**Figueroa, G. (2017). Trastorno conversivo y trastorno disociativo. En F. Ivanovic-Zuvic, E. Correa y R. Florenzano (Eds.), Texto de Psiquiatría (pp. 398-415). Santiago, Chile: SONEPSYN.**

Página 398

**Sección III**

**TRASTORNO CONVERSIVO Y TRASTORNO DISOCIATIVO**

*Gustavo Figueroa Cave*

**Bases históricas: la histeria**

El nacimiento de la medicina en Grecia coincide con el nacimiento de la histeria. Desde la era pretécnica, después en la medicina popular y luego en la medicina científica inaugurada por Hipócrates, la histeria ocupó un lugar central en la patología antigua y desde esas fechas hasta hace muy poco tiempo su papel ha sido decisivo. Proveniente del término griego *hystéra,* que significa útero, expresó aquella afección que se restringe al sexo femenino por cuanto es producto de que el útero no fecundado deambula por las distintas partes del organismo estimulando diferentes órganos internos causando afecciones muy heterogéneas: "si la matriz va hacia el hígado, la mujer pierde inmediatamente la voz, aprieta los dientes y su color se ennegrece..., entre las solteras viejas y las viudas" ("útero errante"). De ahí que sus innumerables quejas sean notablemente cambiantes y sorprendentes: síntomas inexplicables, signos bizarros, parálisis transitorias, crisis convulsivas espectaculares, trances que se tornan colectivos y que hacia la Edad Media se expresan como posesiones, iluminaciones beatíficas y danzas religioso-paganas. Lo central: el desconcierto del médico frente a lo caprichoso, impredecible y emocional de las manifestaciones. Paracelso tratará de referir estos cuadros a la fantasía desbordante de las enfermas, pero un siglo después, en el XVII, Willis buscará la etiología en los órganos afectados, aunque el destacado médico inglés Sydenham se pronunciará a favor de la simulación o engaño con el propósito de desorientar al médico y atribular a los familiares: "de todas las afecciones que padecen los míseros mortales, no hay una que no pueda ser imitada por la histeria".

A finales del siglo XIX se produce un vuelco al intervenir los neurólogos. Charcot defenderá la postura de la condición orgánica de la sintomatología, aunque de naturaleza funcional y asentada sobre una carga hereditaria del sistema nervioso ("estigmas"). Su ayudante Babinski refutará a su maestro una vez muerto éste: producto de la autosugestión, bautizó a este proceso como "pitiatismo", trastorno colindante con la simulación y cuya patogénesis radica en una alteración de la voluntad y que cura mediante la hipnosis o persuasión. Sin embargo, el giro decisivo provendrá de Janet y Freud. Pierre Janet sostendrá que el mal radica en la conciencia cuyo tono basal se reduce -hipotonía-, permitiendo la ruptura entre los lazos de ciertos complejos de ideas con el resto del psiquismo, que se disocian y actúan como ideas fijas y autónomas en el subconsciente, fuera del alcance y dominio de la voluntad. Freud irá más allá y provocará

Página 399

una revolución en la comprensión de la histeria, al entenderla como producto de la represión hacia el inconsciente de los conflictos emocionales profundos, especialmente de naturaleza sexual provenientes de la infancia temprana: "las histéricas sufren de reminiscencias (aunque inconscientes)".

Hasta la aparición del DSM-lll de 1980 se entendía por histeria lo siguiente:

1. Manifestaciones clínicas predominantes en el sexo femenino,
2. Existencia de factores psicológicos en el desencadenamiento, mantención, exacerba­ción y término de los síntomas psíquicos y signos físicos,
3. Presencia de alteraciones psíquicas bruscas, intensas y alarmantes (disociativas), que hacen indispensable diferenciarías de trastornos psiquiátricos graves (psicosis endó­genas) y orgánicos cerebrales y sistémicos (psicosis exógenas), donde resalta su alta emocionalidad, presentación espectacular y excesiva petición de ayuda.
4. Irrupción de signos corporales (conversivos) que recuerdan a enfermedades propias de la medicina, especialmente de tipo neurológico (cegueras, parálisis, crisis convul­sivas), que no siguen las reglas anatómicas ni fisiopatológicas establecidas, de curso inesperado, pronóstico azaroso y respuesta terapéutica inconstante.
5. Las expresiones patológicas no son producidas de manera consciente o voluntaria, pero con frecuencia generan la sospecha que se manipulan, extreman o conducen al autoconvencimiento, de modo que se mitigan o desaparecen al no ser observadas por terceros.
6. Posible existencia de propósitos de obtener ganancias secundarias indirectas y afec­tivas frente a sus seres queridos, pecuniarias ante el trabajo o la ley, de posición en la vida social, lo que conduce a la desconfianza del medio.
7. Con cierta regularidad existen a la base rasgos personales característicos: demandan­tes, inmaduros en relación a su edad, necesitados de estimación, alta insatisfacción emocional hacia sus cercanos, oscilaciones bruscas entre expresiones desmesuradas de cariño y raptos de odio, rabia y desconsideración, alta sugestibilidad y pasividad,
8. Creación muy rápida de un vínculo terapéutico de naturaleza afectiva, petitoria, absorvente, durante períodos incontrolable; desencadena en el profesional sentimientos encontrados de rechazo o precipitación imperiosa por ayudarla a todo evento, que puede conducir al desgaste interno acompañado de rabia y sensación de fracaso y, en casos opuestos, a trasgredir los límites y arrastrar a *malpractice* con repercusiones importantes en la vida personal.

