

Romero, Miguel<sup>1</sup>, García, Marta<sup>1</sup>, Morer, Astrid<sup>1</sup>,  
Varela, Eva<sup>1</sup>, Santamarina, Pilar<sup>1</sup>, Vázquez-  
Morejón, Antonio<sup>2</sup>, Lázaro, Luisa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica.

Hospital Clinic de Barcelona

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

*El trastorno conversivo infantil  
desde una orientación sistémico-  
experiencial: a propósito de un  
caso*

---

**RESUMEN**

**Introducción:** El Trastorno por Conversión se caracteriza por la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en la existencia de un estado patológico general. En su inicio o exacerbación se suponen implicados diversos factores psicológicos. No hay claridad respecto al origen del trastorno conversivo. En población infantil la prevalencia de este trastorno oscila entre el 12 y el 21%. Existen escasos estudios sobre el trastorno conversivo en población pediátrica. La orientación sistémica ofrece un marco teórico que permite profundizar en las características y funcionalidad del síntoma en el sistema primario de los menores.

**Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo exponer un caso clínico de un niño de 10 años con sintomatología conversiva altamente incapacitante. Nos centraremos en las características de la sintomatología así como en información relativa al contexto familiar. Se expondrán las herramientas terapéuticas puestas en marcha en el plan individualizado del tratamiento del caso.

**Método:** Estudio de caso único. Varón de 10 años con sintomatología conversiva de más de un año de

evolución, atendido en nuestro servicio de psiquiatría y psicología clínica infantojuvenil del Hospital Clinic de Barcelona.

**Resultados:** Se expondrá la evolución del caso durante los meses de tratamiento. Se evidencia una mejoría considerable en la sintomatología y en el estado general del paciente.

**Conclusiones:** La inclusión de la familia como objeto de tratamiento parece ser beneficiosa para la evolución favorable del trastorno conversivo en la infancia. Particularmente, las estrategias que fomenten el procesamiento emocional de la sintomatología y aquellas que intervengan en los límites jerárquicos familiares se han mostrado eficaces en este caso concreto. No es posible generalizar los resultados a otros casos debido a las características de caso único del presente trabajo.

**Palabras clave:** trastorno conversivo infantil, pseudocrisis, terapia familiar sistémica.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Conversion disorder is characterized by the presence of symptoms or non-deliberated deficits that affect the voluntary or sensory motor functioning, which

suggests the existence of a general pathological state. In its onset or exacerbation, various psychological factors are assumed to be involved. There is no clarity regarding the origin of the conversion disorder. In children, the prevalence of this disorder ranges between 12 and 21%. There are few studies about the conversion disorder in the pediatric population. The systemic orientation offers a theoretical framework that allows deepening in the characteristics and functionality of the symptom in the children's context.

**Objective:** The present paper aims to present a clinical case of a 10-year-old male child with severe conversion symptoms. We will focus on the characteristics of the symptomatology and the family context. Therapeutic interventions implemented in the individualized treatment plan of the case will be presented.

**Method:** Single case study. A 10-year-old male suffering conversion symptomatology across over one year, attended at the Servicio de psiquiatría y psicología clínica infantojuvenil at the Hospital Clinic de Barcelona

**Results:** The progress of the case during the months of treatment will be exposed. A considerable reduction of the symptomatology and the general state of the patient is evidenced.

**Conclusions:** The inclusion of the family as the object of treatment seems to be beneficial for the favorable progress of the conversion disorders in childhood. Particularly, the strategies that encourage the emotional processing about the symptomatology and those that intervene in the family hierarchical boundaries have been shown to be effective in this specific case. It is not possible to generalize the results to other cases due to the single case characteristics of the present work.

