

trastorno

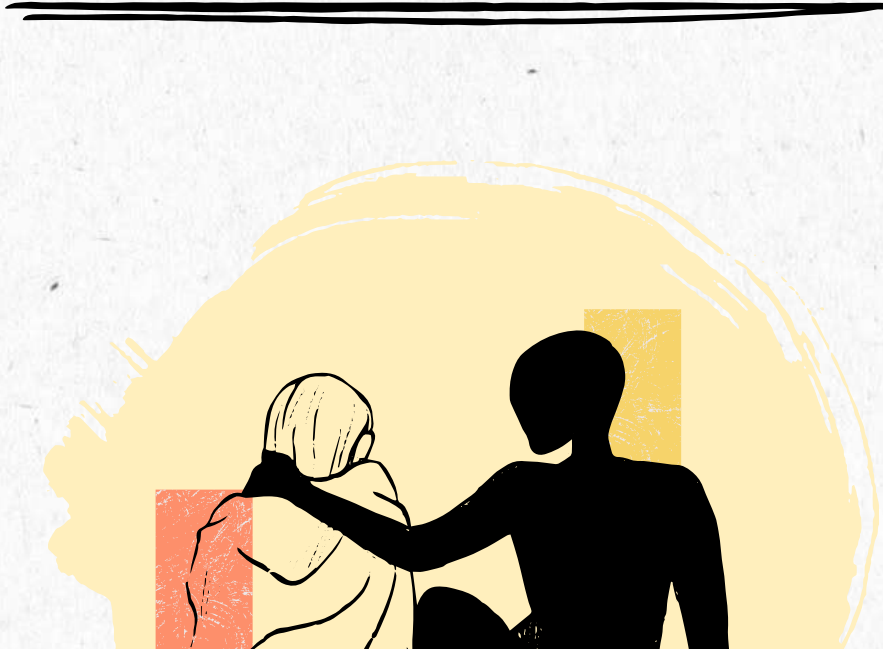
CONVERSION



Jeffrey Ibarra Hernandez

Juan Paplo Yañes Gordillo

Ever (Ernesto) Lopez Rivera



1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICOS

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

(F44.4) Con debilidad o parálisis

(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)

(F44.4) Con síntomas de la deglución

(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

(F44.5) Con ataques o convulsiones

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

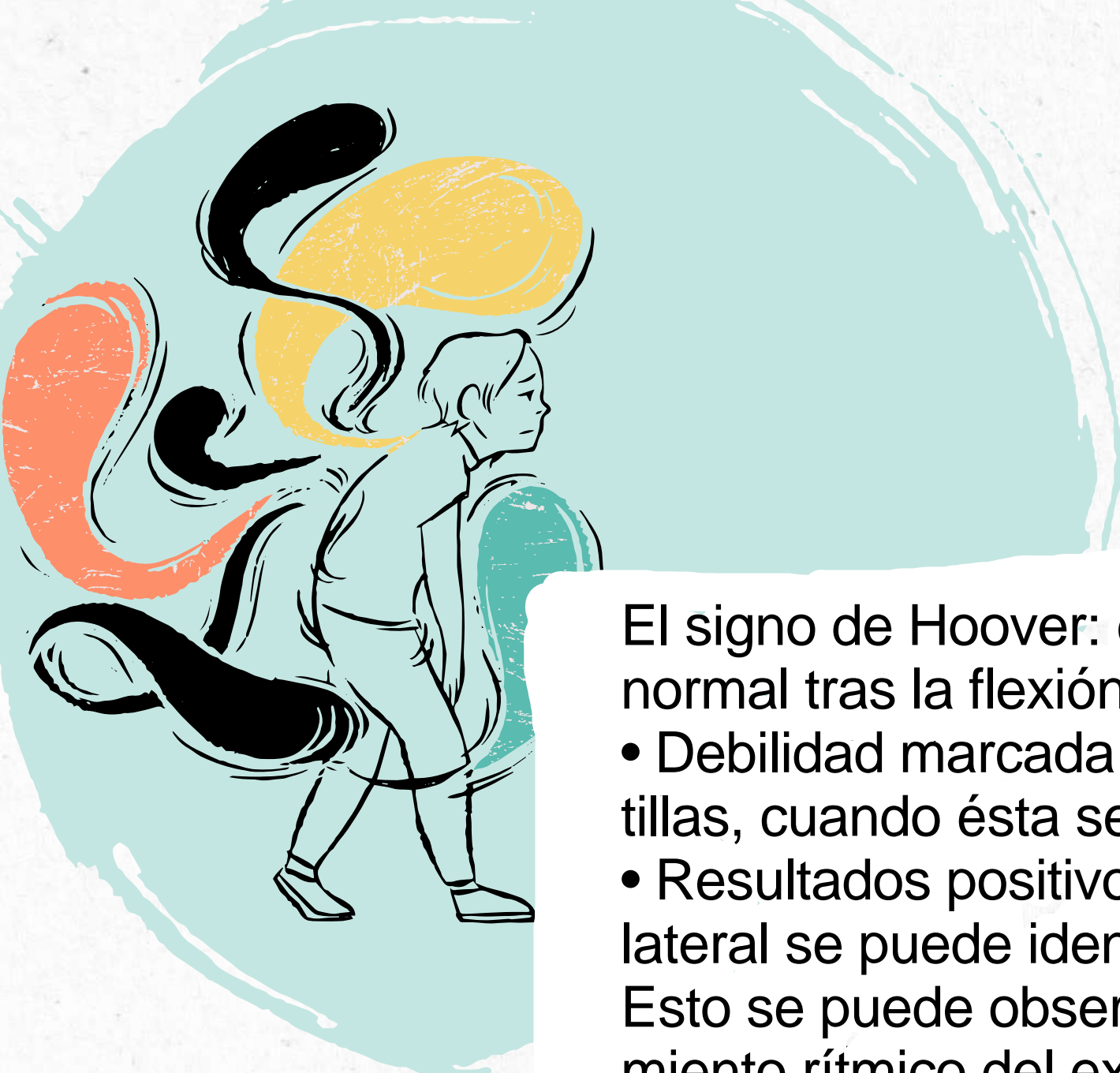
(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