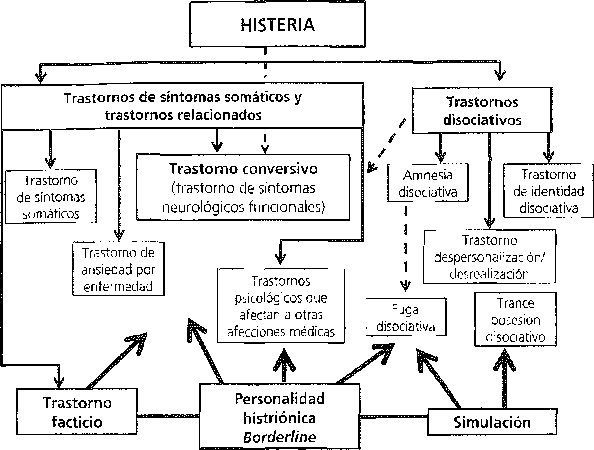
El DSM-5 profundiza intentos anteriores por modificar, reducir, fragmentar y suprimir el histórico concepto de histeria: eliminación del término histeria por considerarlo peyorativo, separación de sus componentes basada en estudios empíricos, reducción de la importancia de los mecanismos psicológicos, intento de explicar sus manifestaciones por supuestos procesos fisiopatológicos, acentuación de validadores externos y pretensión de entender todas las manifestaciones a partir del modelo dimensional (Figura 1).

**Trastornos disociativos**

El proceso psicológico central consiste en la disociación o escisión de la conciencia, expresado en el aislamiento y falta de conexión ulterior entre componentes de la psiquis

Página 400

**FALTA EXPLICAR DIAGRAMA**



**Figura 1.** La histeria en el DSM-5.

**FIN FIGURA 1**

que normalmente están integrados (cognición, afectividad, voluntad, memoria, identidad y actividad motora), con la consecuencia de que aspectos o partes empiezan a funcionar independiente y autónomamente de la conciencia personal y del dominio voluntario, aún constituyendo un quiebre o déficit que pueden sorprender, o, contrariamente, pasar desapercibido -la "bella indiferencia”- al propio sujeto. Los trastornos disociativos son: amnesia disociativa, trastorno de la identidad disociativa, trastorno por despersonaiización/desrealización y trance disociativo.

**¿Cuándo plantear clínicamente un transtorno disociativo?**

1. Repentina irrupción de síntomas psíquicos especialmente graves o aún impresionan­tes, que implican una mutación de la manera de ser habitual (personalidad), del con­ducirse (fugarse, estado de trance), del funcionamiento mental (intelecto, memoria) o de su conexión con la realidad habitual (psicosis).
2. Desbordamientos causados por conflictos emocionales severos o situaciones inso­portables previas al cuadro, que implican una herida a la autovalía o a la seguridad psicológica o física (consciente o inconsciente).
3. Cuadro presentacional con características dramáticas o, por lo contrario, "bella indi­ferencia" frente a síntomas aparentemente severos, preocupantes o aún peligrosos, especie de serenidad o ecuanimidad discordante.
4. Historia anterior de ajuste o adaptación a la vida emocional, familiar y de trabajo, pero que se puede haber visto interrumpida por uno o varios episodios similares.

Página 401

1. La aparición de las molestias perturba afectivamente a familiares o a su medio social, de modo que éstos frecuentemente acompañan angustiados a la paciente a sus controles médicos.
2. Exámenes físicos y de laboratorio resultan normales o son incapaces de explicar las quejas.

Brusca incapacidad para rememorar sucesos importantes de su existencia personal, por lo general de características traumáticas o estresantes, que excede con mucho los olvidos corrientes. No recuerda episodios personales antes que información general, se expresa de forma dramática y consulta impelida por temor a padecer una afección cerebral severa. La "amnesia localizada" representa una falla para rememorar períodos circunscritos de tiempo; en la "amnesia selectiva" se comprometen parcialmente ciertos episodios, pero no todos, de un lapso delimitado; y en la "amnesia generalizada", complica la biografía del individuo, aún su identidad personal, pero es poco frecuente.

***Epidemiología***

Es poco fiable por la dificultad de obtener muestras representativas; en comunidades pequeñas, la prevalencia a 12 meses es 1,8% (2,6% mujeres y 1,0% varones), aunque en la población general sería posiblemente del 6%; es habitual que se presente a partir de la adolescencia.

***Etiología***

Se relaciona con sucesos estresantes intensos externos (duelo, separación, asalto, violación) o con conflictos inconscientes cargados emocionalmente, de tipo sexual o agresivo, que se gatillan con ocasión de hechos actuales que reavivan los pasados de manera simbólica, a veces en personas predispuestas por una infancia tormentosa. De importancia son los factores educacionales, sociales y culturales.

***Clínica***

Lo súbito del inicio, acompañado de ansiedad y perplejidad mostrados de manera llamativa y exagerada, contrasta con el discurso de la paciente que se centra especialmente más que en el olvido en sí mismo en la ansiedad, en la dificultad para concentrarse, en la torpeza para ejecutar ciertos actos o aún en el desánimo para levantarse en las mañanas. En ocasiones utiliza un lenguaje poco preciso que escamotea el tópico doloroso y puede tabular para rellenar los vacíos, o, contrariamente, se ayuda de apuntes intrascendentes por recomendación de amigos. Una semisonrisa suele acompañar la descripción de sus lagunas mentales o, ante sus allegados, relata como chascarros las faltas cometidas. Responde bien a todas las preguntas sobre su persona y solo vacila ante ciertos hechos graves (¿choqué con el auto? ¿me asaltaron en la calle?) que discrepan con la adecuación del comportamiento en la entrevista. En el diálogo surgen con facilidad los motivos que desequilibraron su existencia y, al señalárselos, le cuesta reconocerlos y, finalmente, al terminar aceptándolos, no existe una repercusión o no capta a cabalidad que estos sucesos fueron los que provocaron sus síntomas. Los familiares se muestran más interesados en los motivos psicológicos de su afección y llegan a reprenderla porque ellos ya se los habían explicado reiteradamente antes de la consulta. Generalmente es transitorio y en pocos minutos u horas retorna a la

Página 402

normalidad; si se prolonga, hace necesario plantear el diagnóstico diferencial con una patología orgánica. Si se acompaña de fuga disociativa, la persona olvida su identidad personal y emprende un viaje brusco, inesperado y sin una finalidad, aunque conserva su memoria procedimental puesto que puede conducir vehículos, ejercer un trabajo ocasional o asistir a eventos públicos; habla y se conduce adecuadamente, pero sin recordar su pasado aunque sin inquietarse por sus déficits, por lo que no llama la atención hasta que comete un error grave y es conducida a la policía o se enfrasca en una riña producto de emociones que estrechan su campo de conciencia (estado crepuscular). Lo complejo de los actos ejecutados ponen en duda su realidad y plantean la posibilidad de la existencia de una simulación, especialmente al haber recompensas emocionales o pecuniarias. En cualquier caso, se debe efectuar un detenido análisis para diferenciar este cuadro de la amnesia orgánica (Tabla 1).

