

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

Lucía del Río y Anabel Gonzalez

# Cuando el cuerpo habla

Un abordaje integrador  
del trastorno conversivo

Lucía del Río Casanova  
Anabel Gonzalez Vazquez

# CUANDO EL CUERPO HABLA

*Un abordaje integrador  
del trastorno conversivo*

PAIDÓS

*1.ª edición, septiembre de 2021*

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Lucía del Río y Anabel Gonzalez, 2021

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 2021

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

ISBN 978-84-493-3866-3

Fotocomposición: Pleca Digital, S. L. U.

Depósito legal: B. 10.467-2021

Impresión y encuadernación en Limpergraf, S. L.

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como papel ecológico y procede de bosques gestionados de manera sostenible

Impreso en España – *Printed in Spain*

## SUMARIO

### Sección 1: Definición clínica, conceptualización y evolución histórica del trastorno conversivo

- |   |    |
|---|----|
| 1. ¿Por qué hablar del trastorno conversivo? . . . . .  | 11 |
| 2. ¿Cómo hemos llegado al diagnóstico de conversión?<br>Perspectiva histórica y evolución . . . . . | 25 |
| 3. Los cuadros conversivos en la práctica clínica . . . . .   | 39 |

### Sección 2: Trauma, apego y disociación, y su relación con el trastorno conversivo

- |   |     |
|---|-----|
| 4. De histéricas, héroes y prejuicios . . . . .   | 73  |
| 5. El cuerpo que expresa el trauma . . . . .  | 83  |
| 6. Apego, trauma y trastorno conversivo . . . . .   | 89  |
| 7. La disociación y la conversión: el concepto de disociación<br>psicomorfa y somatomorfa . . . . . | 107 |

### Sección 3: Neurobiología y regulación emocional

- |  |     |
|--|-----|
| 8. El cerebro te juega una mala pasada . . . . .   | 125 |
| 9. Vulnerabilidad y cicatrices: el papel de las emociones . . . . .                                    | 149 |
| 10. La desregulación emocional en los trastornos conversivos . . . . .                                 | 159 |
| 11. Las estrategias de regulación emocional y los niveles<br>de complejidad en la regulación . . . . . | 181 |

#### Sección 4: La evaluación del paciente conversivo

12. La exploración del paciente con trastorno conversivo . . . . .	193
--	-----

#### Sección 5: El tratamiento de los cuadros conversivos

13. El trabajo terapéutico: perfiles de pacientes y aspectos generales que hay que desarrollar. . . . .	223
14. Consideraciones sobre el encuadre terapéutico . . . . .	249
15. El trabajo psicoeducativo . . . . .	265
16. El trabajo sobre el nivel de activación basal . . . . .	277
17. El trabajo con los episodios y sus disparadores . . . . .	287
18. El trabajo con el cuerpo . . . . .	301
19. El trabajo con la regulación emocional . . . . .	309
20. El trabajo con autocuidado . . . . .	317
21. El trabajo en la conexión . . . . .	325
22. El trabajo con partes: la compartimentalización . . . . .	333
23. El trabajo con los recuerdos traumáticos . . . . .	353
24. El trabajo con los vínculos . . . . .	365
25. Cada paciente es diferente: reflexiones sobre el papel de la personalidad . . . . .	377
26. Corolario . . . . .	395
Bibliografía . . . . .	397

## CAPÍTULO 1

### ¿POR QUÉ HABLAR DEL TRASTORNO CONVERSIVO?

Cuando decidimos adentrarnos en la aventura de escribir este libro nos planteamos una idea fundamental: escribir aquello que nos hubiera gustado encontrar cuando empezamos a investigar y tratar a pacientes con este trastorno. Más que recoger información diversa de modo exhaustivo, hemos querido hacer en lo posible una integración de esas informaciones con dos objetivos centrales. El primero, entender cómo se originan y desarrollan estas patologías. El segundo, inseparable del anterior, plantear un abordaje terapéutico específico. La comprensión del origen es en sí misma una intervención terapéutica cuando se hace de modo colaborativo con el paciente. Para el profesional, además, es la guía para la intervención en una patología más caracterizada por la diversidad de presentaciones clínicas y contextos relacionales que por su uniformidad.