**Keywords:** infantile conversion disorder, pseudoseizures, systemic family therapy.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno conversivo o trastorno de conversión se define como un patrón sintomático caracterizado por síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida o no se

pueden explicar por ella. En la actualidad, y de acuerdo con el sistema de clasificación DSM-5, se clasifican dentro de los Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, denominado como trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales (F44). Requiere de la aparición de uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental. Además, el síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Esta clasificación requiere de la especificación del tipo de síntoma expresado: a) con debilidad o parálisis; b) con movimiento anómalo (p.ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha); c) con síntomas de la deglución; d) con síntoma del habla (p.ej. disfonía, mala articulación); e) con ataques o convulsiones; f) con ataques o convulsiones; g) con anestesia o pérdida sensitiva; h) con síntoma sensitivo especial (p.ej. alteración visual, olfativa o auditiva); i) con síntomas mixtos. Además, es necesario especificar si se trata de un episodio agudo (síntomas presentes durante menos de seis meses) o persistente (síntomas presentes durante seis meses o más), así como si existe un factor de estrés psicológico asociado o sin la existencia del mismo. (DSM-5). En la actualidad el aspecto básico de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en la existencia de un estado patológico general. En su inicio o exacerbación se suponen implicados diversos factores psicológicos. Se denomina conversión porque el paciente convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico (incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal). El primer caso que se describió fue el de Ana O, que fue tratada por Breuer, y fue descrito también por Freud. Se trata de una chica de 20-21 años que se encuentra viviendo en una situación difícil debido a que su padre padece una enfermedad terminal, y no tiene madre, por lo que debe cuidar del padre hasta que éste fallece. En ese estado de agotamiento, comienza a tener alucinaciones de que una serpiente está en la cama del padre, que se sube por ella, siendo incapaz de mover el brazo. Otras veces no puede hablar, otras puede pero no en alemán, solo en

francés. El padre muere y ella sigue con estos signos. En apariencia es un problema neurológico, pero en realidad es pseudoneurológico, pues no se ha encontrado una base neurológica para este problema.

En la población infantojuvenil el trastorno conversivo supone una alta complejidad en la práctica pediátrica debido a la dificultad para comprender una enfermedad que tiene un patrón sintomático alarmante, con una semiología en apariencia muy precisa, que tras estudios clínicos se concluye que no padece, sino que esta semiología se relaciona con un sufrimiento emocional. No hay claridad respecto a la etiología del trastorno conversivo. Los datos actuales muestran que en este diagnóstico subyacen trastornos psiquiátricos comórbidos, que ocasionalmente quedan relegados a segundo plano por las características alarmantes de la conversión. (Duque, Velázquez & Cote, 2015). Se estima que las pseudocrisis (debido a la elevada frecuencia que se da con epilepsia) es elevada, entre el 12 y el 21% de los niños. (Vásquez Rojas R, Silvestre JJ, Escobar Sánchez M. 2010). En población adolescente, se han relacionado factores como la procedencia rural, la pobreza y las elevadas exigencias en el rendimiento académico o deportivo. (Shaw y cols. 2010). En cuanto a la etiología, diversos estudios señalan la relación entre la sintomatología conversiva y la sintomatología ansiosa (Sar, V. y cols. 2004; Nicolson, TR. y cols. 2011). Como una estrategia de afrontamiento ante la amenaza, la ansiedad puede desencadenar la sintomatología conversiva para regular el estado interno y responder al ambiente amenazante. Paralelamente, las teorías neurobiológicas explican los síntomas conversivos como parte de una respuesta emocional con ansiedad ante una posible agresión (Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. 2008). En relación al tratamiento del trastorno conversivo en la población pediátrica, los escasos estudios que hay presentan limitaciones metodológicas por reclutar muestras poco representativas y no exclusivas del trastorno conversivo, por dificultad en cuantificar la efectividad del tratamiento, y en la mayoría de los casos no diferencian entre los diversos tipos de tratamiento y la efectividad de cada uno. En conclusión, los estudios son pocos, no son concluyentes y se basan más en experiencias clínicas que demuestran la necesidad del enfoque multidisciplinario.

