

# Trastornos disociativos

Dr. Ricardo Ortega Pineda



# TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento.

Incluye los siguientes trastornos:

- ↳ Despersonalización/desrealización
- ↳ Amnesia disociativa
- ↳ Trastorno de identidad disociativo.

Aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas.



# Trastorno de Despersonalización/Desrealización



persistente o recurrente, de desapego o distanciamiento respecto al propio yo.

Sensación como un autómeta o contemplarse a sí mismo como en

de irrealidad en relación con el entorno o verse separado de este.

Sensación de estar dormido o

muerto.



# Criterios diagnósticos del DSM-5

- A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
  - 1. **Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento, o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo y embotamiento emocional y/o físico).
  - 2. **Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).
- B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

# SÍNTOMAS DESPERSONALIZACIÓN

- ↻ Sentimientos de que es un observador externo de sus pensamientos, sentimientos, cuerpo o partes del cuerpo.
- ↻ Sensación de que es como un robot o no tiene control del habla o de los movimientos
- ↻ La sensación de que el cuerpo, las piernas o los brazos parecen distorsionados, agrandados o encogidos, o que la cabeza está envuelta en algodón
- ↻ Entumecimiento emocional o físico de los sentidos o las respuestas al mundo que lo rodea
- ↻ Sensación de que los recuerdos carecen de emoción y que pueden o no ser tus propios recuerdos

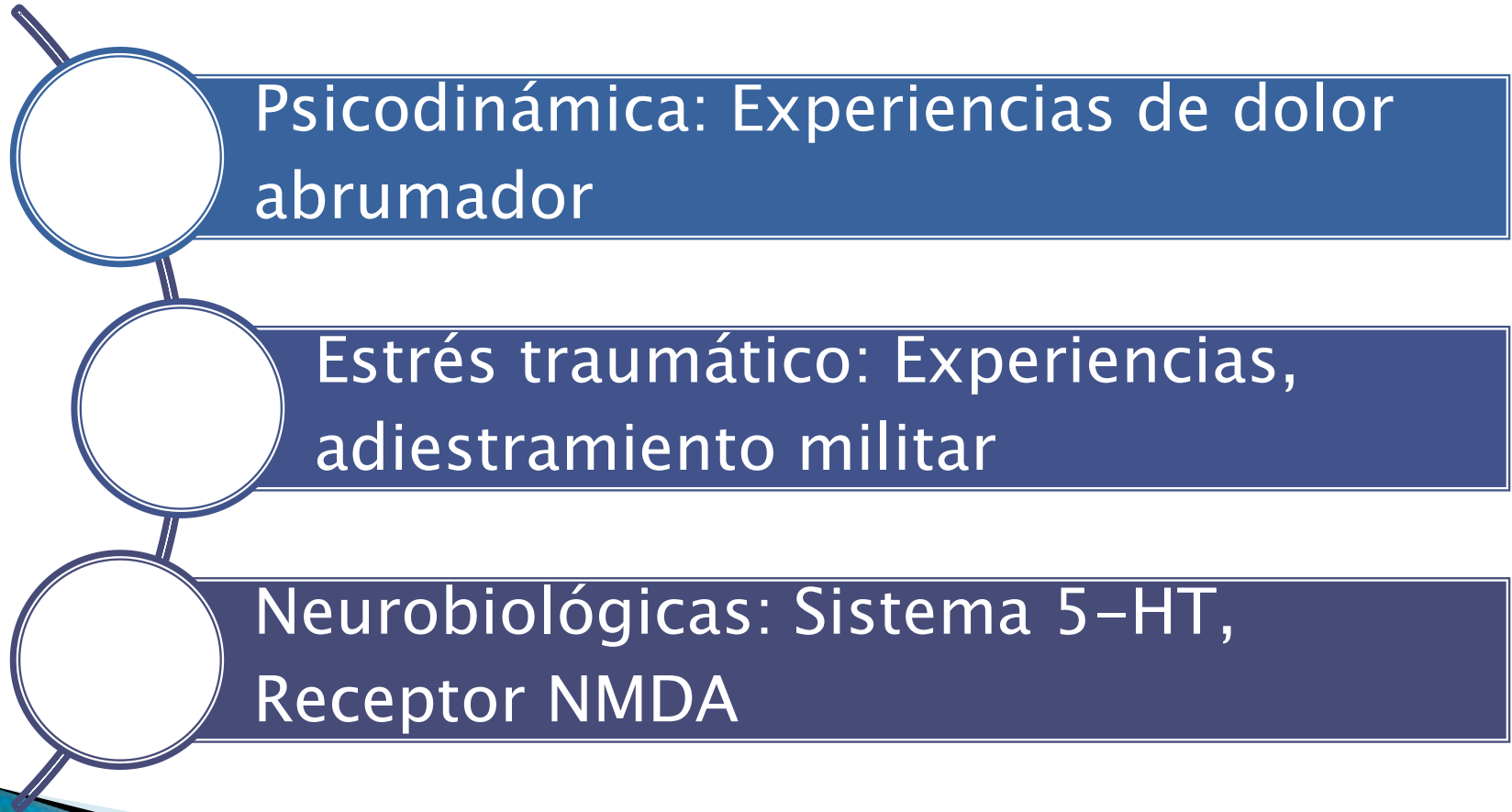
# SÍNTOMAS DE DESREALIZACIÓN

- ↵ Sentimientos de estar aislado o no familiarizado con el entorno, por ejemplo, como si estuviera viviendo en una película o en un sueño
- ↵ Sentirte emocionalmente desconectado de las personas que te importan, como si estuviera separado de ellas por una pared de cristal
- ↵ Entorno que parece distorsionado, borroso, incoloro, bidimensional o artificial, o una consciencia y claridad intensificadas del entorno.
- ↵ Distorsiones en la percepción del tiempo, como sentir que acontecimientos recientes son distantes en el pasado.
- ↵ Distorsiones de la distancia, el tamaño y la forma de los objetos.

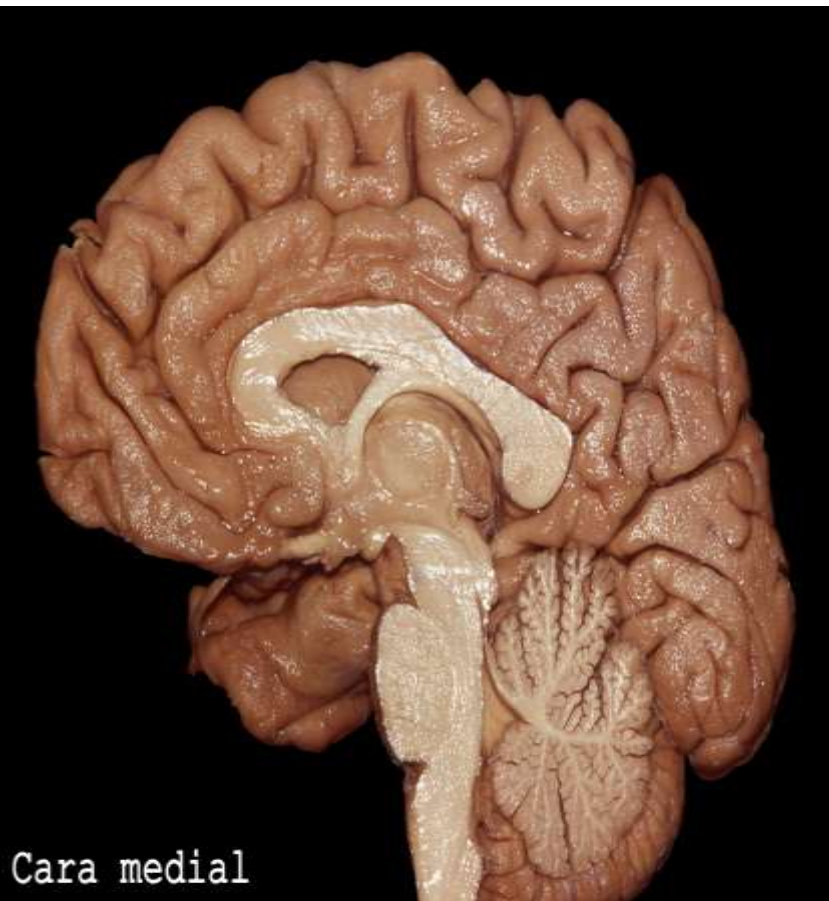
# Epidemiología

- 3er lugar entre síntomas psiquiátricos
- Habitual en pacientes con epilepsia, migraña, consumo de drogas
- Después de meditación, hipnosis, TCE leve
- 2-4 veces más en mujeres

