



Revisión de la hipocondría y sus cambios en el DSM-5: avances y desafíos en los nuevos diagnósticos.

Monografía

Trabajo final de grado

Estudiante: Belén Betancor Ferrari

Tutor: Asistente Mag. Vicente Chirullo

Revisor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, Uruguay

Diciembre, 2025

Índice

Agradecimientos.....	4
Resumen	5
Introducción	7
Marco teórico.....	9
1. Historia de los trastornos	9
1.1 Hipocondría: orígenes y evolución histórica	9
1.1.1 El desarrollo del DSM: de la influencia psicodinámica a la orientación biológica.	10
1.2 La hipocondría en el DSM-1, DSM-2 y DSM-3.....	11
1.3 La hipocondría en el DSM-4.	11
1.4 Críticas al diagnóstico y su eliminación en el DSM-5.....	14
2. DSM-5: Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados	15
3. Definición, características y criterios diagnósticos de los nuevos trastornos.	17
3.1. Trastorno de ansiedad por enfermedad	17
3.2 Trastorno de Síntomas Somáticos.....	21
3.3. Tratamientos.....	28
3.3.1 Hipocondría y ansiedad por la salud	28
3.3.2 Cambio al DSM-5	28
3.3.3 Nota sobre los tratamientos.....	29
4. Comparación entre el Trastorno de Síntoma Somático y el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad	30
5. Perspectivas críticas sobre los cambios en el DSM-5.	34
5.1 Críticas conceptuales y limitaciones en la precisión de los criterios diagnósticos ...	34
5.2 Utilidad y validez clínica de la separación	36
5.3 Riesgo de sobrediagnóstico	37
5.4 Estigma y factores culturales	37
5.5 Limitaciones de implementación	39
6. Reflexiones finales	41
7. Referencias	43

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Hipocondría	13
Tabla 2. Trastornos en el DSM-4 y DSM-5	15
Tabla 3. Criterios diagnósticos Trastorno de ansiedad por enfermedad.....	21
Tabla 4. Criterios diagnósticos del Trastorno de Síntomas Somáticos	27
Tabla 5. Principales aspectos del TSS y el TAE	32

Índice de figuras

Figura 1. Regiones prefrontales (azul), temporales (verde) y parietales (amarillo)	23
Figura 2. Tálamo.....	24
Figura 3. Ganglios Basales.....	24
Figura 4. Giro temporal superior.....	25

Agradecimientos

A mis padres, **Estherlisia y Javier**, por haberme dado todas las herramientas necesarias para llegar al lugar en el que estoy. Se encargaron de darme el amor y la contención necesaria para recorrer con seguridad cada centímetro del camino. Sin ellos, este trabajo no sería posible, el título les pertenece también.

A mi hermana **Lucía**, quien aparte de acompañarme, me ayudó a reformular los textos que no entendía, me ayudó a redactar mejor y me escuchó en momentos de frustración, ella es una pieza importante en este puzle.

A mi novio **Maximiliano**, quién desde el liceo sabe que decirme para ayudarme a mantener el motor de la motivación y el enfoque encendido. Su amor y acompañamiento cumplieron un rol fundamental en mi camino.

A mis amigas: **Giuliana, Agustina y Karin** quiénes me escucharon y acompañaron siempre.

A mis mascotas, **Felipe, Minki y Diana**, mis mejores alumnos y acompañantes en momentos de estudio.

A mis abuelos, **Hugo, María del Carmen y Teresa**, que sin estar físicamente, no me dejaron sola nunca.

A mis **compañeros de clase**, quienes me enseñan, me inspiran y me sostienen. Lograron que el recorrido pareciera fácil.

A mis **instancias de práctica**, en donde conocí a mi primer paciente y a los niños y niñas del Jardín, entre todos ellos me hicieron darme cuenta que estaba en el lugar correcto.

A mi tutor **Vicente** por haberme dado la oportunidad de trabajar con él y por acompañarme en este tramo final.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo revisar críticamente el pasaje de la categoría diagnóstica de Hipocondría, tal como aparecía en el DSM-4, hacia los nuevos diagnósticos introducidos en el DSM-5: el Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastorno de Ansiedad por enfermedad. Estos trastornos se caracterizan por la preocupación excesiva frente a la salud, generando malestar significativo y afectando la vida cotidiana de las personas. La revisión teórica realizada permite identificar que este cambio no solo supone una modificación terminológica, sino que también refleja una transformación profunda en la forma de comprender, clasificar y abordar a las personas con estos trastornos. A su vez, si bien el DSM-5 buscó superar limitaciones y críticas asociadas a la Hipocondría, o a los Trastornos Somatomorfos en general, estas limitaciones parecen persistir apareciendo a su vez nuevos desafíos, como la falta de precisión en los criterios diagnósticos, la debatida utilidad de separar los criterios de TSS y TAE, el riesgo de sobrediagnóstico, entre otros. Asimismo se destacan desafíos relacionados con la relación médico-paciente, los factores culturales y la estigmatización. A partir de la sistematización de diferentes perspectivas teóricas, este trabajo subraya la necesidad de un enfoque crítico para comprender y abordar estos trastornos, destacando la importancia de la formación permanente de los profesionales y de la investigación empírica.

Palabras clave: Hipocondría, Trastorno de Síntomas Somáticos, Trastorno de Ansiedad por Enfermedad, DSM-5.

Abstract

This monograph aims to critically review the transition from the diagnostic category of Hypochondriasis, as defined in the DSM-4, to the new diagnoses introduced in the DSM-5: Somatic Symptom Disorder (SSD) and Illness Anxiety Disorder (IAD). These disorders are characterized by excessive health-related concerns, causing significant distress and affecting individuals' daily lives. The theoretical review highlights that this change is not merely terminological but also reflects a profound transformation in how people with these disorders are understood, classified, and treated. While the DSM-5 sought to address limitations and criticisms associated with Hypochondriasis and somatoform disorders in general, many of these challenges persist, alongside new issues such as lack of precision in diagnostic criteria, the debated usefulness of distinguishing between SSD and IAD, and the risk of overdiagnosis. Furthermore, challenges related to the doctor-patient relationship, cultural factors, and stigmatization are emphasized. By synthesizing various theoretical perspectives, this paper underscores the need for a critical approach to understanding and managing these disorders, highlighting the importance of continuous professional training and empirical research.

Keywords: Hypochondriasis, Somatic Symptom Disorder, Illness Anxiety Disorder, DSM-5.

Introducción

La presente monografía constituye un Trabajo Final de Grado para la obtención del título de Licenciada en Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay).

El trabajo se propone hacer una revisión teórica sobre el pasaje de la Hipocondría hacia las dos categorías introducidas en el DSM-5: el Trastornos de Síntomas Somáticos (en adelante, TSS) y el Trastornos de Ansiedad por Enfermedad (en adelante, TAE). El interés de este trabajo es revisar las implicancias de esta transformación diagnóstica.

La revisión de los manuales diagnósticos resulta relevante debido a que no se trata únicamente de clasificaciones teóricas, sino que estos sistemas determinan la forma en la que se comprende el sufrimiento de la persona y la información concreta que orienta la atención en salud mental. En el caso específico de la hipocondría, su reformulación en el DSM-5 refleja una tendencia a incorporar perspectivas más integradoras, pero también ha generado intensos debates en torno a los riesgos de sobrediagnóstico, ambigüedad de los criterios y la utilidad clínica de las categorías.

Desde una perspectiva social, los trastornos relacionados a la preocupación por la salud no constituyen una categoría menor. Se trata de trastornos que, además de producir un sufrimiento en la persona que lo tiene, conlleva una elevada utilización de recursos sanitarios. Las personas con TSS y TAE suelen recurrir de manera reiterada a servicios de salud pidiendo estudios, consultas y tratamientos, lo que produce una sobrecarga en los sistemas (American Psychiatric Association, 2014).

Desde una perspectiva clínica, estos cuadros se asocian a un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas. Diversas investigaciones que serán abordadas en este trabajo muestran que la presencia de síntomas somáticos persistentes o de ansiedad excesiva por la salud se vinculan con una mayor discapacidad, limitaciones en el desempeño laboral, dificultades en la vida social y familiar, y en algunos casos una mayor mortalidad temprana (Newby et al., 2017; Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2013). Asimismo, los diagnósticos tienen un efecto directo en la práctica profesional ya que los criterios diagnósticos actúan como una guía para la comprensión de las preocupaciones de los pacientes, pero cuando resultan poco claros o excesivamente amplios pueden derivar tanto en subdiagnósticos como en sobre diagnósticos comprometiendo la calidad del tratamiento.

La elección de este tema también responde a un interés personal, derivado de la observación cercana del impacto que estas problemáticas tienen en la vida de las personas,

así como de las limitadas respuestas y el escaso conocimiento que aún circula en torno a estos trastornos.

En cuanto a la estructura de este trabajo, se inicia con un recorrido histórico del concepto de Hipocondría, con el fin de mostrar cómo ha sido comprendida y transformada en el campo de la psicopatología a lo largo del tiempo. Posteriormente, se abordan las críticas que dicho diagnóstico ha recibido y se exponen los cambios introducidos en el DSM-5, que dieron lugar a la creación de las nuevas categorías diagnósticas de TSS y TAE. A continuación, se desarrolla una comparación entre ambos trastornos, resaltando similitudes, diferencias, tensiones y zonas de ambigüedad. Dicha comparación conduce a una problematización más amplia acerca de los alcances y las limitaciones de la reforma diagnóstica. A su vez, por momentos serán abordadas críticas más generales vinculadas al cambio de la categoría de los Trastornos Somatomorfos hacia los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados, aunque se focaliza específicamente en el TSS y el TAE. Finalmente se presentan reflexiones que retoman los principales hallazgos subrayando las problemáticas que persisten en torno a la clasificación diagnóstica, la práctica clínica y la experiencia de los pacientes.

Marco teórico

Antes de presentar el marco teórico, resulta pertinente aclarar qué se entiende por “trastorno mental”, ya que este concepto constituye la base desde la cual se construyen las clasificaciones diagnósticas. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), un trastorno mental se define como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo. Este refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo responsables del funcionamiento mental (American Psychiatric Association, 2014).

