



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017 - 2018

Trabajo Fin de Grado

Evolución del concepto, características y tratamiento de la Histeria

Revisión bibliográfica

Alumna: Soiartze Pérez Cuevas

Tutor/a: D^a. Fermina Alonso del Teso

Julio, 2018

ÍNDICE

	Pág.
1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1. Revisión histórica	6
2.2 Etiología	9
2.3 Prevalencia	10
2.4 Clínica	10
2.5 Factores de riesgo	12
2.6 Consecuencias	12
2.7 Diagnóstico	12
2.8 Justificación	13
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES.....	31
8. BIBLIOGRAFÍA	32

1. RESUMEN

Introducción: El término histeria procede de la palabra griega “hystera”, que significa útero o matriz y, por lo tanto, esta enfermedad ha sido asociada al sexo femenino. El tratamiento era la estimulación de los genitales de la mujer, al considerar la causa de la enfermedad el deseo sexual reprimido. Con el paso del tiempo ha sufrido una serie de cambios en el concepto y características. El Trastorno de Personalidad Histriónico se caracteriza actualmente por emociones inapropiadamente exageradas y tendencia a llamar la atención. Puede llegar a afectar enormemente a las relaciones sociales o sentimentales.

Objetivos: Conocer el estado actual del concepto, características y tratamientos de la histeria. Identificar los cambios que se han producido en el concepto y características de la enfermedad. Mostrar al personal de Enfermería los tipos de tratamientos existentes en la actualidad.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, SCielo y Biblioteca Cochrane Plus, en la página oficial de la OMS y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Resultados: Actualmente la Histeria se divide en síntomas somáticos (conversivos) y en síntomas disociativos, dando lugar al Trastorno Somatoforme y Trastorno Disociativo. Se utiliza un tratamiento individualizado para cada persona, los más destacados son las técnicas familiares y psicofármacos fundamentalmente.

Conclusiones: El Trastorno Somatoforme se caracteriza por síntomas físicos y el Trastorno Disociativo por síntomas psíquicos sin origen orgánico. Es importante un buen diagnóstico y los cuidados de enfermería adecuados para este tipo de pacientes. Los tratamientos más efectivos son la terapia familiar y el tratamiento con psicofármacos.

Palabras clave: Histeria, Trastorno de Conversión, Trastorno Disociativo y Trastorno Somatoforme.

ABSTRACT

Introduction: The word 'hysteria' comes from the Greek term 'hystera' which means uterus or womb, and therefore, this condition was related to females. The treatment was stimulation of female genitalia, for a repressed sexual desire was considered to be the source of the disease. Eventually, this conception has changed and evolved in a series of ways. Histrionic Personality Disorder is currently marked by inappropriately overblown emotions and a tendency to call for attention. It can greatly affect social and interpersonal relations.

Goals: Identify the changes that have occurred in the concept and characteristics of the disease. Show to the nursing staff the types of treatments currently are available. Know the actual state of the concept, characteristics and treatments of hysteria.

Material and methods: A bibliographic search has been carried out within PubMed, ScCielo and Cochrane Library databases, as well as in the official WHO website and in the 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association'.

Outcome: Hysteria is nowadays divided into somatic symptoms (conversive) and dissociative symptoms, resulting in somatoform and dissociative disorders. The ways to tackle this conditions are very different nowadays, and an individualized procedure is to be applied on every patient by mainly using family therapy and psychoactive drugs.

Conclusions: Somatoform Disorder features physical symptoms and Dissociative Disorder by psychic symptoms without organic origin. It is important to have a good diagnosis and adequate nursing care for this type of patient. The most effective treatments are family therapy and psychotropic drugs.

Key words: Hysteria, Conversion disorder, Dissociative disorder, Somatoform disorder.

2. INTRODUCCIÓN.

El temperamento es la “materia prima”, el componente que antes florece de la personalidad, aquella parte innata determinada por nuestra herencia genética. Al contrario que el temperamento, el carácter es adquirido, variable, educable y es consecuencia de los acontecimientos de nuestras vidas. La personalidad es la suma de los aspectos físicos y psíquicos de la persona, de su temperamento, su carácter y definirá sus actuaciones⁽¹⁾.

Los Trastornos de la Personalidad son un “grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que no son saludables y resultan inflexibles”. La capacidad para las relaciones interpersonales, el trabajo y en otros contextos se ven deterioradas por estos comportamientos. Las personas con Trastornos de la Personalidad no toleran bien circunstancias estresantes y problemas cotidianos⁽²⁾.

Es complicado establecer un límite exacto entre lo “normal” y lo “patológico” en el ámbito de la salud mental, de forma que, incluso en personas que padecen un Trastorno de la Personalidad, se pueden observar aspectos relacionales, cognitivos y emocionales adecuados y adaptativos. Podemos decir que cuando una persona responde a las responsabilidades cotidianas de una manera fija o desadaptativa o cuando las percepciones y comportamientos del individuo producen una sensación de incomodidad personal y/o entorpecen las dificultades para aprender y crecer, nos encontramos ante un patrón de personalidad patológico⁽³⁾.

Hay diversas clasificaciones de los Trastornos de Personalidad que se encuentran en un proceso constante de revisión y reforma.

Para su explicación vamos a seguir los criterios del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Podemos dividir los Trastornos de Personalidad en tres grandes Cluster (bloques) dado que comparten conductas similares⁽⁴⁾.

1. Cluster A

A las personas que lo padecen podemos categorizarlas como raras, excéntricas, habitualmente con manía persecutoria, sospecha de complot contra ellas, creencias en seres extraños...Dentro de este bloque nos encontramos con los siguientes trastornos ⁽⁴⁾:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

2. Cluster B

En esta categoría las personas dan mucha importancia a las emociones. Son consideradas dramáticas y emocionales ⁽⁴⁾.

- Trastorno límite de personalidad:
Caracterizados por inestabilidad emocional, pensamientos extremos de todo o nada y relaciones personales caóticas. Su estado de ánimo es inestable ⁽⁴⁾.
- Trastorno histriónico de la personalidad:
Son personas exageradas en sus reacciones emocionales. Se les suele definir como personas vanidosas, egocéntricas y con necesidad constante de ser el centro de atención. Impulsivas y muy poco tolerantes a la frustración ⁽⁴⁾.
- Trastorno narcisista de la personalidad:
Son personas arrogantes y vanidosas, con tendencia a la grandiosidad y necesidad compulsiva de ser admiradas. Esperan ser reconocidas por todo lo que hacen, son egoístas y poco empáticas. Se sienten especiales y superiores ⁽⁴⁾.
- Trastorno antisocial de la personalidad:
Se caracteriza por la transgresión continua de las normas de convivencia y conductas delictivas. También se caracteriza por la ausencia de empatía y remordimientos ⁽⁴⁾.