# Etiología

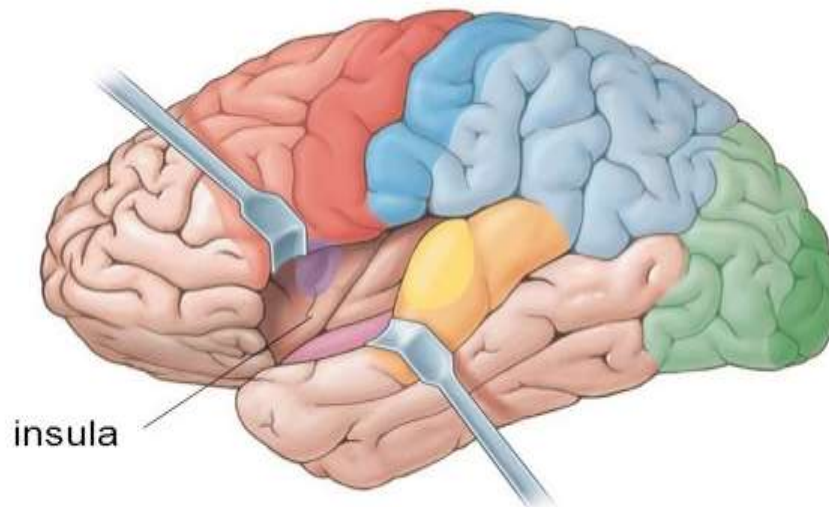




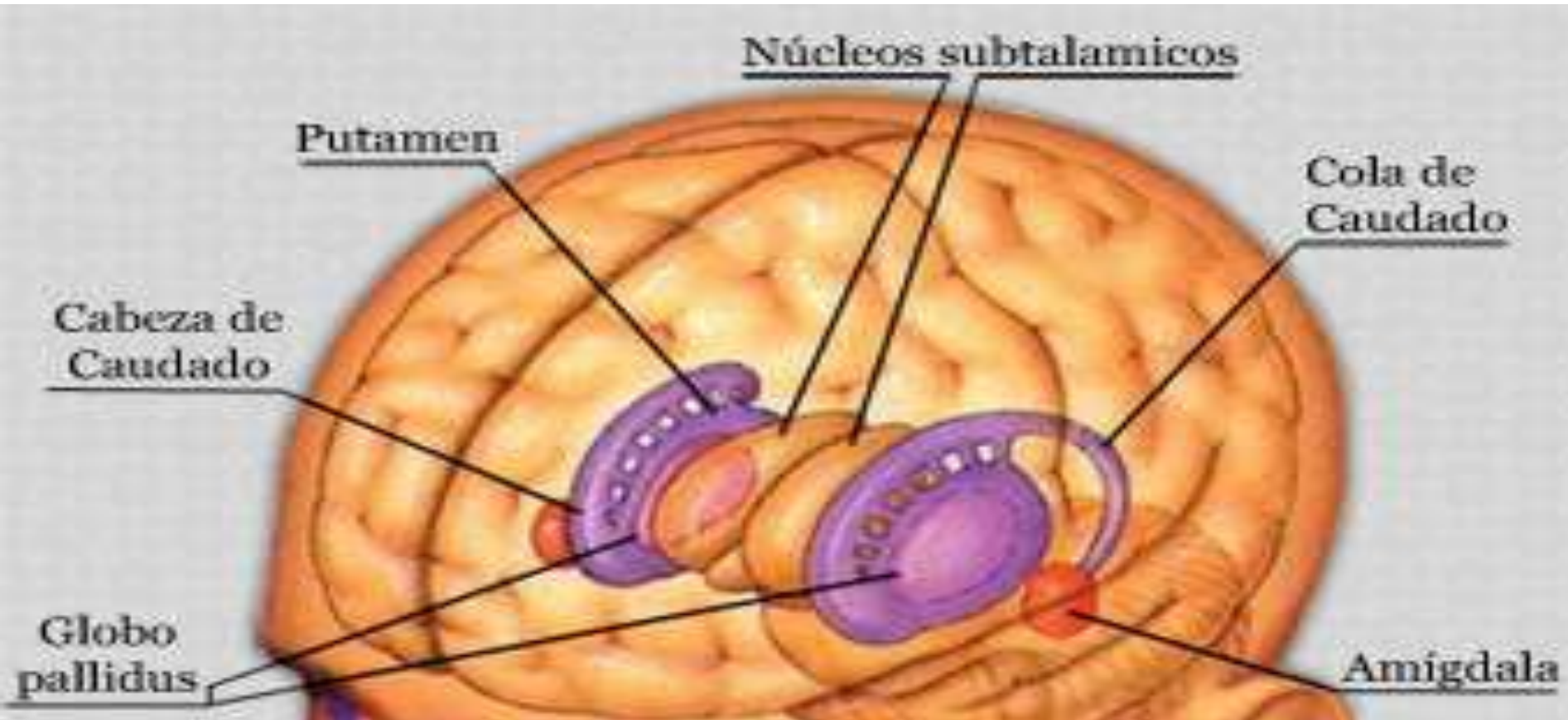


- ▶ Al revivir sus experiencias traumáticas → ↓ activación mPFC, ACC y tálamo.
- ▶ Edo. disociativo → ↑ mPFC, ACC, circunvolución frontal medial e inferior, circunvoluciones temporales superior y media, lóbulo occipital y lóbulo parietal durante la provocación de síntomas.
  - Sobremodular las emociones.

- ▶ La disociación se correlacionó con actividad CPFm izquierda y negativamente con la activación de la ínsula anterior derecha.
- ▶ La gravedad se correlacionó positivamente con actividad en CT superior derecha.
  - Los pacientes presentan síntomas disociativos en respuesta a la estimulación de la circunvolución temporal superior y media durante la neuroqrx.

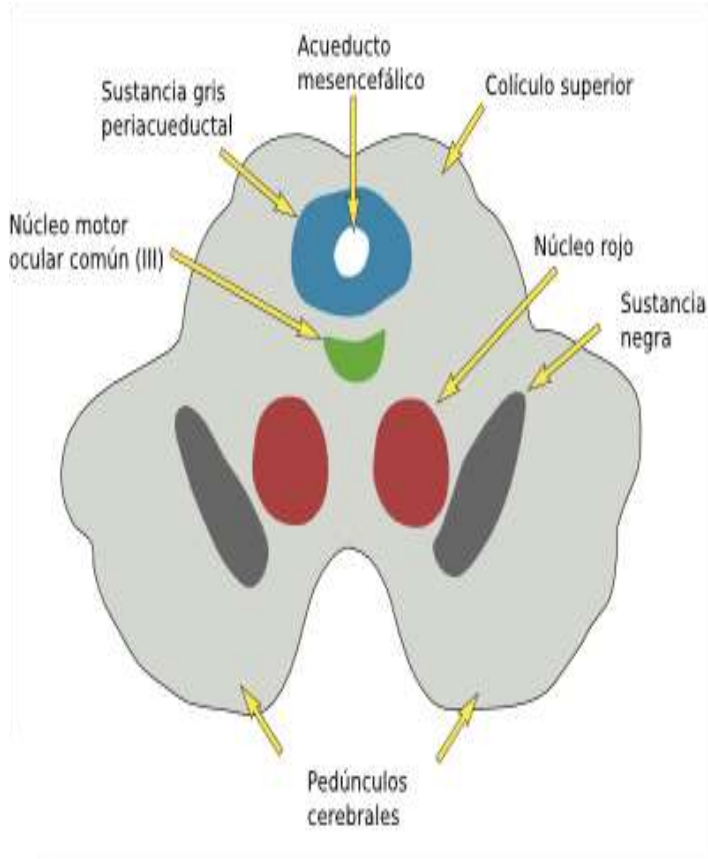


- ▶ fMRI compararon patrones de activación cerebral de dos grupos de pacientes con puntajes de disociación altos y bajos.
  - Procesamiento del miedo; pacientes disociación altas → activación mejorada de vmPFC en comparación con los bajos.
- ▶ La disociación se correlacionó ↓ actividad en amígdala derecha y putamen izquierdo durante la analgesia inducida.



- ▶ La gravedad se relacionó con el volumen de materia gris en la circunvolución frontal media derecha que regula a la baja de la excitación emocional.
- ▶ CMA, BLA y PAG contribuyen al procesamiento del miedo.
  - BLA inhibición ↓ del mPFC responsable de evaluar la información sensorial y procesamiento a través de proyecciones al tálamo, cuerpo estriado y PFC.
  - CMA activación de nocicepción y ejecución del miedo de proyecciones al PAG.

▶ **PAG y sus subregiones contribuyen a las respuestas autónomas asociadas con el miedo.**



- PAG dorsolateral y lateral activación del SNS en respuesta a amenaza y respuestas de defensa.
- PAG ventrolateral (vl-PAG) sirve como "freno" para el dl-PAG y l-PAG, se asocia con respuestas defensivas pasivas y activación del SNP.

# Vías de desarrollo desregulación emocional

- ▶ Abuso de inicio temprano → mayores síntomas disociativos.
  - Estrategia de defensa ante experiencias aversivas.
- ▶ Angustia + Reactividad fisiológica + NT + NH = mPFC, amígdala e hipocampo.
- ▶ Desarrollo neurológico inadecuado de sistemas reguladores.
  - Desregulación emocional e incapacidad de regular la excitación fisiológica ante eventos traumáticos.