(F44.7) Con síntomas mixtos



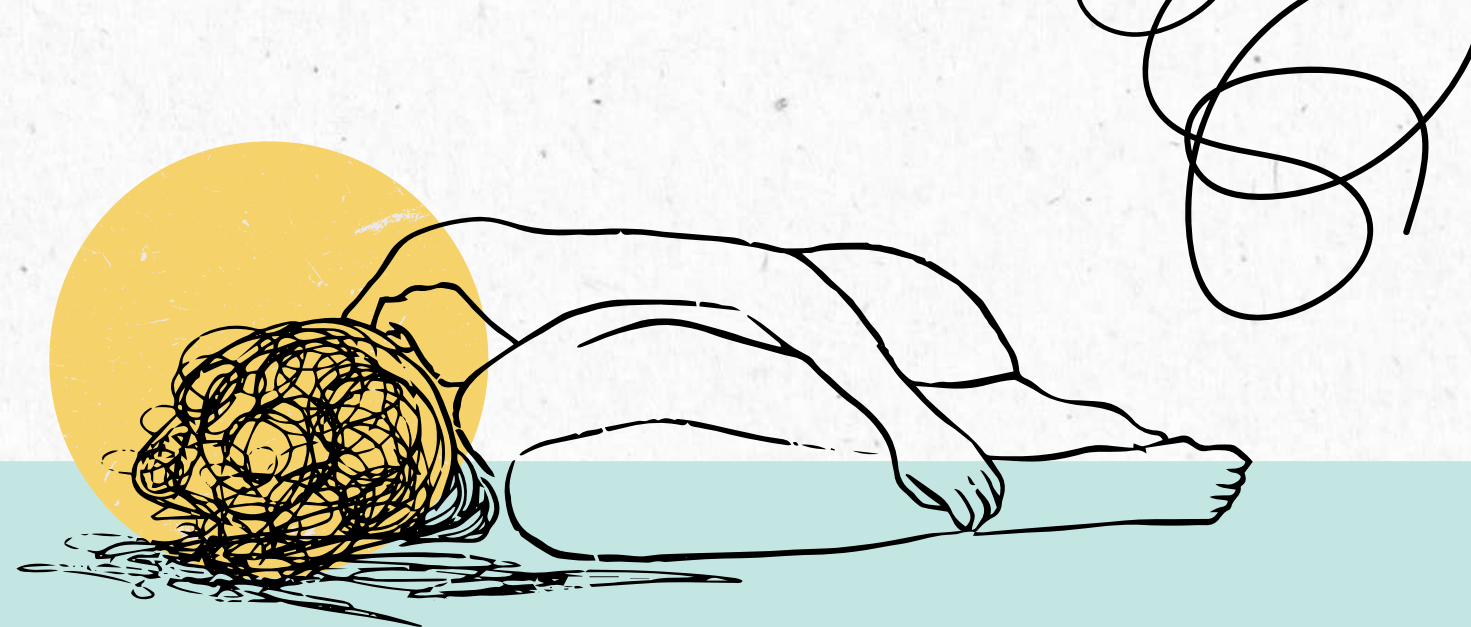
**CARACTERÍSTICAS
DE UN
DIAGNÓSTICO**

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS



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. Esto se puede observar si se le pide a la persona que copie con su mano no afectada un movimiento rítmico del examinador y esto hace que el temblor funcional cambie, de manera que copia o "se sincroniza" con el ritmo de la mano no afectada, o se suprime el temblor funcional, o ya no hace un simple movimiento rítmico.
