

135



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE
ANSIEDAD Y NEUROSIS CONVERSIVA
EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ELIZABETH LÓPEZ PACHECO

DIRECTOR: MC. JUAN ARAU NARVÁEZ



México

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS:

Por haberme permitido el culminar mi carrera y estar conmigo en todo momento, ayudarme y darme fortaleza en momentos difíciles y por ser el guiador de mi vida.

A MIS TIOS Y A MI PRIMO PABLO:

Por todo el apoyo, comprensión, y amor que me han brindado no solo en mi carrera sino desde siempre. Gracias por estar conmigo para ustedes a quienes dedicó con mucho amor este trabajo.

A MI MAMA Y HERMANAS:

Por su gran paciencia, amor, por sus ocurrencias y por hacerme feliz cada día de mi vida.

A JORGE:

Por ser esa persona tan especial que ha estado conmigo tanto en momentos buenos como en los malos, por su apoyo incondicional y por ser una persona tan valiosa con todo mi cariño dedico este trabajo.

A MIS MEJORES AMIGOS:

Por que han seguido mi carrera de principio a fin, porque sé que puedo contar con ellos(a)s y porque hemos compartido muchos momentos juntos.

AL DR. JUÁN ARÁ U.

Por su valiosa participación en la elaboración de esta tesina.

AL DR. RAMÓN RODRIGUEZ.

Por lo mucho que aprendí en sus clases ya que además de aprender fue de una forma muy amena.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la serie de Doctores que participaron durante mi carrera profesional.

Por ser mi escuela y por la formación profesional que me brindaron durante este ciclo.

GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN6-7

I.- ANTECEDENTES DE LA ANSIEDAD Y LA HISTERIA CONVERSIVA

- 1.1 Historia8-10
- 1.2 Definición de neurosis conversiva.10-13
- 1.3 Definición de crisis de angustia..... 14
- 1.4 Etiología de la crisis de angustia.....15-20
- 1.5 Etiología de la crisis conversiva.....21-23

II.- PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS EN HISTERIA CONVERSIVA Y ANSIEDAD.

- 2.1 Signos y síntomas de ansiedad.....24-28
- 2.2 Características de la histeria conversiva.....29
- 2.3 Signos y síntomas de histeria conversiva.....30-36

III.- CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ANSIEDAD E HISTERIA CONVERSIVA.

- 3.1 Diagnóstico diferencial de ansiedad.....37
- 3.2 Trastorno a nivel neurótico.....37-41
- 3.3 Trastorno a nivel orgánico.....40-41
- 3.4 Diagnóstico diferencial en histeria conversiva.....41-43
- 3.5 Pronóstico de la ansiedad y la histeria conversiva.....44-45

IV.- RECOMENDACIONES AL TRATAMIENTO.

4.1 Tratamiento de histeria conversiva y ansiedad.....	46-47
4.2 Terapéutica.....	48-49
4.3 Recomendaciones.....	49-50.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Durante la consulta dental pueden presentarse situaciones tanto de emergencia, como de urgencia, como el caso de los trastornos de histeria o neurosis conversiva y ansiedad. Estos tipos de trastornos son muy importantes ya que se presentan ante una situación estresante, en la cual el individuo muestra una serie de síntomas, las cuales si no son atendidas al momento, puede estar en riesgo la vida del paciente.

Este tipo de trastornos se pueden presentar en cualquier lugar y a cualquier edad, generalmente en mujeres y adolescentes, no precisamente en un área médica, pero es de vital importancia para el odontólogo poder manejar esta situación, si se presenta antes, durante o después de la consulta dental, poder diferenciar uno del otro ya que al ser similares pueden ocasionar errores al diagnosticar y al mismo equivocación en el tratamiento.

.Los signos y los síntomas son en ocasiones difíciles de identificar. El siguiente estudio trata acerca de las diferencias principales entre histeria conversiva y crisis de ansiedad, así como la medicación y el tratamiento y sobre todo el manejo que debemos tener con este tipo de pacientes.

Estas clases de trastornos han existido desde la antigüedad, pero actualmente además del estrés excesivo, ahora el empleo de drogas alucinógenas, alcohol y demás factores han incrementado las causas para originar cualquiera de estos 2 trastornos que a pesar de ser considerados como trastornos a nivel psiquiátrico hay personas que lo ocultan con el fin de no ser rechazadas o para evitar preguntas acerca de su padecimiento, mencionado anteriormente.

El odontólogo debe tener la plena certeza de cómo resolver y como actuar ante esta situación, poder identificar si es un síntoma real como es el caso de la histeria conversiva cambia lo psicológico a lo real y en el caso de la ansiedad poder descubrir que es lo que desencadena la crisis; si es el estrés debido a la consulta, poder reducirlo y si es otra la causa identificarla y así poder ayudar al paciente, de manera que no presente o por lo menos se evite al máximo la crisis de angustia o de histeria conversiva en el tratamiento dental.

CAPÍTULO 1

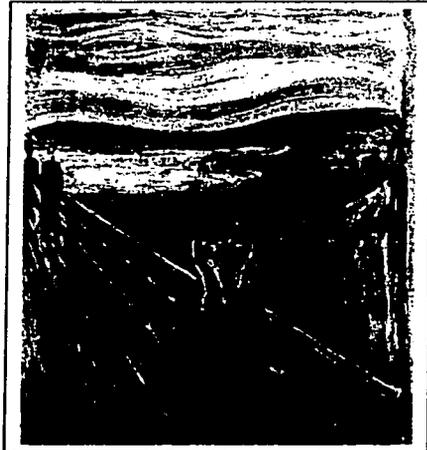
ANTECEDENTES DE LA ANSIEDAD Y LA HISTERIA CONVERSIVA.

HISTORIA

El término hysteros deriva de la palabra griega que significa "útero", Hipócrates y otros médicos griegos antiguos pensaban que este desorden se restringía a las mujeres ya que se debía a dificultades sexuales, de un útero frustrado porque no había podido realizar sus deseos sexuales ni tener hijos. Hipócrates consideraba que el matrimonio era el mejor remedio para este padecimiento. Este concepto de la interrelación entre las dificultades sexuales y de las enfermedades del cuerpo infundadas, fue desarrollado y modificado por Freud. (3)

Freud usó el término de histeria de conversión para indicar que los síntomas eran la expresión de energía sexual desviada o reprimida, es decir, que el conflicto psicosexual se había convertido en una perturbación corporal.

En la psicopatología contemporánea, las reacciones de este tipo ya no se interpretan en términos freudianos como la "conversión" de conflictos sexuales o de otros problemas psicológicos dentro de los síntomas físicos.



Más bien los síntomas físicos se toman actualmente como apoyadores de los mecanismos de defensa, con lo cual permiten al individuo escapar o evitar una situación de estrés.

En la Primera Guerra Mundial, el desorden de conversión o Histeria de Conversión, fue el tipo de síndrome psiquiátrico más frecuente para muchos de los soldados, en el que las órdenes militares y el llevar a cabo los deberes propios se confrontaban contra el miedo a morir mutilado por las cargas a punta de bayoneta que caracterizó a esta guerra. (10)

Por este motivo los síntomas de conversión consistían en sufrir parálisis en una o en ambas piernas o de no poder enderezar la espalda, le permitía al soldado evitar la situación de combate sin que se le considerara un cobarde. Los desórdenes de conversión fueron en un tiempo comunes tanto en la vida civil como en el militar.

Un desorden de conversión aparentemente pierde su función defensiva si se puede demostrar rápidamente la carencia de una base orgánica que lo sustente.

Los principales signos de esta neurosis son conocidos desde la antigüedad. Después de Freud fue conocida como Patología del Simulacro, pero antiguamente se englobaba con su nombre, no tan sólo como lo que nosotros conocemos como signos neuróticos, sino también trastornos ligados a la psicosis. En Francia la evolución de las ideas, desde Charcot, Babinski ilustran las vicisitudes sufridas por la noción de histeria. Charcot había estudiado la histeria por los métodos ordinarios de observación médica y Babinski delimitó con precisión el campo de la histeria, que los fenómenos pitiáticos pueden ser reproducidos por la sugestión. (3)

A partir de Babinski la histeria ha corrido el riesgo de ser considerada fuera de toda realidad, como una simple simulación (Boisseau). Freud partió con la idea de que los síntomas se originaban y tomaban su sentido en el inconsciente de los enfermos.

