleje mejor la realidad. ¿Será de utilidad el nuevo trastorno en la práctica clínica? Tengo mis reservas.

Retomemos las perspectiva de los tres ejes que vertebran los trastornos somatomorfos y veamos qué ha sucedido de manera global en las dos clasificaciones. El primer eje, la organización centrada en los síntomas físicos, se mantiene en DSM-5 y se abandona en CIE-11, que mueve trastornos a otras categorías (salvando la inoportunidad del *Body Integrity Disphoria*). La recolocación de otros trastornos es más completa así en CIE-11. En el segundo eje, la relación de los trastornos con el estrés, ambas clasificaciones la pierden en la



caracterización de los trastornos. DSM-5 la mantiene en atención al lugar del nuevo capítulo en la clasificación, mientras que en CIE-11 esto se desfigura. El orden de los capítulos es por tanto más coherente en DSM-5. Respecto al tercer eje, la preocupación en torno a síntomas, sigue presente en ambos, algo hipertrofiada ya que está presente en dos trastornos, con la diferencia de que en DSM los dos trastornos están en el mismo capítulo y en CIE-11 en capítulos separados.

Se ha eliminado la somatización y lo somatomorfo. Por somatización siempre hemos entendido la expresión somática de una tensión psíquica, y es rechazado por muchos en cuanto que se trata de una expresión narrativa poco medible, de acuerdo. Pero ¿dónde queda este fenómeno distinto que tiene lugar en nuestros pacientes? No nos distanciamos tanto de la Fenomenología, no reneguemos de la Psicopatología, que nos habla de la realidad de las patologías psíquicas y nos dice que se nos está escapando algo. Lo captamos, sabemos que está ahí, aunque no sepamos cómo acotarlo.

Estamos ante una deconstrucción en sentido propio: se está desmontando un constructo, lo somatomorfo, que tenía sus limitaciones. La deconstrucción es parcial: se deconstruye, pero no del todo, como hemos visto en el nuevo trastorno al considerar conjuntamente síntomas de origen desconocido con síntomas de origen conocido. Y esta deconstrucción debe ser considerada una transición. Es una etapa necesaria, ya que estábamos de acuerdo en que lo previo no nos valía, pero no tenemos claro a qué tenemos que ir. Si no asumimos

que estamos en una transición y consideramos la nueva categoría como algo entero, nuestro raciocinio puede sentirse excesivamente violentado.

Se podría haber dado un paso más, y podríamos haber hecho desaparecer los trastornos somatomorfos del todo, sin sustituirse por el Trastorno de síntomas somáticos o corporales. CIE-11, que ha recolocado a los demás trastornos en su lugar, tenía la oportunidad de dar la estocada final. Pero no lo ha hecho. Y sin duda, ha sido sensato. Porque nos habríamos quedado cojos, ya que somos conscientes de que debemos sustituirlo, pero todavía no tenemos el sustituto adecuado. Nos habríamos quedado probablemente sin "sustancia" sobre la que seguir trabajando. El sustituto llegará, entre otros, a través de una mejor definición y descripción de la desregulación de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés, ya sea congénita o adquirida, que está en la base de la mayoría de síntomas somatomorfos, funcionales o de dolor amplificado. Pero el estado de la ciencia y nuestra nosología no pueden darle todavía entidad suficiente.

Usemos bien la clasificación, sin despegarnos de la realidad del paciente, y sin perder de vista la necesidad de seguir investigando. Para ello deberemos aplicar los criterios diagnósticos con la prudencia de quien sabe que la deconstrucción ha sido parcial, y que hay sujetos distintos en la misma nueva categoría. No nos sintamos frustrados, sigamos avanzando, y no olvidemos que, ¿acaso no es esta complejidad lo que hace grande a la patología psicósomática?