En la literatura existen muchas aportaciones que van desde las primeras conceptualizaciones psicoanalíticas de cuando empezó a definirse el trastorno hasta el énfasis de la neurología en el diagnóstico diferencial, las modernas teorías del trauma, el concepto de disociación somatomorfa y el área de la regulación emocional. En los últimos años hemos de añadir las nuevas gafas que nos aportan los estudios de neuroimagen, que han arrojado algo más de luz sobre los correlatos neurobiológicos de este trastorno. Pero ¿cómo aunar todas estas piezas en una conceptualización coherente? Este es nuestro desafío y con ese propósito se irán desarrollando los capítulos.

El trastorno conversivo es un diagnóstico rodeado de distintos tipos de incompreensión, que empieza ya desde el concepto en sí mismo y la definición del cuadro. Valga como ejemplo una sesión clínica, muchos años atrás, en la que se presentaba un caso clínico de pseudocrisis en la

que colaboraban neurólogos y psiquiatras. Los neurólogos expusieron con todo detalle qué aspectos de la exploración neurológica habían de tenerse en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial, cómo habían llegado a la conclusión de que el paciente no tenía epilepsia y era, por lo tanto, un cuadro conversivo. Los psiquiatras colaboraron por su parte en esta discriminación minuciosa de por qué no se trataba de epilepsia. Entonces, uno de los neurólogos planteó una pregunta de lo más lógica: «Bueno, ahora que sabemos que no es epilepsia, ¿qué se hace con este caso?». Ninguno de los psiquiatras presentes en la sala supo dar una respuesta. Pese al tiempo que ha transcurrido desde entonces, las cosas no han cambiado demasiado.

En los últimos años hemos centrado nuestras investigaciones en los cuadros conversivos. Eso nos hizo revisar muchas contribuciones, hacernos muchas preguntas y plantearnos muchas hipótesis. Este no va a ser un libro de certezas y convicciones, sino de reflexiones y de propuestas. Pese a ello, queremos primar la aplicabilidad clínica. Recorramos de entrada algunos aspectos relevantes sobre esta patología para adentrarnos posteriormente más a fondo en diversas áreas.

### **Los cuadros conversivos: olvido, negación y rechazo**

Aunque el trastorno conversivo figura en las clasificaciones internacionales, no está igualmente presente en la mente de los profesionales psicólogos y psiquiatras. Estos cuadros y su antepasado, la histeria, habían sido objeto de estudio y reflexión detallado a finales de siglo XIX y principios del siglo XX, etapa en la que se elaboraron diversas propuestas conceptuales y de intervención terapéutica. Sin embargo, más adelante pareciera que hubieran desaparecido, tanto de las publicaciones científicas como de los diagnósticos clínicos. Los residentes de Psicología y Psiquiatría sabían poco más que la definición del trastorno conversivo y el diagnóstico era por exclusión. Cuando se presentaba un caso con sintomatología que no encajaba bien en ningún trastorno orgánico, iba al fondo del saco de lo disociativo/conversivo. Si la sintomatología predominante era neurológica, la etiqueta era la de conversión. Esta falta de definición en positivo suponía además el riesgo de acabar dando este

diagnóstico a trastornos con síntomas atípicos o a enfermedades raras para las que no había pruebas específicas.

Abandonadas por la psiquiatría, estas patologías pasaron a ser atendidas en las consultas de neurología o de otras especialidades médicas. Estos especialistas solo podían limitarse a descartar otros cuadros en los pacientes, a descartar las patologías que estaban en los libros de esas especialidades como la epilepsia, la parálisis, la amnesia u otros cuadros orgánicos, que serían las enfermedades «genuinas». El paciente conversivo tenía síntomas parecidos, pero no eran «de verdad». El mensaje que se daba a los pacientes que acudían a urgencias era muchas veces que «no tienen nada» y que el tratamiento consistía en esperar «a que se pase solo», dejando transcurrir el tiempo. Esto, como veremos, no refleja el curso natural de la totalidad de los cuadros conversivos.

