

Artículo de revisión:

## La histeria moderna: Parte III Trastornos Disociativos y Conversión

Carlos Cruz <sup>1</sup>

### Resumen

La conciencia: característica esencial de esta dimensión de auto-representación es la interpretación de ciertos estados internos del propio cuerpo como identidad mental y somática. La neurociencia de la conciencia sugiere fuertemente que un nivel de sincronización y unión entre varias partes del cerebro hasta cierto punto refleja la accesibilidad de varios contenidos mentales.

Janet (1889) propuso el término *désagrégation* para referirse a los fenómenos de «no integración» y lo situó en el terreno de la anormalidad.

Trastornos disociativos: en estos trastornos hay pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales (conversión)

**Palabras claves:** Trastornos disociativos, Trastorno por conversión, histeria.

### The modern hysteria: Part III Dissociative Disorders and Conversion Summary

The conscience: essential feature of this dimension of self-representation is the interpretation of certain internal states of the body itself as mental and somatic identity. The neuroscience of consciousness strongly suggests that a level of synchronization and union between various parts of the brain to some extent reflects the accessibility of various mental contents.

Janet (1889) proposed the term *désagrégation* to refer to the phenomena of "non integration" and placed it in the terrain of abnormality.

Dissociative disorders: in these disorders there is partial or complete loss of normal integration between certain memories of the past, awareness of one's own identity, certain immediate sensations and control of bodily movements (conversion)

**Key Words:** Dissociative Disorder, Conversion Disorder, Hysteria.

### Introducción

#### Conciencia

Podemos considerar la conciencia como una experiencia integradora que conecta varios eventos mentales que permiten el auto-reconocimiento, la actividad interpretativa y respuestas adaptativas mentales y conductuales relacionadas. Características esenciales de esta dimensión de auto-representación de la conciencia es la interpretación de ciertos estados internos del propio cuerpo como identidad mental y somática. La neurociencia de la conciencia sugiere fuertemente que un nivel de sincronización y unión entre varias partes del cerebro hasta cierto punto refleja la accesibilidad de varios contenidos mentales.

Esto apoya un concepto de que la hipnosis, debido a un cambio atencional significativo, conduce a un "estado" distinto de la conciencia; una falta de auto-representación se puede observar como una conciencia disociada o dividida. (Bell V. 2011) (Figura 1)

#### Historia del concepto de Disociación

Charcot (1889) señaló la importancia del componente psicológico en este trastorno: el trauma psicológico subjetivo que seguía al acontecimiento traumático, y que producía un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas eran aisladas de la conciencia. Éstas, a su vez, se *convertían* en síntomas histéricos a través de un mecanismo: la realización. Charcot, J.M. (1889). (Bob P. 2003)

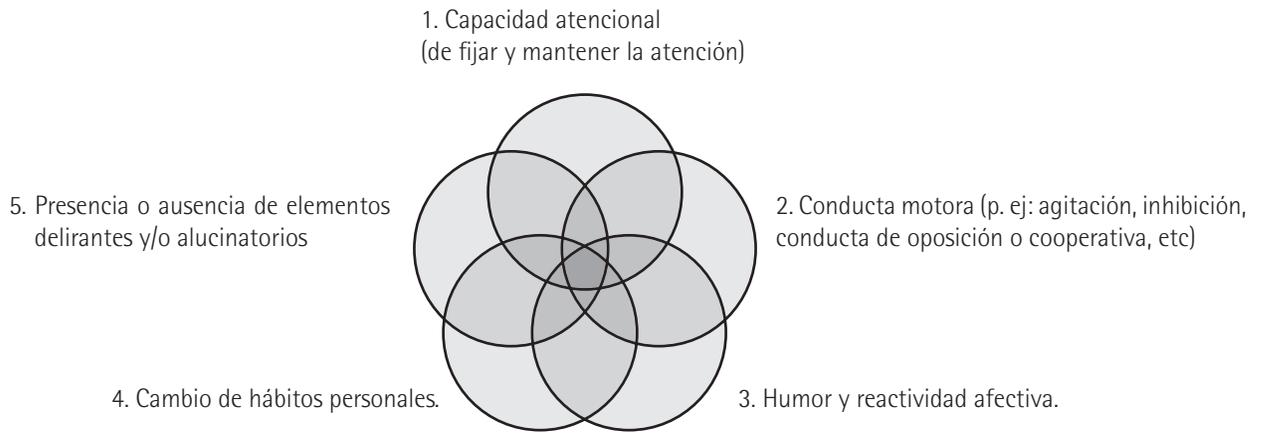
Los orígenes del concepto se encuentran en la "primera psiquiatría dinámica" (1775-1900), aunque, sus antecedentes más lejanos se encuentran en el mesmerismo, el magnetismo animal o en la hipnosis. (Brown W. 1928) (Mearns R. 1999)

Descrito por primera vez por Pierre Janet, compartiendo en sus ideas parte de las concepciones de Binet y Charcot, difirió de éstos en la consideración de la histeria como una *alteración psicológica*, en lugar de orgánica. Descrito el fenómeno fundamental que identificaba las estructuras mentales del sistema mental como "automatismos psicológicos".