Muchas veces es difícil la diferenciación entre el Trastorno Histriónico y el Trastorno Límite. Se podría considerar que las personas con Trastorno Histriónico de la Personalidad hacen mucho uso de la teatralidad para comunicarse con el resto, mientras que en el Trastorno Límite de la Personalidad pasan al plano de la acción mediante crisis de agresividad, llegando a realizar comportamientos muy peligrosos o dañinos para sí mismo y para el resto ⁽⁵⁾.

3. Cluster C

Están relacionados con la sensación de miedo y la necesidad de protección. Son personas que están atemorizadas y, dependiendo de cómo afrontan este miedo generalizado, nos encontramos con los distintos tipos de trastornos de este bloque ⁽⁴⁾:

- Trastorno de personalidad por evitación.
- Trastorno de personalidad por dependencia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad.

2.1 Revisión histórica

En el antiguo Egipto, se consideraba la enfermedad como “perturbaciones del útero”. La idea del tratamiento y los síntomas que aparecen, van a ser aceptadas hasta el siglo XIX. La idea principal es que, el útero, no está estático sino que deambula por el cuerpo de la mujer, causando enfermedades a la víctima cuando llega al pecho. Esta teoría da origen al nombre, ya que la raíz proviene de la palabra griega útero: hystera ⁽⁶⁾.

En la Antigüedad Clásica Platón abordó el tema de la Histeria que afirma en Timeo, Diálogos: “En la mujer lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ella con el deseo de hacer hijos. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del periodo de la pubertad apenas se le puede soportar pues se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del aliento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona

enfermedades de todo tipo”. Otros, para dar explicaciones sobre las patologías femeninas, utilizan este concepto como por ejemplo Hipócrates y Galeno ⁽⁶⁾.

Más adelante, en la Edad Media, se considera que las mujeres histéricas son brujas que se han dejado influenciar por el Diablo, que un mal que se ha apoderado de ellas⁽⁶⁾.

En el Renacimiento, la Ciencia y los científicos tratan de descubrir el misterio de la mujer diferente: la mujer histérica ⁽⁶⁾.

En el siglo XIX la Histeria toma un mayor valor como diagnóstico médico y surgen muchos casos. Se sabe que la mujer posee instinto sexual y necesita las relaciones sexuales para mantenerse sana. Se le da importancia a la necesidad de tener un útero sano. Jean-Martin Charcot, instruyó a sus estudiantes de medicina, mostrándoles imágenes y sujetos con síntomas histéricos. Creía que era una afectación del sistema nervioso, causado por un daño interno desconocido. Freud desarrolló las teorías de Charcot y escribió varios estudios sobre la histeria femenina. Freud creía que no era un daño físico sino una “cicatriz psicológica producida por un trauma o la represión”. La forma de recuperarse era casarse y tener hijos⁽⁷⁾.

Freud junto con Breuer, realizaron trabajos con las mujeres histéricas. Freud defendía que la histeria era consecuencia del resentimiento y duros acontecimientos durante la vida de la persona. Freud encontró que su bienestar mejoraba hablando de sus problemas con el terapeuta. Se realizó la hipnosis como tratamiento para que expresase sus sentimientos y llegar así al foco real de sus síntomas ⁽⁶⁾.

Anestias sensoriales, contracturas, parálisis, convulsiones epilépticas, tics, vómitos permanentes, anorexia, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc. Toda esta gama de síntomas que no poseen un correlato, ni una fuente orgánica son anudados por Freud bajo la teoría traumática de los síntomas y posteriormente con el mecanismo de la represión⁽⁷⁾.

En el siglo XX una mujer por una pregunta incómoda en un momento inapropiado podía ser un indicio de la patología ⁽⁸⁾.

Con la introducción de los principios de igualdad, así como la participación de la mujer en la vida laboral y sindical, coincidiendo todo esto con la aparición de los movimientos feministas, los diagnósticos de histeria decayeron progresivamente ⁽⁸⁾.

Los hombres histéricos también existían y existen, es decir, los hombres también puede sufrir crisis emocionales, estrés, experimentar síntomas somáticos y personalidades histriónicas. Por norma general, estos síntomas en los hombres no eran de importancia, incluso estaban bien vistos. Habitualmente la histeria masculina era vista como dependencia emocional. No se veía tan problemático como en las mujeres ⁽⁹⁾.

A raíz de la primera guerra mundial, comenzó a verse síntomas histéricos en hombres que habían sido soldados. A partir de los años 80 a estos síntomas se les llamó Trastorno de Estrés Postraumático. El psicoanálisis asociaba la histeria masculina a una homosexualidad latente y al complejo de Edipo ⁽⁹⁾.

Conducta seductora, dependencia emocional, amistades platónicas, intolerancia, frustración e irritabilidad eran los síntomas atribuidos a la histeria. Durante las crisis se producían síntomas como: dolor abdominal, pesadez de extremidades y calambres, palpitaciones, fatiga y dolor de cabeza, reír o llorar sin causa aparente, pérdida de conciencia, desmayos, temblores, convulsiones, etc. Prácticamente cualquier síntoma podría ser visto por los médicos como un signo de histeria ⁽⁹⁾.

Las pacientes diagnosticadas de histeria femenina debían recibir una estimulación manual de los genitales de la mujer por el doctor hasta llegar al orgasmo que, en el contexto de la época, se denominaba “paroxismo histérico” al considerar una enfermedad el deseo sexual reprimido de las mujeres ⁽¹⁰⁾.

En la medicina medieval se creía que el origen era la retención de fluidos sexuales y se seguía considerando la abstinencia sexual como causa. Los remedios recomendados eran variados, desde mantener sexo si estaba

casada, el matrimonio si estaba soltera y un masaje de una comadrona como último recurso. Consistía en un masaje con vigor de la zona genital de la mujer, estimulándola y aliviando de esta manera su histeria ⁽¹⁰⁾.

Más adelante empezó a realizarse la hipnosis como terapia ⁽¹¹⁾.

En la actualidad la histeria se recoge en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) como Trastorno Somatomorfo dentro del cual se encuentra el Trastorno de Conversión: una transformación del inconsciente en síntomas clínicos neurológicos funcionales (síntomas somáticos y psíquicos) categorizada en muy diversas manifestaciones. Por otro lado se encuentra también el Trastorno Disociativo que consiste en el bloqueo de diversos aspectos de la experiencia consciente. El bloqueo puede ser de la memoria (amnesia), de la conducta (sonambulismo) o de la personalidad (Identidad disociativa o personalidad múltiple) ⁽⁸⁾.