La psiquiatría como profesión ha atravesado también etapas muy diversas. En una época de reivindicación de su inclusión como especialidad médica y en la que tuvo lugar el paso de la atención en los antiguos psiquiátricos a los hospitales, el estudio de los trastornos mentales buscó seguir un curso similar al de otras especialidades médicas. Se hizo hincapié en conocer cómo los diferentes síntomas se agrupaban en síndromes que darían lugar a los diferentes trastornos mentales, para los que se estudiaban primordialmente los factores médicos implicados, dejando de lado las concepciones biopsicosociales, más integradoras.

Al tiempo que esto ocurría, se fueron encontrando alteraciones genéticas vinculadas a muchos trastornos mentales y se fueron describiendo una serie de disfunciones en circuitos neuronales asociados a diferentes trastornos. Esto despertó gran interés, aunque los factores genéticos no acabaron de resultar específicos ni aportaron una herramienta útil al diagnóstico. Sin embargo, sí permitieron interesantes avances en el campo de la psicofarmacología, contribuyendo a entender por qué algunos fármacos funcionaban de modo diferente en unas personas y en otras.

Esto también tuvo su repercusión en la visión sobre el trastorno conversivo. Algunos trastornos mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar encajaban mejor en el modelo biomédico en el que se movían muchos profesionales de la psiquiatría. Eran cuadros de gravedad innegable, en los que parecía haber un componente genético y que



respondían mejor a psicofármacos. Por tanto, las sesiones clínicas en los servicios de psiquiatría raramente giraban alrededor de los cuadros conversivos, que se convirtieron en pacientes incómodos, difíciles de entender y de encajar en el esquema general de los que debían hacerse cargo de ellos. Algo bien distinto de épocas pasadas, cuando el psicoanálisis pivotó sobre estos trastornos gran parte de sus articulaciones teóricas y de sus propuestas terapéuticas.

El concepto de conversión ha ido muy ligado al psicoanálisis desde sus inicios, y ha corrido la misma suerte que esta disciplina, que en los últimos años se ha hecho menos predominante entre los terapeutas, para dejar paso a corrientes más biologicistas entre los psiquiatras y más cognitivo-conductuales, centradas en el aquí y ahora, entre los psicólogos. Algunos autores han señalado que el rechazo hacia los sujetos «histéricos» o la falta de atención a estos cuadros en los planteamientos terapéuticos globales ha sido una manifestación más del rechazo hacia el propio psicoanálisis (Álvarez, 2020). En este choque de modelos teóricos, los pacientes conversivos han sido los grandes perdedores.

Para un psiquiatra de orientación biológica resulta a menudo más interesante tratar a pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar, que abordarán desde un punto de vista centrado en la psicofarmacología o en nuevas técnicas como la estimulación cerebral profunda. Para un psicólogo cognitivo-conductual las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo, cuyos tratamientos están basados en técnicas como la exposición progresiva, los registros y las tareas para casa, serán gratos objetos de estudio. Los cuadros conversivos, sin una definición conceptual clara hasta la fecha fuera de lo psicoanalítico, y que no suelen funcionar con ninguno de los tratamientos que acabamos de describir, simplemente quedaron en una especie de limbo. Si los pacientes se resistían a ser ignorados y daban problemas importantes a sus familias o a los profesionales, no pocas veces se culpabilizaba al paciente, equiparando la conversión a la simulación caprichosa e intencionada. Los síntomas se explicaban como «llamadas de atención» o «intentos de manipulación» y desde ahí la actitud terapéutica era la de ignorar el síntoma o incluso penalizar a quien lo sufría de modo directo o indirecto. Esto ha seguido siendo así hasta que volvieron a emerger las modernas teorías sobre el trauma y la disociación, de las que hablaremos más adelante.

Otro factor que puede haber contribuido a la aparente invisibilidad de los cuadros conversivos es el gran cambio en cómo se presentan los síntomas a lo largo de las últimas décadas. Ya no es tan frecuente ver soldados en sillas de ruedas, afectados de lo que se denominó entonces neurosis de guerra, o al menos sus manifestaciones parecen pasar más desapercibidas hoy en día. También es menos frecuente observar las grandes crisis conversivas que describían los clásicos en sus pacientes histéricos, o quizá sus manifestaciones han ido variando de la misma manera que lo ha hecho la sociedad en la que emergen. Puede que también la atomización de la medicina moderna en múltiples subespecialidades y el cambio en la función de la figura del médico nos haya hecho perder una visión más global y personal del paciente, algo de particular importancia en los cuadros conversivos.

