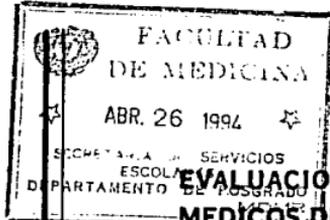


1122630
2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"
I. S. S. T. E.



**EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS EN LOS
MEDICOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SOBRE
TRASTORNO CONVERSIVO EN 4 HOSPITALES
DEL ISSSTE.**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. ROSALVA PATRICIA SANDOVAL GRANILLO

Asores de Tesis: Dr. Francisco José Lizcano Esperón
Dr. Hilario Cantú

1994



ISSSTE

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

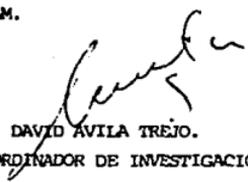
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

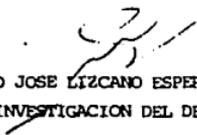
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. GEORGINA SOLIS GARCIA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

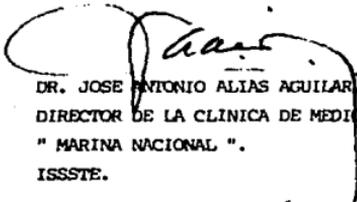


DR. DAVID AVILA TREJO.
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.



DR. FRANCISCO JOSE LIZCANO ESPERON.
PROFESOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

DR. HILARIO CANTU.
PSIQUIATRA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.


DR. JOSE ANTONIO ALIAS AGUILAR
DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
" MARINA NACIONAL ".
ISSSTE.

DR. BERNARDO ARCEO VENEGAS.
TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR.
CLINICA " MARINA NACIONAL "
ISSSTE.


DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR " MARINA NACIONAL ". DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
ISSSTE.


SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

1990
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

I. S. S. T. E.
DELEGACION PONIENTE
★ MAR. 12 1990 ★
CLINICA MARINA NACIONAL
ENSEÑANZA

A MI PADRE.

A MIS HERMANOS.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

I N D I C E

	Página
I. IDENTIFICACION DEL PROYECTO	1
I.1 TITULO	1
I.2 NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES PARTICIPANTES	2
II. MARCO TEORICO.	6
II.1 ANTECEDENTES	6
II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
II.3 JUSTIFICACION	45
III. OBJETIVOS	47
IV. METODOLOGIA	48
IV.1 TIPO DE ESTUDIO	48
IV.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	48
IV.3 INFORMACION A RECOLECTAR	50
IV.4 PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	51
IV.5 RESULTADOS	55
IV.6 CONCLUSIONES	65
IV.7 SUGERENCIAS	67
V. BIBLIOGRAFIA	68

II. MARCO TEORICO.

II. 1 ANTECEDENTES.

TRASTORNO CONVERSIVO Y TRASTORNO DISOCIATIVO. (NEUROSIS HISTERICA).

HISTORIA.

Desde la época de los Romanos y los Griegos, ya se le daba importancia a los fenómenos Histéricos, siendo considerado un trastorno de la mujer y atribuyéndose a los movimientos anormales del utero.

El Término Histeria deriva del Griego *ὑστερα* (Hystera) uterus.

En la Edad Media, la Histeria se atribuye a la posesión diabólica y a la brujería; posteriormente se retoma el Interés por los fenómenos físicos y a la Medicina Clínica, surgiendo nombres como los de Charcot, Bernheim, Janet y Freud, cada uno de los cuales propuso sus teorías acerca de la Neurosis Histórica.

DEFINICION.

El Trastorno conversivo es difícil de definirlo y ha sufrido una serie

de evoluciones. Freedman y Kaplan, 1975, (12). El término "Histeria" se convierte en "Histeria conversiva"; y de acuerdo a la Primera Edición de la Asociación Americana de Psiquiatría (1952) y al Diagnóstico y Manual Estadístico de Desordenes Mentales (DSM-I), la "Histeria conversiva" se convirtió en "reacción conversiva", la cual no es distinguida de la "reacción disociativa", que abarca de acuerdo a Janet fenómenos como amnesia y estado de fuga, los cuales se consideraban como manifestaciones mentales de Histeria. El término "reacción conversiva" fue distinguido para síntomas manifestados por trastornos localizados en la función motora.

Posteriormente, en la Segunda Edición de la Asociación Americana de Psiquiatría (1968) y la DSM-II, los adjetivos "conversión y disociativo" son incluidos en la división de Neurosis Histérica dentro del tipo conversivo y disociativo. La Neurosis Histérica tipo conversivo, según la DSM-II, es definida como un trastorno en el cual la percepción especializada y/o el Sistema Nervioso voluntario son afectados, causando síntomas como: ceguera, sordera, anormia, anestesia, parestesia, parálisis, ataxia, aquinesia, disquinesia, además de que los pacientes presentan una inapropiada indiferencia para la gravedad de sus síntomas, denominada "la bella indiferencia" - por los franceses y a causa de estos síntomas obtener ganancia secundaria. Distinguiendo la Neurosis Histérica de los trastornos psicofisiológicos, los cuales son mediados por el Sistema Nervioso Autónomo, del simulador en que este último es un hecho consciente y de las lesiones neurológicas, las cuales causan lesiones anatómicas circunscritas.

La Neurosis Histérica tipo disociativo se define según la DSM-II como: "un trastorno en el cual las alteraciones pueden ocurrir en el consciente del paciente o en su identidad y se producen síntomas como: amnesia, fuga y personalidad múltiple.

En la Tercera Edición de la Asociación Americana de Psiquiatría (1980) y la DSM-III, la "Neurosis Histérica tipo conversivo" se convierte en "Trastorno conversivo" y es considerado como un subtipo de los trastornos somatoformes, un grupo de trastornos en los cuales los factores esenciales son:

" síntomas físicos que sugieren enfermedad orgánica, para la cual no hay hallazgos orgánicos demostrables para explicar la sintomatología, pero que son aparentemente una expresión de conflictos o necesidades psicológicas".

La "histeria tipo disociativo" es considerada completamente diferente de este patrón, incluyéndose en una categoría separada y distinta, los "Trastornos disociativos", en los cuales el factor esencial es " una súbita alteración temporal en la función integral de la conciencia, identidad o conducta motora y también que una o más de estas funciones este perdida."

Otra definición de Histeria es la que da Ey Henri, 1980,(9)., " la Histeria es una neurosis caracterizada ,por la hiperexpresividad somática de las ideas, imágenes y de los afectos inconcientes.

Nos referiremos ,en adelante, tanto al trastorno conversivo como al disociativo, ya que algunos autores todavía dan su clasificación de las manifestaciones clínicas y del diagnóstico diferencial, abarcando ambos trastornos, aunque se enfatizará en el trastorno conversivo. Así como también se utilizará el término "Neurosis Histórica" para referirnos al Trastorno conversivo, ya que todas las referencias así lo utilizan.

EPIDEMIOLOGIA.

Se han realizado diversos estudios sobre el trastorno conversivo, así como del disociativo y hasta la actualidad se desconoce la incidencia de ambos, tanto en la edad pediátrica como en los adultos.

Para Freedman y Kaplan, 1975, (12)., el trastorno conversivo inicia en la adolescencia, pero puede aparecer por primera vez en la 5a década de la vida.

Algunos autores, como Leslie S.A. 1988 (28) ., menciona que el trastorno conversivo es raro, encontrando en su estudio realizado en un Hospital de Psiquiatría sólo el 2% de casos, observando un predominio de 2:1 del sexo femenino sobre el masculino; además de observar que en niños menores de 11 años no se presentó el trastorno conversivo, considerándolo muy raro en niños muy jóvenes.

En otro estudio, realizado por Grattan y Smith et al, 1988(14) ., con 52 niños durante un periodo de 10 años, observó que el trastorno conversivo es raro en menores de 8 años y hay un predominio de presentación de 3:1 del sexo femenino sobre el masculino, además de que el 75% del total de los niños presentaron trastorno conversivo en la primavera y el verano, ya que coincidían con el período de exámenes y el inicio del año escolar.

Contrariamente a lo que se ha mencionado, para Stevens Harold, 1986, (39) el Trastorno conversivo es un padecimiento común y aumenta su frecuencia cada vez más; éste autor realizó un estudio durante un período de 13 años en un Hospital Infantil de Washington, en el cual hubo 29 casos admitidos, con predominio del sexo femenino y la edad promedio de presentación fue de 7 a 18 años de edad.

Merskey.H. 1986 (30) ., menciona que cerca del 10% de pacientes psiquiátricos de Hospitales Universitarios (Bibb y Guze, 1972) y 5 a 11% de pacientes no psiquiátricos (Forley et al, 1960) ,son similarmente afectados por trastorno conversivo. Además Folks en 1984, encontró que en 1000 consultas psiquiátricas consecutivas en un Hospital General, la prevalencia de conversión fue de cerca del 5%.

Bangash et al, 1988 (2) ., refiere que la incidencia del Trastorno conversivo, en un Hospital de Neurología Pediátrica, fue del 2% durante un período de 4 años y medio y de un 13% en Psiquiatría Infantil.

Es importante señalar, por otra parte, que Kendell (1974) y Smith (1978), describen una serie de variables individuales que predisponen al desarrollo de la "Neurosis Histérica" , como son: sexo femenino, joven, medio-

socioeconómico bajo, inmigrante, bajo coeficiente intelectual, carácter - histérico o carácter pasivo-dependiente-inmaduro, sugestibilidad, dificultad en la expresión de sus sentimientos, tendencia al uso de mecanismos de disociación o negación como un medio para disolver la angustia y una experiencia de enfermedad física personal.

ETIOLOGIA.

Diversas teorías existen acerca de las causa del trastorno conversivo. CHARCOT.: realizó una serie de estudios acerca de la naturaleza y causas - de la Neurosis Histérica, atribuyendo la sintomatología a un proceso degenerativo del Sistema Nervioso Central de tipo hereditario, sin poder ser detectado macroscópicamente ni microscópicamente. El defendía una causa física de la Histeria, sin descartar la influencia de los factores psicológicos demostrando ser importantes durante sus experiencias con hipnosis.

BERNHEIM: se interesó más por el tratamiento del paciente con Histeria, - así como por el estudio científico del trastorno y uso el hipnotismo como tratamiento técnico.

JANET: prestó mayor atención a las alteraciones histéricas de tipo mayor de la conciencia, tales como amnesia , sonambulismo y personalidad múltiple. El propuso el concepto de disociación, en el cual las ideas se pierden de la - conciencia y la voluntad, pero aunque inconciente, la continua producción - de efectos sensitivos y motores aparecían como síntomas de Histeria.

FREUD: en las publicaciones psiquiátricas iniciales de Freud (1962) , se hallaba la explicación de los síntomas histéricos, que es la piedra angular de la estructura teórica. Freud mencionaba que los afectos asociados con un trauma psíquico no fueron expresados emocionalmente al momento del trauma y fueron instantáneamente convertidos en síntomas físicos, que los afectos y las ideas asociadas con ellos estaban fuera de la conciencia, además de que no eran descargados por medio de los canales normales de expresión emocional.

Posteriormente Freud y Bernheim que no estaban de acuerdo con la teoría de Janet, propusieron 2 mecanismos posibles por los cuales la disociación ocurre: 1. Bernheim , sugería que al momento de un evento traumático el paciente estaba en un estado hipnótico temporal con alteración de la conciencia. Cuando regresaba a la conciencia, las memorias del evento traumático y los efectos experimentados durante la hipnosis permanecían separados, -- constituyendo la personalidad normal. 2. Freud, postuló un mecanismo diferente del por qué las ideas y sus afectos asociados fueron moral y éticamente inaceptados por la persona, siendo excluidos de la conciencia con el propósito de disminuir la pena de reconocer sus tendencias poco honorables , además las ideas y afectos fueron bloqueados de los canales normales de descarga emocional y la energía emocional reprimida , fue transmitida dentro del proceso físico por el mecanismo de conversión , conduciendo a la formación de síntomas.

