



EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Laura Maroto Martín, Patricia Hervías Higuera

Hospital psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora

lauramaroto89@gmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El trastorno conversivo implica una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que está temporalmente asociado a un conflicto psíquico, manifestándose con síntomas de alteración sensorial o motora. Se le presupone un origen psicógeno y presenta una asociación temporal estrecha con acontecimientos estresantes. Aun así, parece no estar clara la relación entre la existencia de antecedentes traumáticos tempranos y el desarrollo de un trastorno conversivo en la etapa adulta.

OBJETIVO: Responder a la pregunta acerca de la relación existente entre los antecedentes de trauma durante la infancia y adolescencia, y la aparición de sintomatología conversiva en la etapa adulta.

MÉTODOS: Revisión en la literatura a propósito de un caso clínico de una mujer de 77 años con clínica motora de pérdida de la movilidad en MMII, disfagia, pubalgia y ánimo bajo, con normalidad en las pruebas complementarias.

DISCUSIÓN: Las experiencias traumáticas tempranas tales como el abuso sexual, maltrato físico, y cada vez más el maltrato psicológico y abandono, parecen contribuir a la psicopatología del adulto. Además los pacientes con antecedentes de trauma parecen tener una peor respuesta al tratamiento farmacológico y peor evolución que aquellos que no experimentaron trauma en épocas tempranas de la vida

CONCLUSIONES: Parece existir cierta conexión entre antecedentes de trauma y el trastorno conversivo, por lo que parece importante establecer la existencia de antecedentes de trauma en la infancia en pacientes con psicopatología grave.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

INTRODUCCIÓN

Según la CIE-10, los trastornos conversivos se caracterizan por una pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Se le presupone un origen psicógeno y presentan una asociación temporal estrecha con acontecimientos estresantes.

El término "conversión" o "proceso conversivo" se refiere al proceso por el cual el malestar intrapsíquico es convertido en síntomas físicos sensitivos, neurológicos o ambos (Hurwitz 1989).

El trastorno conversivo implica una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que está temporalmente asociado a un conflicto psíquico, manifestándose con síntomas de alteración sensorial, de la coordinación psicomotora y/o el equilibrio, parálisis o paresia localizada, movimientos anormales, dificultad al deglutir, sensación de globus faríngeo, afonía y/o retención urinaria. Constituye la expresión física, no consciente, de un conflicto o problema psicológico subyacente.

En cuanto a su prevalencia, se estima que los trastornos conversivos representan alrededor del 4% de todos los diagnósticos en hospitales generales en el mundo occidental (Vuilleumier, 2005). Es significativamente más frecuente en las mujeres (3:1). Es más prevalente en poblaciones rurales, países en vías de desarrollo y contextos con un estado socioeconómico y conocimiento médico más bajo.

En cuanto al pronóstico, en general, los síntomas son de duración breve, con o sin intervención. La recidiva sintomática es frecuente, y algunos pacientes presentan síntomas crónicos. Entre las características de buen pronóstico destacan un inicio agudo de los síntomas, presencia de factores desencadenantes identificables, duración breve de los síntomas, mayor nivel de inteligencia, síntomas de parálisis y síntomas de ceguera (los síntomas de crisis epilépticas o temblor indican un peor pronóstico).

El trastorno conversivo a veces se asocia con síntomas disociativos, como despersonalización, desrealización, y amnesia disociativa, en particular al inicio de los síntomas o durante los ataques.

Como factores desencadenantes del trastorno conversivo, para el DSM-5 el inicio del trastorno conversivo puede estar asociado con el estrés o trauma, ya sea psicológico o físico. La relevancia etiológica de este estrés o trauma puede ser sugerido por una estrecha relación temporal. Sin embargo, mientras que la presencia de evaluación para el estrés y el trauma es importante en la evaluación de individuos con este trastorno, el diagnóstico no debería ser negado si no se encuentra la presencia de ninguno en los antecedentes del paciente.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Como factores de riesgo, el DSM-5 recoge la existencia de rasgos de personalidad desadaptativos, la historia de abuso y negligencia infantil, los eventos estresantes en la vida, y la presencia de enfermedad neurológica que causa sintomatología similar; por ejemplo, las convulsiones no epilépticas son más comunes en pacientes que también tienen epilepsia.