El presente trabajo tiene como objetivo la presentación de un caso clínico de un niño de 10 años de edad con sintomatología compatible con un Trastorno de

conversión según criterios de la DSM-5. A lo largo del mismo, se expondrán características personales, sociofamiliares y psicopatológicas que pueden resultar de utilidad para ampliar la información relativa a este trastorno tan poco estudiado en población infantil. Del mismo modo, se detallarán las intervenciones psiquiátricas y psicoterapéuticas puestas en marcha tanto para la evaluación, diagnóstico diferencial como para el tratamiento del caso. Finalmente se expondrá la evolución del caso según los resultados disponibles en la actualidad y unas conclusiones al respecto.

#### ***A. Descripción del caso clínico.***

Varón de 10 años de edad, derivado a nuestro servicio de Hospital de día de niños y adolescentes en Octubre de 2016 por presentar cuadros de aparente etiología médico-neurológica, sin hallazgos en múltiples exploraciones previas, con sospecha de origen psicógeno. Acude con diagnóstico de vértigos paroxísticos benignos de la infancia que no explica el cuadro sintomático completo.

#### ***B. Antecedentes personales***

Sin antecedentes de salud mental.

Migrañas intermitentes que ceden con ibuprofeno.

Extrasístoles supraventriculares sin repercusión hemodinámica. En seguimiento por Cardiología controles cada 1-2 años.

Ha realizado de forma privada valoración psicológica para descartar altas capacidades intelectuales. Deportista de élite (sky).

No alergias conocidas. Resto de antecedentes sin interés para el cuadro clínico actual.

Desarrollo psicoevolutivo a término, sin dificultades en la adquisición de los hitos evolutivos. La familia describe sintomatología subsindrómica de ansiedad por separación al inicio de la etapa escolar, sin requerir atención especializada.

#### ***C. Antecedentes familiares***

El paciente es el menor de una fratria de tres hermanos, tiene un hermano de 18 años y una hermana de 15 años. Convive con sus hermanos y sus padres (54 años y 47 años). Nivel socio-económico elevado. Alta cohesión familiar. Buen soporte afectivo e instrumental sociofamiliar valorados en la historia actual y pasada del desarrollo del paciente.

Destacan en la historia familiar varios episodios asociados a procesos médicos que requieren estudio y atención sanitaria especializada. En particular, en el año 2001 el hermano mayor ingresa en la UCI de Neumología por herpes y bronquiolitis a los dos años de edad, requiriendo otros cuatro años medicación de mantenimiento. En el año 2002, su hermana nace de manera prematura requiriendo tres semanas de incubadora. En el año 2007 nace el paciente identificado. El parto se produjo a término con algunas dificultades en la dilatación, requiriendo oxitocina sin éxito. No hubo lactancia materna por hipergalactorrea. En el año 2011 la hermana sufre varios episodios de mareos y desvanecimientos, siendo diagnosticada de Diabetes Mellitus Tipo I a los 9 años de edad. Es desde entonces insulinodependiente. Refieren una elevada ansiedad familiar reactiva a este diagnóstico, especialmente en la figura paterna. Hablan de una rápida hiperadaptación de la hermana a la enfermedad, ejerciendo mayor control de la misma a lo esperado por la edad. En el año 2014 la figura materna requiere de ingreso hospitalario por neumonía, requiriendo tratamiento con corticoides durante un año, y en 2015 es diagnosticada de hernias cervicales manteniendo problemas musculoesqueléticos desde entonces.

En mayo de 2006 se produce el primer episodio de desmayo del paciente, comenzando recorrido médico asistencial. Se realiza diagnóstico de vértigos paroxístico benigno de la infancia. Tiene episodios con una frecuencia mensual aproximadamente que suelen precipitar nuevas valoraciones médicas. Un año más tarde, en el mes Mayo de 2017 se produce agravamiento de la sintomatología pseudoneurológica del paciente. Se descarta patología somática compatible con los episodios y es derivado a nuestro servicio en Octubre de 2018 por sospecha de etiología psicógena. El clima familiar denota elevada ansiedad manifiesta durante los primeros contactos con ellos.

