

TEMA 13:
TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN)
TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Curso académico 2010-2011

Objetivos de la clase

- Describir la epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, curso y pronóstico y criterios diagnósticos CIE-10 de los principales trastornos disociativos y somatomorfos.
- Conocer los procedimientos diagnósticos para el diagnóstico diferencial.
- Conocer las intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales así como la información a los pacientes y sus familias y criterios de derivación al especialista.

CIE – 10: TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN)

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Estupor disociativo
- Trastornos de trance y posesión
- Trastornos disociativos de la motilidad
- Convulsiones disociativas
- Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
- Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
- Otros trastornos disociativos (de conversión)
 - Síndrome de Ganser
 - T. de personalidad múltiple
- Trastornos disociativo (de conversión) sin especificación

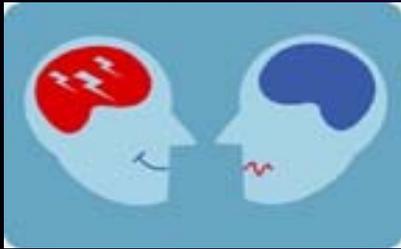
CIE – 10: TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN)

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Estupor disociativo
- Trastornos de trance y posesión
- Trastornos disociativos de la motilidad
- Convulsiones disociativas
- Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
- Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
- Otros trastornos disociativos (de conversión)
 - Síndrome de Ganser
 - T. de personalidad múltiple
- Trastornos disociativo (de conversión) sin especificación

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

- **Pérdida de la unidad del Yo en un momento determinado y/o de la identidad del Yo en el contexto biográfico**
- **Se asocian a alteraciones de la conciencia**
- **Los contenidos mentales coexisten en conciencias paralelas**
- **Las defensas disociativas ayudan a alejarse del trauma**

TRASTORNOS DISOCIATIVOS



- Rasgo común de todos los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre:
 - Ciertos recuerdos del pasado
 - La conciencia de la propia identidad
 - Ciertas sensaciones inmediatas
 - El control de los movimientos corporales
- Por lo general, es muy difícil establecer hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario.

CARACTERÍSTICAS

- **Sobreviene a menudo tras emoción intensa y penosa**
- **Aparentemente siempre obtiene algún beneficio de su síntoma (atención, cuidados)**
- **No confundir con simulación**
- **No es consciente de que sus síntomas expresen emociones**
- **Trastornos de carácter funcional**
- **Tienen un carácter lábil**
- **Pueden desaparecer y ser provocados por sugestión**
- **Pueden surgir por imitación**
- **Influencia sociocultural**

- **Mayor frecuencia en las sociedades menos industrializadas**
- **En Occidente, la prevalencia es de 3-6/1000 mujeres (mucho menos frecuente en los hombres)**



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES

- **Discrepancias obvias entre los signos y síntomas**
- **Trastornos motores**
 - Parálisis de músculos voluntarios
 - Temblor, tosco y que afecta a toda la extremidad
 - Tics
 - Trastorno de la marcha, que empeora cuando el paciente es observado
 - Convulsiones, sin pérdida de conciencia
 - Reflejos osteotendinosos y cutáneo plantar no alterados

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES

- **Trastornos sensitivos**
 - Hiperparestesia, anestesia y parestesias
 - Visión en túnel
 - Ceguera, sin alteraciones pupilares y con potenciales evocados normales
 - Sordera, con potenciales evocados normales
- **Síntomas disociativos**
 - Amnesia disociativa
 - Fuga disociativa
 - Estupor disociativo
 - Personalidad múltiple

AMNESIA DISOCIATIVA

- Incapacidad para recordar hechos de alguna relevancia para el sujeto y que le resultan desagradables
- Incidencia mayor en mujeres que varones
- El enfoque psicoanalítico lo considera una defensa contra un conflicto emocional o situación estresante
- El paciente generalmente está alerta antes y después de la amnesia
- La depresión y la ansiedad son factores predisponentes comunes
- La amnesia puede proporcionar un beneficio secundario o primario

