

NO OIGO Y NO ESTOY SORDA: ¿ALGUIEN ME LO PUEDE EXPLICAR?

I CAN'T HEAR AND I'M NOT DEAF: CAN ANYONE EXPLAIN IT TO ME?

Raquel Seijas Gómez y Guillermo Larraz Geijo

Hospital Universitario Son Espases

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Seijas Gómez, R., y Larraz Geijo, G. (2014). No oigo y no estoy sorda: ¿Alguien me lo puede explicar? *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 77-91.

Resumen

Los trastornos conversivos se caracterizan por la sintomatología sugestiva de etiología neurológica no objetivable en la exploración médica. Tanto las variables psicológicas como las ambientales tienen un papel importante en este trastorno. El objetivo de este trabajo es 1) conceptualizar los trastornos disociativos en la infancia, 2) describir un caso clínico y la intervención realizada con las características y tratamientos psicológicos descritos en la literatura sobre el tema. La paciente es una niña de 10 años diagnosticada de trastorno conversivo tras descartarse la etiología orgánica que pudiese explicar la sordera de dos años de evolución, y para la cual se había planteado un implante coclear como intervención definitiva. La sintomatología observada en el caso clínico descrito y tratamiento diseñado coinciden con los datos procedentes de los trabajos revisados. Aunque hay pocos estudios sistemáticos sobre los trastornos conversivos en la infancia, en la mayoría de ellos se destaca el papel de las variables ambientales e internas a la hora de conceptualizar estos cuadros y diseñar el plan de intervención. Los trabajos se basan mayoritariamente en un abordaje cognitivo-conductual, integral (con el menor, la familia y la escuela), y centrado en las variables emocionales y parentales que puedan estar implicadas en el mantenimiento de esta psicopatología.

Palabras clave: Trastornos de Conversión, Psicología infantil, Estrés psicológico.

Abstract

Conversion disorders are defined by symptoms that suggest neurologic etiology not detected in the medical examination. It's proposed that psychological and external variables are important in the genesis and the maintenance of this disorder. The aims of this work are: 1) to define conversion disorders in childhood, 2) to describe a clinical case and its psychological treatment, comparing it with the characteristics described in literature reviewed. The patient is a 10-year-old girl diagnosed of Conversion Disorders after rejecting an organic etiology for explaining the deafness she had for a two-year period. A cochlear implant was suggested as the next medical intervention. The symptoms observed in the patient and the design of psychological intervention are the same as studies reviewed described. Although there are only a few systematic studies about Conversion disorders in childhood, most of them emphasize the role of the environmental and internal variables to conceptualize these symptoms and to design the intervention. The majority of studies on Conversion disorders in children are based in a cognitive-behavioural and integrative approach (including the patient's family and the school); which it is mainly focused on the emotional and parental variables that may be involved in the maintenance of this psychopathology.

Keywords: Conversion Disorders, Childhood Psychology, Psychological distress.

Fecha de recepción: 04/06/2014. Fecha de aceptación: 26/06/2014.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: raquelseijasgomez@gmail.com

Dirección postal: Hospital Universitario Son Espases

Carretera de Valdemossa, 79. 07020 Palma de Mallorca (Illes Balears)

© 2014 Revista de Psicoterapia



Introducción

Trastorno de conversión y su manifestación en la infancia:

Siguiendo el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de conversión se manifiesta con síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras y sensoriales, como pueden ser ceguera, sordera, crisis convulsivas, o parálisis motoras. Estos síntomas sugieren una enfermedad neurológica o el consumo de sustancias, aspectos que deben descartarse para poder realizar el diagnóstico. Los síntomas implican un malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos laboral, social o de otras áreas importantes para la persona.

En cuanto a las características relativas a la edad y el sexo, hay que destacar que suele ser más prevalente en mujeres (tasas que oscilan entre el 2:1 y el 10:1), y la edad de inicio suele estar entre los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. En los estudios epidemiológicos sobre este trastorno, encontramos variabilidad en la ratio de prevalencia. Esto se explica por el empleo de diferentes métodos diagnósticos, muestras de sujetos heterogéneas y la influencia de las variables culturales en el criterio social de psicopatología. En relación a esto, el DSM incluye un apartado de “Síndromes culturales”, entre los que se encuentra, entre otros, el “Ataque de nervios”, la “Embera” y el “Amok”; síndromes semejantes a los cuadros conversivos pero no necesariamente considerados como desadaptativos. Es por ello que en las culturas de las que forman parte, el diagnóstico de Trastorno conversivo se emplea con menor frecuencia (Allin, Streeruwitz, y Curtis, 2005; Brown y Lewis-Fernández, 2011; Piñeros, Roselli y Calderón, 1998). Por otra parte, es rara la aparición antes de los 10 años o después de los 35; y la mayoría de los síntomas suelen ser de corta duración. Atendiendo a la sintomatología predominante, se establecen los siguientes subtipos: motores, con crisis convulsivas, con déficits sensoriales o mixtos (American Psychiatric Association, 2013). En la quinta edición del DSM se elimina el criterio que, hasta el DSM-IV-TR, exigía la presencia de factores psicológicos relacionados con el inicio o empeoramiento de la sintomatología, y se incluye, al igual que en actual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), dentro del grupo de trastornos disociativos (Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar y Van der Hart, 2007; Brown y Lewis-Fernández, 2011; Nicholson, Stone y Kanaan, 2011).

