



# PSICOLOGÍA MÉDICA

Diapositivas

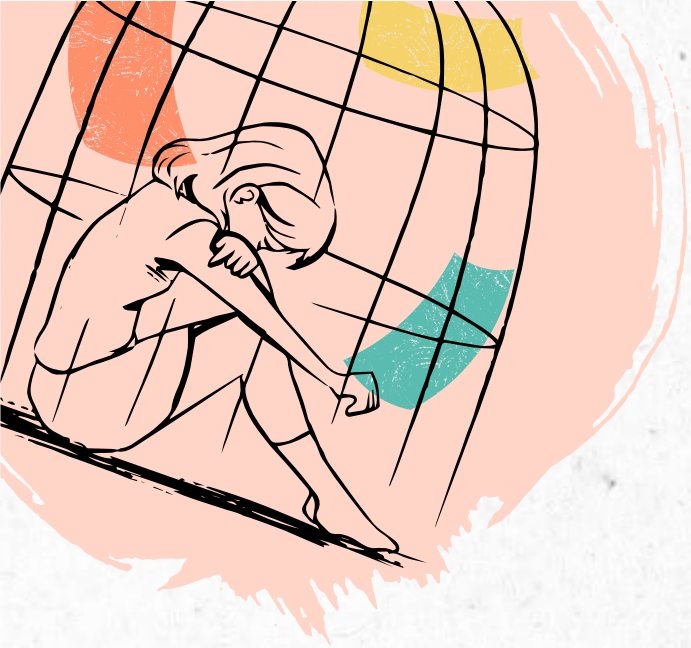
Parcial: 1

Nombre de la profesora: María Verónica Román

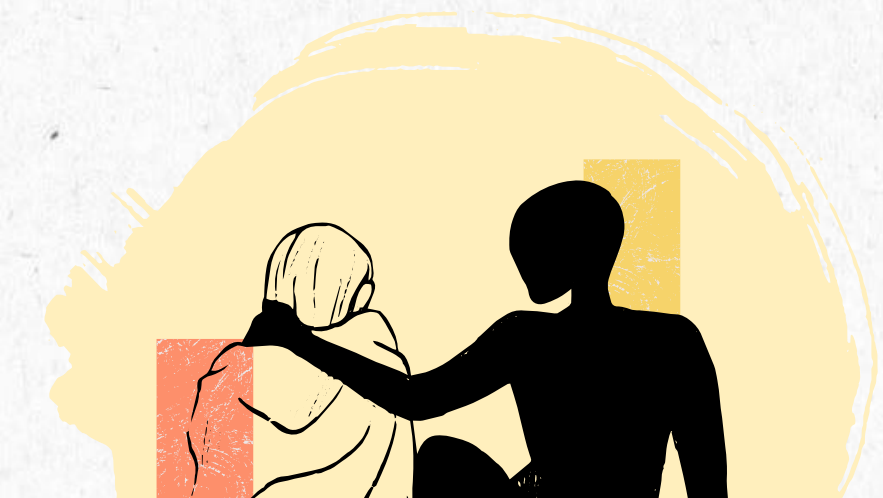
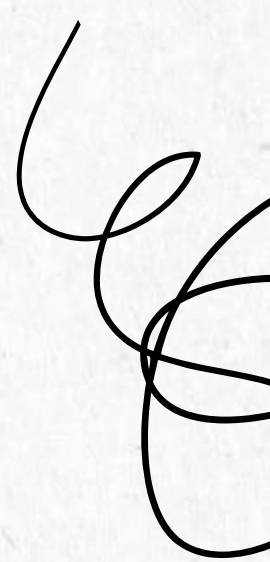
Campos