En conclusión Freud estableció, que los síntomas histéricos provenían de la represión, el inconsciente, de los sentimientos, deseos y los temores que expresan. Su teoría de la Histeria se basa en la represión de los recuerdos y observó: 1. Que en el curso de la crisis surgían antiguos recuerdos (infantiles) que estaban separados de la organización consciente de la memoria (inconsciente) y "reprimidos" por la censura en razón de su carácter intolerable (reprimidos) . 2. Que las otras manifestaciones histéricas, eran expresiones simbólicas (disfrazadas) de los sentimientos en relación a los recuerdos reprimidos, Freud relacionaba a la Histeria con una -

excesiva represión de un acontecimiento o de una escena constituida por lo general, por un traumatismo sexual infantil. Ey Henri,1980,(9).

TEORIA ACTUAL.

La Histeria se origina por un conflicto en el Periodo Edipal del desarrollo psicosexual. Una fijación en el inicio del desarrollo psicosexual a nivel del Complejo de Edipo, con una incapacidad para renunciar a la liga incestuosa hacia los padres amados, conduciendo a un conflicto en la edad adulta en su conducta sexual o líbido, debido a que esto impide el carácter incestuoso. La conducta esta sujeta al mecanismo de represión y la energía que se deriva de la conducta se convierte en síntomas histéricos, los cuales no solamente protegen al paciente de un cambio de conducta conciente, sino al mismo tiempo, proporciona una expresión simbólica del mismo.

En otras observaciones, se ha visto que es difícil que el paciente con trastorno histérico deje sus síntomas, sino es tratado en forma adecuada, debido a que esta sujeto a experiencias mentalmente incómodas o asociadas a impulsos prohibidos, los cuales han sido el motivo central para la formación de sus síntomas. Otros motivos aunque secundarios, para retener los síntomas, una vez ya resuelto el proceso básico de conversión, es que el síntoma por sí sólo, puede conducir a ciertas ventajas al paciente, esto lo define como una persona enferma e incapaz y la gente en su medio ambiente actúa de acuerdo. Las ventajas gratifican la necesidad de dependencia del paciente y debido a que la ganancia secundaria resulta de la gratificación, tiende a reforzarse la perpetuación de los síntomas histéricos.

Se sabe también, que los síntomas histéricos pueden resultar de un accidente que no ha producido lesiones corporales, observándose que el narcisismo oral, es el autor causal central en muchos pacientes, especialmente cuando el trastorno conversivo se manifiesta con dolor, prolongación o exacerbación de síntomas corporales, originalmente resultantes de una lesión física; en dichos pacientes los síntomas son motivados para obtener una gratificación para una fuerte e inconciente necesidad de dependencia.

Por otra parte, se han realizado diversas investigaciones y revisiones, las cuales anotaremos a continuación:

Leslie S. A. 1988. (27).. menciona una serie de factores etiológicos para desarrollar trastorno conversivo en la Infancia, clasificandolos en tres grupos, que son:

1. Problemas dentro de la familia:
 - a. Familias disarmónicas.
 - b. Padres divorciados.
 - c. Abuso sexual.
 - d. Ser ignorados por problemas o preocupaciones de los padres.
2. Problemas con los grupos de compañeros:
 - a. Sentimientos de desamparo, burla e intimidación.
 - b. Riñas.
 - c. Identidad sexual.
 - d. Pérdida de amigos, sentimientos de exclusión del grupo.
3. Problemas concernientes al grupo escolar:
 - a. Sentimientos de impotencia para competir o sobresalir.
 - b. Presión académica.
 - c. Dificultad para leer y escribir.

Este autor menciona que para que un paciente desarrolle trastorno conversivo, debe encontrarse en un predicamento en el cual todos los caminos están bloqueados. Debe ser "promovida" por un "aliado", pudiendo ser un miembro de la familia quien cree que el niño tiene una enfermedad de origen orgánico, a pesar de evidenciarse lo contrario, o puede ser el médico que continúa la investigación incesantemente. Además refiere, que los niños temen la pérdida del rol de enfermo, llegando a extremos de convencer a sus padres y al médico de que están enfermos, ya que con ello obtienen ganancia secundaria. Y finalmente el paciente copia a alguien, ya sea un personaje común o histórico, denominándolo "modelo".

Por su parte, Tyrer P & Cols. 1988.(44). escribió sobre los aspectos - psiquiátricos de la Histeria en la infancia, observando tres elementos iguales a los que describiera Leslie S.A.(1988), 1. El infante esta en un predicamento , el cual lo percibe como intolerable y del cual no hay salida alguna.2. El alivio o la solución a esa situación, se manifiesta en forma de un reclamo o una demanda enfermiza (enfermedad demandante), la cual es promovida por un " aliado", que usualmente son uno o ambos padres. 3. El - elemento final es un "modelo" para la enfermedad ,que puede ser obvio u oscuro y que puede desarrollarse durante la relación del niño con el médico.

En su estudio, Grattan y Smith. & Cols.1988. (16). con 52 niños con - diagnóstico de trastorno conversivo, se encontró que los factores psicológicos más frecuentes que condicionan este trastorno son:

Presencia de un modelo.	28 niños (54%).
Evento reciente de angustia en su vida.	24 niños (36%).
Amenaza de separación o pérdida.	24 niños (36%).
Historia de síntomas similares de enfermedad - psiquiátrica.	17 niños (33%).
La bella Indiferencia.	10 niños (19%).

Para Kendell(1974)y Smith(1978) la Histeria se desarrolla en respuesta al stress emocional, cuando una serie de factores del medio ambiente, biológicos y personales predisponentes (vulnerabilidad) estan presentes en el individuo o en su vida diaria.Estas son situaciones patológicas gratificantes cuando la ventaja de estar enfermo pesa más que la salud y la Histeria permite al paciente adoptar el rol de enfermo con el consiguiente alivio del - stress precipitante. Fenton G. W. 1986. (10).

Conclusiones hechas por autores como Gulligan (1982), Orbach (1986),- Steiner Adlar 1986, son: que la Histeria es una enfermedad culturalmente de terminada por la forma de adaptarse a un conflicto que surge de las expecta

ciones sociales irreales. La Histeria es vista como una representación del conflicto entre el desarrollo normal de la mujer y la demanda contradictoria de una patológica idea social de la mujer; en una reminiscencia del restringido papel femenino, es un estereotipo exagerado de la época, es un extremo que revela un papel social limitado y contradictorio, que invalida las posibilidades individuales para toda su existencia. La Histórica crece en un mundo dominado por el hombre, ante el dilema de como se defiende o se afirma como un miembro de una clase sexual devaluada o sometida, mientras elude una confrontación directa con el poder masculino. La histérica se resiste a luchar con miedo a la madurez y sexualidad, la histérica rechaza el continuar con la Liga Edipal, a través del filtro y abandono de las emociones, usando el cuerpo como un intercambio de poder. Bemporad Jules R & Cols. 1988. (4).

También se han descrito características que deben tener los padres, para que los hijos desarrollen trastorno conversivo. Bemporad Jules R & Cols. 1988. (4). ,mencionan la dinámica familiar que se encuentra en la mujer que se vuelve clínicamente histérica, la cual fue revisada por Slipp (1977), describiendo las siguientes características:

1. Padre seductor quien simultáneamente condena alguna expresión de sexualidad abierta.
2. El padre es usualmente explosivo, devalúa a la esposa y gratifica su necesidad de dependencia y nutrición a través de sus hijas.
3. El padre es exitante y atractivo.
4. Madre responsable quien es percibida como frígida sexualmente y es rebajada por la hija.
5. Las madres de histéricas admiten o concienten la intensa implicación activa padre-hija.
6. Las madres son frías , sumisas, depresivas, tristes y monótonas.

Explica Slipp, mientras la histérica gana en sentido de importancia y

gratificación de atención y de la ganancia del conflicto edipal por el padre ella sacrifica el desarrollo personal de gratificación sexual y autonomía.

Se mencionó como una variable individual predisponente al desarrollo - de Neurosis Histérica, el carácter histérico, Reich en 1949 lo describió: presenta una conducta seductora, los movimientos del cuerpo del histérico - son suaves y ondulantes, en apariencia es de fácil exitabilidad, pero en realidad es tímido, aunque desenvuelto. El carácter impenetrable del histérico tiene la función de defensa, es miedoso de sus impulsos genitales, los cuales son fácilmente despertados por estímulos externos, que se vuelven una - amenaza. Otra característica, es que es altamente sugestible, con tendencia a reacciones de disgusto y frustración; no están motivados hacia hazañas intelectuales o hacia esfuerzos prolongados en alguna área, son aprehensivos - la mayoría del tiempo y la energía la canalizan para evitar situaciones de peligro.

By Henri. & Cols. 1980.(9). resume en tres puntos el carácter histérico:

1. Sugestibilidad: es muy sensible a la sugestión y en particular a la hipnosis, además de ser influenciable e inconsistente.
2. Mitomanía: el histérico con sus comedias, sus mentiras y sus confabulaciones no deja de falsificar sus relaciones con los demás.
3. Alteraciones sexuales: su sexualidad está profundamente alterada, - las expresiones emocionales y pasionales son excesivas en contraste con - fuertes inhibiciones sexuales, así el " Don Juanismo " masculino y el "mesalinismo" femenino de los histéricos, ocultan siempre impotencia, frigidez - o perversiones.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

TRASTORNO CONVERSIVO. (Neurosis Histérica Tipo Conversivo).

Para Freedman y Kaplan,1975.(12)., las manifestaciones clínicas del trastorno conversivo se dividen en 4 categorías: Disturbios motores, Disturbios sensitivos, Síntomas conversivos simulando síntomas orgánicos y Síntomas conversivos complicados con una enfermedad orgánica. (Cuadro I).

CUADRO I.

I. DISTURBIOS MOTORES.

- a. Movimientos anormales: temblor,tics coreiformes,sacudidas,movimientos convulsivos y astasia-abasia.
- b. Parálisis: parálisis, parestesia, monoplejía, hemiplejía y paraplejía.

II. DISTURBIOS SENSITIVOS.

- a. Anestiasias.
 - i. Piel.
 - ii. Organos de los sentidos.
 - iii. Alucinaciones: visuales.
 - iv. Dolor.

III. SINTOMAS CONVERSIVOS SIMULANDO ENFERMEDAD ORGANICA.

IV. SINTOMAS COMPLICADOS CON ENFERMEDAD ORGANICA.

Otra clasificación más detallada de las manifestaciones clínicas de la Histeria,es la de Ey Henri,1980.(9)., abarcando al trastorno conversivo como el disociativo.

I. PAROXISMOS, CRISIS NEUROPATICAS O MANIFESTACIONES AGUDAS.**A. Los grandes ataques de Histeria.****B. Formas menores:**

- i. La crisis sincopal.
- ii. La crisis con sintomatología de tipo extrapiramidal.
- iii. La Histeroepilepsia.
- iv. Histeria y Tetania.

C. Estados crepusculares y "estados segundos".

- i. Estado crepuscular histérico.
- ii. Estados segundos.
- iii. Sonambulismo histérico.
- iv. Fuga Histérica.

D. La Amnesia paroxística.**E. Los ataques catalépticos.****II. SINDROMES FUNCIONALES DURADEROS.****A. Parálisis:**

- i. Funcionales.
- ii. Generalizadas.

B. Contracturas y Espasmos.**C. Anestiasias.****D. Trastornos sensoriales.****III. MANIFESTACIONES VISCERALES.****A. Espasmos.****B. Algas.****C. Trastornos tróficos.**

DISTURBIOS MOTORES.

Hay 2 tipos de Disturbios motores: los movimientos anormales y las parálisis.

En el trastorno conversivo, los disturbios motores pueden afectar algunos grupos musculares, con el objeto de protegerse de la sexualidad, las descargas agresivas o evitar situaciones de peligro físico. Estos disturbios musculares están usualmente asociados con un aumento del tono muscular. Clínicamente los pacientes presentan: parálisis, debilidad muscular, posturas anormales (tortícolis, pseudocontracturas y rigidez); además trastornos en la marcha que van desde la paraplejía histérica hasta la ataxia-abasia. - El lenguaje puede estar afectado manifestándose por afonía, tartamudez o ronquera.

A. Movimientos Anormales.

Los movimientos anormales pueden tomar muchas formas como son: temblor o vibración rítmica de la cara, brazos y piernas. Tics coreiformes y sacudidas, siendo más organizadas y estereotipadas que las observadas en la corea de origen neurológico. Freedman y Kaplan. 1975. (12).