1. Historia de los trastornos

1.1 Hipocondría: orígenes y evolución histórica

La palabra hipocondría tiene su origen en la antigüedad. En ese entonces, se concebía como un trastorno vinculado únicamente a lo corporal y específicamente a malestares localizados en el hipocondrio, una región situada debajo de las costillas. Según la medicina de la época, en esta zona abdominal, se ubicaba el origen de diversos síntomas físicos y anímicos, puntualmente en el bazo, órgano asociado con la melancolía. A causa de esto, la hipocondría se entendió durante siglos como una dolencia del cuerpo, que a su vez, afectaba el ánimo (Marangoni, 2009).

Según Marangoni (2009), este trastorno fue interpretado a partir de diversas perspectivas, variando entre lo somático y lo psíquico. En particular, durante el siglo XVIII la hipocondría fue incluida dentro de las neurosis, y a comienzos del siglo XX fue considerada por algunos autores como una forma de psicosis. Por su parte Freud (1914) ubicó a la hipocondría dentro de lo que él consideraba las neurosis actuales, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia, y asoció dicho trastorno con el narcisismo. Desde la teoría psicoanalítica Freud consideraba que las neurosis actuales, específicamente la hipocondría, se originan a partir de una descarga deficiente o inadecuada de la energía libidinal. En este proceso, la energía sexual en lugar de dirigirse hacia el mundo externo, se retira y se concentra en el propio cuerpo, produciendo de esta manera un estancamiento (Valonero, 1997).

Asimismo esta evolución de la hipocondría se continuó reflejando en los principales manuales diagnósticos, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (en adelante, DSM), en los cuales también se han producido importantes cambios en la forma de definir, clasificar y nombrar este trastorno, como se describe a continuación.

1.1.1 El desarrollo del DSM: de la influencia psicodinámica a la orientación biológica.

En 1918 se publicó el Manual Estadístico para el Uso de Instituciones para Enfermos Mentales, pudiéndose considerar el antecedente directo del DSM. Este primer documento incluía categorías diagnósticas que principalmente se centraban en afecciones psicóticas de origen somático (Kawa & Giordano, 2012).

Durante el período comprendido entre ambas guerras mundiales, el psicoanálisis comenzó a adquirir protagonismo reflejando tanto la influencia de Sigmund Freud en Europa, como la de Adolf Meyer en Estados Unidos (Kawa & Giordano, 2012). La corriente psicodinámica se consolidó especialmente tras la Segunda Guerra Mundial debido a que los tratamientos psicoanalíticos mostraron efectividad frente a traumas neuropsiquiátricos que presentaban los soldados (Grob, 1991). En 1946, dicha corriente teórica fue reconocida formalmente como la principal escuela de pensamiento según la Junta Americana de Psiquiatría (Kawa & Giordano, 2012).

La primera edición del DSM, publicada en 1952, estuvo fuertemente determinada por la perspectiva freudiana y la tradición psicodinámica. De acuerdo con Shorter (2015), el origen directo de esta influencia puede encontrarse en el Boletín Médico Técnico nº 203 del Ejército de los Estados Unidos, elaborado bajo la supervisión del psicoanalista William Menninger, quien adaptó los principios freudianos al ámbito militar. Dicho documento, conocido como Medical 203, describía a los “trastornos psiconeuróticos” como resultado de la represión de conflictos emocionales generalmente asociados a experiencias infantiles. El DSM-1 retomó esta perspectiva utilizando el término “reacción” para clasificar distintos cuadros clínicos. De esta forma la psiquiatría norteamericana se orientó progresivamente hacia una comprensión psicodinámica de la psicopatología (Shorter, 2015).

La segunda edición del DSM mantuvo en gran parte este enfoque teórico, aunque introdujo ciertos cambios, entre ellos la eliminación del término “reacción” y la incorporación de las “neurosis” psicoanalíticas (Kawa & Giordano, 2012; Shorter, 2015).

Hacia finales de la década de 1960, el paradigma psicoanalítico comenzó a recibir críticas significativas mientras que, paralelamente los avances en psicofarmacología y la consolidación de métodos psicométricos cuantitativos se encontraban fortaleciendo la

orientación biológica de la disciplina. Estas situaciones marcaron un punto de inflexión con la aparición del DSM-3 en 1980 (Kawa & Giordano, 2012; Shorter, 2015).

El DSM-3 constituyó, según Kawa y Giordano (2012) un auténtico cambio de paradigma en la historia de la psiquiatría. En esta misma línea Shorter (2015) sostenía que la aparición de este manual marcó el final del psicoanálisis como el núcleo intelectual de la psiquiatría y, simultáneamente generó el inicio de una reconciliación con la medicina. De este modo, “el DSM-3 y sus sucesores surgieron sobre las ruinas del psicoanálisis” (Shorter, 2015, p.66), finalizando de esta manera la visión psicodinámica y dirigiéndose hacia una interpretación de carácter biologicista.

Esta evolución del pensamiento psiquiátrico, desde un modelo psicodinámico hacia otro más biológico, tuvo implicancias en la conceptualización de los trastornos mentales. La hipocondría es un ejemplo de esta transformación, debido a que su definición y ubicación diagnóstica fue modificándose conforme variaban los fundamentos teóricos de cada DSM.

A continuación, se presentará un breve recorrido por el modo en el que la hipocondría fue abordada en el DSM-1, DSM-2 y DSM-3, donde se reflejan las concepciones mencionadas anteriormente, antes de profundizar en los cambios introducidos en el DSM-4.

1.2 La hipocondría en el DSM-1, DSM-2 y DSM-3.

En la primera edición del DSM (American Psychiatric Association, 1952), la hipocondría aparecía como “reacción hipocondríaca” y formaba parte de la categoría llamada “trastornos psiconeuróticos, otros, mixtos y no especificados”. Para el año 1968, con la publicación del DSM-2 (American Psychiatric Association, 1968), comenzó a denominarse “neurosis hipocondríaca”, aunque aún no contaba con criterios diagnósticos estructurados. Fue a partir de la publicación del DSM-3 (American Psychiatric Association, 1980) que la hipocondría fue clasificada como un Trastorno Somatomorfo, e incorporó por primera vez criterios diagnósticos específicos.

1.3 La hipocondría en el DSM-4.

En el DSM-4 (American Psychiatric Association, 1995) se señala que los trastornos somatomorfos comparten “la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental” (p.457).

En cuanto a la hipocondría, el manual describe a este trastorno como “la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos” (American Psychiatric Association, 1995, p.475). Dichas preocupaciones suelen enfocarse en funciones corporales, sensaciones ambiguas, anormalidades menores y persistentes, incluso cuando las evaluaciones médicas no encuentran evidencia de enfermedad. A modo de ejemplo dicho manual describe el caso de una persona que teme padecer una enfermedad cardíaca, a pesar de que sus electrocardiogramas resulten normales. Esta preocupación, que a menudo se convierte en un lugar central en la vida de la persona, se acompaña frecuentemente de una alta sensibilidad a comentarios o lecturas asociadas a enfermedades (American Psychiatric Association, 1995).

A pesar de la intensidad del malestar, el DSM-4 (American Psychiatric Association, 1995) aclara que las creencias no son del tipo delirante, debido a que la persona puede llegar a reconocer que sus miedos son exagerados. Tampoco se centra en la apariencia física, lo que permite distinguirla de otros diagnósticos como el trastorno dismórfico corporal.

Por otro lado, para que se cumplan los criterios diagnósticos, los síntomas deben mantenerse durante un período mínimo de 6 meses y generar un malestar clínicamente significativo, así como un deterioro en las diversas áreas de la vida de la persona. Además, se recomienda especificar el grado de conciencia que la persona presenta respecto al carácter excesivo de su preocupación, teniendo en cuenta que dicha sintomatología no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 1995).

En la Tabla 1 se encuentran los criterios diagnósticos de la Hipocondría en el DSM-4.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Hipocondría

Criterio	Descripción
A	Preocupación y miedo de tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave debido a la interpretación de síntomas físicos.
B	Preocupación persistente a pesar de explicaciones médicas apropiadas y exploraciones
C	La creencia expuesta en el "Criterio A", no es del tipo delirante y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico
D	La preocupación provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de diversas áreas importantes
E	La duración del trastorno es de al menos 6 meses
F	La preocupación no se explica mejor por el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad por separación, episodio depresivo mayor u otro trastorno somatomorfo
Especificador:	Con poca conciencia de enfermedad

Nota. Adaptado del *DSM-4* (American Psychiatric Association, 1995).

Además de describir las características diagnósticas, el *DSM-4* (American Psychiatric Association, 1995) indica que la prevalencia de la hipocondría en la población general no se encuentra determinada, aunque en el ámbito de la práctica médica se estima que es entre un 4% y un 9%. Este trastorno puede manifestarse en cualquier edad, aunque es frecuente que su inicio ocurra durante los primeros años de la adultez. Por lo general, sigue un curso crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo, aunque en algunos casos, es posible que la persona logre una recuperación completa.

1.4 Críticas al diagnóstico y su eliminación en el DSM-5

A lo largo de los años el término hipocondría ha sido objeto de diversas críticas, lo que motivó su eliminación de la quinta edición del DSM.

Según Starčević (2014) esta decisión estuvo justificada por tres razones principales. En primer lugar, se considera un término obsoleto, cuya etimología hace referencia a una dolencia abdominal, lo que se aleja de la comprensión actual del trastorno. En segundo lugar, se considera un concepto heterogéneo, lo cual resulta problemático debido a que en situaciones puntuales ciertos pacientes con presentaciones clínicas diversas fueron agrupados bajo la misma denominación diagnóstica. Finalmente, se considera que tiene un carácter estigmatizante, lo cual puede generar rechazo o incomodidad en quienes reciben el diagnóstico.

El mismo DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) señala diversas problemáticas vinculadas al manual anterior, y afirma un alto grado de superposición entre el grupo de los Trastornos Somatomorfos y una falta de claridad respecto a los límites de los diagnósticos.

Por otra parte, se sostenía que los trastornos somatomorfos en general tendían a sobreestimar síntomas que no contaban con una causa médica clara. En otros términos, era necesario descartar una explicación médica antes de hacer un diagnóstico psiquiátrico (Dimsdale et al., 2013). Esta modalidad diagnóstica, según señalan Axelsson et al. (2016), promovía una división estricta entre pacientes médicos y psiquiátricos dificultando una atención adecuada para las personas. Además, se ha observado que los médicos no especializados en psiquiatría, quienes a su vez son usualmente los primeros en atender a estas personas, cuentan con dificultades tanto para comprender cómo para utilizar adecuadamente las categorías diagnósticas anteriores (Yutzy, 2015).