Los síntomas de la histeria se han estudiado y analizado a profundidad desde Charcot a nuestra época con el fin de conocer e identificar las características de este trastorno.

DEFINICIÓN DE NEUROSIS CONVERSIVA

La definición de la OMS (Organización Mundial de la salud) es la siguiente: Trastornos mentales en los cuales los motivos (que parecen ser inadvertidos para el paciente), producen una limitación en el campo de la conciencia o disturbios en las funciones motrices o sensoriales los cuales pueden presentar una ventaja psicológica o poseer un valor simbólico.

La histeria se diagnostica cuando un síntoma físico o mental se presenta en ausencia de cualquier otra enfermedad, el paciente adquiere cierta ventaja con este síntoma y toma una actitud inapropiada de falta de interés al respecto. (La belle indifference, Lewis 1975). (10)

Entre las ventajas que pueden derivar del síntoma histérico están:

- Evitar obligaciones no deseadas por ejemplo, evadir las consecuencias de un crimen (amnesia observada en alguien acusado de crimen)
- Lograr compasión y atención en el caso de una persona solitaria y desdichada.

Para otros autores el término de histeria se define de la siguiente manera:

Una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad de las ideas, de las imágenes y de los efectos inconscientes. Por ello desde Freud llama a este tipo de neurosis como: histeria de conversión. Pero el histérico debe ser definido aún con relación a la estructura de su persona y la formación imaginaria de su personaje.

El trastorno de conversión tiende a desarrollarse durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque puede presentarse a cualquier edad. Parece ser más frecuente en mujeres (11).

Es importante definir que la conversión consiste en que el paciente convierte un síntoma que es meramente psicológico a un síntoma real.

En una reacción de conversión, la angustia en lugar de experimentarse conscientemente, ya sea en forma difusa como en las reacciones de angustia, se convierte en síntomas funcionales que afectan a órganos, o partes del cuerpo, inervados por el sistema nervioso sensorial y motor.

Los síntomas de conversión sirven para prevenir o disminuir cualquier angustia consciente y palpable, y suelen simbolizar el conflicto mental que produce tal angustia.

En la histeria de conversión, los síntomas proporcionan, sin que el paciente lo perciba, cierto grado de solución a los problemas del individuo y le permiten lograr cierto alivio para la angustia que la situación inquietante implica. En ocasiones la mente del histérico es vaga la diferencia entre la realidad y la fantasía.

Este tipo de trastorno es importante para el personal médico que no se dedica a la atención psiquiátrica, porque puede ser origen de aflicción real

del paciente y puede significar problemas de diagnóstico diferencial de cierta complejidad.

Algunos autores estiman que la neurosis se fundan en la sugestión y en la autosugestión. También se pensó que eran debidas a la tendencia a "refugiarse en la enfermedad" La neurosis sería, un refugio que salva al hombre de las situaciones difíciles en que pueda caer por medio de signos falsos e inconscientes.

El ataque histérico va acompañado a veces de gemidos, sollozos y gritos. Siempre es algo teatral tanto en la mímica como en la pantomima se acusan sufrimiento y terror. Los ataques son de duración diversa, siendo ésta tanto mayor cuando más atención le brinde el espectador.



A la menor causa el enfermo empieza a llorar, a gritar, a romper la vajilla, a dar puñetazos en la mesa y a patelear, tales efectos desaparecen tan rápido como aparecieron. El estado de ánimo es, por lo común, inestable, con cambios rápidos. Una depresión profunda es reemplazada por un estado de ánimo elevado, por locuacidad y risa irresistible.

Los enfermos con neurosis histérica dicen con gran frecuencia que quieren suicidarse y no es raro que lo intenten. Se debilita mucho la voluntad y aumenta la sugestibilidad, manifestada particularmente por la imitación.

En la práctica odontológica al presentarse esta situación será necesario un diagnóstico adecuado debido a que raras veces puede excluirse la patología física con completa certeza cuando se ve por primera vez al paciente.

La segunda dificultad es que no se puede estar seguro de que los síntomas se producen por mecanismos inconscientes. Algunas veces los síntomas imitan los de un amigo o pariente que ha estado enfermo. Otras se originan en la experiencia propia de enfermedad del individuo. El individuo con un trastorno de conversión puede no preocuparse de sus síntomas pero muestra con frecuencia reacciones emocionales exageradas de otras maneras.

DEFINICIÓN DE CRISIS DE ANGUSTIA

La angustia puede describirse como una intranquilidad de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. Puede aparecer ante frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida, en aspectos como la adaptación vocacional, sexual o matrimonial. (12)

La represión por sí sola es insuficiente para controlar la angustia, al contrario de la neurosis conversiva. No se convierte en síntomas funcionales como la histeria y no se controla en forma automática por medio de un pensamiento o acto repetitivo, permanece difusa y sin control, de lo cual resulta que el paciente se encuentra en un estado de expectación angustiada.

Debido a lo anterior se dice en ocasiones que la reacción de angustia es la forma más simple de las neurosis. Es característico que los individuos que en forma constante se ven acosados por una angustia generalizada se muestren tensos, tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sientan incómodos por razones banales y tiendan a preocuparse.

Muchas personas con tal sensación constante de angustia son distantes, tienden a experimentar sentimientos de inferioridad, encuentran difícil tomar decisiones y temen cometer errores. Suelen ser escrupulosos, exageradamente concienzudos, ambiciosos y sienten que hay que alcanzar altos niveles que ellos mismos se imponen. (3)

ETIOLOGÍA DE LA CRISIS DE ANGUSTIA

Según los conocimientos que en la actualidad tenemos de la angustia, aparentemente, su origen no reside en una causa concreta, más que en pocas ocasiones y varía mucho de persona a persona. Puede tener un origen: tóxico, hormonal, metabólico cardiaco, medicamentoso, psicológico, etc.

- **Menopausia.**

Con frecuencia se acompaña de ansiedad, las crisis de angustia son constantes en esta edad, pueden ayudar al diagnóstico, la edad de la enferma, los "bochornos", la irritabilidad, los cambios en el ciclo menstrual y la edad de la paciente.

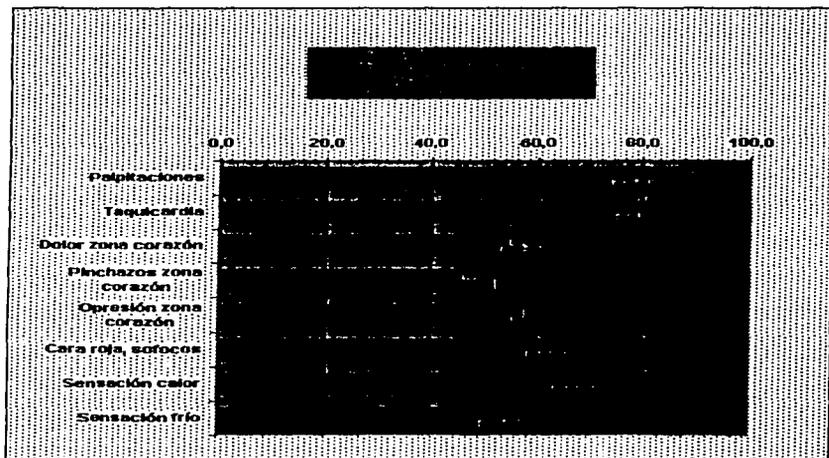
- **La hipoglicemia.**

También es una causa de angustia, generalmente se presenta en la mañana al levantarse o en la noche, mejora con los alimentos, aunque este dato no debe tomarse en cuenta, ya que por lo general el comer mejora la ansiedad. Por lo tanto, es indispensable llegar a un diagnóstico diferencial que en muchas ocasiones es difícil. Se debe pensar que existe un factor hipoglucémico en aquellas crisis que se presentan varias horas después de las comidas y son precedidas por hambre o bien crisis en la mañana antes del desayuno, cuando la hipoglicemia provoca síntomas definidos.

