

## HISTERIA INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

### INTRODUCCIÓN

Los desórdenes emocionales en la infancia pueden presentarse tanto como síntomas psíquicos como en forma de diversas quejas somáticas. En niños menores de siete años, la queja somática más habitual es el dolor abdominal, mientras que en el adolescente sería el dolor de algún miembro o la cefalea. Los síntomas referidos al sistema nervioso central, como anomalías de la marcha o desmayos, son más frecuentes a medida que avanza la edad y el desarrollo.

En un estudio a corto plazo de seguimiento en 93 niños y adolescentes, realizado por Goodyer y Mitchell (1989) se compararon tres grupos de pacientes en función de sus síntomas, con la intención de observar si éstos influían en el pronóstico. Los tres grupos eran los siguientes: "pseudo-epilépticos", "otras histerias" y "otras presentaciones somáticas", observándose que el grupo de pseudo-epilépticos hacía un mayor uso de servicios médicos tras el alta hospitalaria, y que las presentaciones polisintomáticas y con síntomas físicos persistentes no predecían un peor pronóstico en ningún grupo, como se pensaba con anterioridad al estudio. En cualquier caso, los médicos de cabecera consideraban válido y útil el tratamiento psiquiátrico durante el ingreso, en la mayoría de los casos.

La mayor parte de estudios confirman que la histeria infantil tiene buen pronóstico en un 50 a 75% de los casos, tras tres meses de tratamiento psiquiátrico, y el 90% se recuperan, de hecho, tras un año.

El trastorno de conversión y la histeria han desaparecido en el apartado de trastornos de la infancia y adolescencia en el DSM-III-R. Sin embargo, los síntomas conversivos son frecuentes en ciertas fases del desarrollo, particularmente cuando los cambios psicológicos influyen en la representación mental del cuerpo, como ocurre en el periodo de latencia y adolescencia. Además, el trastorno de conversión en la infancia puede ser relacionado con diferentes tipos de psicopatología, desde, por ejemplo, un episodio singular en la mayoría de los niños, hasta un franco cuadro psicótico.

El papel de la depresión en la génesis del episodio conversivo ha sido señalado por muchos autores. Goodyer (1981) propone que la conversión es una potencialidad que tiende a desaparecer con la edad, pero puede despertar de nuevo en algunos individuos e incrementarse en ciertos ambientes culturales. Ya Gowers, en 1881, observó influencias culturales en los rasgos de los trastornos psicológicos, al manifestar que el "test de compresión ovárica", que era crucial para Charcot en el diagnóstico de la histeria, sucedía raramente en sus pacientes inglesas. Ambos, en el siglo pasado, fueron los primeros en distinguir la histeria de las convulsiones epilépticas, al observar ciertas características diferenciales. Durante el "ataque histérico", las pacientes estudiadas por Charcot en Salpêtrière lloraban y experimentaban terroríficas visiones, aparentando perder la conciencia, o en un estado "alterado" de conciencia, como apostilló Gowers. Estos aspectos quedan gráficamente ejemplificados en el caso que nos ocupa.

Por otro lado, la génesis del proceso se ha puesto en relación con un cierto estilo de interacción materno-filial que Stern (1985) acuñó con el término de "armonización afectiva", en el que cualquier tipo de iniciativa por parte del niño es interpretada por la madre como una necesidad fisiológica, y es respondida con un alto grado de excitación, que el niño, a su vez, intentaría mantener para preservar el contacto con su madre y el sentimiento de experiencia compartida. Feehan (1992) en un seguimiento de dos años en pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno funcional, concluye la necesidad de investigar la presencia de abusos sexuales en todos los niños que presenten histeria de conversión, observando, además, otros tipos de antecedentes traumáticos frecuentemente en estos pacientes.

