

Luis Javier Sanz Rodríguez

Begoña Torres López

UN CASO DE TRASTORNO DE CONVERSIÓN ANALIZADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA

A CASE OF CONVERSION DISORDER ANALYSED FROM THE HOSPITAL INTERCONSULTATION PERSPECTIVE

■ RESUMEN

Se presenta en este trabajo un caso de trastorno de conversión caracterizado por una parálisis mixta (sensorial y motora) que afectaba al hemicuerpo izquierdo. La paciente, de 62 años, fue remitida a la interconsulta por los médicos internistas con el fin de descartar la presencia de un origen psicógeno de los síntomas, habiendo sido explorada por diferentes métodos diagnósticos sin obtenerse resultado patológico alguno.

Se valora la importancia de este tipo de cuadros en la práctica clínica de un hospital general y la necesidad de una correcta detección, evaluación e intervención de los mismos, siendo imprescindible el estudio de los síntomas individuales más allá de las etiquetas psiquiátricas para la comprensión de los mecanismos psicológicos subyacentes. Asimismo, se constata la relevancia del concepto de hysteria y sus subtipos (disociativo y conversivo) como elementos operativos a pesar de los intentos de las últimas clasificaciones de trastornos mentales de quitar importancia a estos términos para tratar de ofrecer descripciones supuestamente más neutrales y ateóricas.

Palabras clave: Trastorno de conversión, interconsulta, programas de enlace, psicoterapia.

■ ABSTRACT

This paper presents a case of conversion disorder characterized by mixed paralysis (sensory and motor) that involved the left half of the body. The patient, 62 years old, was sent to the interconsultation from her physicians, after being explored by different diagnosis methods without obtaining pathologic results.

The authors evaluate the importance of this kind of syndromes in the clinical practice of a general hospital and the need for a correct detection, evaluation, and intervention of these, being indispensable the study of the individual symptoms forward psychiatric labels in order to understand the psychological underlying mechanisms. In the same way, it being confirmed the relevance of the hysteria concept and its subtypes (dissociative and conversive) like operative elements in spite of the classifications of mental disorders tries of reduce importance to these terms and offer supposedly more aseptic and neutral descriptions.

Key-words: Conversion disorder, interconsultation, consultation-liaison programmes, psychotherapy.



■ INTRODUCCIÓN

El trastorno por conversión ha generado numerosa bibliografía en la primera mitad del siglo XX, pero este interés ha ido disminuyendo con el paso de los años. A la vez que su prevalencia ha ido decreciendo progresivamente. Ello, en parte, se ha debido al aumento de la precisión diagnóstica de las pruebas médicas, sobre todo las neurológicas. En la actualidad hay numerosos trabajos que señalan que en seguimientos a largo plazo, entre un 25% y un 50% de este tipo de trastornos acaban por ser diagnosticados de una enfermedad neurológica (es relativamente frecuente el diagnóstico inicial de trastorno por conversión en pacientes que finalmente son diagnosticados de esclerosis múltiple, miastenia grave y distonías idiopáticas o inducidas por sustancias) (1). Por ello, es importante el no desatender el estudio exhaustivo de este tipo de pacientes aunque inicialmente no se encuentre etiología orgánica que justifique los síntomas. No obstante, la presencia de un trastorno neurológico no excluye el diagnóstico de trastorno conversivo si los síntomas no pueden explicarse en su totalidad por la enfermedad.

Por otra parte, desde la perspectiva psicológica, frente a las teorías psicoanalíticas, que tanto debate han fomentado acerca de estos cuadros, han ido ganando vigencia otros enfoques más «modernos» y «asépticos» centrados en puntos de vista derivados de los valores occidentales que han propuesto clasificaciones diagnósticas que permiten estructurar y organizar los datos ganando en economía y fiabilidad, aunque descuidando la profundización en los mecanismos subyacentes a los síntomas (2).