***Diagnóstico diferencial***

Se debe realizar tanto con patología orgánica (cerebral, infecciosa, convulsiva, catatónica, intoxicación por drogas o alcohol) como psicológica (psicosis mayores, trastorno por estrés agudo o postraumático o por síntomas somáticos, trastorno facticio, simulación). Sin embargo, presenta una comorbilidad con la distimía, depresión mayor, trastorno de ajuste con ánimo depresivo, personalidades histriónica, dependiente y evitadora (Tabla 2).

**Tabla 1. Diferencias entre amnesia disociativa (AD) y amnesia orgánica (AO)**

AD/Circunscrita al conflicto psicológicamente significativo; AO/Pérdida de lo significativo y también no importante.

AD/Memoria a corto y largo plazo comprometidas por igual;AO/Memoria a corto plazo más deteriorada.

AD/Ausencia de desorientación témporo-espacial; AO/Desorientación témporo-espacial.

AD/Pérdida de identidad personal; AO/Identidad personal mantenida hasta el final.

AD/Fluctuación de síntomas según factores emocionales; AO/ Fluctuación de síntomas impredecible.

AD/Aparición en contexto de estrés emocional intenso; AO/ Aparición en contexto de afección orgánica.

AD/Historia anterior de amnesias circunscritas psicógenas; AO/Sin historia de patología de la memoria.

**FIN TABLA 1**

**Tabla *2.* Amnesia disociativa\***

1. Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.

Nota: La amnesia disociativa consiste, la mayoría de veces, en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos; o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

*Especificar si:*

*Con fuga disociativa:* Deambular aparentemente con un propósito o vagabundeo desorientado que se asocia a amnesia de la identidad o por otra información autobiográfica importante

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-5. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

**FIN TABLA 2**

Página 403

**Trastorno de identidad disociativa**

Conocida históricamente como "personalidad múltiple", la persona vive dos o más personalidades simultánea o alternativamente que pueden o no saberse entre sí. Cada personalidad tiene sus propios rasgos que son independientes, constituyéndose en agentes que comandan su actuar y sentir pero que, en oportunidades, representan polos opuestos (buena y mala) y, en consecuencia, la una le hace cometer actos a la otra contrarios a sus propios valores por sentirse como poseída, en abierta discontinuidad con su personalidad y valores anteriores.

***Epidemiología***

Ha sido muy discutida la realidad de su existencia por la psiquiatría europea, aunque en los últimos años la literatura americana ha encontrado una prevalencia de 12 meses de 1,5% en pequeñas comunidades.

***Etiología***

El trasfondo cultural y social juega un rol preponderante, aunque se debe diferenciar de las manifestaciones propias de ciertas prácticas religiosas o concepciones espirituales. Se ha postulado la existencia de traumas infantiles severos con una preponderancia de abusos sexuales y físicos, cuyas cifras son tan altas (85%) que las hacen poco creíbles en consideración a su carácter retrospectivo y la baja prevalencia del cuadro.

***Clínica***

La aparición está relacionada con eventos traumáticos, lo que permite suponer su carácter defensivo. Empieza a hablar en plural o con distintos tonos de voz o se refiere a sí en tercera persona o por su nombre. Puede verse como desde afuera o sentirse incapaz de comandar sus acciones o mostrarse perpleja, mientras su cuerpo lleva a cabo actos de los que no se siente capaz de detener; también percibe como extraño su comportamiento, como si estuviera poseída y no fuera suyo, o ella estuviera en el interior de un ente sobrenatural o fuera la reencarnación de personas fallecidas hace ya tiempo y, así, comienza a comportase y hablar como ellas. Ocasionalmente escucha voces que son de espíritus o pensamientos contradictorios que disputan entre sí, sin que pueda intervenir o detenerlas. Las amnesias que padece son de tres tipos: lagunas de la memoria remota, olvidos de hechos recientes y descubrir que ha ejecutado actos que no sabía (encontrar un paquete en su cartera que ignora cómo llegó hasta allí). Durante la entrevista suele experimentar cambios: estar confusa, interrumpirse y no saber con quién estaba hablando, irritarse ante preguntas sobre su pasado inmediato, quejarse con violencia de que no se la cree, adoptar súbitamente una voz diferente, gimotear que está como en un sueño, abandonar bruscamente la sala. Los sentimientos del terapeuta son encontrados así como los de sus parientes y amigos. Se conoce muy poco de su evolución y en ocasiones se ha supuesto que algunas se dedican a actividades delictivas o mueren por conductas de riesgo.

***Diagnóstico diferencial***

Con los demás cuadros del trastorno disociativo, trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, desorden bipolar, psicosis endógenas y exógenas, trastornos por abuso de sustancias y alcohol, desórdenes convulsivos, personalidades limítrofe

Página 404

histriónica, trastorno facticio y simulación. Al igual que con la amnesia disociativa, la diferenciación se hace difícil por la presencia de una alta comorbilidad con trastornos depresivos, trastornos de la serie conversiva, trastornos del comer, trastornos por abuso de sustancias, personalidades evitadoras y limítrofes y desórdenes del sueño (Tabla 3).

La persona tiene un profundo sentimiento de alejamiento o irrealidad de sí misma, como si se hubiese convertido en un extraño o espectador de sus pensamientos o sus actos, aunque sabe a la perfección quién es y su contacto con la realidad se mantiene intacto. Con enorme desazón refiere que está convertida en un cadáver o que partes de su organismo le son ajenos. La experiencia se puede o no acompañar de cambio del mundo externo o éste volvérsele irreal: el ambiente se asemeja a un sueño, distante, sin consistencia firme, los objetos parecen estar dispuestos detrás de una niebla, no puede agarrarlos porque es como si no poseyeran consistencia, aunque el sentido de la realidad permanece normal.