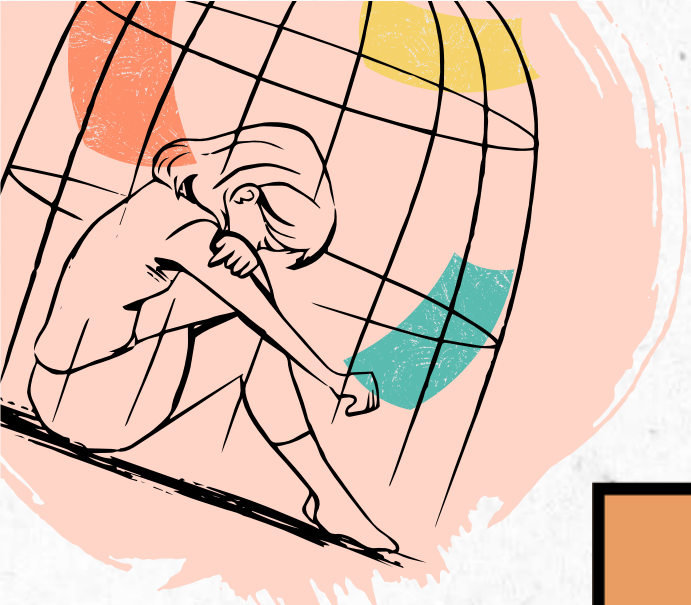
Nombre de la licenciatura: Medicina Humana

Primer semestre



# TRASTORNO DE CONVERSION





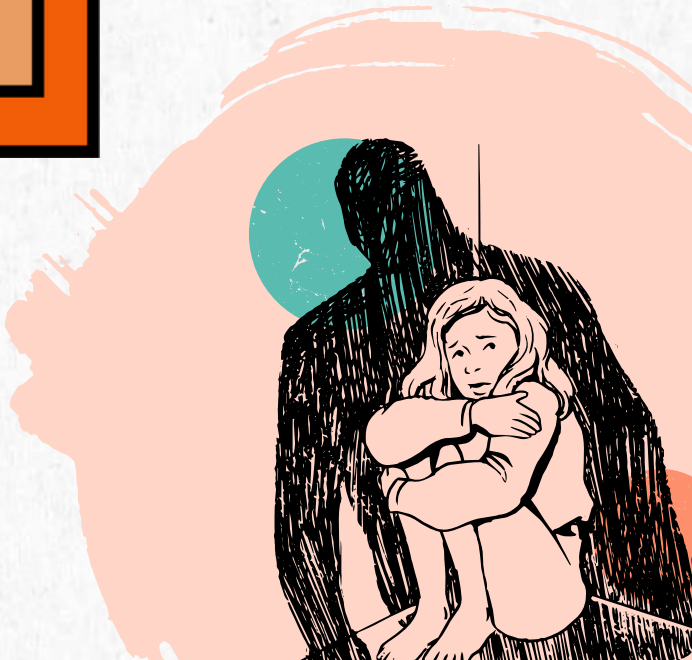
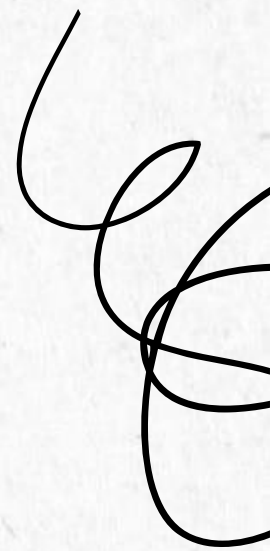
**INTEGRANTES**

**Alessandro Leonel López García**

**Ever López Rivera**


**Juan Pablo Yáñez Gordillo**

**Jeffre Ibarra Hernández**






# TEMAS A TRATAR

- 
- 1-Criterios diagnósticos
  - 2-Características diagnósticas
  - 3-Características asociadas que apoyan el diagnóstico
  - 4-Prevalencia
  - 5-Desarrollo y curso
  - 6-Factores de riesgo y pronóstico
  - 7-Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura
  - 8-Aspectos diagnósticos relacionados con el género
  - 9-Consecuencias funcionales del trastorno de conversión
  - 10-diagnóstico diferencial
  - 11-Comorbilidad

## *Sub Temas*

- 
- *Enfermedades neurológicas*
  - *Trastorno de síntomas somáticos*
  - *Trastorno facticio y simulación*
  - *Trastornos disociativos*
  - *Trastorno dismórfico corporal.*
  - *Trastornos depresivos*
  - *Trastorno de pánico.*



# 1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICOS

Hay una alteración de la función motora o sensitiva voluntaria  
Las pruebas o exámenes salen negativos no siendo una afección física  
La afección o síntoma no se explica de una manera mejor por otro trastorno médico o mental la afección el entorno social, laboral, etc.  
Síntomas más específicos Debilidad o parálisis, movimientos anómalos, movimientos diatónicos síntomas de deglución, mala articulación, ataques o convulsiones, anestesia o pérdida sensitiva, alteraciones visuales o afasia o auditiva y síntomas mixtos  
Episodio agudo: síntomas presentes en menos de 6 meses  
Persistente: síntomas por más de 6 meses  
Se puede dar por estrés psicológico o sin factor de estrés