- **Insuficiencia coronaria.**

Es frecuente, también, que al médico se le presenten problemas al diferenciar los estados de ansiedad y los cuadros de insuficiencia coronaria, ya que en ambos puede haber síntomas similares. El dolor en la angina de

pecho o en la enfermedad coronaria, comúnmente se localiza en la línea media retroesternal e irradia a los brazos y tiene carácter constrictivo; es precipitado también por el ejercicio muscular, con los climas fríos, comidas copiosas, etc. En cambio el dolor precordial del paciente angustiado es más frecuente en la mujer, se localiza en el lado izquierdo, con personas en reposo en la cama y es de mayor duración. La aparición de la neurosis de ansiedad es anterior a los 35 años de edad, el electrocardiograma es normal y el dolor no impide al paciente levantarse y caminar durante el ataque (3)



- Antipsicóticos.

La reacción provocada por antipsicóticos está caracterizada por:

- a) Imposibilidad de estar sentado,
- b) Inquietud constante acompañada de ansiedad y tensión,
- c) Algunos enfermos presentan movimientos acompasados (meerse), cambios constantes en la posición de los pies y otros cuando están sentados, tienen movimiento de taloneo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **Anfetaminas.**

La ansiedad que acompaña al abuso de amfetaminas y otros estimulantes se acompaña de temblor, sequedad de la boca, anorexia severa, náuseas, diarrea, irritabilidad, insomnio intenso, irritabilidad emocional, taquicardia, vómito, hipertensión arterial, pérdida de peso y, en los casos graves, alucinaciones e ideas delirantes de persecución.

- **Drogas alucinógenas.**

La angustia provocada por las drogas alucinógenas, puede acompañarse de alteraciones de la percepción sensorial, ilusiones visuales, distorsión del espacio y la perspectiva, fuga de ideas, pérdida de la conciencia de identidad.

- **Enfermedades orgánicas.**

La ansiedad es también provocada por las enfermedades orgánicas; toda enfermedad es una amenaza. Psicológicamente, la enfermedad es un amago de muerte. Lo primero que piensan muchos pacientes ante una enfermedad grave, es que se van a morir; conviene recordar que en nuestra época, la gran mayoría de los enfermos que ingresan al hospital se alivian, pero algunos mueren indiscutiblemente; el paciente asocia la enfermedad y el hospital con la muerte y por lo tanto con la duda y la ansiedad.

La enfermedad representa una amenaza, que ataca tanto a lo que "somos", "como a lo que tenemos" y por lo tanto, nos provoca ansiedad.

- **Enfermedades cerebrales-**

La angustia es la respuesta a la pérdida progresiva de las funciones mentales. La angustia puede ser un síntoma de principio de los tumores cerebrales. En muchos casos una historia clínica bien tomada pone de manifiesto que los enfermos han experimentado ansiedad, aun antes de que se presenten los síntomas clásicos de tumor cerebral; cefalea, edema papilar, trastornos neurológicos progresivos, vómitos crisis convulsivas, etc.

Por lo tanto, todo enfermo que presente ansiedad debe ser examinado de manera cuidadosa desde el punto de vista neurológico.

Ocasionalmente en las primeras etapas de la Enfermedad de Alzheimer, (además del malestar, manifestado por el enfermo en forma de cefalea, bochornos y vértigo), los pacientes pueden presentar episodios de depresión, que alternan con ansiedad y excitación o negativismo.

- **Susceptibilidad a la angustia**

La susceptibilidad a la angustia aumenta con la fatiga, con la tensión premenstrual, con los negocios, con el tráfico de la ciudad, etc. Esto es, con factores que provocan o que facilitan el estrés. Entendemos por estrés la suma total de diversas respuestas corporales a un estímulo, que tiende a alterar el equilibrio existente.

Los padres poco afectivos, insensibles, imperturbables, o bien alejados de sus hijos emocionalmente, también es frecuente que provocan ansiedad al hijo.

- **Dependencia**

Todos dependemos en mayor o menor grado de alguien. El recién nacido a la madre; el niño de los padres; la mujer del esposo, y éste de la esposa; el

trabajador de su empleo, etc. En un sujeto susceptible, si estas necesidades no están plenamente satisfechas, la situación es reflejada como estrés y la ansiedad se presenta.

- La masturbación.

La masturbación produce mayor ansiedad en los adolescentes con personalidad obsesiva e introvertidos; solo y constantemente preocupado, el adolescente introvertido sufre sus sentimientos de culpa; cree que él es el único que la practica; es frecuente observar que al explicarle que es una práctica muy generalizada en la adolescencia y que no le daña físicamente, se siente mejor.

Otras situaciones que pueden llevar, a las personas susceptibles, a desarrollar angustia:

En los jóvenes es frecuente que la angustia sea desencadenada por problemas amorosos, que generalmente movilizan más sus impulsos agresivos. Los conflictos en el trabajo son con frecuencia causa de ansiedad.

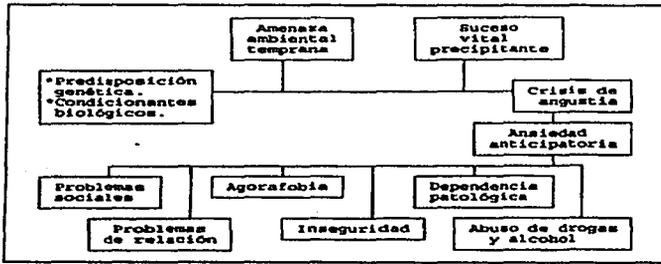
- La soledad.

Es otra causa importante de susceptibilidad a la angustia; vivimos aparentemente acompañados, pero nuestras relaciones interpersonales son superficiales. (3)

Pero finalmente, entre las principales causas de ansiedad, se encuentran: los factores genéticos, existiendo una predisposición al trastorno aunque se desconoce su contribución exacta y el tipo de educación en la infancia y la personalidad, presentando mayor riesgo aquellas personas con dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes, en particular con las

relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales.

Los trastornos de ansiedad pueden hacerse crónicos si persisten los acontecimientos estresantes que los han provocado o se mantienen estilos de pensamiento que ocasionan un temor a la presentación de los síntomas, creando un círculo vicioso entre la ansiedad y el temor a presentarla.



ETIOLOGÍA DE LA CRISIS CONVERSIVA

Antiguamente algunos psiquiatras y psicólogos como Pierre Janet mencionaba que la neurosis era una enfermedad asociada a herencia, exceso de trabajo, agotamiento, choques emocionales, recuerdos traumáticos, que entran al subconsciente para actuar de manera involuntaria.

El punto de vista de Freud era que la histeria estaba asociada a incidentes traumáticos sufridos por los pacientes en alguna etapa anterior de su vida, ya olvidados, y podían ser causa de perturbaciones neuróticas posteriores.

Freud atribuye la responsabilidad de ser desorganizadores de la personalidad y por lo tanto causantes de trastornos neurológicos, a manera de convertir los conflictos en síntomas.

Charcot, un distinguido neurólogo francés, exponía que las emociones tenían un papel muy importante en la producción de la histeria en personas predispuestas. Basó su concepto en parte sobre la observación de que en pacientes susceptibles podían inducirse por hipnosis fenómenos que parecían síntomas histéricos. Creía también que los ataques histéricos tenían una secuencia característica de cambio como resultado de la sugestión provocada por su propia personalidad fuerte. (21)

Para otros autores la histeria se asocia a una enfermedad orgánica del sistema nervioso central al estrés excesivo.