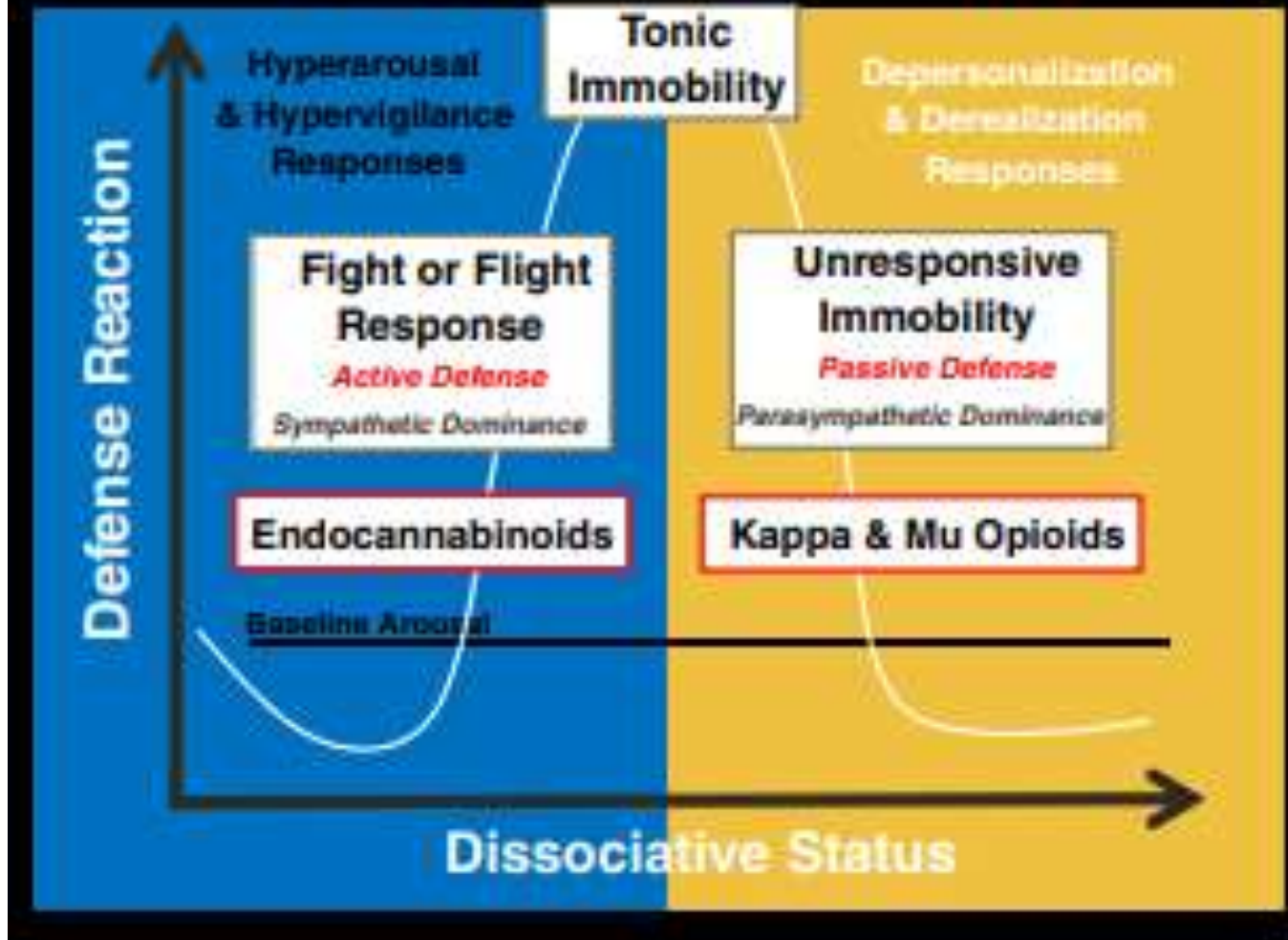
# Cascada de disociación y defensa

- ▶ Respuestas defensivas por vías neurales del PAG, hipotálamo, amígdala y núcleos simpático/vagal.
- ▶ La lucha o huida se asocia con la analgesia mediada por endocannabinoides a través del I-PAG.
- ▶ La inmovilidad tónica se asocia con la activación del SNP y analgesia mediada por opioides.
  - ↓ de la conciencia del organismo de los estímulos sensoriales
  - “Cierre” temporal eficaz de la actividad del SNC a través de la desaferenciación cortical funcional del tálamo.

# Defense Cascade Model

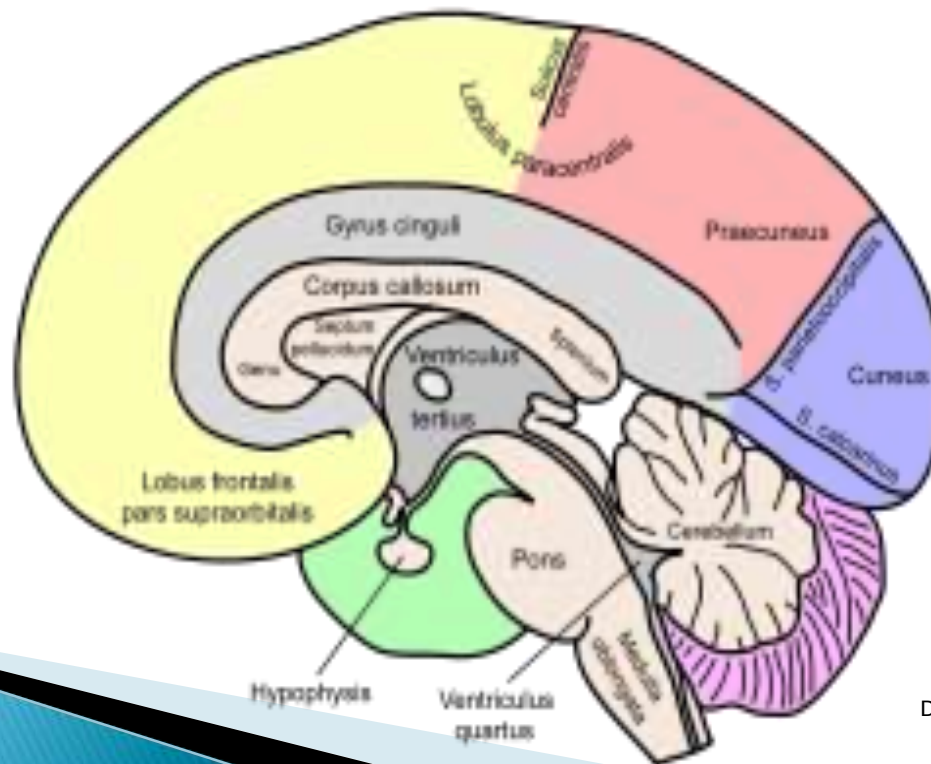
Dorsolateral PAG Mediated

Ventrolateral PAG Mediated





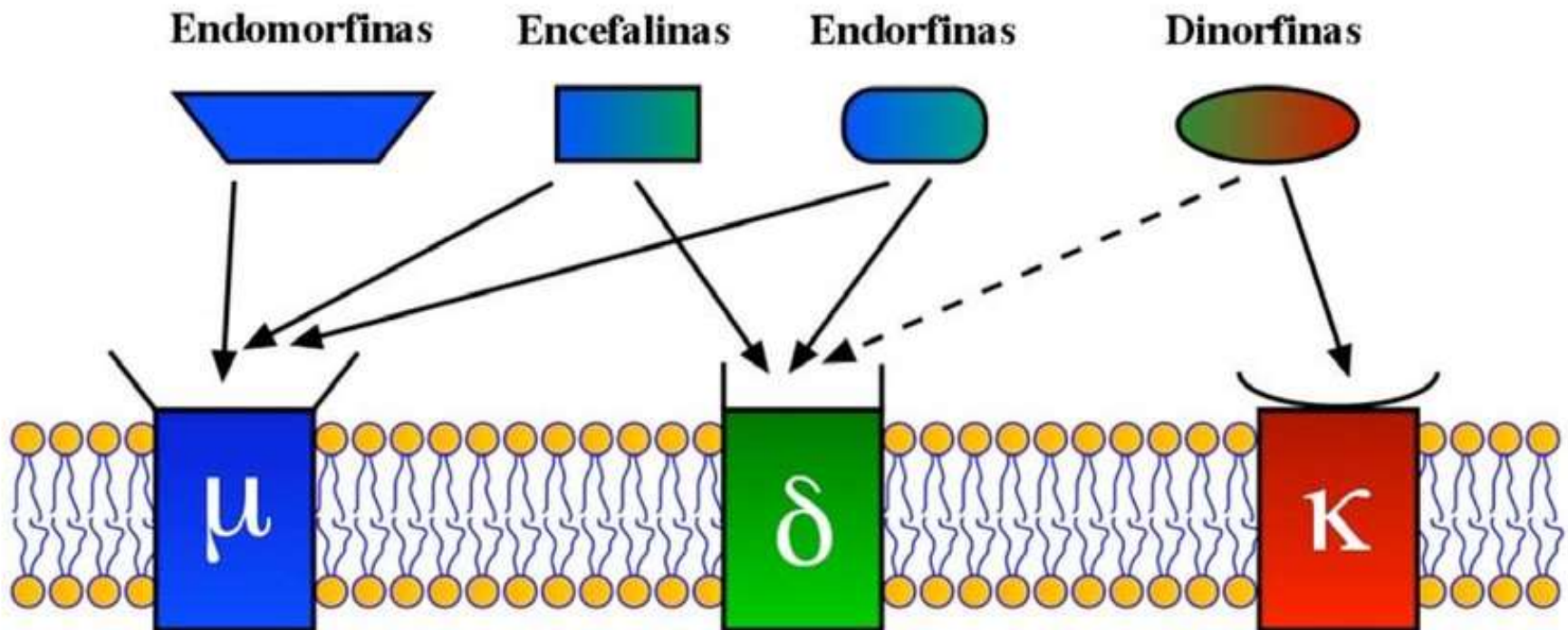
- ▶ Cuando se percibe la amenaza inminente → defensivas activas impulsadas por estructuras subcorticales (dACC y PAG) asoc. con ↓ CPF.
- ▶ ↑ CPF se asocia con una respuesta ↓ regiones subcorticales (PAG y amígdala) → respuestas defensivas pasivas cuando la amenaza se considera ineludible.



El sistema opioide mu como el kappa pueden estar involucrados en reacciones disociativas y cascada de defensa.

Opioide mu relacionado con efectos analgésicos.

Opioide kappa responsable de alteraciones en la conciencia y disforia.