Aun así, parecen no estar claros la relación entre la existencia de antecedentes traumáticos tempranos y el desarrollo de un trastorno conversivo en la etapa posterior.

OBJETIVO

En el siguiente trabajo se pretende responder a la pregunta acerca de la relación existente entre los antecedentes de trauma durante la infancia y adolescencia, y la aparición de sintomatología conversiva en la etapa adulta.

MÉTODOS

Se revisa el caso de una mujer de 77 años que acude a la urgencia derivada de otro hospital por ánimo bajo y sospecha de sintomatología conversiva.

Antecedentes personales médicos

- Alérgica a Azitromicina y reacción cutánea con Amoxicilina.
- HTA desde hace 30 años en tratamiento. No DM, no DL.
- FA diagnosticada en 2007 tratada con Atenolol y Sintrom.
- Portadora de una prótesis valvular metálica cardíaca desde 2008 por Insuficiencia mitral severa.
- Antecedentes de gastritis por H. Pilory en 2002.
- Herpes genital en 2011.

Antecedentes psiquiátricos

- En seguimiento por clínica depresiva desde la juventud.
- Diagnóstico de Distimia y Trastorno histriónico de personalidad sin seguimiento actual.
- Realizó seguimiento hace ocho años en un CSM.
- Refiere que hace años que no acude al CSM por dificultades en la deambulación.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Antecedentes familiares

No refiere.

Situación socio familiar

Casada. Vive en el domicilio familiar con su marido. Tiene una hija con la que mantiene buena relación. Ha trabajado siempre como ama de casa. Es dependiente para el aseo personal y para vestirse. Su hija les ayuda con la compra, la comida y la limpieza del hogar.

Hábitos tóxicos

No refiere.

Tratamiento psiquiátrico habitual

- Quetiapina 25 mg: 0-0-1
- Loracepam 1 mg: 1-1-1

Episodio actual

En el servicio de urgencias la paciente refiere que desde hace un año no come porque no puede tragar. Comenta que siempre ha sido muy nerviosa, a raíz de *abusos sexuales sufridos en la infancia por parte de su padre*. Dice que no puede mover las piernas y por eso pasa el día en la cama, sin embargo, al pedirle que eleve los MMII accede y lo realiza sin problemas de movilidad. Refiere que hace años estuvo ingresada porque "no podía andar" y siente como hormigas en las piernas, que la producen dolor en ascenso hasta el pubis. Aqueja dolores múltiples en la espalda, riñones, estómago y sensación de frío. Expresa que a raíz de estar más tiempo en casa por no poder moverse está más triste. Expresa deseos de ver a sus tres nietos, sonriendo cuando habla de ellos. Se define como una persona muy activa y muy dada a ayudar al demás "siempre dedicada al cuidado de mis hermanas y mis nietos a los cuales adoro".

Exploración psicopatológica al ingreso

Consciente y orientada en las tres esferas. Tranquila. Abordable y colaboradora. Precisa una silla de ruedas para deambular. No presencia de signos o síntomas de intoxicación o abstinencia a tóxicos. Hipotimia referida de años de evolución con tendencia a la clinofilia. Discurso hipofónico, correctamente estructurado y articulado. Alteraciones sensorceptivas en forma de probables alucinaciones cenestésicas. Niega ideación autolítica en el momento actual. No auto/heteroagresividad en la exploración. Reducción de ingesta con repercusión ponderal de meses de evolución. Insomnio mixto.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Evolución en la planta

Tras el ingreso la paciente es valorada por MIN y Neurología, se realizan analíticas y exploraciones complementarias, descartándose organicidad. Inicialmente se muestra opositora ante cualquier actividad, manifestando continuas quejas y síntomas físicos, poco colaboradora e irritable con el personal sanitario. Se pauta tratamiento antidepresivo con Duloxetina hasta 60 mg y con Mirtazapina 15 mg, aumentando Quetiapina hasta 50 mg con buena tolerancia y respuesta adecuada.