Resumiendo, la Etiología de la Histeria puede ser:

- a) De tipo primario: cuando su origen es un evento transitorio, generado por estrés agudo, problemas personales, familiares, cambio de casa, cese de trabajo, etc.
- b) De tipo psiquiátrico, cuando su causa es un origen emocional como la depresión, la manía, etc.
- c) Por efectos secundarios que afectan el ánimo como alcohol, cafeína, bebidas de cola, drogas estimulantes nerviosos.

Entre los múltiples factores determinantes figuran los de tipo físico como alguna enfermedad que esté causando dolor o psicológicos como lo mencionamos anteriormente, el estrés.

Dentro de los factores que generan estrés los más importantes que se han descrito son los siguientes:

- a) Pérdida de personas u objetos animados, conflicto interpersonal.
- b) Cambio relacionado con el desarrollo del individuo (pubertad o menopausia), o con variación en su localización geográfica (cambio de domicilio o de país).
- c) Estrés agudo o crónico.
- d) Aislamiento o soledad y fracaso o frustración.

Quando la histeria es generada por una emoción, ésta se acompaña de cambios corporales específicos, según la emoción dada.

Los estudios clínicos en nuestros días sugieren que la histeria se manifiesta principalmente por fenómenos dolorosos regionales, que recuerdan enfermedades orgánicas, constituyendo las principales formas conversivas, pero la mayoría de los autores coinciden que la Etiología de la Histeria Conversiva está asociada a estrés.

CAPÍTULO II

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES EN HISTERIA CONVERSIVA Y ANSIEDAD

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Existen distintos cuadros clínicos para definir los signos y síntomas en la crisis de ansiedad, entre ellos están palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir, además de un estado crónico de tensión o angustia moderada.

El enfermo con reacción de angustia puede verse sujeto a exacerbaciones agudas, aterradoras, semejante al pánico, que duran desde unos cuantos momentos hasta una hora. El paciente sufre por lo tanto, de taquicardia, opresión precordial, náusea, diarrea, deseo de orinar, disnea y una sensación de ahogo o sofocación, las pupilas se dilatan, la cara se congestiona, la piel transpira, el enfermo sufre de parestesia, temblores, mareos o desmayos y a menudo expresa debilidad o sensación de muerte inminente. (7)

El mecanismo de hiperventilación es el que provoca los síntomas mencionados en la mayoría de los ataques mencionados de angustia.

El enfermo que se ve sujeto a ataques agudos de angustia, a menudo sufre también de un estado de angustia crónica, experimenta dificultad para dormir, lo inquietan sueños aterradoros, sufre de temblores, de grandes oscilaciones, escalofríos y se queja de una banda alrededor de la cabeza o

de aleteo en el estómago. Es olvidadizo y parece preocupado sin saber por que o de que. (13)

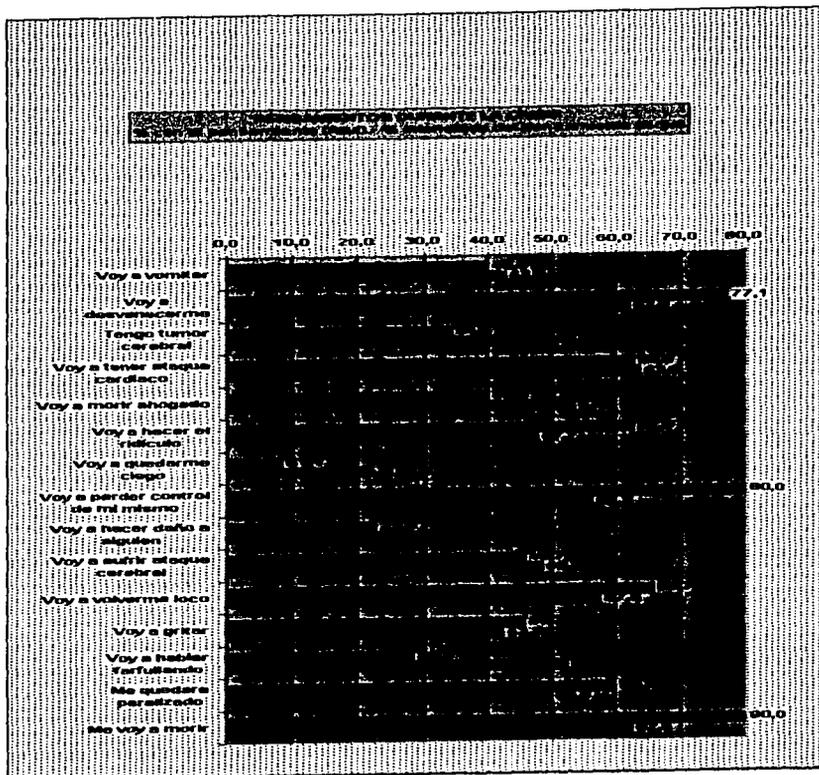
Se queja de que su mente se encuentra en un aturdimiento constante y de que no puede controlar sus pensamientos. Es aprensivo, teme quedarse solo y sin embargo no desea conversar. Se siente demasiado cansado para intentar algo constructivo y en forma continua; busca una explicación física de su penoso estado mental.

El paciente se queja de agitación, sobresalto, tensión muscular y fatiga constante, se siente encarcelado y está molesto e inquieto; hay una urgencia para sus molestias e insiste en obtener mejoría. Se encuentra convencido de que algo está mal en su organismo o en su mente, el sueño es esporádico y no descansa; acaso beba alcohol o ingiera tranquilizantes para calmar sus nervios. Nadie logra encontrar algo que explique su situación, la exploración física no muestra más que una taquicardia ligera, respiraciones rápidas, temblor leve y extremidades frías y pegajosas.

Este es un estado crónico en que los síntomas desaparecen por un tiempo y reaparecen cuando sucede un estrés extremo.

Como mencionamos anteriormente, el fenómeno de hiperventilación es el principal causante de esta sintomatología y cabe señalar su importancia.

La ansiedad ocasiona el síndrome de hiperventilación, siendo de lo más peligroso sino se atiende de la manera adecuada.

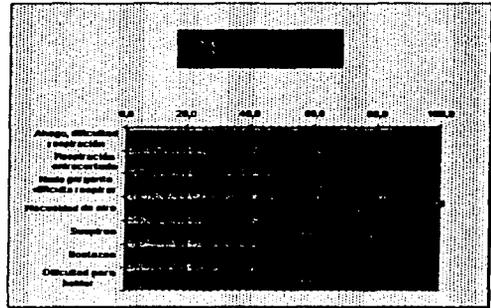


HIPERVENTILACIÓN

La hiperventilación es una ventilación excesiva con respecto a la que realmente se requiere para mantener la presión normal de O₂ y CO₂ en sangre arterial. Esto puede ser producido por un aumento en la frecuencia o en profundidad de la respiración o por una combinación de las dos.

La hiperventilación es una de las situaciones de urgencia más común en la práctica dental y casi siempre resulta de una ansiedad extrema, mencionada anteriormente.

En la mayoría de las ocasiones el paciente que hiperventila permanece consciente a través de todo el episodio. De hecho es muy raro que la hiperventilación produzca la inconsciencia. El paciente se queja de que se siente mareado o que va a desmayarse, pero no va a perder la consciencia



.Este síndrome ocurre por lo común en los pacientes dentales aprensivos, quienes tratan de esconder su aprensión y de soportarla. La hiperventilación sucede rara vez en el adulto que admite su ansiedad respecto a la odontología y permite que el dentista utilice técnicas tranquilizantes en la consulta dental.

Esta misma ansiedad además de la hiperventilación puede llegar a un síncope vasodepresivo.

La hiperventilación y el síncope vasodepresivo suceden rara vez en los pacientes mayores de 40 años, debido a que generalmente están capacitados para adaptarse al estrés impuesto por la odontología, y más aun para admitir sus temores y comunicárselos al dentista.

El síndrome de hiperventilación se previene mediante la reducción de estrés.

Este fenómeno de hiperventilación ocasiona alcalosis respiratoria, que se caracteriza por una marcada caída de la PaCO₂ a menos de 35 mmHg. Y una elevación del pH sanguíneo por arriba de 7.45.

