

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

*ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE LOS
PACIENTES CON TRASTORNO DE CONVERSIÓN.*

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. NAYANIH LIRA GRAJALES

TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ BUTRÓN

DRA. MARIA DEL CARMEN FLORES MIRANDA

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*“HA DE HABER UN COLOR POR DESCUBRIR,
UN JUNTAR DE PALABRAS ESCONDIDO,
HA DE HABER UNA LLAVE PARA ABRIR,
LA PUERTA DE ESTE MUNDO DESMEDIDO.”*

J. SARAMAGO

*EN ESTE TRABAJO VA IMPRESO MI PROFUNDO AGRADECIMIENTO A TODAS Y
CADA UNA DE LAS PERSONAS
QUE COLABORARON EN EL.*

A HUGO MARTINEZ POR SU AMISTAD, SUS IDEAS, PACIENCIA Y OBJETIVIDAD,

*A MARICARMEN FLORES POR SU AMABILIDAD, COMPRENSIÓN, ORIENTACIÓN Y
OPTIMISMO,*

A JAIME RUIZ POR SU APOYO Y ORIENTACION,

A SOFIA SANCHEZ POR SU TIEMPO Y AYUDA,

Y A LOS QUE ME FALTÓ NOMBRAR, PERO ESTAN PRESENTES.

ÍNDICE.

AUTORIZACIONES.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
Descripción del problema.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	16
Tabla 1: Datos Demográficos.....	16
Tabla 2: Variantes del Trastorno Conversivo.....	17
Gráfico 1: Variantes del Trastorno Conversivo.....	18
Tabla 3: Escalas de Temperamento y Carácter.....	19
Tabla 4: Escalas de Temperamento.....	20
Tabla 5: Búsqueda de novedoso.....	21
Tabla 6: Evitación del Daño.....	22
Gráfico 2: Subescalas de Evitación del Daño.....	23
Tabla 7: Dependencia a Recompensa y Persistencia.....	24
Tabla 8: Escalas del Carácter.....	25
Tabla 9: Autodirección.....	26
Tabla 10: Cooperatividad.....	27
Tabla 11: Autotrascendencia.....	28
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: A través del tiempo se ha tratado de comprender desde varias vertientes lo que sucede en un paciente con Trastorno de Conversión. Actualmente se han hecho estudios en los cuales se observan alteraciones en el sistema nervioso y se han encontrado trastornos en la personalidad.

OBJETIVO: Este estudio realiza una descripción de las características Temperamentales y de Carácter de los pacientes con Trastorno de Conversión.

METODOLOGÍA: Se reunieron 20 pacientes con trastorno de conversión en sus cuatro subtipos: convulsiones, déficit motor, déficit sensitivo y de presentación mixta. Se aplicó el Instrumento de Temperamento y Carácter y se evaluó con la validación para población Mexicana de Sánchez de Carmona. Se realizó la prueba de t de Student. y se utilizó el programa estadístico SPSS y EPIDAT 3.0.

RESULTADOS: Los resultados fueron significativamente mayores en todas las subescalas de evitación al daño, en una subescala de búsqueda de la novedad y en dos de dependencia a la recompensa.

CONCLUSIÓN: A partir de los resultados podemos describir el Temperamento y Carácter de los pacientes con Trastorno de Conversión. El Temperamento que predominó fue la evitación del daño, que se caracteriza por pesimismo, angustia anticipatorio, conducta pasiva, miedo a lo incierto, sentimentalismo, rápida fatigabilidad y astenia.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Conversion disorder has been thoroughly studied and recent studies have shown disturbances in the nervous system as well as personality disorders.

OBJECTIVE: Know the Temperament and Character dimensions of the patients with Conversion Disorder.

METHOD: Twenty consecutive patients previously diagnosed with Conversion Disorder were evaluated with the Temperament and Character Inventory and the Sánchez de Carmona Mexican population validation. Analyses were conducted using the “t” test with SPSS program for windows 13.0 and EPIDAT 3.0

RESULTS: All the harm avoidance subscales, one novelty seeking subscale and two of the reward dependence subscales showed statistical significance.

CONCLUSIONS: In the patients with Conversion Disorder the harm avoidance subscales predominated, characterized by cessation of behavior, such as pessimistic worry in anticipation of future problems, passive avoidance behavior such as uncertainty and shyness to strangers, and rapid fatigability.

INTRODUCCIÓN:

Al hablar de trastorno de conversión nos referimos a un trastorno que forma parte de los trastornos somatomorfos, que se caracterizan por la presencia repetitiva de síntomas físicos, que promueven constantes demandas de atención médica, pero que tienen la peculiaridad de no tener un correlato fisiopatológico demostrable o que sus características no pueden ajustarse a alguna alteración médica posible o conocida.

Los síntomas pueden estar ligados a experiencias psicológicas desagradables internas y externas que el paciente no identifica. Los síntomas son lo suficientemente graves para provocar estrés, y un deterioro psicosocial y laboral importante.

Se destaca que los síntomas no se producen intencionalmente (lo que los diferencia del Trastorno Ficticio -F68.1- y de la Simulación -Z76.0) y que, aunque estuvieran asociados a una enfermedad, no se pueden explicar médicamente por su forma o intensidad.

Las clasificaciones de uso común en el ámbito psiquiátrico difieren en la organización y la nomenclatura (CIE los agrupó en los Trastornos Disociativos de Conversión; mientras que el DSMVI condiciona a que sean síntomas neurológicos, uno o más, que no pueden explicarse por patología médica neurológica y refiere que debe haber algunos factores neurológicos que estén relacionados con el inicio o exacerbación de los síntomas.

En cuanto a la epidemiología se acepta una proporción de 2 a 1 más frecuente en la mujer. El trastorno puede iniciarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud, lo habitual es que se presente en la adolescencia y al principio de la edad adulta. Es común en la población rural, en personas con poca formación académica y con coeficientes intelectuales bajos.

En el aspecto etiológico predominan las teorías psicodinámicas que proponen un conflicto intrapsíquico reprimido y la conversión de la angustia, originada en el conflicto, en síntomas físicos. El conflicto se producirá entre las representaciones pulsionales del deseo y las prohibiciones contra su expresión. Los síntomas son la expresión de la resolución del conflicto, de características simbólicas, por lo que no se ajusta a la fisiopatología aunque se le asemejara ya que no tienen un patrón y se asocian a momentos de estrés.

Cada vez existen más datos sobre los sustratos cerebrales y las características neuropsicológicas.

