

Inmovilidad tónica funcional y disociación en trauma complejo adolescente: recuperación mediante abordaje multimodal

José Luis Matesanz Pérez, Susana Macayo Villalobos, Elena Blanco Martín.
 Hospital Universitario de Badajoz: Unidad de Salud Mental de adultos e infanto-juvenil

DESCRIPCIÓN DEL CASO



Adolescente de 16 años derivada por episodios de bloqueo psicomotor, agresividad reactiva, ansiedad, retraimiento social y labilidad afectiva. La madre describía episodios de "desconexión" con desrealización y despersonalización.



Durante la primera entrevista presentó un cuadro súbito de inmovilidad intensa con mutismo, mirada fija e hiperreactividad, compatible con catalepsia funcional/inmovilidad tónica de probable base disociativa.



Antecedentes de trauma relacional crónico: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias paterno, encarcelamientos repetidos y ambiente impredecible, con exposición mantenida a miedo y negligencia emocional.



Exploración: vigil, orientada, con ansiedad elevada, hipervigilancia, dificultades de mentalización y fenómenos disociativos (desrealización, despersonalización, desconexión). Sin síntomas psicóticos ni maníformes.



Diagnóstico diferencial: epilepsia y patología neurológica (descartadas), catatonía, trastorno disociativo primario, TEPT no complejo, trastorno límite emergente, trastornos afectivos y psicóticos. La integración clínica apoyó TEPT complejo con síntomas disociativos prominentes e inmovilidad tónica funcional.



INTERVENCIÓN: ABORDAJE MULTIMODAL Y POR FASES



1. ESTABILIZACIÓN

- Psicoeducación en trauma/disociación.
- Identificación de disparadores.
- Técnicas de grounding y regulación autónoma.
- Trabajo con la madre para una comprensión trauma informada.



2. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

- Enfoque centrado en trauma (TCC-T).
- Estabilización de la disociación y mentalización.
- Trabajo narrativo gradual dentro de la ventana de tolerancia.
- Sin forzar recuperación mnésica.



3. INTERVENCIÓN FAMILIAR

- Apoyo parental y psicoeducación.
- Reducción de escaladas y elaboración de culpa.
- Abordaje de dinámicas transgeneracionales.
- Promoción de una figura de apego reguladora.



4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- ISRS: sertralina hasta 100 mg/día para ansiedad y síntomas intrusivos.
- Apoyo para el sueño.
- Uso transitorio de antipsicótico atípico a baja dosis para irritabilidad/insomnio, con retirada progresiva.

EVOLUCIÓN A 24 MESES



Remisión de episodios de inmovilidad.



Reducción marcada de disociación y agresividad.



Mejoría significativa del sueño.



Integración narrativa y mayor mentalización.



Mejor adaptación escolar, familiar y relacional.



DISCUSIÓN

El caso ilustra la presentación de trauma complejo en la adolescencia con fenómenos disociativos severos que pueden simular cuadros neurológicos o catatónicos.

La mejoría sugiere la relevancia de un abordaje secuencial e integrado, incluyendo el sistema familiar, con énfasis en la estabilización, la regulación y la reparación relacional.

DILEMAS CLÍNICOS PARA DEBATE

- ¿Cómo discriminar clínicamente entre catatonía y respuestas disociativas de inmovilidad?
- ¿Cuándo priorizar farmacoterapia en presencia de disociación severa?
- ¿Qué indicadores guían el paso de estabilización a trabajo narrativo?
- ¿Cómo abordar el bloqueo mnésico sin iatrogenia ni presión exploratoria?
- ¿Qué peso otorgar a la intervención familiar en la evolución del trauma complejo?



La recuperación es posible cuando se valida el trauma, se regula el sistema nervioso y se reconstruyen vínculos seguros.