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente (P) es una mujer de 62 años que tras sufrir un síndrome coronario agudo en enero de 2003, ingresa en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias y presenta, durante la hospitalización, un episodio de hemiparesia izquierda. Se realiza un estudio neurológico de la paciente en el que se refieren los siguientes hallazgos:

- Funciones corticales normales aunque con quejas verbalizadas de pérdida de memoria continua desde que ha ingresado.
- Hemiparesia izquierda no congruente por:
 - No distribución piramidal.
 - Fluctuaciones durante la exploración siendo la gesticulación manual aceptable.
 - Prácticamente anestesia global hemicorporal izquierda hasta línea media independiente.

Por tanto, en la exploración neurológica se concluye que existen datos discordantes que hacen sospechar origen no orgánico, al menos, no se explicaría todo el cuadro.

También presentaba cefalea resistente de características tensionales.

Por ello, se solicita valoración psicológica de la paciente. P. se encuentra levemente confusa y angustiada por la situación de estar ingresada. No aparenta estar muy preocupada por los síntomas que presenta y verbaliza en varias ocasiones sus deseos de ser dada de alta. Al inicio de la primera entrevista, se muestra reticente a ser evaluada, afirmando que su problema es exclusivamente físico y que no entiende el sentido de una exploración psicológica.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

• *Historia clínica*

Antecedentes biográficos

Nace en un ambiente rural siendo la novena de 11 hermanos. Acerca de su niñez comenta «no haber tenido infancia por haber tenido que trabajar en el campo desde los 9 años». Esta situación le impidió aprender a leer y escribir, circunstancia a la que le da mucha importancia en la actualidad, sintiéndose frustrada por ello. Con la excepción de los varones y una de sus hermanas, los cuales fueron a la escuela, el resto de los hermanos (mujeres) compartieron una situación similar.

Señala cómo en ocasiones durante las intensas jornadas de trabajo sólo podía ausentarse en caso de enfermedad y en alguna ocasión experimentó mareos y desmayos. Refiere que a lo largo de su vida ha vuelto a sufrir esos síntomas ante diferentes dificultades (por ejemplo, en el funeral por la muerte de su padre).

En cuanto a las relaciones sociales, no tuvo relaciones significativas con iguales aparte de las que tenía con sus hermanos. Está casada y describe la relación con su esposo como buena, sin conflictos importantes. Tiene dos hijas de 38 y 30 años de edad, ambas casadas y con hijos. Refiere que su relación con ellas siempre ha sido «de amigas» y que siempre le han contado todo; aunque reconoce que en ocasiones le tachan de sobreprotectora.

Antecedentes personales

La paciente no ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico previo. Hace 10 años demandó asistencia en Atención Primaria por insomnio y se le pautó mianserina, que estuvo tomando hasta que hace un año, su médico de Atención Primaria se lo cambió por paroxetina y bromazepam. En alguna ocasión refiere haber tomado hipnóticos, también pautados desde su Centro de Salud, por el insomnio.

Asimismo, P. ha sido diagnosticada de hipertensión arterial e hipotiroidismo y ha sufrido numerosas intervenciones quirúrgicas. Este último aspecto es muy relevante considerando que la paciente ha tenido 3 episodios anteriores de hemiparesia y todos han coincidido con períodos en los que ha estado hospitalizada (Tabla 1).

Tabla 1. Secuencia de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas realizadas a la paciente y su relación con episodios de hemiparesia.