Como muchas veces ocurre en el campo de las teorías psiquiátricas y psicológicas, a finales de los años noventa el interés por el trastorno conversivo empieza a renacer. Esto ocurre, sobre todo, de la mano de las teorías modernas del trauma y la disociación, áreas que ya en el siglo XIX se habían desarrollado en estrecha relación con la conversión. Otra área que ha presentado desarrollos interesantes sobre la conversión ha sido el campo de la regulación emocional, tanto desde las diversas teorías emergentes como desde los hallazgos de la neurobiología en las últimas décadas. Aquí las aportaciones son más nuevas y ofrecen una perspectiva diferente, pero muy interesante, sobre estos cuadros. En esta nueva etapa hay que destacar algunos nombres, cuyas propuestas iremos describiendo, tales como Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, Annemiek Van Dijke o Kasia Kozłowska, entre otros, que han trabajado en la comprensión de los cuadros conversivos. Hablaremos con detalle de estas y otras aportaciones en los siguientes capítulos.

Nos falta mucho por entender y desarrollar, sin embargo. Sin un tratamiento específico, algunos de estos pacientes acaban por recuperarse espontáneamente de sus síntomas, ya que es frecuente el curso en brotes, pero persisten las tendencias disfuncionales subyacentes. Un porcentaje significativo de casos se cronifican o muestran síntomas de forma remitente-recurrente (es decir, va y viene, aparece y desaparece a lo largo del tiempo), lo cual supone una importante limitación funcional. Los problemas asociados a los síntomas más evidentes mu-

chas veces no se desmontan por sí solos y generan problemas a muchos niveles.

### **Sin mapa no hay territorio**

Si no sabemos un idioma, poco podremos deducir de un largo discurso en esa lengua. Oímos sonidos, pero no tienen significado para nosotros. Del mismo modo, nuestros paradigmas condicionan lo que vemos en nuestros pacientes. Si los cuadros conversivos no son objeto de nuestro interés, no exploraremos su presencia en las personas con las que trabajamos excepto si esto se presenta como un síntoma agudo frente a nosotros. Por otra parte, la creencia que comentábamos anteriormente de que lo conversivo tiene que ver con demandas de atención o manipulación puede ser la causa de que no se explore en profundidad para no contribuir a que los síntomas se magnifiquen o prolonguen en el tiempo. Podríamos entender erróneamente que al prestarles más atención estaríamos «entrando en el juego» patológico del paciente.

Otro aspecto que puede encauzar la exploración del profesional de salud mental a áreas diferentes de los síntomas conversivos son los objetivos terapéuticos. No habiendo fármacos «anticonversivos», el psiquiatra puede focalizarse en la sintomatología que puede abordarse más específicamente con medicación, y el psicólogo más en conductas o creencias que puedan modificarse, como las tendencias evitativas, las distorsiones cognitivas o los problemas de asertividad o búsqueda de soluciones. Si no tenemos una estrategia específica para tratar los síntomas conversivos en sí mismos, nos centramos en otras áreas más periféricas, pero también más genéricas. Siendo pragmáticos, nos centramos en lo que para nosotros es modificable y, aunque muchas de estas estrategias pueden ayudar, no van al núcleo del problema. En ocasiones, pueden incluso ser contraproducentes. Si ante el fracaso de un fármaco, buscamos otro fármaco, el paciente puede acabar con dosis importantes de medicaciones múltiples, sin que consigamos encauzar el problema en modo alguno.

Adelantándonos un poco a lo que iremos explicando, lo cierto es que estas creencias de los profesionales sobre los cuadros conversivos tienen

poco que ver con lo que dice la evidencia empírica. Existen abordajes específicos y los pacientes se benefician de ellos. Además, los síntomas conversivos son mucho más frecuentes de lo que creemos. Como no preguntamos, muchas veces estos síntomas pasan desapercibidos en medio de la variedad de problemas que nuestros pacientes presentan. Muchos ni siquiera llegan a las consultas de salud mental y están repartidos entre diversas especialidades médicas. Además, generan niveles importantes de discapacidad personal y sociofamiliar, y consumen gran cantidad de recursos sanitarios (Matin *et al.*, 2017), que serían seguramente mucho mejor empleados si se diseñaran programas específicos.