***Epidemiología***

Los episodios de despersonalización/desrealización son extraordinariamente comunes y transitorios. Es desconocida la cantidad que se transforma en un trastorno, pero en ciertos estudios se estima que la prevalencia de vida es del 2%, aunque se debe remarcar que está obtenida en comunidades rurales.

***Etiología***

Se ha señalado que los procesos psicóticos se inician con una desintegración del yo y/o del mundo, por lo que se postula que es un potente mecanismo defensivo del yo ante la angustia que provoca la invasión de las pulsiones agresivas o sexuales primitivas inconscientes. Por otra parte, se conoce que el sistema serotoninérgico está comprometido puesto que la depleción de L-triptófano, un precursor de la serotonína, provoca síntomas de despersonalización, así como existe una respuesta favorable a la administración de fármacos inhibidores de su recaptación (ISRS).

**Tabla 3. Trastorno de identidad disociativo\***

1. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor: Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo
2. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal impor­tante, y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario

*Nota:* En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-5. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. **FIN TABLA 3**

Página 405

***Clínica***

En la entrevista se aprecia una paciente abrumada por su ansiedad, que de manera repetida busca asegurarse que no se trastornará o que no !e pasará nada grave a su mente. Pendiente de las expresiones y gestos del terapeuta, intenta aferrarse a sus palabras de apoyo y, aunque estas la calman, duran pocos instantes porque vuelve a repetir las mismas incertidumbres sobre si todo terminará en una locura irreversible. Sus sentimientos son falsos, su cuerpo está sin vida, el ambiente está lejano y descolorido, los parientes hacen como si nada pasara pero ella sabe que solo actúan así para calmarla, es como aspirina para una enfermedad irreversible. El tiempo trascurre muy rápido o demasiado lento, sus recuerdos son lejanos y no le dicen nada porque parece que pertenecieran a otra persona. Cualquier vacilación o un tono de voz inseguro del terapeuta desencadena un inmediato aumento de su angustia y de sus síntomas agudos, como dolor de cabeza, sensación de abombamiento en el cerebro, mareo, inestabilidad.

***Diagnóstico diferencial***

Trastornos de angustia y pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos psicóticos, trastornos provocados por alcohol y sustancias, enfermedades médicas generales, trastornos convulsivos y neurológicos, trastorno facticio y simulación. Los estudios sugieren una comorbilídad con la depresión unipolar y el desorden generalizado de angustia, estrés postraumático y las personalidades limítrofe, evitadora y obsesivo-compulsiva (Tabla 4).

Se inicia de un instante a otro con un estrechamiento del campo de su conciencia: no responde a una multitud de estímulos, personas o situaciones. Se puede poner en contextos de riesgo por falta de atención unida a una lentitud de las respuestas y de los movimientos. Lo contrario acontece con aquello que le interesa: se focaliza en demasía pudiendo aparecer alucinaciones, ilusiones, distorsiones de imágenes visuales e ideas sobrevaloradas en concordancia con su estado de ánimo. Por momentos su postura se vuelve solemne, los gestos amanerados, la voz grandilocuente aunque farfullante,

**Tabla 4, Trastorno de despersonalización / desrealización \***

1. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas.
2. Des personalización: Experiencias de irrealidad, distancia miento o de ser un observador exter­no respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej. alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico)
3. Desrealización: Experiencias de irrealidad o distancia miento respecto al entorno (p. ej. las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados)
4. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se man­tienen intactas

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-5. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. **FIN TABLA 4**

Página 406

grita, canta, se araña, cae al suelo, las vestimentas están desordenadas pero en concordancia con su afectividad. El tacto social se pierde y se sumerge en expresiones groseras y desajustadas, en discrepancia con su biografía, o, contrariamente, habla como una iluminada. Aunque hay que diferenciar estas manifestaciones con las cultural y religiosamente adoptadas por seguidores de cultos y sectas, puede experimentar el fenómeno de la posesión: surge una personalidad completamente nueva que la siente como introducida subrepticiamente desde el exterior, que la invade, y se concretiza como demonio, deidad especial, antepasado, espíritu benigno, alma maligna, personaje histórico descollante, celebridad trágicamente muerta. Se conduce como hechizada: habla lógicamente de acuerdo a la nueva identidad, su conducta es coherente, los afectos trascurren en conformidad con su personaje, razona con perspicacia aunque atenta a las manifestaciones de incredulidad de las personas que la rodean para contraatacarías con argumentos y raciocinios alambicados. Trascurre en horas o días aunque, por excepción, se prolonga por semanas o meses, lo que coloca en alerta al clínico por la posibilidad de una patología orgánica de base; además, se puede repetir en más de una oportunidad. El diagnóstico diferencial es difícil en contextos sociales religiosos, esotéricos o Ideológicos: trastornos disociativos, estrés postraumático, intoxicación por drogas, cuadros convulsivos, patología cerebral, trastornos de personalidad, simulación (Tabla 5).

**Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)**

El atributo decisivo y el mecanismo psicopatogénico propio y característico lo constituye la conversión, según la describió Freud en sus primeros trabajos. Vale decir, la transformación (conversión) de un conflicto emocional en un síntoma somático. Ciertos núcleos cargados con tensiones afectivas profundas o problemas severos y agudos, algunos preconscientes pero generalmente inconscientes, se trasladan, descargan y transmutan en manifestaciones corporales. Estos signos corporales generalmente expresan los conflictos de modo simbólico de modo tal que requieren ser interpretados por el observador externo, porque al sujeto como a su ambiente le es difícil captar este sentido codificado. Al limitar los trastornos al campo neurológico, el DSM-5 excluyó arbitrariamente los cuadros médicos que comprometen otros órganos o funciones (pseudociesis, por ejemplo) y que obedecen a igual mecanismo psicológico.