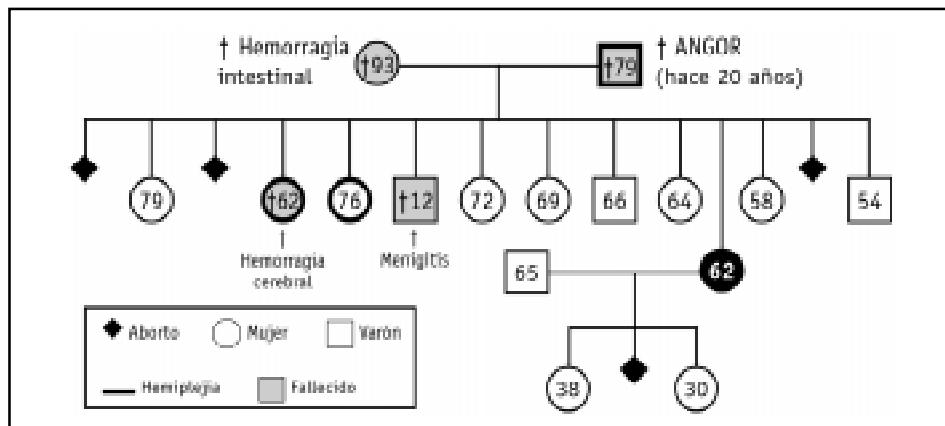
Edad	Descripción de la hospitalización	Episodio de hemiparesia
39	Intervención de matriz y ovarios	No
47	Intervención de vesícula	No
48	Intervención de cifoescoliosis (surgen complicaciones, sufre IAM)	Hemiparesia izquierda de 90 días de evolución (requiere rehabilitación)
50	ANGOR	No
52	Tromboflebitis en pierna izquierda	Hemiparesia izquierda (18 días)
55	Intervención de vesícula	No
57	Intervención de cifoescoliosis	Hemiparesia izquierda (15 días)
62	IAM (<i>ingreso actual</i>)	Hemiparesia izquierda

Antecedentes familiares

El único miembro familiar que tiene antecedentes personales psíquicos de interés es la hija menor de la paciente que en la actualidad se encuentra en tratamiento en el Centro de Salud Mental por episodios de ataques de pánico.

Por otro lado, como se aprecia en la figura 1, hay varios antecedentes de hemiplejías izquierdas en la familia. En primer lugar, el padre, a quien P. describe como una persona muy autoritaria y rígida («era un dictador»), a la vez que lo disculpa y justifica aclarando que la situación que les tocó vivir fue muy dura. En segundo lugar, dos de sus hermanas, las únicas que, según la paciente, se revelaron y enfrentaron a su padre y que tenían un carácter más fuerte. El resto de las hermanas, son más sumisas y aceptaban las normas del padre aunque todas coincidieron en que se casaron a edades muy tempranas para salir de casa lo más pronto posible.

Figura 1. Genograma de la paciente.



- *Proceso de evaluación*

Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la paciente, además de la entrevista psicológica se emplearon los siguientes instrumentos:

- Escala de Síntomas, SCL-90-R (Derogatis, 1977) (3), nos permite una evaluación general de síntomas psicopatológicos. Es un listado de comprobación de síntomas recogidos en 9 dimensiones con datos normativos españoles y propiedades psicométricas aceptables (4). En cuanto a la fiabilidad, ha presentado una buena consistencia interna en todas las subescalas (oscilando la alfa de Cronbach de 0,78 a 0,90), así como una adecuada validez predictiva (5). También ha demostrado adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12 (6).
- MCMII (Millon, 1987), es un cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso y que informan sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada, y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones se convierten en tasas base, cuyo punto de corte se sitúa en el valor de 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico. Cuenta con medidas de validez y sinceridad (7).

Resultados de la evaluación

En la entrevista, P. resulta colaboradora. No muestra total indiferencia por su hemiparesia, pero le resta excesiva importancia, centrándose más en las secuelas del síntoma que en la etiología. Se aprecia cierta tendencia a la somatización ante conflictos personales y familiares, así como una latencia de respuesta larga y dificultades para el recuerdo de nombres propios y fechas, que mejoran a lo largo de la entrevista. Refiere ciertos sentimientos de culpa en relación a la preocupación que su estado de salud pueda producir en sus familiares.

En cuanto a su personalidad, la paciente se describe como una persona sociable, ansiosa, muy activa, autoexigente y controladora. Asimismo, coincide con las características definitorias del patrón de conducta tipo-A (impaciencia, competitividad, hostilidad), teniendo en cuenta la forma en que se manifestaría considerando su género, edad y nivel cultural (8). Por otro lado, manifiesta repetidamente que intenta presentarse como una persona fuerte y evita pedir ayuda a sus familiares para no preocuparlos. Por ejemplo, cuando empieza a percibir pequeños indicios de algún posible problema físico (síntomas pre-infarto), no dice nada a nadie hasta que la situación requiere acudir a Urgencias y el cuadro requiere hospitalización. Este funcionamiento, es similar en lo referente a los estados emocionales. Paradójicamente, actúa en muchas ocasiones como una persona muy dependiente con aquellas figuras idealizadas. No impresiona de histrionismo o teatralidad aunque sí se advierte una