El proceso diagnóstico de un trastorno conversivo es complejo, como demuestra por un lado el alto porcentaje de falsos positivos y por otro, el hecho de que algunos pacientes pueden desarrollar una patología orgánica o psiquiátrica que no ha sido detectada en un primer momento (Allin, Streeruwitz, y Curtis, 2005; Spratt y Thomas, 2008; Watson y Buranen, 1979). Slater (1965) describe los casos clínicos de 85 pacientes diagnosticados de “histeria”, algunos de los cuales desarrollan años después del diagnóstico alguna patología orgánica (como epilepsia, tumores cerebrales o enfermedades sanguíneas) que en un porcentaje considerable de los casos llegaba a ser mortal (ya que algunos de ellos no recibían la atención adecuada por haber recibido el diagnóstico anterior de conversión). En relación a esto, varios

autores consideran necesario incrementar la sensibilidad y especificidad diagnóstica mediante: 1) una evaluación precisa que pueda detectar síntomas somáticos incongruentes, tales como, diferencias entre la zona afectada y los dermatomas, flexiones simultáneas de agonistas y antagonistas, o la desaparición de la sintomatología al realizar determinadas actividades; 2) el empleo de protocolos clínicos específicos (Plaza, Durio, Herráiz, Rivera y García-Berrocal, 2011; Stone et al., 2005); y 3) el uso racional de las técnicas diagnósticas con el objetivo de evitar pruebas innecesarias e invasivas (Campo y Fritsch, 1994; Nicholson, Stone y Kanaan, 2011).

Un número considerable de estudios publicados sobre trastornos somatomorfos y conversivos emplean muestras adultas, siendo menor el número de estudios de estos trastornos en población infantil. Varios de los trabajos revisados describen, sin embargo, algunas características comunes a niños y adultos, como son la mayor prevalencia en mujeres y en individuos de estatus económico y social inferiores, una mayor frecuencia también de los síntomas motores, seguidos de las convulsiones, y, en menor medida, los síntomas sensoriales (American Psychiatric Association, 2013; Steinhausen, Von Aster, Pfeiffer y Göbel, 1989). Como características propias de la infancia, se destaca el patrón estacional de los síntomas (Grattan-Smith, Fairley, y Procopis, 1988) y el hecho de que la Belle indifférence se presente en una minoría de casos, síntoma que, por otro lado, para algunos autores incluso carecería de valor diagnóstico tanto en adultos como en niños (Stone et al, 2006). Otras características encontradas en muestras infantiles son: la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y con trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos; las dificultades en las relaciones sociales, con un estilo de apego inseguro y un alto nivel de autoexigencia (Bathia y Sapra, 2005; Garralda, 1996; Hofflich Hughes y Kendall, 2006; Leary, 2003), el “estilo somático amplificador”, consistente en la hiperalerta ante los síntomas somáticos, maximización de los mismos con empleo de una comunicación basada en dichos síntomas, y dificultades en la expresión emocional con pobres habilidades de afrontamiento (Pedreira, Palanca, Sardinero y Martin. 2001).

El abuso sexual en la infancia se propone como posible factor desencadenante en varios de los estudios, pero finalmente sólo se confirma en una minoría de los casos (Brasic, 2002; Leary, 2003). Además de estas variables personales, se describen variables ambientales estresantes que coinciden temporalmente con el inicio de los síntomas, en el entorno escolar o familiar (Bisht, Sankhyan, Krishan-Kaushal, Sharma y Grover, 2008). En las familias de los pacientes se han encontrado casos en los que algún otro miembro había referido previamente síntomas similares a los del menor (Garralda, 1996; Grattan-Smith, Fairley y Procopis, 1988; Holenweg y Kompis, 2010), ansiedad rasgo o trastornos del estado de ánimo (Creswell, Apetroaia, Murray y Cooper, 2013), trastornos somatomorfos, preocupación excesiva por la enfermedad, experiencias adversas en la infancia como abuso sexual o exposición a violencia de otro tipo (Schulte y Petermann, 2011), dificultades en la expresión emocional y uso de comunicación familiar basada en los síntomas

somáticos (Garralda, 1996); así como una elevada dependencia entre los miembros de la familia y conductas sobreprotectoras (Schulte y Petermann, 2011). En relación con el caso clínico seleccionado en este trabajo, Holenweg y Kompis (2010) describen, en pacientes menores con sordera psicógena, características similares a las anteriormente descritas y, como único aspecto diferencial, ellos encuentran que estos pacientes presentan una pérdida auditiva simétrica frente a la afectación unilateral descrita en la mayoría de los estudios revisados.