Otro tipo de movimientos anormales son las pseudoconvulsiones. Los términos " seudoepilepsia, pseudoconvulsión o histeroepilepsia" son los más apropiados, puesto que esto da más reconocimiento a la existencia de las convulsiones y su semejanza a un foco epiléptico genuino, pero evita la implicación de un mecanismo fisiológico en común entre la Epilepsia y la Histeria. Las crisis seudoepilépticas son una infrecuente manifestación de Histeria, siendo el 2o lugar más común de los síntomas encontrados en 381 pacientes con Histeria. (Lyeinburg (1967). Se han hecho estudios en los que se ha encontrado que la verdadera Epilepsia y la seudoepilepsia puede coexistir en el mismo paciente. Una historia de epilepsia pasada o presente es hallada en un número significativo de pacientes con crisis de seudoepilepsia, la -

prevalencia varia del 12 al 65%. (Merskey 1978; Fenton 1982; Jesser 1985).

A diferencia de las crisis convulsivas generalizadas, las pseudoconvulsiones se caracterizan por:

1. Las pseudoconvulsiones pueden incrementarse si se frenan y el paciente puede luchar por liberarse, volviéndose combativo.

2. La cianosis no se presenta o es rara en las pseudoconvulsiones.

3. El reflejo pupilar y corneal se conservan en las pseudoconvulsiones.

4. Hay percepción del dolor en las pseudoconvulsiones.

5. No hay pérdida del estado de conciencia en las pseudoconvulsiones, ya que es capaz de recordar algunos o todos los detalles que ocurrieron durante la crisis, aunque es necesario recordar, que en las crisis generalizadas y parciales complejas hay pérdida del estado de conciencia, en las parciales simples no la hay.

6. En las pseudoconvulsiones no hay pérdida del control de esfínteres.

7. En la pseudoconvulsión el inicio es gradual, así como la terminación es más frecuente que se gradual, la duración puede ser la misma para los dos tipos de crisis. (Lesser 1985).

8. Ni la presencia o ausencia de aura, ni el tipo de aura proporciona información útil para realizar el diagnóstico de pseudoconvulsiones.

9. El estado posictal de confusión, cefalea y somnolencia están ausentes en las pseudoconvulsiones.

10. Las pseudoconvulsiones nunca ocurren durante el sueño. Usualmente se presentan en presencia de audiencia y no cuando el paciente está sólo.

11. Las pseudoconvulsiones ocurren en relación a alguna situación emotiva o para atraer la atención.

12. Los movimientos generalmente son bizarros y flamboyantes más que la secuencia tónico-clónica de las verdaderas convulsiones.

13. Las manifestaciones autónomas de sudoración, salivación y mordedura de la lengua no están presentes en las pseudoconvulsiones. Bangash Hussain & Cols, 1988. (2); Ey Henri & Cols. 1980. (9); Fenton G.W. 1986. (10).

Otro movimiento anormal que se presenta en el trastorno conversivo es - la Astasia- Abasia. Stickler Gunnar B & Cols.1989.(40). Thomson A P J and - Sills J A. 1988. (43). La Astasia se define como la incapacidad para ponerse de pie y la Abasia es la incapacidad para caminar. El término de Síndrome de Astasia - Abasia es aplicado a los pacientes que no tienen una razón orgánica para esta incapacidad.Para Freedman y Kaplan.1975. (12). , este disturbio en la marcha se caracteriza por sacudidas del tronco, gruesas , irregulares, - pseudoataxicas; marcha tambaleante como la del "borracho"; movimientos desordenados y agitados en manos y brazos, como tratando de mantener el equilibrio , es raro que se caiga y si lo hace evita lesionarse.

De acuerdo a un estudio realizado por Grattan y Smith & Cols. 1988 - (16).., el trastorno más frecuente de presentación en el Trastorno conversivo en la Infancia son los Trastornos en la marcha, con dificultad o total en esta.

B. Parálisis.

De acuerdo a Bangash Hussain & Cols.1988 (2) ., las parálisis se consideran la 2a manifestación clínica más frecuente en el Trastorno conversivo.

Y se caracterizan:

1. Las parálisis y las parestesias son más frecuentes en las extremidades, dando monoplejia, hemiplejia y paraplejia.
2. Las partes afectadas están flácidas o muestran contracturas en los grupos musculares antagonistas.
3. Existe una atrofia difusa o contracturas cuando la parálisis es de larga evolución.
4. El tono muscular puede estar disminuido.
5. La parálisis no va de acuerdo al patrón resultante de daño al Sistema Nervioso Central o periférico, se menciona que si se trata de una parálisis esta más afectada la porción proximal que la distal de una extremidad, - siendo diferente en una enfermedad del Sistema Nervioso.

6. En la Parálisis Histérica los reflejos tendinosos profundos son - normales y simétricos, además hay respuesta plantar flexora bilateral.

7. Por razones desconocidas la hemiparesia Histérica siempre afecta - el lado izquierdo.

8. En la Hemiparesia Histérica se encuentra un signo característico, en el cual la lengua se desvía hacia el lado donde existe la hemiparesia. Keane James R 1986. (23).

La Aфонía y Disфонía en el Histérico se debe a una especial y localizada forma de Parálisis que afecta a las cuerdas vocales, en esta condición el paciente susurra sin dificultad, su problema no puede ser explicado por alguna lesión estructural de laringe o alguna lesión neurológica. House Allan). 1988. (21).

DISTURBIOS SENSITIVOS.

Los Disturbios sensitivos en un paciente con Trastorno conversivo, - son descubiertos por el Médico cuando los explora, ya que el paciente no se queja o no los ha percibido

En el Trastorno Conversivo estos disturbios frecuentemente tienen límites irregulares y no siguen un patrón anatómico o dermatomal, a diferencia de lo que ocurre en una enfermedad de origen orgánico, en el cual el trastorno sensitivo sigue la distribución del dermatoma afectado y está claramente establecido el límite entre la zona anormal y la normal. Bangash Hussain & Cols. 1988. (2).

Freedman y Kaplan. 1975 .(12)., refiere que los pacientes con Trastorno conversivo pueden presentar anestesia total de la región afectada, pero es

más frecuente la disminución en la sensación, afectando una extremidad, la mitad del cuerpo y las membranas mucosas (vagina, recto, nariz, boca y farínge), aunque los disturbios sensitivos de la piel ocurren con más frecuencia en las extremidades. Otra característica de la anestesia histérica es que si simultáneamente implica todas las formas de sensación, superficial y profunda, sin la disociación sensitiva que frecuentemente caracteriza a un trastorno sensitivo de origen orgánico.

Organos de los sentidos.

Los órganos de los sentidos también pueden presentar pérdida de la función, manifestándose diversos grados de sordera o pérdida de la visión, pudiendo ser unilateral o bilateral. Las alteraciones visuales van desde la ceguera histérica hasta otras alteraciones características que se han descrito como son: reducción concéntrica del campo visual, dejando una visión central intacta llamada "visión en cañon o escopeta", además de diplopia monoocular. La naturaleza de estos desórdenes no esta clara. Otro trastorno visual característico en la Histeria es la macropsia, en la cual los objetos aparecen - más grandes de lo que en realidad son.

Alucinaciones.

Una alucinación es la percepción aparente de un objeto externo que no corresponde a un objeto real existente, es decir, un evento psicológico interno es erróneamente atribuido a una causa externa. En los pacientes con trastorno conversivo es frecuente encontrar alucinaciones hipnagógicas, las cuales ocurren en los estados de adormecimiento que preceden al sueño profundo y pueden contener tanto elementos auditivos como visuales, con gran claridad e intensidad, al mismo tiempo estan asociadas con parestesias de boca y mano. Este tipo de alucinaciones también se pueden encontrar en una persona normal, particularmente durante la infancia y la adolescencia temprana. Freedman y Kaplan, 1975. (12). (13). (14). Modai Ilan, Cygielman Galia. 1986. (31) Sirota & Cols. 1987. (38)., refiere que las alucinaciones generalmente -

se consideran de naturaleza psicótica y las alucinaciones conversivas son muy raras. Son de naturaleza visual y se componen de fragmentos de escenas complejas que aparecen repetidamente, además de reproducir las escenas de un evento emotivo pasado real o de significancia para el paciente.

Dolor.

De acuerdo a la DSM-III, el dolor crónico es un trastorno somatomorfe, sin embargo, hay ciertas categorías específicas de dolor más propias del trastorno conversivo. Los más clásicos y típicos son en clavo y el piquete histérico. En observaciones hechas, se ha visto que el dolor es más común que los trastornos sensitivos. La explicación que se da a la presencia de dolor en el trastorno conversivo es el que simbólicamente representa una idea inconciente.

Otras manifestaciones clínicas son:

Globo Histérico.

Se define como Globo Histérico, a la sensación media o paramedia de un objeto no identificado, masa o cuerpo extraño en la hipofaringe, asociada a deglución difícil; algunos pacientes sufren sensación de ahogamiento u obstrucción.

Las posibilidades etiológicas son diversas incluyendo: sinusitis maxilar, amigdalitis lingual, mal-oclusión dental, formación de osteofitos cervicales, espasmo cricofaríngeo, reflujo gastroesofágico y trastorno conversivo. Wilson J A & Cols. 1988. (47). Strang J. Peter & Cols. 1987. (41).

Estudios sobre la prevalencia del Globo Histérico han reportado que el 45% de gente joven y gente madura sufren síntomas de globo, usualmente asociados a emociones fuertes, no encontrándose una diferencia significativa en cuanto a sexo. Batch F. R. C. S. 1988. (3). Bradley P. J. 1987. (6).

Puhakka Heikki & Cols.1988. (34).,menciona que los pacientes con sensación de Globo, son bastante comunes en la práctica de Gastroenterología, Medicina General y Otorrinolaringología. Se desconoce su incidencia, aunque es tos autores encontraron que es más frecuente en mujeres jóvenes y que esta a asociado a un incidente previo significativo en la vida para que aparezca el-Globo Histérico.

TRASTORNO DISOCIATIVO. (NEUROSIS HISTERICA TIPO DISOCIATIVO).

Son subtipos del Trastorno Disociativo: la Amnesia Psicógena, la Fuga - Psicógena y la Personalidad Múltiple. Lo característico de las diversas formas de Trastornos Disociativos es que inician y terminan abruptamente. Aunque muchos episodios ocurren súbitamente, puede haber una historia de un trauma emocional o una situación cargada de emociones dolorosas y conflictos psicológicos.

Amnesia Psicógena.

Es el más común de los Trastornos Disociativos. La Amnesia puede ser precedida por un traumatismo craneoencefálico, ya sea ligero o de significancia, como para dejar con la duda para disulidar el elemento de amnesia postcontusional de la amnesia psicógena. Generalmente son individuos que son llevados por el policía a un Hospital o a la Delegación por estar extraviados o confusos.

Janet clasificó en 4 categorías la Amnesia: Localizada, Generalizada, -

Sistematizada y Continua. (tabla I).

Amnesia Localizada y Generalizada: Existe una pérdida total de la memoria para los eventos de un periodo de tiempo de unas horas (forma localizada) y una totalidad de las experiencias de la vida (forma generalizada).

Amnesia Sistematizada y Amnesia Continua: estos tipos son raros. En la forma sistematizada, el paciente pierde la memoria unicamente para eventos pasados específicos. El paciente con Amnesia Continua presenta episodios frecuentes de amnesia en forma sucesiva, el paciente durante el periodo amnesico esta alerta y se da cuenta de lo que sucede alrededor.

Fuga Psicógena.

Se caracteriza por: 1. El paciente se extravía usualmente lejos de casa y por días. 2. Durante este periodo él ha olvidado por completo su vida pasada, y permanece en el olvido lo que ocurrió en el Periodo de Fuga. (tabla II).

Personalidad Múltiple.

La Personalidad Múltiple se caracteriza por : 1. El paciente esta dominado por algún tiempo por 2 o más personalidades distintas, cada una de las cuales determina la naturaleza de su conducta y actitudes durante el periodo en que esto predomina en el conciente. 2. La Transición de una personalidad a otra es súbita. 3. Conserva completa conciencia de la existencia, - cualidades y actividades de las otras personalidades. (tabla III).

TABLA I. FACTORES CLINICOS DE LA AMNESIA PSICOGENA.

Factores esenciales.