La alcalosis respiratoria no complicada conduce a la disminución del ion hidrógeno, lo que aumenta el pH sanguíneo.(9)

La hipocapnia se presenta cuando el pulmón elimina más bióxido de carbono que el que el cuerpo produce a nivel celular. La alcalosis respiratoria aguda puede poner en peligro la vida.

Esta alcalosis respiratoria es causada por hiperventilación aguda a consecuencia de ansiedad.

La alcalosis respiratoria crónica se acompaña de cefalea, aprensión e irritabilidad. El tratamiento para la alcalosis respiratoria en pacientes con hiperventilación psicógena, una bolsa respiratoria puede ser útil en el alivio de los síntomas y un tranquilizante leve puede disminuir la ansiedad, que a menudo causa hiperventilación.

Otra consecuencia asociada con la hiperventilación es la alcalosis metabólica. Esta siempre secundaria a una causa subyacente. Es un estado clínico caracterizado por disminución del ácido y aumento de la base bicarbonato.

La alcalosis metabólica si no es tratada puede ser mortal. La causa de pérdida de ácido es por vómito, que mencionamos anteriormente como síntoma de la ansiedad. Existe una retención excesiva de base causada por insuficiencia respiratoria.

Estos son los principales signos y síntomas que acompañan a la ansiedad, así como sus consecuencias.

CARACTERISTICAS DE LA HISTERIA CONVERSIVA

- La histeria muy rara vez se presenta antes de los 10 años y después de los 35.
- Mas frecuente en la mujer
- La personalidad del histérico(actitud infantil ante la vida, incapacidad para afrontar con valentía sus problemas, persistencia de tendencias infantiles).
- Hipersensible, impulsivo, carente a veces de dominio emocional, dramático y exhibicionista(comportamiento un tanto extravagante cuya finalidad es llamar la atención, necesita la atención de los demás).
- Es propenso a la fantasía
- Evade la responsabilidad.

Es frecuente encontrar como antecedente infantil, que fue un niño(a) sobre protegido y mimado y que no se independizó adecuadamente es decir que muestra dependencia. Lo anterior son características básicas y generales de los pacientes que presentan histeria a continuación explicaremos signos y síntomas. (12)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HISTERIA CONVERSIVA.

Casi todos los pacientes presentan diversas manifestaciones de conversión, a veces de síntomas complejos, otras como síntomas no relacionados al parecer.

Los síntomas que se presentan actúan en los diferentes sistemas, entre ellos:

- Sistema Sensitivo.

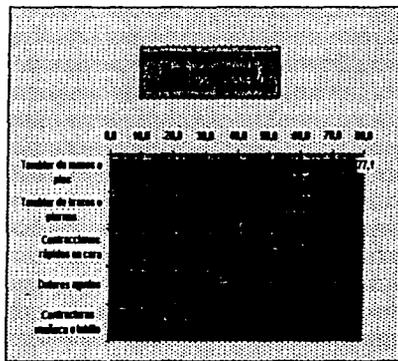
Dolor, presión ardor, prurito, anestesia, sensación de vértigo, de irse de lado, de caer, sensación de frialdad, localizada o generalizada, ceguera, visión nublada, diplopía, sordera, pérdida del sabor amargo, y ardor lingual.

- Sistema Motor.

Debilidad generalizada, fatiga, parálisis o debilidad de las extremidades, rigidez, contracturas, tortícolis, camtocornia (dorso encorvado), movimientos anormales, tics, temblores, trastornos de la marcha y parpadeos.

- Nivel de conocimiento

Amnesia, convulsiones, ataques de tipo de gran mal, síncope, vértigo, sensación de cabeza hueca, desvanecimiento, mareos, somnolencia y en ocasiones sonambulismo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Sistema Respiratorio.

Tos, cosquilleo de garganta, dolor de garganta, disnea, sensación de ahogo, sofocación, asfixia, hiperventilación, suspiros, bostezos y dolor torácico, en parte alta o baja de vías respiratorias.

- Sistema cardiovascular

Dolor torácico, palpitaciones y disnea.



- Sistema gastrointestinal.

Sensaciones de resequeza, ardor y ácido en boca o garganta, anorexia, bulimia, polidipsia, disfagia, distensión abdominal, dolor, ardor, diarrea, evacuaciones frecuentes, estreñimiento.



- Sistema urinario

Retención, incontinencia, deseo urgente de orinar, micción frecuente y dolor.

- Sistema genital.

Dolor, prurito.

- **Dolor**

El dolor es el síntoma más frecuente en la actualidad. Puede abarcar cualquier parte del cuerpo, cabeza, dorso y abdomen, en éste el más frecuente. El dolor de abdomen y cara es más común entre las mujeres. (5)

La elección del dolor en vez de cualquier otro síntoma de conversión descansa principalmente en la relación del dolor con agresión y castigo. De aquí que ocurran síndromes de conversión más a menudo en personas que están bregando con sentimientos subyacentes de agresión y culpabilidad, que intentan afrontarlos guiándolos a través de dolor infligido por ellos mismos.

Ciertos individuos se inclinan mucho a sufrir dolor, sobre todo dolor por conversión. Estas personas inclinadas al dolor, están dominadas por conflictos relacionados con agresividad, culpabilidad, autocastigo y expiación.

Las mujeres con inclinación al dolor se refieren de manera característica a privaciones, dificultades, frustraciones y humillaciones, pero de manera paradójica, parecen haber solicitado estas situaciones en vez de superarlas o evitarlas. Manifiestan que su matrimonio es desgraciado y que su marido es desconsiderado y abusivo que sufren malos tratos de los vecinos o empleados, que efectúan labores sucias y degradantes, y que simplemente tienen mala suerte.

Los varones con inclinación al dolor son menos masoquistas y más sádicos en su orientación. Luchan con actividad intensa y a veces de carácter homicida, mientras intentan controlarse mediante aislamiento relativo de otros, o por enfrascamiento relativo de los otros o por enfrascamiento en actividades peligrosas y a menudo solitarias como cazar, correr automóviles

a grandes velocidades y bucear. Estos varones están inclinados decididamente a los accidentes.

El síndrome de dolor aparece a menudo cuando sufren frustraciones o pérdidas o se ven colocados en una situación de demasiada responsabilidad.

- **Síncope**

El síncope por conversión, a veces llamado síncope histérico, es más común entre las mujeres que entre los hombres. De manera típica, el desmayo ocurre en presencia de otras personas, deslizándose o rodando el paciente por el piso.

La pérdida del conocimiento puede durar segundos o minutos y a menudo no es completa, pues el paciente señaló escuchar voces a gran distancia. Durante el desmayo no hay cambios en signos vitales, coloración, ni sudación a menos que el paciente esté también hiperventilado, como ocurre en ocasiones. Los labios temblarán y el paciente se quejará, murmurará o se moverá. (5)



- **Convulsiones**

Curso con movimientos como zarpazos, empujones, desgarradura de ropa, rodamiento de un lado a otro, y a veces movimientos francamente sexuales, son muy raros los movimientos de lengua. Persisten los reflejos corneal, pupilar y profundos y se resisten los intentos para abrir los ojos.

- **Parálisis**

La parálisis de conversión se puede limitar al movimiento de una articulación nada más. Cuando el paciente trata de mover la extremidad paralizada, contraerá músculos antagónicos lo mismo que los que van a efectuar el movimiento, esto se descubre colocando el dedo sobre el tendón del músculo antagónico mientras el paciente intenta mover la extremidad. En caso de espasmo originado en conversión, la rigidez aumenta conforme el examinador intensifica su esfuerzo para mover la extremidad.

- **Debilidad y fatiga**

La debilidad se intensifica bajo circunstancias poco comunes, como comer o en el transcurso de una cefalalgia, los síntomas suelen persistir de manera crónica durante varios años.

- **Ceguera**

El paciente con síntomas de ceguera conversiva insiste en detalles como el preguntar ¿por qué apagaron las luces? Y preguntas de este tipo siendo que su visión es normal.