Por último, reseñar la presencia de un caso similar en la literatura al que presentamos en este artículo (Herskowitz y Rosman, 1985), en el que un niño de 10 años, con un trastorno convulsivo mixto, que incluía convulsiones tónico-clónicas generalizadas y "estados de trance", acompañados de crisis parciales, es ingresado ante el mal control de la sintomatología, y se objetiva un cuadro convulsivo parcial con pérdida de tono corporal y revulsión ocular, seguido de un intento de precipitación. Tras el ajuste de la medicación anticonvulsiva el paciente no volvió a presentar ninguno más de estos episodios.

272 **CASO CLÍNICO**

La paciente es una niña de 13 años, natural de Madrid, que vive con sus padres y un hermano. Cuando contaba 10 años es traída por sus padres al Servicio de Urgencias, porque repentinamente se ha puesto a gritar y a llorar, diciendo que veía imágenes de una tía fallecida que le hablaba. Esto le duró unos minutos, sin otra sintomatología, cediendo bruscamente, y con nítido recuerdo de todo el episodio. Llevaba aproximadamente un año sufriendo estas crisis con una frecuencia variable, desde 2-3 al día a ninguna en semanas. Mientras ve las imágenes, si alguien habla, no responde, aunque asegura que sí que oye y tiene conciencia de lo que dicen, "pero mi tía no me deja responder". En una ocasión se le acercó su hermano y se dirigió a él como si fuera su tía, y a veces durante el episodio muestra gran agresividad. Decir que esta tía era la hermana de su madre y murió de cáncer cuando la paciente contaba 2 años, por lo que su rostro sólo lo conoce de ver fotos. Posteriormente, refiere la aparición, no tan constante, de otro tío y un abuelo fallecidos con los que tampoco tuvo apenas relación. La madre vincula el cuadro inicial con la menarquía de su hija, ya que no había sido informada, por lo que acudieron inicialmente a un psicólogo, que restó importancia al asunto. Posteriormente, los episodios no se han vuelto a poner en relación con ningún claro desencadenante, pero la madre reconoce que cuando su hija estaba más nerviosa por algún motivo ocurrían con más frecuencia.

Acude a consultas de Neurología Pediátrica, con EEG realizado en urgencias, y es diagnosticada de Epilepsia Mioclónica Juvenil, iniciándose tratamiento con ácido valproico (500 mg/12 h). Se repite el cuadro posteriormente, acompañándose de cefalea intensa, holocraneal y pulsátil. Los episodios no presentaban relación con la hora del día ni con actividad determinada, ocurriendo frecuentemente en presencia de observadores, como durante las clases del colegio, originando gran absentismo por este motivo. A veces presentaba revulsión ocular y movimientos tónicos de ambos brazos durante el episodio. En una ocasión presentó una pérdida de conciencia objetivada, con caída al suelo, sin otra sintomatología, durante una clase.

Ante el mal control de la sintomatología se decide su ingreso a cargo de Neurología. Desde la mañana del ingreso refiere cuadros de desconexión de minutos de

duración, con alucinaciones visuales y movimientos tónicos-clónicos de las 4 extremidades, sin revulsión ocular, sin relajación de esfínteres, de los cuales se recupera espontáneamente; se repiten cada ½ o 1 hora. Se realizan EEGs críticos que no presentan alteraciones respecto al trazado de base, por lo que se pide interconsulta a Psiquiatría infantil, siendo remitida al alta a sus consultas para estudio. Varios meses después, acude a urgencias por aumento de episodios habituales, con descenso del rendimiento escolar así como de su capacidad de concentración, apatía, "se queda en blanco" y llora frecuentemente. Refiere que en los episodios "su tía le incita al suicidio, diciéndole que se tire por la ventana", por lo que se decide el ingreso a cargo de Psiquiatría. Durante el ingreso tiene casi todos los días de 10 a 12 horas de la mañana cuadros como el descrito, que desaparecen instantáneamente con maniobras de sugestión (cerrar los ojos), aunque persiste la angustia por la posibilidad de que aparezcan nuevos episodios. Se va de alta una semana después, con el diagnóstico de cuadro disociativo y tratamiento combinado ansiolítico y antiepiléptico (se sustituye el ácido valproico por carbamacepina), iniciándose el abordaje psicoterapéutico y familiar y la paulatina mejoría del cuadro.