Vamos, por tanto, a los datos empíricos. Se estima que hasta un tercio de la población general puede sufrir en algún momento de su vida algún síntoma de tipo conversivo, aunque no sea suficientemente grave como para hacer un diagnóstico de trastorno conversivo. Las cifras correspondientes a la prevalencia del trastorno son variables en diferentes muestras. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) nos hablaba de una horquilla de entre 11 y 500 casos por cada 100.000 habitantes (American Psychiatric Association, 2000). Los porcentajes son lógicamente muy distintos entre los estudios que valoran la prevalencia de estos cuadros en la población general (en torno a un 0,3%) y los que evalúan la presencia de síntomas conversivos en poblaciones en riesgo o con alguna comorbilidad relacionada (hasta un 50% en algunas muestras) (Fricke-Neef y Spitzer, 2013). En cuanto al número de casos, un estudio a lo largo de doce meses realizado en el Reino Unido arroja una incidencia de 1,3 por cada 100.000 habitantes (Fricke-Neef y Spitzer, 2013).

Si hablamos de síntomas conversivos aislados, leves o que se resolvieron espontáneamente (no serían por tanto de entidad suficiente como para hacer un diagnóstico de trastorno), los porcentajes son muy superiores. Vedat Sar y colaboradores (2009) destacan que un 48,7% de las mujeres turcas que evaluaron habían padecido en algún momento concreto de su vida algún síntoma que se podría caracterizar como conversivo. Este estudio pone de manifiesto la alta frecuencia de sintomatología conversiva subclínica en la población general y, además, plantea la cuestión de cómo esta mayor prevalencia podría relacionarse con factores culturales.

Volviendo de nuevo a contrastar las creencias predominantes en los profesionales con los datos empíricos que muestra la investigación, la idea de que estos cuadros se resuelven por sí solos no se corresponde con lo que muestran los estudios. La evolución del trastorno tiende a la cronicidad aunque en porcentajes variables en distintos trabajos. Por ejemplo, un estudio de seguimiento durante catorce años sobre debilidad motora conversiva refirió que solo un 20% tendrían una curación completa (Gelauff *et al.*, 2019). De igual modo, se calcula que hasta un 70% de los casos tendrán recidivas a lo largo de los años (Régny y Cathébras, 2016). Sin embargo, otro estudio en síntomas motores faciales encontró altas tasas de recuperación para este subtipo clínico (Simhan *et al.*, 2020). Por tanto, parece que no todos los tipos clínicos tienen la misma tendencia a la cronicidad, que, además de la manifestación concreta, dependerá también de otros factores. En general, estos datos poco alentadores nos dicen que el trastorno conversivo es una patología más grave de lo que se suele considerar y pone de manifiesto la necesidad de replantear la respuesta terapéutica a dicho trastorno.

Algunos factores socioculturales pueden haber contribuido a la actitud hacia los trastornos conversivos. Debido a la escasez de literatura específica que defina y analice estos cuadros (más allá del psicoanálisis), es más fácil que determinadas ideas sobre el trastorno se hayan filtrado en las concepciones de los profesionales. Los prejuicios, en muchos casos relacionados con una cuestión de género, a los que se había visto sometida la histeria en los siglos pasados, han sido arrastrados por sus sucesores: la disociación y la conversión. Es cierto que estos cuadros son más frecuentes en mujeres, oscilando la relación entre mujeres y hombres adultos con este trastorno entre 2:1 y 10:1 en función del estudio. Además, esta diferencia de género es más marcada en los adultos jóvenes y en los niños (Sadock y Sadock, 2004). De hecho, las primeras teorías sobre la histeria estaban directamente relacionadas con lo femenino, asociándola al útero migrante en mujeres en la Grecia clásica y a la insatisfacción sexual de estas. El carácter patológico y los graves problemas subyacentes a esta patología se trivializaron y minimizaron, hasta que la sociedad se vio sacudida por las grandes guerras mundiales. Los cuadros conversivos comenzaron a manifestarse en los valientes soldados que venían del frente, con heridas que no eran físicas pero que se expresaban a través

del cuerpo y en los que la existencia de un trauma devastador era innegable. Aunque las modernas teorías traumáticas sobre los trastornos conversivos surgen en parte de esta etapa, las sociedades tienen gran capacidad para el olvido. Los cuadros conversivos siguieron así asociados, por el peso de la tradición histórica, a lo femenino y una supuesta hiperemocionalidad propia de este género, que llevaría a las mujeres a exagerar y teatralizar sus reacciones.