AMNESIA DISOCIATIVA: TRATAMIENTO

- La entrevista puede aportar datos del desencadenante
- Entrevistas facilitadas con barbitúricos o benzodiacepinas de acción corta
- Hipnosis
- Una vez establecido el recuerdo, se recomienda psicoterapia para que lo integren

FUGA DISOCIATIVA

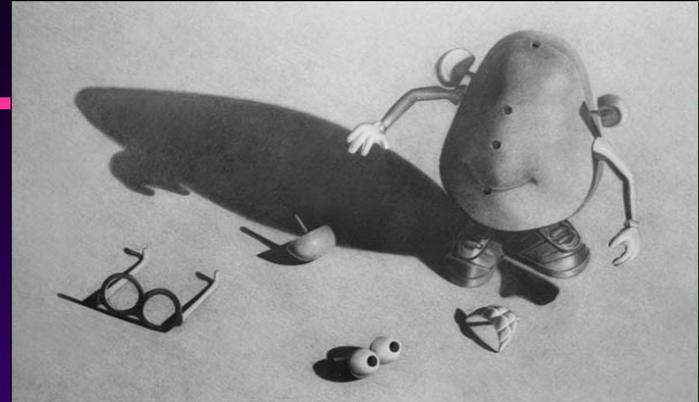
- Estado de vagabundeo asociado a pérdida de la propia identidad. Amnesia lacunar
- El comportamiento de los pacientes es atípico y dramático
- Es rara y su máxima incidencia ocurre durante las guerras, la prevalencia llega al 0,2% en la población general
- Su causa básicamente es psicológica pero, el alcoholismo puede predisponer a ella
- El comienzo debe ser repentino, los pacientes vagan como si supieran lo que están haciendo

FUGA DISOCIATIVA: TRATAMIENTO

- Es similar a la de la amnesia disociativa
- Entrevista
- Entrevista facilitada con fármacos
- Hipnosis
- La psicoterapia de elección es la psicodinámica expresiva y de apoyo

CASO CLINICO

- Abogado de 45 años, que enfrentaba una quiebra y problemas conyugales graves. Un día desapareció repentinamente de su oficina, para gran consternación de sus socios. Su mujer sospechó un hecho delictivo y lo denunció.
- Al día siguiente su automóvil fue encontrado abandonado y sin gasolina en una zona de descanso. No se supo nada de él durante un mes, hasta que acudió solo a una sala de urgencias de un hospital, a varias provincias de distancia de su hogar, sin recordar su identidad.
- Exploración NL, examen físico, tóxicos, EEG y RM normales.
- De forma progresiva, en tratamiento con psicoterapia fue recuperando su memoria, aunque tuvo una nueva fuga durante 5 días, pudiendo regresar solo a casa.



TRASTORNO POR CONVERSIÓN

- **Síntomas corporales de tipo sensitivomotor y sensorial**
- **Presentación paroxística o permanente**
- **Pérdida o modificación de una función corporal, sin lesión anatómica ni mecanismo fisiopatológico demostrables, resultado de un conflicto o de una necesidad psicológica**
- **El paciente no es consciente del origen psíquico de su trastorno**

TRASTORNO POR CONVERSIÓN

- **3-5 veces más frecuente en mujeres que en hombres**
- **Aparición preferente en adolescentes y adultos jóvenes**
- **Beneficiario primario: bloquear la ansiedad al mantener el conflicto fuera del campo de percepción del individuo**
- **Beneficiario secundario: ganancia objetiva que el paciente obtiene del síntoma**

SÍNTOMAS DEL T. POR CONVERSIÓN

Síntomas paroxísticos

- Crisis neuropáticas o epileptiformes
- Crisis sincopales
- Crisis tetánicas

Síntomas permanentes

- Trastornos motores (parálisis, parestias, temblores, contracturas)
- Trastornos de sensibilidad (anestésias, parestesias, algias)
- Representación de enfermedades corporales (bolo esofágico, embarazo histérico)