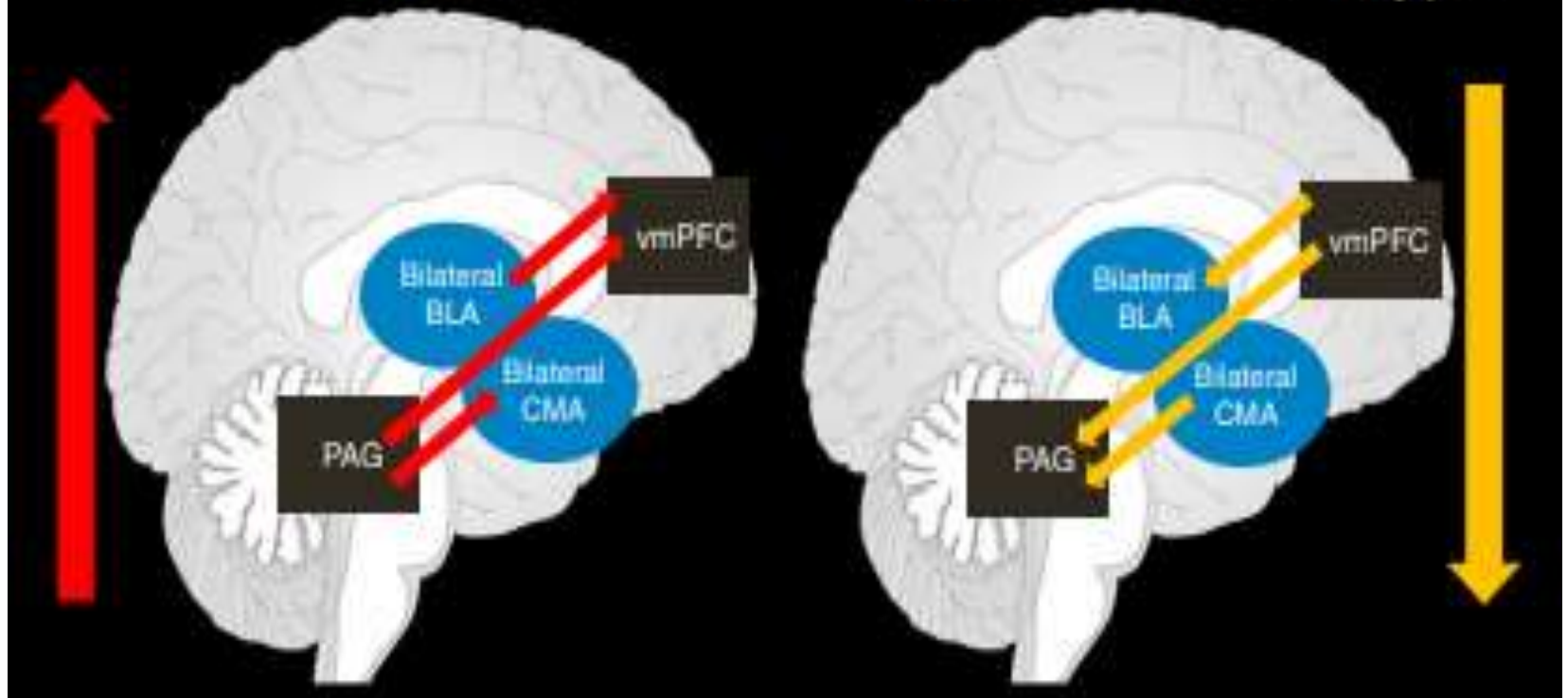


- ▶ “Desconexión” de regiones cortico-límbicas → despersonalización.
  - Entumecimiento, analgesia, hipervigilancia y vacío de pensamientos.
  - ↑ CPFm y dl directa e indirectamente a través de CA.
  
- ▶ Los disociativos ↑ actividad en áreas de regulación emocional, modulación de excitación y filtrado sensorial.
  - Circunvolución frontal medial e inferior, CA, circunvolución temporal media, precuneus.

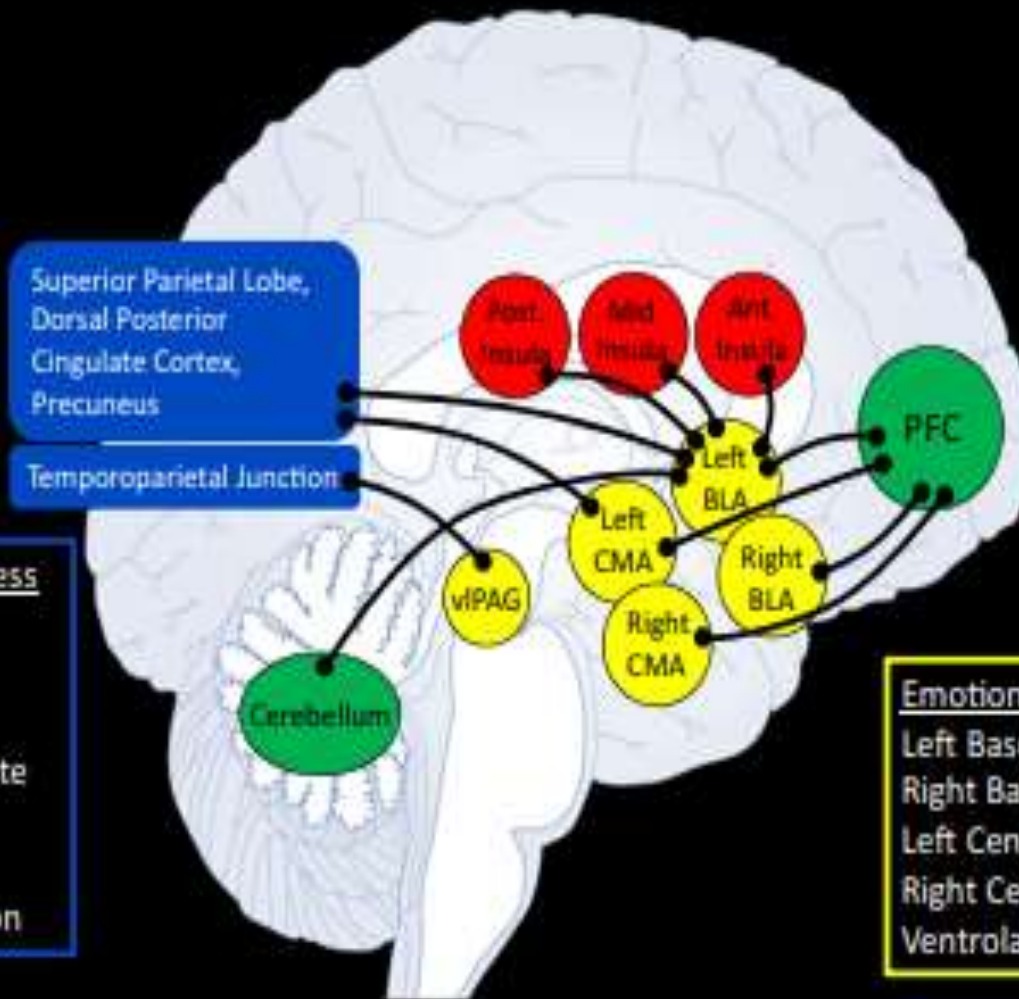
# Directionality of Connectivity

*PTSD*

*Dissociative Subtype*



# Patterns of Increased Connectivity in the Dissociative Subtype versus PTSD



Interoceptive Awareness  
 Anterior Insula\*  
 Mid Insula\*  
 Posterior Insula\*

Emotion Regulation  
 PFC  
 Cerebellum (Lobule VI/Crus I)

Emotion Reactivity & Response  
 Left Basolateral Amygdala\*  
 Right Basolateral Amygdala\*  
 Left Centromedial Amygdala\*  
 Right Centromedial Amygdala\*  
 Ventrolateral Periaqueductal Gray\*

Superior Parietal Lobe,  
 Dorsal Posterior  
 Cingulate Cortex,  
 Precuneus  
 Temporoparietal Junction

Consciousness, Awareness  
 of Bodily Self &  
 Proprioception  
 Superior Parietal Lobe  
 Dorsal Posterior Cingulate  
 Cortex  
 Precuneus  
 Temporoparietal Junction

Cerebellum

Ant. Insula  
 Mid Insula  
 Post. Insula  
 Left BLA  
 Right BLA  
 Left CMA  
 Right CMA  
 vIPAG

PFC

# Diagnóstico y cuadro clínico

Sensación de:



Dificultad para expresar sentimientos

# Diagnostico diferencial



Enfermedad médica o neurológica



Intoxicación o la abstinencia de sustancias ilegales



Efecto secundario de medicamentos



Asociarse con crisis de angustia, fobias, TEPT o trastorno de estrés agudo, esquizofrenia u otro trastorno disociativo.

# Tratamiento



Farmacológico: antidepresivos, antipsicóticos...etc.



Psicoterapia



Estrategias de manejo del estrés



Reducción de la estimulación sensitiva



Técnicas de relajación y el ejercicio físico



# TRATAMIENTO

La **psicoterapia** psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual han demostrado eficacia en algunos casos. También debe tratarse cualquier estado de tensión emocional que actuara como desencadenante de los síntomas o que pudiera haber contribuido al desarrollo del trastorno de despersonalización/desrealización.

Los **ansiolíticos** y los **antidepresivos** son útiles en algunos casos, fundamentalmente porque alivian la ansiedad o la depresión, presentes en muchas de las personas con trastorno de despersonalización/desrealización.

# AMNESIA DISOCIATIVA


Se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con los olvidos normales (por lo general relacionada con el traumatismo o el estrés) . Puede ser localizada, selectiva o generalizada.

Algunos individuos con amnesia se dan cuenta rápidamente del tiempo perdido o del vacío en su memoria , pero la mayoría son incapaces de reconocer su amnesia.



Cuando la amnesia disociativa comienza a remitir , pueden surgir una amplia variedad de fenómenos afectivos: disforia, pena, rabia, vergüenza, culpa, conflictos y alteraciones psicológicas, etc.

Muchos individuos desarrollan TEPT en algún momento de su vida, especialmente cuando los antecedentes traumáticos de su amnesia regresan a la conciencia.



# DEFINICIÓN

- ▶ La amnesia disociativa es un tipo de trastorno disociativo que;
  - Involucra una incapacidad para recordar una información personal importante que en forma típica no se olvidaría.
  - Generalmente es causada por un traumatismos o estrés.
  - El diagnóstico se basa en la anamnesis, después de haber descartado otras causas. El tratamiento se basa en psicoterapia, a veces combinada con hipnosis o entrevistas facilitadas por fármacos.

# EPIDEMIOLOGÍA

- ▶ Es probable que la amnesia disociativa sea subdetectada.
- ▶ La prevalencia no está bien establecida; en un pequeño estudio de la comunidad de Estados Unidos, la prevalencia de 12 meses fue del 1,8% (1% en los hombres; 2,6% en las mujeres).

# ETIOLOGÍA

- ▶ Parece deberse a experiencias traumáticas o estresantes que se sufren o se presencian (p. ej., abuso físico o sexual, violación, combate, genocidio, desastres naturales, muerte de los seres queridos, problemas económicos graves)
- ▶ o a un conflicto interno enorme (p. ej., confusión porque los remordimientos o las acciones lo atormentan, problemas interpersonales aparentemente irresolubles, conductas criminales).

# CUADRO CLÍNICO

- ▶ El síntoma principal de la amnesia disociativa es pérdida de memoria que no se considera un olvido normal.
- ▶ Localizada
- ▶ Selectiva
- ▶ Generalizada
- ▶ En raras ocasiones, la amnesia disociativa se acompaña de viajes con un propósito o deambulación desconcertada, llamada fuga (de la palabra latina fugere "huir")

- ▶ **LA AMNESIA LOCALIZADA** → Implica ser incapaz de recordar un evento o eventos específicos o en un período específico;
- lagunas en la memoria suelen estar relacionados con un trauma o estrés. Por ejemplo, los pacientes pueden olvidar los meses o años de haber sido abusados de niños o los días transcurridos en un intenso combate.
- La amnesia puede no manifestarse durante horas, días o más tiempo después del período traumático.
- el período olvidado, que puede oscilar entre minutos y décadas, está claramente delimitado.
- Por lo general, los pacientes experimentan uno o más episodios de pérdida de memoria.