Hipótesis explicativas y abordaje terapéutico:

Remitiéndonos a la época griega, Hipócrates fue el primero en atribuir una etiología concreta a lo que hoy llamaríamos trastorno conversivo, al relacionar los síntomas con movimientos del útero por el cuerpo. Varios siglos después Charcot propondrá una etiología nerviosa y degenerativa para estos cuadros. Desde la Escuela Psicoanalítica, Janet y Freud darán mayor importancia a las variables intrapsíquicas. Concretamente, Janet afirmó que estos cuadros eran causados por sugestión mientras que Freud los explicó como una represión inconsciente de determinados eventos traumáticos. Es decir, los síntomas son entendidos como intentos inconscientes de represión de respuestas o acontecimientos desagradables e inabordables para el sujeto. Además de la evitación de estos estímulos desagradables, la persona obtiene también una ganancia secundaria (Garralda, 2011; Ziegler, Imboden y Rodgers, 1963). Posteriormente en los años 80, con la aparición del DSM-III el término psicoanalítico de “histeria” se cambia por el de “conversión”, manteniéndose hasta la actualidad (Vallejo Ruiloba, 2011). Alejados de los postulados anteriores, algunos autores conceden gran importancia a las relaciones tempranas entre el menor y el cuidador principal, y, especialmente a la influencia de éstas en el desarrollo de estrategias de regulación emocional en el niño (Crittenden, 2002; Kozłowska, Scher, Williams, Leanne, y Williams, 2011). Los modelos centrados en el Apego afirman que los síntomas conversivos responden a un intento de adaptarse al entorno disfuncional y suscitar la protección y cuidados por parte del otro. Se ha encontrado una relación entre los estilos de apego inseguro (principalmente ambivalente y desorganizado) y las manifestaciones conversivas (Schulte y Petermann, 2011).

Otros modelos han enfatizado variables como el nivel de desarrollo cognitivo del niño, concretamente, de las capacidades de monitorización y verbales implicadas en la expresión de los estados emocionales, que determinará la frecuencia con la que el menor recurra a la expresión somática del malestar o, por el contrario, sea capaz de verbalizarlo. En relación con esto, se ha encontrado en los niños que emplean habitualmente un lenguaje somático otras características como alexitimia, dificultades en las relaciones sociales y una baja capacidad de introspección (Garralda, 1996).

En las últimas décadas los avances en técnicas de neuroimagen han permitido relacionar, no explicar, los síntomas conversivos con la neuroanatomía y la

neurofisiología. Una de las primeras teorías al respecto es la de Hildgar. Este autor describe los síntomas conversivos como resultado de la desconexión ejecutiva entre estructuras (Kozłowska, 2005). Damasio propone, con su hipótesis del marcador somático, que los síntomas resultan de una alteración en la interpretación de las señales somáticas (Damasio, 2010). En general, las teorías anteriores y la mayoría de las investigaciones en Neurociencias consultadas para este trabajo subrayan la importancia del córtex prefrontal como regulador de otras áreas cerebrales, y destacan su probable implicación en las manifestaciones conversivas. Sin embargo, algunos autores encuentran que los correlatos de activación cerebral en los síntomas conversivos son incongruentes con la sintomatología observable, por ejemplo cuando una parálisis conversiva se representa en neuroimagen con el incremento de la actividad en la corteza motora además de en la corteza límbica (Kozłowska, 2005).

Desde un enfoque conductual, los síntomas conversivos se entienden como respuestas condicionadas ante estímulos aversivos (estímulos o situaciones percibidas como estresantes) y que se mantienen mediante refuerzo negativo (por ejemplo, evitación de esas situaciones) o positivo como la atención de otros (Aamir, Hamayon y Sultan, 2011). Además las cogniciones disfuncionales (y concretamente, las atribuciones erróneas) tienen un papel fundamental en el mantenimiento de algunos trastornos somatomorfos como la Hipocondría. En el trastorno de conversión, los trabajos revisados destacan el papel de las cogniciones en el incremento del malestar emocional o de la sintomatología de ansiedad que precipitarían los síntomas conversivos; que explicarían también la frecuente comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad.

Frente a esta variedad de teorías explicativas diferentes, y en ausencia de guías de práctica clínica sobre los Trastornos Somatomorfos, y sobre el trastorno conversivo, el enfoque psicoterapéutico que cuenta con mayor evidencia científica y mayor número de publicaciones es la Terapia Cognitivo-Conductual (Allen y Woolfolk, 2010; Kroenke, 2007), sin dejar de mencionar los avances que desde la óptica sistémica se están haciendo también en estos trastornos (Onnis, 1997). Desde este enfoque, el objetivo final de las intervenciones sería, a grosso modo, el abandono de la comunicación intrafamiliar basada en síntomas somáticos. A nivel específico, se espera que el paciente aprenda respuestas de afrontamiento al estrés alternativas a las somáticas, y mejore su monitorización somática y emocional, entre otros. El objetivo con la familia es la eliminación de las respuestas reforzadoras de los síntomas, mejora en las capacidades parentales y en todos aquellos aspectos de la interacción paterno-filial que puedan estar reforzando la comunicación somática del menor y limiten su desarrollo autónomo (Aamir, 2009; Aamir, Hamayon y Sultan, 2011; Garralda, 1996; Kozłowska, 2005; Kozłowska, 2007; Kozłowska, Scher, Williams, Leanne, y Williams, 2011; Kroenke, 2007; Maisami y Freeman, 1987; Sanders, 1999; Sumathipala, 2007). Si es preciso, se recomienda emplear fármacos ansiolíticos o antidepresivos coadyuvantes que faciliten la intervención psicológica. En nuestro país no se han editado. El pronóstico de los

trastornos conversivos es bueno, y la mayoría de los casos en la infancia se resuelven completamente en pocas horas o días (Leary, 2003). La rapidez de resolución de los cuadros está relacionada con la presencia de síntomas simples, la respuesta que da el entorno más próximo ante éstos y la ausencia de antecedentes familiares psicopatológicos, y con el momento de inicio de la intervención psicoterapéutica (Morris y Ogden, 2012; Yamamoto, Kanzaki, Ogawa y Asano, 1991).