Progresivamente la paciente se muestra más activa es capaz de deambular con andador y comer de forma adecuada. Durante el ingreso no ha presentado sintomatología psicótica y ha mejorado notablemente sus molestias físicas, actitud con el personal y pacientes de la unidad. No se han evidenciado síntomas de deterioro cognitivo.

Se mantienen entrevistas con familiares quienes refieren actitud demandante de atención exacerbada en los últimos meses, y confirman *graves antecedentes personales en la infancia de la paciente con abusos sexuales por parte del padre.*

Al alta la paciente no presenta sintomatología afectiva mayor, síntomas psicóticos ni deterioro cognitivo. Camina con ayuda de un bastón, ha recuperado el apetito y duerme con la medicación pautada.

Juicio clínico

- Síndrome depresivo.
- Trastorno de conversión con síntomas mixtos y Trastorno de personalidad histriónico.

Tratamiento psiquiátrico al alta

- Mirtazapina 15 mg: 0-0-1
- Duloxetina 60 mg: 0-1-0
- Lorazepam 1 mg: 0-1-0
- Lorazepam 5 mg: 0-0-0.5
- Quetiapina 50 mg: 0-0-1
- Lorazepam 1 mg si ansiedad o insomnio.

DISCUSIÓN

En la literatura no parece quedar clara la asociación entre los antecedentes traumáticos en la infancia-adolescencia y la aparición de sintomatología conversiva en la etapa adulta. De acuerdo con el DSM-5, debe existir una secuencia temporal clara entre el suceso traumático y el inicio de la clínica conversiva. En el caso de nuestra paciente, el inicio de la sintomatología conversiva mixta se inicia años después del abuso sexual sucedido en la infancia.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Se considera trauma a cualquier suceso extremo que es estresante, está fuera de lo habitual dentro de su cultura y produce consecuencias no deseadas en las emociones y en la conducta de la persona, produciendo un síntoma. A veces las vivencias traumáticas quedan bloqueadas en el subconsciente hasta que llegue el momento apropiado para afrontarlas.

El trauma infantil parece tener unos efectos particularmente poderosos y duraderos. Aparte de los factores psicosociales, el trauma infantil se ha asociado a la aparición de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, tales como los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, trastornos conversivos y dependencia a sustancias y psicosis (Janssen y cols , 2004). Además el trauma infantil se asocia a diversas comorbilidades en pacientes psiquiátricos, como el abuso de sustancias, síntomas somáticos, problemas interpersonales y autolesiones. Clínicamente, está más asociado a tendencias suicidas y alucinaciones auditivas (Lysaker y cols, 2005). Los pacientes con antecedentes de trauma, responden peor al tratamiento farmacológico y tienen peor evolución que aquellos que no experimentaron trauma en la infancia.

La depresión parece ser uno de los trastornos psiquiátricos comórbidos más comúnmente asociado (Marjama, 1995), como en el caso de nuestra paciente. La enfermedad depresiva se ha encontrado presente en 54 a 88% de pacientes que consultan por síntomas conversivos (Lipowski 1990, Katon 1984, Morrison 1988, Guze 1971, Roy 1980, Wilson-Barnett 1985, Hurwitz 2001). En relación con los trastornos de personalidad, el trastorno histriónico parece ser el que más se asocia con los trastornos conversivos (Lempert 1990).