Otros factores sociodemográficos que se han relacionado con la aparición del trastorno conversivo (TC) son el estatus socio-económico bajo, la pertenencia a comunidades rurales y un menor nivel educativo (Ali *et al.*, 2015), lo que también puede generar sesgos a la hora de su reconocimiento. Parece que las culturas occidentales expresan más el malestar a través de síntomas psicológicos o de enfermedades con diagnóstico médico autorizado, y por tanto, tiene sentido que las manifestaciones clínicas relacionadas con el cuerpo hayan ido evolucionando para parecerse a otras enfermedades actuales. Además, la tendencia de la medicina moderna a definir múltiples etiquetas diagnósticas ha llevado a que hayan aparecido diversos síndromes difíciles de delimitar y rodeados de controversia, como la fibromialgia, la fatiga crónica, el síndrome de sensibilidad múltiple o el colon irritable, que se acompañan a veces de muchos otros síntomas somáticos que quedan fuera del cuadro clínico. Posiblemente parte de estas patologías esté asociada a algún factor inmunológico, reumático o neurológico, pero otros casos recuerdan mucho a la agrupación de síntomas múltiples que en el siglo XIX se definió como histeria o al posterior diagnóstico de trastorno de somatización. Si bien asociar todo lo inespecífico y todo aquello para lo que aún no tenemos explicación a causas psicógenas es un error (puede haber factores que aún no han sido descubiertos), no incluir en la ecuación los factores emocionales y un posible origen conversivo tampoco tiene sentido. Si empezamos a abordar los trastornos mentales de expresión psicósomática como patologías merecedoras de nuestra atención, probablemente para los pacientes sea también más aceptable que sus problemas tengan ese origen.

Por último, muchas veces lo que ocurre con estos casos es consecuencia de nuestro modo de abordarlos, pero no somos conscientes de ello. Con frecuencia los síntomas conversivos tienen una evolución benigna, pero cuando esto no es así y se repiten o se cronifican, a veces nos

sorprendemos con que el paciente deja de acudir a un sistema de salud que no da respuesta a su problema. Quizá reaparecen en un momento de crisis en urgencias, donde les ve un profesional distinto cada vez, que da una respuesta puntual. Otras veces los síntomas no están en el centro de la demanda del paciente y, a menos que aparezcan de modo agudo frente al terapeuta, pueden no ser explorados y permanecer ignorados. Con frecuencia muchos de estos síntomas coexisten con otras manifestaciones postraumáticas, disociativas, somatomorfias y relacionadas con la desregulación emocional, y pueden destacar más los estados depresivos o los problemas conductuales asociados (Van der Kolk *et al.*, 1996). En resumen, tiene sentido que los síntomas conversivos formen parte de la exploración psicopatológica habitual. Y, cuando los vemos, hemos de ahondar en lo que los rodea; el síntoma conversivo puede ser la punta de un iceberg mucho más grande y profundo al que conviene prestar atención.

### **El trastorno conversivo: los peregrinos del sistema sanitario**

Los pacientes con trastorno conversivo, dadas las características de sus síntomas, van pasando por evaluaciones de múltiples profesionales del ámbito médico y psicológico. Peregrinan de consulta en consulta, de especialidad en especialidad, en busca de una explicación para sus síntomas que se demora o que nunca llega. Por el camino, no solo se produce un gasto médico desproporcionado, sino que se genera un daño acumulado en la persona que espera y desespera.