**Antecedentes personales**

Gestación con edemas en MMII e HTA desde los tres meses que precisaron tratamiento farmacológico. Al séptimo mes amenaza de parto prematuro, tratado con reposo y fármacos. Parto a término, espontáneo, vaginal, con uso de fórceps. Período neonatal normal. PRN 2.800 kg. Llanto inmediato, no REA. Deambulación a los 11 meses, control de esfínteres a los 12 meses, empezó a hablar al año. Lactancia materna durante 1 mes. Curva estato-ponderal ascendente. Vacunación completa. Inestabilidad intensa durante los primeros 2 años de vida, con vómitos. Catarros frecuentes. No alergias conocidas. Hipertransaminemia autolimitada. Soplo funcional desde los 2-3 meses que desapareció posteriormente. Convulsiones febriles desde los 5-6 meses a los 2-3 años, con hipertonia generalizada, sin movimientos anormales, de 10 minutos, aproximadamente, de duración (aparecían en cada episodio febril, hasta 1 vez al mes. Estudio EEG normal).

Inicio de la escolarización a los 4 años, con buena adaptación y rendimientos escolares hasta el último año.

En el informe escolar, su tutor refiere que "no se manifiesta en clase, acepta todo sin replicar, tanto en sus relaciones con el profesorado como en su trato con los demás compañeros, con los que parece llevarse bien". Aunque el tutor afirma que "en apariencia sí se encuentra integrada en el grupo", ella afirma que no tiene ninguna amiga, que todas sus compañeras le dan de lado y dicen que está loca, con lo que únicamente sale con sus padres. "En lo que se refiere a sus actitudes en clase sí está atenta a las explicaciones y capta bastante bien la materia que se explica".

#### **Antecedentes y estructura familiares**

##### *Padre*

Pensionista. Trabajaba como oficial de primera y tuvo un accidente laboral, con traumatismo craneo-encefálico ocho años antes. A raíz del mismo sufrió varias crisis convulsivas que se controlaron con carbamacepina. Comenzó a beber de forma excesiva, por lo que la convivencia fue difícil, llegando a ingresar en tres ocasiones por agresividad. Aunque asegura que nunca agredió a la hija, la madre asegura que esta fue "la que peor llevó los acontecimientos, encerrándose en su habitación y sin querer hablar con nadie" (ella dice que "tiene pocos recuerdos de cuando su padre estaba mal"). Pasó un año y medio en una residencia, y actualmente está en tratamiento anticomicial y neuroléptico, con franco deterioro. Su padre, a su vez, era alcohólico y su bisabuelo se suicidó.

##### *Madre*

Ama de casa. Diagnosticada de epilepsia parcial compleja, secundariamente generalizada a los 8 meses del nacimiento de la hija (con 36 años). Las crisis se iniciaron con un cuadro de alucinaciones visuales en forma de imágenes muy vívidas, con amnesia posterior del episodio, que dieron paso poco a poco a la instauración de las crisis convulsivas. Desde el comienzo se controlaron satisfactoriamente con carbamacepina, por lo que la hija parece que no ha vivido ninguna de estas crisis, pero conoce perfectamente todos sus síntomas por continuas referencias de la madre. Una hermana y su madre también son epilépticas.

##### *Hermano*

Tiene 9 años más que la paciente. Ha estudiado Económicas. Estuvo en tratamiento 2 años antes por crisis

de pánico con agorafobia con imipramina, cediendo éstas. Hace las funciones del padre y sobreprotege a su hermana.