2.2 Etiología

Las causas no son claramente conocidas, pero sin duda existe un origen multifactorial. Son diversas las teorías acerca de este trastorno ⁽¹²⁾.

Teoría psicodinámica: Presupone una fijación del desarrollo psicosexual en el nivel de la fase edípica. Los síntomas histéricos serían a causa de deseos sexuales contenidos, entorpeciendo por un lado la entrada en la conciencia de dichos deseos prohibidos y ocasionando una expresión sustitutiva de los mismos ⁽¹²⁾.

Teoría cultural: El hecho de que según las culturas las manifestaciones se presenten más en un sexo que en otro y que aparezca en edades específicas, hace pensar que es un factor condicionante y que dichas formas son aprendidas ⁽¹²⁾.

Teoría cognitivo conductual: Son personas con una incapacidad de concentración intelectual, lo que produce deficiencias de conocimiento general incluso en áreas fuera de la influencia de la represión. No son capaces de

cuidarse por sí mismos, necesitan encontrar mecanismos para que otros se hagan cargo de ellos y buscar activamente atención y aprobación ⁽¹²⁾.

Teorías interpersonales: Estas personas dan gran valor al atractivo físico y la capacidad de agradar, llegan a sentir un gran temor a ser ignorados y necesitan sentirse amados, describiéndose el uso de herramientas de seducción para lograr un control social ⁽¹²⁾.

Teoría neurobiológica: Vincula la enfermedad con diferentes problemas funcionales a nivel de la formación reticular del tronco del encéfalo, que podría estar conectada con deficiencias en la memoria, la atención y el control. Esto a su vez produce distintos cambios neuroquímicos de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide que pueden asociarse a la expresión clínica de la enfermedad ⁽¹²⁾.

2.3 Prevalencia

La prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad en la población general se encuentra entre un 2-3%. Afecta de forma similar tanto a hombres como a mujeres pero es más diagnosticada en el sexo femenino. Se calcula que el 10% de estas personas acuden a consulta psiquiátrica ⁽³⁾.

2.4 Clínica

Dentro de las neurosis se encuentra la histeria, un trastorno psicológico clasificado dentro de los Trastornos de Somatización. En otras palabras, el paciente histérico posee síntomas psicológicos y físicos sin origen orgánico y desarrollado muchas veces por causas inconscientes ⁽¹³⁾.

Una característica que suele ser común en los pacientes con un Trastorno de Personalidad Histriónico es la manifestación de conductas con las que tratan de llamar la atención junto con la exageración de pensamientos y sentimientos, provocando esto que todo parezca tener una importancia mucho mayor a la real. De igual manera puede aplicarse a su lenguaje, tanto verbal como no

verbal, ya que suele ser intenso y globalizado, empleando una gran cantidad de hipérboles junto con una entonación dramática y teatral acompañada de abundantes gesticulaciones, pausas y expresiones faciales dramáticas muy exageradas ⁽¹⁴⁾.

De forma general este tipo de pacientes son cálidos, amables, vivaces y seductores aunque son inestables emocionalmente por lo que su actitud puede volverse egocéntrica, vulnerable y vanidosa en situaciones en la que no reciben el aprecio o la aprobación externa, de forma que pequeños estímulos externos negativos causan estallidos irracionales de cólera o descontrol a causa de su conducta abiertamente reactiva e intensa. En cuanto a sus relaciones sociales suelen ser superficiales, tormentosas e insatisfactorias, provocando que se deterioren con facilidad. Externamente se les percibe como personas excesivamente dependientes y exigentes, centrados en sí mismos y con una paciencia escasa a la hora de esperar gratificaciones. Su elevada dependencia provoca que dependan de la atención que les otorgan otras personas, destacando su vulnerabilidad ante la angustia de separación. Es común que recurran al tratamiento cuando han sufrido intensamente la ruptura de una relación, mostrando elevadas reticencias cuando se sienten presionados para que reconozcan ciertos sentimientos ⁽¹⁴⁾.

Tienen una autoimagen gregaria, se ven como sociables, amigables y encantadores. Niegan sus sentimientos de inseguridad, su necesidad de llamar la atención, la agitación interna que les invade, su estado de ánimo bajo y su hostilidad. Se caracterizan por su elevada necesidad de reconocimiento, cuando han recibido la aprobación de una persona buscan la aprobación de otras, interpretando como indiferencia o rechazo las actitudes neutrales. El no llegar a llamar la atención les causa un estado de ánimo depresivo y ansioso ⁽¹⁵⁾.

Estos pacientes tienen muy poca consciencia de sus verdaderos sentimientos y son incapaces de explicar sus motivaciones personales. Su evaluación de la realidad se ve deteriorada con suma facilidad en situaciones de estrés ⁽¹⁶⁾.

2.5 Factores de riesgo

No existe un único factor responsable, sería el resultado de la interacción de distintos factores biológicos, genéticos, sociales y psicológicos. Puede ser una consecuencia de la falta de disciplina, una forma aprendida de llamar la atención o comportamientos aprendidos por el entorno familiar cercano. El estrés excesivo, traumas emocionales, depresión, abuso físico o mental son otros de los factores de riesgo más destacados ⁽³⁾.

2.6 Consecuencias

El desarrollo de la enfermedad puede llegar a afectar enormemente a las relaciones sociales o sentimentales, siendo incapaces de afrontar las pérdidas o los fracasos. Una de las consecuencias de esto, es el cambio frecuente de trabajo, como resultado de la incapacidad de afrontar la frustración o del aburrimiento. Suelen tener una ambición hacia cosas nuevas y excitantes, lo que puede llevarlos a situaciones de alto riesgo. La combinación de todos los factores mencionados, produce un incremento de la probabilidad de padecer depresión y/o ansiedad ⁽¹⁶⁾.

2.7 Diagnóstico

El patrón dominante en este tipo de enfermos es una manifestación excesiva de las emociones junto con la continua búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos ⁽¹³⁾.

Siguiendo los criterios específicos de diagnóstico establecidos en la DSM-5, deben estar presentes cinco o más de los siguientes ítems ⁽¹³⁾:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.

3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Las relaciones interpersonales, junto con las peleas, el manejo de la ira y los desacuerdos, deben ser analizadas en profundidad. Es útil saber la opinión de ellos de cómo tienden a verlos los demás para tratar de averiguar si existe una característica manipulativa o teatral. Para ello, se pueden examinar las relaciones anteriores que no se desarrollaron bien o indagar cual suele ser la principal queja sobre las otras personas ⁽¹⁵⁾.