Un sujeto con estos síntomas es, además, un visitante incómodo. Aunque los profesionales no se lo comuniquen al paciente de modo explícito, o a veces incluso no se lo digan a sí mismos internamente, en el fondo no se les considera «verdaderos» enfermos o se cree que su motivación es la búsqueda caprichosa de una atención que no merecen, o la manipulación y el engaño a través de sus síntomas. El paciente es tratado con frecuencia como un simulador consciente, como si fingiese sus síntomas para obtener un beneficio secundario, o como si no tuviese otra motivación que fastidiar a los profesionales. A pesar de que todos los estudios indican que las características de los pacientes conversivos son

diferentes de las de los simuladores, tanto desde el punto de vista de su perfil psicológico como a la hora de estudiar las respuestas neurofuncionales de unos y otros (Galli *et al.*, 2017) siguen escuchándose valoraciones médicas plagadas de prejuicios más o menos explícitos. En cualquier caso, estos pacientes perciben claramente la hostilidad con la que el sistema sanitario reacciona ante ellos y los rebota hacia otro dispositivo.

De todos modos, el hecho de que estos pacientes no acudan de entrada a los servicios de salud mental no tiene que ver solo con las actitudes de los profesionales o su disposición para tratarlos. La frecuente desconexión y desregulación emocional hace que estos pacientes prefieran pensar que su problema es orgánico y se resisten a considerar los factores psicológicos que puedan estar contribuyendo al mismo. Si la mayoría de las veces han recibido explicaciones para lo que les pasa del tipo «no tiene usted nada», se refuerza su empeño por hacer visible su sufrimiento y porque alguien lo legitime como auténtico. Necesitan una explicación para su sufrimiento que no sea que es irreal y que se lo están inventando. Necesitan una prueba de que algo les pasa y la buscan donde creen que pueden encontrar una evidencia palpable, a poder ser con pruebas físicas que lo demuestren, que les den un «certificado de autenticidad».

En muchos casos, el paciente es valorado de entrada en Atención Primaria o en un Servicio de Urgencias y si predominan los síntomas neurológicos, será derivado al Servicio de Neurología, en donde se centrarán principalmente en descartar una patología propia de su especialidad. Se calcula que entre un 4 y un 30% de las consultas de neurología se dedican a atender a pacientes con trastorno conversivo, que los neurólogos denominan síntomas funcionales (Carson *et al.*, 2000; Stone *et al.*, 2009; Vuilleumier, 2005). Tras la realización de una exhaustiva exploración física y neurológica se suelen pedir pruebas complementarias sin mucha convicción («por si acaso hay algo físico»), que arrojan resultados negativos o poco esclarecedores. La sintomatología que presenta el paciente se etiqueta entonces como funcional o psicógena. Después puede derivarse el caso al psiquiatra, que quizá lo envíe al psicólogo o bien descarte hacerlo pensando que no serviría para mucho. Entretanto, quizá recorra otras consultas, como por ejemplo de fisioterapia, rehabilitación, etc.



Los profesionales de salud mental denominamos a esta entidad clínica trastorno conversivo, haciendo énfasis en que no solo es la ausencia de una enfermedad física que explique los síntomas lo que sería definitorio de esta patología, sino que se dan unas características psicológicas concretas para que el paciente *convierta* su malestar psicológico interno en un síntoma físico. Sin embargo, como veremos, este término es sintomático de otra confusión conceptual: partimos de la idea de que lo físico y lo psicológico son elementos diferenciados, algo que desde distintos campos está siendo cuestionado. Además, se han establecido distintas etiquetas como trastorno conversivo, disociación somatomorfa, trastornos somáticos o somatomorfos, trastornos neurológicos funcionales, síntomas psicógenos e histeria, o incluso la propia área de la medicina psicosomática, tratando de categorizar las manifestaciones sintomáticas de la relación mente-cuerpo (Robles *et al.*, 2013). Esta visión dicotómica cartesiana de la división entre mente y cuerpo no solo genera problemas en lo relativo al trastorno conversivo, sino en toda la profesión médica, aunque quizá es en estos cuadros limítrofes (los conversivos, somatomorfos y psicosomáticos) donde más se pone de manifiesto. La investigación moderna se está encargando de cuestionar este concepto.