#### ***D. Enfermedad actual***

El inicio del proceso actual se produce en el mes de mayo de 2016, cuando comenzaron episodios ocasionales de mareos que se orientaron como vértigo paroxístico benigno de la infancia. Se pautó tratamiento calcioantagonista que fue inicialmente efectivo, aunque ante la persistencia se deriva a Servicio de Psiquiatría Infantil de su hospital de zona, donde se valora

sintomatología ansiosa, tratada farmacológicamente con Quetiapina 25 mg/día. La sintomatología remitió durante una semana manteniéndose más o menos estable durante un período inferior a un año, con aparición esporádica de episodios de desvanecimientos. Se realizaron pruebas cardiológicas, neurológicas para descartar posible patología orgánica con resultados negativos (EEG intercrisis, RMC, ECG, TAC). El paciente presenta extrasístoles supraventriculares sin repercusión hemodinámica y son controladas desde el Servicio de Cardiología.

La familia refiere recidiva en mayo de 2017, con reaparición de clínica de mareos y posterior exacerbación alarmante de la misma, añadiéndose episodios de desmayo, hipotonía y desconexión del medio, de duración variable. Posteriormente a dichas crisis presenta en alguna ocasión sintomatología pseudoalucinatoria con marcada repercusión emocional (ver a las personas que lo rodean como si fuesen árboles, edificios desmoronándose, ver su alrededor como si fuera una playa...). Dicha clínica aumentó de manera progresiva, haciéndose cada vez más frecuente e interfiriendo en su funcionamiento global. De este modo, fue requiriendo cada vez más supervisión por parte de sus padres. Se llevó a cabo ingreso hospitalario a nivel privado, durante el cual se realizaron diversas pruebas complementarias para descartar organicidad: Se descarta vértigo o patología auditiva por servicio de Otorrinolaringología. La audiometría tonal fue normal. Desde el servicio de Oftalmología informan de una exploración normal, salvo hallazgo casual de leve borramiento papilar. El estudio de electrocardiograma fue normal, así como el TAC craneal. La analítica sanguínea completa, con hormonas tiroideas, tampoco presenta alteración alguna.

Descartada la organicidad también por parte de Neurología, se orientó como mareos inespecíficos, y mantuvo el seguimiento por el servicio de Psiquiatría donde orientaron los episodios como de probable origen psicósomático. Recibió nuevamente tratamiento con Quetiapina 25mg escasa mejoría respuesta. Tras este nuevo empeoramiento y por dificultades de contención ambulatoria se vincula el caso a nuestro servicio, decidiendo intentar ingreso en el Hospital de Día donde persisten las crisis conversivas graves en el domicilio, decidiéndose ante dicha situación llevar a cabo ingreso programado en la sala de hospitalización de Psiquiatría Infanto-juvenil. Al ingreso, se pauta Sertralina 75mg (1-

0-0), Lorazepam 1mg (0-0-0-1) si precisa. Posteriormente se procede a alta de la sala de hospitalización y seguimiento desde el Hospital de día.