2.8 Justificación

Se ha considerado importante el reciclaje y actualización del concepto de esta enfermedad, ya que, desde su conocimiento, se han realizado cambios estructurales de manera significativa. Estos pacientes, en muchas ocasiones no son diagnosticados de manera correcta o no entienden la razón de su enfermedad y solicitan que se les realice más pruebas diagnósticas, lo cual conlleva un mayor uso del sistema sanitario, repercutiendo en un considerable gasto económico. Es importante hacer que el paciente conozca su enfermedad y para ello se debe tener claro su concepto así como el trato a estos pacientes. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son clave para la recuperación de las personas afectadas. Por todo ello se ha considerado necesaria una revisión actual.

3. OBJETIVOS

- General:
 - Conocer el estado actual del concepto, características y tratamientos de la histeria.

- Específicos:
 - Identificar los cambios que se han producido en el concepto y características de la enfermedad.
 - Mostrar al personal de Enfermería los tipos de tratamientos existentes en la actualidad.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de Enero y Julio del 2018 en las bases de datos PubMed (Scientific Electronic Library Online), SCielo y Biblioteca Cochrane Plus. Se consultaron la página oficial de la OMS, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y el libro *Psicopatología*, con el fin de analizar la evolución de la Histeria. Con el objetivo de abarcar el mayor número de artículos posibles relacionados con el tema se realizó una selección de los términos de búsqueda. Para la realización de la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave en términos DeCs y MeSh:

DeCs	MeSh
Histeria	Hysteria
Trastorno conversivo	Conversion disorder
Trastorno disociativo	Dissociative disorder
Trastorno somatoforme	Somatoform disorder
Tratamiento	Treatment

A la hora de realizar la búsqueda se combinaron estas palabras clave con el descriptor booleano AND. Además se determinaron previamente unos criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudios publicados en lengua castellana o inglesa.
- Estudios publicados en los últimos 5 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Aquellos trabajos que no hayan superado una puntuación de siete en el cuestionario CASPe.

Al realizar la búsqueda, aplicando el criterio de inclusión de artículos publicados en los últimos 5 años, no se obtuvieron artículos suficientes para la realización del estudio. Se decidió ampliar el rango de tiempo de la publicación, descartando finalmente el criterio de inclusión relacionado con la fecha de publicación.

Se encontraron 471 artículos. Tras descartar los artículos repetidos, realizar una lectura de título y resumen y aplicar los criterios de inclusión y exclusión la cifra de estudios quedó reducida a 16 artículos.

DeCs y MeSh	Bases de datos	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados
Histeria AND trastorno conversivo	PubMed	3	1
	Scielo	1	0
	Biblioteca Cochrane Plus	0	0
Histeria AND trastorno disociativo	PubMed	1	0
	Scielo	1	0
	Biblioteca Cochrane Plus	0	0
Trastorno conversivo AND tratamiento	PubMed	1	1
	Scielo	1	0
	Biblioteca Cochrane Plus	0	0
Dissociative disorder AND treatment AND Hysteria	PubMed	153	8
	Scielo	1	0
	Biblioteca Cochrane Plus	0	0
"Somatoform disorder" AND treatment	PubMed	306	6
	Scielo	3	0
	Biblioteca Cochrane Plus	0	0
TOTAL		471	16

5. RESULTADOS

Hoy en día la Histeria ha evolucionado de manera considerable. Las personalidades histéricas pasaron a definirse como un Trastorno Histriónico de la Personalidad. Este trastorno se diferencia en síntomas somáticos (conversivos) y en síntomas disociativos, dando lugar al Trastorno Somatomorfo y Trastorno Disociativo ⁽¹²⁾.

TRASTORNO SOMATOMORFO

Se inicia durante los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta. Podemos decir que este trastorno se presenta más en mujeres que en hombres. En los varones se presenta en ocasiones de forma muy encubierta, de manera que no siempre se diagnostica adecuadamente. A su vez, se ha observado que entre un 1-3% de los pacientes ambulatorios enviados a centros de salud mental presentan este trastorno ⁽³⁾.

Cabe mencionar que hay datos que indican que entre un 5% y un 14% de las consultas realizadas en servicios de medicina general son síntomas somáticos ⁽²⁾.

La somatización es la tendencia de algunos individuos a experimentar y manifestar el malestar psicológico en forma de síntomas físicos. Este proceso da lugar a los Trastornos Somatomorfos. Sus características fundamentales comprenden signos y síntomas somáticos que no pueden ser explicados por alguna enfermedad conocida y que resultan en deterioro social y ocupacional. También se denomina síndrome de Briquet, caracterizado por la presencia de molestias orgánicas dramáticas y excesivas en ausencia de patología orgánica demostrable. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Según el estudio de Pehlivantürk et al. ⁽¹⁷⁾ el 90% de los pacientes con este trastorno habían sufrido un evento estresor. Pueden existir asimismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes

presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas ⁽¹⁵⁾.

Los síntomas somáticos son un tipo de defensa psicológica, que tiene como objetivo la reducción del dolor intrapsíquico. Los síntomas son percibidos como una alteración no deseada por el paciente. Así, los pacientes creen y sienten estar enfermos. No tienen conciencia del conflicto psíquico que causa los síntomas, ni de que sus síntomas no corresponden a una patología orgánica existente. Puede ocurrir en ausencia de patología identificable o presentar un patrón, severidad y duración que no se corresponden con enfermedad alguna conocida. ⁽¹⁵⁾.

Los síntomas de conversión están relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial, y por ello se denominan «seudoneurológicos» ⁽¹⁵⁾. Implica necesariamente una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que está temporalmente asociado a un conflicto psíquico, manifestándose con síntomas de alteración sensorial, de la coordinación psicomotora y/o el equilibrio, parálisis o paresia localizada, movimientos anormales, dificultad al deglutir, sensación de globus faríngeo, afonía y/o retención urinaria. Constituye la expresión física, no consciente, de un conflicto o problema psicológico subyacente ⁽¹⁸⁾.