▶ **LA AMNESIA SELECTIVA**

→ Implica olvidar solamente algunos de los eventos durante un cierto período o solo una parte de un evento traumático.

{ Los pacientes pueden tener tanto amnesia localizada como selectiva. }

- ▶ **LA AMNESIA GENERALIZADA**
- ▶ → Pacientes olvidan su identidad y la historia de su vida
- ▶ P. ej: Quiénes son, a dónde fueron, a quién le hablaron y lo que hicieron, lo que dijeron, pensaron, experimentaron y sintieron.
- ▶ Algunos pacientes ya no pueden acceder a las habilidades bien aprendidas y pierden la información que tenían sobre el mundo.
- ▶ La amnesia disociativa generalizada es rara; es más común entre los veteranos de guerra, las personas que han sido agredidas sexualmente, y las personas que experimentan un estrés o un conflicto extremo.
- ▶ El inicio suele ser súbito.

- ▶ **AMNESIA SISTEMATIZADO** → Los pacientes se olvidan de la información en una categoría específica, como toda la información acerca de una persona en particular o sobre su familia.
- ▶ **LA AMNESIA CONTINUA** → Los pacientes olvidan cada nuevo evento cuando se produce.

- ▶ La mayoría de los pacientes son parcial o completamente conscientes de que tienen lagunas en su memoria.
  - Lo advierten solo cuando se pierde la identidad personal o cuando las circunstancias se lo indican—por ejemplo, cuando los demás les dicen o les preguntan acerca de eventos que no pueden recordar.
- ▶ Los pacientes que son visitados poco después de comenzar la amnesia pueden aparecer confusos.
- ▶ Algunos están muy angustiados y otros se muestran indiferentes.
- ▶ Los pacientes tienen dificultades para formar y mantener relaciones.

- ▶ Algunos pacientes informan recuerdos disociativos, como ocurre en el trastorno de estrés postraumático (TEPT); los recuerdos disociativos pueden alternarse con amnesia de los contenidos de estos recuerdos.
- ▶ Algunos pacientes desarrollan trastorno de estrés postraumático más adelante, sobre todo cuando se dan cuenta de los eventos traumáticos o estresantes que han activado su amnesia.
- ▶ Los síntomas depresivos y neurológicos funcionales son comunes, → los comportamientos suicidas y otros autodestructivos.
- ▶ El riesgo de comportamiento suicida puede aumentar cuando la amnesia se resuelve de repente y los pacientes se ven abrumados por los recuerdos traumáticos.

# FUGA DISOCIATIVA

- ▶ La fuga disociativa es un fenómeno raro que a veces se produce en la amnesia disociativa.
- ▶ La fuga disociativa con frecuencia se manifiesta con
- ▶ Viaje súbito, inesperado y sin propósito lejos del hogar
- ▶ Deambulación desconcertada
- ▶ Los pacientes, que han perdido su identidad habitual, dejan su familia y trabajo. Una fuga puede durar entre horas y meses, en ocasiones más tiempo. Si la fuga es breve, puede parecer simplemente que han perdido parte del trabajo o llegan tarde a su casa. Si la fuga tiene una duración de varios días o más, pueden viajar lejos de su casa, asumir un nuevo nombre e identidad, y comenzar un nuevo trabajo, sin darse cuenta del cambio en su vida.

- ▶ Muchas fugas parecen representar el cumplimiento de un deseo oculto o el único medio permisible de escapar de un estrés grave o la vergüenza, sobre todo en las personas con una consciencia rígida. Por ejemplo, un ejecutivo con problemas financieros abandona su vida agitada y vive como peón de labranza en el campo.

- ▶ Durante la fuga, los pacientes parecen actuar normalmente o solo presentan una confusión leve.
- ▶ Sin embargo, cuando termina la fuga, los pacientes refieren encontrarse de pronto en la nueva situación sin memoria de cómo llegaron a estar allí o lo que han estado haciendo.
- ▶ A menudo se sienten vergüenza, incomodidad, dolor y/o depresión.
- ▶ Miedo, sobre todo si no pueden recordar lo que sucedió durante la fuga.
- ▶ Estas manifestaciones pueden llevarlos a consultar a autoridades médicas o legales.



- ▶ La mayoría de las personas eventualmente recuerdan su identidad y su vida pasada, aunque recordar puede ser un proceso largo; muy pocos no recuerdan nada o casi nada acerca de su pasado indefinidamente.

Un estado de fuga no se diagnostica hasta que el paciente vuelve bruscamente a su identidad previa y se angustia al encontrarse en circunstancias poco familiares. El diagnóstico en general es retrospectivo y se basa en la documentación de las circunstancias antes y durante el viaje

# DIAGNÓSTICO

- ▶ Criterios clínicos
  - ▶ Es clínico y se basa en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5).
  - ▶ Los pacientes no pueden recordar información personal importante (por lo general relacionada con el traumatismo o el estrés) que en forma típica no sería olvidada.
- Los síntomas provocan fuerte malestar o deterioran de manera significativa el funcionamiento social u ocupacional.

- ▶ Además, los síntomas NO pueden ser explicados por los efectos de un fármaco u otro trastorno (convulsiones parciales complejas, abuso de sustancias, traumatismo encefálico, TEPT, otro trastorno disociativo).
- ▶ El diagnóstico requiere un examen físico general y psiquiátrico para descartar otras posibles causas. La evaluación inicial debe incluir
- ▶ RM → para descartar causas estructurales
- ▶ EEG → para descartar un trastorno convulsivo
- ▶ Análisis de sangre y orina para descartar posibles causas tóxicas, uso de drogas ilícitas
- ▶ Las pruebas psicológicas pueden ayudar a caracterizar mejor la naturaleza de las experiencias disociativas.

# TRATAMIENTO

- ▶ Para recuperar la memoria, un entorno de apoyo y algunas veces hipnosis o un estado semihipnótico inducido por fármacos
- ▶ Psicoterapia para manejar los problemas asociados con las memorias recuperadas de eventos traumáticos o estresantes

- ▶ Una vez disipada la amnesia, el tratamiento continúa:
- ▶ Dar un significado al trauma o al conflicto subyacente
- ▶ Resolver los problemas asociados con el episodio amnésico
- ▶ Permitir a los pacientes continuar con su vida

- ▶ Si los pacientes han experimentado una fuga disociativa, se puede utilizar psicoterapia, a veces combinada con hipnosis o entrevistas facilitadas por drogas, para tratar de restablecer la memoria; estos esfuerzos son a menudo infructuosos.
- ▶ El psiquiatra puede ayudar a los pacientes a explorar cómo manejó algunos tipos de situaciones, conflictos y emociones que precipitaron la fuga y desarrollar así mejores respuestas a esos eventos y ayudar a prevenir fugas secundarias a recaídas.

# TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Se caracteriza por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos y episodios recurrentes de amnesia.

El individuo con este trastorno presenta: Recurrentes e inexplicables intrusiones en su funcionamiento consciente y en el sentido de sí mismo, cambios en la percepción y síntomas neurológicos funcionales intermitentes.

El estrés por lo general produce exacerbaciones transitorias de los síntomas disociativos.



# *Epidemiología*

Prevalencia de  
1.5%

Hombres = mujeres

Infancia → vejez





# *Etiología*



Experiencias de trauma grave que se producen durante la primera infancia

Abusos físicos


Abusos sexuales

- Las tasas publicadas de trauma infantil grave para pacientes pediátricos y adultos con este trastorno oscilan entre el 85% y el 97% de los casos.
- No se han detectado indicios de una contribución genética significativa.

# FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO

- ↵ Ambientales: Abuso físico y sexual, abuso infantil , procedimientos médicos y quirúrgicos de la infancia, la guerra, prostitución infantil y terrorismo.
- ↵ Modificadores del curso: El abuso continuo, la retraumatización posterior, comorbilidad con trastornos mentales, una enfermedad médica grave y el retraso en el tratamiento adecuado se asocia con un peor pronóstico.

Existe un riesgo de suicidio en más del 70% de los pacientes.



# *Cuadro clínico y Diagnóstico*

Existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad distintos

## T. Estrés postraumático

- Síntomas intrusivos
- Evitación y síntomas de embotamiento
- Hiperactivación

## Somáticos

- Conversión
- Crisis epilépticas
- Dolor somatomorfo
- Cefalea, dolor abdominal
- Asma, prob. Respiratorios
- ERGE

## Afectivos

- Estado de animo deprimido, euforia o anhedonia
- Labilidad afectiva
- Sentimientos de indefensión o desesperanza

# *Cuadro clínico y Diagnóstico*

## Síntomas Obsesivos compulsivos

- Rumiaciones
- Recuentos o canciones obsesivas
- Ordenar
- Lavar
- Comprobar

## Memoria y síntomas de Amnesia

- Pérdidas de tiempo
- Desvanecimientos
- Lagunas importantes en la continuidad de los recuerdos referentes a la información personal

## Alteraciones disociativas de la identidad.

- autorreferencias extrañas
- Tercera persona
- Nombre de pila
- “el cuerpo”
- Describen una fuerte sensación de tener divisiones internas concretas personificados entre partes de ellos mismos

# Diagnóstico diferencial

Trastornos  
afectivos

Trastornos  
psicóticos

Trastornos de  
ansiedad

Trastorno de  
estrés  
postraumático

Trastorno de  
personalidad

Trastornos  
ficticios

Simulación

Otros trastornos  
disociativos

- ✓ **Trastorno de identidad disociativo ficticio, imitativo y simulado.** Incluyen la exageración de síntomas, las mentiras, el empleo de los síntomas para disculpar conductas, la amplificación de los síntomas cuando se está bajo observación, el rechazo a permitir contactos colaterales, los problemas legales y la seudología fantástica.


## *Evolución*

- ▶ Individuos no tratados vuelven a implicarse en relaciones abusivas o en subculturas violentas → hijos
- ▶ Pacientes No diagnosticados o no tratados mueren por suicidio o como resultado de sus conductas de riesgo.