Descripción del Caso Clínico:

Anamnesis:

Motivo de consulta: María es una paciente de 10 años derivada desde Consultas Externas de Otorrinolaringología al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, en Febrero de 2012, para realizar la valoración de un posible cuadro conversivo y de los factores psicológicos que pudieran estar relacionados con su sordera de dos años de evolución.

Historia de la enfermedad: La paciente llevaba audífonos desde 2010 y ante la persistencia de las dificultades auditivas se derivó a nuestro Hospital para valorar la colocación de un implante coclear. En su hospital de referencia se había realizado un estudio clínico, audiológico, logopédico y de imagen estructural (tomografía axial computerizada y resonancia magnética) que descartaba alteraciones estructurales, y se diagnostica Hipoacusia Neurosensorial Coclear Bilateral. La exploración fisiológica auditiva en nuestro centro (mediante potenciales evocados) refleja la indemnidad periférica y electrofisiológica de ambas vías auditivas. Estos resultados son incongruentes con las manifestaciones conductuales de la menor durante la exploración, por lo cual se descarta la opción de implante coclear y se realiza una interconsulta a Salud Mental para valorar este cuadro, manteniéndose el seguimiento coordinado desde el servicio de Otorrinolaringología.

En la exploración inicial realizada desde nuestro servicio de salud mental la familia refiere que la sordera se detecta en 3ª de primaria, cuando una profesora sensibilizada con la sordera infantil se dio cuenta de que gritaba mucho. Los padres informan que en ese periodo de tiempo su hija estaba pasando una época de celos hacia el hijo de la pareja de la madre.

Historia Evolutiva: la información aportada por la madre descarta alteraciones en el desarrollo psicomotriz. Destaca alteraciones detectadas en la regulación emocional durante la primera infancia (rabietas frecuentes y dificultad para reducir la activación). La madre la define como una niña dominante y muy dependiente, y que tiene miedos diversos (oscuridad, estar sola, animales, muñecos...). Desde la primera infancia presenta también un estilo somático amplificador que ha motivado ingresos hospitalarios para descartar etiología cardíaca ante síntomas referidos por la menor que finalmente son diagnosticados como ataques de ansiedad. Todos en la familia señalan que María es una niña muy mimada por los abuelos.

Los padres de María se separaron cuando la menor tenía un año, el padre biológico vive fuera de España y mantiene un contacto esporádico con la menor,

principalmente vía Internet. Hasta los seis años la menor vivió con sus abuelos maternos y su madre en la ciudad. Desde el comienzo de la educación primaria y en el momento de la entrevista (febrero del año 2012) llevaba seis meses viviendo con su madre, la nueva pareja de ésta y el hijo de éste en un pueblo del interior de la isla. La madre informa de ciertos problemas de adaptación a la escuela y a los nuevos círculos sociales del pueblo, además de problemas en la relación entre María y el hijo de la pareja de su madre, a pesar de que los períodos de convivencia entre ambos eran escasos.

Antecedentes Personales Médicos: la madre descarta antecedentes personales de interés, más allá de los problemas auditivos de dos años de evolución. **Antecedentes Familiares Médicos:** la madre afirma que el abuelo materno había tenido unos meses antes de la primera visita dificultades auditivas dentro de un cuadro infeccioso respiratorio. No se recogen otros antecedentes médicos de interés.

Antecedentes Personales Psiquiátricos: La menor nunca ha acudido a los servicios de Salud Mental. Como hecho destacable, la madre informa de que cuando María tenía dos años se había sospechado de un posible abuso sexual por parte del padre biológico. Tras una evaluación exhaustiva no se detectó sintomatología en la menor que confirmase las sospechas, aunque sí se llevó a cabo un mayor control sobre el contacto que el padre mantenía con la menor.

Antecedentes Psiquiátricos Familiares: se descartan éstos tanto en la rama materna como en la paterna. No obstante, la madre reconoce la ansiedad rasgo presente en la familia materna (madre y abuelos se definen como “pasadores de pena” o, lo que es lo mismo, presentan una tendencia a preocuparse en exceso por el cuidado de los miembros de la familia y mostrar un estilo sobreprotector hacia la menor).

Diseño del plan de intervención:

Los datos recogidos en la primera entrevista permiten detectar los siguientes factores disfuncionales que podrían incidir en el mantenimiento de la sintomatología de la menor:

Variables familiares: Se objetiva la sobreprotección por parte de los abuelos y de la madre, con refuerzo de un estilo coercitivo pasivo de comunicación y reforzamiento de conductas de evitación de la paciente, lo que dificultaba el desarrollo autónomo de la menor. La madre refiere elevada ansiedad rasgo y dificultades de autorregulación, definiéndose como una “pasadora de pena”. Tanto la madre como su pareja presentan un estilo educativo parental inconsistente y variable entre la permisividad (o ausencia de normas) y la coerción.

Variables individuales: A partir de la información aportada por la paciente y sus padres (mediante entrevistas clínicas durante las sesiones y observación conductual, además de los autorregistros como tarea entre sesiones) y la información recogida del colegio mediante entrevistas telefónicas con la tutora y la orientadora del centro, se objetiva una baja autonomía y una alta dependencia del

entorno familiar, presenta elevada ansiedad rasgo que se refleja en la evitación de estímulos y situaciones varias; también elevada ansiedad social y dependencia del criterio externo, y, por último una baja percepción de autoeficacia ante las tareas escolares. Emplea habitualmente estrategias de afrontamiento inadecuadas y opuestas, principalmente un estilo somático amplificador ante las manifestaciones de ansiedad y la demostración de indefensión, junto a un estilo coercitivo y opositor en otras ocasiones. Además de la elevada ansiedad (manifestada a nivel conductual durante la entrevista), no se detectan otras alteraciones en la exploración psicopatológica.