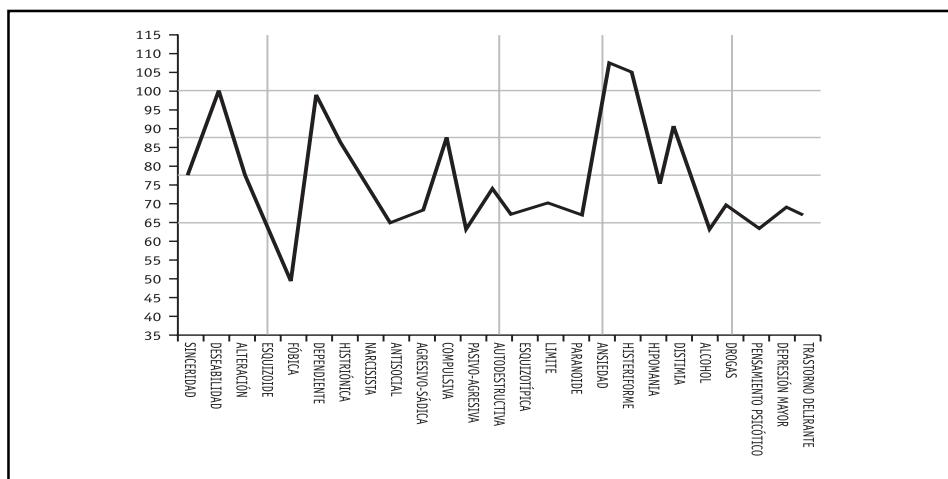
actitud seductora en el trato con los terapeutas a los que tiende a idealizar, a la vez que coloca al resto de profesionales (médicos, enfermería) en el otro extremo, desvalorizándolos.

Tabla 2. Resultados en las 9 dimensiones y los 3 índices globales de la SCL-90-R (amplitud teórica 0-4)

1. Somatización	2,41
2. Obsesivo-compulsiva	1,60
3. Susceptibilidad interpersonal	1,88
4. Depresión	2,23
5. Ansiedad	2,10
6. Hostilidad	0,83
7. Ansiedad fóbica	0,71
8. Ideación paranoide	0,33
9. Psicoticismo	0,50
10. Índice de severidad global	1,43
11. Total de síntomas positivos	63
12. Índice de malestar referido a síntomas positivos	2,04

En lo que se refiere a las variables psicopatológicas, entre los resultados de la paciente en la SCL-90-R (Tabla 2) destaca que las puntuaciones más altas se encuentran en las dimensiones de somatización, depresión y ansiedad. Las puntuaciones en el resto de escalas, así como en los índices globales, quedan por debajo de la media obtenida en los datos normativos españoles. Esta información coincide con la obtenida por la entrevista clínica y el cuestionario de Millon.

Figura 2. Perfil MCMI-II.



Respecto al perfil obtenido por P. en el MCMI-II (Figura 2), comentar lo siguiente; en las escalas de validación, es de resaltar el alto valor obtenido en «deseabilidad», la paciente aunque es sincera contestando la prueba tiende a hacer lo posible por presentar su mejor imagen, a parecer sana y causar una buena impresión negando tener alguna problemática en particular. En lo referente a las escalas clínicas de personalidad se observan elevaciones significativas en las escalas: «dependiente» (T:B = 98), «histriónica» (T:B= 84), «compulsiva» (T.B=87). Es decir, estamos ante una persona que necesita constantemente aprobación, atención y afecto por parte de los que la rodean, esto lo conseguiría por una parte comportándose de manera sumisa, mostrando escasa autonomía y una notable falta de assertividad (escala «dependiente»). Y por otra, mediante cierta tendencia a llamar la atención de los demás mediante la autodramatización (escala «histriónica»). La puntuación en la escala «compulsiva» podría indicar ese autocontrol de la paciente ante hacer aflorar sus deseos y sentimientos reales ante determinadas situaciones (en especial ante aquellas que le provocan ira o enfado).