En estudios de imagen han encontrado hipometabolismo del hemisferio no dominante y se ha propuesto “una alteración en la comunicación interhemisférica” como sustrato del trastorno. Los síntomas pueden estar mediados por una hiperactividad cortical que establece circuitos de retroalimentación negativos entre la corteza cerebral y la formación reticular, los niveles elevados de respuestas corticofugales por el contrario inhiben la conciencia del paciente sobre las sensaciones corporales, hecho que en muchos pacientes explicaría los déficits sensoriales. Las pruebas neuropsicológicas revelan alteraciones sutiles de la comunicación verbal, memoria, vigilancia, incongruencia afectiva y de la atención (1).

Desde antes de Hipócrates, se conoce esta entidad entonces denominada Histeria. El Trastorno Somatomorfo imita todas las enfermedades, desconcierta al médico, puesto que confiado en seguir el curso de un padecimiento determinado, cuyos síntomas ha reconocido, los ve evolucionar de forma diferente, desaparecer brutalmente y ceder su lugar a otros no menos caprichosos.

Para los que han estudiado esta enfermedad la sintomatología de la Histeria gira alrededor de la angustia, y encuentran en ella su sentido profundo.

La Histeria tendría como destino ser definida por una doble naturaleza: sintomatológica y etiológica, al establecerse la noción de conversión por Freud en 1894.

Hasta el siglo XIX tres principios se habían disputado contradictoriamente el origen de la Histeria: el útero, el encéfalo y los nervios.

Los egipcios, en el papiro de Karum hacia 1900 AC, lo mismo que los griegos, atribuyeron al útero gran número de síntomas, mal definidos y presentes en las mujeres.

El mismo principio unitario atravesó el siglo XVIII con el apoyo de Pinel y reapareció en pleno siglo XIX con Dubois, 1833. Cabe decir que desde Galeno no se creía ya en la existencia de un útero que viajaba a través de los espacios corporales, pero se aseguraba que “temblaba” o se “sofocaba”. Para Dubois el útero “atacado de neurosis” se convertía en el foco de sensaciones anormales y, pronto, la inervación viciada, al propagar lejos los desordenes, constituía la histeria.

Cuando a fines del siglo XVII y el transcurso de XVIII, la histeria fue para algunos una enfermedad general de los nervios, conservó su polimorfismo pero al perder la unidad uterina se confundió con la Hipocondría, singularidad masculina. No se discutió, que lo que por mucho tiempo dio coherencia a la Histeria fue su naturaleza exclusivamente femenina.

La Histeria no se convirtió en enfermedad mental sino hacia finales del siglo XIX, Charcot abordó el problema en el punto hasta el cual lo habían conducido sus colegas y Brodie fue el primero en señalar que el mecanismo fisiológico de la Histeria debía situarse a nivel central observando: “No es que los músculos sean incapaces de obedecer al acto de la volición, sino que la función volitiva es la que no se ejerce”. Esta perspectiva fue el fondo frecuente de la clínica de Charcot, para quien la Histeria era una enfermedad psíquica por excelencia. Y pensaban que el Trastorno Histérico era consecuencia de una lesión dinámica, posible en sujetos hereditariamente predispuestos, portadores de una diátesis específica, que realiza sobre la corteza cerebral el aislamiento de una idea, es decir que la Histeria es un trastorno desprovisto de “alteración material”.

Entre 1892-93 se descartó la “organicidad” de la Histeria. Babinsky distinguió la parálisis facial de la parálisis histérica, e hizo el diagnóstico diferencial de las mismas y en 1900 opuso la hemiplejía Histérica de la “orgánica”, en 1901 afirma que el síntoma histérico escapa totalmente a lo fisiológico, la histeria realiza lo que la voluntad puede realizar, el síntoma histérico es resultado de la sugestión y cede ante la persuasión: es el pitiatismo. (Estado de trance en las pitonisas de la antigua Grecia)

Briquet, 1859, fue el primero en reducir los síntomas de la histeria a expresiones emocionales, ya que, para él la parálisis “no es más que la exageración de algunos de los fenómenos mediante los cuales se manifiestan las pasiones -en pocas palabras- Tómese cualquiera de los síntomas de la histeria y se encontrará siempre su modelo en uno de los actos que constituyen las manifestaciones pasionales” Para Briquet la histeria era una neurosis del encéfalo y sus factores determinantes (sufrimientos morales, físicos, y debilitamiento del organismo) ejercían su influjo sobre la porción del encéfalo reservada a las sensaciones afectivas y con la que tiene que ver todo lo que determina las pasiones.

Janet propuso que se viese en “el estrechamiento del campo de la conciencia”, el hecho fundamental de la histeria, que era una enfermedad de la personalidad, un “desdoblamiento de la personalidad” que culminaba en el aislamiento de ideas. Janet pensaba que, la emoción actúa solamente al producirse un estado de disociación, reducirse el campo de la conciencia e instalarse una idea fija, aclarando: “La emoción desempeña al comienzo el papel principal”.

La teoría de Freud habría de dominar el siglo XX, El punto de partida no debía buscarse en el traumatismo, que para Freud era el origen de toda histeria, sino en el efecto intrapsíquico del acontecimiento, sacado a la luz gracias a la utilización de una nueva terapia el Psicoanálisis. Freud explica que la emoción por su aspecto cuantitativo de excitación en el caso de la histeria somete al organismo a una sobrecarga de la que, finalmente, no será capaz de deshacerse por las vías normales de la “abreación”, como las lágrimas, la ansiedad, la tristeza, o la venganza si no que la carga afectiva se convertirá en excitación corporal (síntoma físico) y la idea, privada de su peso afectivo, se debilitará considerablemente, disminuyendo la ansiedad manifiesta (2).

Freud mencionaba que cualquier suceso que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como un trauma. De la sensibilidad del sujeto depende que el suceso adquiera o no importancia traumática. En la histeria se encuentran sustituyendo al trauma único varios traumas parciales, que por acumulación podían llegar a exteriorizar su efecto, y cuya única conexión está en constituir fragmentos de un mismo historial patológico. El curso típico de un Histeria grave es el de formarse primero, en estados hipnoides, un contenido de representaciones, que después suficientemente crecidos, se apodera de la inervación somática y de la existencia del enfermo; durante un periodo de histeria aguda crea síntomas duraderos y ataques, y desaparecen luego, dejando sólo algunos restos. Si el sujeto logra recobrar el dominio de sí mismo, tales restos supervivientes del contenido hipnoide de representaciones retornan en ataques histéricos y le hacen volver a estados análogos temporalmente, susceptibles nuevamente de influencia y capaces de acoger nuevos traumas. En esta situación se establece una especie de equilibrio entre los grupos psíquicos del individuo. El ataque surge entonces espontáneamente como surgen los recuerdos, pero también puede ser provocado según las leyes de asociación (3).