A su vez, existía otra problemática vinculada a este grupo de trastornos en el DSM-4, y estaba vinculada al hecho de que sólo se basaban en los síntomas somáticos y no contaban con criterios psicológicos, siendo esta una característica esencial de los trastornos mentales según el DSM (Rief & Martin, 2014).

2. DSM-5: Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados

En respuesta a las críticas señaladas en el apartado anterior, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) introduce una nueva categoría llamada Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados. Esta categoría agrupa diversos trastornos, entre los que se incluyen: Trastorno de Síntomas Somáticos, el Trastorno de Conversión (también llamado Trastorno de síntomas neurológicos funcionales), el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad, Trastorno Facticio, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntoma somático y trastornos relacionados no especificados.

En la Tabla 2 puede verse los trastornos que conforman dichas categorías según la edición.

Tabla 2. Trastornos en el DSM-4 y DSM-5

DSM-4: Trastornos	DSM-5: Trastornos
Trastorno de somatización	Trastorno de síntomas somáticos
Trastorno de conversión	Trastorno de ansiedad por enfermedad
Hipocondría	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
Trastorno dismórfico corporal	Trastorno facticio
Trastorno somatomorfo indiferenciado	Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
Trastorno por dolor	
Trastorno somatomorfo no especificado	

Nota. Adaptada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 1995, 2014).

Este cambio se originó debido a la propuesta del grupo encargado de elaborar esta edición, quienes intentaron reducir la cantidad de diagnósticos incluidos y concentrar el mayor número de estos dentro en una sola clasificación (Dimsdale et al., 2013). En

consecuencia, el Trastorno de Síntomas Somáticos fue diseñado para englobar no sólo a quienes previamente cumplían criterios para el Trastorno de Somatización, sino también a personas con dolor crónico, a la mayoría de quienes recibían el diagnóstico de Hipocondría y a numerosas personas que presentan afecciones médicas junto con características psicológicas (Rief & Martin, 2014).

No obstante, Rief y Martin (2014) advierten que si bien esta estrategia puede elogiarse, la inclusión de afecciones tan heterogéneas en una misma categoría debería ser objeto de un análisis y debates críticos.

En la misma línea, también se determinó que aproximadamente un 75% de los pacientes diagnosticados con hipocondría se incluirían dentro de la categoría del TSS, y el 25% restantes recibiría el diagnóstico de TAE (American Psychiatric Association, 2014).

La característica común del grupo de Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados es la presencia de síntomas somáticos que causan un malestar significativo o deterioro en la vida diaria de las personas. Estos síntomas pueden o no estar acompañados de una explicación médica identificable, sólo que el enfoque del diagnóstico se centra en los síntomas positivos, es decir, en los pensamientos, emociones y comportamientos desproporcionados relacionados con los síntomas somáticos (American Psychiatric Association, 2014).

Dentro de los diversos cambios introducidos en la quinta edición del manual, uno de los más relevantes según Yutzy (2015), es que ya no se exige que los síntomas somáticos carezcan de una explicación médica para poder realizar el diagnóstico. Esto significa que los síntomas somáticos pueden vincularse con una condición médica identificable o no. Este cambio pretende cambiar el eje diagnóstico, que deja de priorizar la búsqueda de causas médicas, para así enfocarse en el impacto clínico que genera el malestar y la forma en la que es interpretado y manifestado por la persona (Yutzy, 2015). A su vez, dicho autor comenta que la inclusión de los componentes conductuales y afectivos permiten contar con una visión más integral, en comparación a cuando se obtenía el diagnóstico solamente con el foco en el síntoma somático.

3. Definición, características y criterios diagnósticos de los nuevos trastornos.

Definición de ansiedad por la salud

Antes de adentrarnos en la definición y características de ambos trastornos resulta pertinente detenerse y ofrecer una definición del concepto de ansiedad por la salud dado que constituye un eje en común que atraviesa ambos diagnósticos.

El término ansiedad por la salud, hace referencia a distintos niveles de preocupación relacionados con la salud. Kikas et al. (2024) nos informan que dichas preocupaciones pueden presentarse de formas leves hasta formas más graves.

Es importante destacar que no toda preocupación por la salud implica un trastorno. La American Psychiatric Association (2014), nos comenta que en muchos casos, la ansiedad frente a una enfermedad real constituye una reacción esperable y proporcionada que tiende a disminuir con el tiempo. Solo cuando esta preocupación se mantiene por mucho tiempo, es desmedida en relación con la situación médica real, y provoca un malestar significativo en la vida de la persona, se puede considerar uno de ambos trastornos.

Una vez aclarada y definida la ansiedad por la salud es posible comenzar con el marco teórico del TAE.

3.1. Trastorno de ansiedad por enfermedad

El TAE es un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva y persistente por padecer o contraer una enfermedad médica grave. Esta preocupación se manifiesta incluso en ausencia de síntomas significativos, basándose principalmente en señales o sensaciones físicas no patológicas. Dichas señales son interpretadas por las personas como indicios de enfermedades graves, lo cual aumenta su ansiedad y mantiene una preocupación constante por su estado de salud (American Psychiatric Association, 2014).

Un rasgo distintivo del TAE es que incluso con pruebas médicas completas y concluyentes que muestran resultados alentadores, la persona continúa preocupada o incluso en algunos casos la preocupación se intensifica. Esto refleja que el malestar experimentado no deriva únicamente de síntomas físicos concretos, sino además de la interpretación que la persona realiza sobre estas señales. Además, cuando existe una enfermedad diagnosticable “la ansiedad y la preocupación de la persona son claramente excesivas y desproporcionadas a la gravedad de la enfermedad” (American Psychiatric Association, 2014, p. 315).

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) la mayoría de las personas con TAE, presentan una preocupación constante por su salud, lo que lleva a que esta se convierta en un eje central de sus vidas y un componente importante de su identidad. La preocupación es tan excesiva que diversos estímulos externos, como por ejemplo las noticias sobre enfermedades, pueden agravar el estado de alerta e inquietud lo que afecta de manera significativa su desempeño social, laboral y personal. Siguiendo esta línea, Kikas et al. (2024) plantean que estas personas manifiestan una autopercepción más negativa de su estado de salud y experimentan mayores dificultades en ciertas actividades cotidianas, como las tareas domésticas, el autocuidado y la movilidad. A su vez, presentan niveles elevados de malestar emocional y un riesgo aumentado de mortalidad temprana.

Respecto al ámbito social también se generan ciertas consecuencias debido a que los afectados registran mayores tasas de ausentismo laboral y utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que incluso pacientes con diagnósticos médicos establecidos. A su vez, estas conductas generan tensión en las relaciones interpersonales, debido a la constante necesidad de consuelo y validación, lo que puede resultar frustrante para el entorno cercano (American Psychiatric Association, 2014).

Entre los comportamientos característicos del TAE se encuentran las autoexploraciones repetitivas, la investigación excesiva sobre enfermedades y la búsqueda constante de seguridad a través de chequeos médicos frecuentes y generales, no específicamente de salud mental. A menudo, se sienten insatisfechos con la atención médica recibida ya que tienen la sensación de que no son tomados en serio. En contraste, algunas personas evitan las consultas médicas o actividades relacionadas con la salud, por temor a confirmar sus sospechas o a poner en riesgo su bienestar (American Psychiatric Association, 2014). Respecto a esto Kikas et al. (2024) comentan que si bien hay investigadores que han propuesto que las personas buscan atención como una manera de encontrar tranquilidad y la evitan por miedo a contraer una enfermedad grave, aún la investigación sobre estos comportamientos es escasa. A su vez, los autores informan que llevaron a cabo un estudio en el que se descubrió que el 25% cumplía con los criterios de búsqueda de atención médica, el 14% con los criterios de evitación médica y el 61% reportó fluctuar entre ambas formas, lo que sugiere quizás la existencia de un tercer tipo de TAE.

La prevalencia del TAE deriva principalmente de los datos sobre la hipocondría recogidos en el DSM-3 y el DSM-4. En estudios comunitarios y en muestras poblacionales, la prevalencia de síntomas relacionados con la ansiedad por la salud o la creencia de padecer una enfermedad grave durante un período de 1 a 2 años varía entre el 1,3% y el 10%. En entornos médicos ambulatorios, las tasas de prevalencia en períodos de 6 meses

a 1 año se sitúan entre el 3% y el 8%. Por otra parte, no se observan diferencias significativas en la prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres (American Psychiatric Association, 2014).

En relación con la neurobiología del TAI, la evidencia empírica disponible aún es limitada, ya que son pocos los estudios que han explorado en profundidad las bases neurobiológicas de este cuadro. Sin embargo, algunas investigaciones que emplearon tareas como el Stroop emocional (prueba psicológica que evalúa la interferencia de palabras con carga emocional en la atención) encontraron una mayor activación en la amígdala, en la corteza cingulada anterior rostral, en la corteza parietal posterior derecha y en el núcleo accumbens, cuando a los participantes con ansiedad por la salud se le presentaban palabras que describían síntomas corporales. No obstante, estudios recientes no han confirmado estos resultados, ya que no se observaron diferencias significativas ni en la amígdala ni en otras áreas cerebrales entre pacientes con ansiedad por la salud y sujetos control (Kikas et al., 2024).

Hasta el momento, no se han realizado investigaciones que analicen de manera específica los factores de riesgo para el desarrollo del TAE con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5. Sin embargo, Kikas et al. (2024) nos informan de una revisión sistemática reciente que empleó medidas dimensionales de ansiedad por la salud y encontró evidencia de una asociación positiva entre diversas experiencias tempranas y la aparición de este trastorno. Dentro de esos factores se encontraban las vivencias infantiles vinculadas con la enfermedad, la transmisión intergeneracional de la ansiedad por la salud, situación que puede ocurrir por la heredabilidad genética o la observación de figuras de cuidado con estos temores, así como también experiencias traumáticas durante la infancia. Por su parte, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) indica que este trastorno puede ser desencadenado por eventos de estrés significativos o situaciones que representen una amenaza seria para la salud, y que determinados antecedentes vitales, como haber padecido enfermedades graves o experiencias de abuso durante la infancia, constituyen factores predisponentes que incrementan la posibilidad de desarrollar TAE.