- Disturbios temporales con dificultad para recordar información personal importante ya registrada y almacenada en la memoria, sin evidencia de enfermedad cerebral subyacente.
- Ataques súbitos.
- Amnesia generalmente de forma localizada o sistematizada. La generalizada y continua son menos frecuentes.

Factores asociados.

- Conflictos sexuales y de agresión frecuentes.
- Puede seguir a un trauma físico.

TABLA II. FACTORES CLINICOS DE LA FUGA PSICOGENA.

Factores esenciales.

- Pérdida de la Identidad asociada con extravío, frecuentemente con la aceptación de una nueva identidad y patrón de vida.
- Ninguna evidencia de enfermedad cerebral.
- Eventos de Amnesia que ocurren durante la Fuga, se terminan después.

Factores asociados.

- Uso grave de alcohol y conflictos sexuales, de agresión y de dinero frecuentes.

TABLA III. FACTORES CLINICOS DE LA PERSONALIDAD MULTIPLE.

Factores esenciales.

- El paciente esta dominado por 2 o más personalidades distintas por algún tiempo.
- Dicha personalidad tiene un rango amplio de funciones mentales, frecuentemente con diferentes y opuestas características.
- Barreras amnesicas encontradas entre una

Factores asociados.

- Conflictos por impulsos frecuentes.

personalidad y otra.

- Transición de una personalidad a otra de forma súbita.

DIAGNOSTICO.

La Histeria ha sido diagnosticada por Médicos y curanderos por más de 4000 años (Charcot 1873, Janet 1907) y su diagnóstico es actualmente aceptado en la práctica médica contemporánea.

El trastorno conversivo ofrece para muchos la salida a los casos de difícil diagnóstico, si el médico esta seguro de sus conocimientos para decidir sobre un diagnóstico, el Trastorno conversivo es una posibilidad diagnóstica. Cuando un síntoma es producido por un factor psicológico y si la exploración física no es suficiente para descartar una enfermedad orgánica, el paciente puede ser lenta y peligrosamente estudiado. En forma contraria, la carencia de una tecnología adecuada y un rechazo por intentar una investigación sobre la sintomatología oscura, puede fomentar una falsa atribución de síntomas psicológicos a una enfermedad física. Merskey H. 1986. (30).

Para algunos autores, el diagnóstico del Trastorno conversivo no se debe hacer por exclusión. Gould & Cols. 1986. (15).

Existen criterios diagnósticos establecidos por la DSM-III, los cuales se anotan a continuación: Stickler Gunnar B & Cols. 1989. (40).

1. El principal trastorno, es la pérdida o alteración de la función que sugiere una enfermedad orgánica.
2. Factores psicológicos que son el factor causal de los síntomas, ca

como se puede evidenciar a continuación:

- a. Relación temporal entre un estímulo externo que está asociado al conflicto psicológico o a la iniciación o exacerbación del síntoma.
- b. El síntoma permite al individuo el eludir una actividad que es nociva para el paciente.
3. El síntoma no esta bajo control voluntario.
4. El síntoma no puede ser explicado, después de una investigación exhaustiva, por una enfermedad orgánica o un mecanismo fisiopatológico.
5. El síntoma no esta limitado al dolor o a un trastorno en la función sexual.
6. El síntoma no es causado por esquizofrenia.

Se han descrito por otra parte, hallazgos positivos que sugieren la presencia de un trastorno conversivo, sin embargo, su aceptación esta muy controvertida, ya que algunos autores les atribuyen el que se realice un diagnóstico erróneo, afirmando que una enfermedad neurológica puede tener uno o varios de estos criterios. Algunos autores, estan de acuerdo con estos criterios, por lo que se mencionaran a continuación: Gould & Cols.1986. (15).

1. Historia de Hipocondriasis.
2. La Bella Indiferencia: es la inapropiada indiferencia a la disfunción corporal severa.
3. La pérdida sensitiva conforme a los patrones anatómicos reconocidos esta ausente, variación en los patrones de pérdida sensitiva en los múltiples exámenes y alteración de los hallazgos sensitivos y motores con la sugestión.
4. Hemianestesia.
5. Parálisis.
6. Pérdida unilateral del sentido de vibración.
7. Ganancia secundaria: la usa para llamar la atención o sacar provecho de otros.

Para Stevens Harold.1986.(39). se debe realizar el diagnóstico de - trastorno conversivo lo más pronto posible y en forma correcta, ya que su - demora expone al paciente a pruebas caras y agresivas; además de producir - un congelamiento de los síntomas causando incapacidad que puede llegar a ser irreversible..Este autor refiere que el Trastorno conversivo es una Ur - gencia, particularmente cuando el paciente es altamente vulnerable a una ci - rugía innecesaria., este autor menciona que el excesivo número de cirugías - por Trastorno conversivo abarcan principalmente procedimientos ginecológi - cos tales como dilatación, ooforectomía e hysterectomía, que las cirugías ginecológicas son 7 veces mas frecuentes en este tipo de pacientes y que - las hospitalizaciones por causa quirúrgica y no quirúrgica son más frecuen - tes que en los sujetos control enfermos.

Para Freedman y Kaplan.1975. (12). , el diagnóstico se basa en una His - toria y observaciones positivas para Histeria y una serie de factores como son:

1. Historia de síntomas que claramente tengan características de - conversión,tales como anestesia o parálisis.
2. . Antecedentes de otros síntomas neuróticos como ansiedad, depre - sión y fobias.
3. Antecedentes de Alteraciones sexuales, como frigidez y rechazo a la sexualidad.
4. Presencia de la bella indiferencia.
5. La muerte reciente de una persona importante para el paciente o de algún conflicto emocional que condicione la aparición de los síntomas.

Por otra parte, es importante enfatizar, que la Histeria es una enti - dad clínica bien establecida y que su diagnóstico como cualquier padecimien - to debe seguir los pasos tradicionales:

1. Interrogatorio sobre antecedentes y manifestaciones clínicas: el - abordaje del paciente es básico para establecer el diagnóstico.Se debe con -

frontar con preguntas directas que requieran de respuestas directas del paciente.

2. Exploración Física: el paciente no muestra mayores alteraciones en su estado mental, esta alerta, orientado, en buena relación con el examinador, su estado de ánimo o humor puede ser variable, pero no está deprimido o hiperactivo. No hay evidencia de un trastorno del pensamiento. En conclusión el estado mental del paciente no revela indicios de una psicosis o un trastorno de la función cerebral. Otros procedimientos que nos ayudan a realizar el diagnóstico de Trastorno conversivo son: el signo de Hoovers, en el cual la pierna supuestamente paralizada ejerce fuerte presión sobre la palma del examinador, además de observar al paciente que mueve la pierna supuestamente paralizada durante el sueño. Otra maniobra es tomar el brazo del paciente que está flácido y dejarlo caer por arriba de la cara, en la parálisis verdadera el brazo cae sobre la cara y en el conversivo no. Ban-gash Hussain & Cols. 1988. (2).

3. Estudios de laboratorio y gabinete en caso de ser necesario, los cuales deben ser negativos.

4. La aplicación de amytal sódico IV (amobarbital): con el amobarbital los datos psicológicos tienden a desaparecer o disminuir; así como las manifestaciones orgánicas tienden a aumentar. La prueba se realiza administrando una infusión de amobarbital sódico IV a dosis de 100 mg en 30 segundos en dosis total de 250 a 300 mg.

Las Pruebas psicométricas y la Hipnosis también son útiles en la evaluación del paciente con Trastorno conversivo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La Histeria da una multiformidad de patrones con los cuales se presenta y son pocas las enfermedades que no son imitadas por esta. Por ello sin la suspicacia o el conocimiento adecuado el médico puede ser engañado. Mencionaremos a continuación algunos de los padecimientos con los que se debe hacer diagnóstico diferencial.

SIMULACION.

Para diferenciar entre simulación e Histeria se requiere de gran cautela. La Simulación de acuerdo a la DSM-III esta bajo control voluntario y per sigue un fin que obviamente se reconoce (ganancia secundaria), este fin frecuentemente implica la perspectiva de algo gratificante o el evitar algún trabajo u obligación desagradable. En el Trastorno conversivo hay una evidencia tangible de una menor ganancia secundaria. Además la simulación es más frecuente en hombres y el Trastorno conversivo en mujeres. Stevens Harold .1986. (39).

ÉPILEPSIA.

Se describieron las características de las pseudoconvulsiones en el apartado de las manifestaciones clínicas. El EEG de un paciente con pseudoconvulsiones muestra movimientos musculares y artefactos durante la crisis.

Es importante anotar, que la Fuga Histórica puede ser confundida con una crisis parcial compleja, la primera dura de horas a días y la segunda de minutos a horas. Fenton G. W. 1986. (10).

ESCLEROSIS MULTIPLE.

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad desmielinizante con predilec-

ción en su ataque a Médula espinal, nervios ópticos y cerebro. Se inicia en la edad adulta, después de los 40 años. Se presenta en forma de ataques recurrentes, que remiten y se vuelven a presentar después de años. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de los focos de desmielinización. Las características clásicas incluyen trastornos visuales (neuritis óptica manifestada por pérdida de la visión parcial o total, trastornos de la percepción del color) nistago, disartria, disminución de la percepción de la posición y vibración, ataxia, temblor, debilidad o parálisis de una o más extremidades, espasticidad y problemas vesicales Harrison, 1986. (17). refiere que las manifestaciones tempranas de la esclerosis múltiple pueden confundirse con Trastorno conversivo, principalmente cuando las manifestaciones son vagas, además que se debe hacer el diagnóstico de este último en base a los criterios establecidos para Trastorno conversivo y nunca realizar un diagnóstico por exclusión.

ESQUIZOFRENIA.

La Esquizofrenia se caracteriza por tener síntomas primarios manifestados por: autismo, disgregación, apatía. Síntomas secundarios: Ideas delirantes, alucinaciones, soliloquios y neologismos. Las alucinaciones en la Esquizofrenia son auditivas principalmente y las Histéricas son visuales.

SÍNDROME DE HIPERVENTILACION.

La ansiedad y otros trastornos psicológicos pueden producir hiperventilación, el cual puede producir una amplia variedad de síntomas. Este síndrome ocurre más frecuentemente entre los 15 y los 30 años y es más frecuente en mujeres que en hombres. Se caracteriza por antecedentes de múltiples síntomas, trastorno conversivo e hipocondriasis. Como resultado de la hiperventilación se produce debilidad, deterioro de la concentración mental, cefalea, vértigo, disturbios visuales, sensación de opresión torácica, difícil

tad para respirar, palpitaciones, nausea, ocasionalmente vómito, sensación de calor o frío y parestesias especialmente en manos , pies y boca; estos síntomas se deben a un descenso en el flujo sanguíneo cerebral, causando hi capnea, alcalosis respiratoria y tetania.

AMNESIA.

La amnesia debida a enfermedad orgánica es frecuentemente de inicio súbito (posttraumática o postictal) y tiene componentes anterógrados y retrógrados.La pérdida de la memoria de origen psicológico es frecuentemente de inicio y terminación vaga.La recuperación de la amnesia de origen orgánico es frecuentemente incompleta y es seguida de confusión por horas y días.En el paciente con Trastorno conversivo, después de que ha recobrado la memoria, el regreso a la normalidad ocurre y el paciente puede recordar eventos aislados durante el periodo pasado de amnesia.En la enfermedad orgánica los eventos precipitantes pueden ser obvios tales como traumatismo e isquemia.- La conducta del paciente con pérdida orgánica de la memoria es frecuentemente anormal , el delirio es común y la amnesia generalizada es el tipo más frecuente de presentación, afectando la esfera intelectual.En la Histeria - la amnesia es selectiva, con pérdida de ciertos tópicos psicológicos angustiantes.La mnesia orgánica se acompaña de trastornos neurológicos y la amnesia de tipo psicológico se acompaña de síntomas histéricos.

ASTASIA - ABASIA.

La Astasia -Abasia como manifestación del Trastorno Conversivo, se debe hacer diagnóstico diferencial con : tumores cerebrales, polineuropatia o alguna miopatia. Se deben realizar si es necesario" radiografías de craneo, columna vertebral,EEG, estudio de líquido cefalorraquídeo y electromiografía. Stckler , Gunnar B. & Cois. 1989. (40)..

GLOBO HISTERICO.