Destacamos que en esta primera entrevista la paciente acude a la consulta sin los audífonos tras la prescripción por su Otorrinolaringólogo, tras haberlo consensuado con nosotros previamente. Dada la evolución de su sintomatología y las observaciones del otorrino durante sus exploraciones se detecta una gran fluctuación de los síntomas que hace sospechar que la paciente tiene cierto control sobre ellos, estando ante la posibilidad de que pudiera entremezclarse síntomas conversivos con simulaciones, o haber tenido síntomas conversivos en el pasado y mantener la simulación de los síntomas por los altos beneficios secundarios. Ante esto y tras explicar de manera contundente los otorrinos que la causa de su sordera no es física sino psicológica, se acuerda con ellos que le indiquen que acuda a la primera cita con nosotros sin audífonos. María responde a las preguntas sin dificultad y participa activamente, lo cual confirma la ausencia de dificultades auditivas. Se pone a prueba la conciencia sobre el posible carácter etiológico de la sintomatología y la paciente muestra un nivel de conciencia elevado y ofrece información que confirma nuestra hipótesis de que, al menos en el último tiempo, la sintomatología conversiva fuera acompañada de otros episodios de simulación. La madre de la menor corrobora nuestra observación y, reconoce estar sorprendida ante esta “recuperación repentina” de la audición en la menor, que había observado los días previos en diferentes contextos.

En base a lo anterior, se diseña una intervención multicomponente y desde un enfoque cognitivo-conductual, que se recoge en la Tabla 1. Se quiere destacar que en el proceso de trabajo se intentó la utilización de estrategias narrativas que no fueron útiles en este caso pues la paciente no tenía un nivel de compromiso con el trabajo, aumentando las estrategias de evitación así como las de manipulación hacia sus familiares y hacia el equipo clínico, de hecho el estilo terapéutico que hubo que mantener fue el de un estilo altamente directivo y con pautas tanto a los padres como a la pacientes muy rígidas, con el objetivo de manejar las ansiedades familiares y de la paciente. Este estilo terapéutico ofrecía a la familia seguridad para poder enfrentarse a las tareas propuestas sin dejar espacios para las dudas derivadas de su estilo educativo altamente ambivalente, lo que hacía que se incrementara la confianza en la terapia al obtener resultados con cierta rapidez y cumplirse las prescripciones realizadas sobre la conducta de su hija al poner las pautas en funcionamiento.

Tabla 1: Plan de intervención

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO/TÉCNICAS:
<u>INDIVIDUAL</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reducción ansiedad basal 2.Afrontamiento estímulos fóbicos 3.Desarrollo autonomía y aceptación de responsabilidades adecuadas a su nivel de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrenamiento en Inoculación de estrés: Psicoeducación sobre respuestas de ansiedad y respuestas fóbicas Entrenamiento en técnicas cognitivas y conductuales de manejo de ansiedad (RMP, autoinstrucciones) Afrontamiento de situaciones ansiógenas en ámbito escolar (relacionadas con la evaluación externa) * Jerarquía de estímulos fóbicos (oscuridad, muñecos de la habitación, animales domésticos y gallinas y otros animales de la granja, espejos, estar sola dentro de casa, a las casas abandonadas, etc) y diseño de exposiciones en vivo * Entrenamiento en elaboración de autorregistros y monitorización de ansiedad * Contratos conductuales
<u>FAMILIAR</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Desarrollo estilo educativo democrático consensuado entre ambos progenitores 2. Eliminación conductas de sobreprotección y reforzadoras del síntoma 3. Generalización de las pautas a otros miembros de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> * Psicoeducación sobre ansiedad y aplicación al Trastorno conversivo * Contratos conductuales con la menor * Entrenamiento en Habilidades parentales * Entrenamiento en técnicas de incremento/reducción de conductas * Biblioterapia
<u>ESCOLAR</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de conductas sobreprotectoras a nivel escolar 	<ul style="list-style-type: none"> * Comunicación con la Escuela
<p><u>Contrato terapéutico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas semanales con Psicología, que pasarán luego a ser quincenales con seguimiento mensual posterior. • Entrenamiento en técnicas de reducción de ansiedad con Enfermería. • Asistencia de los padres/abuelo y de la menor. Entrevistas conjuntas e individuales durante cada sesión. • Tareas para casa a revisar en la siguiente cita. 		

Evolución del caso

La intervención se produjo en dos fases desde el punto de vista de la colaboración de la paciente en su proceso de cambio. En un primer momento María no colabora debiendo centrar la intervención en el contexto relacional y normativo, restableciendo la jerarquía y las reglas familiares, y en un segundo momento de la intervención participa activamente en su tratamiento.