Janet (1889) propuso el término *désagrégation* para referirse a los fenómenos de «no integración» y lo situó en el terreno de la anormalidad, considerando que en la base de estos fenómenos

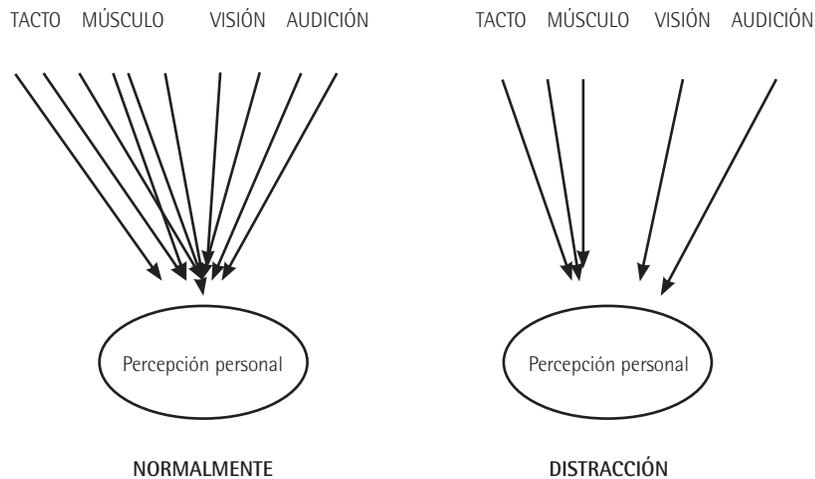
1. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales.

**Figura N°1**  
**Exploración de los pacientes con alteración de la conciencia:**  
**Aproximación Sindrómica**



(Tabla hecha por Ximena Parra, Katherine Villegas, Christianne Zulic)

**Figura N°2**  
**Sensación con los sentidos**



(Janet, P. (1920)

patológicos existía una debilidad mental constitucional, que a su vez se asociaba a una *carencia de parte de la energía psíquica* que obligaba al individuo a alejar de la conciencia ciertos elementos bajo situaciones de estrés. (Pérez Sandra, 2003) (Isaac M, 2006)

El automatismo puede ser clasificado como normal (hipnosis), orgánico (epilepsia del lóbulo temporal), psicógena (disociativa fuga) o fingido. (Mecaldon R. J. 1964) (Bob P. 2003)

Con estos planteamientos y después de un minucioso análisis de las características fundamentales de la histeria, Janet la definió como una forma de depresión mental caracterizada por el estrechamiento del campo de conciencia y por una tendencia a la disociación y emancipación de los sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad (Janet, P. (1920) Figura 2)

### Trastornos disociativos

En estos trastornos, hay pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. (North, Carol S. 2015) (American Psychiatric Association. (2013).

Incluye: Amnesia, Fuga, Estupor disociativo, Trastornos de trance y de posesión, Trastornos disociativos de la motilidad, Convulsiones disociativas, Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas, Trastornos disociativos (de conversión) mixtos, Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación. (World Health Organization (1992).

### Clasificación de Holmes:

1. La disociación como módulos o sistemas mentales no integrados o "compartimentación".  
Esta categoría de la disociación incorpora amnesia disociativa y los síntomas neurológicos "inexplicados" característica de los trastornos de conversión, como parálisis por conversión, pérdida sensorial, convulsiones, alteraciones de la marcha y pseudoalucinaciones.
2. La disociación como una alteración en la conciencia que implica una desconexión del yo o del Mundo o "*detachment*".  
En esta categoría de disociación incorpora despersonalización, desrealización y fenómenos similares como experiencias fuera del cuerpo. En cada caso, el sujeto experimenta un estado alterado de conciencia caracterizado por una sensación de separación (*detachment*) de ciertos aspectos de la experiencia cotidiana.
3. La disociación como mecanismo de defensa.  
(*Restricción*: Participación de fuerzas dinámicas incons-

cientes. *Disociación*: División, puede confundirse con escisión real) (Holmes EA, 2005) (Figura 3)

De acuerdo con la evidencia clínica histórica y reciente, el estrés repetido y especialmente las experiencias de estrés traumático pueden alterar la integridad mental y conducir a la disociación de memoria y experiencia mental. Esta evidencia clínica es consistente con los hallazgos experimentales de los efectos diferenciales del estrés en el cerebro, sistemas responsables de codificar y recuperar recuerdos emocionales en la amígdala y recuerdos no emocionales en la formación del hipocampo. (Bob P (2014) (Kozłowska K. 2005) (Figura 4)

El éxito de los planteamientos freudianos oscureció el trabajo de Janet: triunfó la "segunda psiquiatría dinámica", con su énfasis en el sexo, la agresión, los sueños y la represión. La disociación se consideró, desde el primer momento, como uno de los mecanismos de la histeria. (Psicocode, 2017) (Ishikura R. 2002)