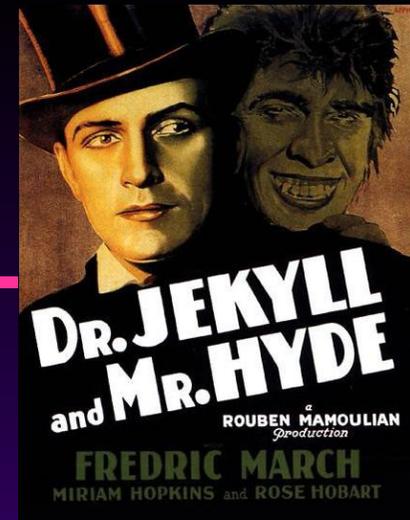


TRASTORNO POR CONVERSIÓN: TRATAMIENTO

- Los síntomas habitualmente desaparecen por si solos
- Terapia conductista o de introspección de apoyo
- El terapeuta debe ser comprensivo e inspirar confianza
- Los pacientes empeoran si se les dice que sus síntomas son imaginarios
- Hipnosis, ansiolíticos y relajación
- Amobarbital o loracepam

TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE

- Existencia de dos o más personalidades, bien delimitadas, autónomas, que se presentan de forma alternada en un mismo individuo
- Ambas personalidades son amnésicas entre sí
- Es un trastorno crónico generalmente asociado a un episodio traumático
- Los individuos con este trastorno tienen dos o más personalidades distintas
- Es el más grave de los trastornos disociativos
- De 5 – 9 mujeres por 1 hombre



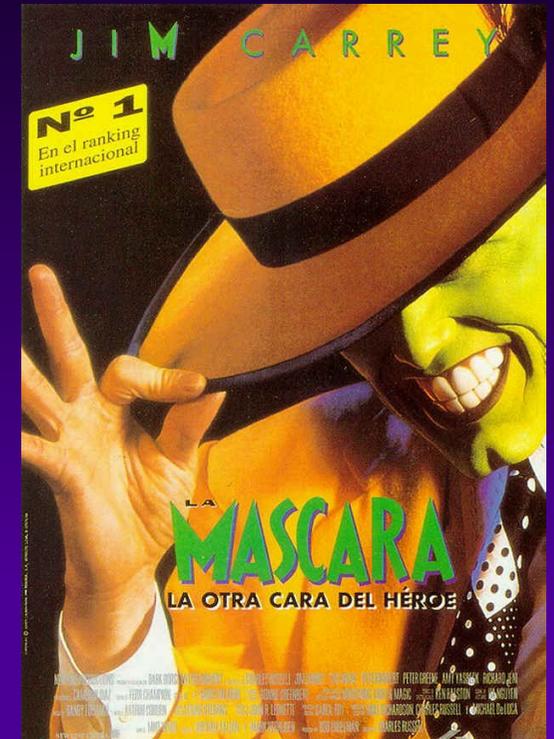
TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE: CLÍNICA

- La transición suele ser brusca
- Una personalidad generalmente tiene amnesia de las otras
- Cada personalidad contiene un conjunto de recuerdos y actitudes características
- La aparición de la otra personalidad puede facilitarse con la hipnosis
- Pueden ser de ambos sexos, edad, razas y familias diferentes



TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE: TRATAMIENTO

- Psicoterapia introspectiva
- Confirmar el diagnóstico y caracterizar las personalidades
- Si una personalidad tiene tendencias autodestructivas, se debe establecer un contrato terapéutico con las otras para protegerle
- Puede ser necesaria la hospitalización



SÍNDROME DE GANSER

- **Pseudodemencia histérica**
- **Consiste en la producción voluntaria de síntomas psiquiátricos graves**
- **Conducta absurda, con reducción del campo y del nivel de conciencia, desorientación e incapacidad para obedecer órdenes sencillas**
- **Se asocia con frecuencia a fenómenos disociativos (amnesia, fuga, alteraciones de la percepción)**
- **Es más común en hombres y reclusos**
- **La recuperación es repentina y los pacientes aseguran que no recuerdan lo sucedido**