## *Pronóstico*

- ▶ El abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria resistentes sugieren un pronóstico peor.
- ▶ Comorbilidades
- ▶ Indican mal pronóstico: presencia de rasgos de la personalidad antisocial, la actividad criminal actual, la perpetración continuada de abusos y rechazo a abandonar las relaciones abusivas

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ↳ Trastorno depresivo mayor
  - ↳ Trastornos bipolares
  - ↳ Trastorno de estrés postraumático
  - ↳ Trastornos psicóticos
  - ↳ Trastornos inducidos por sustancias
  - ↳ Trastornos de conversión
  - ↳ Trastornos convulsivos
- 

# Tratamiento

## Psicoterapia

## Terapia cognitiva

## Hipnosis

## Intervenciones psicofarmacológicas

- ↓síntomas intrusivos, la hiperactivación y la ansiedad → Antidepresivos ISRS, tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO),  $\beta$ -bloqueantes, clonidina, anticonvulsivos, benzodiazepinas
- ↓pesadillas del TEPT → prazosina (antagonista  $\alpha$ 1-adrenérgico)
- ↓ agresividad + alteraciones del EEG → carbamazepina

## Terapia electroconvulsiva

- Alivia los trastornos del estado de ánimo resistentes y no empeora los problemas de memoria disociativos

## Tratamientos adyuvantes

- Terapia de grupo
- Terapia familiar.
- Grupos de autoayuda.
- Terapias de expresión y ocupacionales.
- Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular.



# SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS



# contenido

---

- 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS
- 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD
- 3. TRASTORNO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES (TRASTORNO DE CONVERSIÓN)
- 4. TRASTORNOS FACTICIOS (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN)
- 5. TRASTORNO POR DOLOR

# 1. TRASTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS



## Definición

También conocido como *hipocondriasis*, caracterizado por > 6 meses de una preocupación no delirante con temor por llegar a tener (o la idea de que se tiene) una enfermedad grave según la interpretación errónea de los síntomas corporales.

Se genera preocupación que causa sufrimiento y disfunción significativos en la vida del individuo.

No puede explicarse por trastorno psiquiátrico o médico



# 1. TRASTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS



## Epidemiología

### Prevalencia

del 4-6%,  
llegando  
incluso al  
15% en  
consulta  
general

Síntomas  
somáticos  
afectan más  
a mujeres  
que  
hombres.

Edad de  
inicio  
promedio  
entre los 20-  
30 años.

Presente en  
3% de  
estudiante  
primerizos  
de medicina.



# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



## Etiología

Aumento y amplificación de sensaciones somáticas propias.

Baja tolerancia al dolor físico

Angustia constante por un esquema cognitivo defectuoso.

El individuo asume el papel de enfermo y los problemas le parecen insuperables e irresolubles.

Evitación de obligaciones desagradables y ser excusado de deberes y responsabilidades



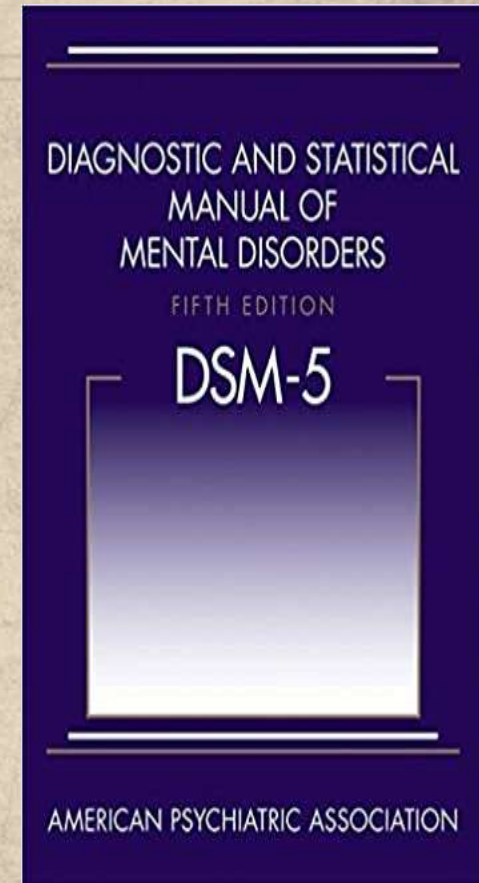
Keefe FJ, Abernethy AP, Campbell LC. Psychological approaches to understanding and treating disease related pain. Annu Rev Psychol. 2005;56:601-630.

# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



Diagnóstico: DSM-V  
300.82 (F45.1)

- **A, C.** Síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas importantes en la vida diaria, persistentes por >6 meses.
- **B.** Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud con las siguientes características:
  1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas
  2. Ansiedad acerca de los propios síntomas



# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



## Cuadro Clínico

Idea persistente e irrefutable de que se tiene una enfermedad grave que no se ha detectado.

Sostienen la idea de una enfermedad concreta a pesar de evidencia negativa (laboratorios, imagen y confirmación médica).

Coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión.

La mayoría son desencadenados por estados de estrés extremo (muerte o enfermedad grave de alguien importante).



Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:339-67

# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



## Diagnóstico Diferencial

- **Afecciones no psiquiátricas:** VIH-SIDA, endocrinopatías, miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedades degenerativas de SNC, LES, neoplasias no diagnosticadas.
- **Trastorno de ansiedad por enfermedad:** El paciente sólo está preocupado por el hecho de estar enfermo.
- **Trastorno de conversión:** Agudo y transitorio.
- **Trastornos de angustia:** Muestran síntomas clásicos de un ataque de pánico.
- **Trastorno delirante:** Presencia de delirios importantes con síntomas psicóticos.
- **Trastorno facticio:** Pacientes realmente experimentan y no simulan los síntomas que declaran.



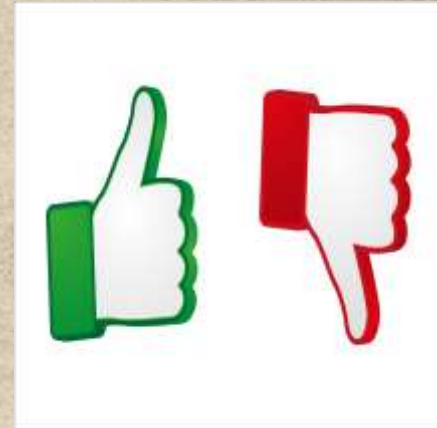


# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



## Pronóstico

- Evolución episódica con periodos prolongados alternantes de inactividad.
- Datos de buen pronóstico:
  - \*Alto nivel socioeconómico
  - \*Ansiedad o depresión que responden al tratamiento
  - \*Aparición repentina de síntomas
  - \*Ausencia de un trastorno de la personalidad
  - \*Afecciones médicas no psiquiátricas.



# 1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS



## Tratamiento

Tx Psiquiátrico rechazado por la mayoría de pacientes; más aceptado dado en un entorno “médico”.

Objetivos: Reducción del estrés y educación para la enfermedad crónica.

Opciones: Psicoterapia grupal e interacción social; psicoterapia individual; terapia cognitivo-conductual; hipnosis.

Exploraciones físicas frecuentes programadas para evitar sensación de abandono.

Tx Fx solo con enfermedad médica, trastorno de ansiedad o depresión subyacentes.



## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD



### Definición

Preocupación por padecer o contraer una enfermedad de algún tipo. Variante del trastorno de síntomas somáticos (hipocondría).

Presencia de ansiedad desproporcionada en caso de una afección médica, dando por sentado los peores desenlaces imaginables.



## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD

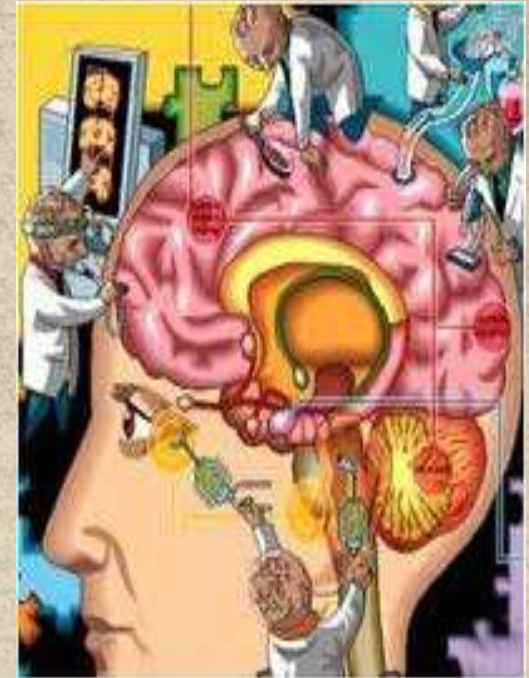


### Epidemiología

Prevalencia general desconocida; calculada en 4-6% en una población médica clínica.

Sin factores identificables que influyan en su prevalencia.

Hasta 15% de la población en general se preocupa de enfermarse y quedar incapacitada.



Lee S, Lam IM, Kwok KP, Leung C. A community based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2014;28(2):187- 194..

## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD



### Etiología

- En general, desconocida.
- Propuesto el modelo de aprendizaje social: Excusar a la persona de deberes y responsabilidades por tener el papel de enfermo.
- Conflictos inconscientes reflejados en el tipo de enfermedad temida o sistema orgánico seleccionado (ej. Riñón, corazón).

