



Tema 4

Trastornos somatomorfos. Trastornos disociativos. Trastornos facticios.

Contenidos

1 Trastornos somatomorfos.

- 1.1 Trastorno por somatización.
- 1.2 Trastorno conversivo.
- 1.3 Hipocondría.
- 1.4 Trastorno dismórfico.
- 1.5 Trastorno por dolor.
- 1.6 Síndrome de fatiga crónica.

2 Trastornos disociativos.

- 2.1 Amnesia disociativa.
- 2.2 Fuga disociativa.
- 2.3 Trastorno por despersonalización y/o desrealización.
- 2.4 Trastorno disociativo de identidad o personalidad múltiples.

3 Trastornos facticios y de simulación.

4 Proceso de atención de enfermería en los trastornos psicósomáticos y somatoformes.

- 4.1 Valoración.
- 4.2 Diagnósticos de enfermería asociados.
- 4.3 Ejecución del plan de cuidados.

TEMA 4: TRASTORNOS SOMATOMORFOS. TRASTORNOS DISOCIATIVOS. TRASTORNOS FACTICIOS.

1 Trastornos somatomorfos.

1.1 Trastorno por somatización.

Se caracteriza por la presencia de una **gran variedad de síntomas somáticos** en los que **no hay hallazgos físicos** o de laboratorio que indiquen una causa física demostrable. Con frecuencia han visitado a **distintos especialistas** y probado muchos fármacos.

Es más frecuente en mujeres, aparece antes de los 30 años y suele ser un trastorno crónico y fluctuante, afectando a la vida familiar y social del paciente.

La clínica se caracteriza por **multitud de quejas somáticas** que afectan a distintos aparatos:

- gastrointestinales (nauseas, vómitos, meteorismo...)
- pseudoneurológicos (alteraciones en la sensibilidad, dificultades para deglutir, afonía, ceguera, convulsiones...)
- genitourinarios (retención urinaria, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales...)
- dolor en al menos cuatro zonas del cuerpo

Las quejas son recurrentes y variables, son **descritas de modo vago**, dramático, con gran componente emocional, suelen formar parte de una historia en la que se han considerado multitud de diagnósticos previos y en la que es muy difícil establecer una cronología de los síntomas. La sintomatología psiquiátrica más frecuente en estos cuadros son los trastornos de ansiedad y los depresivos, son muy frecuentes las amenazas suicidas que rara vez se consuman.

Conviene estar alerta ante el aumento de intensidad de un síntoma o a la aparición de síntomas nuevos, ya que puede tratarse entonces de un cuadro orgánico que puede estar enmascarado por la historia previa.

Se diferencia del trastorno por simulación en que los **síntomas físicos no son intencionados**.

La evolución es crónica, con frecuencia aparecen complicaciones debido al abuso de psicofármacos y otras sustancias y a posibles intervenciones quirúrgicas.

El tratamiento es difícil, siendo lo más importante la relación del médico con el paciente y el establecimiento de una alianza terapéutica. Deben restringirse y controlarse las prescripciones médicas.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN	
Síntomas somáticos sin causa física demostrable	
Epidemiología	Más frecuente en mujeres Antes de los 30 años Crónico y fluctuante Afectación vida familiar y social
Clave	Síntomas inespecíficos Síntomas múltiples Síntomas vagos

1.2 Trastorno conversivo.

Consiste en la aparición de **uno o más trastornos neurológicos** que no pueden ser explicados por medio de una patología médica o neurológica. Es imprescindible que existan **factores psicológicos relacionados** con la aparición o exacerbación del cuadro (una pérdida de visión tras un enfrentamiento familiar).

Es más **frecuente en mujeres** y en determinadas poblaciones su prevalencia es alta. Puede iniciarse en cualquier edad aunque es más frecuente en la adolescencia.