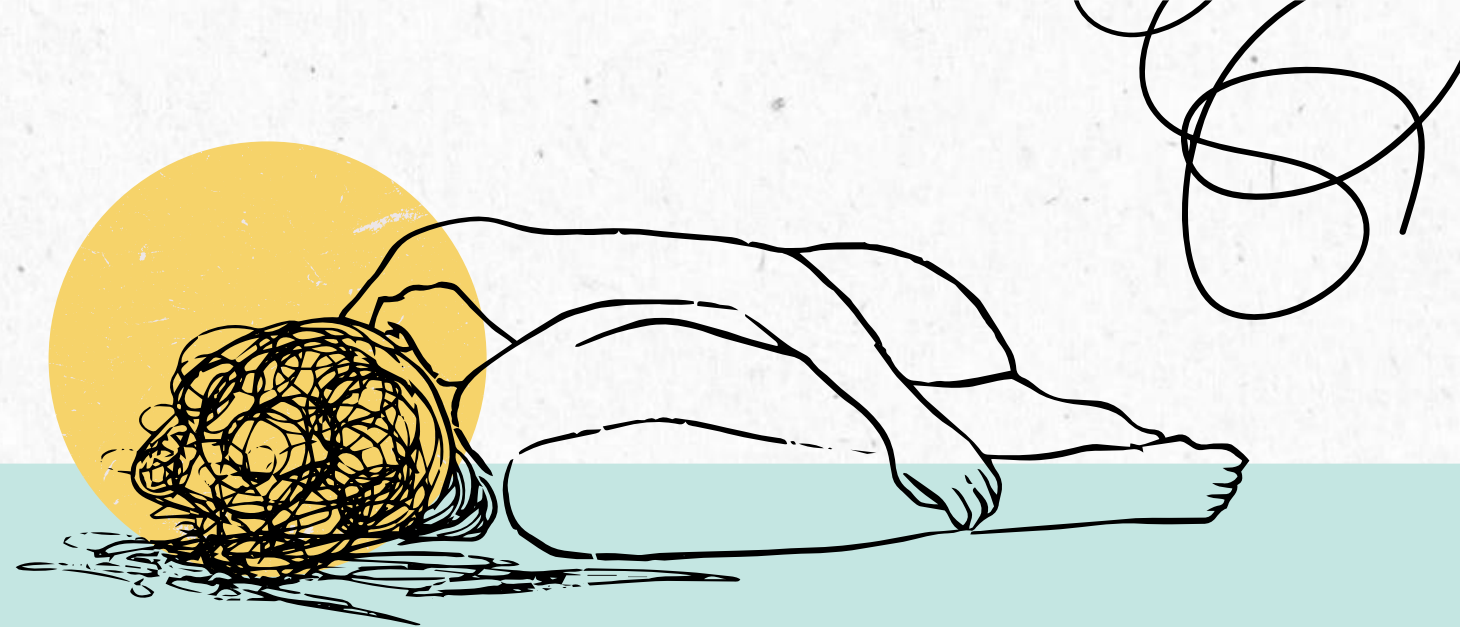
**CARACTERÍSTICAS  
DE UN  
DIAGNÓSTICO**

# CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS



Se pueden ver uno o más síntomas diversos como por ejemplo debilidad y parálisis movimientos anormales como temblores o distonias, alteraciones de la marcha y postura anormales de los miembros. Los síntomas sensoriales con la alteración, la reducción o ausencia de sensibilidad en la piel, vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales en una extremidad por una alteración aparente de pérdida de conciencia, pueden parecer crisis epilépticas, también la afonía, articulaciones alteradas, nudo en la garganta y la diplopía. Se no puede explicar cómo una enfermedad neurológica debe a ver datos clínicos que demuestren que no sea una enfermedad neurológica así que hacen exámenes como El signo de Hoover: en él existe debilidad en la extensión de la cadera y se recupera la fuerza normal tras la flexión contra resistencia de la cadera contralateral. Debilidad marcada de la flexión plantar tobillo, en un individuo que es capaz de caminar de puntillas, cuando ésta se comprueba en la cama.