La fisiopatología de los síntomas conversivos comienza con un trastorno psiquiátrico, generalmente ansiedad y depresión, que amenaza desestabilizar el funcionamiento psíquico. La defensa somática se forma inconscientemente y emerge sintomáticamente como una disfunción neurológica específica ⁽¹⁸⁾. Sufren múltiples dificultades a la hora de regular sus emociones, por lo que puede ser un factor de riesgo a la hora de desarrollar la enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Aquellas personas que vivan en medios rurales, tengan un nivel socioeconómico bajo y sus conocimientos médicos y psicológicos sean reducidos, tendrán una mayor probabilidad de sufrir trastornos de conversión. De igual forma se ha observado que existe una alta incidencia de personas que sufren síntomas conversivos en zonas que se encuentran en vías de desarrollo, constatándose que existe una relación inversamente proporcional entre el

grado de avance social y la incidencia de sufrir trastornos conversivos, hechos que pueden asociarse ya que los síntomas de estados conversivos son el reflejo de las distintas culturas locales y de la forma de expresar el malestar de una forma creíble y aceptable ⁽¹⁵⁾.

Las manifestaciones sensoriales son consecuencia de la ansiedad que se ha somatizado o convertido en síntomas físicos. Estas manifestaciones sensoriales pueden ser: parestesias (sensaciones anormales como cosquilleo, sensación de frío o calor), hiperestesia (hipersensibilidad) o anestesia (pérdida de sensibilidad). No se corresponde con un daño en el sistema nervioso y puede afectar a un área o solo una zona. Otros problemas sensoriales asociados a este trastorno pueden incluir la visión, el oído, gusto u olfato, o pueden implicar la experimentación de dolor severo sin una causa orgánica como por ejemplo: dificultad para escuchar o pérdida de la audición, ceguera, visión borrosa o doble, insensibilidad o pérdida del sentido del tacto, episodios de inconsciencia, etc. También pueden estar presentes síntomas motores como los siguientes: debilidad, pérdida de equilibrio, convulsiones, dificultad para tragar, temblores, tics, dificultad para andar, dificultad para hablar o pérdida de la voz ⁽²⁰⁾.

Según el estudio de García Mantilla et al. realizado en adolescentes, los síntomas más frecuentes serían el dolor seguido de los síntomas motores y sensitivos, después los desmayos y por último los mareos. La mayoría de los casos tenían 3 síntomas o más acompañado de ausentismo escolar y bajo rendimiento académico ⁽²¹⁾.

En el artículo realizado por Van Geelen et al. realizado en adolescentes se muestra también como reportar 3 o más síntomas somáticos es significativamente más común que reportar 1 o más. Los síntomas más frecuentes serían el sueño no reparador seguido del dolor de cabeza. En las niñas se observó un mayor porcentaje de déficit en actividades en grupo seguido de poca o ninguna actividad familiar mientras que, los niños hacían alusión principalmente a la poca o ninguna actividad familiar seguido de la poca actividad física ⁽²²⁾.

Las convulsiones psicógenas no epilépticas (CPNE) son parecidas a las convulsiones de tipo epiléptico, lo que suele ser un problema a la hora de realizar un diagnóstico⁽²³⁾. Se calcula que la incidencia de CPNE es aproximadamente de 2 a 33 cada 100 000 habitantes por año y la edad más frecuente es entre los 15 y 35 años, siendo las mujeres las más afectadas ⁽²⁴⁾. Entre un 20-30% de los pacientes que acuden a centros especializados de epilepsia, presentan CPNE y suelen tardar un promedio de 7 años antes de diagnosticarse correctamente. En las convulsiones psicógenas es muy común que haya movimientos de extremidades no sincronizados, resistencia a la apertura de los párpados ⁽²³⁾, duración gradual y de larga duración (más de 10-15 minutos) ⁽²⁵⁾ y llantos o vocalizaciones, mientras que en las convulsiones epilépticas es raro que esto suceda. En el momento de las convulsiones, los profesionales no suelen estar delante, lo cual dificulta el diagnóstico ya que la mejor manera de diferenciarlo es observando las características de estas convulsiones⁽²³⁾. Actualmente el diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías⁽²⁴⁾. Un tercio de los pacientes diagnosticados con CPNE han recibido un prolongado e innecesario tratamiento con fármacos para epilepsia⁽²⁶⁾.

La probabilidad de que el cuadro sea efectivamente conversivo es mucho mayor cuando las siguientes características están presentes ⁽¹⁸⁾:

- Comienzo súbito.
- Los movimientos o déficits remiten o vuelven espontáneamente.
- Son generalmente marcados, pero atípicos o extraños.
- Disminuyen o desaparecen cuando el enfermo se distrae.
- Aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma.
- Presencia de signos que no son típicos de las enfermedades reconocidas.
- Carecen de signos típicos de estas enfermedades.
- Resolución con placebo o psicoterapia.
- Siguen el patrón psicológico del déficit motor y no del orgánico.

El mayor problema a la hora de evaluar los síntomas de conversión es la exclusión de enfermedades neurológicas ocultas o de otras enfermedades médicas, así como los efectos inducidos por sustancias (incluidos fármacos) ⁽¹³⁾.

Es importante establecer un diagnóstico diferencial entre trastorno conversivo, trastorno facticio y de simulación:

En el trastorno facticio, el paciente decide conscientemente falsear una enfermedad. Sin embargo, la motivación subyacente permanece desconocida para él y es causada por una necesidad psicológica inconsciente y no identificada. Los pacientes facticios son plenamente conscientes de que están fingiendo estar enfermos, aunque no son capaces de identificar la razón de dicha conducta, por lo que no buscan un beneficio aparente. Se asocia en general a trastornos severos de personalidad ⁽¹⁸⁾.

La simulación es la producción deliberada de síntomas físicos por una ganancia personal obvia. En la simulación, el paciente también decide conscientemente fingir una enfermedad. La motivación subyacente es igualmente consciente y está movida ya sea por la evitación de consecuencias nocivas o para recibir ciertos beneficios no merecidos. Los simuladores saben conscientemente que están fingiendo estar enfermos. Los signos y síntomas simulados son ideogénicos en el sentido que representan la idea consciente que tiene el paciente acerca de la presentación de la enfermedad. En ese sentido, la presentación somática de la simulación es indistinguible de la del paciente somatizador ⁽¹⁸⁾.

El trastorno conversivo necesariamente implica una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que está temporalmente asociado a un conflicto psíquico. Estos pacientes no son conscientes del conflicto o situación subyacente que hace que se desarrolle en forma de síntomas físicos ⁽¹⁸⁾.

	TRASTORNO SOMATOMORFO	TRASTORNO FACTICIO	TRASTORNO POR SIMULACIÓN
Consciente de motivación	No	No	Si
Consciente de la ficción	No	Si	Si

Tabla 5.1 Aspectos para diferenciar el trastorno somatomorfo, trastorno facticio y trastorno por simulación.