K. Jaspers consideró que el concepto de Histeria había sido objeto de numerosas discusiones, cuyo resultado se desarrolló cada vez más desde el antiguo concepto de la unidad nosológica, para llegar en psicopatología general a una denominación aplicable a determinados fenómenos que pueden aparecer en todas las enfermedades posibles, pero más frecuentemente por efecto de la disposición. El distinguió: el carácter histérico, los accidentes histéricos (accident mentaux), los estigmas histéricos (síntomas somáticos). Y aseguraba que: la capacidad de sensación y los recuerdos, tiene en verdad efectos que se pueden comprobar objetivamente, pero no son concientes. Se presentan sentimientos y acciones, que son condicionados por la vida psíquica escindida (4).

A lo largo del tiempo se ha querido dar una explicación precisa, científica a lo hoy llamado “Trastorno de Conversión”, y a la amplia gama de síntomas que engloba, descritos y estudiados con el nombre de histeria, hasta antes de 1980.

Reportes epidemiológicos (De Waal 2004), muestran que los Trastornos Somatomorfos (DSM) representan el 16.1% en los Trastornos Psiquiátricos, con una comorbilidad con los Trastornos de Ansiedad y Depresión en un 5.5% y 4.1% respectivamente (5).

Otros estudios, muestran que los síntomas de somatización ocupan un 74.3 % en pacientes mayores de 65 años que solicitan atención primaria de salud (6).

Vedat encontró que 44.7% de los pacientes con Trastorno de Conversión tuvieron en su infancia abuso físico y 26.3% abuso sexual (7).

Reuber y Pukrop realizaron un estudio de personalidad con un instrumento llamado “Dimensional assesment of personality pathology, basic questionnaire” (DAPP-BQ) en pacientes con crisis no epilépticas en el cual encontraron que la mayoría de los pacientes tenían una personalidad mal adaptativa, caracterizada por trastornos de personalidad como el limítrofe, el evitativo y rasgos de conducta disocial, inhibición y compulsividad. Y en el Minesota Multihasic Personality Inventory (MMPI) encontraron como resultados representativos: conductas psicopáticas, depresión, esquizofrenia, ansiedad y otros (8).

La noción de histeria ha cambiado durante los años, por conceptos de disociación y conversión, la evidencia de una causa psicológica es la forma de aclarar la asociación que tiene el síntoma con el evento estresante, los factores de simbolización juegan un papel importante en el síntoma ó déficit ya que estos aumentan con otro estresante similar o el recuerdo del mismo. Sin olvidar que desde el descubrimiento de la histeria y de los múltiples síntomas que esta engloba, Freud ya consideraba la

sintomatología neurótica como una consecuencia de una disminución de la actividad reguladora de la conciencia (9).

Actualmente algunos investigadores han demostrado lo que Freud pensaba con respecto a la histeria. Como lo muestra Brome en un interesante artículo donde contrasta las propuestas de diversos grupos de estudio.

Allí, Marshal y cols. Propusieron que la dinámica de las imágenes encontradas en pacientes con parálisis histérica y volición intacta, estaba mediada por la activación del cíngulo (que tiene la función de desconectar las áreas promotoras prefrontales de la corteza motora primaria) en conjunción con la corteza orbito frontal. Estas estructuras juegan un papel mediador en los centros del afecto y de la ejecución, el cíngulo anterior ha sido conceptualizado como el intermediario de las funciones límbicas y neocorticales en particular de la activación gradual de los reflejos para llevar a cabo una tarea (10).

En otro modelo Spence y cols proponen la posibilidad de un déficit en la volición y disfunción del cortex izquierdo prefrontal dorsolateral, en la parálisis histérica (11).

Vuilleumier y cols, estudiaron el circuito estriado talámico, las vías de este circuito permiten generar movimientos a través de la volición y en pacientes con Trastorno Conversivo fue encontrada una hipoactividad de dicha área. La hipoactividad del tálamo y los ganglios basales podría reflejar el rol de esas estructuras en la generación de movimientos voluntarios y en el conocimiento subjetivo de la volición motora y el esfuerzo. Este sistema puede ser afectado por un aumento en la función cortical y por estresores emocionales (vía límbica por la amígdala y la corteza motora) (12).

En sujetos normales Halligan y cols. Demostraron con base en un estudio a través de inducción de parálisis por hipnosis, que la falla del movimiento que afecta las piernas esta asociado con un relativo incremento de la activación en el cíngulo anterior derecho y la corteza orbitofrontal, esto sugiere que la activación de la corteza orbitofrontal puede inhibir la motricidad al interactuar con las emociones (13).

Fukada y cols presentaron evidencia neurofisiológica de un caso con pérdida auditiva funcional, en donde los sonidos conducidos por el bulbo y la corteza auditiva eran suspendidos. Los pacientes estaban concientes del estímulo auditivo e iniciaban un mecanismo inhibitorio para no transferir la información (14).

Werring y cols. Hicieron estudios recientes de perdida visual médicamente inexplicable, y demostraron que los individuos con conversión tenían una reducción de la activación de la corteza visual e incrementaban la activación del lado izquierdo de áreas como la ínsula, la corteza inferior frontal, ganglios basales, estructuras talámicas del sistema límbico. Esto sugiere que la activación puede explicar las complejas estrategias de los procesos visuales, empleando la inhibición en las áreas de visión primarias (15).

Se han publicado recientemente, trabajos que vinculan la función hipocampal y los mecanismos psicodinámicos. Anderson y cols. han mostrado que el “olvido activo” y el control de las memorias indeseables puede estar mediado por la reducción de la activación hipocampal y el incremento de la activación de la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Ellos proponen que el cíngulo anterior puede responder a memorias indeseables controlando y mediando la influencia de una disfunción de la corteza prefrontal dorsolateral izquierda sobre las estructuras del lóbulo temporal medial con el consecuente olvido de las memorias indeseables.

Esto sugiere que estas estructuras pueden controlar la retención o no de las memorias traumáticas. Todos los estudios mencionados nos acercan más a lo que sucede durante los síntomas de tipo conversivo y disociativo, pero siguen siendo hipótesis, y definitivamente no son la causa de dichos

síntomas, aun hoy día se considera que dicha causa esta formada por una serie de eventos traumáticos en la vida de una persona y a la susceptibilidad de los individuos para desarrollar los síntomas (16).

Para acercarnos un poco más al sustrato biológico, de esta compleja enfermedad en este estudio describiremos las características temperamentales y de carácter de los pacientes con trastorno de conversión.

Temperamento deriva del latín *temperamentum* que significa mezcla. El concepto de que todo individuo manifiesta un estilo peculiar de funcionamiento conductual, o sea un tipo de temperamento básicamente de naturaleza emocional y ligado a su personalidad, fue enunciado desde la edad antigua.

Hipócrates en el siglo V a.c. Describió cuatro tipos o categorías de individuos: el sanguíneo o alegre, el melancólico o de bilis negra, el colérico asociado al aumento de bilis amarilla y el flemático propio de individuos pasivos o calmados. Estas cualidades se relacionaban con los cuatro elementos. Los griegos asumían que el equilibrio entre dichas cualidades producía un estado armónico interno que incluía al raciocinio, la emotividad y la conducta.