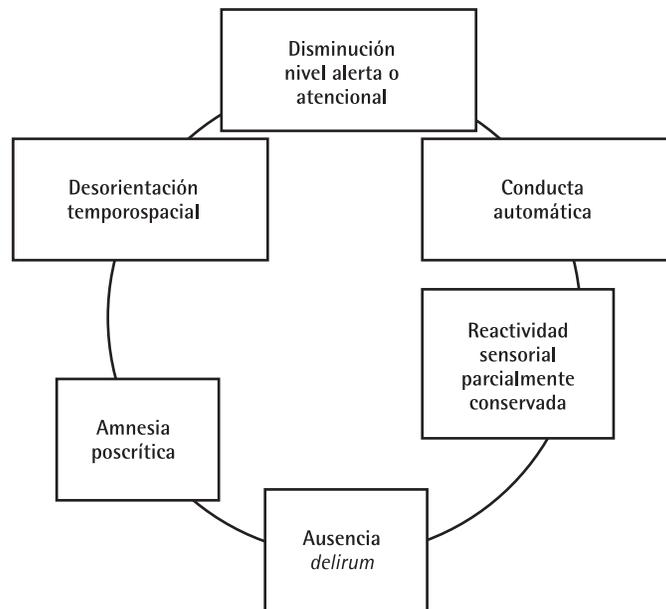
Berlin (2011) afirma que la evidencia indica que los "síntomas" disociativos ya sea simulados a través de la hipnosis o diagnosticados clínicamente, están vinculados al aumento de la activación de la corteza prefrontal. Esto implica que la interferencia del sistema prefrontal / ejecutivo en procesos cognitivos voluntarios y automáticos es una característica neuronal compartida de disociación e hipnosis. (Vanhau den huysse A, 2014) (Berlin Heather A, 2011)

La regulación de la emoción es una *experiencia socioemocional temprana*. La regulación de la emoción involucra procesos responsables de monitorear, evaluar y modificar la excitación que permite a las personas operar de manera adaptada al medio ambiente. A través del espectro del desarrollo los procesos disociativos pueden manifestarse como *perturbaciones de regulación del afecto*.

Desde el comienzo de los 70's del siglo pasado hasta ahora hay un retorno al concepto de disociación y trauma; el desarrollo del concepto de disociación conduce a la descripción de las diferentes manifestaciones clínicas que incluyó el *cambio de percepción de sensaciones físicas, tiempo, memoria, percepción del yo y la realidad*. Por lo tanto, en la teoría contemporánea de la disociación aumentó la cantidad de fenómenos en base a la *disociación como un mecanismo psicológico caracterizado por una interrupción de la integración de la función mental*. (Staniloiu Angelica, 2017) (van der Booma Kees Jan, (2010)

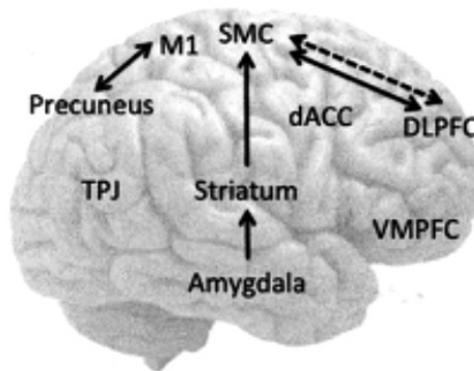
La clasificación DSM-IV separa el trastorno disociativo de la conversión, aunque los hallazgos neurofisiológicos y fisiopato-

Figura N°3  
Restricción de la conciencia: Elementos psicopatológicos



(Tabla hecha por Ximena Parra, Katherine Villegas, Christianne Zulic)

Figura N°4  
Regiones cerebrales implicadas en neurología funcional



Las flechas indican conectividad informada (líneas continuas: aumentar; líneas punteadas: disminución). Abreviaturas: DLPC: corteza prefrontal dorsolateral; VMPFC: corteza prefrontal ventromedial; dACC: cíngulo anterior dorsal; SMC: complejo motor suplementario; TPJ: unión temporoparietal. (Voon V, 2016)

lógicos indican que la *conversión es una forma específica de disociación* y está relacionado muy cerca con la alteración perceptual somática que es un proceso disociativo característico intrínseco: signos y síntomas neurológicos atípicos que caracterizan la alteración perceptual contienen conversión basada en trauma, que también es la división de la conciencia producida por el desorden de la percepción del tiempo, el espacio, realidad y el yo. (Avdibegovi Esmira. (2017)

**Estupor disociativo:** reacción exógena (de Bonhoeffer), psicosis tóxicas, psicosis sintomáticas, psicosis con alteración intelectual transitoria, psicosis orgánicas. Similar en todos los sujetos y parece, hasta cierto punto, independiente del tipo de lesión cerebral.

**Confusión:** incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario y «una pérdida del control voluntario sobre las facultades intelectuales.»

Se identifica con el onirismo en el sentido de que el paciente verbaliza contenidos imaginarios, parecidos a los del sueño, intercalados con momentos de aparente lucidez.

A pesar de que el cuadro se inicia bruscamente, se reconoció un período prodrómico: neurasténico. (Figura 5)

## Clasificación de Trastornos disociativos

### La amnesia psicógena

Se aplica cuando existe una pérdida de memoria personal que no puede explicarse en base al olvido normal ni es debida a enfermedad o daño cerebral. Se trata de una amnesia típicamente retrógrada que en algunos casos afecta sólo a algún acontecimiento traumático, mientras que en otros puede cubrir un período de tiempo más amplio. Esta amnesia puede considerarse como una reacción, infrecuente pero distintiva, a estresores graves, como violaciones u otros.