El paciente con sensación de globo, puede ser de muy difícil diagnóstico en la práctica Médica General, de Otorrinolaringología y Gastroenterología, ya que se tienen que realizar el diagnóstico diferencial con muchas patologías, como son: sinusitis maxilar, uvula larga, amígdala lingual hipertrofica, faringitis crónica, osteofitos de la columna cervical, espasmo del esfínter cricofaríngeo, hipotiroidismo, bocio, hernia hiatal, reflujo gastro-duodenal y disfunción de la articulación temporomaxilar. Batch F.R.C.S.1988. (3). Bishop Leigh & Cols. 1988.(5).

TRATAMIENTO. *

Se han descrito muchas técnicas terapéuticas para el tratamiento del paciente con Trastorno conversivo. Freedman y Kaplan.1975.(12), mencionan que la elección del tratamiento para este tipo de pacientes no se realiza en base a la naturaleza de los síntomas sino a la estructura de la personalidad del paciente.

Es difícil la elección de la Psicoterapia, pero la experiencia clínica sugiere que el Psicoanálisis, es la más extensa y profunda de las medidas terapéuticas y es más probable si se quiere ayudar al enfermo a salir de un tipo de relaciones vitales infantiles profundamente estructuradas en la personalidad, que con el Psicoanálisis más que con la Psicoterapia, se permita la toma de una conciencia necesaria y de hacer cambios permanentes para la mejoría de los síntomas y la estructura de la personalidad del paciente.

Ey Henri & Cols. 1980.(9). refieren que el Psicoanálisis es el tratamiento de elección, para los sujetos aún jóvenes, inteligentes y deseosos de volver al núcleo afectivo de su trastorno. Aunque a menudo, refiere, a -

los pacientes no les interesa salir de una conducta que los molesta poco y de la que obtienen beneficios secundarios y esto les es suficiente.

Como ya se anotó al principio, el concepto de Histeria ha sufrido una serie de evoluciones y por lo tanto el abordaje terapéutico se ha modificado; actualmente se ha manifestado que sólo una porción del número total de pacientes con fenómenos conversivos son candidatos para el psicoanálisis, - Cuando este último es imposible de realizar, se utilizara una Psicoterapia de apoyo, ya sea: Hipnosis, terapia individual, de pareja, de grupo o a la familia.

Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica. (Psicoanálisis y sus derivados y formas relacionadas con la Psicoterapia).

El Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica se aplican para el entendimiento psicoanalítico de la conducta humana, ambas intentan modificar la conducta por métodos psicológicos como la confrontación, clarificación y la interpretación, ambas además requieren la introspección por el paciente y la empatía por el terapeuta. El Psicoanálisis únicamente se basa en la interpretación. La Psicoterapia Psicoanalítica, frecuentemente minimiza los eventos de la relación del paciente y del terapeuta, excepto cuando se ve obstaculizado el proceso del tratamiento, recurriéndose al uso de medidas de apoyo, participación, manipulación del medio ambiente y otras maniobras en la interpretación. Frecuentemente sin embargo, puede ser difícil sino imposible decidir el tratamiento ya sea psicoanálisis o psicoterapia.

Se han realizado diversas revisiones y estudios acerca del tratamiento del Trastorno conversivo y a los cuales nos referiremos a continuación:

Maisami Mohamad & Cols. 1987. (29). en su estudio menciona que los hallazgos psiquiátricos iniciales positivos y los hallazgos neurológicos negativos permiten la formulación de un plan terapéutico, mientras se realiza la evaluación psiquiátrica y el tratamiento se efectúa. Su estudio se basó -

en las reacciones histéricas en los niños. El sugiere que los niños que es tan incapacitados por los síntomas conversivos la hospitalización esta indicada. Esto les demuestra al niño y a la familia que el síntoma es considerado importante y que se le presta la atención adecuada, renueva además - al niño de su medio ambiente previo y de su rol de enfermo y se le da más importancia a la rehabilitación y a la curación del síntoma. Este abordaje requiere de la cooperación por parte de los padres y del convencimiento de ellos de que se esta haciendo lo adecuado, ya que en un momento determinado pueden sabotear el Tratamiento. La curación del síntoma, es el abordaje más efectivo para convencer a los padres de la ausencia de una enfermedad orgánica, sin embargo el quitar el síntoma no es el objetivo del tratamiento, - pero significa el inicio de éste y la resolución del problema verdadero. El objetivo del tratamiento es ayudar a la familia a identificar y entender - la causa de la ansiedad y la angustia que produce el problema y ayudar al niño o al adulto a encontrar una alternativa y caminos más productivos en futuras situaciones de angustia. Para este autor el Tratamiento incluye :

1. Evaluación Psiquiátrica y Neurológica.
2. Quitar los síntomas conforme se evalúa e incrementa el entendimiento entre el paciente, la familia y el Médico.
3. El tratamiento y la curación del paciente debe proporcionarle una forma más productiva de canalizar esa angustia en situaciones de stress.

Acerca del Tratamiento de los pacientes con Parálisis Histérica, diversos autores han propuesto diferentes formas de Terapia.

Khalil Tarek M & Cols. 1988. (24)., en su estudio con un paciente de 41 años de edad con diagnóstico de Parálisis Histérica, usó la estimulación eléctrica funcional por 2 semanas. Este método de electroterapia fue efectivo para restablecer la función de los cuádriceps y en revertir la parálisis de los músculos tibiales anteriores. Se aplicó la estimulación eléctrica funcional (FES) en los cuádriceps y el tibial anterior 3 veces a la semana por

2 semanas, las sesiones eran de 15 minutos y consistían en inducir 15 contracciones musculares tetánicas isométricas. Dichas contracciones con duración de 10 segundos seguidas de un periodo de descanso de 50 segundos con un estímulo de 50 Hz de frecuencia en el cuádriceps y 20 Hz para el Tibial anterior.

Fishbain David & Cols.1988. (11)., en su estudio sobre Parálisis Histérica, enfatiza sobre el pobre pronóstico de esta, cuando hay evidencia de que no hay respuesta al tratamiento previo, cuando la Parálisis conversiva es de larga evolución y existe una atrofia secundaria de los músculos paralizados. Refieren que existen pocos reportes en la literatura que hablen sobre el tratamiento de la Parálisis conversiva, sin embargo los diversos regímenes que se han usado son: I. Hipnosis con sugestión directa o indirecta. 2. Combinación de estimulación farádica, metilamfetaminas y barbitúricos. IV. 3. Varias técnicas de modificación de la conducta y 4. Programa de control de movimientos bioeléctricos. Algunos autores no creen que la Psicoterapia promueva la curación del paciente. Se piensa que las técnicas de modificación de la conducta han sido las más útiles, pero fallan cuando la parálisis conversiva es de larga evolución o cuando esta asociada a contracturas y/o atrofia por desuso.

Estos autores utilizaron en su estudio una nueva de electromiografía, con el objetivo de eliminar la creencia de que el músculo afectado estaba paralizado y 2. Aumentar la fuerza del músculo afectado. Su estudio fue realizado en 4 pacientes (0.12%) con parálisis conversiva de 1800 pacientes que se vieron en un periodo de 6 años con dolor crónico. Estos 4 casos eran de tratamiento difícil y pronóstico pobre, ya que la parálisis conversiva era de larga evolución y no había sido previamente tratada. Los pacientes 1,3 y 4 recibieron electromiografía (EMG) en su cuádriceps derecho. El paciente 1 recibió 70 sesiones por 3 meses y medio. El paciente 3 recibió 40 sesiones por un mes y el paciente 4 recibió 7 sesiones por 2 semanas. El paciente 1,2,3 y 4 recibieron tratamiento para el tibial derecho: 20 sesio-

nes por mes y medio, 30 sesiones por 2 semanas, 20 sesiones por 2 semanas y 7 sesiones por 2 semanas, respectivamente. El paciente 1 requirió de una segunda hospitalización 18 meses después para tratarle su tibial anterior. - Las observaciones de los autores fueron que los pacientes mostraban con la EMG una aparente incremento en la fuerza de los músculos paralizados, sin embargo, los autores no pueden establecer con certeza que la EMG haya sido la responsable de la mejoría funcional de los pacientes, ya que además de la EMG, incluyeron terapia física y terapia ocupacional, modificación de conducta para dolor y estimulación eléctrica funcional, siendo imposible separar los efectos de los otros tratamientos de los efectos de la EMG. Se ha demostrado en otros estudios, que la combinación de EMG y Terapia Física es superior a la Terapia Física sola. Por otra parte, se ha observado que la Psicoterapia puede ser útil en el tratamiento de la Parálisis conversiva cuando la enfermedad o daño psicodinámico parece jugar un papel en la etiología, pero no puede ser necesaria, cuando las razones psicodinámicas no son prominentes, pudiendo ser tratados estos pacientes con técnicas de modificación de conducta.

Otro estudio realizado por White Alfred & Cols. 1988. (47)..., menciona el uso de Tiopentano en el Tratamiento de Trastornos de la Locomoción no orgánicos. Los Trastornos de la Locomoción de tipo Histérico tienden a responder fácilmente o espontáneamente a las intervenciones médicas simples, sin embargo, cuando el trastorno ha producido una incapacidad severa por meses o años, el pronóstico es menos favorable.

Este autor en su estudio con 11 pacientes, a los cuales se les diagnosticó trastorno de tipo Histérico en la locomoción, con una duración de 3.4 años (3 meses a 10 años), se les trató usando una técnica, la cual consistía en una o más inyecciones de tiopental sódico. La técnica que describe este autor es el uso de una inyección de tiopentano sódico (20-100 mg IV) - a una dosis la cual reducirá el nivel de conciencia, siendo suficiente para inducir pérdida del control, pero insuficiente para producir anestesia. Dan

dole a esta técnica el nombre de Narcoquinesis, la cual facilita el movimiento y el regreso a la normalidad de los músculos, cuya función está dañada. Esta Técnica dura 20 minutos, el paciente puede ser curado con una sola aplicación del tiopentano y que en algunos casos habrá la necesidad de repetirlo - en 2 o 3 ocasiones por un periodo de 1 a 3 semanas. El Tratamiento puede llevarse a cabo en el paciente como externo, la hospitalización es mejor, ya que da la oportunidad de estudiar las causas psicológicas.

Por su parte, Cardenas Diana & Cols. 1986. (8). menciona en su estudio, que la parálisis histérica es frecuentemente resistente al tratamiento psicológico tradicional, tales como la Psicoterapia y la Hipnosis y sugiere que estos pacientes lo que requieren es un servicio de rehabilitación, para prevenir contracturas secundarias mientras ocurre la recuperación. Es importante, menciona, prevenir las complicaciones de la parálisis histérica o al - algún otro tipo de síntoma conversivo, llevando a cabo un plan de rehabilitación, además de organizar un programa de conducta que ayude al paciente a regresar a una vida funcional. Estos autores en su estudio con un paciente con dolor crónico y parálisis histérica en una extremidad superior, ilustran el tratamiento con un programa de conducta. Refieren que el programa debe ser estructurado con actividades iniciales que sean menores al nivel de funcionamiento presente en el paciente. 1. Debe establecerse correctamente el diagnóstico. 2. Debe evaluarse la función psicológica del paciente, establecer los aspectos de la vida del paciente que contribuyen al mantenimiento del dolor y la incapacidad y 3. Determinar los eventos que pueden interferir con el progreso del paciente en la Terapia y la marcha, para esto debe ponerse atención en los factores interpersonales, intrapersonales y medio ambiente. Sin la evaluación cuidadosa de estos aspectos muchos programas de tratamiento fracasan. La autora menciona una forma de tratamiento llamada "Síndrome de Afirmación", el cual incluye una Psicoterapia individual, de grupo, Terapia de Defensa, Terapia Física, medicamentos psicotrópicos y consejería familiar esta forma de tratamiento tiene resultados variables, según esta autora.

Estos autores, describen un programa de conducta para el paciente con parálisis histérica en extremidades superiores, el cual se establece en la siguiente forma:

1. Determinar los objetivos específicos del paciente.
2. El médico debe tener visión, debe reforzar los conocimientos y las habilidades del paciente.
3. Experiencia psicológica en conducta con pacientes con dolor crónico y conocimiento de las técnicas de conducta por parte del médico para reforzar verbalmente al paciente.
4. Terapeuta médico con un programa para modificar la conducta, que ofrezca un incremento en las condiciones generales de la autoestima del paciente.
5. Un programa de Terapia ocupacional secundaria a un apropiado reforzamiento de las conductas deseadas.
6. Un equipo de enfermeras con una panorámica de las técnicas de modificación de la conducta, para ayudar al reforzamiento del progreso de la Terapia de afirmación..