Galeno propuso que la predominancia de uno de los humores daba la personalidad, así mismo añadió y definió nueve tipos de temperamentos. Señaló la influencia de los factores externos, especialmente el clima y la dieta. La teoría humoral de Galeno es precursora del concepto moderno de los neurotransmisores. Este concepto de los humores subyace en las teorías más recientes sobre la relación entre el temperamento y los neurotransmisores, y entre estos y los receptores específicos, genéticamente determinados, asociados a ciertos rasgos temperamentales (17).

En base a esto se continuó estudiando el Temperamento, con la noción de que este es genético y heredable. En sujetos con Trastorno de Angustia y Agorafobia se ha encontrado que tienen historia de inhibición conductual. (11)

Aunque esto ha sido contradictorio, ya que otros estudios muestran lo contrario, y esto lo explican por la relación entre el vínculo y el Temperamento de inhibición conductual. Los niños con Temperamento inhibido y vínculo inseguro mostraron más elevación de cortisol que los inhibidos con un buen vínculo con la madre. Estas diferencias dan sustento al hecho de que existen contribuciones biológicas del vínculo al Temperamento, o sea la importancia de experiencias tempranas es fundamental para el desarrollo del Temperamento. (11)

Se han realizado estudios del Temperamento en niños partiendo del concepto de que cada individuo nace con un patrón específico de respuesta conductual; en éstos se ha encontrado que los niños desinhibidos que se aproximan a los sucesos y a las personas sin miedo ni dudas, se asocian con perfiles fisiológicos que involucran sitios del cerebro y del sistema nervioso central que contribuyen al miedo y a las reacciones de alarma y despertar. En contraste los niños inhibidos tienen frecuencias cardiacas estables y altos niveles de hormonas relacionados con estrés como el cortisol y la norepinefrina, así como modificaciones en la presión arterial en respuesta a estresores y mayores cambios en los parámetros de voz cuando hablan en condiciones de estrés cognoscitivo leve. Estas diferencias dan sustento al hecho de que existen contribuciones biológicas para los estilos temperamentales. Genéticamente no se ha identificado el gen específico que controle la inhibición conductual pero se ha estudiado en gemelos monocigotos que presentan un grado de concordancia conductual comparados con dicigotos, que sugiere la existencia del mismo (17).

El concepto de Carácter se deriva del griego Character término que designa un instrumento grabador y denota la naturaleza psicológica de la persona. Aunque el término es heterogéneo se emplea para designar rasgos de personalidad que son moldeados por los procesos del desarrollo y experiencias de la vida, por otro lado el temperamento se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad (18).

Cloninger en 1987 formuló un Modelo Psicobiológico basado en el temperamento y el carácter. Al temperamento lo dividió en tres dimensiones genéticamente determinadas :

- 1) Búsqueda de lo novedoso o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación por los estímulos novedosos. Este rasgo está mediado por la dopamina que actúa en el sistema de activación conductual, que a su vez se asocia con un patrón de respuesta fisiológica del despertar, aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo el umbral de sensación.
- 2) Evitación del daño, es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos, inhibiendo la conducta con tendencia al pesimismo, con preocupación anticipatorio, conductas pasivas, miedo a lo incierto y rápida fatigabilidad, probablemente mediado por la serotonina.
- 3) Dependencia a la recompensa, es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con la recompensa. Esta respuesta es mediada por la noradrenalina.
- 4) Persistencia conductual., también mediada por noradrenalina, y es el mantenimiento de la conducta aunque no haya recompensa.

Es importante señalar que algunos estudios realizados en diversas partes del mundo han hallado diferencias entre el temperamento y los niveles de actividad y socialización, así como en las reacciones a lo extraño y poco familiar, en la interacción madre-hijo y en el desempeño escolar y laboral.

Con respecto al Carácter, Cloninger, lo divide en tres secciones:

1) Autodirección: este es determinante para la presencia o ausencia de trastornos de personalidad; se refiere a la capacidad del individuo de adaptarse al medio, de tener control sobre sí mismo, y de regular su conducta de acuerdo a las situaciones que se le presenten, el lado positivo muestra a personas maduras, autónomas, que tienen una buena autoestima, no necesitan gratificaciones constantes, tienen iniciativa, los cambios los ven como desafíos. Tienden a ser líderes. El lado negativo está dado por personalidades de tipo limítrofe, que muestran baja autoestima, sentimientos de culpa, incertidumbre acerca de sí mismos y de su identidad, susceptibles a la crítica, dependientes, con sentimientos de inferioridad, muestran una conducta inmadura con características infantiles. Tiene 5 aspectos: a) aceptación de la responsabilidad vs culpar a otros o a las circunstancias; b) identificar el valor y propósito de sus metas vs abandono de los propósitos; c) desarrollo de destrezas vs apatía; d) Autoaceptación vs esfuerzo; e) congruencia vs desconfianza

2) Cooperatividad: esta segunda parte del carácter está formulada para valorar si los individuos se identifican y aceptan a otras personas. Está relacionado con aspectos del carácter desde la simpatía a la agresión y hostilidad. Si, como en la autodirección, está bajo, aumenta la probabilidad de un trastorno de personalidad. Los individuos cooperativos son descritos como sociables, tolerantes, empáticos, que les gusta prestar ayuda a los demás, y son compasivos. Los individuos no cooperativos son socialmente intolerantes, desinteresados por los otros, no ayudan a los demás y se muestran agresivos. La cooperatividad observa varios aspectos: a) aceptación social vs. Intolerancia, b) empatía vs. desinterés social, c) ayuda vs. no ayuda a los demás. c) compasión vs. venganza, d) principios morales vs. propia ventaja.

3) Auto-trascendencia: frecuentemente la meditación y la oración se asocian con una vida plena y satisfactoria, especialmente en adultos mayores. La auto-trascendencia como rasgo de carácter está asociado con la espiritualidad, sin embargo está usualmente omitido en todos los test de personalidad. Hay mucha información acerca de la conducta en los individuos con auto-trascendencia. La psicología transpersonal tiene recientemente descripciones de las experiencias subjetivas y cambios en la conducta de la gente que obtiene el estado de “nirvana” o auto-trascendente, como resultado del insight a través de las técnicas de meditación. La auto-trascendencia se refiere generalmente a la identificación con el “todo”, concibiéndose como esencial y como parte del mismo. Esto ocasiona un estado de “una conciencia” en el cual todo es parte de una totalidad. En este estado el individuo siente que es parte integral de la evolución del cosmos. Nosotros encontramos que la auto-trascendencia es mas baja en los pacientes con trastornos psiquiátricos, que en los adultos en general. Es bajo en pacientes con síntomas de personalidad esquizoide. Pero en pacientes con esquizofrenia y esquizotipia esta muy elevado por la percepción extrasensorial. Abarca tres aspectos importantes a) auto-olvido vs auto-experiencia conciente, b) identificación transpersonal vs auto-diferenciación, c) aceptación espiritual vs materialismo racional (18).