Fuente: Gaedicke A, González-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. 2010⁽¹⁸⁾.

TRASTORNO DISOCIATIVO

La disociación ocurre en un 2-3 % de la población en general. Inmediatamente después de un trauma severo, la incidencia de fenómenos disociativos es bastante alta. Aproximadamente el 73 % de las personas expuestas a un incidente traumático experimentarán estados disociativos durante el incidente o durante las horas, días o semanas posteriores ⁽¹⁵⁾.

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos ⁽¹⁵⁾:

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, relacionada con un acontecimiento traumático o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario ⁽¹⁵⁾.

La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado, de modo que se sienten confundidos acerca de la propia identidad y adquieren otra nueva identidad ⁽¹⁵⁾.

El trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple) es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. Además no recuerdan información personal relevante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario ⁽¹⁵⁾.

El trastorno de despersonalización se caracteriza por una dificultad de relacionarse a sí mismo con la realidad. Sensación de distanciamiento de la mente y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad ⁽¹⁵⁾.

El trastorno disociativo no especificado: la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico ⁽¹⁵⁾.

TRATAMIENTOS

El punto fundamental en el tratamiento es el suprimir o disminuir el origen del estrés, o por otra parte trabajar con los eventos traumáticos que haya vivido el paciente, para así reducir el nivel de tensión en este. La meta a largo plazo del tratamiento es prevenir futuras recaídas permitiendo que el paciente enfrente los conflictos sin somatizarlos ⁽¹⁸⁾. Esto se pretende conseguir mediante alguna de las siguientes técnicas:

- La terapia familiar. La reacción de las familias ante la aparición del trastorno puede ser muy diversa: Rechazar su existencia negando que sufra esta alteración o desarrollar conductas de hipervigilancia y una protección excesiva del sujeto. Conseguir establecer una alianza terapéutica dentro del ámbito de la terapia familiar resulta muy complejo, ya no solo por el elevado número de personas involucradas, sino por las distintas expectativas que presentan cada uno de los miembros de la familia. Tanto la familia como el paciente deben realizar en primer lugar un proceso de toma de conciencia que provoque que sean capaces de admitir y reconocer que el verdadero origen de los distintos síntomas neurológicos es un problema psiquiátrico. Conseguir este primer paso asegurará que la familia continuará mostrando su apoyo al paciente,

facilitando así su recuperación. Se ha conseguido demostrar que el trabajo terapéutico con las familias influye en un mejor pronóstico de la alteración mental y que aporta mayores beneficios sobre los propios familiares en cuanto a la prevención de la aparición de posibles trastornos adicionales. Aquellos pacientes que tras recibir el alta volvían a sus domicilios, tienen una mayor recidiva que aquellos que se separaban de sus padres y familiares cercanos. El procedimiento de la terapia familiar para que sea efectiva, debe abordar las siguientes cuestiones ^(27,28):

- ¿Qué le está pasando a esta familia? Los problemas más habituales son: problemas de comunicación, dificultades para manejar sentimientos negativos como la ira o la hostilidad ante determinados comportamientos del paciente y dificultades para manejar el temor ante la posibilidad de actuaciones perjudiciales para su salud.
- ¿Qué le pasa a nuestro hijo/a? La familia en estos primeros momentos está sumida en la confusión y el miedo. Necesita información para comprender lo que le pasa al paciente. Es importante conocer el nivel socio-cultural de la familia para adaptarnos en el lenguaje, evitando tecnicismos.
- ¿Cómo vamos a afrontar esto? La familia tiene que ser consciente de que son un equipo. Que a pesar de enseñarles estrategias a desarrollar, son ellos mismos, unidos, los que deben ponerlas a prueba.
- ¿Qué hacer ante situaciones de crisis? Es fundamental que sepan la necesidad de apoyo y comprensión, de nuevo validando su sufrimiento, ayudando a valorar otras formas alternativas de resolver lo que le está creando ese malestar.

El objetivo final de la intervención, es que el paciente pueda llevar una vida estable, utilizando sus propios recursos personales y el apoyo de la familia.

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Se basa en la realización de un abordaje psicoterapéutico que se centra en la importancia de los sistemas de procesamiento de información intrínseco del cerebro y de almacenamiento de los recuerdos. En la actualidad se considera que distintas experiencias perturbadoras previas que no se procesaron correctamente son el origen de la sintomatología que sufren en la actualidad los pacientes. Para diferenciar la memoria ordinaria de la traumática se debe recurrir a observar cómo se reacciona al revivir un hecho en un contexto espacio-temporal similar o recordar que sucedió en aquel momento. El principal objetivo de esta terapia es conseguir que los pacientes desarrollen distintos mecanismos de afrontamiento más adaptativos, reduciendo así su influencia constante. Para conseguirlo se trata de procesar de forma correcta los recuerdos angustiantes que han desembocado en la aparición de los distintos trastornos ^(23, 24).

Para realizar este tratamiento se realiza estimulación bilateral, la cual puede ser ⁽²⁹⁾:

- Visual: el paciente mueve los ojos de un lado al otro guiado por el terapeuta.
- Auditiva: el paciente escucha sonidos alternados en ambos oídos.
- Kinestésica: el terapeuta golpetea suavemente y en forma alternada sobre las manos o los hombros del paciente. Esto facilita la conexión entre los dos hemisferios cerebrales logrando el procesamiento de la información y la disminución de la carga emocional.

El terapeuta guía el proceso, tomando decisiones clínicas sobre la dirección que debe seguir la intervención. La meta es que el paciente procese la información sobre el incidente traumático y llegue a una reducción de los síntomas, un cambio en las creencias y la posibilidad de funcionar mejor en la vida cotidiana ⁽²⁹⁾.

El abordaje empleado en EMDR se sustenta en tres puntos: experiencias de vida temprana, experiencias estresantes del presente,

pensamientos y comportamientos deseados para el futuro. El tratamiento con EMDR puede ser desde 3 sesiones para un trauma simple hasta más de un año para problemas complejos ⁽²⁹⁾.

Varios estudios concluyen que la EMDR es mejor que la ausencia de tratamiento ^(24,29). Otro artículo hace referencia a que esta técnica tiene mejor resultado que las técnicas de apoyo ⁽²⁹⁾.

Se cree que el EMDR funciona porque activa el mismo mecanismo que funciona durante la fase REM del sueño (donde se producen movimientos oculares) donde se consolidan los recuerdos, la información de los acontecimientos del día y las emociones respectivas. En otros artículos se muestran escépticos a esta técnica, haciendo referencia a que no obtiene ningún beneficio para la persona ⁽²⁹⁾.