- **Anorexia, náuseas y vómitos**

La anorexia por conversión suele manifestar como disgusto por la comida o por comer, mas que por falta de apetito. Ciertos alimentos producirán anorexia, náuseas o vómito sobre todo las sustancias que conducen a fantasías como la clara de huevo, nata de leche o carne cruda. Los vómitos, a menos que ocurran poco después de la comida, consistirán principalmente en mucosidad o cantidades pequeñas de jugo gástrico pero puede ser lo suficientemente copioso y complicarse para producir alcalosis y desequilibrio electrolítico.

- **Disfagia**

Cuando observamos comer a este tipo de pacientes veremos que el paciente arruga la cara como si tuviera dificultad para pasar el bolo al esófago.

- **Disfonía y Afonía**

La disfonía se manifiesta como un susurro o ruido respiratorio y la afonía como incapacidad total para pronunciar las palabras.

Es muy importante tomar en cuenta esta serie de signos y síntomas antes de que se presente una crisis durante la consulta dental. (5)

- **Hiperventilación**

El paciente que presenta histeria conversiva al igual que la ansiedad presenta hiperventilación por lo general la administración de anestésicos locales, el paciente se queja de una sensación de opresión en el pecho y de sofocación a partir de este momento el paciente se siente más mareado y todo empieza a girar a su alrededor, por lo que se vuelve más aprensivo este

aumento en la aprensión incrementa la gravedad de la situación y se origina un círculo vicioso. Generalmente los síntomas en la histeria conversiva son causas de la hiperventilación ya que si este síndrome no se trata, pueden durar diferentes periodos de tiempo cuando la hiperventilación persiste por tiempo prolongado es entonces cuando aparece el estremecimiento o las parestesias en las manos, pies los cuales son descritos como sensaciones de adormecimiento o de frío.

Si se permite que el paciente continúe hiperventilando, puede desarrollar un dolor muscular y tétano carpopedal (un síndrome que se manifiesta por la flexión de la articulación de los tobillos, dolor, y calambres musculares.) Es en este momento mientras más hiperventila cuando se produce el síncope solo que en este caso el síncope es verdadero no como el que caracteriza al paciente un síncope meramente simulado. La característica clínica principal de este síndrome de hiperventilación es el cambio de la frecuencia y profundidad respiratorias. La frecuencia respiratoria normal para un adulto es de 14 a 18 respiraciones por minuto, durante la hiperventilación puede rebasar las 25 o 30 respiraciones por minuto. Además este aumento en la frecuencia, se incrementa la profundidad de la respiración, para la persona que nunca ha observado o experimentado la hiperventilación, la naturaleza de la respiración es similar a la que se observa después de un ejercicio intenso.

CAPÍTULO 3

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ANSIEDAD E HISTERIA CONVERSIVA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANSIEDAD

Es necesario distinguir de la manera más adecuada los signos y síntomas de cada trastorno, para de esta forma ofrecer un diagnóstico correcto y asimismo el tratamiento adecuado.

Es de vital importancia que aquellas personas que se dedican al área médica que no participan directamente en trastornos psiquiátricos deben estar especialmente atentos a un paciente con trastorno de ansiedad. Entre los principales trastornos para poder elaborar un diagnóstico diferencial, se encuentran:

TRASTORNOS NEURÓTICOS

- **Ansiedad generalizada.**

De forma lenta y progresiva, el paciente alcanza un grado de angustia que puede durar semanas o meses y en ocasiones mantenerse durante años. Los síntomas son, al igual que la crisis de angustia, sudoración, palpitaciones, taquicardia, sudoraciones, sensación de calor o frío, alteraciones de la presión arterial (generalmente

hipertensión), irritabilidad, dificultad de concentración, pesadillas nocturnas y dolores musculares.



También pueden presentar diarreas y estreñimiento.

En el caso de este trastorno, como se mencionó anteriormente, es un proceso más lento.

- **Ansiedad crónica.**

Presenta los mismos síntomas que la ansiedad generalizada, pero la diferencia de ellos está en que no originan sensación de peligro en el paciente, es decir no provocan un pánico en el paciente.

- **Neurosis Conversiva.**

No podemos olvidar que este es el trastorno más común con el que suele confundirse la crisis de ansiedad; la sintomatología es la misma, pero en este caso, en la crisis de ansiedad el síncope es real y sin embargo en la Neurosis Conversiva, generalmente el síncope es simulado.

En el caso de la Neurosis, los síntomas generalmente son psicológicos y se convierten a un síntoma meramente físico y en la ansiedad los síntomas son reales.

- **Trastorno de Pánico.**

También es frecuente confundir la ansiedad con un trastorno de pánico, en el cual, son episodios recurrentes de pánico, temor a morir asfixiado, sensación de muerte al menor estímulo, acompañado de disnea, vértigo, sensación de cuerpo extraño en faringe, dolor en tórax y sudoración.

La diferencia de este trastorno con la ansiedad, es que en el ataque de pánico, es repentino aun en una situación no estresante.

Estos enfermos se vuelven muy incapacitados, nunca salen de su casa, generalmente están asustados, pensando en que la muerte se puede presentar en cualquier momento



- **Hipocondría.**

En el trastorno de ansiedad, los pacientes presentan a menudo actitudes hipocondríacas, con el fin de llamar la atención, acerca de la posibilidad de padecer una enfermedad imaginaria. (2)

TRASTORNO A NIVEL ORGÁNICO

- **Infarto al miocardio.**

Al igual que en el infarto al miocardio en la crisis de angustia, se presenta dolor precordial, sensación de muerte inminente y en ocasiones dolor en el brazo izquierdo, simulando así una enfermedad cardíaca.

Estudios realizados han presentado tasas altas de hipertensión hiperlipidemia, tabaquismo, inactividad física y abuso de alcohol.



- **Asma.**
Cuando un paciente ansioso cae en estado de hiperventilación, es común que el diagnóstico se confunda con una crisis asmática.
- **Angustia epigástrica.**
El estrés también se ha implicado en el desarrollo de trastorno del tubo digestivo (Síndrome de colon irritable, úlcera péptica y colitis) y la ansiedad subsiguiente se ha vinculado a este trastorno.

- **Síndrome de fatiga crónica.**

La ansiedad al igual que este síndrome, cursa un período de fatiga constante y generalmente el paciente siempre se encuentra cansado y sin deseos de realizar alguna actividad.

Finalmente hay que mencionar que la ansiedad puede confundirse con las siguientes patologías:

Arritmias, Angina de Pecho, Hipertiroidismo, trastornos convulsivos, etc.
(19).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN HISTERIA CONVERSIVA

- **Crisis de Angustia o Ansiedad.**

Como mencionamos anteriormente, la ansiedad es el trastorno con el que frecuentemente se confunde a la histeria conversiva, por los síntomas de sensación de ahogo, parestesias, hiperventilación, síncope, etc., a diferencia de la simulación y la pantomima que es clásico en este trastorno; solo que en la histeria conversiva el factor que la desencadena es una situación estresante o una situación que el paciente quiere evadir y en la ansiedad, además del estrés existen otros factores que la desencadenan

- **Trastornos esquizofrénicos**

Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades mentales graves, caracterizados por alucinaciones, delirios y conducta desorganizados. Tienen una duración de 6 meses o más. El paciente esquizofrénico, al igual que en la histeria conversiva, suele presentarse en los servicios de

urgencia, con el fin de llamar la atención del médico, con quejas extrañas que se relacionan con trastornos de pensamiento, con gritos y ademanes muy efusivos.

- **Trastornos fóbicos.**

Al igual que la histeria conversiva, la característica esencial de este trastorno es un temor persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica, que originan en el sujeto, un deseo por evitar dicha situación.

- **Simulación.**

Es frecuente confundir a la neurosis conversiva con un fenómeno de simulación, ya que generalmente el paciente histérico, simula y finge los síntomas para llamar la atención. El médico debe precisar si las alteraciones sensoriales y motoras coinciden con los hechos anatómicos. El médico debe intentar en forma cuidadosa si la sintomatología del paciente es simulación o se ha convertido en un fenómeno físico.