En base a lo anterior Cloninger desarrolló un Instrumento para medir los parámetros arriba descritos: El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), que es un instrumento auto aplicable que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico, elaborado por Cloninger, partiendo de la observación de la conducta animal ante la respuesta a un estímulo. El temperamento heredable y permanente, lo divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. En cambio el carácter que es determinado por el entorno y modificable, se divide en tres dimensiones: autodirección, cooperatividad y autotrascendencia. Se tradujo al español y estandarizó para México en 1996, por el Dr. Manuel Sánchez de Carmona, concluyendo que a pesar de las diferencias culturales, el instrumento conserva solidamente su consistencia. El instrumento se compone de 240 enunciados para contestarse falso o verdadero (14).

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional, transversal, descriptivo y abierto.

DESCRIPCIÓN DE LA MANIOBRA:

Los pacientes fueron captados a través de a Consulta externa y de las Interconsultas de Neurología. a partir de mayo 2005 a noviembre 2006. Se incluyeron 20 pacientes (15 mujeres y 5 hombres) Los pacientes fueron estudiados previamente por Neurología a través del estudio clínico y de gabinete (Electroencefalogramas, electromiografías, videoelectromonitorización) sin encontrar una explicación fisiopatológica a los diferentes síntomas del Trastorno de Conversión: Crisis no epilépticas (8 pacientes), déficit motor (4 pacientes) déficit sensitivo (3 pacientes) y de presentación mixta (5 pacientes).

El Trastorno de Conversión se diagnosticó de acuerdo a los criterios del DSMIV:

A.-Uno o más síntomas o déficits que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica ó médica.

B.-Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros factores desencadenantes.

C.-El síntoma o déficit no esta producido intencionalmente y no es simulado

D.-Tras un examen clínico, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia, o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E.-El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o en otras áreas importantes del sujeto, o que requieren atención médica.

F.-El síntoma o déficit no se limita a dolor o disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Código basado en el tipo de déficit:

- * Con síntoma ó déficit motor.
- * Con crisis o convulsiones
- * Con síntoma o déficit sensorial
- * De presentación mixta.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.-Pacientes con un rango de edades entre los 15 y 65 años.
- 2.- Pacientes de ambos sexo.
- 3.- Pacientes de cualquier estado civil, escolaridad, ocupación, religión.
- 4.- Pacientes que cubran los criterios diagnósticos de trastorno de conversión.
- 5.- Pacientes que no tengan otra enfermedad asociada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- 2.- Pacientes que no puedan o no deseen contestar el Inventario de Temperamento y Carácter.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1.- Pacientes que no terminen de contestar el Inventario de Temperamento y Carácter.

VARIABLES A MEDIR

Las variables a medir con las dimensiones del Temperamento que abarcan:

- Búsqueda de lo novedosos
- Evitación del daño
- Dependencia a recompensa

Y las dimensiones del Carácter:

- Autodirección.
- Cooperatividad
- Autotrascendencia.

Cada una con sus respectivas Subescalas.

ESTRATEGIA DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizaron promedios con desviación estándar de las diferentes escalas y subescalas que contiene el instrumento.

Además se realizó la prueba de "t" de Student para determinar cuales fueron las escalas y subescalas que mostraron una diferencia estadísticamente significativa en relación a la media y la desviación estándar del estudio de validación de el Instrumento de Temperamento y Carácter para población mexicana de Sánchez de Carmona.

Se utilizó el programa estadístico SPSS 13 y una formula para comparar medias y desviación estándar propuestas por Machin y Cohen usando el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT 3.1.

PRESERVACIÓN DE PRECEPTOS ÉTICOS:

El trabajo de investigación aquí realizado no fué de carácter intervencionista, ya que solo llevamos a cabo la aplicación del Instrumento de Temperamento y Carácter. Se informó al paciente y se solicitó su consentimiento para la participación en este estudio.

COSTOS:

Se aplicaron 20 Instrumentos de Temperamento y Carácter que constan de 13 páginas cada uno. Se otorgaron 20 hojas de informe al paciente, 20 de consentimiento informado y 20 de Cédula de recolección de datos. En total 320 copias con un costo total de 96 pesos.

RESULTADOS:

Fueron 20 pacientes a los cuales se les aplicó el Instrumento de Temperamento y Carácter de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1.**DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES DE LOS PACIENTES (N=20)**

Categoría		Subtotal	Porcentaje %
Sexo	Masculino	5	25
	Femenino	15	75
Edad	- 45 años	12	60
	+45 años	8	40
Ocupación	Labora	12	60
	No labora	8	40
Escolaridad	-Bachillerato	18	90
	+Bachillerato	2	10
Religión	Católica	20	100
	Otras	0	0
Estado civil	Casado	17	85
	Soltero	3	15

Tabla 2.

VARIANTES DEL TRASTORNO CONVERSIVO. (N=20)

Síntoma predominante	Numero de pacientes	Porcentaje %
Déficit motor	4	20
Déficit sensorial	3	15
De presentación mixta	5	25
Convulsiones	8	40

VARIANTES DEL TRASTORNO CONVERSIVO (N=20)