#### **Exploración clínica**

La física es inespecífica; la neurológica ha sido siempre rigurosamente normal, tanto durante sus ingresos como en las visitas a urgencias. A la exploración está consciente y orientada en las 3 esferas. Animo subdepresivo, dice estar nerviosa aunque no se objetiva y colabora bien. Relata sus experiencias con cierta fluidez e indiferencia, presentando un buen contacto con la realidad. El lenguaje es coherente y no presenta alteraciones en el curso y contenido del pensamiento. Niega ideación auto-heteroagresiva o autolítica durante la entrevista. Sueño conservado, excepto cuando los episodios se presentan por la noche. Apetito conservado. Conciencia de enfermedad.

#### **Exploraciones complementarias**

##### *Analítica*

Hemograma, perfiles bioquímicos y coagulación normales. Potenciales evocados: visuales y somatosensoriales normales.

##### *EEG*

Disfunción de estructuras reguladoras centroencefálicas formada por brotes bilaterales y sincrónicos de punta y poli-punta onda que se activan con la apertura y cierre de párpados.

#### **Pruebas neuropsicológicas y de personalidad aplicadas**

Test Psicodiagnóstico de Rorschach (Exner); Test HTP; Test de la Familia; Test Guestráltico Visomotor de Bender; Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Wisc.

##### *Resultados en el test de Rorschach*

Es significativamente elevado el Índice de Inhabilidad Social (CDI) (4/5), con tendencia a la desorganización o a la ineficacia, al ser confrontada la paciente con las demandas sociales. Existe vulnerabilidad y dificultades para lidiar con los requerimientos de la vida cotidiana.

274 Bajo contacto ( $A > H$ ). Índice de Egocentrismo aparece como bajo (0,20), con inadecuada autoimagen y auto-percepción, esto es un indicador de patología. Su Índice de Depresión no se cumple por un punto (4/7), aunque existe tendencia a un estado de ánimo pesimista, preocupado y depresivo, que es atenuada por su número de 3 WS,2 de ellas en la primera lámina, con oposición. Bajo número de respuestas populares (4/28), que de hecho se acentúa esta tendencia inadecuada de manejo de la realidad, mediante el Índice de Realidad de Neiger (RI), de 3 puntos, o hipoplástico significando "una relación anormal con el espacio, el tiempo y los valores. Un apartamiento del mundo exterior, por un yo débil, que se halla expuesto a una intensa presión instintiva o de la conciencia y vive en un mundo de ensueños" (Bohm). Son negativos el Índice de Esquizofrenia y el de Hipervigilancia, así como la Constelación de Suicidio. Existen distorsiones formales del pensamiento, no por medio de puntajes especiales patognomónicos de la psicosis, sino a través de un porcentaje elevado de F- (11/28), lo que supone aproximadamente el 30% del protocolo, siendo aproximadamente el 40% las Fo. Aparecen marcadores de conflicto afectivo intenso (FC' y m), con experiencias intensas de frustración procedentes de las relaciones interpersonales, esta dinámica conflictiva en la actualidad se revive en situaciones de presión psicológica. Gran tensión por incapacidad de integrar las necesidades propias de su desarrollo psíquico. Mal control de los impulsos (FC y C). En el orden de procesos afectivos neuróticos y epiléptico-orgánico aparecen tendencias fóbico-histéricas. Somatizaciones corporales y gran autoobservación. Alta potencialidad a la sugestión y fantasía. Las F-, CONFAB, unidas a ciertas respuestas anatómicas, son interpretadas en el orden de su patología epiléptica. Contenidos paranoides (M-), con confusión y perplejidad ante lo mágico-desconocido. Respuesta de mascara que intensifica su observación de la fisonomía y que tiene que ver con una defectuosa separación del yo y del mundo exterior, con una conciencia del yo indiferenciada y labilidad de la conducta. Tendencia, pues, a la despersonalización.