Por otro lado, se ha identificado que entre un tercio y la mitad de las personas que tienen TAE presentan una forma transitoria del trastorno. Esta variante se caracteriza por estar asociada a una menor comorbilidad psiquiátrica, una mayor incidencia de comorbilidad médica y un curso menos severo del trastorno de ansiedad por enfermedad (American Psychiatric Association, 2014).

Como se especifica en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) debido a que el TAE es una enfermedad reciente, aún no se dispone de datos definitivos sobre su comorbilidad exacta. No obstante, se ha observado que la antigua hipocondría suele coincidir con diversos trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante TOC), así como con trastornos depresivos. Se calcula que aproximadamente dos tercios de las personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad por enfermedad presentan al menos otro trastorno mental mayor comórbido. Además, estas personas podrían tener un mayor riesgo de desarrollar trastorno de síntomas somáticos y trastornos de la personalidad.

Para finalizar este apartado resulta pertinente aclarar que persiste un debate significativo respecto a si sería mejor clasificar el TAE dentro de los Trastornos de Ansiedad en lugar de clasificarlo dentro de los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados. Esta postura se respalda por diversos investigadores debido a que este trastorno tiene, como se comentaba anteriormente, una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, y a su vez, presenta varios síntomas característicos de los trastornos de ansiedad, entre ellos la hipervigilancia y la preocupación excesiva (Kikas et al., 2024). Debido a esto Kikas et al. (2024) plantean que para futuras investigaciones resulta necesario analizar si la evolución clínica, los perfiles sintomáticos y las comorbilidades se corresponden más con los trastornos de ansiedad que con los trastornos de síntomas somáticos.

Se expone a continuación en la Tabla 3 los criterios diagnósticos del TAE para ofrecer una lectura más sintetizada de los mismos.

Tabla 3. Criterios diagnósticos Trastorno de ansiedad por enfermedad

Criterio	Descripción
A	Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave
B	No existen síntomas somáticos o, si están, son leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una, la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada
C	Existe un alto nivel de ansiedad sobre la salud, y la persona se alarma con facilidad por su estado de salud
D	La persona tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud bien se presenta evitación por mala adaptación
E	La preocupación por la enfermedad ha estado presente durante al menos 6 meses, aunque la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo
F	La preocupación por enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. Trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno obsesivo-compulsivo, etc.)
Especificador 1: Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de asistencia médica	
Especificador 2: Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica	

Nota. Adaptado del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2014).

3.2 Trastorno de Síntomas Somáticos

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) el TSS se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas somáticos que generan un malestar clínicamente significativo en la cotidianidad de la persona. Estos síntomas pueden ser específicos, como un dolor localizado, o inespecíficos, como la fatiga, y no siempre responden a una causa médica concreta.

En este trastorno se observan pensamientos, emociones y conductas excesivas vinculadas a los síntomas físicos o a la preocupación por la salud. Estas manifestaciones suelen expresarse por una o más de las siguientes características: pensamientos que persisten y son desproporcionados respecto a la gravedad de los síntomas, un grado elevado de ansiedad por la salud y un uso exagerado del tiempo dedicados a los síntomas o la preocupación que generan los mismos. Aunque la sintomatología puede no estar presente de forma continua, el cuadro clínico tiende a mantenerse de forma prolongada y por lo general durante más de seis meses (American Psychiatric Association, 2014).

Dentro de los especificadores contemplados se encuentra, por un lado el predominio de dolor (antes denominado trastorno por dolor) que se utiliza cuando el malestar central se relaciona principalmente con experiencias dolorosas, y por otro lado también se encuentra la forma persistente, que hace referencia a aquellos casos en los que los síntomas cuentan con una intensidad considerable produciendo un deterioro significativo y constante durante más de seis meses (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto al nivel de gravedad, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) nos informa que el trastorno puede considerarse leve cuando se presenta únicamente una de las manifestaciones especificadas en el criterio B (véase en la Tabla 4), moderado cuando se observan dos o más y grave cuando además de cumplirse estos criterios son identificados múltiples síntomas físicos o uno que se experimente con una intensidad elevada.

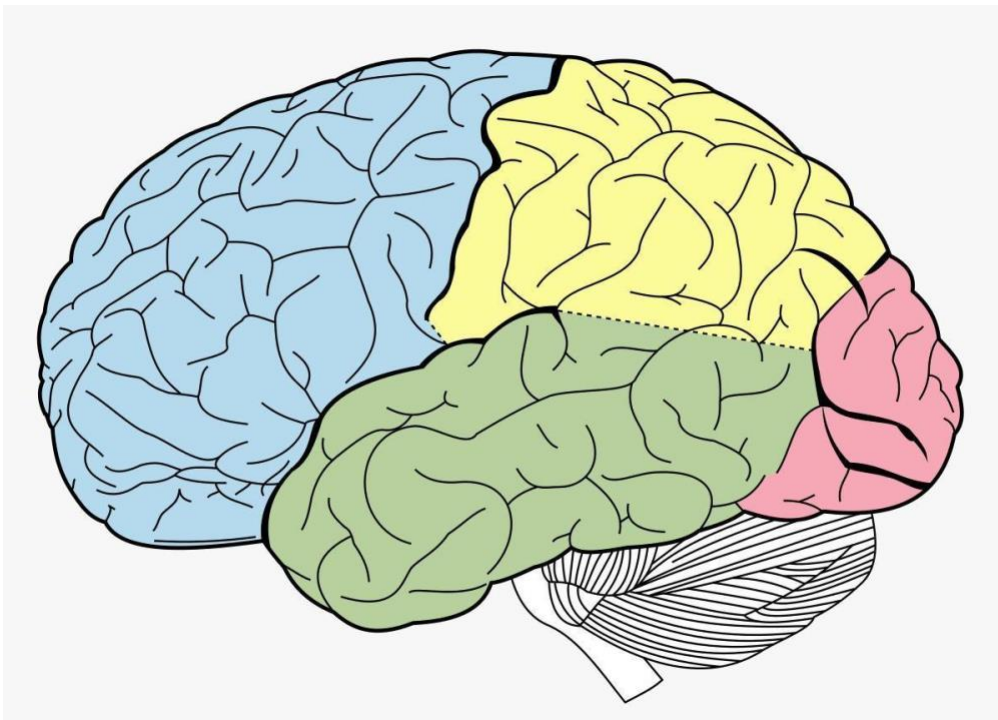
En el TSS, estas preocupaciones frecuentemente se transforman en el eje central de la vida de la persona, asumen un rol importante en su identidad y afectan su funcionamiento en distintas áreas. Respecto a esto Cao et al. (2020) informan que, al igual que en otros estudios clínicos, los pacientes con TSS presentan de forma consistente un mayor grado de deterioro en su funcionamiento general y en su calidad de vida, en comparación a personas que no cuentan con el diagnóstico.

Muchas personas con este trastorno continúan convencidas de que padecen una enfermedad grave, incluso después de recibir resultados médicos tranquilizadores. A menudo, las sensaciones físicas son interpretadas como señales de una condición severa, lo que lleva a un uso excesivo de atención médica. Sin embargo, estas consultas rara vez generan alivio en la persona ya que es común que desconfíen de las explicaciones recibidas y que crean que sus síntomas no son tomados en serio por el personal médico. A su vez, sumado a esto, suelen reaccionar con sorpresa o rechazo ante la sugerencia de consultar con un profesional de salud mental (American Psychiatric Association, 2014).

El TSS puede presentarse con otros cuadros clínicos, especialmente con los trastornos depresivos. Dado este vínculo se ha identificado un mayor riesgo de suicidio, no obstante, aún no está claro si este riesgo está directamente asociado al trastorno somático o si se debe a la comorbilidad con la depresión (American Psychiatric Association, 2014).

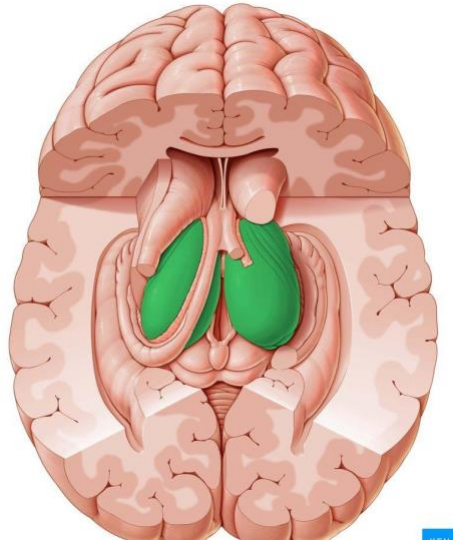
En estudios neurobiológicos sobre el TSS, se ha observado mediante el uso de la resonancia magnética funcional que, durante la exposición a estímulos de dolor punzante y durante tareas de estrés cognitivo y emocional, los pacientes con este trastorno presentaron una mayor activación cerebral en diversas áreas, incluidas las regiones prefrontales, temporales y parietales (véase Figura 1), así como en estructuras subcorticales como el tálamo (véase Figura 2) y los ganglios basales (véase Figura 3). Además, se observó una sobreactivación en el giro temporal superior (STG) (véase Figura 4), (Stoeter et al., 2007).

Figura 1. Regiones prefrontales (azul), temporales (verde) y parietales (amarillo)



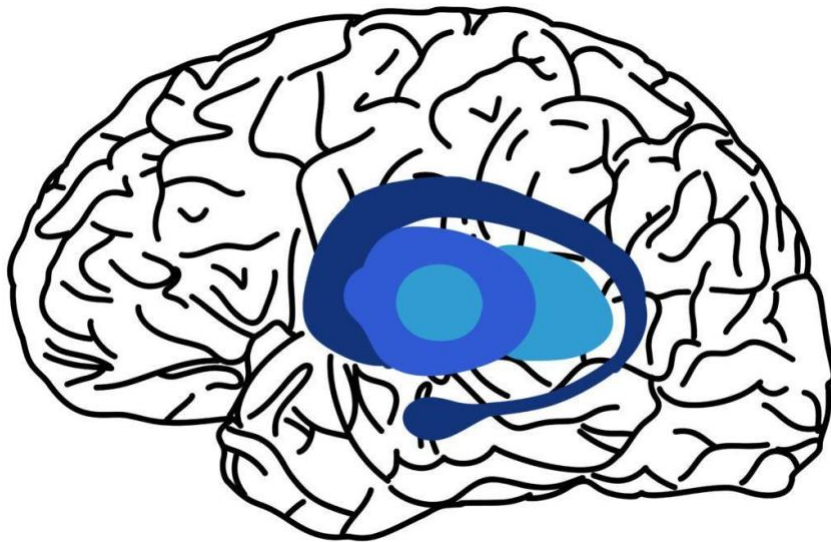
Nota. Tomado de *Lóbulo (cerebro)*, por Wikipedia contributors, 2025, en Wikipedia.