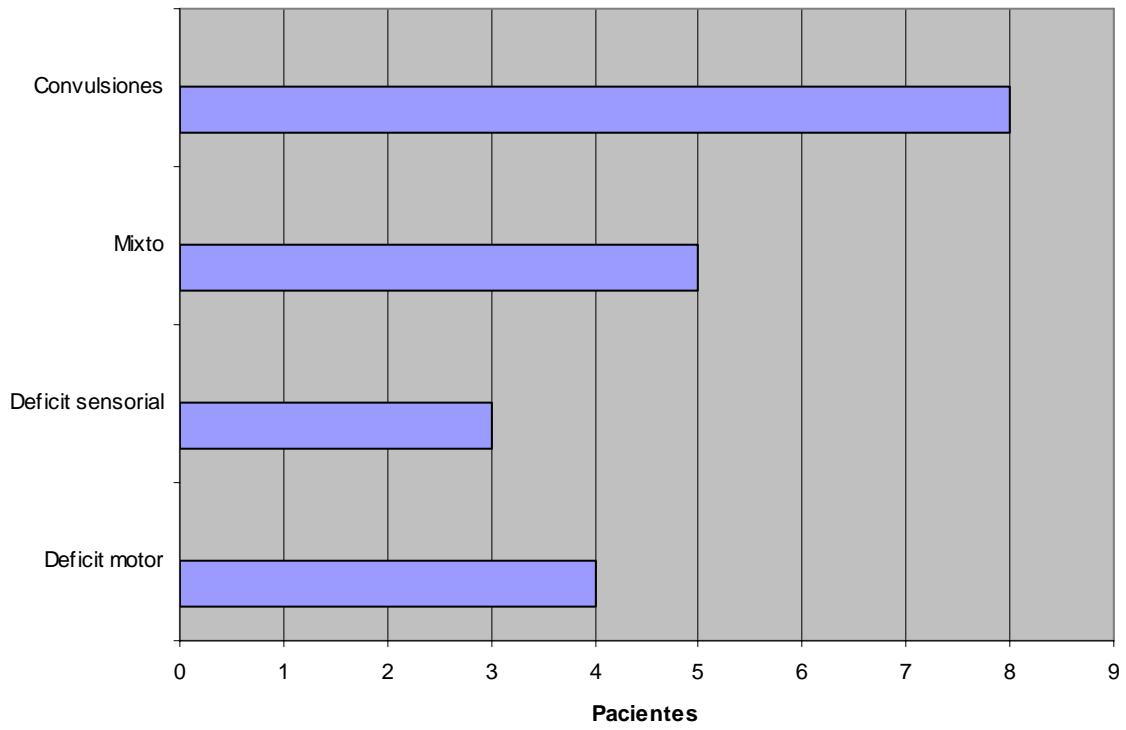


Gráfico 1

Tabla 3.

ESCALAS DEL INSTRUMENTO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER (ITC)

Escalas	Media + desviación estandar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
BUSQUEDA DE NOVEDAD	20.2+-5.1	18.5 +- 5.4	0.18
EVITACION DEL DAÑO *	12.6+-7.1	18.6+-8.2	0.002
DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	13.9+-4.1	14.9+-3.9	0.28
PERSISTENCIA	4.7+-1.8	4.6+-1.6	0.79
AUTODIRECCIÓN	29.9+-10.8	29.4+-8.9	0.81
COOPERATIVIDAD	28.22+-9.9	31.05+-6.8	0.10
AUTOTRASCENDENCIA	16.4+-6.2	17.15+-6.3	0.61

*** Con significancia estadística.**

Tabla 4

ESCALAS DEL TEMPERAMENTO

Escalas	Media +_ desviación estandar Traducción	Media +_ Desviación Estándar Estudio	P
BUSQUEDA DE NOVEDAD	20.2+-5.1	18.5 +- 5.4	0.18
EVITACION DEL DAÑO *	12.6+-7.1	18.6+-8.2	0.002
DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	13.9+-4.1	14.9+-3.9	0.28
PERSISTENCIA	4.7+-1.8	4.6+-1.6	0.79

Tabla 5**ESCALA DE TEMPERAMENTO BUSQUEDA DE NOVEDOSO Y SUBESCALAS:**

Subescala 1T	Escalas	Media + Desviación Estándar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
	BUSQUEDA DE NOVEDAD	20.2+-5.1	18.5 +- 5.4	0.18
Ns1	Excitabilidad exploratoria vs. rigidez	6.9+-2.2	6.3+-2.2	0.24
Ns2	Impulsividad vs. Reflexión	3.9+-2.5	3.5+-1.7	0.33
Ns3	Extravagancia vs. discreción	4.7+-2.0	5.2+-2.5	0.39
Ns4*	Desorden vs. restricción	4.5+-2.0	3.4+-1.4	0.003

***Subescala con significancia estadística.**

Tabla 6**ESCALA DE TEMPERAMENTO EVITACIÓN DEL DAÑO Y SUBESCALAS**

Subescala 2T	Escalas	Media + Desviación Estándar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
*	EVITACIÓN DEL DAÑO	12.6+-7.1	18.6+-8.2	0.002
HA1*	Preocupación anticipatoria vs optimismo	3.5+-2.7	5.05+-2.9	0.03
HA2*	Miedo a la incertidumbre vs confianza	3.1+-1.7	4.3+-1.8	0.008
HA3*	Timidez vs acercamiento	2.9+-2.2	3.9+-2.2	0.05
HA4*	Fatigabilidad y astenia vs vigor	2.9+-2.4	5.3+-2.8	0.0012

***Escala y subescalas estadísticamente significativas.**

SUBESCALAS DE EVITACION DEL DAÑO (HA) N=20

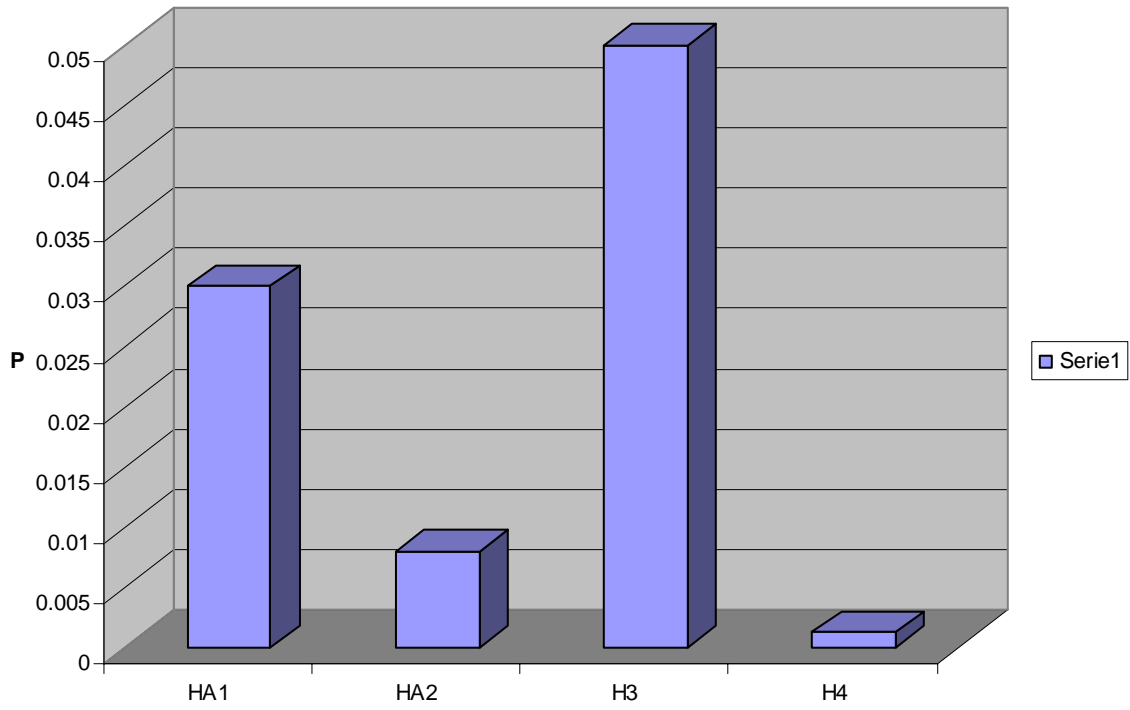


Gráfico 2

Tabla 7

ESCALA DE TEMPERAMENTO DEPENDENCIA A RECOMPENSA Y PERSISTENCIA Y SUBESCALAS.