- 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 por sí solo no excluye todas las formas de epilepsia o síncope).
- Para los síntomas visuales, cuando existe un campo visual tubular (es decir, visión en túnel).



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

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.

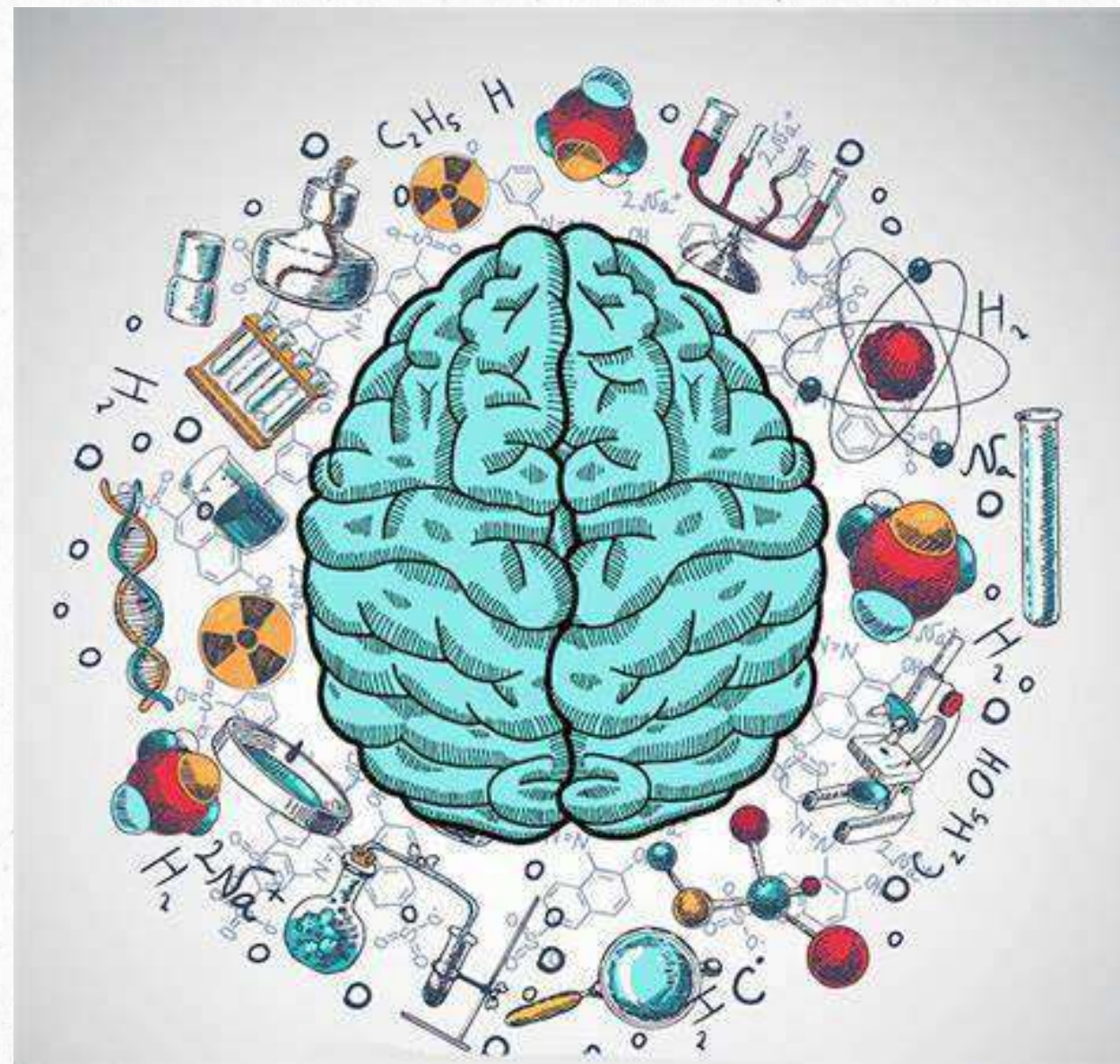


DESARROLLO Y CURSO

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

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

El trastorno de conversión es
de dos a tres veces más
frecuente en las mujeres



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.