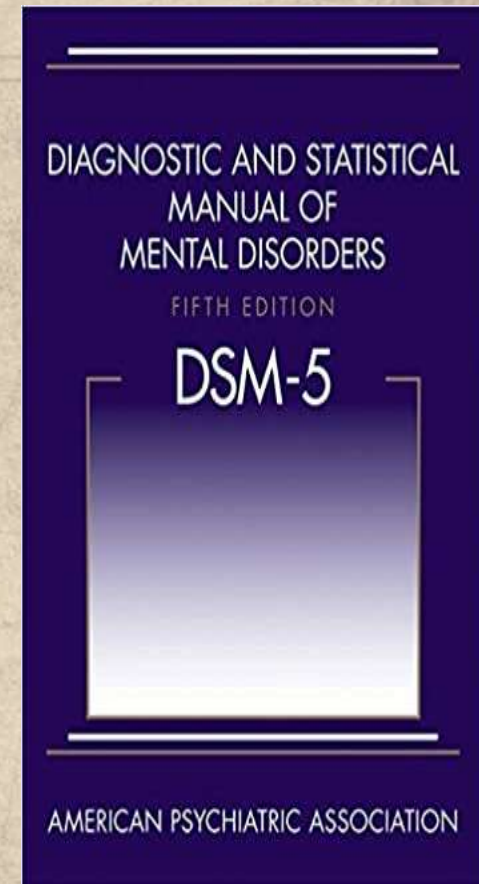


## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD



Diagnóstico: DSM-V  
300.7 (F45.21)

- A, E. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave por al menos 6 meses.
- B. No existen síntomas somáticos o son leves. Hay preocupación excesiva en caso de tener afección médica o riesgo elevado de tenerla (ej. AHF+).
- C, D. Grado elevado de ansiedad con fácil preocupación acerca de la salud del individuo, con comportamientos excesivos relacionados (*Subtipos: Con uso o evitación de asistencia médica*).
- F. No explicado por otra enfermedad o trastorno.



## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD

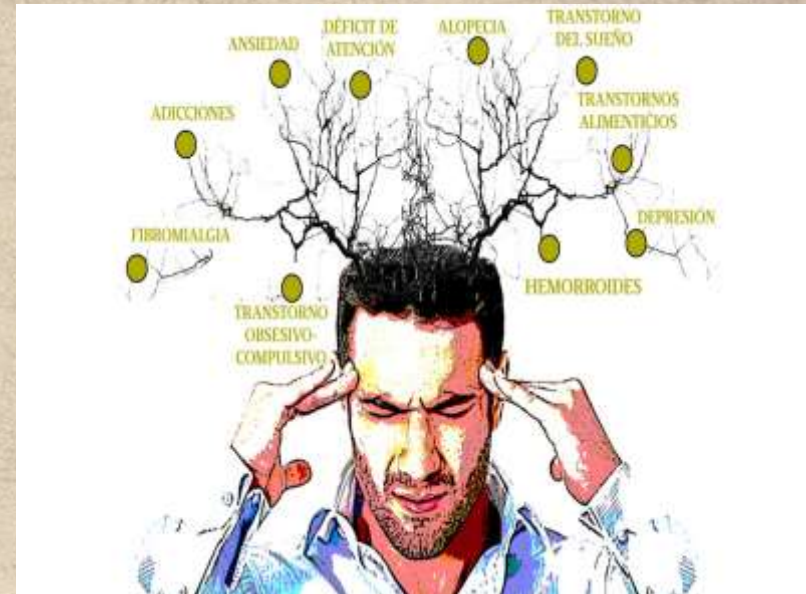


### Cuadro Clínico

Convicción de tener una enfermedad grave no diagnosticada médicamente con imposibilidad de convicción de lo contrario.

Creencia de tener una enfermedad concreta con transferencia a otras con el tiempo, a pesar de pruebas negativas, curso benigno u opiniones tranquilizadores de médicos.

Afección de actividades cotidianas por adicción a búsqueda de información de su enfermedad en medios de información en internet.



## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD



### Diagnóstico Diferencial

- **Trastorno de síntomas somáticos:** Preocupación por muchos síntomas vs enfermedad concreta con pocos síntomas.
- **Trastorno de conversión:** Síntoma agudo y transitorio.
- **Trastorno por dolor:** Crónico con quejas únicamente por dolor.
- **Trastornos de ansiedad y depresión:** Puede haber miedo a la enfermedad igualmente.
- **Trastorno delirante:** Presencia de síntomas psicóticos.



## 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD



### Pronóstico

- Extrapolación de datos a partir de la evolución de un trastorno de síntomas somáticos.
- Los episodios duran meses o años separados por períodos de inactividad igual de largos.
- Buen pronóstico:
  - \*Nivel socioeconómico alto
  - \*Trastorno de ansiedad o depresión que responde al Tx
  - \*Inicio brusco de los síntomas
  - \*Ausencia de un trastorno de la personalidad.



### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



#### Definición

Enfermedad con síntomas o déficits que afectan funciones motoras o sensoriales voluntarias, sugiriendo la presencia de una enfermedad médica, pero que es provocada por factores psicológicos (precedida por conflictos u otros factores estresantes).

Síntomas no se producen intencionadamente, no se explica por abuso de sustancias tóxicas, no se limitan a síntomas de dolor o sexuales y el **beneficio es psicológico** (no social, económico o legal).



# 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



## Epidemiología

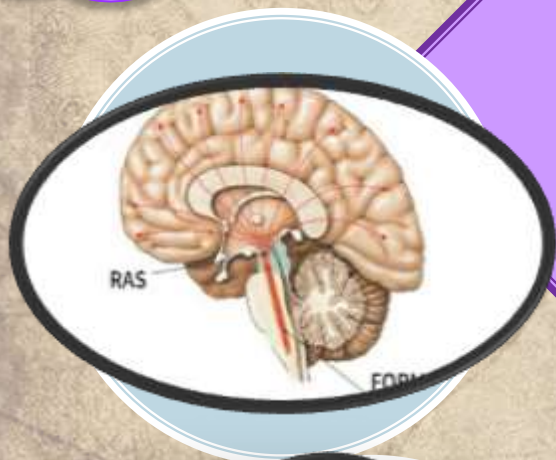
- Prevalencia del 10% en pacientes hospitalizados y 5–15% en pacientes ambulatorios psiquiátricos.
- Inicio en adultez temprana o en la vejez con doble afección en mujeres.
- Factores de riesgo:
  - \*Bajo nivel socioeconómico
  - \*Poco nivel educativo
  - \*Población rural
  - \*Militares expuestos a situaciones de combate.



# 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



## Etiología



**1. Factores biológicos:** Excesiva retroalimentación negativa cortico-reticular. Eferencias corticofugas excesivas inhibitorias de sensaciones corporales (déficits sensitivos). Mayor susceptibilidad en TCE frontal con déficit neurológico.



**2. Factores psicológicos:** Represión de un conflicto intrapsíquico inconsciente y la conversión de la ansiedad en un síntoma físico. Trastorno de personalidad evitativo o histriónico inaceptable para el Yo disfrazado con los síntomas.



# 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)

## Etiología

### 3. Psicodinámica

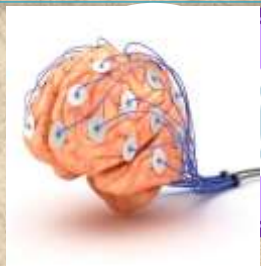
A) *Belle indifference*: Preocupación de la enfermedad con deterioro obvio.

B) *Beneficio primario*: Reducción de la ansiedad con la represión de un impulso inaceptable (ej., la parálisis del brazo impide la expresión de un impulso agresivo).

C) *Beneficio secundario*: Beneficio no consciente de la enfermedad (ej., compensación por demanda [neurosis de compensación], evasión del trabajo, dependencia de la familia).

D) *Otros mecanismos*: Formación reactiva, negación y desplazamiento.

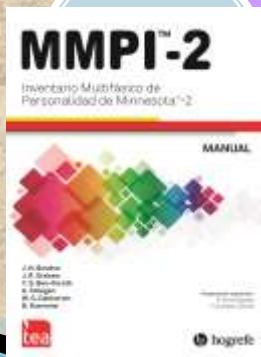
### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



*Potenciales evocados:* Percepción somatosensorial alterada, disminuida o ausente del lado del defecto.



*Batería de Halstead-Reitan:* Déficit cognitivo leve, déficit de atención y cambios visuosensoriales.



*Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI2) y prueba de Rorschach:* Aumento de impulsos instintivos, represión sexual e inhibición de la agresión.

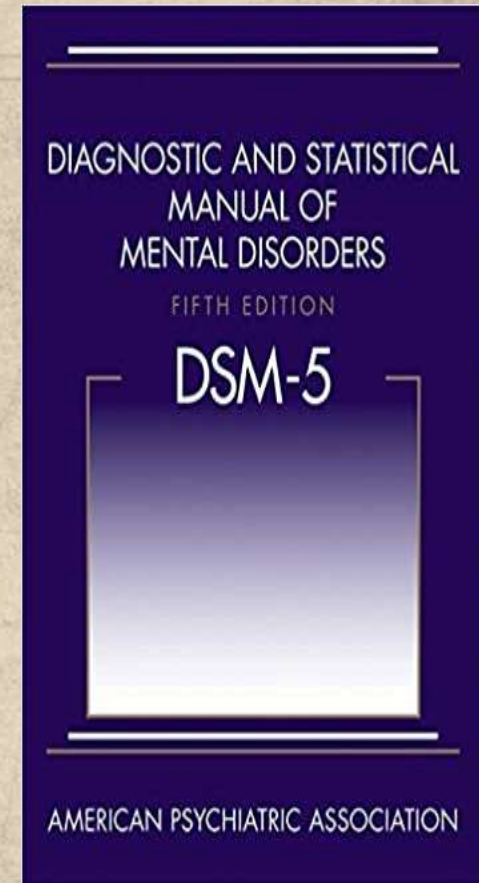
#### 4. Pruebas analíticas y psicológicas

### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



Diagnóstico: DSM-  
V 300.11

- **A, C, D.** Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria, que no se explica mejor por otro trastorno médico o mental y causa malestar clínicamente significativo o deterioro en social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- **B.** Clínicamente hay incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.





### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)

Diagnóstico: DSM-  
V 300.11

- **Especificaciones.**

- \***Duración:** Agudo (<6 meses) o crónico (>6 meses)

- \***Origen:** Con o sin factor de estrés psicológico

- \***Síntoma predominante:**

- (F44.4) Con debilidad o parálisis

- (F44.4) Con movimiento anómalo (temblor, distonía, mioclonía, marcha)

- (F44.4) Con síntomas de la deglución

- (F44.4) Con síntoma del habla (disfonía, disartria)

- (F44.5) Con ataques o convulsiones

- (F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

- (F44.6) Con síntoma sensitivo especial (alteración visual, olfativa o auditiva)

- (F44.7) Con síntomas mixtos



### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



#### Cuadro Clínico

- Síntomas más frecuentes: Parálisis, ceguera y mutismo; así como síntomas de trastornos depresivos y de ansiedad (alto riesgo de suicidio).
- Trastorno asociado más frecuente: De la personalidad pasivo-agresiva, dependiente, antisocial e histriónica.