Las personas que consideran a todos los histéricos como simuladores y que erróneamente creen que el histérico podría controlar su síntoma, si quisiera, tienden a confundir una reacción de conversión con una simulación. Las contradicciones y las exageraciones de los síntomas son más frecuentes en la simulación.

Por otra parte el simulador habitualmente presenta una gran preocupación por sus síntomas.

En la histeria hay un deseo aparente de ser el centro de atracción y habitualmente se encontrará que los padres o compañeros del enfermo se han acostumbrado a mostrar una reacción emocional exagerada y cariñosa ante cualquier padecimiento que muestre el paciente.

- Trastorno de pánico

La principal manifestación del trastorno de pánico es la aparición brusca, inesperada acompañada de un sentimiento de terror y aprensión, el paciente se nota sudoroso, puede producir una sensación de disnea con una sensación de ahogo, al igual que la histeria este tipo de pacientes con mucha frecuencia presentan sus crisis delante de muchas personas con el fin de atraer su atención.

El diagnóstico de histeria así como el de ansiedad es indispensable y debe ser fundado en la elaboración de una historia clínica cuidadosa, en el estudio de la psicopatología, y en el examen neurológico generalmente es difícil ya que este tipo de pacientes generalmente ocultan su padecimiento pero solo analizando los signos y síntomas del paciente podremos dar un diagnóstico confiable al paciente. Es la única forma de evitarle al paciente tratamientos inútiles En la histeria conversiva la descripción de la enfermedad generalmente es de tipo dramático, tiene gran propensión a las descargas afectivas impulsivas y tendencia a evadir la realidad.

PRONÓSTICO DE LA ANSIEDAD Y LA HISTERIA CONVERSIVA

- Entre los casos de histeria de conversión de inicio reciente, visto en la práctica general, o pabellones de emergencia hospitalaria, la mayor parte se recuperan con rapidez, no obstante es posible que quienes duran más de 10 años, persistan durante muchos más.

En un estudio bien conocido en el año de 1965, hicieron un seguimiento de una serie de pacientes canalizados a un hospital especializado en neurología y diagnosticados con histeria, encontraron que alrededor de una tercera parte de los enfermos, desarrollaron una enfermedad orgánica definitiva en un lapso de 7 a 8 años y que otro tercio desarrolló depresión o esquizofrenia.

El pronóstico también depende de la fuerza o debilidad que caracterice la personalidad del enfermo. Si el paciente ha demostrado una limitada capacidad de adaptarse a la sociedad, si ha tenido el hábito de manejar las dificultades menores con métodos evasivos, o si ha llevado una existencia sin rumbo y sin objetivo, es probable que continúe empleando la conversión como defensa y por el contrario si el paciente se encontraba bien adaptado y un estrés desacostumbrado provocó la reacción de conversión, el pronóstico es desfavorable; siempre que no se requiera un retorno a la situación precipitante. (22)

El enfermo que conscientemente ha pensado como sus dificultades se solucionan con la aparición de una enfermedad invalidante, puede permitir que en forma fácil e inconsciente su pensamiento se vuelva realidad.

El pronóstico es menos favorable cuando el individuo experimenta angustia, lo cual indica que la conversión no está proporcionando una defensa adecuada.

El paciente infantil y egocéntrico que cada vez se vuelve más dependiente de sus síntomas conversivos, tiene un mal pronóstico. La reacción de conversión se vuelve un modo más o menos permanente de vivir y el individuo depende cada vez más de sus síntomas.

El pronóstico es mejor cuando la histeria aparece en el adulto, ya que generalmente es a causa de un estrés grave y el individuo sabe de cierta manera como afrontar el problema o por lo menos lo afronta mejor si la histeria de conversión aparece en la adolescencia, ya que en esta edad es más difícil poder afrontar los problemas que se presenten. El pronóstico de la ansiedad, al igual que la histeria es, generalmente los de inicio reciente se recuperan con rapidez; de los que duran más de seis meses alrededor del 80%, recurren tres años después, no obstante los esfuerzos en el tratamiento.

Asimismo tanto para la histeria conversiva, como para la ansiedad, el pronóstico será favorable, como mencionamos anteriormente, si surgió por una causa espontánea y los síntomas desaparecieron en poco tiempo y será desfavorable si estos síntomas continúan por más de seis meses, de ser así el trastorno se convierte en crónico y puede durar muchos años, aún con un tratamiento adecuado.

El pronóstico está básicamente fundamentado en el tiempo que dure la crisis sea de angustia o de histeria conversiva, lo que sí es importante y principalmente en la histeria es el identificar si los síntomas son reales o solo el paciente está haciendo una de sus simulaciones.

TRATAMIENTO DE LA HISTERIA CONVERSIVA Y DE LA ANSIEDAD.

El tratamiento de elección tanto para una reacción de conversión como para una crisis de ansiedad es que el odontólogo intente determinar cual es el propósito del síntoma y descubrir los factores que provocaron angustia. El tratamiento debe ser básicamente la psicoterapia, ya que el trastorno surgió por causas mentales. Antes de iniciar la psicoterapia, el odontólogo debe llevar a cabo una cuidadosa exploración física. Si no se encuentran signos de padecimiento físico, no deben hacerse más exploraciones aún cuando surjan nuevos síntomas para evitar una situación relacionada con este tipo de trastornos es importante permitir al paciente darse cuenta de la fuente de su angustia y de la importancia de su síntoma, con objeto de que en el futuro actúe de manera más constructiva al mismo tiempo es importante no fomentar en el paciente temores hipocondríacos.

En general, es apropiado el tratamiento mediante palabras tranquilizantes, junto con esfuerzos inmediatos para resolver cualquier circunstancia estresante que provocó la reacción. Para casos que han durado más de unas semanas se requiere de un tratamiento más activo. El planteamiento general consiste en enfocar la eliminación de factores que refuerzan los síntomas y la estimulación de la conducta normal.

Es importante convencer al paciente de que se trata de un episodio benigno y de duración limitada y repetirla cuantas veces sea necesario. Como se menciono anteriormente es necesario en el momento que el paciente hiperventila es necesario colocar una bolsa de respiración con el fin de que inhale nuevamente el aire exhalado, a menudo el dispositivo de reinhalación más conveniente es una bolsa de papel. Una vez que empieza a aumentar

dicho parámetro hacia lo normal el flujo sanguíneo mejora en grado suficiente y la ventilación tiende a normalizarse. (21)

Debe explicársele al paciente que tiene una incapacidad (como una parálisis en su brazo) no provocada por una enfermedad física, sino por factores psicológicos. Se le debe decir entonces que si se esfuerza en volver a tomar el control, lo logrará. Si es necesario se le puede ayudar a hacerlo. La atención entonces se desvía de los síntomas hacia los problemas que provocaron el trastorno.