Figura 2. Tálamo



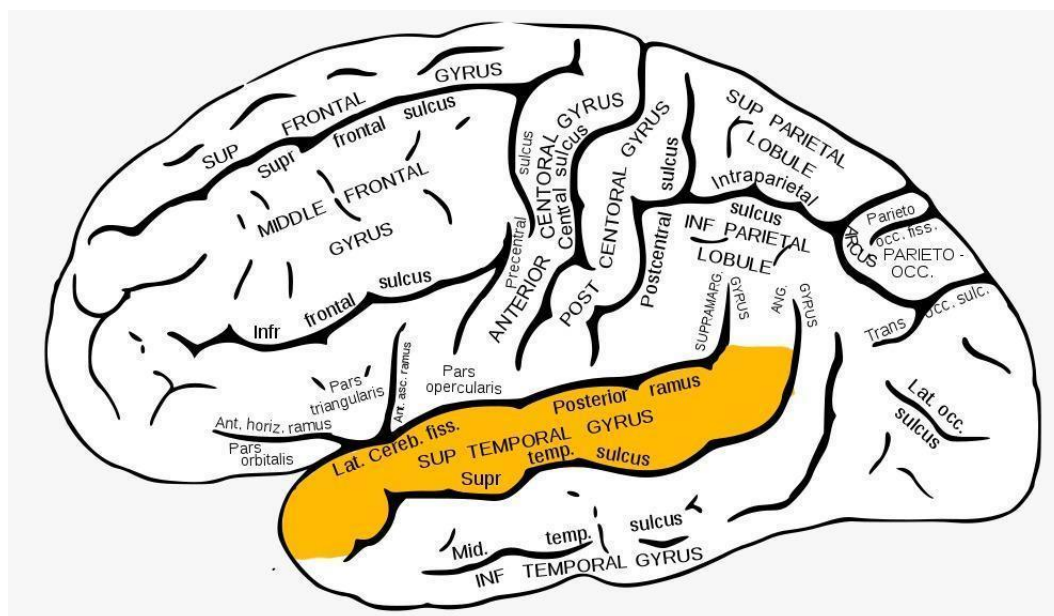
Nota. Tomado de *Tálamo*, por Kenhub GmbH, 2023, en Kenhub

Figura 3. Ganglios Basales



Nota. Tomado de *Ganglios Basales: Iniciación y coordinación del movimiento*, por Martínez Di Giovanni, 2024, en Neuro-Class.

Figura 4. Giro temporal superior



Nota. Tomado de *Giro temporal superior*, por Wikipedia contributors, 2025, en Wikipedia.

En cuanto a la prevalencia, aunque se desconoce su valor exacto, se estima que podría ser superior a la del Trastorno de Somatización del DSM-4. En la población adulta general puede estar aproximadamente entre el 5 y 7% de las personas. Las mujeres suelen reportar más síntomas somáticos que los hombres. Sin embargo, en un estudio realizado con pacientes ambulatorios de un hospital general no se reportaron diferencias de género respecto a la prevalencia del TSS (Cao et al., 2020).

El desarrollo del TSS puede variar según la etapa de la vida. En la vejez puede existir un riesgo de sobrediagnóstico, debido a que muchos síntomas son considerados esperables en el envejecimiento y suelen convivir con mayores enfermedades médicas. En la infancia, a diferencia de los adultos, es frecuente que predomine un único síntoma, como dolores de cabeza, náuseas y molestias abdominales (American Psychiatric Association, 2014).

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) dentro de los factores de riesgo y los elementos que influyen en el pronóstico de este trastorno se encuentran el rasgo temperamental de neuroticismo y factores ambientales como bajo nivel educativo, recursos económicos limitados y la exposición reciente a situaciones estresantes. También se ha observado que los antecedentes de abuso sexual, enfermedades crónicas, adversidad en la niñez, entre otros, aumentan la probabilidad de presentar este trastorno.

El contexto cultural también cumple un papel importante en la forma en la que se entienden los síntomas somáticos. Como aclara el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) la descripción, interpretación y significado de estos síntomas varían según el contexto cultural, el idioma y los modelos explicativos predominantes. En función del entorno, los síntomas pueden atribuirse a causas personales, familiares, laborales o emociones. También puede variar la búsqueda de tratamiento y el acceso a los servicios de salud.

En cuanto al diagnóstico diferencial, si los síntomas somáticos pueden ser explicados mejor por otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, y además se cumplen los criterios de ese diagnóstico, este debe considerarse como una alternativa o un diagnóstico adicional. No corresponde realizar un diagnóstico de síntomas somáticos si los síntomas y reacciones emocionales o conductuales se presentan únicamente durante un episodio de depresión mayor. En caso de que los criterios de ambos trastornos se cumplan, es necesario registrarlos ya que podrían requerir intervenciones específicas (American Psychiatric Association, 2014).

Finalmente el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) plantea que la presencia de una condición médica establecida no descarta el diagnóstico del TSS, siempre que los síntomas y la respuesta de la persona sean desproporcionados en relación a la situación clínica. La comorbilidad es común, tanto con otras enfermedades médicas, como con trastornos de ansiedad y depresión. Cuando el trastorno de síntomas somáticos coexiste con otra enfermedad, el deterioro funcional que experimenta la persona suele ser significativamente mayor al que se esperaría por la condición médica establecida.

Tabla 4. Criterios diagnósticos del Trastorno de Síntomas Somáticos

Criterio	Descripción
A	Uno o más síntomas somáticos que causen malestar o provocan problemas significativos en la vida diaria
B	<p>Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, manifestados por una o más de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas 2. Grado persistente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas 3. Tiempo y energía excesivos dedicados 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 6 meses)
Especificar si:	<p>Con predominio de dolor: los síntomas somáticos se centran en el dolor</p> <p>Persistente: curso de más de seis meses con síntomas intensos</p>
Especificar la gravedad actual:	<p>Leve: Solo se cumple un síntoma especificado en el “Criterio B”</p> <p>Moderado: Se cumplen dos o más síntomas especificados en el “Criterio B”</p> <p>Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el “Criterio B” y además existen múltiples quejas somáticas</p>

Nota. Adaptada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014).

3.3. Tratamientos

3.3.1 Hipocondría y ansiedad por la salud

En el marco del DSM-4 (American Psychiatric Association, 1995) la hipocondría como fue mencionado en el apartado 1.2, era un diagnóstico centrado en la preocupación excesiva por padecer una enfermedad grave. Durante ese período, el tratamiento psicológico con mayor respaldo empírico era la Terapia Cognitivo-Conductual (en adelante, TCC). Numerosos ensayos controlados demostraron su eficacia en la reducción sostenida de la ansiedad por la salud.

Dentro de esos estudios realizados que respaldan la eficacia de la TCC en la ansiedad por la salud, se encuentra el de Axelsson y Hedman-Lagerlöf (2019) quienes realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 19 ensayos controlados aleatorizados. Los resultados de dicho estudio mostraron que la TCC produjo reducciones significativas en la ansiedad por la salud, así como efectos en síntomas de depresión, ansiedad general y quejas físicas.

En cuanto a la remisión, se estimó que aproximadamente dos tercios de los pacientes responden positivamente al tratamiento, que alrededor de la mitad alcanzan la remisión clínica al finalizar la intervención y que los beneficios alcanzados se mantienen a largo plazo. Asimismo, los estudios sobre TCC administrada a distancia sugieren que este formato es eficaz al igual que la terapia presencial. Los autores concluyen que, su trabajo indica que la TCC es un tratamiento bien investigado y eficaz para la ansiedad por la salud (Axelsson & Hedman- Lagerlöf, 2019).

3.3.2 Cambio al DSM-5

Con los cambios realizados en el DSM-5, surge la duda de si los tratamientos existentes siguen siendo adecuados. Sin embargo, como demostraron los estudios que se desarrollan a continuación, la TCC continúa siendo el tratamiento más eficaz tanto para la ansiedad por la salud, como para los casos anteriormente diagnosticados como hipocondría. Por lo tanto se puede concluir que el cambio en el diagnóstico no modificó las estrategias de intervención, sino que los tratamientos actuales siguen fundamentándose en la evidencia positiva que respalda la efectividad de la TCC.

Kikas et al. (2024) señalan que la TCC es actualmente el tratamiento psicológico basado en evidencia con mayor respaldo para la ansiedad por la salud, afirmación compartida con los autores abordados anteriormente. Este enfoque de tratamiento combina

estrategias de psicoeducación, reestructuración cognitiva de creencias catastróficas sobre la salud y los síntomas corporales, estrategias conductuales para reducir la hipervigilancia de las sensaciones físicas y conductas de afrontamiento compulsivas, tales como la comprobación corporal, la búsqueda de tranquilidad y evitación y programas de prevención de recaídas.

En la revisión sobre el TAE, Kikas et al. (2024) destacan que algunas intervenciones de tercera ola también han mostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad por la salud. Por ejemplo, la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (en adelante, MBCT) se centra en el uso de técnicas de atención plena para lograr ayudar a las personas con ansiedad por la salud a reducir los pensamientos catastróficos vinculados con la salud, disminuir la atención selectiva hacia las sensaciones físicas y lograr afrontar de manera directa las sensaciones temidas en lugar de evitarlas (Lovas, 2016, como se citó en Kikas et al., 2024). De manera similar, la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante, ACT) apunta a disminuir la evitación experiencial frente a pensamientos, emociones y sensaciones físicas relacionadas con la enfermedad, fomentando así la aceptación de experiencias internas y promoviendo acciones coherentes con los valores del paciente (Hoffmann et al., 2018).

En lo que respecta a lo farmacológico Kikas et al. (2024) subrayan que aún faltan estudios sobre farmacoterapia. Sin embargo, investigaciones previas con pacientes diagnosticados con hipocondría respaldan la utilización de fluoxetina tanto sola como en combinación con TCC, y la paroxetina, la cual en un estudio produjo una efectividad parecida a la TCC.