Puede ser:

**Selectiva:** Restringida a un solo individuo,

**Generalizada:** La vida entera,

**Continua:** Desde un instante hasta el presente

### Trastorno disociativo de identidad

Está dado por la presencia de dos o más identidades distintas (cada una con pautas estables de reacción). Por lo menos dos de las identidades toman el control de la conducta de la persona de forma recurrente. Hay incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado extensa como para ser explicada por un olvido ordinario

### La fuga disociativa

Se caracteriza por un estrechamiento de la conciencia, errando lejos del entorno habitual con amnesia posterior para lo ocurrido. La persona puede tener un buen contacto con el ambiente y normalmente se comporta de un modo apropiado. Puede darse pérdida de identidad o asunción de otra identidad falsa. La duración del episodio puede ser de pocas horas hasta semanas.

## Epidemiología

Datos recientes sugieren que los trastornos disociativos ocurren en una variedad de culturas y están relacionados etiológicamente con el estrés. En un artículo de revisión reciente. (Staniloiu Angelica, 2017) se les confunde comúnmente con otras patologías (personalidad limitrofe, simulación, abuso de sustancias, etc.). Se da más en clases sociales con menor educación e ingreso económico. Son motivo de consulta significativa en atención primaria y emergencia. Aparece más comúnmente entre los 20 y los 40 años. Son más frecuentes en mujeres. 3-4% de la población general (Estados Unidos)

Spiegel et al. (2011) notaron que los valores de prevalencia informados para amnesia disociativa estaban en un rango entre 1.8% y 7.3%. Johnson et al. (2006) informaron para la amnesia disociativa una prevalencia a 12 meses del 1.8%, en una comunidad de los Estados Unidos de 658 adultos que fueron evaluados con entrevista psiquiátrica.

Sar et al. (2007) realizaron un estudio en Turquía donde cuarenta y tres de los noventa y siete pacientes ambulatorios consecutivos admitidos en el departamento de emergencias psiquiátricas fueron seleccionados inicialmente para experiencias disociativas usando la herramienta de detección Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Figura 6)

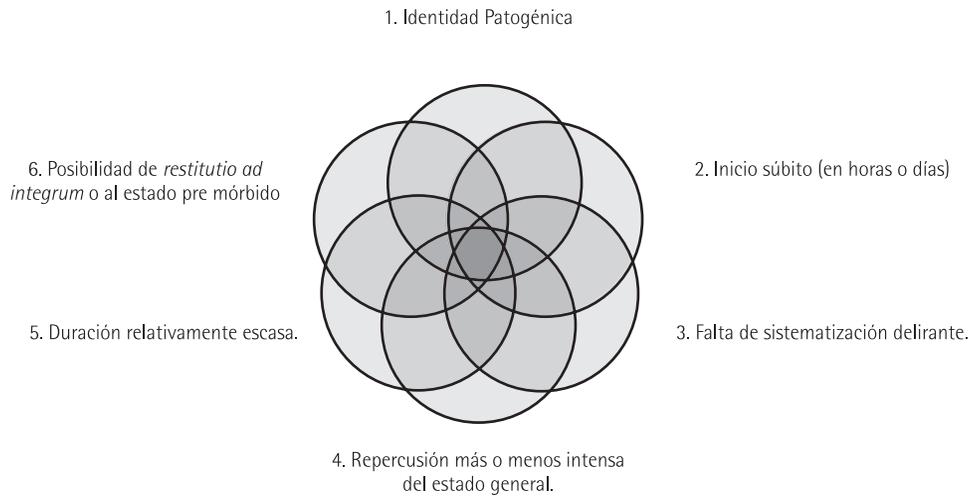
## Trastorno por conversión

### Teoría sobre la conversión

Freud se da cuenta de que este síntoma cumple una función en la vida de la histérica; propone "*escuchar*" al síntoma desde otra perspectiva distinta a la de la medicina biológica. La conversión es muda, es el punto donde el sujeto se muestra como cuerpo dividido por el síntoma. Allí es donde se padece y se suele aliviar con la queja, como relato del sufrimiento, como alivio. (Saldías, P., 2006) (Broome MR. 2004). El síntoma conversivo permite la expresión del impulso, siendo involuntario en su génesis.

Después del siglo pasado, una teoría post-freudiana del trastorno de conversión ha llegado a predominar, dentro de la psiquiatría al menos, pero teorías psicodinámicas son más ampliamente abandonadas en la búsqueda de modelos neurobiológicos o etiologías multifactoriales. (Isaac M, 2006)

Figura N°5  
Estupor disociativo



(Tabla hecha por Ximena Parra, Katherine Villegas, Christianne Zulic)

Figura N°6  
Trastornos disociativos  
¿cuándo se sospecha un trastorno disociativo?

Aparición súbita de síntomas psicológicos severos que cambian la conducta habitual de la persona.
Presencia de conflictos emocionales graves.
Intensa expresión de afectos (dramatización)
Conductas previas al episodio son ajustadas
Alteración de las relaciones familiares o sociales.
Ausencia de cualquier trastorno orgánico o abuso de sustancias.