Para Freedman y Kaplan.1975.(12).. es importante la alianza terapéutica, la cual se basa en la relación verdadera entre el paciente y el médico es importante además, el entendimiento de los factores orales, es básico la resolución del conflicto Edipal, dependiendo esto, del análisis de los conflictos tempranos a nivel del Desarrollo Pre genital.

Para Stevens Harold.1986.(39).., la más concluyente prueba de Histeria, es quitar el problema con éxito a través del Amytal sódico. Este tratamiento sintomático considerado superficial y temporal para muchos Psiquiatras, es el de elección, ya que la persistencia de los síntomas pueden ser irreversibles y causar una incapacidad severa. Además se puede utilizar la Fisioterapia, Psicoterapia, Terapia dirigida a los síntomas, incluido manipulación del medio ambiente y la sugestión.

Taylor David C. 1988.(42)., describe un esquema de Tratamiento para el Trastorno conversivo en la Infancia, el cual esta constituido de la forma siguiente:

1. Requiere de un prolongado análisis del conflicto emocional.
2. Negociación con los aliados.
3. Descubrir el modelo (especialmente defantasia).
4. La elección de una imagen alternativa digna.

Para Leslie S.A. 1988. (27)., el tratamiento del Trastorno conversivo comprende la exclusión de investigaciones inecesarias y el remover los síntomas usando ejercicios dados por los Psicoterapistas.El propósito del tratamiento es el de desplazar o trasladar el aspecto orgánico y psicológico de la enfermedad, hacia un lugar en el cual la familia pueda competir y ser susceptible de curación.Es importante, señala el autor, establecer un programa terapéutico vigoroso y multidisciplinario, el cual tome en cuenta las necesidades de los padres, las necesidades de los niños (en caso de ser paciente - un niño), o simplemente las necesidades del paciente, como un "escape para salvar su imagen" y una oportunidad de ventilar la carga emocional enfermiza en una forma que no ha sido posible hasta este momento.

Fenton G.W. 1986.(10)., refiere que es importante para el tratamiento de las pseudoconvulsiones del pacientes con Trastorno conversivo, trabajar con los familiares o con la pareja.el simple examen acerca de la naturaleza de las pseudoconvulsiones y su desarrollo en relación a conflictos emocionales es esencial, además de evitar la gratificación que obtiene el paciente de sus crisis.Una técnica para la pseudoconvulsiones es la de obtener un video del paciente durante la crisis y enseñárselo.

Para el Tratamiento del Globo Histérico, Brown Susan R & Cols.1986. - (7). refiere que los pacientes con este tipo de manifestación son difíciles de tratar y existe poca literatura sobre su manejo.Parece ser útil la terapia de conducta además recomienda el uso con buenos resultados de antidepre-

sivos, a pesar de la ausencia de depresión. El uso de tranilcipromina - 30 mg al día y fenelzina 60 mg al día, la cual redujo por efectos secundarios a 45 mg al día, también uso imipramina la cual la incremento gradualmente hasta llegar a una dosis de 250 mg al día.

Bishop Leigh C & Cols. 1988. (5)., el Globo Histórico es una manifestación algunas veces incapacitante y de la cual hay muy poca información sobre su manejo, principalmente cuando una causa orgánica no puede ser establecida. Este síndrome requiere de un tratamiento integral tanto farmacológico como Psicoterapéutico. Al parecer este autor también menciona que las Técnicas de conducta son las más efectivas para el Globo Histórico. En cuanto al tratamiento farmacológico, se mencionan los ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas, los antidepresivos como la imipramina y los inhibidores de la MAO con los cuales se han obtenido buenos resultados. Lo más indicado es el uso de los antidepresivos, ya que no comprometen el tratamiento de conducta.

II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los Médicos de base y los Residentes de Medicina Interna y Pediatría, adscritos a los servicios de Urgencias, de los Hospitales Fernando Quiroz, - Io de Octubre, López mateos y Tacuba del ISSSTE, no tienen los suficientes conocimientos , acerca de la Neurosis Histérica, como para dar una atención adecuada a este tipo de pacientes.

La deficiencia de conocimientos acerca de la definición, epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, diagnóstico diferencial y tratamiento, tiene repercusión tanto en el diagnóstico y el - tratamiento en forma errónea de estos pacientes.

Es frecuente observar en los servicios de Urgencias, pacientes con Neurosis Histérica y que el mismo paciente acuda a este servicio en diversas - ocasiones, ya que solamente se le trata en ese momento el síntoma, egresandose al paciente del servicio, sin habersele resuelto su problema de base, - sin investigar los factores que estan condicionando su padecimiento y sin - darles una orientación adecuada de como resolverlo, además de que no se les canaliza en forma adecuada al sitio en donde se les de un tratamiento definitivo de su enfermedad.

II. 3 JUSTIFICACION.

La Neurosis Histérica es una enfermedad, cuya incidencia se desconoce tanto en la edad pediátrica como en el adulto. Algunos autores la clasifican como un padecimiento raro, Kendell 1974, Smith 1978 (Fenton G.W..1986.10 - y otros la consideran un padecimiento común, del cual su frecuencia aumenta cada vez más. Stevens Harold. 1986.(39).

Existe un predominio de presentación en el sexo femenino sobre el masculino , en una proporción de 3:1. En la edad pediátrica la edad de presentación esta muy controvertida, ya que algunos autores refieren que es raro que se presente en menores de 8 años ,Grattan y Smith & Cols.1988.(16).asi como otros autores refieren que en menores de 11 años no se presenta, aun - que la edad de inicio de el Trastorno conversivo es en la adolescencia, - puede aparecer por primera vez en la 5a década de la vida.

Generalmente el Diagnóstico del Trastorno conversivo se basa en la exclusión de las enfermedades orgánicas, esto se debe al desconocimiento que tienen los médicos acerca del padecimiento en relación a su definición, epidemiología, etiología y manifestaciones clínicas y como consecuencia se hace un diagnóstico erróneo y por lo tanto un mal tratamiento de estos pa - cientes.

El desconocimiento de los médicos en cuanto a la importancia del tratamiento de estos pacientes es notorio, principalmente si es llevado a un Servicio de Urgencias, en el que muchas veces no se les da la importancia y la debida atención a su padecimiento y que debido al desconocimiento, muchas veces unicamente se trata el síntoma del paciente egresandolo del servicio, sin investigar la causa de fondo que motiva el trastorno conversivo, sin dar se le una orientación adecuada o sin canalizarlo al sitio en donde se le de el tratamiento definitivo para su padecimiento.

Todo esto trae como consecuencia el manejo de recursos inecesarios - tanto para la institucion médica como para su nucleo familiar y la sociedad en general, ya que el paciente esta constantemente regresando al servicio -

de Urgencias, condicionando además por un lado repercusiones económicas - en su familia , ya que afecta a la población en edad productiva y por otra parte repercusiones en la dinámica familiar secundarias a la ansiedad que frecuentemente se genera por la conducta enfermiza del paciente.

III. OBJETIVOS.

GENERALES.

Evaluar los conocimientos que tienen los Médicos de base y Residentes de Medicina Interna y Pediatría adscritos a los Servicios de Urgencias de los Hospitales Fernando Quiroz, 1o de Octubre, Adolfo López Mateos y Tacuba del ISSSTE acerca de la Neurosis Histérica.

ESPECIFICOS.

Identificar si los Médicos de base y los Residentes de Medicina Interna y Pediatría, adscritos a los Servicios de Urgencias de los 4 Hospitales a estudiar, tienen los conocimientos adecuados para el tratamiento de los pacientes con Neurosis Histérica.

Proponer que se efectuen cursos a los Médicos adscritos a los Servicios de Urgencias sobre el Tratamiento de la Neurosis Histérica.

IV. METODOLOGIA.

IV. 1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio de tipo observacional, Descriptivo y Transversal de acuerdo a la clasificación de Lilienfeld.

IV. 2 POBLACION , LUGAR Y TIEMPO.

Se llevó a cabo el estudio, aplicandose un total de 58 cuestionarios constituido por 30 preguntas cada uno, sobre Trastorno Conversivo - Definición, Epidemiología, Etiología, Manifestaciones Clínicas, Métodos Diagnósticos, Diagnóstico Diferencial y Tratamiento - a Médicos de base y Residentes de Medicina Interna y Pediatría de los Servicios de Urgencias - de los turnos matutino, vespertino y nocturno de los Hospitales Fernando Quiroz, 10 de Octubre, Adolfo López Mateos y Tacuba del ISSSTE, en un periodo que abarca del 23 de diciembre al 30 de diciembre de 1989.

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Médicos de base de los turnos matutino , vespertino y nocturno, adscritos a los Servicios de Urgencias.

2. Residentes de Medicina Interna y Pediatría adscritos a los Servicios de Urgencias.

3. Que laboren en los Hospitales Fernando Quiroz, 1o de Octubre, Adolfo López Mateos y Tacuba.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Médicos de base que no estén adscritos a los Servicios de Urgencias.

2. Médicos Residentes de Medicina Familiar, Cirugía General y Traumatología y Ortopedia adscritos a los Servicios de Urgencias.

3. Médicos Internos de Pregrado que estén rotando por el Servicio de Urgencias.

IV. 3 INFORMACION A RECOLECTAR.

1. Se llevó a cabo una prueba piloto en la Clínica - Hospital de - Ciudad Victoria , Tamaulipas en el mes de noviembre de 1989 durante la rotación Foránea.

2. En esta Prueba se incluyó a 10 Médicos de base del Servicio de - Urgencias de los Turnos matutino , vespertino y nocturno , siendo Médicos Generales, Médicos Internistas y Pediatras.No hay residentes.

3. Se aplicaron 2 tipos de cuestionarios, los cuales evaluaban los - conocimientos acerca de la Definición, Epidemiología, Etiología, Manifestaciones Clínicas. Métodos Diagnósticos , Diagnóstico Diferencial y Tratamiento sobre Neuritis Histérica. (Trastorno Conversivo).

4. En base a las conclusiones hechas de los resultados y opiniones - obtenidas de la Prueba piloto, se realizó otro cuestionario, que fue el que se aplicó en el estudio.

5. Este cuestionario se les aplicó a Médicos de base y Residentes de Medicina Interna y Pediatría de los turnos matutino, vespertino y nocturno de los 4 Hospitales en estudio.

6. El cuestionario que se aplicó estuvo constituido por 30 preguntas el cual evaluaba los conocimientos acerca de la Definición , Epidemiología, Etiología, Manifestaciones Clínicas, Métodos Diagnósticos, Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de la Neurosis Histérica, (Trastorno Conversivo).

IV. 4 PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

1. En la Prueba Piloto se realizaron 2 tipos de cuestionarios.
2. El primer cuestionario estuvo constituido por 46 preguntas, cada pregunta tenia 5 opciones de respuesta, de la cuales solamente una se podía seleccionar.
3. El segundo cuestionario estuvo constituido por 85 preguntas, cada pregunta tenia 3 opciones de respuesta: verdadero, falso y no se; unicamente se podia seleccionar una respuesta y en caso de escoger no se, se califico como error.
4. Los dos cuestionarios se aplicaron al mismo tiempo, sin límite de tiempo para responderlos.
5. Al terminar de responderlo, se les pedía a los Médicos, que anotaran su opinión acerca de cada uno de los cuestionarios, en referencia al número de preguntas, claridad de estas y grado de dificultad.
6. En base a las conclusiones obtenidas de la Prueba Piloto se realizó otro cuestionario, en el cual se redujo el número de preguntas, las cuales se escogieron al azar.
7. El cuestionario que se aplicó para el estudio, estuvo constituido por 30 preguntas, cada pregunta tenia 3 opciones de respuesta: verdadero, falso y no se, unicamente se podia seleccionar una respuesta y en caso de seleccionar no se, se calificó como error la respuesta.
8. El cuestionario se aplicó sin límite de tiempo para responderlo.
9. Se aplicó el cuestionario en un periodo comprendido entre el 23 de diciembre y el 30 de diciembre de 1989, destinandosele 2 días a cada Hospital incluido en el estudio.

CUESTIONARIO.