**Tabla 5. Trance disociativo\***

Otro *trastorno disociativo especificado*

*Trance disociativo:* Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estí­mulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej. movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-5. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. **FIN TABLA 5**

Página 407

**¿Cuándo se sospecha un trastorno conversivo?**

1. Existencia de síntomas somáticos graves de apariencia neurológica (¿o médica?) que compromete la motilidad o sensibilidad, pero que no son producidos intencional ni voluntariamente.
2. La sintomatología es una representación imperfecta o contradictoria de una en­fermedad neurológica, esto es, obedece a la idea popular que las personas tienen sobre el trastorno y, por ello, no sigue las leyes de la anatomía (la parálisis del brazo es total a partir del hombro mismo sin la diferencia de movilidad entre lo proximal y distal, la anestesia de la mano es "en guante" como si la pérdida de la sensibilidad se detuviera de pronto en el antebrazo).
3. Presencia de conflictos o estrés emocionales importantes-previos que, la mayoría de las veces, es inconsciente para la persona misma o ésta no los relaciona con sus padecimientos,
4. No se constata una causa orgánica o abuso de sustancia que los explique satisfacto­riamente.
5. Por lo general, se descubre un significado simbólico en las manifestaciones corpo­rales (parálisis de la mano después de experimentar una rabia intensa ante una hija insolente a la que se quería abofetear, ceguera a continuación de haber presenciado la infidelidad del esposo con su íntima amiga).
6. Impresión fuerte de "bella indiferencia", especie de lejanía emocional, ecuanimidad y serenidad ante sus síntomas, que no concuerda con la gravedad evidente de las manifestaciones clínicas.
7. Sospecha de "ganancia secundaria", esto es, beneficio emocional, social o econó­mico, que se obtiene del medio ambiente inmediato por el hecho de estar enferma (atención, cariño, dependencia, triunfo por la superación de rivales).
8. Crisis significativa de la vida personal, familiar y social como consecuencia del tras­torno y que puede ocasionar preocupación intensa de los cercanos o importantes desembolsos de dinero.
9. Antecedentes de cuadros similares en el pasado.

**Epidemiología**

Se postula que hasta un tercio de la población puede sufrir un trastorno en su vida aunque de manera transitoria, pero esta cifra es estimativa y depende del lugar donde se efectúe (atención primaria o secundaria). En la población general oscila entre 11 a 300 casos por 100.000 habitantes. En las unidades de atención primaria se propone una cifra de 5%, al igual que en servicios de emergencia. En servicios de medicina se estima que entre el 10 al 15% de sus enfermos han padecido el trastorno durante su existencia. La preponderancia del sexo femenino es de 2:1 y puede llegar a ser de 10:1 durante la infancia y en los hombre se correlaciona con accidentes laborales o militares.

**Etiología**

Freud constató en sus pacientes que los conflictos emocionales, especialmente del período edípico, se convertían en somáticos al hacerse intolerables para la conciencia pero que, al devenir inconscientes, se expresaban simbólicamente en el cuerpo logrando, de esta manera, una formación de compromiso entre las fuerzas represoras y las pulsiones sexuales; denominó a este proceso ganancia primaria, que se diferencia

Página 408

de la secundaria porque esta última consigue ganancias de atención, apoyo, control o materiales del medio ambiente. Por su parte el condicionamiento clásico ha postulado que un síntoma de conversión resulta del aprendizaje de conductas, durante la infancia, que le sirven como herramienta para enfrentar un ambiente adverso, dañino o francamente peligroso. Neurobiológicamente se ha encontrado un desbalance entre los hemisferios y, por tanto, una pérdida de comunicación entre ellos. Por otro lado, los síntomas pueden surgir por activación cortical excesiva que desencadena una retroalimentación negativa entre la corteza cerebral y la formación reticular del tronco encefálico. Ahora se está comenzando a estudiar factores genéticos.

Acude sin conciencia al servicio de urgencia acompañada de familiares angustiados que rodean con cuidados excesivos a la paciente y que, como antecedente, se informa de una discusión acalorada o pelea previas. Al recuperar lentamente la conciencia aparece algo desorientada, lenguaje traposo y lento, llorosa, respiración entrecortada, ropas desarregladas, cooperadora. Busca apoyo emocional en el examinador y no puede describir, aunque a veces esbozar, su pérdida de conocimiento por la amnesia sufrida. Existe una discrepancia entre lo grave del cuadro y la manera de narrarlo y, a menudo, recurre a sus allegados para que informen de lo acontecido. No se interesa por la gravedad de su condición sino por lo costoso del tratamiento o la necesidad de descansar en paz o el desarreglo del maquillaje. Al examen llama la atención el silencio o el escabullir hablar sobre el desencadenante emocional. Con frecuencia este tipo de crisis se ha producido con anterioridad y con características similares (Tabla 6).

Tabla 6. Diferencias entre crisis epiléptica (CE) gran mal y crisis conversiva (CC)

Desencadenamiento; CE/En cualquier circunstancia; CC/Presencia de terceros.

Inicio; CE/Aura; CC/Ausencia de aura.

Comienza; CE/Grito; CC/Sin grito (murmullos, sollozos).

Caída; CE/Brusca y violenta; CC/Lenta y en sitios adecuados.

Crisis; CE/Secuencia tónico-dónica; CC/Desordenada y cambiante.

Daño cuerpo; CE/Bordes de lengua y heridas peligrosas; CC/Rasguños o magulladuras.

Cianosis; CE/Presente; CC/Ausente.

Duración; CE/3 a 6 minutos; CC/Prolongada (aún horas).

Esfínteres; CE/Relajación vejiga o intestino; CC/Ausente.

Término; CE/Sueño profundo breve; CC/Somnolencia o incoherencia.

Horario; CE/Puede ocurrir durante el dormir; CC/Durante la vigilia.

Memoria; CE/Ausencia de todo recuerdo; CC/A veces recuerdo parcial.

EEG; CE/Alterado; CC/Normal o de tensión.