### ***E. Exploración psicopatológica***

Durante las primeras exploraciones, el estado de conciencia del paciente se encuentra generalmente conservado, con pérdida parcial de la misma durante las crisis producidas. Orientado auto y alopsíquicamente, excepto en los minutos postcrisis. Actitud muy colaboradora, normativa, complaciente y seductora; contacto con facultativo y familia infantiloides y regresiva; sintónico y contacto visual adecuado. El discurso es espontáneo, fluido, coherente y estructurado. Capacidades hedónicas y volitivas preservadas. En cuanto al área afectiva, denota un ánimo eutímico, por momentos lábil en reacción a episodios de ansiedad elicitada por las crisis. Niega sintomatología depresiva. No tristeza explicitada, ni tendencia a la irritabilidad. No ideas tanatofílicas. No auto ni heteroagresivo en el momento de la exploración ni destacada por los familiares en relación a la historia pasada. No presenta ideación autolítica. Juicio de la realidad conservado. Destaca clínica conversiva en forma de episodios frecuentes de desvanecimiento pseudonarcótico, con o sin desorientación al despertarse. En ocasiones disnea y cierta desorientación espacial, prosopagnosia y falsas identificaciones. Pseudoalucinaciones visuales de contenido amenazante. Ausencia de sintomatología de la esfera psicótica. Contacto escasamente expansivo durante las crisis, connotaciones histeriformes. Los desvanecimientos se producen siempre en compañía y con previsión de ayuda y movilización del entorno. No obstante, hay que destacar que desde el inicio de estos episodios el menor se encuentra altamente atendido y vigilado por los progenitores por lo que es difícil asociar la compañía a las crisis.

No se produce pérdida completa de la conciencia. Ocasionalmente, informa de amnesia postepisódica. Se pone de manifiesto alta ansiedad de separación de base.

**Juicio clínico:** DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL SEGÚN DSM-IV-TR.

EJE I. Trastorno de conversión.

Trastorno de ansiedad por separación

EJE II. Sin diagnóstico.

EJE III. Vértigo paroxístico benigno.

EJE IV. Sin diagnóstico.

EJE V. EEAG al ingreso 31-40.

### ***F. Pruebas complementarias***

#### *Evaluación médica*

Como se ha mencionado anteriormente, quedaron descartadas patologías médicas por parte de otros servicios médicos, que apoyaran el origen orgánico de los síntomas.

#### *Evaluación psicológica*

La evaluación del estado emocional y mental del menor se amplió con técnicas de evaluación proyectivas a través del dibujo libre y del Test de la Familia. Se intuye sintomatología subdepresiva latente en relación a posible dificultad en la identificación con la figura paterna, así como posible relación simbiótica con la figura materna.

La evaluación de la comunicación y dinámica familiar se realizó a través de entrevistas programadas con el núcleo familiar. En las primeras sesiones se realiza genograma interactivo con figuras de ajedrez. Se confirman hipótesis previas según los resultados de la entrevista y evaluación proyectiva con el menor. Destaca alta hipocondriasis en figura paterna, con elevada ansiedad ante la firme creencia de la peligrosidad del episodio actual de su hijo menor, así como historia de actitudes similares en relación a la aparición de múltiples enfermedades médicas diagnosticadas en los miembros del sistema familiar. En entrevistas con los padres, destaca historia transgeneracional de muertes súbitas en la familia de origen paterno, intuyéndose un déficit en el procesamiento emocional de dichas experiencias por parte de la figura paterna a los 10 años de edad ante el fallecimiento de su propio padre. Esta edad coincide con el inicio de la sintomatología actual del paciente designado.

En relación a los aspectos estructurales, se pone de manifiesto aglutinamiento familiar, la presencia de límites intrafamiliares intergeneracionales difusos, con tendencia a la sobreimplicación emocional y la invasión de espacios físicos y emocionales. En las primeras entrevistas comunicación centrada en la sintomatología

del paciente y desviación única al síntoma conversivo de todo conflicto familiar. Por otra parte, se evidencia alta cohesión familiar con historia de resolución de conflictos y altos recursos ante los mismos. Relación conyugal conservada y cohesionada, salvo leve complementariedad en relación a la contención del impacto de los síntomas conversivos en la dinámica cotidiana. Fratría conservada, con alto interés mutuo y comunicación fluida y funcional. Límites externos familiares conservados. Alto nivel socio-económico y acceso funcional a los recursos externos.