- 1.- De acuerdo a la DSM-III, la Neurosis Histérica Tipo Conversivo es considerada un Trastorno Somatomorfe.
verdadero falso. no se.
- 2.- La Histeria es la Hiperepresividad somática de las ideas, imágenes y de los afectos inconcientes.
verdadero. falso. no se.
- 3.- La Histeria conversiva frecuentemente inicia a la edad de 8 años en - la edad pediátrica.
verdadero. falso. no se.
- 4.- La Histeria conversiva inicia en la adolescencia, pero puede aparecer por primera vez en la 5a década de la vida.
verdadero. falso. no se.
- 5.- La frecuencia de la Histeria conversiva en la infancia es del 25%.
verdadero. falso. no se.
- 6.- La Neurosis Histérica se desarrolla cuando un trauma psíquico no fue expresado emocionalmente en el momento del trauma.
verdadero. falso. no se.
- 7.- La Histeria conversiva se origina por un conflicto sexual en el Período Edipal del Desarrollo Psicosexual.
verdadero. falso. no se.
- 8.- En la Histeria conversiva, la parestesia afecta principalmente la por - ción distal que la proximal en un extremidad, siendo diferente la forma de presentación en una enfermedad del Sistema Nervioso.
verdadero. falso. no se.
- 9.- A la Exploración física, el paciente con Histeria conversiva esta - alerta, desorientado y tiene una mala relación con el examinador.
verdadero. falso. no se.
- 10.- En la Hemiparesia Histérica, es característico que la lengua este - desviada hacia el lado contrario de la hemiparesia.
verdadero. falso. no se.

- 11.- La pérdida sensitiva no es conforme a los patrones anatómicos reconocidos y no sigue la distribución de los dermatomas en la Neurosis Histórica.
- verdadero. falso. no se.
- 12.- Los trastornos en la marcha, son la principal manifestación de Histeria Conversiva en la Infancia.
- verdadero. falso. no se.
- 13.- El globo Histérico es la sensación media o paramedia de cuerpo extraño o masa en hipofaringe asociada a deglución difícil.
- verdadero. falso. no se.
- 14.- El Diagnóstico de Histeria Conversiva, se debe hacer por la ausencia de datos de enfermedad de origen orgánico. El laboratorio y Rayos X - deben ser normales.
- verdadero. falso. no se.
- 15.- El Diagnóstico de Histeria conversiva debe hacerse por Historia y observaciones positivas para Histeria.
- verdadero. falso. no se.
- 16.- El síntoma esta bajo control voluntario, se considera como criterio diagnóstico de Histeria conversiva según la DSM- III.
- verdadero. falso. no se.
- 17.- En la Histeria conversiva, el paciente con crisis pseudoepiléptica, reacciona a estímulos dolorosos y opone resistencia a movimientos forzados del explorador.
- verdadero. falso. no se.
- 18.- Son características de la crisis pseudoepiléptica en la Histeria conversiva, la pérdida del estado de conciencia y que se puede presentar durante el sueño.
- verdadero. falso. no se.
- 19.- Las manifestaciones tempranas de una enfermedad del Sistema Nervioso Central, pueden ser confundidas con Histeria Conversiva.
- verdadero. falso. no se.
- 20.- Se debe hacer Diagnóstico diferencial de Histeria Conversiva con Esclerosis Múltiple.
- verdadero. falso. no se.

- 21.- Cianosis, Ausencia de reflejo corneal y pérdida del estímulo doloroso se presentan en la crisis seudoepiléptica de la Histeria conversiva.
verdadero. falso. no se.
- 22.- Las crisis seudoepilépticas de la Histeria conversiva son de inicio súbito y de terminación gradual y su duración es la misma a la de una verdadera crisis epiléptica.
verdadero falso. no se.
- 23.- La Fuga Histérica se puede confundir con una crisis parcial compleja.
verdadero. falso. no se.
- 24.- Las crisis seudoepilépticas en la Histeria conversiva se caracterizan por: sueño terminal, incontinencia de esfínteres, larga duración.
verdadero. falso. no se.
- 25.- Se debe hacer Diagnóstico diferencial de Histeria conversiva con Epilepsia del lóbulo frontal.
verdadero. falso. no se.
- 26.- En un servicio de Urgencias, el tratamiento de elección en los pacientes con Histeria conversiva ,es la aplicación de agua bidestilada intramuscular.
verdadero. falso. no se.
- 27.- El tratamiento de la Histeria conversiva se enfoca a la naturaleza de los síntomas que presenta el paciente.
verdadero. falso. no se.
- 28.- La Psicoterapia es el tratamiento de elección en la Histeria conversiva.
verdadero. falso. no se.
- 29.- En la Histeria conversiva Infantil el tratamiento consiste , en descubrir el modelo que sigue el niño y negociar con los aliados.
verdadero. falso. no se.
- 30.- Uno de los objetivos del tratamiento de la Histeria conversiva, es el de trasladar el aspecto orgánico y psicológico de la enfermedad hacia un lugar en el cual la familia sea susceptible de curación o competencia.
verdadero. falso. no se.

IV. 5 RESULTADOS.

Después de haber aplicado los cuestionarios a 58 Médicos, tanto de base como Médicos Residentes de Medicina Interna y de Pediatría, en los Servicios de Urgencias de los Hospitales Fernando Quiroz, 1o de Octubre, Adolfo López Mateos y Tacuba del ISSSTE, se calificaron y se realizaron 8 cuadros, cada uno de los cuales agrupa el porcentaje de resultados obtenidos, de cada uno de los puntos a evaluar sobre los conocimientos acerca de la Definición, Epidemiología, Etiología, Manifestaciones Clínicas, Métodos Diagnósticos, Diagnóstico Diferencial y Tratamiento del Trastorno Conversivo.

De los 58 Médicos evaluados, sólo 28 que representan el 48.24% del total de la población estudiada, tuvieron el 100% de aciertos sobre conocimientos acerca de la Definición del Trastorno Conversivo y 30 Médicos (51.71%) desconocen el concepto de este padecimiento. (CUADRO 1).

30 Médicos tienen los conocimientos suficientes sobre la Epidemiología del padecimiento, ya que 9 Médicos (15.51%) tienen 99.9% de aciertos y 21 Médicos (36.20%) tienen 66.6% de aciertos; los 28 Médicos restantes que representan el 48.23% de la población estudiada, carecen de los conocimientos sobre esta área de la enfermedad. (CUADRO 2).

37 Médicos (63.79%) tienen el 50% de conocimientos sobre la etiología del Trastorno conversivo y 17 Médicos (29.30%) carecen de un total conocimiento sobre el padecimiento, lo que representa que más del 80% de los Médicos carecen de los conocimientos adecuados en esta área del padecimiento. (CUADRO 3).

46 Médicos que representan el 79.22% de la población estudiada, carecen de los conocimientos suficientes sobre las Manifestaciones Clínicas del padecimiento, ya que 10 Médicos (17.23%) tienen 57.12% de aciertos, 20 Médicos (34.46%) tienen 42.84% de aciertos, 11 Médicos (18.94%) tienen 28.56% de aciertos y 5 Médicos (8.59%) tienen 14.28% de aciertos en su evaluación. (CUADRO 4).

Sólo 21 Médicos (36.20%) tienen los conocimientos adecuados para - diagnosticar en forma correcta el Trastorno Conversivo, lo que representa que el 63.75% de los Médicos carecen de los conocimientos suficientes para el Diagnóstico de este padecimiento. (CUADRO 5).

45 Médicos (77.47%) tienen los conocimientos suficientes para hacer el Diagnóstico Diferencial del Trastorno Conversivo con otros padecimientos; 7 Médicos (12.07%) tuvieron el 99.9% de aciertos; 12 Médicos- (20.68%) tuvieron 88.8 % de aciertos; 15 Médicos (25.83%) tuvieron el 77.7% de aciertos; 11 Médicos (18.89%) tuvieron el 66.6% de aciertos. - Los 13 Médicos restantes (22.37%) carecen de los conocimientos suficientes para hacer un Diagnóstico Diferencial. (CUADRO 6).

45 Médicos (77.56%) tienen los conocimientos suficientes para dar un Tratamiento adecuado de los pacientes con Trastorno Conversivo; los 13 Médicos restantes (22.37%) carecen de los conocimientos acerca del Tratamiento que debe darseles a estos pacientes. (CUADRO 7).

De los 58 Médicos evaluados en total, sólo 36 Médicos (62.04%) contestaron en forma correcta más de 18 preguntas (60%) del cuestionario, de estos, 3 Médicos (5.17%) tuvieron 24 aciertos (80%), 3 Médicos (5.17%) tuvieron 23 aciertos (76.66%), 3 Médicos (5.17%) tuvieron 22 aciertos - (73.33%), 4 Médicos (6.89%) tuvieron 21 aciertos (70%), 6 Médicos - (10.34%) tuvieron 20 aciertos (66.66%), 8 Médicos (13.79%) tuvieron 19 aciertos (63.33%) y 9 Médicos (15.51%) tuvieron 18 aciertos (60%).- (CUADRO 8).

CUADRO 1 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca de la Definición del Trastorno conversivo, realizada a 58 Médicos en el Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
28	48.24	100
23	39.65	50
7	12.06	0

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 2 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca de la Epidemiología del Trastorno Conversivo - realizada a 58 Médicos del Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
9	15.51	99.9
21	36.20	66.6
17	29.30	33.3
11	18.93	0

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 3 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca de la Etiología del Trastorno Conversivo, realizada a 58 Médicos en el Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
4	6.89	100
37	63.79	50
17	29.30	0

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 4 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca de las Manifestaciones Clínicas del Trastorno Conversivo, realizada a 58 Médicos en el Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
6	10.34	85.68
6	10.34	71.40
10	17.23	57.12
20	34.46	42.84
11	18.94	28.56
5	8.59	14.28

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 5 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca de los Métodos Diagnósticos del Trastorno Conversivo , realizada a 58 Médicos del Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
21	36.20	100
31	53.41	50
6	10.34	0

FUENTE: Questionario realizado a Médicos.

CUADRO 6. Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca del Diagnóstico Diferencial del Trastorno Conversivo, realizada a 58 Médicos en el Servicio de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos .	% Médicos.	% Aciertos.
7	12.07	99.9
12	20.68	88.8
15	25.83	77.7
11	18.89	66.6
6	10.33	55.5
4	6.87	44.4
2	3.43	33.3
1	1.72	22.2

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 7 . Porcentaje de resultados obtenidos de la evaluación de conocimientos acerca del Tratamiento del Trastorno Conversivo, realizado a 58 Médicos de los Servicios de Urgencias de 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

# Médicos.	% Médicos.	% Aciertos.
12	20.68	100
19	32.75	80
14	24.13	60
8	13.77	40
5	8.60	20

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

CUADRO 8 . Porcentaje de los resultados obtenidos de la evaluación total de conocimientos acerca del Trastorno Conversivo, realizada a 58 Médicos de los Servicios de Urgencias en 4 Hospitales del ISSSTE en 1989.

MÉDICOS.		ACIERTOS.	
f	%	f	%
3	5.17	24	80.00
3	5.17	23	76.66
3	5.17	22	73.33
4	6.89	21	70.00
6	10.34	20	66.66
8	13.79	19	63.33
9	15.51	18	60.00
9	15.51	17	56.66
3	5.17	16	53.33
3	5.17	15	50.00
5	8.62	14	46.66
1	1.72	11	36.66
1	1.72	9	30.00

FUENTE: Cuestionario realizado a Médicos.

IV. 6 CONCLUSIONES.

1. Este estudio pone en evidencia que los Médicos de los Servicios de Urgencias, carecen de los conocimientos adecuados sobre la Neurosis Histórica. (Trastorno Conversivo).

2. Se encontró que más del 50% del total de los Médicos evaluados carecen de los conocimientos suficientes en 4 de las 7 áreas evaluadas, estas son: Definición, Etiología, Manifestaciones clínicas y Métodos Diagnósticos. En forma contraria a lo que se esperaba más del 50% tiene los conocimientos suficientes para realizar un Diagnóstico Diferencial y acerca del Tratamiento que deben llevar este tipo de pacientes.

3. 30 Médicos (51.71%) de la población total estudiada, desconocen como se define el Trastorno Conversivo.

4. 30 Médicos (51.71%) tiene los conocimientos suficientes para detectar que grupo de edad es el más afectado, y los factores predisponentes para desarrollar el Trastorno Conversivo.