Inicialmente se propone realizar una intervención multicomponente enfatizando como primero objetivo el ayudar a los adultos de la casa a organizar un marco disciplinar ordenado y coherente, y ayudar a manejar sus propias respuestas de ansiedad con respecto a María, y, al mismo tiempo ofrecer un espacio a María para enseñarle a manejar su propia ansiedad y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento. En ese primer trabajo se realizaron 6 sesiones semanales combinando ambas intervenciones a lo largo de la mañana, se ofrecía espacio para María con enfermería y psicología y se trabajaba con los padres, así como encuentros familiares para negociar algunas pautas y definir qué tareas domésticas corresponderían a la menor con el objetivo de potenciar su autonomía (por ejemplo, hacer su cama o ayudar a recoger la mesa). Se establece un contrato conductual con la paciente, en el que se avisa a la familia de que podrán encontrarse por un lado con un incremento de las conductas opositoras activas de la paciente y, por otro, con la aparición de sintomatología ansiosa pudiéndose producir, por las características de la menor, crisis de ansiedad y posible sintomatología conversiva. Durante las primeras intervenciones María verbaliza que tiene miedo de que ahora sus padres interpreten que todo lo que le pasa es porque se lo inventa, e interpreta las normas puestas por sus padres como castigos hacia ella y que no la quieren. Se trabajan estos aspectos con ella y con su familia, pero María desarrolla un fuerte estilo relacional coercitivo con sus padres y no colabora con el proceso de trabajo. Se decide suspender las intervenciones individuales y continuar con sesiones familiares (5 sesiones con periodicidad quincenal y 2 mensuales). Tras ellas se decide dar el alta al no presentarse nuevos episodios de sordera ni otros síntomas conversivos y ante la no colaboración de María con la intervención, avisando a los padres de que en un futuro podrían reaparecer síntomas de ansiedad dadas las características de María, ya que no ha desarrollado suficientes estrategias de afrontamiento. Se informa también de que es probable que la menor vuelva a usar “los miedos” referidos con la finalidad de excusarse en no hacer diversas tareas de casa, aumentando de nuevo las estrategias de manipulación hacia su familia.

A los 3 meses del alta, a mediados de primer trimestre escolar, se produce una recidiva que motiva nueva valoración de María y su familia. En la valoración se observa que no ha habido una crisis conversiva como tal si no un cuadro vagal producido por cansancio y calor durante una actividad deportiva y que María ha interpretado erróneamente como dificultades visuales y que acaba desencadenando una respuesta de ansiedad. En la valoración se objetiva que los padres se han relajado en las normas y rutinas volviendo al funcionamiento previo. Dado que la

paciente continua sin motivación a trabajar en el aprendizaje de estrategias para regular su ansiedad se realiza intervención familiar reforzando las pautas dadas anteriormente (se realizan 4 sesiones con periodicidad mensual). Ante el refuerzo de las pautas y la aplicación de alguna, en la segunda sesión, María explica que no puede dormir, refiriendo insomnio, en la exploración se evidencia que lo que ocurre es que María siente gran frustración porque sus padres no le dejan ver la televisión por la noche, lo que le enfada y hace que tarde en conciliar el sueño. Se comprueba que los padres interpretan adecuadamente estas conductas de María, pero en cambio no son firmes a la hora de poner las normas permitiendo que María juegue con los límites de nuevo. Ni María ni los padres informan de otros síntomas que les preocupen, ya que sus miedos habituales, en ese momento, no le generan interferencia en su vida normal. Se le orienta a cumplir con las normas y se le recomienda poner en práctica la relajación que se le había enseñado, así mismo se le invita a trabajar nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan ser más autónoma y sobre la regulación de su ansiedad y el afrontamiento de sus miedos, pero no colabora. Se refuerzan las pautas dadas a los padres y se les vuelve a indicar que es imprescindible que fomenten su autonomía y dejen de sobreproteger a María si quieren que su hija desarrolle todo su potencial.

A los cuatro meses María y sus padres informan de nuevas crisis de ansiedad, coincidiendo con estresores escolares. En esa sesión María informa de numerosos miedos, algunos que han reaparecido y otros nuevos, miedo a la oscuridad, a los animales de la granja, a estar sola en casa, etc. Esta vez los padres indican que no hay problemas de comportamiento si bien esta reaparición de los miedos hace que muestre algunas resistencias a realizar algunas tareas de la casa que son manejadas de manera adecuada por sus padres, animando a realizarla y recordando el contrato conductual. En la exploración encontramos que María está más colaboradora con las intervenciones, pide ayuda, verbaliza que a ella le gustaría no tener miedo pero que no puede evitarlo, exploramos diferentes áreas y encontramos que ha tenido muchos problemas con las compañeras del colegio y percibe que no tiene amigas. Eso ha provocado que se sienta triste y vulnerable y muy preocupada por las cosas. Ayudamos a María a definir bien sus problemas y la invitamos a realizar un trabajo individual sobre sus miedos y sobre cómo manejarse en las relaciones con los demás, sus padres y los iguales. Se realizan 10 sesiones semanales, 2 quincenales y 3 mensuales hasta el alta. Meses más tarde del alta María pide a sus padres vernos para realizar una consulta por dudas que tiene con respecto a la relación con su padre biológico. En este momento, María presenta un nivel de autonomía adecuado a su edad, si bien sigue presentando ansiedad rasgo, es capaz de manejar de manera adecuada y con buenas estrategias de afrontamiento los problemas con los que se encuentra. Se refuerza el hecho de haber pedido ayuda cuando algo no podía manejarlo ella y creía que su familia tampoco la podía ayudar. Se realiza intervención de “counseling” sobre este aspecto relacionado con la relación con su padre. No se objetivan síntomas conversivos. Se contacta telefónicamente con la familia a los

4 meses tras esa visita e informan de buena evolución sin síntomas de ansiedad clínica ni conversivos.