- Técnicas de relajación y estrategias de resolución de problemas: para enseñar asertividad, manejo de conflictos y habilidades de resolución de problemas ⁽³¹⁾.
- Terapia de integración: se sugiere para que la persona trabaje las habilidades sociales y relaciones interpersonales ⁽³²⁾.
- Psicofármacos: Antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como Escitalopram, Fluvoxamina, etc.) y ansiolíticos como las benzodiazepinas (Loracepam, Diacepam, Alprazolam, etc.) si existe comorbilidad con depresión o ansiedad, aunque también han demostrado eficacia en mejorar los síntomas somáticos. Es uno de los tratamientos principales para calmar los síntomas del paciente ⁽³³⁾.
- Fisioterapia: aumenta la expectativa de recuperación y mejora los síntomas neurológicos crónicos, en algunos casos incluso en ausencia de otros tratamientos ⁽¹⁸⁾.

6. DISCUSIÓN

Una enfermedad que se diagnosticaba únicamente en mujeres ahora es diagnosticada en ambos sexos. A veces es difícil saber si es una enfermedad somática, ya que no hay un test específico o una prueba diagnóstica que nos confirme la enfermedad. Con frecuencia se diagnostica por exclusión de otras patologías, por lo que es necesario conocer la sintomatología para facilitar su diagnóstico. Muchas veces no se diagnostica y se cree que es solo una manera de llamar la atención, de modo que cuando realmente se aborda la situación, la persona lleva sufriendo durante tiempo. No debemos infravalorar a los pacientes que acuden a consulta con una sintomatología que no corresponde a ninguna enfermedad. Es importante la entrevista inicial y desde atención primaria indagar y aprender a reconocer los síntomas que nos llevan a plantearnos este tipo de trastornos. No es fácil diagnosticarlo sin previamente explorar y hacer pruebas al paciente pero debido a que la depresión y la ansiedad están latentes en esta enfermedad, una forma de ayudar al menos a detectar los factores predisponentes, podría ser mediante el uso de escalas de ansiedad y depresión como la de Goldberg. Debemos ser conscientes de que el paciente siente que sus síntomas son consecuencia de una afección importante, ya que suele tener el patrón de alguna enfermedad que conoce. Desde el ámbito de la enfermería es importante que se tenga constancia de las principales características de la enfermedad, es necesaria la buena formación y conocer el manejo de estos pacientes. La comprensión de la situación es la base fundamental para poder abordarlo de la mejor manera posible. El estigma hacia la enfermedad mental provoca consecuencias negativas en los pacientes y sus familiares, es también labor de enfermería hacer comprender su enfermedad, mediante el apoyo y la educación.

El mal diagnóstico de las crisis psicógenas no epilépticas, supone una cantidad de anticonvulsivos administrados de manera innecesaria, con las consecuencias iatrogénicas que esto supone además del gasto económico.

De igual forma, no debemos infravalorar los síntomas que pueda tener el paciente en próximas visitas. Por tener una enfermedad con síntomas

somáticos, no quiere decir que todos los síntomas de futuras consultas sean motivo de esta enfermedad. Por este motivo, se le debe explorar siempre que nos comunique un nuevo síntoma y es importante la comunicación entre las diferentes disciplinas.

Se ha demostrado que si un paciente siente el apoyo de sus seres queridos, la mejora es más rápida que si se encuentra solo ⁽²⁸⁾. Para ello es importante la enseñanza de la terapia familiar. Deben conocer las características de la enfermedad y cómo afrontarla, siempre como un grupo unido, así como que conozcan la importancia de que conozcan el perjudicial papel del estrés como acelerador de los síntomas y los medios para reducirlo. Según se refleja en algunos artículos ^(29,30), la técnica EMDR también es útil, siendo más eficaz en pacientes con estrés postraumático. A pesar de ello existen pocos estudios al respecto.

Debido a que la mayor prevalencia se encuentra en la niñez y sobre todo en la adolescencia, es importante conocer los signos, síntomas y causas en esta etapa para poder abordarlo, detenerlo o prevenirlo. Lo más común es que los adolescentes afectados tengan 3 o más síntomas relacionados con la enfermedad ^(21,22). El síntoma más común es el dolor, en especial el dolor de cabeza, junto con el sueño no reparador. En cuanto a la causa de estos síntomas se puede considerar el déficit de relaciones familiares para los niños y poca o ninguna actividad en grupo para las niñas ⁽²²⁾, esto podría ser por la diferente forma de educar a los niños y niñas en nuestra cultura. Está claro que tenemos la necesidad de socializarnos y de sentirnos apoyados. Si no lo hacemos podemos tener la sensación de sentirnos solos, pudiendo de alguna manera querer llamar la atención para dar un giro a la realidad. Es importante que desde la niñez aprendamos a superar las situaciones difíciles. La resiliencia es la capacidad que tenemos las personas para enfrentarnos y superar las situaciones adversas de la vida. Con la edad vamos aprendiendo a superar las dificultades que se nos antepone, pero es necesario que desde niños nos eduquen a que podemos encontrarnos situaciones las cuales debemos afrontar, viéndolo como una oportunidad para crecer, aprender y fortalecernos como personas. En una situación nueva, todos experimentamos

en mayor o menor medida miedo e inseguridad, algo que con la edad y a través de nuestras experiencias, vamos aprendiendo a resolver cada vez con más solvencia. Es muy importante que se trabaje desde la infancia para poder desarrollar esta capacidad.

Sería conveniente trabajar la capacidad de enfrentamiento ante situaciones adversas para los adolescentes y así poder investigar si la prevalencia disminuye. Hasta ahora no se conocen muchos tratamientos para este tipo de trastorno por lo que sería de interés estudiar con detalle a cada paciente para elaborar un tratamiento más específico.