5. Unicamente 4 Médicos (6.89%) de los 58 Médicos evaluados tienen los conocimientos suficientes acerca de las causas del Trastorno Conversivo.

6. Unicamente 12 Médicos (20.68%) tienen los conocimientos acerca de las Manifestaciones Clínicas del Trastorno Conversivo.

7. 21 Médicos (36.20 %) tienen los suficientes conocimientos para realizar un Diagnóstico correcto de este padecimiento.

8. 35 Médicos (77.56%) tienen los conocimientos suficientes para diferenciar el Trastorno Conversivo de otros padecimientos.

9. 35 Médicos (77.56%) tiene los conocimientos suficientes acerca del Tratamiento que deben llevar estos pacientes, la capacidad para dar una orientación y canalizarlos al sitio donde deben ser tratados en forma definitiva.

10. Tras observar que de los 58 Médicos a los que se les aplicó el cuestionario para evaluar los conocimientos sobre Neurosis Histórica -

22 Médicos que representan el 37.91% , carecen de los conocimientos suficientes como para detectar y dar una atención adecuada a los pacientes con este padecimiento.

11. Tras observar que un alto porcentaje de Médicos desconocen las Manifestaciones Clínicas que presenta el paciente con Trastorno conversivo, por consecuencia, como lo comprueban los resultados, carecen de los conocimientos adecuados para hacer el Diagnóstico correcto de este padecimiento; sin embargo, más del 75% de los Médicos, tiene los conocimientos suficientes sobre las enfermedades con las que se tiene que realizar el Diagnóstico Diferencial del Trastorno Conversivo, pudiéndose pensar que el Diagnóstico de este padecimiento lo hacen por exclusión.

12. También es contradictorio, que más del 75% de los Médicos evaluados tengan los conocimientos suficientes sobre el Tratamiento de este padecimiento, si en realidad desconocen lo que es el padecimiento, los factores predisponentes, la edad de presentación, las causas que lo pueden producir y perpetuar y la diversidad de Manifestaciones Clínicas con las que se puede presentar este padecimiento.

IV . 7 SUGRENCIAS.

1. En base a los resultados obtenidos, se propone que se realicen - cursos de adiestramiento para los Médicos en los Servicios de Urgencias, de como identificar a los pacientes con este padecimiento y poderseles dar una mejor atención para la resolución definitiva de este.
2. Apoyar los conocimientos que tiene el Médico de los Servicios de Urgencias sobre este padecimiento, con talleres internos dentro - del Hospital.
3. Que se apoye el Servicio de Urgencias con personal capacitado para el manejo de estos pacientes y en general de Padecimientos Psiquiátricos.
4. Crear conciencia en el personal de los Servicios de Urgencias, no solamente a Médicos de base y Residentes sino también a personal-paramédico, que el Trastorno Conversivo es una enfermedad, la - cual debe ser tratada en forma correcta, sin tener que usar métodos agresivos para su Tratamiento.
5. Concientizar a los Médicos que el Trastorno conversivo tiene cura ción definitiva, si se le orienta al paciente y se le canaliza en forma correcta para su Tratamiento definitivo.

V. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Arietti. S. American Handbook of Psychiatry. Vol 4, Organic Disorders- and Psychosomatic Medicine. morton F. Reisser, Ed Basic Books Inc New York, 1975. 1600 Pag.
- 2.- Bangash Hussain & Cols. "Hysterical Conversion Reactions Mimicking Neurological Disease." AJDC. Vol 142. Nov 1988. Pag : 1203 - 1206.
- 3.- Batch F R. C.S. " Globus Pharyngeus: (Part II), Discussion". The Journal of Laryngology and Otology. Vol 102. March 1988. Pag 227 -230 .
- 4.- Bemporad Jules R & Cols. " Hysteria, Anorexia and the Culture of Self Denial ". Psychiatry. Vol 51. February 1988. Pag: 96 - 102.
- 5.- Bishop Leigh C & Cols. " The Psychiatric Management of the Globus Syndrome ". General Hospital Psychiatry. Vol 9. 1988. Pag: 214 - 219.
- 6.-Bradley P. J. "Clinical Aspects of Pseudodysphagia ". The Journal of - Laryngology and Otology. Vol 101. July 1987. Pag: 689 - 693.
- 7.- Brown Susan R & Cols. " Globus Hystericus Syndrome Responsive to antidepressants ". Am J Psychiatry. 143:7 . July 1986. Pag: 917 - 918.
- 8.- Cardenas Diana D & Cols. " Hysterical Paralysis in the upper Extremity of Chronic Pain Patients ". Arch Phys Med Rehabil. Vol 67. March - 1986. Pag: 190 - 194.
- 9.- Ey Henri & Cols. Tratado de Psiquiatria. 8a Edición. Masson Ed. México 1980. 1200 Pag.

- 10.- Fenton G. W. " Epilepsy and Hysteria ". British Journal of Psychiatry. Vol 149. 1986. Pag: 28-37.
- 11.- Fishbain David . & Cols. " The utility of Electromyographic Biofeed - back in the treatment of Conversion Paralysis". Am J Psychiatry . 145: 12. December 1988. Pag: 1572- 1575.
- 12.- Freedman , D.M;Kaplan,H.I. Comprehensive Textbook of Psichiatriy.Vol I. The Williams and Wilkens Company, Baltimore. 1975. 1800 pag.
- 13.- Freedman ,D. M; Kaplan,H. I. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol II. The Williams and Wilkens Company, Baltimore. 1975. 2000 pag.
- 14.- Freedman, D. M; Kaplan, H. I. Comprehensive Textbook of Psychiatry. - Vol III. The Williams and Wilkens Company, Baltimore. 1975. 2000 pag
- 15.- Gould . & Cols. " The Validity of Histerical Signs and Symptoms". The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol 174,No 10.pag: 593-597.
- 16.- Grattan y Smith. & Cols. "Clinic Factors of Disorder Conversion ". - Archives of Disease in Childhood.Vol 63. 1988.Pag: 408-414.
- 17.-Harrison. Principios de Medicina Interna.Tomo II. Sexta Edición. - McGraw-Hill de México. 1986. 3088 pag.
- 18.- Harrington Anne. "Metal and magnets in Medicine: Hysteria, Hypnosis - and Medical culture in Fin-de-siecle Paris". Psychological Medicine.- 18.1988. Pag: 21- 36.
- 19.- Hewson L.A. Morris P. "psychological complications following a Mis - diagnosis of deafness ". British Journal of Psychiatry. Vol 5. 1987 - pag: 570-571.

- 20.- Hopkins Anthony. Clarke Charles. "Pretended paralysis requiring artificial ventilation ". British Medical Journal. Vol 294. April 1987. - Pag:961-962.
- 21.- House Allan O. " Life events and difficulties preceding the onset of functional disphonia ". Journal of Psychosomatic Research. Vol 32. - No:3.1988.Pag: 311 - 319.
- 22.- Tomsyck Rebecca R. Jenkins Peter L. " Psychiatric Aspects of Multiple-Sclerosis". General Hospital Psychiatry. Vol 9. 1987. Pag: 294 - 301.
- 23.- Keane James R. " WRONG - way deviation of the tongue with hysterical - hemiparesis " . Neurology. Vol 36. October 1986. Pag: 1406 - 1407.
- 24.- Khalil Tarek M. & Cols. " Functional Electric Stimulation in the Reversal of Conversion Disorder Paralysis". Arch Phys Med Rehabil . Vol - 69. July 1988. Pag: 545 - 546.
- 25.- Lecompte & Cols. "Psicoterapia en pacientes conversivos sin enfermedad orgánica ". Acta Psiquiátrica Belga.Vol 87. 1987. Pag: 654 - 661.
- 26.- Lecompte & Cols."Enfermedad orgánica y Psicopatología en un grupo de pacientes con síntomas conversivos ". Acta Psiquiatrica Belga.Vol 87.- 1987. Pag: 662- 669.
- 27.- Leslie S. A. " Diagnosis and Treatment of Hysterical Conversion Reactions." Archives of Disease in Childhood. Vol 63. 1988. Pag: 506- 511.
- 28.- McGrath Robert E. O'Malley W. Brian. "The Assessment of Denial and Physical complaints: The Validity of the Hy Scale and Associated MMPI -

Signs." Journal of Clinical Psychology. Vol 42. No:5 . September 1986. -
Pag: 754-760.

- 29.- Maisami Mohammad. & Cols. " Conversion Reactions in Children as Body Language: A combined Child Psychiatry-Neurology Team Approach to the Management of Functional Neurologic Disorders in Childre ". Pediatric Vol 80.No 1.July 1987. Pag: 46 - 52.
- 30.- Merskey H. " The Importance of Hysteria". British Journal of Psychia -
try. Vol 149. 1986.Pag: 23 - 28 .
- 31.- Modai Ilan, Cygielman Galia. " Conversion Hallucinations - A Possible Mental Mechanism". Psychopathology. Vol 19. 1986. Pag: 324 - 326.
- 32.- Olivennes Amand."Etats mixtes perments.Discussion du rôle de la con-
version somatique des emotions. A prpos de deux cas ". Societe Medico-
Psychologique. Octobre 1986. Pag: 42-45.
- 33.- Pincus Theodore. & Cols. " Elevated MMPI Scores for Hipocondriasis, De
pression, and Hysteria in Patients with Rheumatoid Arthritis Reflect -
Disease Rather than Psychological Status ". Arthritis and Rheumatism
Vol 29.No 12.December 1986.Pag: 1456 - 1465.
- 34.- Puhakka Heikki J. & Cols. " Globus Hystericus: Globus Syndrome?." The-
Journal of Laryngology and Otology. Vol 102 March 1988. Pag: 231-234.
- 35.- Put. & Cols. " Cien casos de Histeria en el este de Libia: un estudio
sociodemográfico". Psychiatric.Vol 148. May 1986. Pag: 404-406.
- 36.- Rolak Loren A. " Brief Communication. Psychogenic Sensory Loss." The -
Journal of Nervous and Mental Disease. Vol 176.No 11. 1988. Pag:686 -
687.

- 37.- Schulman Jerome L. "Use of Coping Approach in the Management of Children with Conversion Reactions". J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Vol 27.No 6. March 1988. Pag: 785 - 788.
- 38.- Sirota. & Cols. " Conversive Hallucinations". British Journal of Psychiatry. Vol 151. 1987. Pag: 844- 846.
- 39.- Stevens Harold. " Is it Organic or Is it Functional. Is it Hysteria or Mlingering?." Neuropsychiatry. Vol 9 No2. June 1986. Pag: 241-253.
- 40.- Stickler Gunpar B. & Cols. " Astasia- Abasi.A Conversion Reaction." - Clinical Pediatrics. Vol 28. No 1. January 1989.Pag: 12-16.
- 41.- Strang J. Peter. & Cols. " Symptom Definition in Evaluation of Globus" Am J Psychiatry. Vol 144.no 10. October 1987. Pag: 1379 - 1380.
- 42.- Taylor David C. " Hysteria, Play-acting and Courage ". British Journal of Psychiatry. Vol 149. 1988. Pag: 37- 41.
- 43.- Thomson A P J and Sills J A . " Diagnosis of Functional illness presenting with gait disorder". Archives of Disease in Childhood. Vol 63.- 1988. Pag: 148-153.
- 44.- Tyrer P. & Cols. " The Nottingham Study of Neurotic Disoredr: Comparison of Drug and Psychological treatments." The Lancet. July 1988 . - Pag: 235-240.
- 45.- Weller Malcolm P.I. " Hysterical Behaviour in Patriarchal Communities - Four Cases, One with Ganser-like Symptoms". British Journal of Psychiatry. Vol 152. 1988. Pag: 687-695.
- 46.- Wessely Simon. " Mass Hysteria: Two Syndromes?." Psychologycal Medicine. Vol 17. 1987. Pag: 109-120.

- 47.- White Alfred. & Cols. "The Use of Thiopentone in the treatment of Non - Organic Locomotor Disorders". Journal of Psychosomatic Research. Vol 32. No 3. 1988. Pag: 249- 253.
- 48.- Wilson J.A. & Cols. " Globus sensation is not due to Gastro- oesophageal reflux." Clin Otolaryngol. Vol 12. 1987. Pag: 271 - 275.