En cuanto a las escalas que indican síndromes clínicos de intensidad moderada: vemos que P. se encuentra tensa, nerviosa e inquieta (escala de «ansiedad» =109), así como con un estado de ánimo bajo crónico (duración mayor de dos años) con sentimientos de desanimo, apatía, baja autoestima (escala de «distimia»=92). Y a ello se le añade su tendencia a expresar las dificultades psicológicas a través de canales somáticos (escala «histeriforme» =105). Por último, respecto a las escalas que indican trastornos graves de personalidad (esquizotípica, límite y paranoide) y síndromes clínicos graves (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante) ninguna de ellas sobrepasa una puntuación Tasa Base de 75, siendo por lo tanto no significativas.

EVOLUCIÓN

Se trata de una hemiparesia izquierda con cuatro días de evolución, con antecedentes de haber padecido tres episodios similares coincidiendo con ingresos hospitalarios, (dos de ellos remitieron espontáneamente y el primero, y más largo -3 meses- remitió con rehabilitación). La sintomatología (de instauración súbita) se caracterizaba por una parálisis mixta (sensorial y motora) que afectaba el hemicuerpo izquierdo y que fue evolucionando de día en día (ver Figura 3) (9). Acompañando esta clínica, refiere sensación de acorcharamiento en las extremidades y pinchazos en la planta del pie al levantarse que describe como punzadas de alfileres. Todo esto no le impide manejarse en la habitación aunque requiere de la ayuda de algún familiar para desplazarse.



Figura 3. Evolución topográfica de la hemiparesia a lo largo del ingreso.



Ilustración 1



Ilustración 2



Ilustración 3



Ilustración 4

En el primer contacto, la paciente se muestra ligeramente confusa, con latencia de respuestas larga y dificultades para el recuerdo de nombres propios y fechas, que mejoran a lo largo de la entrevista. Asimismo, refiere cefaleas de carácter tensional y los síntomas conversivos descritos que considera secuelas de su estado de salud deteriorado a causa del infarto agudo de miocardio. No se encuentra preocupada en exceso a pesar de que le comunican que se desconoce el origen de la hemiparesia (*belle indiference*). Describe la situación familiar quitando importancia a los problemas existentes e idealizándola.

En el transcurso de su ingreso, la paciente con la que comparte habitación fallece y se tiene que quedar sola con ella durante unas horas. P., vive este acontecimiento con mucha angustia e incrementa la tensión entre ella y el personal sanitario. Después surgen miedos a quedarse a solas en la habitación y continuas demandas de atención. Sin embargo, todo esto elictita la posibilidad de que ella saque el tema de la muerte en las entrevistas y el malestar que le genera al verse tan afectada por el fallecimiento de su compañera de habitación, recordando que se sintió incapaz de llorar tras las múltiples pérdidas de familiares que ha sufrido a lo largo de su vida (padre, madre, hermana). Parece que estos duelos no los ha elaborado adecuadamente.

■ JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La paciente cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de conversión (Tabla 3) (10). Uno de los principales problemas al hacer el diagnóstico de este tipo de cuadros es la dificultad para descartar completamente la existencia de una patología médica. Pero, además, el diagnóstico diferencial de las quejas médica mente inexplicables incluye diversos trastornos psiquiátricos (ver Tabla 4) (11).

Tabla 3. Criterios diagnósticos del trastorno de conversión según el DSM-IV-TR (10).

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan a la función motora voluntaria o sensorial y que sugieren una condición neurológica u otra condición médica general.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación de ambos está precedido por conflictos y otros estresores.
- C. El síntoma o déficit no se produce intencionalmente ni de manera fingida (como el trastorno facticio o de simulación).
- D. Tras el examen apropiado, el síntoma o déficit no puede ser explicado completamente por una condición médica general, o por los efectos directos de una sustancia, o por una conducta o experiencia sancionada por la cultura.
- E. El síntoma o déficit origina angustia o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, o justifica la evaluación médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita al dolor a una disfunción sexual, no acontece exclusivamente durante el curso del trastorno por somatización y no se explica por otro trastorno mental.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial del trastorno de conversión con otros trastornos psiquiátricos.