Resultados positivos en la prueba de sincronización del temblor. En esta prueba, un temblor unilateral se puede identificar como funcional si el temblor cambia cuando se distrae al individuo. En los ataques parecidos a la epilepsia o síncope (ataques no epilépticos "psicógenos") se encuentra al individuo con los ojos cerrados y ofreciendo resistencia a la apertura o se obtiene un electroencefalograma simultáneo normal (aunque esto



## CARACTERISTICAS ASOCIADAS QUE APOYAN EL DIAGNOSTICO

Algo que puede apoyar al diagnóstico son los antecedentes con síntomas somáticos diferentes esto lo podemos relacionar con el estrés o un trauma psicológico y físico aun que allá una ausencia de estos aún se puede diagnosticar este los síntomas también se pueden relacionar con los como la despersonalización, la desrealización y la amnesia disociativa, en particular durante el inicio de los síntomas o durante los ataques.

# PREVALENCIA

Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida. Esto es en parte debido a que el diagnóstico, por lo general, requiere la evaluación en un nivel especializado de atención, donde aproximadamente el 5 % de las derivaciones a las clínicas de neurología corresponden a este trastorno.



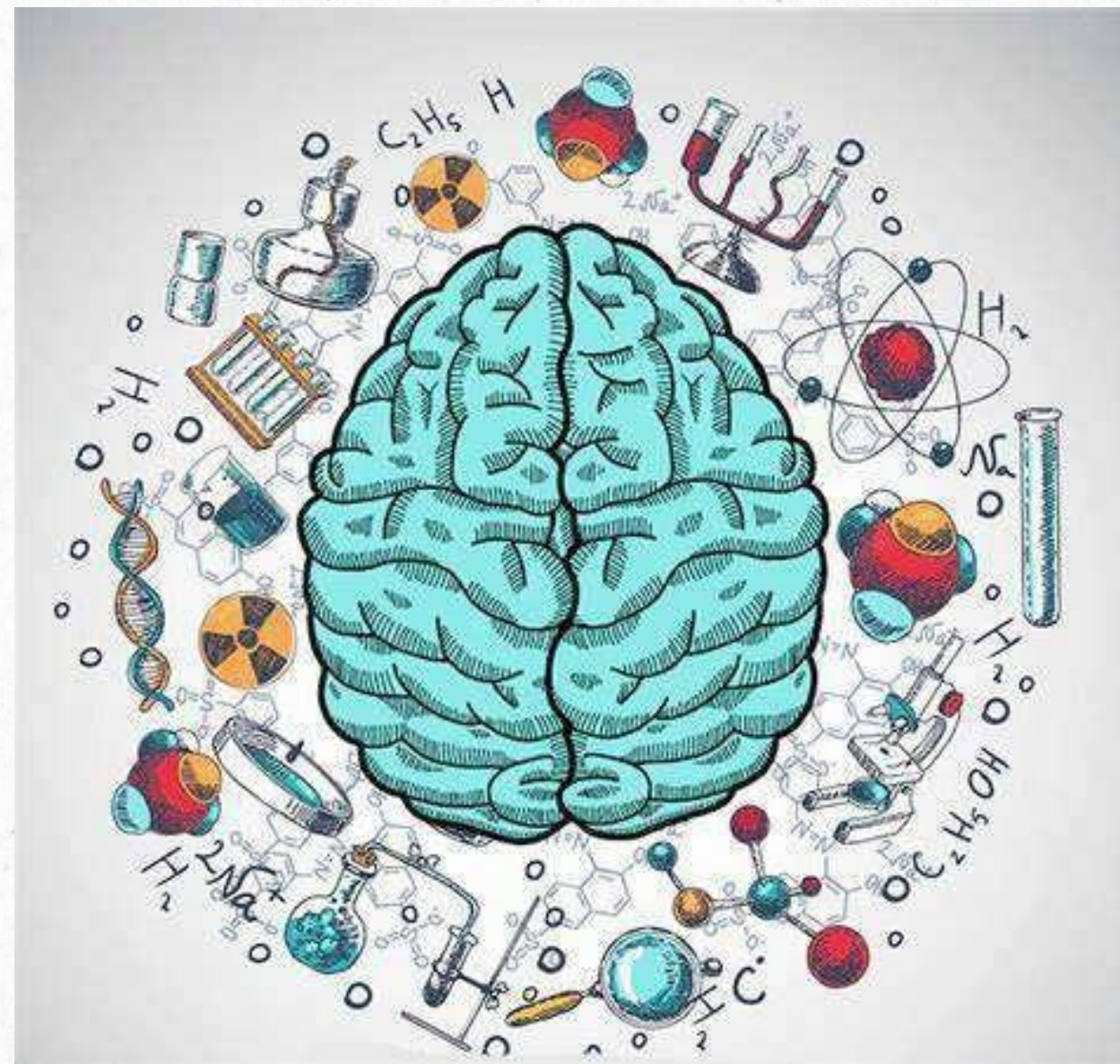


# DESARROLLO Y CURSO

Se ha documentado su inicio durante toda la vida. El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década, y los síntomas motores tienen su máxima frecuencia de aparición en la cuarta década. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y los adultos.



# FACTORES DE RIESGO Y PRONOSTICO



01

Temperamentales Se relacionan con rasgos de personalidad desadaptativos que, con frecuencia, están presentes en personas con trastorno de conversión.

02