FIN TABLA 6

Página 409

Marcada debilidad para ejecutar movimientos voluntarios, acompañada de tics, temblores erráticos, astasia-abasia unido a una alta sugestibilidad. Lo central lo constituye una hemiparesia o parálisis total que tiene a la paciente postrada en cama, con la mirada tranquila, amable, que responde con tino a las preguntas, que charla de otros asuntos ajenos hasta que se le interroga por su problema físico. Su cooperación es total y se aprecia la serie de maniobras complejas que debe realizar para llevar a cabo su vida cotidiana (alcanzar un vaso de agua, comer con una mano), así como la amabilidad con que trata de hacer agradable la estadía del examinador. Escucha con paciencia las explicaciones y no indaga con angustia ni profundidad sobre el pronóstico de su cuadro. Sus familiares siguen con atención y desazón todas las maniobras del procedimiento y sus exigencias son calmadas por la paciente, que prefiere atenerse a otros hechos del momento, como que si está bien maquillada o hace demasiado calor en la pieza. Al examen físico resalta la discordancia en los síntomas físicos que no se rigen de acuerdo a la anatomía del sistema nervioso sino a una concepción corriente de lo que es una parálisis orgánica: no hay alteración de los reflejos, la comisura bucal no se encuentra desviada, los hallazgos el ectromiográficos son normales, etc.

**Trastorno de conversión con síntoma sensitivo especial**

El trastorno puede afectar la visión, la audición o el habla. La paciente ciega se acompaña de familiares para que la sostengan, se apoya en un bastón, esconde sus ojos tras anteojos oscuros. Se disculpa por su torpeza para dar la mano, niega la seriedad del problema, se adapta para realizar todas sus labores corrientes, no se queja de los tropiezos experimentados en la calle. No entiende el motivo de visitar a psiquiatras por estar segura que su cuadro se sana con oftalmólogos, aunque no se hayan encontrado cambios orgánicos en sus ojos hasta la fecha. Admira la paciencia que sus familiares demuestran hacia ella y rehúsa o elude hablar sobre conflictos emocionales desencadenantes. Algo similar ocurre cuando afecta a la audición o el habla.

**Diagnostico diferencial**

El trastorno conversivo plantea especiales problemas porque puede ser provocado por afecciones somáticas graves, como enfermedades neurológicas o sistémicas, en alrededor del 18 al 61% de los casos (demencia, trastornos degenerativos, tumores cerebrales, afecciones de los ganglios básales, Creutzfeldt-Jakob); además, trastorno de síntoma somático, trastornos disociativos, trastorno dismórfico corporal, trastornos depresivos, abuso de sustancias, trastorno facticio y simulación. No debe pasar por alto la elevada comorbilidad con afecciones como trastornos de angustia (pánico), trastornos depresivos, trastorno por abuso de sustancias, trastornos de personalidad especialmente limítrofe y obsesivo compulsivo.

**Evolución y pronóstico**

El trastorno conversivo surge desde la temprana edad, se inicia de manera brusca, por lo general dura pocos días y termina con *restitutio ad integrum.* Sí continúa más allá de seis meses, la recuperación se reduce al 50% y un cuarto de ellos recae durante el primer año. Marcadores de buen pronóstico son:

Página 410

1. Inicio agudo.
2. Presencia de agentes estresantes claramente identificables.
3. Salud emocional equilibrada previa.
4. Inteligencia igual o sobre el promedio.
5. Ausencia de compensaciones económicas o legales (litigios).
6. Falta de patología orgánica comórbida.
7. Instauración temprana del tratamiento (Tabla 7).

**Tratamiento de los trastornos disociativos y conversivos**

**Entrevista clínica**

La persona que sufre un trastorno disociativo o conversivo está inundada por conflictos emocionales profundos que desconoce por completo, la agobian síntomas que irrumpen como amenazadores y padece signos que parecen colocar en peligro inminente su vida personal o integridad física. Sus seres queridos -esposo, hijos, madre, pareja- por momentos no la entienden ni la soportan en sus quejas, dolores e inseguridades y, así, se siente injustamente rechazada. Por otro lado, vislumbra que genera en el equipo terapéutico emociones profundas, contradictorias y aún hostiles, que en oportunidades no consigue calmar a pesar de su intento de cooperación, porque supone que el tratamiento es tarea del médico y ella solo debe acatar sus órdenes e indicaciones. Esto hace ineludible distinguir tres funciones simultáneas que deben realizarse desde el primer encuentro: creación de vínculo, obtención de datos para el diagnóstico y psicoeducación junto a manejo.

**Tabla 7. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)[[1]](#footnote-1)**

1. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria
2. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.

*Especificar el tipo de síntoma:*

(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

*Especificar sí:*

Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses

Persistente: Síntomas durante seis meses o más

*Especificar si:*

Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)

Sin factor de estrés psicológico

American Psychiatric Associatlon. Diagnostic and Statistical Manual. DSM-5. 5th Edition.

Washington, DC: American Psychiatric Associatlon, 2013. **FIN TABLA 7**

Página 411

1. **Creación de un vínculo viable o alianza terapéutica**

Es la tarea primera, más urgente y representa la herramienta dotada de una doble función: fomentar que tolere ponerse en las manos del terapeuta de manera distinta a como se vincula con los demás, y, por otro lado, evitar rabias, seducción o huida por medio de la enfermedad. Por parte del terapeuta, éste precisa de un genuino deseo de ayudar, exhibir una calidez auténtica, respeto frente a la diversidad evidente de la paciente, actitud empática que le permita abrirse y escucharla antes que se contamine con los prejuicios que puede tener con anterioridad por este tipo de enferma; esto significa: estar atento a sus propias emociones internas a fin de no caer en intervenciones movidas por el apremio por resolver al instante las quejas, tolerancia a las frustraciones que inevitablemente surgirán y saber compartir funciones (diagnósticas y terapéuticas) con los demás miembros del equipo terapéutico.