Trastorno	Comentarios
Trastorno depresivo mayor	Trastorno marcado por el estado de ánimo depresivo; incapacidad para concentrarse; trastorno del apetito, de la libido y de los patrones del sueño; y reducción del interés por actividades usuales. Las quejas somáticas se producen en el contexto de estos síntomas.
Trastorno de angustia	Trastorno marcado por un inicio agudo de ansiedad, acompañado por activación autonómica que disminuye. Puede aparecer después preocupación por sufrir una enfermedad, como por ejemplo un ataque al corazón, pero no es un aspecto central del trastorno.
Trastornos psicóticos	En los trastornos psicóticos marcados por delirios de enfermedad, las ideas delirantes son intensas y podrían interpretarse como extrañas.
Trastornos de somatización	En los trastornos de somatización también aparecen síntomas sensioro-motores. Pero este trastorno es crónico y empieza en edades más tempranas y que incluye síntomas de otros muchos sistemas orgánicos.
Trastorno por dolor	Trastorno en el que el dolor es el centro de la queja. Se cree que los factores psicológicos tienen un papel concreto en la intensidad del dolor y en su mantenimiento.
Hipocondría	Trastorno en el que la persona presenta una preocupación temerosa porque cree que padece una enfermedad grave, o en el que interpreta equivocadamente síntomas corporales como indicadores de que tiene una enfermedad corporal. A pesar de que se tranquiliza al paciente mediante pruebas y una evaluación médica, la preocupación continúa.
Trastornos facticios	En los trastornos facticios los síntomas están bajo el control voluntario y consciente, tras la búsqueda de asumir el papel de enfermo.

■ PRONÓSTICO

Dado que los síntomas de la paciente cumplen los siguientes factores de buen pronóstico (12):

- Existencia de un factor estresante identificable (hospitalización)
- Buen funcionamiento premórbido



- Inicio brusco
- Ausencia de otros trastornos mentales
- Ausencia de procesos legales
- Breve duración de la sintomatología en los episodios anteriores.
Por ello se espera una rápida resolución del episodio actual.

■ TRATAMIENTO

A lo largo de las entrevistas con la paciente, se persiguieron los siguientes objetivos:

- Promover la toma de conciencia en la paciente acerca de la relevancia de los componentes psicológicos en su estado de salud.
- Lograr el compromiso de acudir a su Centro de Salud Mental para estudio y posible tratamiento de sus síntomas.
- Tranquilizar a la familia y ofrecer una serie de orientaciones para el manejo de situaciones ansiógenas de la paciente. Este tercer objetivo surgió a raíz del acontecimiento con su compañera de habitación que generó ansiedad y miedo a quedarse sola en P.
- Ayudar a la paciente a verbalizar y expresar sus estados afectivos negativos y a compartirlos sin miedo a las preocupaciones o consecuencias que puedan ocurrir en su relación con los demás.
- Facilitar la identificación de sentimientos ambivalentes respecto a personas significativas a lo largo de su vida.
- Trabajar los duelos no resueltos (padre, madre, hermana).
- Combatir creencias irrationales acerca de su relación con los demás: «si me quejo, preocuparé a los demás y no me querrán», «si no evito todo el malestar a mis hijas, no soy una buena madre», etc.
- Creación, en la medida de lo posible, de una relación terapéutica de confianza que permitiera tratar principalmente los dos primeros objetivos, evitando fomentar una excesiva dependencia por parte de la paciente ya que el trabajo terapéutico tendrá que realizarse en su CSM.
- Coordinación con médicos internistas a cargo de la paciente, en la que se trató de evitar que la etiquetaran como somatizadora o simuladora y que ello repercutiese en la calidad de la exploración orgánica.