Jean-Martin Charcot propuso la hipótesis radical de que procesos cerebrales similares fueran responsables de los síntomas neurológicos inexplicables de la histeria. Si bien esta idea ha sido en gran parte ignorada, estudios recientes de neurociencia cognitiva indican que (i) los rasgos de hipnotizabilidad están asociados con una tendencia a desarrollar síntomas disociativos en el dominio sensoriomotor; (ii) los síntomas disociativos pueden ser modelados con sugerencias en asignaturas altamente hipnotizables; y (iii) los fenómenos hipnóticos afectan el cerebro en procesos similares a los observados en pacientes con síntomas de histeria. (Bell V, 2011)

Habría dos mecanismos involucrados: la persona tiene una ganancia primaria por el hecho de mantener fuera de la conciencia un conflicto. Con un segundo mecanismo, la persona tiene una ganancia secundaria, evitando una actividad que es nociva para él u obteniendo un apoyo que de otra manera no obtendría. (Figura 7)

La diferenciación es particularmente difícil cuando los pacientes tienen síntomas de conversión y una enfermedad neurológica subyacente, una situación conocida a veces como *'superposición funcional'*. (Aybek S, 2008)

Los síntomas neurológicos psicógenos son déficits que no pueden ser explicados por lesiones orgánicas en el sistema nervioso y comúnmente son asociados con perturbaciones emocionales "funcionales". Varios términos se utilizan para describir síntomas neurológicos sin explicación por enfermedad, como "funcional", "psicógeno", "psicosomático", "no orgánico", "histérico", "trastorno de conversión" o "trastorno motor disociativo". (Nowak Dennis A. (2009)

En una serie que divide los síntomas motores médicamente inexplicables en "ausencia de función motora" y "presencia de motor anormal", el 48% de los pacientes tenían síntomas índices en la anterior categoría, mientras que el 52% tenía síntomas, como temblor, distonía o ataxia. (Crimlisk, H.L1998)

Joseph Babinski consideró la ausencia de derivación del pronador como un "signo positivo" de paresia histérica. La evidencia disponible no respalda el uso de *"la belle indifférence"* para discriminar entre síntomas de conversión y síntomas de enfermedad orgánica. (Figura 8)

El signo de Hoover (extensión involuntaria de una pierna pseudo-paralizada cuando la *'pierna buena'* se flexiona contra la resistencia) es una buena prueba del trastorno de conversión motora.

Los trastornos psicógenos de la marcha pueden ser reconocidos por patrones como *'caminar sobre hielo'* o posturas no económicas (colocación excéntrica del centro de gravedad, que pone demandas adicionales en los sistemas de equilibrio y fuerza, como caminar con las rodillas flexionadas), pero no hay signos definidos formalmente probados.

El hallazgo de los ojos cerrados durante un ataque trae un valor predictivo positivo de 0.94 (sensibilidad 96% y especificidad 98%) para convulsiones psicógenas no epilépticas (PNESs)

(Aybek S, Kanaan RA, 2008) (Daum Corinna 2013) (Stone J. 2006) (van Meerkerk-Aanen PJ, 2017) (Barbey A., 2017)

Esto se puede interpretar como proporcionar evidencia, nuevamente preliminar, de un estado de *'hipervigilancia'* emocional que resulta de abuso sexual y es etiológicamente importante en la conversión, tal vez creando una disposición a la disociación. (Nicholson TR, 2011)

Desde un punto de vista psiquiátrico, se ha demostrado que los pacientes con trastorno de conversión a menudo tienen enfermedades mentales, principalmente depresión y trastornos de ansiedad.

Sar et al. informaron 50% de ansiedad, 42% de fobia, 34% trastorno obsesivo-compulsivo, 10% ataques de pánico, 71% trastorno afectivo y 34% de depresión entre los pacientes con desorden de conversión. En pacientes con convulsiones psicógenas no epilépticas, los investigadores encontraron que 47-57% tenían depresión asociada, 39-47% ansiedad, 35-49% trastorno de estrés postraumático, 62% trastorno de la personalidad, y no trastornos psicóticos. De ahí múltiples comorbilidades psiquiátricas son comunes. (Aybek S, Kanaan RA, 2008) (Sar V, 2004) (Kuyk J, 1997) (Voon V. 2016) (Figura 9)

## Epidemiología

Los síntomas neurológicos psicógenos son comunes y explican 1-9% de los síntomas neurológicos observados en la población general.

En principio, estos síntomas pueden afectar cualquier aspecto de la función neurológica. Sin embargo, pérdida de movimientos (parálisis) o movimientos anormales, como el temblor, se encuentran entre los más comunes de los desórdenes neurológicos psicógenos. (Nowak DA, 2009)

10-15% de los pacientes en medicina general presenta síntomas de conversión en algún momento de su vida. Esta cifra