### **G. Tratamiento**

Se programan sesiones de frecuencia semanal en encuadre individual, alternándose con sesiones conjuntas con los padres. Los objetivos iniciales fueron:

- Dotar de estrategias individuales y familiares para el abordaje de la sintomatología conversiva, minimización del impacto de los síntomas y disminución de la ansiedad reactiva a la situación inicial.
- Romper la desviación única de los conflictos a la sintomatología pseudoneurológica.
- Establecer límites intrafamiliares más claros y reordenamiento de la jerarquía familiar.
- Trabajo en red multiservicios y multidisciplinar para eliminar la medicalización del caso y posible iatrogenia en la evaluación y tratamiento de la sintomatología.

Las técnicas empleadas fueron las siguientes:

- Intervenciones psicoeducativas acerca de la sintomatología conversiva.
- Intervenciones conductuales para el abordaje de la sintomatología ansiosa de temática de separación, con estrategias de exposición con prevención de respuesta. Especialmente utilizadas durante ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría infantil.
- Intervenciones gestálticas con la utilización de dibujos, figuras que representan la situación actual, etc... para favorecer el procesamiento emocional a nivel individual y familiar.
- Esculturas de presente y futuro: indaga a través de técnicas no verbales, la percepción de la dimensión

temporal de la familia, entendida como capacidad de evolución, favoreciendo terapéuticamente su desarrollo. La elaboración de esculturas consiste en asociar a la metáfora espacial, siempre presente en la escultura, la dimensión diacrónica del tiempo.

- Técnicas estructurales de Terapia Familiar Sistémica. Prescripciones directas, ritualizadas y paradójicas.

Tras instauración de psicoterapia individual y familiar y abrupta disminución de la sintomatología conversiva, se procede a retirada progresiva del tratamiento psicofarmacológico. Actualmente el paciente se encuentra sin medicación.

### **H. Evolución**

Actualmente el paciente ha sido dado de alta del Hospital de día, acudiendo de manera ambulatoria a visitas con referentes clínicos y a grupo psicoterapéutico de trabajo vincular con padres y niños del mismo grupo evolutivo que el paciente.

A nivel psicopatológico, se ha producido una notable estabilización de la sintomatología ansiosa y conversiva. Se producen en la actualidad algunos episodios de mareos autorresueltos, sin desvanecimientos ni pérdida de la conciencia. Ausencia actual de clínica pseudoalucinatoria con un mantenimiento de 3 meses de evolución.

A nivel funcional, el menor ha regresado al colegio con normalización progresiva de la adaptación y rendimientos académicos. Conservado a nivel social con grupo de iguales.

En el ámbito familiar, se mantienen visitas familiares con frecuencia mensual, paralelas al trabajo individual y grupal. Acuden todos los miembros de la familia nuclear, beneficiándose de intervenciones estructurales desde el modelo sistémico. La terapia familiar se realiza con diferentes encuadres: con todo el conjunto familiar, con el subsistema parento-conyugal y con el subsistema fraterno. Se mantiene el objetivo de fomentar una comunicación intrafamiliar más funcional y una diferenciación en los roles jerárquicos, evitando la desviación única de los conflictos familiares a la sintomatología conversiva del paciente identificado. En el trabajo terapéutico con la pareja parental, destaca el abordaje de actitudes y creencias favorecedoras de la hipocondriasis, que aparece

más destacadamente en la figura paterna, así como la tendencia a la sobreprotección por parte de ambos. Se favorecen oportunidades de diferenciación y autonomía por parte del menor, observándose una mejora sustancial en el proceso de crecimiento del paciente.