■ DISCUSIÓN

En este trabajo se ha tratado de recoger el proceso terapéutico desarrollado desde la interconsulta de un hospital general con una paciente que ingresó por un síndrome coronario agudo y que sufrió, durante la hospitalización, un episodio de

hemiparesia izquierda, siendo diagnosticada finalmente de trastorno de conversión. Con el trabajo terapéutico desarrollado se ha conseguido que la paciente tome conciencia de la relevancia de los componentes psicológicos en su estado de salud, a la vez que ha sido capaz de poner en palabras sus estados emocionales negativos, situando los conflictos psicológicos en el ámbito que corresponde y no en el corporal.

A pesar de la aparente disminución de la prevalencia de este tipo de cuadros, en la población general se encuentran datos que nos hablan de una incidencia anual del trastorno de 22 personas por cada 100.000 (13). En poblaciones más específicas, se trata del trastornos somatoformes más común (14). Así, hay estudios que encuentran que de un 5% a un 15% de las consultas realizadas a psiquiatría dentro de un hospital general son trastorno de conversión. Por lo tanto, aunque la prevalencia de este trastorno parece ser menor en la actualidad, todavía es relativamente frecuente encontrarlo en la interconsulta hospitalaria. Tanto en adultos como en niños, la proporción mujer-hombre es por lo menos 2:1 y como mucho de 10:1. En los hombres es más frecuente hallar algún factor desencadenante, por ejemplo, tras accidentes, en excombatientes, etc. Es más común en mujeres, de clase socioeconómica baja, a cualquier edad (15).

Este tipo de cuadros se han llamado reacciones de conversión, neurosis histéricas tipo conversivo, histeria aguda, y fueron asignados a una serie de síntomas «pseudoneurológicos» que afectasen a la motricidad voluntaria y al sistema nervioso sensitivo, llegándose con posterioridad a matizar como síntomas que producían cualquier pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugiera un trastorno físico, siendo evidente el mecanismo de conversión (síntoma como la expresión de un conflicto o necesidad psicológica, no pudiéndose explicar por ninguna condición médica o fingimiento (DSM-III, 1980)) (16). Hay una relación temporal entre un acontecimiento vital estresante, relacionado con conflictos subyacentes y necesidades emocionales, y el inicio o exacerbación de los síntomas (17, 18).

Anteriormente, en el DSM-II (1968) (19), con un criterio diagnóstica más de acuerdo con concepciones psicodinámicas, se distinguía entre dos tipos fundamentales de neurosis histérica: disociativa y conversiva. Sin embargo, con el tiempo, el concepto de la histeria se ha ido debilitando y en las siguientes ediciones del DSM la forma conversiva de histeria se sitúa dentro de una categoría de nueva creación que reúne a los llamados trastornos somatoformes. Por otro lado, la forma disociativa se independiza adquiriendo mayor relevancia hasta el punto de constituir un grupo nosológico por sí misma (20).

El DSM-III-R (1987) (21) incluyó que el síntoma tenía que ser una pauta de respuesta sancionada. Asimismo se contemplaba una concepción muy amplia de lo que podía considerarse como un síntoma de conversión, ya que incluía tanto aquellos que sugerían un daño neurológico, como los que afectaban al sistema vegetativo



(vómitos, desmayos) y al endocrino (pseudocesión). Ante esta conceptualización, Cloninger ha recomendado que se restrinja la etiqueta de trastorno de conversión solamente para los síntomas neurológicos, ya que éstos son los únicos que se ajustan al patrón transitorio del trastorno de conversión que cabe esperar que se produzca (12).

Algunos autores (22) han sugerido que el fenómeno de conversión debería ser considerado como un síntoma en vez de como un síndrome. En esta línea, el DSM-IV (1994) (23) y el DSM-IV-TR (2002) (10) han restringido la amplia definición que ofrecía la edición anterior, delimitando el problema a la existencia de uno o varios síntomas o déficit que afectan a la función motora o sensorial. Además, se proponen distintos subtipos en función de la modalidad de los síntomas presentados (motor, sensorial, convulsiones, y mixto). Aunque el DSM recoge este trastorno dentro del grupo de los somatomorfos, la CIE-10 (1990) (24) lo incluye dentro de los trastornos disociativos.