Los síntomas más habituales son: **parálisis, ceguera y mutismo**. Otros síntomas son las parestesias en extremidades, alteraciones en la marcha, temblores que empeoran si se les presta atención, pseudoconvulsiones. Es muy característica la existencia de **cierta indiferencia** ante la gravedad de los síntomas y el hecho de que es muy difícil que el paciente llegue a lesionarse a pesar de las caídas o de la ceguera.

Es fundamental descartar la existencia de una causa orgánica.

El cuadro suele ser de corta duración y en la mayoría de los casos no vuelve a existir otro episodio.

El tratamiento consiste en psicoterapias sobre todo introspectivas y conductuales, técnicas de sugestión y ansiolíticos.

TRASTORNO CONVERSIVO	
Síntomas motores o sensitivos aparatosos, sin explicación + no congruencia con ánimo	
Epidemiología	Más frecuente en mujeres
Clave	Parálisis, ceguera mutismo Parestesias Cierta "indiferencia"

1.3 Hipocondría.

Consiste en la **preocupación persistente a tener una enfermedad grave o incapacitante** pero sin llegar al grado de las ideas delirantes. Esta preocupación debe **durar más de seis meses** a pesar de ser normales las exploraciones practicadas y de las opiniones tranquilizadoras de los médicos. El paciente suele interpretar signos fisiológicos o disfunciones fisiológicas de un modo poco realista con una menor tolerancia a mínimas molestias físicas. Se produce un deterioro importante en las actividades habituales del paciente.

No está clara su prevalencia en la población general, la edad de aparición está entre los 20 y los 30 años y no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo. Es frecuente que coexista con un trastorno ansioso o depresivo.

Suele tener un curso crónico y fluctuante con estabilidad de los síntomas. Es importante descartar la existencia de otros síndromes psiquiátricos como los trastornos de angustia o el trastorno delirante. Estos pacientes suelen ser reticentes a ser tratados por un psiquiatra. La farmacoterapia solo resulta eficaz cuando existe una patología subyacente como un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad.

HIPOCONDRIA
Preocupación persistente de padecer una enfermedad grave
No idea delirante
Esta preocupación debe durar más de seis meses

1.4 Trastorno dismórfico.

Consiste en una **preocupación excesiva** pero no de características delirantes por un **defecto físico imaginario** o una **distorsión exagerada de un defecto real mínimo**. Es un trastorno poco conocido y no están claras sus tasas de incidencia y prevalencia. Algunos autores consideran que pertenece a la esfera del espectro obsesivo compulsivo. Suele coexistir con otros trastornos mentales como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad y los trastornos psicóticos.

Las preocupaciones más frecuentes son las relacionadas con rasgos faciales concretos (las orejas), con frecuencia existen conductas evitativas para situaciones que expongan al paciente a la opinión de los demás y marcados intentos para disimular e incluso hacer desaparecer el supuesto defecto (consultas de cirugía estética).

Debe hacerse diagnóstico diferencial con otros cuadros que cursan con alteraciones de la imagen corporal como la anorexia nerviosa o los trastornos de identidad sexual.

En algunos casos el tratamiento con neurolépticos tipo pimozide o con antidepresivos como los ISRS puede ser útil. Si la dismorfofobia coexiste con otro trastorno mental, este último debe tratarse del modo habitual.

TRASTORNO DISMÓRFICO
Consiste en una preocupación excesiva por un defecto físico imaginario o una distorsión exagerada de un defecto real mínimo
Las preocupaciones más frecuentes son las relacionadas con rasgos faciales concretos

1.5 Trastorno por dolor.

Consiste en la aparición de un **dolor en uno o más lugares que no puede explicarse completamente por una patología orgánica**. Los síntomas del dolor se relacionan con situaciones estresantes y producen deterioro del funcionamiento habitual del paciente. Es más frecuente en mujeres y aparece entre los 40 y los 50 años. Puede existir un abuso de analgésicos y de otras sustancias pautadas para mitigar el cuadro. El curso es crónico y con frecuencia incapacitante. Es muy frecuente su coexistencia con los trastornos del estado de ánimo, especialmente con la distimia.