Ambientales Factores como el abuso o negligencia en la infancia pueden estar presentes. También es común la existencia de eventos vitales estresantes en la vida de la persona.

03

Genéticos y fisiológicos Las personas con enfermedades neurológicas que generan síntomas similares (como la epilepsia) están en mayor riesgo de desarrollar el trastorno de conversión, como ocurre con las convulsiones no epilépticas

# ASPECTOS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON LA CULTURA

Las transformaciones que se asemejan a síntomas conversivos (y disociativos) son comunes en determinados rituales aceptados culturalmente. Cuando los síntomas se pueden explicar completamente en un contexto cultural particular y no dan lugar a angustia o a una discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de conversión.



# ASPECTOS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON EL GENERO

se refieren a las diferencias en la presentación, evaluación y tratamiento de las enfermedades y trastornos en función del género



# CONSECUENCIAS FUNCIONALES DEL TRANSTORNO DE CONVERSION

Los individuos con síntomas de trastorno de conversión presentan un deterioro significativo. La gravedad de este deterioro es similar a la que sufren las personas con enfermedades médicas similares.



# DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Si otro trastorno mental puede explicar mejor los síntomas, se debe realizar ese diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno de conversión se puede hacer en la presencia de otro trastorno mental.



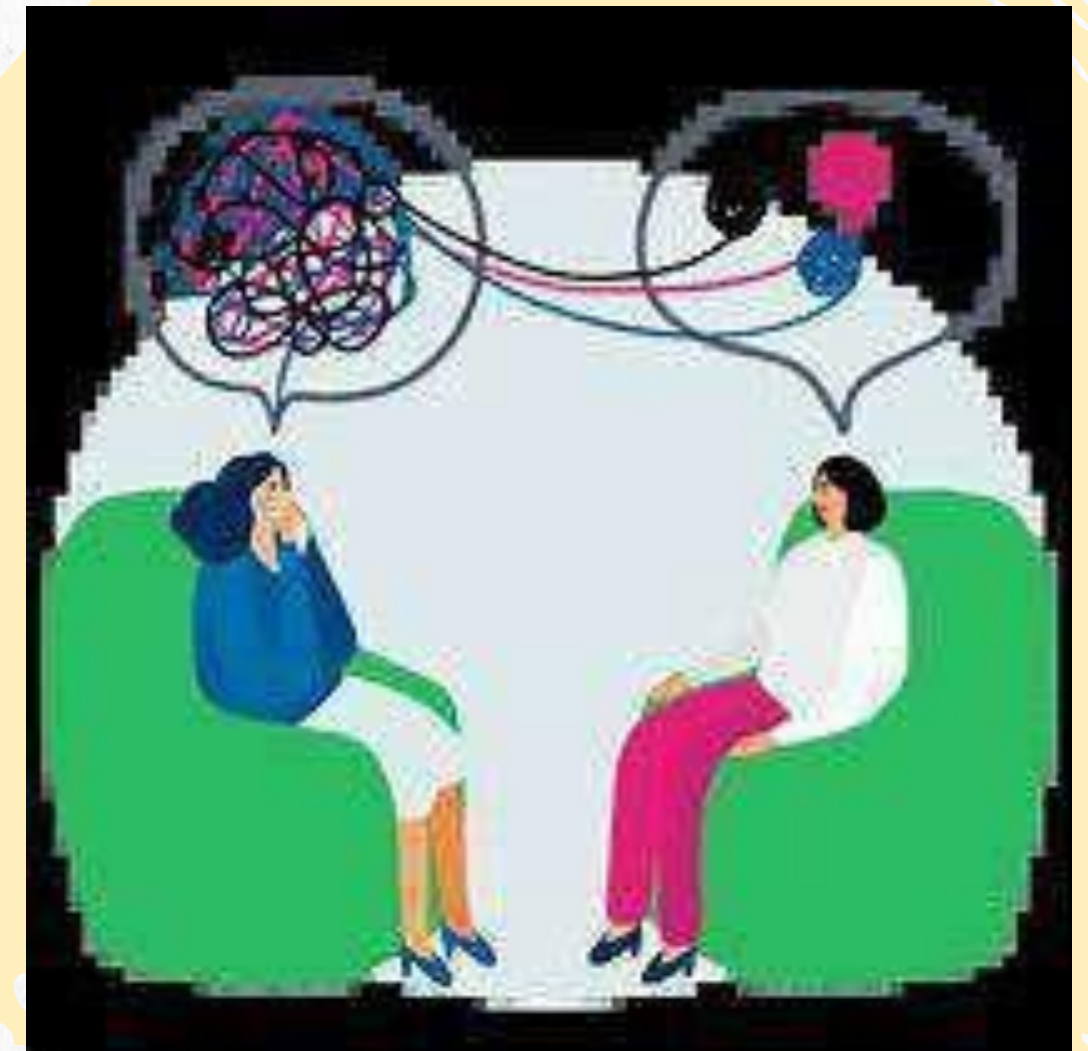
# ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad neurológica que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica completa, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada como causa de los síntomas. Sin embargo, podría ser necesaria una reevaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.