INFORMACIÓN ESENCIAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- Los síntomas orgánicos o neurológicos pueden no tener causa orgánica; pueden ser ocasionados por el estrés.
- Los síntomas suelen desaparecer rápidamente sin dejar secuelas.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PACIENTES Y SUS FAMILIARES

- Animar al paciente a identificar las situaciones estresantes o dificultades recientes.
- Dar al paciente soluciones positivas para su mejoría sin reforzar los síntomas.
- Recomendar pequeños períodos de descanso y de alivio del estrés.
- Desaconsejar un período prolongado de descanso o la retirada de las actividades habituales.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

CIE-10

***Soma*: cuerpo.**
Extenso grupo de enfermedades con síntomas y signos corporales como componente principal.

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno Hipocondriaco (Trastorno dismórfico corporal)
- Disfunción vegetativa somatomorfa
- Trastorno de dolor persistente somatomorfo
- Otros trastornos somatomorfos

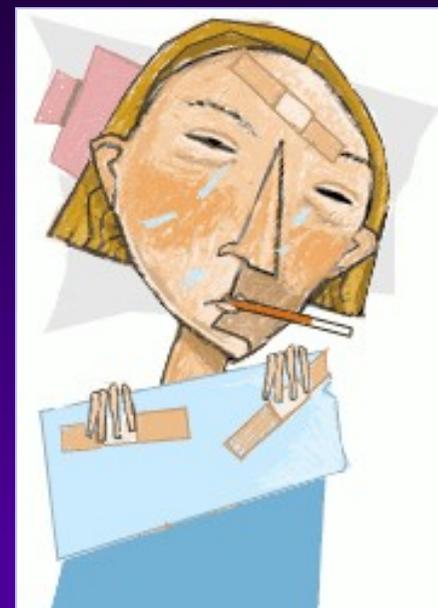
TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- **Síndrome de Briquet**
- **Historia de múltiples síntomas físicos o creencia de estar enfermo**
- **Multiplicidad de malestares**
- **Comienzo antes de los 30 años. Crónico y por lo general discapacitante**
- **Forma predominante en mujeres**
- **0.2-2% mujeres y 0.2% varones en población general**



TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- **Quejas somáticas múltiples, vagas y cambiantes:** cefaleas, náuseas, disfagia, dolor en extremidades, astenia, sensación de ahogo, pérdida de la voz, dismenorrea, anorgasmia, dispareunia
- **Manifestaciones de tipo disfórico:** ansiedad, depresión, irritabilidad
- **Gran comorbilidad**
- **Crónico**



TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- **Etiología:**
 - **Factores psicosociales**
 - **Factores neuropsicológicos**
 - **Factores biológicos**



TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- **Diagnóstico diferencial:**
 - **Enfermedades médicas no psiquiátricas (esclerosis múltiple, miastenia, lupus, SIDA, porfiria, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo)**
 - **Trastorno depresivo mayor**
 - **Trastorno de ansiedad generalizada**
 - **Trastorno de pánico**
 - **Esquizofrenia**



TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- **Tratamiento:**
 - **Único profesional**
 - **Evitar, si es posible, pruebas de laboratorio y otras exploraciones invasivas**
 - **Indagar sobre expresiones emocionales**
 - **Desarrollar estrategias alternativas**
 - **Tratamiento de la comorbilidad**



TRASTORNO HIPOCONDRIACO

- Es la preocupación de una persona junto con el miedo a contraer una enfermedad grave o sufrirla



TRASTORNO HIPOCONDRIACO

- Hipocondría deriva de “hipocondrio” (por debajo de las costillas) y refleja los habituales síntomas abdominales de muchos pacientes
- Se genera por interpretaciones irreales o imprecisas de las sensaciones o síntomas físicos sin detectar causa médica alguna
- Afecta por igual a hombres que a mujeres
- Es más frecuente entre los 20 y 30 años