En el tratamiento son útiles los antidepresivos tricíclicos y los ISRS. Deben evitarse las benzodiacepinas por la posibilidad de abuso.

1.6 Síndrome de fatiga crónica.

Se denomina así a la **fatiga que dura más de 6 meses sin una causa médica** demostrable. Es más frecuente en mujeres y aparece entre los 20 y los 40 años. El diagnóstico es muy difícil, siendo fundamental el diagnóstico diferencial con enfermedades como el hipotiroidismo, la esclerosis múltiple o infecciones víricas. Es muy frecuente su asociación con el trastorno depresivo mayor. El tratamiento es un tratamiento de apoyo, se deben usar antidepresivos cuando aparece un trastorno depresivo.

2 Trastornos disociativos.

2.1 Amnesia disociativa.

Se caracteriza por la **incapacidad para recordar determinada información importante** (que ha hecho el paciente el día anterior, datos sobre la propia identidad), suele relacionarse **con hechos traumáticos**, el **resto de la memoria no se ve afectada**. Es el más frecuente de los trastornos disociativos, su comienzo suele ser brusco, es característico que muchos pacientes parezcan indiferentes a lo sucedido, su pronóstico es bueno y se suelen recuperar en poco tiempo.

2.2 Fuga disociativa.

Suele aparecer **tras sucesos especialmente traumáticos**, el paciente puede viajar **lejos de su domicilio**, olvidando su identidad e incluso asumiendo otra, los pacientes no suelen ser conscientes de haber olvidado datos sobre su identidad. Su pronóstico es bueno.

2.3 Trastorno por despersonalización y/o desrealización.

Sensación de irrealidad y extrañeza sobre el propio cuerpo (estar flotando, estar en un sueño), y sobre la realidad que nos rodea, se observa en muchos trastornos psiquiátricos como las crisis de angustia o la esquizofrenia, también puede aparecer asociado a alteraciones tóxicas o metabólicas. El paciente es consciente de la irrealidad de sus síntomas. Son fenómenos **comunes y no siempre patológicos**, suelen comenzar en las primeras décadas de la vida y son raros después de los 40 años. El tratamiento va dirigido a tratar la causa subyacente.

2.4 Trastorno disociativo de identidad o personalidad múltiples.

Es el más grave de todos los trastornos disociativos. Se caracteriza por la existencia de **dos o más personalidades bien definidas**, generalmente cada personalidad no tiene conocimiento de las otras. Se suele relacionar con **sucesos traumáticos** en la infancia como los abusos sexuales o físicos, y se necesita una tendencia a desarrollar el trastorno, la existencia de factores ambientales y la ausencia de factores de apoyo externos para la aparición del trastorno. Puede aparecer en la infancia, cuanto más

precoz sea el inicio peor es el pronóstico. El tratamiento consiste en psicoterapia de tipo introspectivo, en algunos casos pueden estar indicados los ansiolíticos y los antidepresivos.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS	
Síntomas somáticos sin causa física demostrable	
Amnesia disociativa	Incapacidad para recordar determinada información importante Hechos traumáticos Resto de la memoria no se ve afectada
Fuga disociativa	La más frecuente tras sucesos especialmente traumáticos olvidando su identidad e incluso asumiendo otra
Trastorno por despersonalización y/o desrealización	Sensación de irrealidad y extrañeza sobre el propio cuerpo Crisis de angustia, esquizofrenia, tóxicos
Trastorno disociativo de identidad o personalidad múltiples	El más grave de todos los trastornos disociativos Dos o más personalidades bien definidas Sucesos traumáticos en la infancia

3 Trastornos facticios y de simulación.

Trastornos caracterizados por el fingimiento o producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos. Buscan asumir el papel del enfermo. Además debe haber ausencia de incentivos externos.