Subescala 3T	Escalas	Media \pm Desviación Estándar Traducción	Media \pm Desviación Estándar Estudio	P
	DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	13.9+-4.1	14.9+-3.9	0.28
RD1*	Sensibilidad vs. insensibilidad	5.5+-2.2	6.6+-2.1	0.03
RD3	Apego vs. Separación	4.9+-2.2	4.6+-1.9	0.50
RD4	Dependencia vs. Independencia	3.4+-1.3	3.7+-1.5	0.39
	PERSISTENCIA			
RD2(PE)	Persistencia vs, resolución	4.7+-1.8	4.6+-1.6	0.79

***Subescalas con significancia estadística.**

Tabla 8**ESCALAS DEL CARÁCTER**

Escalas	Media + desviación estandar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
AUTODIRECCIÓN	29.9+-10.8	29.4+-8.9	0.81
COOPERATIVIDAD	28.22+-9.9	31.05+-6.8	0.10
AUTOTRASCENDENCIA	16.4+-6.2	17.15+-6.3	0.61

Tabla 9**ESCALA DEL CARÁCTER AUTODIRECCION Y SUBESCALAS**

Subescala 1C	Escalas	Media +_ Desviación Estándar Traducción	Media +_ Desviación Estándar Estudio	P
	AUTODIRECCIÓN	29.9+-10.8	29.4+-8.9	0.81
SD1	Responsabilidad vs. Culpabilidad	5.9+-2.5	5.5+-2.0	0.40
SD2	Determinación vs. Sin dirección.	5.6+-2.3	5.3+-2.2	0.56
SD3	Con recursos vs. Apatía	3.6+-1.6	3.8+-1.3	0.52
SD4	Autoaceptación vs. Lucha interna	6.4+-2.9	6.8+-2.7	0.53
SD5	Congruencia con ideales	8.2+-3.2	7.9+-2.7	0.64

Tabla 10**ESCALA DEL CARÁCTER COOPERATIVIDAD Y SUBESCALAS**

Subescala 2C	Escalas	Media + Desviación Estándar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
	COOPERATIVIDAD	28.22+-9.9	31.05+-6.8	0.10
C1	Aceptación social vs. intolerancia	5.5+-2.5	6.0+-2.2	0.34
C2	Empatía vs desinterés social	4.4+-1.9	4.5+-1.8	0.81
C3	Capacidad de ayuda vs. Incapacidad	5.4+-2.0	5.8+-1.0	0.12
C4*	Compasión vs venganza	6.9+-3.1	8.2+-2.2	0.02
C5	Integridad vs, falta de escrúpulos	5.8+-2.1	6.3+-1.3	0.12

***Subescala con significancia estadística.**

Tabla 11

ESCALA DEL CARÁCTER AUTOTRASCENDENCIA Y SUBESCALAS

Subescala 3C	Escalas	Media + Desviación Estándar Traducción	Media + Desviación Estándar Estudio	P
	AUTOTRASCENDENCIA	16.4+-6.2	17.15+-6.3	0.61
ST1	Concentración creativa vs. Conciencia	5.9+-2.6	6.7+-2.5	0.18
ST2	Identificación transpersonal	4.3+-2.1	4.2+-1.9	0.82
ST3	Aceptación espiritual vs materialismo	61+-3.1	6.2+-3.2	0.89

Los resultados fueron significativamente mayores en todas las subescalas de evitación al daño, Preocupación anticipatoria vs optimismo, miedo a la incertidumbre vs confianza, timidez vs acercamiento, fatigabilidad vs astenia y vigor; es decir que predominan los comportamiento de tipo evitativos; en la escala búsqueda de la novedad únicamente en una subescala de desorden vs. restricción, o sea un componente impulsivo o compulsivo; y en una de dependencia a la recompensa sensibilidad vs insensibilidad que tiene que ver con la evitación del dolor y en una escala de Carácter, cooperatividad: en donde se encontró una significancia estadística en la subescala compasión vs venganza que esta relacionada con la aceptación de las diferencias individuales, la simpatía, la tolerancia social, empatía, incluye también los sentimientos de amor y la abstención de mostrar la hostilidad.

DISCUSIÓN:

El presente estudio fue realizado con la finalidad de conocer el perfil de temperamento y carácter de los pacientes con Trastorno de Conversión. Siendo el primero realizado en este trastorno, partimos de los estudios de la personalidad y de comorbilidad en los pacientes con Trastorno conversivo.

Actualmente se piensa que la histeria ha desaparecido dado que los pacientes ya no acuden de primera instancia al Psiquiatra, si no a otros especialistas. Se ha tratado de dar una explicación y en un estudio los autores mencionan que hay varias razones para esto; la primera es que los pacientes al presentar síntomas físicos acuden de primera instancia con otros especialistas y la segunda se relaciona con el pensamiento del paciente; que por lo regular tiene temor al estigma de un diagnóstico psiquiátrico cuando se ha descartado una causa orgánica. (20)

En relación a lo anteriormente mencionado, en nuestro estudio nos vimos con algunas dificultades para captar a los pacientes ya que muchos de estos; previo a ser estudiados integralmente, habían sido diagnosticados y tratados como pacientes con enfermedades neurológicas (epilepsia, crisis parciales simples y complejas, esclerosis múltiple, etc.) antes de acudir a Psiquiatría.

En nuestro estudio predominó el temperamento de evitación del daño, que Cloninger describe que se caracteriza por cesación o inhibición de la conducta, pesimismo, preocupación anticipatoria, miedo a los problemas futuros y a la incertidumbre, y rápida fatigabilidad y explica que estas características están relacionadas con la función serotoninérgica, la elevación del cortisol y la adrenalina.

Otros estudios nos muestran que los pacientes con Trastorno de Conversión tienen una personalidad maladaptativa y que esta asociada a determinados perfiles de personalidad, con disregulación emocional, conducta disocial, inhibición, compulsividad, resultados obtenidos en base al instrumento Dimensional Assessment of personality pathology Basic questionnaire concluyendo los autores que el perfil de personalidad se orientaba hacia Trastornos de Personalidad de tipo Límite, Evitativo y Disocial. (8)

Esto concuerda con lo encontrado en nuestro estudio ya que la significancia estadística estuvo alrededor de la escala de evitación del daño, con sus características, de fatigabilidad y astenia, miedo a lo incierto, timidez, preocupación anticipatoria, así como en dependencia a la recompensa en el área sensibilidad vs insensibilidad, y en la búsqueda de lo novedoso en el área de restricción, características que no permiten un buen desempeño al individuo, ya que afectan la adecuada adaptación al medio.