3.3.3 Nota sobre los tratamientos

Es pertinente aclarar que la evidencia empírica disponible proviene en su mayoría de estudios realizados con personas con ansiedad por la salud o hipocondría según el DSM-4.

Esto puede deberse a que la transición hacia los nuevos diagnósticos es reciente. No obstante, dado que el constructo central (la ansiedad por la salud) continúa siendo el mismo, los tratamientos basados en la ansiedad por la salud, particularmente TCC, se consideran aplicables para TAE y TSS.

En conclusión, la TCC sigue siendo el tratamiento de elección debido a su sólida base teórica y empírica sobre la ansiedad por la salud, con opciones de administración presencial o virtual.

4. Comparación entre el Trastorno de Síntoma Somático y el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad

En el marco de los cambios introducidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), el TSS y el TAE han sido objeto de mucha atención desde su inclusión, por lo tanto a partir de dicha reformulación, distintos estudios han analizado sus diferencias y similitudes. A continuación se detallan algunos hallazgos dentro de las temáticas vinculadas a características clínicas, uso de servicios de salud, comorbilidades, ansiedad por la salud, presencia de síntomas somáticos y respuesta al tratamiento.

Una distinción señalada por diversos autores está vinculada a la presencia de síntomas somáticos. Mientras que en el TSS los síntomas somáticos son centrales y generan un malestar significativo, en el TAE los síntomas suelen ser leves o inexistentes, rasgo que varios autores consideran como el principal punto diferencial entre ambos trastornos (Cosci & Fava, 2015; Axelsson et al., 2016). A su vez, también se han señalado diferencias vinculadas a la duración de los síntomas: en el TAE se encuentra establecido que los síntomas deben de presentarse en un período mínimo de seis meses, mientras que en el TSS el criterio de duración se encuentra formulado de manera más vaga (Axelsson et al. 2016).

Asimismo, ciertos hallazgos sugieren que el TSS suele vincularse con una preocupación actual respecto a tener una enfermedad, a diferencia del TAE, que usualmente se lo asocia con un miedo de desarrollar una enfermedad en el futuro (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023; Newby et al., 2017).

En cuanto a las características clínicas, no se evidenciaron diferencias significativas en la edad de inicio de la ansiedad por la salud, el número de episodios, su duración, ni la cantidad de enfermedades temidas (Newby et al. 2017). Sin embargo, se observó que el TSS está asociado a niveles elevados de depresión, deterioro funcional, síntomas somáticos y discapacidad (Newby et al., 2017; Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023), así como una mayor gravedad de síntomas físicos, como dolor o tinnitus (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023). Además, quienes presentaban TSS contaban con más cogniciones desadaptativas que las personas con TAE, no obstante, no se hallaron diferencias vinculadas a conductas de evitación, hipervigilancia, seguridad o intolerancia a la incertidumbre (Newby et al. 2017). De forma similar, no se encontraron diferencias significativas respecto a las características sociodemográficas, foco de preocupación, sensibilidad a la ansiedad, curso clínico, conductas de seguridad y evitación (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023).

Al analizar las comorbilidades, diversos estudios han identificado en las personas con TSS una mayor frecuencia de trastornos depresivos, de pánico y agorafobia (Newby et al., 2017; Bailer et al., 2016). A su vez, se ha señalado que las personas con TSS contaban con una mayor prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada (en adelante, TAG) (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023; Bailer et al., 2016). No obstante, en otro estudio no se observaron tasas altas de TAG, pero en cambio, se reportaron mayores niveles de trastorno depresivo mayor y una mayor severidad de los síntomas depresivos en personas con TSS (Newby et al. 2017).

Respecto al uso de servicios de salud, existe un número significativo de estudios que coinciden en que el TSS se asocia con un mayor empleo de recursos sanitarios (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023; Bailer et al., 2016). Dichos estudios coinciden en que las personas con TSS consultan con mayor frecuencia, tanto en atención primaria como en psiquiatría, psicología y otros profesionales (Newby et al. 2017). A su vez, se informó que las personas con TSS contaban con una probabilidad significativamente mayor de haber concurrido a una consulta psicológica en las cuatro semanas previas, aunque no se encontraron diferencias en las visitas al médico general o especialista (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023). En general, se concluye que el TSS conlleva un mayor uso de servicios de salud.

En lo referente a la ansiedad por la salud, Kikas et al. (2014) nos informan que las personas con TAE presentan niveles menores de ansiedad comparadas con quienes tienen TSS, grupo que manifiesta una forma más severa de ansiedad por la salud. Finalmente, en cuanto a la respuesta al tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre ambos trastornos en su respuesta a la TCC, ni a la adherencia terapéutica (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023; Newby et al., 2017). Para algunos autores, si estos resultados se generalizan, la utilidad clínica de distinguir entre TSS y TAE podría ser limitada, al menos en contextos en donde se utilice este tipo de intervención (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023).

A raíz de sus hallazgos, Bailer et al. (2016) proponen que las diferencias entre el TSS y el TAE, son diferencias cuantitativas –de grado– más que cualitativas –de tipo– por lo tanto el TSS podría representar el trastorno más severo dentro del espectro de los trastornos asociados a la ansiedad por la salud. Este se caracteriza por un mayor número de síntomas somáticos, mayor consultas médicas y mayor deterioro funcional (Bailer et al., 2016; Newby et al., 2017).

Tabla 5. Principales aspectos del TSS y el TAE

Aspecto	Trastorno de síntomas somáticos	Trastorno de ansiedad por enfermedad
Síntomas somáticos	Presentes y generan malestar significativo	Leves o ausentes
Uso de servicios de salud	Mayor número de consultas	Menor uso en general
Comorbilidades	Mayor prevalencia de depresión, trastorno de ansiedad generalizada	Menor prevalencia de comorbilidades
Deterioro	Mayor deterioro	Menor deterioro
Severidad	Más severo dentro del espectro de ansiedad por la salud	Menos severo
Cogniciones desadaptativas	Más frecuentes	Menos frecuentes
Ansiedad por la salud	Mayor ansiedad por la salud	Menor ansiedad por la salud
Respuesta y adherencia al tratamiento (TCC)	Similar en ambos trastornos	Similar en ambos trastornos
Foco de preocupación	Enfermedad actual	Miedo a desarrollar una enfermedad futura

Nota. Adaptada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2014).

En síntesis, si bien ambos trastornos presentan diferencias formales en los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5, la mayoría de las diferencias se encuentran superadas por las similitudes clínicas (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023).

Esta proximidad entre los cuadros diagnósticos nos invita a preguntarnos: ¿la división de la antigua hipocondría en TAE y TSS mejora la precisión diagnóstica y clínica, o introduce nuevas dificultades para el diagnóstico y tratamiento? ¿Hasta qué punto los síntomas físicos y la ansiedad por la salud son distinguibles en la práctica? Los objetivos

que impulsaron este cambio diagnóstico, ¿fueron logrados? como por ejemplo la estigmatización, la eliminación de la división mente-cuerpo, la identificación, etc.

Estas cuestiones serán abordadas en el capítulo siguiente.

5. Perspectivas críticas sobre los cambios en el DSM-5.

En el presente apartado se abordarán los cambios realizados en el DSM-5, específicamente en relación a la transición del diagnóstico de Hipocondría a los TSS y TAE. El objetivo central es revisar si los objetivos que motivaron esta reforma se han logrado, identificar posibles dificultades y limitaciones que han surgido, y evaluar la utilidad clínica de los criterios diagnósticos actuales. Para ello, se revisarán posturas teóricas y empíricas que han reflexionado sobre las implicancias de estas modificaciones, con el fin de ofrecer un panorama que permita problematizar los efectos de estos cambios.

5.1 Críticas conceptuales y limitaciones en la precisión de los criterios diagnósticos

Axelsson et al. (2016) señalan que una de las principales dificultades que surgieron al momento de diagnosticar los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados fue la falta de acuerdo entre los profesionales respecto a cómo valorar la intensidad de los síntomas. En su estudio, surgieron preguntas claves como: ¿Qué se entiende por síntoma leve? ¿Qué se considera un síntoma grave? ¿A qué se está haciendo referencia cuando se habla de quejas somáticas múltiples? Este tipo de interrogantes, aparte de resaltar la vaguedad y la falta de precisión en los especificadores de gravedad, generan problemas en la práctica clínica, poca confiabilidad y dificultan la realización de los diagnósticos. Debido a esto, y considerando que dicha imprecisión de los criterios no es exclusivo de estos trastornos, sino una característica que se extiende a todo el DSM, los autores piden que en futuras ediciones del manual incluyan definiciones más claras y concretas, con el fin de reducir las confusiones y mejorar la utilidad clínica.

Por su parte, Cosci y Fava (2015) advierten ciertas ambigüedades en la forma en la que el DSM-5 clasifica los síntomas somáticos y los trastornos relacionados, que pueden dar lugar a indicaciones clínicas engañosas. Una de estas ambigüedades se relaciona con el hecho de que aunque el DSM-5 busca alejarse de la centralidad que tenían los síntomas médicamente inexplicables en el DSM-4, y reconoce que estos pueden presentarse incluso en el contexto de enfermedades médicas definidas, la elección del término “síntomas somáticos” continúa reflejando la noción de somatización. Esta se entiende como la predisposición a manifestar y expresar malestar psicológico a través de síntomas físicos, así como a buscar atención médica para ellos (Lipowski, 1987). En consecuencia, aquello que no pueda ser justificado mediante causas orgánicas tiende a ser clasificado dentro de la somatización, lo que mantiene la división entre lo orgánico y lo funcional que se intentaba superar (Cosci & Fava, 2015).

Por otro lado, Cosci & Fava (2015) señalan que en el DSM-5 se menciona la “conducta de enfermedad” o la “conducta anormal en relación con la enfermedad” pero omite ofrecer una definición de lo que esto significa. Esta omisión ha sido objeto de críticas ya que limita y dificulta la comprensión de los trastornos.

Mechanic y Volkart (1960) definen al comportamiento de enfermedad como las diversas formas en las cuales las personas perciben, evalúan y afrontan sus síntomas. Más adelante, Mechanic (1995) amplió esta definición, incluyendo aspectos vinculados a la forma en que las personas monitorean su estado corporal, interpretan sus síntomas, hacen suposiciones sobre las posibles causas, deciden si buscar ayuda y eligen diferentes fuentes de atención, tanto formales como informales.