En el transcurso de la intervención se mantienen revisiones con el otorrino hasta que deciden realizar alta tras comprobar su evolución y no aparecer indicadores de organicidad en las pruebas que le realizan. El servicio de Otorrinolaringología a raíz de este caso decide cambiar la forma de exploración de los niños con problema de audición para evitar intervenciones innecesarias.

Discusión

Frecuentemente los síntomas físicos inexplicables a nivel orgánico son clasificados como cuadros conversivos. La exploración del paciente y de su entorno próximo permitirá detectar factores internos y externos que puedan estar incidiendo en la manifestación de estos cuadros. Sin embargo, no hay que olvidar que el diagnóstico de trastorno conversivo no descarta la posibilidad de que pueda llegar a manifestarse algún tipo de patología física no detectada en las exploraciones médicas al inicio, por lo que sería recomendable un seguimiento más preciso de los casos que presentan mayor complejidad diagnóstica. Los estudios citados en este trabajo describen algunas características propias de los cuadros conversivos en la infancia, siendo las más habituales los antecedentes de trastorno de ansiedad y/o de trastornos del estado de ánimo, la presencia de alguna sintomatología somática previa similar (especialmente en la familia), las dificultades de identificación y manejo emocional y el empleo de un lenguaje somático amplificador como forma de comunicación intrafamiliar; algunas de las cuales (concretamente el empleo de un lenguaje somático como forma de comunicación intrafamiliar y los antecedentes de sintomatología de ansiedad) se reflejan en el caso descrito.

El plan de intervención diseñado incluye, como parte fundamental y complementaria a las intervenciones individuales, las sesiones familiares. El trabajo con los padres estaba destinado a optimizar sus capacidades parentales y fomentar un estilo más directivo y normativo, incrementando las estrategias de afrontamiento funcionales, el manejo de la ansiedad así como el entrenamiento en solución de problemas, que les permitiera mantener unas pautas disciplinares coherentes, así como responder con más seguridad ante las conductas disruptivas o las manifestaciones de ansiedad de su hija. Se pretendió, de esta forma, evitar que reforzasen la sintomatología de la menor de cara a potenciar su autonomía y aceptación de responsabilidades. La intención era posibilitar un cambio en los patrones de apego ansioso-ambivalentes familiares hacia un modelo más seguro y reducir el alto nivel de ansiedad detectado en la familia. Este trabajo se apoyó en un estilo terapéutico muy directivo y psicoeducativo. Todo ello les permitió ir desarrollando un modelo explicativo de la conducta de su hija e interpretar mejor las situaciones problema con mayor seguridad, a medida que aplicaban pautas y observaban resultados. Como se ha mencionado previamente, varios de los trabajos revisados destacan la necesidad de trabajar con la familia debido a que es frecuente encontrar factores

disfuncionales como elevada dependencia entre los miembros de la familia, conductas sobreprotectoras y empleo de un estilo de comunicación basado en la sintomatología somática, y que pueden reforzar este tipo de respuestas.

Creemos que otro aspecto clave de la intervención fue el iniciar las intervenciones normalizando la audición, aprovechando que la menor había respondido con naturalidad ante la noticia y alegría por no tener que operarse. Esta situación seguía desconcertando a los padres varias semanas después de la retirada de los audífonos. Con la finalidad de reforzar la normalidad auditiva de la paciente, especialmente ante la presencia de sus padres, la menor acude a la primera cita de seguimiento sin audífonos, decisión consensuada con el Servicio de Otorrinolaringología tras plantear las primeras hipótesis del caso y habiendo descartado afectación en las pruebas realizadas; y durante las entrevistas se comprueba que su capacidad auditiva se mantiene intacta ante diversas condiciones (como por ejemplo hablarle desde una distancia considerable).

En cuanto al trabajo realizado con la menor, el entrenamiento en inoculación de estrés permitió enseñar a la paciente técnicas de reducción y control de la ansiedad, para minimizar las posibilidades de desarrollo de respuestas de somatización. También se potenció el afrontamiento progresivo de situaciones temidas (a los muñecos, a animales de la casa y de la granja en la que viven, etc.), frente al empleo habitual de respuestas somáticas para evitar éstas. Las técnicas elegidas en el diseño de la intervención, y que, desde nuestro punto de vista mejor se ajustaban a las peculiaridades del caso descrito, fueron cognitivo conductuales y principalmente, conductuales.

Los trabajos citados en este artículo y nuestra experiencia clínica, nos permiten concluir que parece haber evidencias de la relación entre las variables psicológicas y la salud física y psíquica, que se manifiestan también en la infancia, y que apoyarían una intervención precoz en los trastornos conversivos en la infancia desde un abordaje multidisciplinar, con resultados positivos sobre la desaparición de sintomatología actual y la prevención del desarrollo de psicopatología en edades más avanzadas por la cronificación de las estrategias de adaptación disfuncionales. Consideramos necesario incrementar el número de estudios sobre este trastorno en población infantil y poder diseñar programas de intervención precoz en coordinación con los equipos médicos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (5ª edición)*. Barcelona: Masson.
- Allen, L.A. y Woolfolk, R.L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinical North America*, 33, 579–593.
- Allin, M. F., Streeruwitz, A. F., y Curtis, V. (2005). Progress in understanding conversion disorder. *Neuropsychiatry Disease Treatment*, 1(3), 205-209.
- Aamir, S. (2009). Systematic review on management of conversion disorder. *Malaysian Journal of Psychiatry E-journal*, 18 (2), 1-7.