Para algunos autores el Trastorno de Conversión gira en torno a la angustia, lo cual se ha evidenciado en estudios previos y en nuestro estudio a través de demostrar una significancia estadística en todas las subescalas de evitación al daño que incluyen.: preocupación, miedo a lo incierto, timidez, fatigabilidad y astenia.

Lo anterior nos hace retomar la Teoría Psicoanalítica del conflicto, que menciona que el trastorno de conversión está causado por la represión de un conflicto intrapsíquico inconsciente y la conversión de la ansiedad en síntomas físicos. El conflicto se produce entre un impulso instintivo (agresivo o sexual), y las prohibiciones contra su expresión. Los síntomas permiten la expresión parcial del deseo prohibido pero de forma camuflada, de este modo el paciente no enfrenta

concientemente sus impulsos inaceptables; es decir que los síntomas conversivos tienen una relación simbólica con el conflicto inconsciente. (1)

Lo anterior nos hace pensar que para que el paciente desarrolle síntomas físicos, necesita cierta predisposición Temperamental y Caracterológica que tienda a evitar el conflicto. Lo cual se verifica en los resultados obtenidos en este estudio, ya que todos los pacientes tendieron a un tipo de temperamento (evitación del daño) a pesar de su heterogeneidad. Y que las subescalas asociadas de búsqueda de novedoso en su subescala de restricción aunada a la evitación del daño, aumentan la evitación.

CONCLUSIÓN:

Concluimos que por evidencias previas y las obtenidas en este estudio, el Temperamento y el Carácter son importantes para que una persona desarrolle determinado Trastorno y que tanto el temperamento como el carácter pueden ser factores predisponentes a la enfermedad.

Podemos describir a partir de los resultados obtenidos en este estudio las dimensiones del Temperamento y Carácter de los pacientes con Trastorno de Conversión:

Son personas que tienden a restringirse, esto se puede entender también como represión intensa, que evita la expresión de impulsos ya sea agresivos, sexuales, etc. Así también que tienden a preocuparse de forma anticipada y repetida, esta conducta se asocia con pensamiento obsesivos, recurrentes, y angustiantes, con temor a la incertidumbre que nos hace pensar que hay cierta rigidez de pensamiento, que el temor puede ser fóbico, o que dicho temor encubre los impulsos que se encuentran reprimidos; son personas tímidas con temor a vincularse o a mostrarse desagradables ante los demás; dependientes; con tendencia a la fatigabilidad y astenia que serían el resultado de la continua angustia que genera lo antes mencionado; por otra parte; con capacidad de comprender las emociones de los demás pero con dificultad para enfrentar los conflictos externos e internos.

La dependencia y la compasión están relacionadas probablemente con un vínculo inseguro en sus primeras etapas de la vida. Estas personas pueden ser compasivas en forma exagerada, dando mucho de si mismos hacia los demás, quizá sobrepasando sus necesidades, para ser aceptadas y expresando sus verdaderos impulsos (agresivos, sexuales) a través del síntoma.

También concluimos que para entender de una forma integral el trastorno, es necesario tomar en cuenta a las disciplinas que lo han estudiado desde mucho tiempo atrás: el Psicoanálisis y las Neurociencias. Ya que solo integrando los conocimientos y los avances, podremos entender y dar un mejor tratamiento al paciente con Trastorno Conversivo .

Las limitaciones del estudio son que la muestra no es grande, además de que hay otros aspectos en estos pacientes que deberían estudiarse por ejemplo, la historia de trauma en la infancia el vínculo con los padres, y la asociación con trastornos del afecto y de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- KAPLAN, Harold, SINOPSIS DE PSIQUIATRIA, 8va edición, Editorial Panamericana.
- 2.- POSTEL, Jacques, HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA, 1993, Fondo de Cultura Económica.
- 3.- JASPERS, Karl, PSICOPATOLOGIA GENERAL, tercera reimpresión 2001, Fondo de Cultura Económica.
4. FREUD, Sigmund, LA HISTERIA, duodécima reimpresión 1996, Alianza Editorial.
5. DE WALLL, Margot, M, Arnold, Somatoform disorder in general practice: Prevalence, funcional impairment and comorbidity with anxiety ans depressive disorder. volume 184, june 2004, pp470-476, The British Juornal of Psychiatry.
6. - SHEEHAN, B. BASS, C., Somatization among older primary care attenders. Volume 33(5), july 2003, pp867-877, Psychological Medicine.
7. - VEDAT, S., GAMZE, A., Childhood Trauma, Dissociation, and Comorbidity in Patients with Conversion disorder. Volume 161(12), decembre 2004, p 2271-2276. The British Juornal of Psychiatry.
8. - REUBER, M., PUKROP, R., Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non epileptic seizures. Volume 75(5), may 2004, pp 743-748 BMJ Publising group Ltd.
- 9.-ANZIEU, D., EL AUTOANALISIS DE FREUD Y EL DESCUBRIMIKENTO DEL PSICOANALISIS. Tomo I editorial Siglo XXI, sexta edición en español 2004.
- 10.- BROOME, M., A NEUROCIENCE OF HYSTERIA?, Volume 17(6), November 2004, pp 465-469. Current Opinion in Psychiatry.
- 11.-GALLO, LA. ¿Qué es temperamento? El retorno de un concepto ancestral. Salud Mental. 26: 17-26: 2003
- 12.-CLONINGER, CR., A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50: 975-990: 1993
- 13.-VAN DER, D.W., Anxiety sensitivity profile dimensional structure and relationship with temperament and character. Psychotherapy and Psychosomatics. 72: 217-222: 2003
- 14.- SANCHEZ, M. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y carácter (ITC). Salud Mental. 19: 5-9: 1996.
- 15.- GOMBE A. Mass Hysteria: One Síndrome or Two? Current Opinion in Psychiatry. 168(5): 33-635:1996.
- 16.- BOND. A. Neurotransmitter, temperament and social functioning. European NeuroPsychopharmacology. 11: 261-274: 2001.

17.- HIROKO, A. The clinical epidemiology of hysteria: vanishingly rare or just vanishing?. *Psychological Medicine*. 32(2): 191-194: 2002.

18.- RON M. Explaining the unexplained: Understanding hysteria. *The british Journal of Psychiatry*.

19.-LLOYD, G. Contemporary approaches to the estudy of hysteria: Clinical and theoretical perspectives. *The british Journal of Psychiatry*. 181: 450: 2002.

20.- BASS, C. Somatoform disorder: severe Psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *The british Journal of Psichiatriy*. 179: 11-14: 2001.