1. **Obtención de datos para el diagnóstico**

El encuentro precisa oscilar entre una entrevista directiva (búsqueda sistemática de síntomas y signos, preguntas cerradas, conducción por el terapeuta, centrada en la enfermedad) y una entrevista no directiva (escuchar, permitir que el paciente exponga libremente sus vivencias, preguntas abiertas, orientada a la persona y sus conflictos íntimos),

1. **Encuadre, psicoeducación y manejo**

El primer encuentro es decisivo porque tiene metas precisas y determina el futuro del tratamiento. Por un lado, se establecen los límites que es necesario respetar: duración de la sesión, confidencialidad, presencia de familiares cuando es indispensable obtener datos, advertir que no se permitirán expresiones violentas durante la sesión. Por otro, comienza la psicoeducación del enfermo sobre su condición, enfatizando la importancia fundamental de los factores emocionales, de su interioridad y de la relación paciente- terapeuta. Por último, el manejo se encamina a prestarse atención mutuamente, comprender antes de juzgar, aceptar con mesura, conservar la calma antes de intervenir, ejecutar el examen físico a veces en presencia de familiares asegurándose de la ausencia de patología orgánica y solicitar los exámenes pertinentes. Lo que se busca es alcanzar un diagnóstico probable en conjunto con ella para así fomentar la adherencia pero, a su vez y simultáneamente, todas estas medidas y procedimientos son terapéuticos porque enseñan prácticamente a la paciente cómo va a proceder la terapia en el futuro

**Importantes "NO”**

No existen procedimientos estandarizados ni avalados empíricamente que aseguren el éxito del tratamiento ni siquiera garanticen la permanencia de la paciente en la terapia. Sin embargo, la experiencia enseña la conveniencia de evitar ciertas conductas, no emplear determinadas tácticas o no aplicar algunas técnicas.

* No se apure en obtener todos los datos para llegar a un diagnóstico inmediato.
* No trate de convencer a la paciente que no tiene "nada" y que es cosa de "los ner­vios".
* No intente calmar o apoyar al instante asegurándole que se va a mejorar rápido.
* No se precipite en culpar a los otros de sus molestias.
* No tome partido por su paciente transformándola en víctima de su medio.

Página 412

* No de una explicación psicológica de sus síntomas sin tener fundamentos claros.
* No imponga la presencia de la pareja (hija) si la paciente no lo desea.
* No excluya a la pareja (hija) si la paciente desea que esté presente.
* No pida una interconsulta si no concurren motivos precisos para solicitarla.
* No deje de investigar los diferentes sentimientos de la paciente durante la sesión.
* No deje de preguntarse por sus propios sentimientos (rabia, desdén, seducción).
* No trate repetidamente de argumentar o convencer durante una misma sesión.
* No prolongue ni acorte una sesión sin preguntarse el motivo de su proceder.
* No excluya ¡a posibilidad de la exageración, engaño o fingimiento.
* No dude en pedir ayuda cuando se siente sobrepasado o a punto de estallar.
* No olvide que su autovalía o sentimientos de capacidad profesional son cuestionados.

Existe poca evidencia comprobada empíricamente sobre la eficacia y efectividad de los distintos tratamientos, y las publicaciones se basan en experiencias con casos individuales, aunque ciertas orientaciones han trabajado en cuadros específicos por interés teórico-práctico. Se pueden sintetizar provisoriamente los principales hallazgos:

1. Los psicofármacos no resultan especialmente indicados salvo que se procurara curar

algunos síntomas específicos (irritabilidad, descontrol, depresión severa, presencia de manifestaciones psicóticas transitorias).

1. Con frecuencia la paciente ya acude habiendo utilizado múltiples psicofármacos, lo que refuerza la sospecha sobre la eficacia reducida de este procedimiento.
2. Se deben considerar los potenciales efectos colaterales de ciertos fármacos (intento de suicidio, dependencia).
3. El efecto placebo es elevado tanto al emplear fármacos como ai utilizar técnicas psicoterapéuticas.
4. La psicoterapia, en sus distintas variedades, continúa siendo el tratamiento de elec­ción.
5. No se ha demostrado superioridad de ninguna de ellas de manera concluyente sino todas alcanzan resultados semejantes.
6. Las psicoterapias más empleadas son la psicodinámica, cognitivo-conductual, ínter- personal, experiencia!, hipnosis, de pareja y de grupo.
7. Por la naturaleza de los cuadros sintomatológicos, las metas psicoterapéuticas son más bien circunscritas y por ello de corta duración, superar una emergencia, resolver una crisis o ayudar a readaptarse a las nuevas circunstancias ambientales.
8. . Cuando se indica una psicoterapia prolongada, debe ser evaluada cuidadosamente por la baja adherencia al tratamiento y la presencia de ganancias secundarias gene­ralmente importantes.

**Manejo clínico**

Desde los estudios de la depresión por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos, se ha implementado un acercamiento hacia los pacientes que puede ser utilizado por cualquier terapeuta aunque pertenezca a una corriente psicoterapéutica, pero es especialmente apropiada para médicos generales, psicólogos y profesionales en formación. Este *clinical management* adaptado a estas pacientes consiste en lo siguiente:

Página 413

* Atención preferente y constante a la relación terapéutica, poniendo particular aten­ción a las modificaciones sutiles del estado de ánimo.
* Facilitar la expresión de sus pensamientos y especialmente afectos que la invaden
* Entrega de apoyo y soporte psicológicos prudentes, que consideren las fortalezas antes que las debilidades y carencias de su persona. Recurrir a ejemplos concretos (preocupación por sus hijos, afecto hacia su pareja).
* Proponer metas razonables: reducción de síntomas y educación sobre su trastorno.
* Psicoeducación acerca de los efectos que tienen las emociones en el cuerpo, después de haberle explicado con detención los exámenes efectuados. Enfatizar que sus molestias surgen en personas sometidas a estrés severos o extremos (palpitaciones y sudoración antes de los exámenes, dolor de estómago al tener que hablar frente al público),
* Clarificación del conflicto emocional central que la abruma en su vertiente más evidente y superficial, que la alivie para enfrentar mejor la crisis actual (embarazo inesperado de la hija adolescente, diagnóstico reciente de cáncer de la madre).
* Consejo limitado sobre situaciones que la aquejan sin obligarla a que ella lo eje­cute (dirigirse a un obstetra para que oriente a su hija que presenta promiscuidad sexual).
* Fomento de la adherencia destacando los avances alcanzados y planificando en conjunto las próximas sesiones (mostrar la disminución de las molestias, analizar la mejor manera de ayudar en el futuro a un hijo que ha caído en el abuso de alcohol).
* La inclusión de pareja, familiares y allegados es compleja y no hay una respuesta unívoca. Al comienzo es indispensable su presencia para calmarlos, obtener datos fidedignos y comprometerlos en su cooperación. Lo que se intenta es reducir la presión familiar, disminuir sus expectativas hada la paciente y promover una mayor tolerancia hacia ella. Sin embargo, hay que estar atento a que lentamente se puede trasformar en fuente de constantes enfrentamientos, disputas y búsqueda de un juez que tome partido por una de las partes. No se debe olvidar que la paciente es la pri­mera prioridad aunque sea necesario que otros participen, por lo que se recomienda en esas circunstancias recurrir a una terapia de distinta orientación (pareja, familiar).
* Utilizar las sesiones frecuentes pero cortas antes que las prolongadas pero espaciadas.
* Recurrir a la visita domiciliaria, derivación a instituciones comunales de apoyo, capa­citación laboral, talleres de aprendizaje.