## DISCUSIÓN

La escasez de trabajos en relación al tratamiento de los trastornos conversivos en la población infantojuvenil convierte a este tipo de trastornos en verdaderos retos en la práctica clínica. El caso expuesto en el presente trabajo pretende arrojar luz a la intervención de este tipo de trastornos en población pediátrica. Desde el enfoque sistémico, es necesario atender a la funcionalidad del síntoma en el sistema familiar del paciente designado. En este caso, nos encontramos con una familia con características similares a la Familia aglutinada descrita por Salvador Minuchin. Los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1970) ya advertían de problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían un trastorno psicossomático. Estos trabajos indicaban que las familias de pacientes que sufrían TCA tendían a la aglutinación y a un nivel elevado de cohesión (Minuchin 1978).

El trabajo pionero de Minuchin (1978) y las investigaciones de Onnis (1985) han evidenciado en estas familias la tendencia a evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos. Por lo tanto, el “no verbalizar las emociones” no es una consecuencia de la ausencia de las mismas, sino de un filtrado de las expresiones emocionales, con la finalidad de proteger la unidad y la aparente armonía del sistema familiar. El lenguaje del síntoma entonces, expresado somáticamente por el paciente, no es sólo el lenguaje del cuerpo del paciente sino de la totalidad del cuerpo familiar. Las esculturas en el campo de la terapia familiar fueron introducidas por V. Satir (1972), Duhl y Kantor (1973) y P. Papp (1976), y consisten en proponerle a la familia que represente espacialmente la imagen que posee de sí misma, a través de la disposición espacial de los cuerpos, las fisionomías y posturas, dirección de miradas, cercanías o alejamientos de los miembros, etc. Eventualmente puede completarse con algún comentario de los miembros acerca de lo experimentado.

Las estrategias terapéuticas que incluyan el procesamiento emocional de información conflictiva implícita, no procesada verbalmente, serán, por tanto,

altamente recomendables en la intervención con este tipo de casos. Queremos destacar, igualmente, la necesidad del trabajo en red en este tipo de casos. La aparatosidad y connotaciones dramáticas que se ponen de manifiesto en este tipo de cuadro sintomático ponen en riesgo la orientación médica como única estrategia de exploración e intervención. Por ello, es necesaria una apropiada coordinación con el resto de especialidades médicas para evitar el hospitalismo y efecto de puerta giratoria que amenazan con atrapar a los pacientes y sus familiares. No es inusual el uso de instrumentos de evaluación médicas intrusivas con el objetivo de dar una explicación médica a la sintomatología que aparecen en los trastornos conversivos. En definitiva, la evitación de la iatrogenia supone uno de los primordiales objetivos en la intervención clínica de los trastornos conversivos.

## CONCLUSIONES

Es necesario ampliar el estudio de las características específicas de la sintomatología conversiva en la población infantojuvenil. La escasez de bibliografía acerca de la intervención clínica en estos trastornos complica la programación de un plan de tratamiento para el abordaje de estos cuadros psicopatológicos. La programación individualizada de tratamiento es necesaria, apoyada en una profunda exploración y evaluación de las características y funcionalidad de la sintomatología. La inclusión del sistema familiar como parte del tratamiento, en tanto la sintomatología se concibe como un catalizador de los conflictos familiares y promueve la homeostasis relacional, consideramos ser la piedra angular de este tipo de intervenciones. Sin embargo, el presente estudio no permite realizar conclusiones inequívocas respecto al tratamiento realizado así como para establecer una relación causal entre el mismo y la correcta evolución de la sintomatología que presenta el paciente. Estudios más estructurados podrían ser objeto de futuras investigaciones por nuestra parte.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
2. Duque, P. A., Vázquez, R., & Cote, M. (2015). Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 237–242.

3. Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82:1267–73.
4. Sar V, Akyüz G, Kundakç,i T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2271–6.
5. Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. Psychogenic movement disorders in children: a report of 15 cases and a review of the literature. *Movement Disord*. 2008;23:1882–8.
6. Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the intraphysique to the transpersonal approach*. Londres : Chaucer.
7. Shaw RJ, DeMaso DR. *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*. 2010.
8. Vásquez Rojas R, Silvestre JJ, Escobar Sánchez M. Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *MedUNAB*. 2010;9.