#### *Resultados Test de Weschler y Bender*

Su inteligencia aparece dentro de unos valores normales, con caídas por debajo de la media para su edad, en las escalas de Vocabulario ( $T = 6$ ), Cubos (7) y Rompecabezas (7), que son las que implican gran atención-

concentración y capacidad de planificación, y que nosotros valoramos como una típica repercusión en el manejo de las tareas a causa de factores estresantes, cuando la paciente tiene que realizar tareas complicadas o que requieren un gran esfuerzo cognitivo. El test de Bender recoge cierto trazo inestable con mala organización de la planificación y ejecución por los mismos factores más arriba analizados.

#### *Resultados en Test Proyectivos Gráficos*

Malos indicadores de contacto. Infantilismo. Representación de un contenido angustioso y amenazante en un dibujo mediante el gráfico libre de sus amigas, que aparecen reflejadas fastasmagóricamente en un lugar apartado con la paciente llorando al otro. Se trata, en realidad, de una producción en la que se deja entrever que lo que dice ver (tía y abuelos fantasmas) no es más que la alucinación de sus propios complejos ante sus padres, en estos momentos psicoevolutivos y de la adolescencia.

#### *Conclusión de los test*

Las pruebas nos muestran aspectos histérico-fóbicos con fuertes vivencias estresoras, de conflicto y angustia, ubicándose esto en su dinámica disociativa (Lámina V, Rorschach: "esto es un dragón con dos cabezas"; lámina III: "como dos personas que tienen alrededor fuego y que parece que lo están pasando mal"), y de acentuación de lo psicósomático o corporal. Aspectos éstos que justifican sus formas negativas, y alejamiento del apego a la realidad. Son los factores afectivos o emocionales de la paciente, los que hacen que la realidad, en sí misma, y la producción de las pruebas aparezca alterada (por ellos la ausencia de desórdenes formales del pensamiento de tipo puntaje especial, o esquizofrénico). Su constitución epiléptica es secundaria a la estructuración histérica. Mención especial, en su problemática personal y en cómo su conflictiva tiene un reflejo no sólo en la aparatosidad de los síntomas, sino también en las pruebas, es el fracaso incipiente en la lámina IX, con una súbita interrupción de las interpretaciones. Aquí se da la respuesta "es la cara de mi tía como cuando yo la veo a veces", se produce en unas sensaciones de angustia y estupor (con bloqueo en el curso del pensamiento). Se trata de un contenido afectivo y amenazante, que ha entrado en la conciencia (no olvidemos que las láminas del Rorschach se fundamentan en el mecanismo de la

proyección), y que se encuentra, en la paciente, ubicado en un complejo neurótico evidente. La lámina IX es la de color y es difícil de interpretar, por ello tiene especiales dificultades en estructurar sus afectos de un modo realista, coherente y con recursos.

## DISCUSIÓN

Como se refleja en los manuales de Psiquiatría infantil (Ajuriaguerra, 1979), la imitación desempeña en la histeria infantil un papel seguro, pero no se trata de un simple reflejo en espejo, sino que a menudo es un fenómeno más complejo de identificación o una toma de conciencia de que el síntoma puede producir beneficios secundarios. En cuadros más amplios, puede implicar la solidaridad para con un grupo y el aislamiento en relación con grupos diferentes o antagonistas. El contagio puede ser más reducido, como en el caso que nos ocupa, y tener lugar en el marco familiar.

L. Ljunberg (1959) ha estudiado, desde un punto de vista estadístico, el problema de la configuración familiar. Según este autor, el rango de nacimiento y el riesgo de morbilidad, en función de que algún padre sea histérico, no desempeña ningún papel, como se pensaba antes. Las tasas de morbilidad del grupo madre y hermana, de los que han caído enfermos en una edad precoz, es significativamente más elevado en los del sexo femenino. Según este mismo autor, las condiciones ambientales desfavorables (como en nuestro caso el problema del padre) se encuentran en un 35% de los casos.