7. CONCLUSIONES

- Las personalidades histéricas han pasado a definirse como Trastorno Histriónico de la Personalidad, caracterizándose por síntomas físicos (trastorno somatoforme) y físicos (trastorno disociativo) que no tienen explicación desde el punto de vista médico.
- Existe una gran complejidad en cuanto a la realización del diagnóstico debido a la sintomatología semejante con otras enfermedades orgánicas, por lo que es importante realizar un buen diagnóstico diferencial en la mayor brevedad posible, para un correcto tratamiento.
- Existen varios tipos de tratamientos, siendo los más utilizados la terapia familiar y el tratamiento con psicofármacos.
- La personalidad histriónica tiende a infravalorarse y no recibe de manera adecuada la atención requerida, por ello, desde el ámbito de la enfermería, es importante conocer las características de la enfermedad para poder realizar un buen cuidado y manejo de la situación.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Á. Temperamento, carácter; personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. Rev Complut Educ [Internet]. 2002 [acceso 3 Abr 2018];13(2):617–43. Disponible en: <http://revistasucm.suvh6.com/index.php/RCED/article/download/RCED0202220617A/16585>
2. Trastornos de la personalidad. MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2018 [acceso 27 May 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000939.htm>
3. Jarne A, Talarn A, Aryamones M, Horta E, Requena E. Psicopatología. UOC (Universitat Oberta de Catalunya); 2011.
4. Personalidad y trastornos de personalidad. PSISE [Internet]. [acceso 27 May 2018]. Disponible en: <https://psisemadrid.org/personalidad-y-trastornos-de-personalidad/>
5. Blasco R. Trastorno histriónico de la personalidad. Psicólogo especialista Barcelona [Internet]. [acceso 6 Abr 2018]. Disponible en: <https://psicologo-especialista-barcelona.com/trastorno-histrionico-de-la-personalidad>
6. Chauvelot D. Historia de la Histeria: Sexo y violencia en lo inconsciente. Alianza Editorial; 2001.
7. Bogousslavsky J, Dieguez S. Sigmund Freud and Hysteria: The Etiology of Psychoanalysis [Internet]. 2014 [acceso 2 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/360244>
8. Fernandez EM, Fernandez Á, Celda I. Histeria: historia de la sexualidad femenina. Cultura de los cuidados [Internet]. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>
9. Ramos J. Aproximaciones contemporáneas a la Histeria. Cuad salud Ment del 12 [Internet]. 2009 [acceso 27 May 2018];1. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuad+S+Mental+No+1+-+Histeria.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital1>

10. Balmori C. Histeria y el Vibrador. Unidad de Medicina Sexual [Internet]. 2012 [acceso 27 May 2018]. Disponible en: <https://www.unidadmedicinasexual.com/blog/educacion-sexual-medicina-sexual-suelo-pelvico/histeria-y-el-vibrador>

11. Rocamora P. Freud y La Hipnosis Hipnológica [Internet]. 2011 [acceso 27 May 2018]. Disponible en: <http://www.hipnologica.org/index.php/articulos-1/historia/11-freud-y-la-hipnosis>

12. Pérez E, González A, Moreno A, Ponte N, Delgado M. Personalidad histórica o trastorno de personalidad histriónico [Internet]. 1997 [acceso 2 Abr 2018];62:223–36. Disponible en: <http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15532/15392>

13. Pichot P, López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. 1995 [acceso 6 Abr 2018]. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

14. Carevic M. Trastorno de personalidad Histriónico [Internet]. 2005 [acceso 23 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.apsique.cl/wiki/Trastorno+de+personalidad+Histrionico>

15. American Psychological Association (APA). DSM-V-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Internet]. 2002 [acceso 3 Abr 2018]. 489-499.

16. Caballo V. Manual de trastornos de la personalidad Editorial Síntesis [Internet]. 2004 [acceso 3 May 2018]. Disponible en: <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-trastornos-de-la-personalidad.-Descripción-evaluación-y-tratamiento-ebook.pdf>

17. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2002 [acceso 28 May 2018];52(4):187–91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943237>
18. Gaedicke A, González-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Rev Memoriza.com* [Internet]. 2010 [acceso 27 May 2018];6(6):1–141. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2010/somatizafeb2010_6_1-14.pdf
19. González-Vázquez AI, Justo A, del Río L, Andrade V, Páramo M, Brenlla J. The role of emotion dysregulation in Conversion Disorder. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018 [acceso 28 Jun 2018];46(3):92–103. Disponible en: <https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox>
20. Nicholson T, Kanaan R. Conversion disorder. *Psychiatry* [Internet]. 2009 May [acceso 1 May 2018];8(5):164–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179309000330>
21. García JS, Vasquez RA. Lo visible y lo menos visible en el padecimiento de un trastorno conversivo en niños y adolescentes. Un estudio cualitativo sobre los modelos explicativos de la enfermedad que ofrecen los cuidadores de niños y adolescentes con trastorno conversivo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2017 Mar [acceso 5 May 2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300306>
22. Van Geelen M, Rydelius P, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015 Oct [acceso 27 May 2018];79(4):251–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26297569>
23. Martínez-Taboas A, Jiménez G, Colón Ma, González C, Torres M, Valdez Y. Lo que todo profesional de la salud debe saber sobre las convulsiones psicógenas no-epilépticas (CPNE) [Internet]. 2014 [acceso 5 Jul 2018].

Disponible en:
<http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/898/728>

24. Korman P, Sarudiansky M, Lanzillotti A, Areco M, Tenreyro C. Crisis no epilépticas de origen psicógeno: características diagnósticas y tratamientos psicológicos [Internet]. 2014 [acceso 27 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/184>

25. Mellers J. The approach to patients with non-epileptic seizures. Maudsley Hosp [Internet]. 2004 [acceso 2 Jul 2018];81:498–504. Disponible en: www.postgradmedj.com

26. Reuber M, Elger C. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. Epilepsy Behav [Internet]. 2003 [acceso 1 Jul 2018];4(3):205–16. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525505003001045>

27. Rodríguez L, Peláez JC. Terapia familiar en los Trastornos de personalidad [Internet]. 2013 [acceso 23 May 2018];10(1):75–84. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico8.pdf>

28. Schade N, Beyebach M, Torres P, González A. Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. Ter psicológica [Internet]. 2009 Dic [acceso 15 May 2018];27(2):239–46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en

29. Krupnik V. Integrating EMDR into an evolutionary-based therapy for depression: a case study. Clin Case Reports [Internet]. 2015 May [acceso 28 May 2018];3(5):301–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25984310>

30. Ostacoli L, Carletto S, Cavallo M, Baldomir-Gago P, Di Lorenzo G, Fernandez I, et al. Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial. Front Psychol [Internet]. 2018 Feb 13 [acceso 21 May 2018];9:74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29487548>

31. Gutiérrez A, Revisión M, Moscoso J. Habilidades para la vida [Internet]. [acceso 11 May 2018]. Disponible en: <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesplavidagiadasesiones.pdf>
32. Ovejero A. Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port [Internet]. 1990 [acceso 20 May 2018];2(2):93–112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72702204.pdf>
33. Gálvez M, Mingote JC, Moreno B. Medicina y seguridad del trabajo. [Internet]. Medicina y Seguridad del Trabajo. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. 2010 [acceso 6 Abr 2018]; 226-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000300005