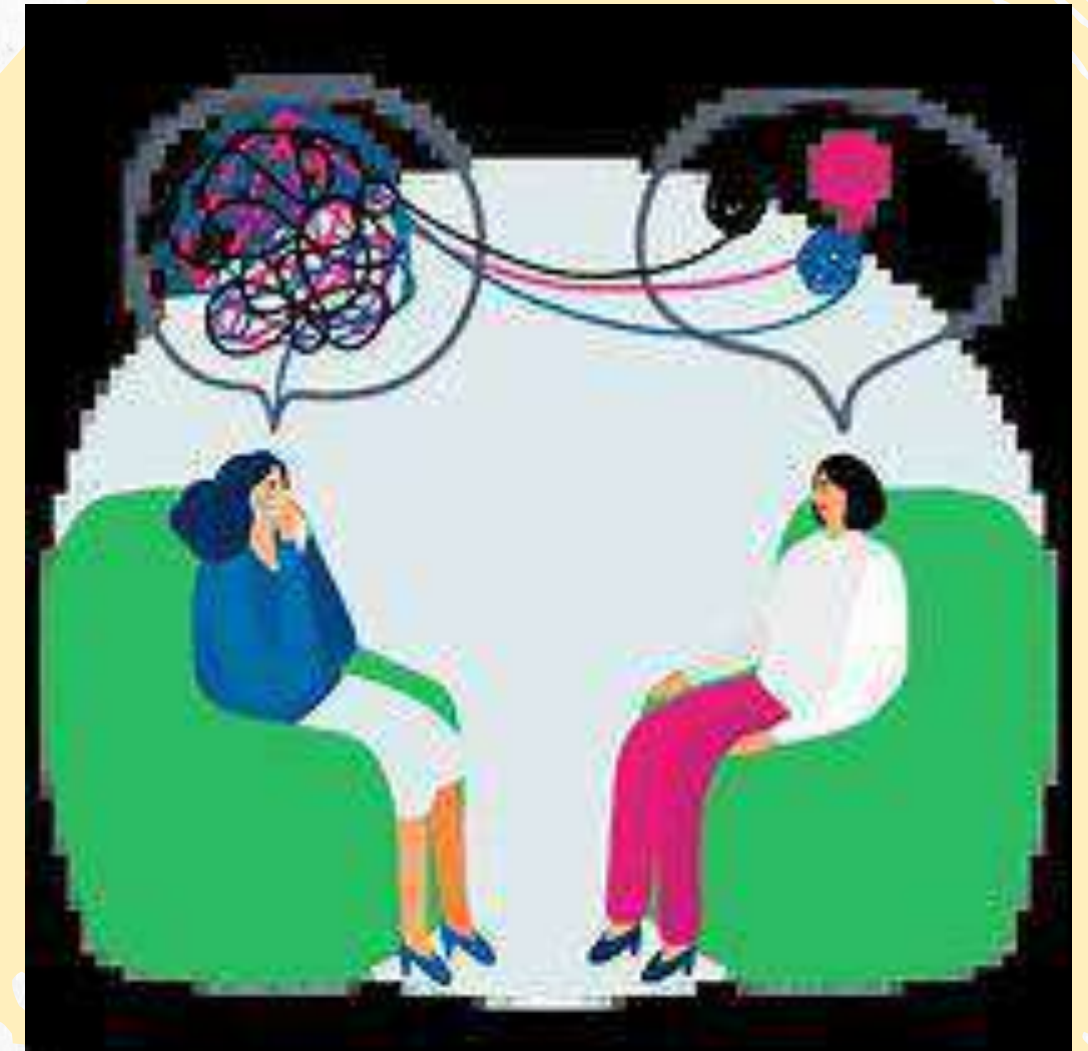
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

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

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



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.



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. La pérdida de conciencia con amnesia para el ataque y los movimientos violentos de los miembros pueden aparecer en los ataques no epilépticos, pero no en los ataques de pánico.



COMORBILIDAD

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. Los trastornos neurológicos u otras afecciones médicas también coexisten habitualmente con el trastorno de conversión.