Figura N°7  
 Conceptualización de trastorno de Conversión

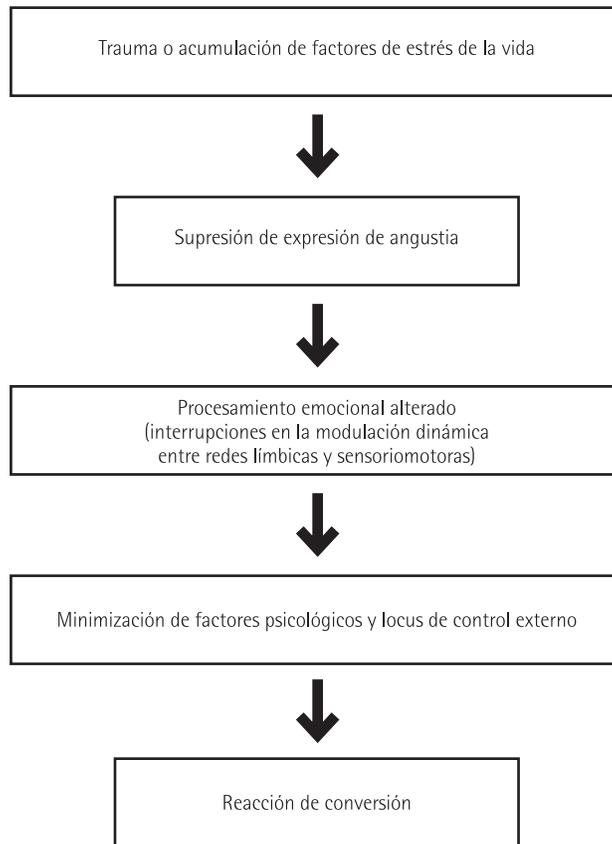


Figura N°8  
 Ausencia de derivación del pronador



global, sin embargo, disfraza un cambio en el tiempo del 29% en el 1950 y el 17% en la década de 1960, con una constante baja tasa del 4% por cada década desde entonces. (Corish John F. 2005)

Preponderancia del sexo femenino de 2:1 se presenta a partir de los 15-20 años. Se da más en clases sociales bajas. En ámbitos de consultorio: Se da donde hay disgregación familiar. En los psicológicamente ingenuos (no aceptan etiología emocional). Con escasa introspección. (Figura 10)

### Clasificación de Trastornos Conversivos

- Conversión con síntoma o déficit motor.
- Conversión con crisis y convulsiones.
- Conversión con síntoma o déficit sensorial.
- Conversión con síntomas viscerales.

#### *Conversión con crisis y convulsiones*

Ataques convulsivos emocionales frecuentes. Se confunde el diagnóstico con el de la epilepsia.

Común en personas con trastornos de la personalidad. Se genera en momentos clave de problemas emocionales graves, generalmente justo antes, (discusión, abandono, ruptura, etc.)

Genera vínculos cercanos ambivalentes. Existe una ganancia afectiva. (Figura 11)

### Un caso imaginario: después de ataques convulsivos

#### EXAMEN MENTAL

##### *Descripción General*

**Aspecto:** Se ve limpia, aunque desordenada y relativamente despeinada. Tiene un rasguño y una herida en la lengua. Usa ropa informal pero adecuada para su edad.

**Actividad psicomotora:** Adormecida, movimientos lentos. Gesticulación y expresión facial pobres. Ojos llorosos y asume una postura semi-acostada.

**Actitud hacia el examinador:** Cooperadora. Cuesta dar respuestas concretas, es algo indiferente con el terapeuta, pero responde preguntas.

**Reacción del entrevistador:** Es difícil empatizar con ella. Causa cierta irritabilidad, por tener una actitud de víctima.

**Humor:** Predomina el ánimo letárgico. Se mantiene así durante toda la entrevista.

**Afecto:** El afecto es aplanado. Mantiene una diferenciación emocional.

**Lenguaje:** Alto contenido dramático y es bastante lento. Pareciera percibirse en ella una brasifemia. Aumento de latencia en la respuesta. Lenguaje coloquial. Uso correcto de la sintaxis.

No mantiene coherencia en el discurso y continuidad.

**Trastornos de la percepción:** No se presentan alteraciones en la percepción.

#### PENSAMIENTO

**Curso Formal:** Se caracteriza con presentar incoherencias o inconsistencias en su historia. Déficit en como agrupa las ideas. Pensamiento lento (bradipsiquia). Pensamiento divagatorio. Problemas para recordar.

**Contenido:** Cargado por pensamientos de dramatismo. Ideas sobrevaloradas. Necesidad de atención. Preocupaciones excesivas.

#### SENSORIO Y COGNICIÓN

**Alerta y nivel de conciencia:** grado de obnubilación. Estado de somnolencia resultado de su crisis convulsiva. Umbral de respuesta lento. Déficit en la orientación y dificultades para recordar.

#### Orientación

**Temporal:** Mantiene una orientación temporal adecuada.

**Espacial:** Sabe dónde se encuentra, es adecuada.

**Personal:** Sabe quién es y quienes le rodean, es adecuada.

**Memoria:** Dificultad parcial para recordar o evita evocar algunos recuerdos. Las deficiencias parecieran tener que ver con la memoria reciente. Mantiene la memoria retrograda intacta.

**Concentración y Atención:** Es capaz de responder de manera fisiológica a los estímulos presentados en la entrevista. Categoriza los estímulos. Capacidad normal de atención.

**Pensamiento Abstracto:** Dificultades para abstraerse de su realidad. No es capaz de relacionar los eventos de crisis emocional con su sintomatología.

**Control de impulsos:** Presenta control adecuado de sus impulsos, tanto agresivos como sexuales.

Figura N°9  
Posibles mecanismos subyacentes a los trastornos neurológicos funcionales