La relación con el trauma temprano parece estar más clara en los trastornos somáticos, siendo los adultos con antecedentes el abuso sexual en el pasado los que tienen más síntomas somáticos, mayor deterioro funcional, y tasas más altas de psicopatología en comparación con los adultos con trastornos somáticos y ningún abuso sexual en el pasado.

Los modelos neurobiológicos proponen que el trauma altera la respuesta del cuerpo al estrés (el eje hipotálamo- hipófisis - adrenal, los niveles de cortisol, y el tono vagal cardíaco), lo que afecta la capacidad para hacer frente a los factores estresantes posteriores, lo que también podría explicar por qué múltiples factores de estrés están relacionados con una mayor gravedad de los síntomas físicos.

Para autores como Rutter y Maughan ,1997; Felitti y cols, 1998; Teicher y cols, 2006, las experiencias traumáticas tempranas tales como abuso sexual, maltrato físico, y cada vez más el maltrato psicológico y abandono, parecen contribuir a la psicopatología del adulto.

Sin embargo, otros autores como Lazare 1981, opinan que las alteraciones en la sexualidad no tienen conexión específica con los síntomas conversivos, aunque históricamente se han identificado como uno de los conflictos primarios asociados con esta condición.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

Para autores como Thomson, la historia vital traumática parece no guardar correlación con la edad, sexo, raza, migración y duración del ingreso hospitalario y tipo de trastorno conversivo. Sin embargo, pacientes con historia de trauma tienen un alta correlación con comorbilidad psiquiátrica frente a los no expuestos al trauma (76.0% vs 50.8%), historia familiar de enfermedad mental (69.8% vs. 38.6%) , y disfuncionalidad familiar (52.8% vs. 37.0%).

En el manejo de este trastorno psiquiátrico, sería interesante por tanto el abordaje del trauma psicológico subyacente, así como del síntoma específico.

La evaluación minuciosa y exhaustiva del paciente es fundamental para identificar factores desencadenantes y predisponentes al cuadro conversivo, así como para la correcta valoración de patologías orgánicas que puedan explicar la sintomatología. La identificación de estresores específicos como conflictos familiares, la sospecha de ganancia secundaria consciente y la historia de abuso sexual, físico o emocional son críticos en esta evaluación.

CONCLUSIONES

- Parece importante establecer la existencia de antecedentes de trauma en la infancia en pacientes con psicopatología grave.
- Aparte de los factores psicosociales, el trauma infantil se ha asociado a la aparición de la mayoría de los trastornos psiquiátricos en la etapa adulta.
- Además el trauma infantil se asocia a diversas comorbilidades en pacientes psiquiátricos.
- La existencia de antecedentes de trauma, asocia una peor respuesta al tratamiento farmacológico y una peor evolución que aquellos que no experimentaron trauma en la infancia.
- En el caso de los trastornos somáticos, la relación parece estar más clara, siendo los adultos con antecedentes el abuso sexual en el pasado los que tienen más psicopatología.
- En el manejo de este trastorno psiquiátrico, sería interesante por tanto el abordaje del trauma psicológico subyacente, así como del síntoma específico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaedicke Hornung Andrés; González-Hernández Jorge. Somatization and Conversive Disorder: Clinical manifestations, physiopathology, evaluation and treatment. Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. Fifth edition. Conversive disorder; 309-329.
3. Iglesias A. The hypnotic diagnostic interview for hysterical disorders, pediatric form. Am. J Clin Hypn. 2009 Jul; 52 (1):35-43.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO CONVERSIVO DE PERSONALIDAD

4. Waitzkin H, [Magaña H](#). The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. Soc Sci Med. 1997 Sep; 45 (6):811-25.
5. Andrew Moskowitz, Ingo Schäfer, Martin J. Dorahy. Psicosis, trauma y disociación. Nuevas perspectivas sobre psicopatología grave. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2011.
6. Thomson K, Randall E et al. Somatoform disorders and trauma in medically-admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. Psychosomatics. 2014 Nov-Dec; 55(6):630-9. 2014.