Cosci y Fava (2015), a su vez, informan que en recientes revisiones, se coincide que la conducta de enfermedad varía según diversas variables asociadas a la patología, tales como el médico y la interacción que se genera entre este y el paciente. Siguiendo esta línea, Pilowsky (2000) propuso que la conducta anormal relacionada a la enfermedad se da cuando una persona mantiene una forma desadaptativa de experimentar y responder a su estado de salud, incluso después de recibir una evaluación médica positiva. Según esta perspectiva, la interacción entre el médico y el paciente es algo a considerar en la configuración del comportamiento ante la enfermedad. Debido a esto, cuando una persona desarrolla una ansiedad excesiva vinculada a su salud, cabe preguntarse si la causa de este malestar es debido al propio paciente o a un vínculo deficiente con el médico (Cosci & Fava, 2015).

A su vez, Mechanic (1995) remarca que la forma en que una persona se comporta frente a sus síntomas tiene un impacto directo en muchos aspectos: en el reconocimiento de los síntomas como señales de enfermedad, en el curso de la enfermedad, en la adherencia al tratamiento y en la respuesta al mismo. Sumado a lo anterior, algunas personas consultan al médico de inmediato ante un malestar, mientras que otras postergan la consulta, lo que puede determinar la probabilidad de reconocer a tiempo una enfermedad y de brindarle al tratamiento de forma inmediata. Además, recibir un diagnóstico puede generar respuestas psicológicas que influyen en la evolución del cuadro clínico (Sirri et al., 2013). Por todo esto, el comportamiento de enfermedad implica un factor determinante, ocupando un lugar central en la medicina psicosomática (Cosci & Fava, 2015).

A pesar de la importancia que tiene el concepto, Cosci y Fava (2015) advierten que el DSM-5 incluye sólo una parte limitada de la información necesaria para el abordaje clínico de estos casos y deja de lado factores psicológicos fundamentales. Aunque si bien

reconocen que la nueva categoría de los Trastornos de Síntomas Somáticos y Relacionados logró ciertos avances, consideran que aún no cumple con los criterios mínimos de utilidad clínica en el ámbito psicosomático. Por esta razón, los autores plantean la siguiente interrogante: ¿en qué momento una determinada manifestación del comportamiento de enfermedad debe considerarse clínicamente significativa y merecedora de atención?

5.2 Utilidad y validez clínica de la separación

Otro aspecto crítico que ha sido ampliamente discutido es la validez y utilidad de separar los diagnósticos de TSS y TAE. Bailer et al. (2016) plantean que aún no está claro si estos dos diagnósticos representan condiciones verdaderamente diferentes de la hipocondría específicamente en lo que refiere a los niveles de ansiedad por la salud y otras características similares. Debido a esto, los autores sugieren que, hasta que no existan investigaciones sobre la validez de esta diferenciación, estos cuadros deberían abordarse como manifestaciones de un mismo trastorno, aplicando así los programas de tratamiento previamente validados para la hipocondría.

En la misma línea, Axelsson y Hedman-Lagerlöf (2023), en una revisión reciente, indican que no hay evidencia suficiente que confirme la validez o la utilidad clínica de separar estos diagnósticos, ya que como se señaló en el apartado anterior, las similitudes entre ambos trastornos superan las diferencias, por lo que estos autores consideran que la distinción diagnóstica aporta una escasa orientación práctica. Además, advierten que el esfuerzo clínico que se genera para realizar la diferenciación entre el TSS y el TAE puede implicar una inversión de tiempo considerable pero poco beneficioso tanto para el tratamiento como para la planificación del mismo. Sin embargo, los autores aclaran que esto no significa que ambos diagnósticos deban fusionarse, ya que el TSS incluye subtipos distintos de ansiedad patológica por la salud.

En este contexto, Rief y Martin (2014) subrayan que la especificidad diagnóstica debería de ser aplicada de manera coherente en todo el DSM. Esto lleva a cuestionar si los TSS y la hipocondría deberían agruparse, mientras que por otro lado, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente y otros trastornos depresivos se mantienen como diagnósticos separados. De hecho Rief y Martin (2014) señalan que, aunque el objetivo del grupo de trabajo del DSM-5 sobre los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados, era limitar el número de diagnósticos y unificarlos en la categoría de TSS, en la práctica no fue posible aplicar esta estrategia por completo. Esto se debió a que varias personas que deberían haber quedado incluidas en el TSS, no cumplían con todos los criterios diagnósticos establecidos, lo que obligó a crear diagnósticos adicionales. Según los

autores esta situación puso en evidencia problemas importantes en el diseño de los criterios y la necesidad de revisarlos con mayor rigor.

5.3 Riesgo de sobrediagnóstico

Una de las críticas más frecuentes es respecto a la excesiva inclusión de los criterios diagnósticos. Rief y Martin (2014) advierten que la expansión de los criterios diagnósticos en el DSM-5 aumenta significativamente la posibilidad de sobrediagnóstico. En particular, señalan que el criterio A del TSS (véase en Tabla 4), permite que personas con una amplia variedad de síntomas físicos comunes sean diagnosticadas con el trastorno ya que no fue definido de forma precisa que umbral debe considerarse clínicamente significativo.

Según los autores, diversos estudios han demostrado que un porcentaje elevado de la población presenta síntomas somáticos durante la última semana, lo cual indica que el criterio A puede cumplirse con facilidad en gran parte de las personas. Esta situación lleva a preguntarse si el diagnóstico no se vuelve excesivamente inclusivo, captando a personas que quizás se encuentran atravesando malestares esperables o transitorios (Rief & Martin, 2014). Asimismo, en muchos casos no resulta posible determinar con certeza si un síntoma tiene una causa médica o psicológica. Esto plantea interrogantes sobre cómo deberían aplicarse los criterios diagnósticos cuando las personas niegan cualquier componente psicológico (Cao et al., 2020).

Además, al tratarse de criterios imprecisos, se aumenta el riesgo de errores diagnósticos, especialmente en contextos de atención primaria la cual usualmente se encuentra sobrecargada. En estos entornos, la aplicación de criterios vagamente definidos puede desembocar en diagnósticos incorrectos que no solo desvían la atención de los casos que requieren una intervención específica, sino que también pueden terminar exponiendo a los pacientes a tratamientos inapropiados e innecesarios. Las consecuencias de este tipo de errores no se limitan al ámbito clínico, sino que también pueden afectar en las decisiones vinculadas a distintas áreas de la vida de la persona, tales como su trabajo, sus estudios, la forma en la que la persona se percibe a sí misma, entre otros (Frances, 2013).

5.4 Estigma y factores culturales

Otro de los cuestionamientos que se le ha realizado a los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados se refiere al lenguaje diagnóstico utilizado. Cao et al. (2020) señalan que los nuevos términos adoptados en esta edición del manual no

garantizan necesariamente un lenguaje más respetuoso o menos estigmatizante que el utilizado en el DSM-4. Además, no está claro si estas denominaciones son comprendidas por los propios pacientes o si resultan prácticas para los profesionales de la salud que no se encuentran especializados en salud mental.

Por su parte Dimsdale et al. (2013) sostiene que una de las razones por las que los diagnósticos como el Trastorno de Somatización y la Hipocondría resultan tan estigmatizantes para muchos pacientes radica en la implicación errónea de que no tienen un problema real y que por lo tanto este sufrimiento resulta no genuino. Por este motivo opina que al no basar el diagnóstico de TSS en la presencia de síntomas sin explicación médica, esta categoría evita la estigmatización. Además, afirma que el término TSS es etimológicamente neutral y que, aunque el estigma psiquiátrico tiene orígenes complejos, el nuevo diagnóstico podría resultar menos estigmatizante que los usados en el DSM-4, dado que evita cuestionar la validez de los síntomas somáticos de los pacientes. Sin embargo, concluye que independientemente de la terminología seleccionada, lamentablemente los trastornos psiquiátricos en general continúan siendo percibidos como estigmatizantes.

También se han identificado limitaciones del tipo cultural que pueden afectar la aplicación de estos diagnósticos en distintos contextos. Al igual que ocurría antes, la posibilidad de realizar una evaluación adecuada y de detectar la presencia de una enfermedad médica general en personas con síntomas somáticos depende en gran medida del acceso a servicios de salud y del nivel de desarrollo del sistema sanitario al que la persona acuda. En regiones con mayor acceso a recursos tecnológicos y equipamiento médico avanzado, es más probable que se identifiquen con mayor facilidad causas orgánicas subyacentes. En cambio, en contextos de bajos recursos, las personas tienen un mayor riesgo de ser diagnosticadas con TSS aún cuando podrían estar atravesando una enfermedad física no diagnosticada, justamente por la falta de herramientas diagnósticas o información adecuada (Cao et al., 2020).

Finalmente, el DSM-5 incluye el Trastorno Facticio dentro de la categoría de los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados, una decisión que ha generado controversia. El Trastorno Facticio se caracteriza por la falsificación de ciertos signos o síntomas físicos o psicológicos, o la introducción de lesión o enfermedad. Debido a esto la persona que tiene este trastorno se muestra a sí misma como enferma o lesionada, sin existir un motivo de beneficio externo evidente. Este trastorno también puede aplicarse a otros, es decir, la persona afectada puede presentar a un individuo como enfermo frente a los demás (American Psychiatric Association, 2014). Esta inclusión, según Rief y Martin (2014) resulta provocativa ya que el grupo de trabajo del DSM-5, encargado de esta

categoría, tenía dentro de sus objetivos reducir la estigmatización vinculado a los trastornos somatomorfos, sin embargo, al agrupar al Trastorno Facticio dentro de los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados esta intención parece contradecirse. Por lo tanto, si no existen pruebas contundentes que justifiquen la incorporación del Trastorno Facticio en esta categoría, dicha decisión puede resultar ofensiva y provocadora para los pacientes que temen no ser considerados con seriedad por los profesionales de la salud, una situación que desafortunadamente ocurre de manera frecuente en la práctica clínica.

5.5 Limitaciones de implementación

Rief y Martin (2014) advierten que el simple reemplazo terminológico en los sistemas diagnósticos no asegura por sí solo una mejor comprensión o aplicación clínica de los trastornos. Todo concepto nuevo puede ser igualmente malinterpretado, tal como ocurría con los criterios antiguos. Por lo tanto, la eficacia de las nuevas categorías no dependen únicamente del cambio de nombre, sino también de cómo son difundidas por los propios profesionales de la salud y utilizadas por investigadores y clínicos en la práctica cotidiana.