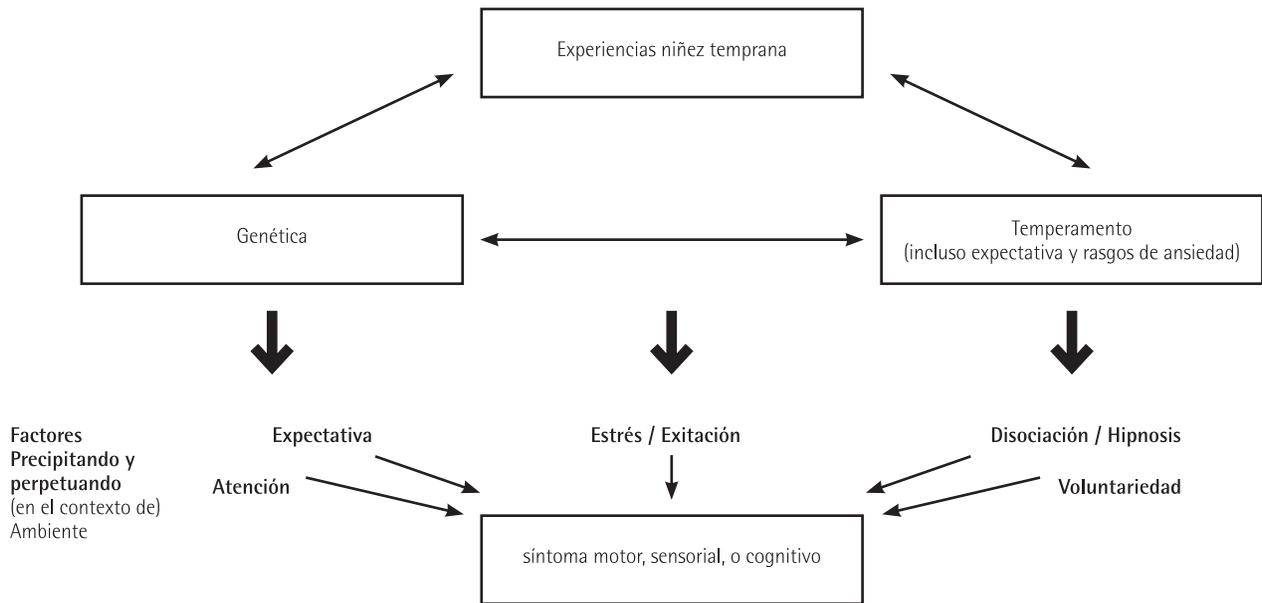


Figura N°10  
Trastorno por conversión  
¿Cuándo se sospecha un trastorno conversivo?

Presencia de síntomas somáticos graves e involuntarios.
No hay causas orgánicas o abusos de sustancia que los expliquen.
Existencia de conflictos emocionales graves.
La sintomatología es una representación imperfecta de una enfermedad médica.
Se descubre un significado simbólico en las quejas corporales.
Lejanía emocional (bella indiferencia).
Sospecha de ganancia secundaria.
Modificación significativa de la vida personal.
Antecedentes personales de cuadros similares.

Figura N°11  
Crisis convulsivas histéricas

	CRISIS DE GRAN MAL	CRISIS HISTÉRICAS (PIR0183)
PERSONALIDAD	No rasgos histéricos, impulsividad	Rasgos histéricos, actitud histriónica
DESENCADENANTES	Ausentes	Presentes
PATRÓN DE CRISIS	Constantes	Variable
AURAS APARATOSAS	Excepcionales	Posible
INICIO	Brusco, sin medidas de seguridad	Progresivo, con medidas de seguridad
FIN	Brusco	Progresivo
PRESENCIA DE OTROS	Depende	Sí
PRESENTACIÓN NOCTURNA	Posible	No
PÉRDIDA DE CONCIENCIA	Total	Parcial
CONVULSIONES	Simétricas, no intencionales	Anárquicas e intencionales
GRITOS	En inicio de crisis	Durante la crisis
HABLA DURANTE LA CRISIS	Nunca	Posible
RELAJACIÓN DE LOS ESFÍNTERES	Habitual	Excepcional
MORDEDURA DE LA LENGUA	Habitual	Nunca
CONSECUENCIA FÍSICA	Frecuentes traumatismos por caída	Ausencia o pequeñas lesiones
RESPUESTA A MANIOBRAS SUGESTIVAS	No	Positivas
RESPUESTA A ESTÍMULOS DOLOROSOS	No	Sí
TERMINACIÓN	Estado confusional poscrítico, cefaleas	Llanto frecuente
DURACIÓN	Minutos	Minutos u horas
PATRÓN DE RECUPERACIÓN	Progresivo	Rápida
FRECUENCIA	No suele más de 1 /día	Varias al día
EEG	Anormal	Normal

**Juicio:** No presenta falencias en el juicio de la realidad.

**Intelectual:** No existe introspección intelectual. No admite ni entiende que está enferma.

**Emocional:** No se da cuenta de sus motivos propios ni la de sus cercanos.

**Confiabilidad:** Hay cierta confiabilidad, aunque también se percibe un grado de ocultamiento por incapacidad (pérdida de memoria) y por ocultamiento intencional.

**GAF 51-60:** Síntomas moderados (por ejemplo, afectan a planos y lenguaje circunstancial, ataques de pánico ocasionales) o moderada dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar (por ejemplo, amigos, pocos; conflictos con sus compañeros o compañeros de trabajo).

## Discusión

La causa subyacente es que el proceso mental es el de conversión, que ha sido definido como "un mecanismo mental", operando inconscientemente, mediante el cual los conflictos intrapsíquicos, que de lo contrario generarían ansiedad, en cambio, se les da una expresión externa simbólica".

El mecanismo de disociación, que era descrito como una separación psicológica o dividirse uno del otro en diferentes aspectos de una idea, situación o función, también ha sido considerado fundamental en ciertos síntomas físicos psicógenos y estados mentales.