El personal del hospital o sitio donde se presentó el trastorno deberá mostrarse interesado en ayudar al paciente y es mejor en este caso alentar la autoayuda, por ejemplo si el paciente cayó al suelo debe alentarse a que se levante por sí mismo. Mencionado anteriormente el tratamiento de elección para la crisis de angustia y la histeria o neurosis conversiva será la psicoterapia pero es importante el señalar una gran diferencia a estos dos trastornos a pesar de ser similares en el caso de la histeria conversiva si no responde a la psicoterapia el tratamiento será más radical es decir para este tipo de pacientes utilizaremos la represión y en ocasiones si es necesario hablarle fuerte y concreto al paciente por medio de un estímulo y que este provoque en el paciente algo más fuerte que el síntoma para poder distraerlo ejemplo: (pellizco, o en caso de síncope para diferenciar si este síncope es real o no podemos recurrir a medidas drásticas como colocar un algodón con alcohol y hacer que el paciente lo huelva si es un síncope simulado el paciente al momento reaccionara de ser un síncope real debemos colocarlo en posición de choque tener nuevamente oxigenación cerebral. Una manera fácil de distinguir si es una crisis conversiva o una crisis de angustia es la mencionada anteriormente en la histeria conversiva generalmente el paciente cede por una represión y en la ansiedad si no funciona una terapia tranquilizante En casos más avanzados se requiere de una terapéutica a base de ansiolíticos. (18)

TERAPÉUTICA

Durante la crisis : Ambiente tranquilo y sugestionar al paciente de que todo está controlado y que volverá a estar en unos minutos perfectamente si sigue nuestros consejos:

- Si el paciente está hiperventilando, colocar una mascarilla con los orificios ocluidos para que respire en ella, e invitarle a que respire lentamente haciendo imitar el ritmo respiratorio que nosotros teatralizaremos como ejemplo.
- Diazepam oral o sublingual (de 5 a 15 mg) La vía oral es más eficaz que la intramuscular por las dificultades de absorción. Alprazolam oral o sublingual (0.5 a 2 mg).
- Como tratamiento profiláctico, Para prevenir las crisis y evitar el desarrollo de complicaciones se puede utilizar: Benzodiazepinas (BZD).

El tratamiento profiláctico debe mantenerse de 6 a 12 meses como mínimo ya que su objetivo es controlar la aparición de nuevas crisis y una retirada precoz puede incluso incrementarlas.

Las benzodiazepinas tienen un mecanismo de acción que actúa sobre el sistema nervioso central, donde producen según la dosis, grados diversos de depresión, desde sedación ligera hasta hipnosis. Destacan sus efectos en las manifestaciones que conforman los estados ansiosos no psicóticos, alivia la tensión, la inquietud, la excitación y los trastornos de la ansiedad, también destacan sus propiedades anticonvulsivas. (16)

En este caso evita la propagación de la actividad convulsiva.

Otra propiedad importante del diazepam es su capacidad de producir relajación del músculo esquelético. Finalmente el diazepam también produce amnesia y actúa sobre diversas regiones del sistema nervioso central.

El diazepam se absorbe rápidamente, después de su administración oral y alcanza concentraciones plasmáticas en 60 a 120 minutos. Por vía intramuscular, su absorción es bastante lenta, se metaboliza en el hígado y se elimina en la orina.

Debe utilizarse con precaución en pacientes con alteraciones hepáticas, renales. Es importante tener en cuenta que la administración repetida produce tolerancia y farmacodependencia y finalmente sus reacciones adversas son somnolencia, cansancio, debilidad, es poco frecuente náusea, vómito y visión borrosa.

RECOMENDACIONES.

- Es importante explicar al paciente los efectos secundarios de los AD y BZD al comenzar el tratamiento, para evitar visitas sucesivas al servicio de urgencias por desconocimiento de las posibles complicaciones del mismo así como para maximizar la adherencia al tratamiento y evitar su abandono antes de que produzca efecto terapéutico.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

1- náuseas, inquietud y/o insomnio, temblor, pérdida de apetito. Si las molestias digestivas son importantes se puede administrar: Domperidona 3 veces al día. Hasta que se establezca tolerancia (aproximadamente 10 días). Dentro de las recomendaciones cabe el señalar que la conducta a seguir si se presenta una crisis de angustia o de histeria, el poder identificar aunque los síntomas sean similares, la diferencia entre ambas.

Finalmente el odontólogo o el personal sea médico o no debe tomar en cuenta la similitud de estos dos trastornos y poder diferenciarlos entre si para poder ofrecer el tratamiento más eficaz, seguro y rápido y darle la atención adecuada a ese paciente, apoyarlo y comprenderlo, además si sabemos que es el estrés el que genera básicamente este tipo de crisis debemos hacer modificaciones al plan de tratamiento por ejemplo: Reduciendo el tiempo de trabajo, tener más comunicación médico-paciente, evitar lo más posible una situación estresante y brindar todo lo que este a nuestro alcance para poder evitar que algún día se presente una crisis ya sea de angustia o de conversión.

CONCLUSIONES

Es importante ahora que ya conocemos las diferencias principales entre histeria conversiva y crisis de ansiedad, que el odontólogo esté preparado para el día que se presente una situación de urgencia como las mencionadas anteriormente, dar el tratamiento adecuado según la necesidad que se requiera. Es conveniente también elaborar una completa historia clínica en la cual se realicen preguntas directas al paciente de si presenta o no trastornos neurológicos. De ser así por lo menos estaremos preparados para modificar el plan de tratamiento en el consultorio dental, por ejemplo, reduciendo el tiempo de consulta.

De esta manera evitaremos, o por lo menos, causaremos el menor estrés posible, es importante recordar que este tipo de crisis es de inicio brusco, alcanzan su máxima intensidad en pocos segundos y duran algunos minutos, siempre y cuando se dé la atención debida y al momento. Además en el botiquín de emergencias siempre debemos agregar una bolsa de papel, ya que el día que en que se presente una crisis de angustia o de histeria conversiva tengamos los medios para evitar que la hiperventilación continúe y pueda originar consecuencias, así como contener benzodiazepinas, y en algunos casos extremos medicar antes de la consulta, para que el anestésico, el estrés y el tiempo no provoquen una crisis y sobre todo como mencionamos anteriormente estar capacitados y con el material necesario para sacar adelante un trastorno de este tipo, además de nuestra obligación de no dejar ir al paciente solo hasta que se encuentre en las condiciones de hacerlo y si no llevarlo al centro de atención más cercano poder partir.

BIBLIOGRAFÍA

1. - BLACKLOW, ROBERT S., Signos y Síntomas.
Edición Interamericana. México, D.F. 1996.
2. - C. KOLB LAWRENCE. , Psiquiatría Clínica Moderna.
La Prensa Médica Mexicana, México, 1997
3. - DR. CASO AGUSTIN, Fundamentos de Psiquiatría.
Editorial Limusa. México, 1997.
4. - CECIL, Tratado de Medicina Interna.
Mc. Graw Hill, Interamericana, 1996.
5. - DR. CYRIL MITCHELL, Signos y Síntomas,
Editorial Interamericana, México, D.F., 1997.
6. - E. SAUNDERS CHARLES, Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias.
Editorial Limusa, México, D.F. 1998.
7. - GELDER, MICHAEL. Psiquiatría.
Editorial Interamericana, Ed. Mc. Graw Hill, México 1998.
8. - GOMEZ SAEZ JOSE MANUEL, Pautas de actuación en Medicina de
urgencias.
Editorial Mosby, Madrid, España, 1996.
9. - HOLMES NANCY, Atención de Urgencias.
Editorial Manual Moderno, México, D.F., 1998.

10. - HUGHES JENNIFER, Manual de Psiquiatría Moderna.
Editorial Limusa, México, 1997.

11. - HERLEY P. BERNARD, Tratado de Psiquiatría.
Editorial Toraow – Masson, S.A. Impreso en España, 1997.

12. - LEON BAROA, RAÚL Stress y desórdenes emocionales. Diagnostico.
Volumen 38, No. 1. Enero – febrero 1999.

13. - PSIQUIS.México, Vol. 3 No. 8, 1998. Hospital psiquiátrico.

14. - PSIQUIS.México, Vol. 5, No. 4, 1998. Hospital psiquiátrico

15. - VAYA MIRA. Paciente psiquiátrico en urgencias.
Editorial Rubini Puig, Madrid, 1998.

16. - SALUD MENTAL. Vol. 16, sept. De 1999.

17. - SALUD MENTAL. Vol. 22 No. 3. Junio de 1999.

18. - S. ENBERG MICKEY Terapéutica en Urgencias Médicas,
Editorial Interamericana, México, 1997.

Diferentes páginas de Internet

19. - <http://www.merided.com/spo/cran/htm>.

20. – <http://www.fepafem.orh/2htm>.

21. - <http://www.fihu.diagnostico.org.pe/revista/números/enero-feb.1999>.

22. - <http://www.geocities.com.jot.springs/6333>.