		• Déficit sensitivo-sensoriales	Síntomas orgánicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Movimientos involuntarios</li><li>• Tics</li><li>• Blefaroespasmos</li><li>• Tortícolis</li><li>• Opistótonos</li><li>• Crisis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Marcha anómala</li><li>• Caídas</li><li>• Astasia-abasia</li><li>• Parálisis</li><li>• Debilidad</li><li>• Afonía</li></ul>	Síntomas motores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vómitos psicógenos</li><li>• Seudociesis</li><li>• Globo histérico</li><li>• Desvanecimientos o síncope</li><li>• Retención urinaria</li><li>• Diarrea</li></ul>

# 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



Coafecciones médicas más relacionadas (25-50%)



**1. Parálisis:** Inconsistente y no sigue vías motoras. Ausencia de parálisis espástica, clonus y la rigidez en tipo de rueda.



**2. Ataxia:** Movimientos extraños; arrastre y circunducción de pierna no posible si hay lesión orgánica. Marcha irregular e inestable que no genera caída o lesión (astasia-abasia).



**3. Ceguera:** Característica la diplopía monocular, triplopía y visión en túnel (+Respuesta pupilar y seguimiento con la mirada (ausentes en cegueras auténticas)).

### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



#### Coafecciones médicas más relacionadas (25-50%)



4. **Sordera:** Reaccionan ante los ruidos fuertes (vs sordera orgánica). Respuestas variadas en pruebas audiométricas.



5. **Pérdida sensorial:** Pérdida hemisensorial característica (línea media, en guante o calcetín). No sigue el patrón de dermatomas.



6. **Dolor histérico:** Referido a la cabeza, cara, espalda y abdomen. Sin causa orgánica.



7. **Convulsiones conversivas (crisis histéricas):** Hay incontinencia y pérdida del control motor. Ausencia de aura previa y mordedura de la lengua (frecuentes en la epilepsia orgánica). EEG normal con Babinski negativo.

### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



#### Pronóstico

- Hay recurrente con períodos asintomáticos.
- La principal preocupación no identificar un síntoma neurológico precoz que luego evolucione a un síndrome completo (ej. Diplopía espontánea remitente o hemiparesia en EM).

Buen Pronóstico 😊	Mal Pronóstico ☹️
<ul style="list-style-type: none"><li>• Inicio repentino</li><li>• Estrés claramente identificable al inicio</li><li>• Poco tiempo entre el inicio y el tratamiento</li><li>• Coeficiente intelectual por encima de la media</li><li>• Síntomas de parálisis, afonía y ceguera</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos mentales comórbidos</li><li>• Litigio en curso</li><li>• Síntomas de temblor, crisis convulsivas</li></ul>

### 3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)



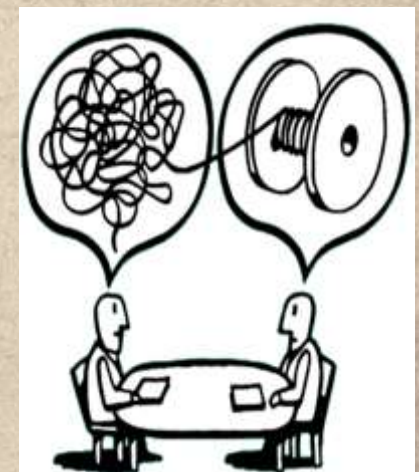
#### Tratamiento

- Resolución en general espontánea al descartar afección orgánica.
- **1. Farmacológico:** Benzodiazepinas para la ansiedad tensión muscular. Antidepresivos o serotoninérgicos para la repetición obsesiva de los síntomas.
- **2. Psicológico:** Terapia introspectiva útil para ayudar al paciente a comprender los principios dinámicos y conflictos de los síntomas, aceptación de impulsos sexuales/agresivos y no usar el trastorno de conversión como defensa. Otras modalidades incluyen terapia conductual, hipnosis y entrevista asistida con fármacos.

Fármaco	Posología
Carbamazepina	200 mg cada 12 horas aumentar a 400 cada 12 horas entre 3º y 4º semana, y mantener por 2 a 4 semanas desde la suspensión según síntomas de abstinencia.
Imipramina	150 mg cada 24 horas por 4 semanas
Melatonina	2 mg cada 24 horas (PM) por 6 semanas
Paroxetina	10-20 mg cada 24 horas, mantener por 2 a 4 semanas desde la suspensión según síntomas de abstinencia
Trazodona	100 mg cada 24 horas, por 5 semanas.
Ácido valproico	500 mg cada 24 horas por 5 semanas.

mg: miligramos.

PM: pasado meridiano.



## 4. TRASTORNOS FACTICIOS (síndrome de Munchausen)



### Definición

Declaración intencional y tergiversación de síntomas, o el acto de ocasionarse a sí mismo signos físicos de síntomas de trastornos médicos o mentales.

El único objetivo aparente es asumir el papel de enfermo, buscando la hospitalización como forma de vida sin tener una motivación real.

Los trastornos tienen una cualidad compulsiva, pero los comportamientos son deliberados y voluntarios, aun cuando no puedan controlarse.

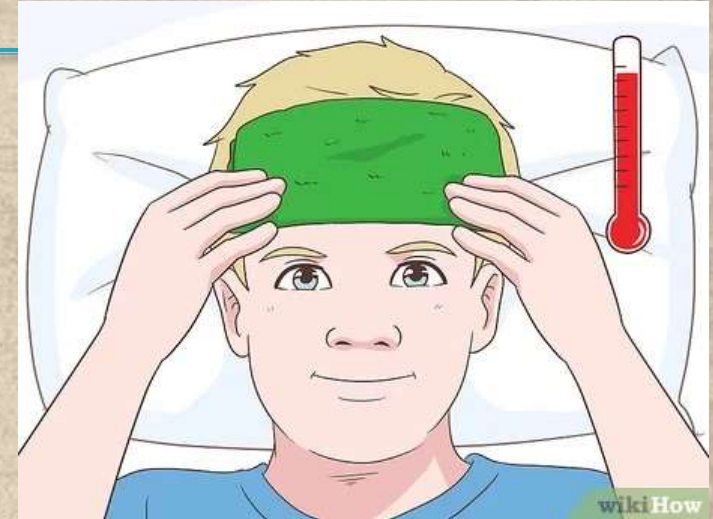


## 4. TRASTORNOS FACTICIOS (síndrome de Munchausen)



### Epidemiología

- Aparición en adultez
- Más frecuente en hombres.
- La enfermedad facticia, especialmente la fiebre fingida, explica el 5–10% de todas las admisiones hospitalarias.
- Más frecuente en trabajadores de la salud.



# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Definición

- Preocupación debida a dolor en ausencia de una enfermedad física que explique su intensidad.
- No sigue una distribución neuroanatómica.
- El estrés y el conflicto pueden estar estrechamente relacionados con el inicio o la exacerbación del dolor.





# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Epidemiología

- Edad de inicio 30 a 50 años.
- Más frecuente en mujeres que hombres.
- Los familiares biológicos en primer grado de los pacientes presentan una incidencia elevada de dolor, depresión y alcoholismo.
- Prevalencia a los 6 meses y de por vida es de aproximadamente el 5% y 12%.



# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Etiología



1. **Conductual:** Comportamientos dolorosos se refuerzan con la recompensa (ej. Intensificación del dolor para evitar una actividad desagradable).



2. **Interpersonal:** Dolor para manipular y obtener ventaja en una relación (ej. para estabilizar un matrimonio frágil).



3. **Biológico:** Presencia de anomalías (estructurales o químicas) sensoriales y límbicas, que predisponen al dolor.



4. **Psicodinámica:** Expresión simbólica un conflicto intrapsíquico a través del dolor, que puede suponer un modo de obtener amor o se puede utilizar como castigo.

# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Diagnóstico

- El trastorno debe tener un factor psicológico significativo en los síntomas del dolor, angustia emocional y deterioro social-ocupacional.
- Coexistencia del 25–50% con trastorno depresivo mayor y del 60–100% con trastorno distímico.



# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Diagnóstico Diferencial

- **1. Dolor físico debido a una afección médica:** Difícil de distinguir, el dolor físico es sensible a factores emocionales y situacionales. *Dolor psicógeno*: No varía ni mejora con los analgésicos. Ausencia de una enfermedad médica o quirúrgica que justifique el dolor.
- **2. Trastorno de síntomas somáticos (hipocondría):** Suele producir más síntomas que solamente el dolor.
- **3. Trastorno de conversión:** Suele haber más alteraciones motrices y sensoriales que solamente el dolor.



# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Pronóstico

- Evolución variable con tendencia a la cronicidad.
- Pronóstico desfavorable en caso de depresión asociada o con una ganancia secundaria (ej. demanda).



# 5. TRASTORNO POR DOLOR



## Tratamiento

- **1. Farmacológico.** Útiles antidepresivos, ISRS. También se utilizan los tricíclicos, pero tienen más efectos secundarios. Se puede intensificar el tratamiento con pequeñas dosis de anfetaminas cuidando la posología. Evitar opiáceos por el riesgo de abuso.
- **2. Psicológico.** La terapia psicodinámica se aplica a los pacientes motivados. La terapia cognitiva mejora las actitudes vitales negativas. Otros métodos son la hipnosis, la biorretroalimentación, la acupuntura y el masaje.

Antidepresivos ISRS* recomendados			
* Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina			
ISRS	dosis inicio	dosis diaria	dosis máxima
<b>Fluoxetina</b>	10 mg	20 -60 mg	60 mg
<b>Sertralina</b>	25 mg	50-150 mg	200 mg
<b>Citalopram</b>	5-10 mg	20-40 mg	Adultos 40 mg Ancianos 20 mg
<b>Paroxetina</b>	10 mg	20-40 mg	50 mg



Bak JA. Review of pain comorbidities: Understanding and treating the complex patient. J Neurosci Nurs. 2013;45(3):176-177.

# bibliografía

- APA. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Sadock B. Sadock V. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11 ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2015.
- Senties H. Psiquiatría para Médicos No Psiquiatras. 1ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- OMS. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y de Comportamiento. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000