TRASTORNO HIPOCONDRIACO

- El 80% de los pacientes puede sufrir también de trastornos depresivos o de ansiedad
- Creen que sufren una enfermedad grave que aún no ha sido detectada
- Con el tiempo pueden transferir la idea a otra enfermedad
- No se les puede persuadir de lo contrario



TRASTORNO HIPOCONDRIACO: TRATAMIENTO

- Los pacientes se resisten al tratamiento psiquiátrico
- Se dirige a reducir el estrés y a sobrellevar una enfermedad crónica
- Cognitiva, conductista, introspectiva
- Las exploraciones físicas regulares ayudan al paciente a no sentirse abandonado, pero no deben realizarse pruebas invasivas
- Tratamiento farmacológico para la comorbilidad

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

- Los pacientes con este trastorno tienen un sentimiento generalizado subjetivo de fealdad en algún aspecto de su apariencia, a pesar de que ésta sea normal o casi normal



TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

- En la CIE-10 se incluye en el trastorno hipocondriaco F45.2
- La característica central es la firme creencia o el miedo de la persona de no ser atractiva
- La edad más frecuente de aparición es entre los 15 y 30 años y afecta algo más a las mujeres que a los hombres
- Más del 90% de estos pacientes han tenido comorbilidad de depresión, 70% ansiedad y 30% un trastorno psicótico

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: TRATAMIENTO

- Es insatisfactorio el tratamiento quirúrgico, dermatológico, odontológico o de otro tipo
- Los fármacos serotoninérgicos disminuyen los síntomas en un 50% (clomipramina y fluoxetina)
- Tratamiento de la comorbilidad
- Cirugía plástica: sólo el 2% de estos pacientes presentan la enfermedad. Eliminación de bolsas faciales, papadas, arrugas, reducción o aumento de las mamas y aumento del tamaño del pene, entre otros

TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE (CIE-10)

- Presencia de dolor continuo
- Grave y molesto
- En cualquier parte del cuerpo
- No puede ser explicado
- Es el foco principal de la atención del paciente



TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE

- Dos veces más entre mujeres
- La edad pico de aparición es en la cuarta y quinta década de la vida
- Los familiares directos tienen mayor probabilidad de sufrir el trastorno
- El déficit de endorfinas parece estar relacionado con el aumento de los estímulos sensitivos aferentes

TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE: TRATAMIENTO

- Los analgésicos no suelen ser útiles en la mayoría de los pacientes
- Los ADT y los ISRS son los fármacos con la mayor eficacia
- La psicoterapia psicodinámica puede ser beneficiosa
- Programas de control del dolor

INFORMACIÓN ESENCIAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- **El estrés a menudo provoca síntomas físicos.**
- **Centrarse en solucionar los síntomas, no en descubrir sus causas.**
- **El objetivo es poder vivir lo mejor posible aún sin curación.**

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PACIENTES Y SUS FAMILIARES

- **Reconocer que los síntomas físicos del paciente son reales.**
- **Preguntar al paciente qué cree que le provoca los síntomas y los miedos.**
- **Ofrecer una explicación apropiada para eliminar los temores.**
- **Analizar con el paciente las alteraciones emocionales.**
- **La relajación puede aliviar los síntomas.**
- **Animarle a realizar ejercicio y actividades de ocio. No esperar a la remisión de síntomas para reanudar actividades.**
- **Las consultas periódicas pueden prevenir que el paciente acuda frecuentemente a los servicios de urgencia.**

TRASTORNOS SOMATOMORFOS. CRITERIOS DERIVACIÓN

- Casos refractarios
- Sospecha de comorbilidad
- Diagnóstico diferencial
- Ideación suicida

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

“Las quejas no son imaginarias”

Charles Beard, 1811



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

FUENTENEbro F. y VÁZQUEZ, C.: Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. McGraw-Hill. Interamericana de España. Madrid 1990.

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

VALLEJO RUILOBA, J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Masson. Barcelona. 2006.