Se habla de trastorno por simulación cuando el paciente obtiene beneficios externos.

El paciente puede simular síntomas, ingerir sustancias o medicamentos para provocar síntomas o incluso, alterar pruebas diagnósticas.

- Síndrome de Munchausen. Es la forma en la que se conoce al trastorno facticio de síntomas físicos.
- Síndrome de Ganser. Asociado a simulación de síntomas psiquiátricos.

4 Proceso de atención de enfermería en los trastornos psicósomáticos y somatoformes.

4.1 Valoración.

Este conjunto de trastornos constituye una respuesta psicofisiológica en la que influyen factores biológicos (endocrinos, inmunitarios), psicológicos (tipo de personalidad, grado de ansiedad), factores de estrés desencadenantes (algunos autores consideran las enfermedades psicósomáticas como un intento de superar un estado de crisis, o el producto de la sucesión de múltiples factores estresantes menores), modelo de conducta típico del sujeto... Todos estos factores han de tenerse en cuenta a la hora de delimitar las necesidades de enfermería del sujeto.

4.2 Diagnósticos de enfermería asociados.

- Ansiedad en relación con amenaza de cambio en el estado de salud, o modificación del entorno.
- Adaptación individual ineficaz relacionada con crisis situacionales o de desarrollo.
- Alteración de las relaciones familiares relacionada con situación de transición o crisis.
- Temor en relación con síntomas físicos y alteración del estado de salud.
- Desesperanza en relación con estrés de larga duración.
- Déficit de autocuidado (especificar) relacionado con dolor, malestar y ansiedad intensa.
- Autoestima baja situacional en relación con vivencia de fracaso, pérdida real o percibida o situación de crisis.
- Aislamiento social en relación con alteración del estado de bienestar.
- Alteración de los patrones de sueño relacionada con ansiedad, situación de crisis y molestias físicas.

4.3 Ejecución del plan de cuidados.

Aunque es compleja y poco clara la influencia de los diferentes factores implicados en la aparición de un trastorno psicósomático o somatoforme, el profesional de enfermería fundamentalmente centrará sus esfuerzos sobre el estrés del paciente y

cómo manejarlo. Asimismo se emprenderán acciones de enfermería para mantener la integridad física.

- **Objetivo enseñar al paciente la naturaleza del estrés, factores influyentes y mecanismos de adaptación.**
 - Enseñar qué modelos de conducta indican estrés y los sentimientos que los producen.
 - Pedir al paciente que situaciones describen el estrés, y si es posible que el paciente se las imagine.
 - Exponer métodos alternativos y adaptativos con los que enfrentarse al estrés.
 - Refuerzo positivo del uso de estrategias adaptativas.
- **Objetivo: mantener la integridad física del paciente.**
 - Procurar una nutrición adecuada, si es necesario estimular para seguir una dieta equilibrada.
 - Fomentar la higiene, supervisándolo o ayudándolo si el sujeto lo precisa.
 - Atender a las necesidades de seguridad física.
- **Objetivo: establecer una relación de confianza con el paciente.**
 - Satisfacer las necesidades manifestadas por el paciente.
 - Establecer objetivos del paciente en común.
 - Programar un tiempo para relacionarse con el paciente, de tal modo que el mismo sobrecargue con demandas a otros profesionales o personas, y así seleccione las necesidades realmente importantes.
 - Comprender que las quejas físicas del paciente aunque no se correspondan con un problema orgánico real, para el paciente sí lo son y constituyen una forma de solicitar ayuda, puede que por conflictos internos. Por ello hay que intentar no responder de forma hostil a dichas quejas.
- **Objetivo: la familia y allegados al paciente comprenderán la conducta del mismo y apoyarán los cambios en su comportamiento.**
 - Explicar la naturaleza del problema.
 - Explicar el plan de tratamiento.
 - Enseñar técnicas de control del estrés.