Los conceptos de conversión y disociación están históricamente conectados con el diagnóstico de histeria porque se describieron por primera vez en casos de la histeria. Pero solo en una minoría de pacientes que tienen los síntomas de origen psicogénico es la histeria el diagnóstico principal hoy en día. (Morton WA. 1965)

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
2. Avdibegovi Esmina. (2017) Contemporary concepts of dissociation. *Psychiatria Danubina*, 2012; Vol. 24, Suppl. 3, pp 367-372
3. Aybek S, Hubschmid M, Vuilleumier P, Burkhard PR, Berney A, Vingerhoets FJ. Hysteria: an historical entity, a psychiatric condition or a neurological disease? *Rev Med Suisse*. 2008 May 7;4(156):1151-2, 1154-6.
4. Aybek S, Kanaan RA, David AS. The neuropsychiatry of conversion Disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 May;21(3):275-80.
5. Barbey A, Aybek S. Functional movement disorders. *Curr Opin Neurol*. 2017 Aug;30(4):427-434
6. Bell V, Oakley DA, Halligan PW, Deeley Q. Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Mar;82(3):332-9.
7. Bob P. Psychophysiology of Dissociated Consciousness. *Curr Topics Behav Neurosci* (2014) 21: 3-21
8. Bob P. Dissociation and neuroscience: history and new perspectives. *Int J Neurosci*. 2003 Jul;113(7):903-14
9. Berlin Heather A. The Neural Basis of the Dynamic Unconscious. *Neuropsychoanalysis*, 2011, 13 (1) 5-71.
10. Broome MR. A neuroscience of hysteria? *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17:465-469.
11. Brown W. Theories of suggestion. *Br Med J*. 1928 Feb 18;1(3502):251-5.
12. Charcot, J.M. (1889). *Clinical lectures on the diseases of the nervous system* (Vol. 3). Londres: New Sydenham Society.
13. Corish John F. Misdiagnosis of conversión symptoms. *BMJ Volume* 331 12 november 2005. Pág. 1145
14. Crimlisk, H.L., Bhatia, K., Cope, H., David, A., Marsden, C.D., Ron, M.A., 1998. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *Br. Med. J.* 316, 582-586
15. Daum Corinna and Aybek Selma. Validity of the "Drift without pronation" sign in conversion Disorder. *BMC Neurology* 2013, 13:31
16. Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho F, Oakley DA. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2005 Jan;25(1):1-23. Review.
17. Isaac M, Chand PK. Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jan;19(1):61-6. Review.
18. Ishikura R, Tashiro N. Frustration and fulfillment of needs in dissociative and conversion disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002 Aug;56(4):381-90.
19. Janet, P. (1920). *The Major Symptoms of Hysteria*. Nueva York: Hafner. (Original en inglés 1907).
20. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 131-140.
21. Kozłowska K Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion Disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2005 Jan-Feb;13(1):1-13. Review
22. Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven, Van Dyck R. he diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: a review. *Seizure*. 1997 Aug;6(4):243-53.
23. Mecaldon R. J. Automatism. *Canad. Med. Ass.* 3. Oct. 24, 1964, vol. 91. 914-920
24. Meares R. The Contribution of Hughlings Jackson to an Understanding of Dissociation. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1850-1855
25. Morton wa, Johnstone fr. Eclipse of hysteria. *Br Med J*. 1965 May 29;1(5447):1389-90.
26. Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage*. 2009 Sep;47(3):1015-25
27. Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Nov;82(11):1267-73
28. North Carol S. *The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations*. *Behav. Sci.* 2015, 5, 496-517
29. Pérez Sandra y Galdón M. José. Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2003, Volumen 8, Número 2, pp. 85-108
30. Psicocode Capítulo 8. Trastornos disociativos En: [www.psicocode.com/resumenes/8PSICOPATO2.pdf](http://www.psicocode.com/resumenes/8PSICOPATO2.pdf) -2017-
31. Saldías, P. y Lora, M.E. Síntoma conversivo en la historia. *Ajayu*, 2006 Vol. IV No. 2. Pág. 228- 243.
32. Sar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2271-6.
33. Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., et al. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, 29, 45-50.
34. Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 824-852.
35. Staniloiu Angelica, Markowitsch Hans J. High Prevalence of Dissociative Amnesia and Related Disorders in Immigrated People En: [www.iaccp.org/sites/default/files/stellenbosch\\_pdf/Staniloiu.pdf](http://www.iaccp.org/sites/default/files/stellenbosch_pdf/Staniloiu.pdf)
36. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006 Mar;188:204-9.
37. van der Booma Kees Jan, van den Hout Marcel A. Huntjens, Rafaele J.C. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences* 48 (2010) 447-451
38. van Meerkerk-Aanen PJ, de Vroege L, Khasho D, Foruz A, van Asseldonk JT, van der Feltz-Cornelis CM. La belle indifférence revisited: a case report on progressive supranuclear palsy misdiagnosed as conversion disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Aug 2;13:2057-2067
39. Vanhudenhuysse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin*. 2014 Oct;44(4):343-53
40. Voon V, Cavanna AE, Coburn K, Sampson S, Reeve A, LaFrance WC Jr; (On behalf of the American Neuropsychiatric Association Committee for Research). Functional Neuroanatomy and Neurophysiology of Functional Neurological Disorders (Conversion Disorder). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016 Summer;28(3):168-90
41. World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related Health problems, 10th revision*. Ginebra: Autor.