Otro de los lugares en los que encontramos los trastornos conversivos perdidos por el sistema son las consultas de pediatría. De hecho, el trastorno conversivo es más frecuente en niños que en adultos. En un estudio australiano, la edad media de presentación de los síntomas conversivos fue de 11,8 años, siendo un 23% de los sujetos menores de diez años. Igualmente, el estudio destacaba que la presentación sintomática era compleja y que un 55% de los niños presentaban múltiples síntomas conversivos (Kozalowska *et al.*, 2007). Como veremos, además, algunos de los factores que se barajan para explicar cómo se generan estos cuadros tienen que ver con el desarrollo infantil, el apego y el trauma temprano, elementos que contribuyen a modular los estilos de regulación emocional y la configuración de la identidad.

## Una patología fascinante

Tus preguntas son falsas si ya conoces las respuestas.

JOSÉ SARAMAGO

No es casual que el estudio de los pacientes con histeria —los precursores de nuestros conversivos— estuviese estrechamente ligado al surgimiento de la psicoterapia y la psicología como disciplinas. Estos pacientes no encajaban en los diagnósticos médicos ni respondían a los tratamientos disponibles, y ello dio lugar a hipótesis no solo sobre estas patologías concretas, sino sobre el funcionamiento del psiquismo. A partir de los estudios que Breuer, Freud, Janet y otros psicoanalistas posteriores hicieron sobre sus pacientes histéricos se fue generando una exploración de lo que ocurría en la mente, un lenguaje para describir los fenómenos intrapsíquicos y la psicoterapia como forma de tratamiento: la cura a través de la palabra, el método catártico, la hipnosis, etc. Los autores de finales del siglo XIX se centraron en las patologías para las que la medicina en desarrollo no encontraba respuesta y se dieron cuenta de que tras la apariencia física de los síntomas conversivos había un conflicto de origen psicológico. Desde los elementos contradictorios, los problemas sin respuesta y las paradojas se genera nuevo conocimiento. En ese sentido los trastornos conversivos son un enigma que se resiste a ser descifrado con ecuaciones simples.

Los cuadros conversivos nos hablan de encrucijadas. Nos dicen que el cuerpo y la mente no son entidades separadas, sino estrechamente interconectadas. Cuestionan el propio concepto de enfermedad mental que había intentado asemejarse a las patologías médicas clásicas. Nos colocan frente a las limitaciones de nuestros abordajes, sobre todo cuando estos se focalizan únicamente en un área concreta como los neurotransmisores o la cognición. Nos obligan a considerar la influencia de los entornos tempranos y de los contextos familiares en la patología individual. Es en la periferia de las certezas donde pueden surgir nuevos desarrollos. Esto se nos fue haciendo evidente cuando tratábamos de dar sentido a las contribuciones tan dispares que sobre ellos se recogen en la literatura.

Desde un punto de vista más práctico, cuando empezamos a reflexionar sobre los casos que habíamos visto en la clínica y sobre aquellos en los que habíamos profundizado también desde un punto de vista experimental, nos dimos cuenta de la gran heterogeneidad del trastorno. Cada paciente era de su padre y de su madre, como dice la sabiduría popular, pero como dice también la moderna neurobiología del desarrollo, que muestra cómo el vínculo con los progenitores y las estrategias de regulación aprendidas en la infancia tendrán mucho que ver con esta patología. Distintos profesionales han trabajado con estos casos desde muy diversos abordajes, contando todos ellos con éxitos y fracasos. En nuestros estudios sobre esta patología, la diversidad sintomática resultó ser más la norma que la excepción. La comprensión y el tratamiento de los cuadros conversivos nunca va a consistir en encontrar un fármaco o una técnica terapéutica que dé respuesta a todos los casos. Lejos de desalentarnos, esto resulta estimulante, de hecho ¿no fue este interés en resolver los misterios de la mente humana lo que nos animó a embarcarnos en esta profesión?

Esta heterogeneidad no ha de desanimarnos a la hora de tratar de entender y encontrar guías para orientarnos en la toma de decisiones. Lo que sí es cierto es que no podemos explicar la complejidad sin una mirada amplia, global e integradora. Si entendemos las rutas que llevan al desarrollo de los síntomas, se nos hará más fácil buscar cómo modificar los elementos disfuncionales. Dentro de esa complejidad trataremos de definir perfiles de pacientes que nos ayuden a planificar abordajes terapéuticos específicos.