Todos los autores insisten sobre la importancia del medio familiar. Según la descripción de N. L. Rock (1971), las madres son extremadamente sobreprotectoras y ansiosas, pero tienden a negar los síntomas de sus hijos. Los padres, emotivos, no interfieren en la sobreprotección de la madre, aunque tampoco la apoyan; ambos progenitores presentan sus propios problemas interpersonales y utilizan los síntomas del hijo como defensa; en un momento dado de la experiencia pasada del niño,

una figura parental significativa alimentó el síntoma de conversión, sea como modelo de identificación, sea por su conducta. Contrariamente a la idea que el niño se hace de sí mismo, los padres le creen feliz.

Podemos ver en nuestro caso bastantes rasgos de personalidad prototípicos del niño histérico: la sugestionabilidad, que forma parte de la definición misma de pitiatismo de Babinski; la exaltación imaginativa, con regresión de la acción al ensueño; la expansividad teatral, con un deseo de hacerse compadecer o admirar. Se describe, por otra parte, la extremada sensibilidad de estos niños, su avidez afectiva, su insatisfacción, sus reacciones exageradas frente a las menores frustraciones. Se describe, igualmente, el carácter superficial de sus relaciones, las oscilaciones no motivadas del humor, las dificultades para establecer lazos emocionales normales con sus padres o bien rasgos de carácter reactivos, bajo la configuración agresiva masculina en las muchachas y configuración pasiva en los muchachos (P. H. Starr). Entre estos trastornos, N. L. Rock señala la falta de relaciones con niños de su edad, elementos depresivos con una débil estimación propia, falta de confianza, negación de la enfermedad y ausencia de ansiedad, y una dependencia exagerada, especialmente de la madre, con temor al abandono paterno. Se trata de rasgos de personalidad que son frecuentes en el niño, y que no necesariamente se encuentran en todos los que presentan manifestaciones de conversión.

Por último, señalar respecto al EEG que algunos autores encuentran trazados perturbados, con gran frecuencia, en niños caracteriales e inestables, que pueden justificarse por una inmadurez (A. Lalisce), aunque en nuestro caso la presencia de un registro tan patológico, unido a algunas manifestaciones clínicas y la fuerte carga familiar, nos inclina a pensar que estamos ante un caso combinado de histeria y epilepsia, por lo que se mantuvo el tratamiento anticonvulsivo.

*J. San Sebastián, V. García, A. Gutiérrez, M. Huerta y S. Bautista  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.  
Madrid*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra J De. Manual de Psiquiatría infantil. Cuarta edición. Ed. Toray-Masson, S.A.; 1979.
2. Feehan CJ. Hysteria in childhood. Br J Psychiatry 1993; 162:571.

- 276
3. Goodyear I, Mitchell C. Somatic emotional disorders in childhood and adolescence. *J Psychosom Res* 1989;33(6):681-8.
  4. Goodyear I. Hysterical conversion reactions in childhood. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 1981;22:179-88.
  5. Guedeney, A. Hysterical conversion and developmental psychiatry. *Br J Psychiatry* 1993;162:571-2.
  6. Herskowitz J, Rosman NP. Pseudoseizure in a child with epilepsy. *Am J Psychiatry* 1985;142:3.
  7. Ljunberg L. Hysteria. A clinical prognostic and genetic study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1957;32(Suppl 112).
  8. Massey EW, Mc Henry LC. Hysteroepilepsy in the nineteenth century: Charcot and Gowers. *Neurology* 1986; 36:65-7.
  9. Rock NL. Conversion reactions in childhood: a clinical study on childhood neuroses. *J Am Acad Child Psychiatry* 1971; 10:65-93.
  10. Starr PH. Some observations on the diagnosis aspects of childhood hysteria. *Nerv Child* 1953;10:214-31.
  11. Stern DN. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books; 1985.