**Dificultades emocionales del equipo terapéutico**

Ya se ha subrayado que estas pacientes someten al equipo a situaciones de enorme carga afectiva, repetidas frustraciones terapéuticas y desgaste personal. Conviene tener presente lo siguiente.

* Se deben especificar los roles de cada miembro al inicio para no entrar en conflictos de profesiones o malos entendidos.
* Compartir información sobre lo que está sucediendo en la terapia para poner fin a los "secretos" entre la paciente y uno de los terapeutas.
* Discutir abiertamente las quejas expresadas por la enferma que afecten a cualquiera de los involucrados en su tratamiento.
* Recordar a cada miembro que la meta no es solucionar la vida de la paciente sino una más modesta: ayudarla a superar sus molestias y crisis inmediatas.

Página 414

* Buscar ayuda en un terapeuta externo cuando se sospecha que todo el equipo está agotado, susceptible, irritable, enrabiado o escindido en bandos antagónicos.

**Intervención psicosocial de grupo**

En numerosos establecimientos de Atención Primaria se han organizado grupos educativos y grupos de apoyo que intervienen psicosocialmente con el fin de orientar y dar apoyo a personas que sufren trastornos emocionales (depresión). Por los resultados positivos alcanzados y la buena valoración obtenida, están indicados en este tipo de pacientes.

No existe experiencia en los trastornos conversivo-disocíativos, en parte porque ¡os pacientes superan la crisis con rapidez o tienen una baja adherencia. Sin embargo, podrían ingresar a diferentes grupos por su adaptabilidad a otros contextos, les facilitaría para reflexionar sobre sus conflictos y estimularía a los restantes participantes. Los grupos constarían de 10 personas con un total de 6 a 10 sesiones como máximo y cada encuentro precisaría estructurarse en forma estricta, para evitar protagonismos excesivos y uso desmesurado de autorrevelación (relato de sus intimidades con todo detalle buscando una ganancia secundaria). El conductor no propondría la elaboración de conflictos inconscientes, sino que aprendieran a manejar de otra manera sus emociones con las personas que la rodean.

Además, promovería la creación de vínculos con el personal de la Atención Primaria, necesarios no solo porque sus tratamientos requieren un control periódico debido a su labilidad psicológica y amenaza permanente de recaídas, sino porque se impide el aislamiento social y se facilita tomar consciencia de los factores desencadenantes de sus trastornos.

**Criterios de derivación**

Algunas condiciones hacen recomendable su referencia a un centro especializado.

- Duda diagnóstica sobre posible cuadro orgánico que requiera los conocimientos y experiencia de un especialista.

* Necesidad de ejecución de procedimientos complejos (orgánicos o psicométricos).
* Riesgo inminente de suicidio.
* Presencia de patología psiquiátrica acompañante severa (episodio depresivo mayor grave, trastorno de personalidad significativo, crisis familiar).
* Indicación de hospitalización.
* Necesidad de efectuar psicoterapia formal.
* Ejecución de procedimientos sugestivo-hipnóticos (incluida relajación).
* Recaídas repetidas a pesar de los tratamientos bien planificados.
* Existencia de simulación acompañada de problemas legales.

**Referencias**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. 5th Edition. DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Auxéméry Y. La nécessaíre évolution de definition de la "conversión hystérique". Evol Psychiatr 2014; 79; 287-94.
3. Brunner R. Dissoziative und Konversíonsstorungen. Berlín: Springer, 2012.

Página 415

1. Chefetz RA, editor. Dissoclative disorders: an expanding window inte the psychobiology of the mind. Psychiatr Clin North Am 2006; 29: 1-342.
2. Cottencin O. Conversión disorders: psychiatric and psychotherapeutic aspects. Neurophysiol Clin 2014; 44:405-10.
3. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program. Where we began and where we are. En: Bergin AE & Garfield 5L, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4'h edition. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1994.
4. Ellenberguer HF. The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. London: The Penguin Press, 1970,
5. Fígueroa G. Histeria, trastorno disociativo y trastorno conversivo. En: Riquelme R y Quijada M, edi­tores. Psiquiatría y salud mental. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2007.
6. Freud S. Studien über Hysterie. Gesammelte Werke I. Frankfurt: Fischer, 1895.

10.Freyberger HJ und Spitzer C. Dissoziative Stórungen. Nervenartzt 2005; 7: 893-900.

11.Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW, editors. The American Psychiatric Publishing Taxtbook of Psychiatry. 6a1 edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014.

12.Hipócrates de Cos. Sobre la naturaleza de la mujer. En: Tratados hipocráticos. Vol.4. Madrid: Gredos, 1990.

13.Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. ó1" edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, lnc„ 2013.

14.Leonard DL, Brann S, Tiller J. Dissocíative disorders: pathway to diagnosis, clinician altitudes and their impact. Aust N Zeal J Psychy 2005; 39:940-6.

15.López JM. Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia. Madrid; Alianza, 2002.

16.López JM y Morales JM. Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970.

17.Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Wolters Kruwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

18.Stonnington CM, Barray JJ and Fisher RS. Conversión disorder. Am J Psychiatry 2006; 163:1510-7.

19.Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-lll-R disorders ¡n the Chile psychiatric prevalence disorder. Am J Psychiatry 2006; 163:1362-70.

20.World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clínical descriptions and diagnostic guidelines, 10\* edition, Geneva: World Health Organization, 1992.

1. [↑](#footnote-ref-1)