Además, los autores señalan que los bajos niveles de uso de estos diagnósticos en la atención primaria no pueden atribuirse exclusivamente a sus limitaciones conceptuales. También intervienen obstáculos prácticos y comunicacionales. Una hipótesis que plantean los autores está relacionada a que quizás muchos profesionales tienen dificultades para explicar estos diagnósticos a sus pacientes, y algunos incluso tienen temor a generar conflictos o consecuencias legales por el uso incorrecto de los trastornos. Esta situación refleja que el problema no radica sólo en los términos utilizados, sino también en la forma en la que estos se comunican (Rief & Martin, 2014).

Debido a esto, Rief y Martin (2014) proponen que la solución no pasa únicamente por modificar las etiquetas diagnósticas, sino por implementar paquetes de capacitación que ayuden a mejorar la comunicación clínica. Cabe señalar, además, que este tipo de instancias formativas pueden comenzar a difundir de manera progresiva las nuevas denominaciones diagnósticas cuya adopción suele demandar un período de transición antes de que sean plenamente incorporadas por los profesionales y por la población en general.

Por otro lado, los autores consideran fundamental que los profesionales puedan explicar estos trastornos con claridad, empatía y sensibilidad, favoreciendo así que las personas comprendan y acepten el diagnóstico. Al mismo tiempo, destacan la necesidad de sensibilizar a todos los actores del sistema de salud sobre el impacto negativo de los

diagnósticos erróneos en salud mental, que son tan graves como en otras áreas clínicas (Rief & Martin, 2014).

Respecto a esto, Cao et al. (2020), también expresan dudas respecto a los beneficios reales que pueden ofrecer los cambios terminológicos introducidos en el DSM-5. Según estos autores, ni el nuevo nombre, ni las modificaciones conceptuales garantizan por sí mismos una mejora en la calidad de atención hacia las personas. En su lugar, consideran indispensable promover las investigaciones, espacios de debate y procesos de revisión antes de que se apliquen los nuevos criterios diagnósticos en la práctica clínica.

6. Reflexiones finales

El desarrollo de esta tesis me ha permitido profundizar en la literatura que aborda las discusiones en torno al DSM-5, específicamente respecto al cambio de la Hipocondría al TSS y TAE. Este proceso, a su vez, ha dado lugar a una serie de reflexiones fundamentales.

Aunque la decisión de introducir el cambio de la Hipocondría a los nuevos diagnósticos ha sido valorada positivamente debido a las diversas críticas que existían sobre la clasificación anterior, la revisión de la literatura revela que gran parte de los objetivos que motivaron a este cambio no se han logrado. Lejos de revolver las antiguas tensiones, los nuevos diagnósticos parecen haberlas heredado e incluso generando nuevas complejidades que requieren un análisis crítico y cuidados. En otras palabras, la modificación terminológica y conceptual, si bien necesaria, no ha sido suficiente para producir una transformación en la realidad clínica, lo que sugiere que el problema radica en aspectos más profundos que exceden el alcance de cambio de etiquetas.

Los nuevos diagnósticos no deben limitarse a modificaciones conceptuales. Es necesario generar diversas investigaciones empíricas sólidas que permitan validar si estas modificaciones representan un avance, un estancamiento o incluso un retroceso en la comprensión y abordaje de estos trastornos. Un cambio en el manual, por más que esté impulsado con buenas intenciones, no garantiza por sí mismo utilidad o efectividad clínica, ni asegura la resolución de los problemas que declara querer solucionar; tales resultados sólo pueden confirmarse a través de la evidencia.

La falta de precisión de los criterios diagnósticos, situación señalada reiteradamente por los autores citados en este trabajo, constituye una dificultad central. La utilización de términos como “leve” o “grave” sin una definición clara, deja un amplio margen a la interpretación de cada profesional (Axelsson et al., 2016). Esta ambigüedad no es un aspecto menor ya que representa una deficiencia que impacta de forma directa y significativa en la vida de los pacientes. Un diagnóstico impreciso puede conducir a un tratamiento inadecuado y la confianza en un tratamiento eficaz depende de la claridad y la fiabilidad del diagnóstico inicial. Además un diagnóstico erróneo puede también generar un deterioro o daño en la confianza entre el paciente y el profesional. Tal como se desarrolló en el apartado anterior, este vínculo resulta fundamental para determinar cómo la persona recibe el diagnóstico, qué información comparte con el profesional y en qué medida lo asimila de manera beneficiosa (Cosci & Fava, 2015).

En este sentido, resulta indispensable adoptar un enfoque integral e interdisciplinario para el bienestar del paciente, en el que el trabajo en equipo no sea opcional sino una necesidad. Esto implica que los profesionales conozcan tanto sus áreas de experiencia como los límites de sus conocimientos, priorizando la escucha activa, la paciencia y la empatía por encima de la rapidez diagnóstica.

Asimismo, la formación continua de los profesionales es un aspecto indiscutible. Como han señalado Rief y Martin (2014) los programas de capacitación son esenciales para garantizar que los clínicos cuenten con el conocimiento y las herramientas necesarias para responder de manera adecuada a diagnósticos complejos como el TSS y el TAE. La creación de guías prácticas y materiales educativos dirigidos a profesionales de atención primaria y especialistas constituye un paso importante para reducir la ambigüedad conceptual y favorecer la detección temprana de síntomas relevantes.

Un desafío central consiste en la integración de los factores psicológicos, sociales y culturales en el abordaje de estos trastornos. La literatura enfatiza que la conducta ante la enfermedad no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva individual, sino que debe analizarse en el marco de la interacción paciente-profesionales, el contexto social y las creencias culturales sobre la salud y la enfermedad (Cosci & Fava, 2015). Esto implica que, para optimizar la utilidad clínica de los diagnósticos es necesario desarrollar herramientas de evaluación que permitan considerar estas variables, incorporando instrumentos validados, protocolos de entrevistas y métodos que contemplen la diversidad cultural.

En síntesis considero, al igual que diversos autores, que el futuro de la psicopatología diagnóstica debe de orientarse hacia la investigación continua y un diálogo constante entre la teoría con la realidad clínica de los pacientes.

Un cambio en la estructura de un manual no garantiza por sí solo una mejora automática en la atención. La utilidad real de un diagnóstico depende tanto de su base conceptual como de la manera en la que se comunica, se interpreta y se adapta al contexto del paciente.

En este sentido el DSM-5 debe ser entendido como una herramienta en constante desarrollo, cuyo verdadero potencial dependerá del compromiso sostenido con la revisión crítica, la comunicación con los pacientes, el debate crítico y la investigación empírica (Rief & Martin, 2014; Cao et al., 2020). Solo a través de una perspectiva integradora será posible avanzar hacia un abordaje más eficaz y humano.

7. Referencias

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV* (4ª ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5a ed). Editorial Médica Panamericana.
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Wallhed Finn, D., & Hedman, E. (2016). The health preoccupation diagnostic interview: Inter-rater reliability of a structured interview for diagnostic assessment of DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(4), 259-269.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1161663>
- Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(6), 663-676.
<https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/14737167.2019.1703182>
- Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2023). Validity and clinical utility of distinguishing between DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder in pathological health anxiety: Should we close the chapter? *Journal of Psychosomatic Research*, 165. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111133>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress & Coping*, 29(2), 219-239.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>

- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., Zhang, L., Zhang, Y., Chen, H., Wu, H., Ma, X., Li, W., Ren, J., Lu, W., Müller, A.-M., & Leonhart, R. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63-71.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.010>
- Cosci, F. & Fava, G. A. (2015) The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model. *CNS Spectrums*, 21(4), 310-317. <https://doi.org/10.1017/s1092852915000760>
- Dimsdale, J.E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M., & Levenson, J. (2013). Trastorno de síntomas somáticos: Un cambio importante en el DSM. *Revista de Investigación Psicosomática*, 75(3), 223-228.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033>
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1580>
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp 65-98). Amorrortu.
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148(4), 421-431. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frostholm, L. (2018). Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: Pilot study. *JMIR Mental Health*, 5(2).
<https://doi.org/10.2196/mental.9198>
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(2).
<https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Kenhub GmbH. (2023, octubre 30). *Tálamo*. Kenhub.
<https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/talamo>
- Kikas, K., Werner-Seidler, A., Upton, E., & Newby, J. (2024). Illness anxiety disorder: A review of the current research and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 26(7), 331-339. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01507-2>

- Lipowski, Z. J. (1987) Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160-167. <https://doi.org/10.1159/000288013>
- Marangoni, A. (2009). El origen de las palabras. Etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista Argentina de Radiología*, 73(2), 149-152. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538474002>
- Martínez Di Giovanni, A. (2024, julio 31). *Ganglios basales: Iniciación y coordinación del movimiento*. Neuro-Class. <https://neuro-class.com/ganglios-basales-iniciacion-y-coordinacion-del-movimiento/>
- Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 1(2), 86-94. <https://doi.org/10.2307/2949006>
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science & Medicine*, 41(7), 1207-1216. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00025-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00025-3)
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. J., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>
- Pilowsky, I., (2000). Abnormal Illness Behaviour: 25th Anniversary Update. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 9-21. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720102>
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-36. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745>
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59-67. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter>
- Sirri, L., Fava, G. A., & Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(2), 74-81. <https://doi.org/10.1159/000343508>

- Starčević, V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 373-374.
<https://doi.org/10.1177/0004867413515058>
- Stoeter, P., Bauermann, T., Nickel, R., Corluka, L., Gawehn, J., Vucurevic, G., Vossel, G., & Egle, U. T. (2007). Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: An fMRI study. *NeuroImage*, 36(2), 418-430.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.01.052>
- Wikipedia contributors. (2025, septiembre 24). *Giro temporal superior*. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Giro_temporal_superior
- Wikipedia contributors. (2025, septiembre 24). *Lóbulo*. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/L%C3%B3bulo_%28cerebro%29
- Valonero Belmonte, J. (1997) La hipocondría: una aproximación psicoanalítica. *Clínica y Salud*, 9(2), 467-475.
- Yutzy, S. H. (2015). Somatic symptom and related disorders: Somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, and conversion disorder. En B. J. Sadock, V. A. Sadock., & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10.^a ed., pp. 1613-1632). Wolters Kluwer.