- Aamir, S., Hamayon S. y Sultan S. (2011). Behavior therapy in dissociative convulsion disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 1, 103-107.
- Bathia, M. S y Sapra, S. (2005). Pseudoepilepsies in children: A profile of 50 cases. *Clinical Pediatrics*, 44(7), 617-621
- Bisht, J., Sankhyan, N., Krishan- Kaushal, R, Sharma, R.C. y Grover N. (2008). Clinical profile of pediatric somatoform disorders. *Indian Pediatrics*, 45, 111-115.
- Brasic, J.R. (2002). Conversion disorder in childhood. *German Journal of Psychiatry*, 5 (2), 54-61.
- Brown, R. J., Cardena, E., Nijenhuis, E., Sar, V. y Van Der Hart, O. (2007) Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V?. *Psychosomatics* , 48(5), 369-378.
- Brown, R.J. y Lewis-Fernández, R. (2011). Culture and conversion disorder: Implications for DSM-5. *Psychiatry* , 74(3), 187-206.
- Campo, J.V. y Fritsch, S.L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of American Academy of Children and Adolescence Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
- Creswell, C. F., Apetroaia, A. F., Murray, L. F., y Cooper, P. (2013). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology* , 122(1), 26-38.
- Crittenden, P (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- Damasio, A.R. (2010). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica. Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Children Psychology and Psychiatry* , 37(1), 13-33
- Garralda, M. E. (2011). Unexplained physical complaints. *Pediatric Clinical North America* , 58(4), 803-813.
- Grattan-Smith, P. F., Fairley, M. F., y Procopis, P. (1988). Clinical Features Of Conversion Disorder. *Archives Of Disease In Childhood* , 63(4), 408-414.
- Hofflich S.A., Hughes, A.A. y Kendall, P.C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2). 229-242
- Holenweg, A. F., y Kompis, M. (2010). Non-organic hearing loss: New and confirmed findings. *European Archives of Otorhinolaryngology* , 267(8), 1213-1219.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: Contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review Psychiatry* , 13(1), 1-13
- Kozłowska, K. (2007). The developmental origins of conversion disorders. *Clinical Children Psychology and Psychiatry* , 12(4), 487-510.
- Kozłowska, K. F., Scher, S. y Williams, L. M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: Implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 775-788.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* , 69, 881-888.
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood-diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine* , 96(9), 436-438.
- Morris, A. F. y Ogden, J. (2012). Making sense of children's medically unexplained symptoms: Managing ambiguity, authenticity and responsibility. *Psychology Health Medicine*, 17(3), 285-294.
- Maisami, M. y Freeman, J.M. (1987). Conversion Reactions in Children as Body Language: A Combined Child Psychiatry/Neurology Team Approach to the Management of Functional Neurologic Disorders in Children. *Pediatrics* , 80 (1), 46-52.
- Nicholson, T.R., Stone, J. y Kanaan R.A. (2011). Conversion disorder: A problematic diagnosis. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82 (11), 1267-1273
- Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo*. Psicosom.nih.gov/pubmed/21036784 \l , Barcelona: Herder
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: CIE-10*. Barcelona: Meditor.
- Pedreira, J. L., Palanca, I., Sardinero, E. y Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 3(1), 26-51
- Piñeros, M., Roselli, D. y Calderon, C. (1998). An epidemic of collective conversion and dissociation disorders in an indigenous group of Colombia: its relation to cultural change. *Soc Sci Med*, 46 (11), 1425-1428.
- Plaza, G., Durio, E., Herráiz, C., Rivera, T. y García-Berrocal, J. R. (2011). Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. *Acta Otorrinolaringológica*, 62(2), 144-157
- Schulte, I.E. y Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development* , 42(5), 569-583

- Slater, E. (1965). Diagnosis of Hysteria. *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.
- Spratt, E.G. y Thomas, S.G. (2008). Pediatric case study and review: is it a conversion disorder? *International Journal of Psychiatry Medicine*, 38(2), 185-193.
- Steinhausen, H.C., Von Aster, M., Pfeiffer, E. y Göbel, D. (1989). Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30 (4), 615-621.
- Stone, J. F., Smyth, R. F., Carson, A. F., Lewis, S. F., Prescott, R. F., Warlow, C. F., y Sharpe, M. (2005). Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria" *British Medical Journal*, 29, 989-995.
- Stone J., Smyth R., Carson A., Warlow C. y Sharpe, M. (2006). La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188, 204-209.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine*, 69, 889-900.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ª Ed)*. Barcelona: Masson.
- Watson, C. G. y Buranen, C. (1979). Frequency and identification of false positive conversion reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167 (4), 243-247.
- Yamamoto, M. F., Kanzaki, J. F., Ogawa, K. F., y Asano, K. (1991). Psychological aspects of psychogenic deafness in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 21(2), 113-120
- Ziegler, F.J, Imboden J. B. y Rodgers, D.A. (1963). Contemporary conversion reactions. Diagnostic considerations. *JAMA*, 186(4), 307-311.