Se observa, por tanto, que a pesar de los progresivos intentos por realizar clasificaciones más «neutrales» sin referencias a concepciones teóricas existentes y de la consiguiente supresión de los conceptos de neurosis e histeria como términos operativos, sus principales formas clínicas siguen presentes en las últimas clasificaciones diagnósticas, bajo las etiquetas de otras categorías. Pero, sobre todo, se constata la presencia y la relevancia de este tipo de cuadros en la práctica clínica, y la necesidad de una correcta detección, evaluación e intervención de los mismos, siendo imprescindible el estudio de los síntomas individuales más allá de las etiquetas diagnósticas para la comprensión de los mecanismos psicológicos subyacentes.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez, P. «Utilización de metilfenidato en una parálisis de conversión: a propósito de un caso». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1990, 4, pp. 196-199.
2. De Cabo, B. «Conversión-somatización». En: S. Mascarell (ed.), *Aproximación a la histeria*, pp. 71-114. Madrid, Ed. Mayoría, 1980.
3. Derogatis, L. *SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1977.
4. González de Rivera, J. L., Derogatis L. R., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M., y Monterrey, A. L. *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson, Clinical Psychometric Research, 1989.
5. Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiusde, J., Franke, G. H., Reister, G., y Tress, W. «The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study». *Quality of Life Research*, 2000, 9, pp. 185-193.

6. Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., y Tress, W. «Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symtom Check List (SCL-90-R) as screening instruments». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999, 34, pp. 360-366.
7. Millon, T. *Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)*. Madrid, TEA, 1996.
8. Carmona, F. J., Sanz, L. J., y Marín, D. «Patrón de conducta Tipo-A y patología coronaria». *Psiquis*, 2002, 1, pp. 22-30.
9. Orengo, F. «Un caso de trastorno de conversión analizado desde una perspectiva psicodinámica, psicofisiológica y morfodinámica». *Arch de Neurobiol*, 1991, 3, pp. 111-121.
10. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona, Masson, 2002.
11. Holder-Perkins, V., y Wise, T. N. «Trastorno de somatización». *Advanced selected topics in psychiatry*. Barcelona, American Psychiatric Press, 2002.
12. Chorot, P., y Martínez-Narváez, P. «Trastornos somatoformes». En: A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología*, vol. 2, pp. 225-269. Madrid, McGraw-Hill, 1998.
13. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., y Grebb, J. A. *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid, Panamericana, 1996.
14. Thomassen, R., Van Hemert, A. M., Huyse, F. J., Van Der Mast, R. C., y Hengeveld, M. W. «Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders». *General Hospital Psychiatry*, 2003, 25, pp. 8-13.
15. Rojo, J. E., y Cirera, E. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona, Masson, 1997.
16. American Psychiatric Association. *DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC, APA, 1980.
17. Sánchez, J. M., Garzón, M. A., Bueno, G. M., y Vega, E. D. «Trastornos psicomáticos. Somatizaciones». En: S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal, y F. Torres (eds), *Manual de Residente de Psiquiatría*, pp. 667-700. Madrid, Litofinter, 1997.
18. Bataller, R., y Alvarez, P. «Trastornos neuróticos relacionados con factores estresantes y somatomorfos». En: S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal, y F. Torres (eds), *Manual de Residente de Psiquiatría*, pp. 1063-1108. Madrid, Litofinter, 1997.
19. American Psychiatric Association. *DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC, APA, 1968.
20. Orengo, F. «El concepto de disociación y conversión en la nueva edición de la clasificación internacional de enfermedades (ICD 10)». *Psiquis*, 1991, 12, pp.13-20.
21. American Psychiatric Association. *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición revisada*. Barcelona, Masson, 1988.



22. Ford, C. V., y Folks, D. G. «Conversion disorders: an overview». *Psychosomatics*, 1985, 26, pp. 371-383.
23. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1994.
24. Organización Mundial de la Salud. *CIE 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor, 1992.

Luis Javier Sanz Rodríguez
Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe
C/. Pisueña, 42 - 28042 (Madrid)
Email: luisja01@hotmail.com

Begoña Torres López
Residente de Psicología Clínica
Hospital Psiquiátrico de Madrid