# TRANSTORNOS DE SINTOMAS SOMATICOS

Se puede diagnosticar un trastorno de conversión además de un trastorno de síntomas somáticos. No se ha podido demostrar que la mayoría de los síntomas somáticos, que aparecen en el trastorno de síntomas somáticos, sean claramente incompatibles con la fisiopatología (p. ej., el dolor, la fatiga), mientras que en el trastorno de conversión se requiere tal incompatibilidad para el diagnóstico. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos, a menudo están ausentes en el trastorno de conversión.





# TRANSTORNO FACTICIO Y SIMULACION

El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere evaluar que los síntomas no se producen intencionadamente (p. ej., los no fingidos), ya que la evaluación de la intención consciente es poco fiable. Sin embargo, la evidencia cierta de simulación (p. ej., una clara evidencia de que la pérdida de la función aparece durante el examen clínico, pero no en casa) podría sugerir un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente de la persona es asumir el papel de enfermo o hacerse el enfermo, y si el objetivo es la obtención de algún tipo de incentivo, como el dinero.



# TRANSTORNO DISOCIATIVO

Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.



# TRANSTORNOS DISMORFICOS CORPORAL

Los individuos con trastorno dismórfico corporal están excesivamente preocupados por un defecto percibido en sus características físicas, pero no se quejan de síntomas sobre el funcionamiento sensorial o motor de la parte del cuerpo afectada.



# TRANSTORNO DEPRESIVOS

En los trastornos depresivos, los individuos pueden informar de pesadez general en sus miembros, mientras que la debilidad del trastorno de conversión es más focal y evidente. Los trastornos depresivos también se diferencian por la presencia de síntomas depresivos nucleares.



# TRANSTORNO DE PANICO

Los síntomas neurológicos episódicos (p. ej., los temblores y las parestesias) pueden aparecer tanto en el trastorno de conversión como en los ataques de pánico. En los ataques de pánico, los síntomas neurológicos suelen ser transitorios y suceden de una forma aguda episódica, con síntomas característicos cardiorrespiratorios.



# COMORBILIDAD

Los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico y los trastornos depresivos, habitualmente aparecen de forma conjunta con el trastorno de conversión. El trastorno de síntomas somáticos también puede concurrir. Los trastornos psicóticos, los trastornos por uso de sustancias y el abuso del alcohol son infrecuentes. Los trastornos de personalidad son más frecuentes en los individuos con trastorno de conversión que en la población general.

