

Tratamiento rehabilitador de los trastornos de conversión

A. SÁENZ GUERRERO*, M. AVELLANET VILADOMAT* y C. MÚGICA SAMPERIO**

*Servicio de Rehabilitación. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes-Engordany (Principado de Andorra). **Servicio de Rehabilitación. Hospital de Cruces Baracaldo (Vizcaya).

Resumen.—El Síndrome de Conversión suele presentarse imitando déficit orgánicos motores y/o sensitivos, de formas abigarradas. No existe conciencia de enfermedad, por lo tanto, el paciente no simula, a diferencia de otras alteraciones. Esto hace que el diagnóstico sea difícil. Si no se trata de forma adecuada, no sólo pueden aparecer secuelas psíquicas sino también físicas. Los médicos rehabilitadores, por su conocimiento de la valoración y tratamiento de déficit similares, pueden aportar un plan terapéutico conjunto con los servicios de psiquiatría. Dicha colaboración beneficia al paciente y a la familia. Se presenta un esbozo de la fisiopatogenia de los trastornos de conversión, que ayudará a un mayor conocimiento y comprensión de los mismos. Además, se realiza una revisión de las estrategias y actitudes terapéuticas descritas en la literatura científica y utilizadas en diferentes servicios de rehabilitación. Estos planes de tratamiento se han llevado a cabo colaborando no sólo con los servicios de psiquiatría, sino también con otras disciplinas. Finalmente, se analiza el por qué de esta colaboración.

Palabras clave: *Trastorno de Conversión. Rehabilitación. Psiquiatría.*

REHABILITATOR TREATMENT OF THE CONVERSION DISORDERS

Summary.—The clinical presentation of Conversion Disorders usually imitate sensitive and/or motor organic defects in a mixed way. The patient is not aware of the disease, thus, he/she do not simulate, on the contrary to other disorders. This makes the diagnosis difficult. If it is not adequately treated, both physical and psychological sequels can appear. The rehabilitation physicians, due to their knowledge of the assessment and treatment of similar deficits, can provide a joint therapeutic plan with the psychiatry services. This multidisciplinary approach is advantageous for patients and relatives. An outline of the physiopathogeny of the conversion disorders that will help to have a greater knowledge and understanding of them is presented. In addition, a review of the strategies and therapeutic attitudes

described in the scientific literature and used in different rehabilitation services is carried out. These treatment plans have been carried out not only in collaboration with the psychiatry services but also with other disciplines. Finally, the reason for this collaboration has been analyzed.

Key words: *Conversion Disorder. Rehabilitation. Psychiatry.*

INTRODUCCIÓN

La clínica con la que se presenta el Síndrome de Conversión (SC) suele mostrar a un paciente con déficit sensitivos y/o motores, abigarrados e incongruentes. El desconocimiento de una patología psiquiátrica de base hace que la valoración y tratamiento de los síntomas presentes sean especialmente difíciles. Así, nos encontramos con pacientes que, durante un prolongado período de tiempo, han sido sometidos a numerosas pruebas diagnósticas y han sido visitados por diferentes profesionales dilatando en el tiempo el diagnóstico de esta entidad. Esta condición psiquiátrica está perfectamente definida por el DSM-IV e ICD-10^{1,2}. Se define por la ausencia de funciones sensitivas y/o motoras, imitando a diferentes entidades como las neurológicas, y que, en general, se desencadena por factores estresantes psicológicos. Es decir, el déficit no es directamente intencionado ni simulado. El paciente no es consciente de lo que le ocurre. Esto es lo que diferencia este cuadro de otras patologías psiquiátricas que cursan con déficit parecidos.

La revisión de la literatura sugiere múltiples tratamientos, tanto psiquiátricos (terapia conductual, hipnosis, narcosugestión, medicación...) como rehabilitadores, orientados al déficit presente (cinesiterapia, terapia ocupacional, hidroterapia, electroterapia...)³⁻⁵. Son series clínicas o estudios retrospectivos. La evidencia científica de un tratamiento eficaz puede parecer escasa pero en todos los casos clínicos en los que

Trabajo recibido el 28-XI-01. Aceptado el 29-I-02.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial de los Trastornos de Conversión.

	<i>Intencionalidad o conciencia</i>	<i>Padecimiento por los síntomas</i>	<i>Creencia de estar enfermo</i>	<i>Autolesiones</i>	<i>Beneficio</i>
Conversión	NO	SÍ	SÍ	NO	Ganancias primarias y secundarias
Facticio	SÍ	NO	NO	SÍ	Asumir rol de enfermo
Simulación	SÍ	NO	NO	SÍ	Ganancias materiales

el tratamiento psiquiátrico se llevó a cabo con la colaboración de los Servicios de Rehabilitación, la evolución del (SC) fue más favorable³⁻⁶. Parece razonable, ya que los especialistas en Rehabilitación conocen el abordaje y tratamiento de condiciones orgánicas similares, además de las secuelas, y poseen los recursos necesarios para el trabajo en equipo³⁻⁶.

DEFINICIONES

¿Qué es un Trastorno de Conversión? Se define como la presencia de síntomas motores y/o sensitivos, que se contradicen con los hallazgos físicos^{3,7,8}. Esta entidad psiquiátrica está definida en el «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition»^{1,9,10} en los siguientes términos:

- El síntoma supone la pérdida de la función motora voluntaria y/o sensorial, sugiriendo la presencia de un proceso neurológico u otro de carácter general.
- Existen factores psicológicos asociados etiológicamente ya que el inicio o exacerbación del cuadro se precede de conflicto o necesidad psicológica o de estrés social.
 - El síntoma o déficit se produce inconscientemente.
 - El síntoma no puede ser explicado por ningún trastorno físico, después de una investigación adecuada, ni por efecto directo de una sustancia ni responde a una pauta de respuesta sancionada culturalmente.
 - El cuadro causa clínicamente importante estrés o perjuicio social, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento o de la justificación de la evolución médica.
 - El proceso no está limitado a dolor o disfunción sexual, no ocurre dentro del curso de un trastorno de somatización y no se explica por otro tipo de desorden mental.

La importancia de estos datos característicos viene dada por la necesidad de diferenciar el proceso conversivo o episodio somatomorfo de la simulación o de los trastornos dissociativos, facticios o de somatización (tabla 1)^{11,12}.

En la práctica clínica diaria no es tan fácil ya que, muchas veces, se solapan. Toda la sintomatología de estos procesos (simulación y facticios) se produce en un paciente consciente de lo que le pasa y que actúa de esta manera para obtener ganancias tanto primarias (liberarse de la ansiedad) como secundarias (atraer la atención). Es decir, con intencionalidad, dificultando la diferenciación con los síntomas conversivos, en los que no existe conciencia de enfermedad^{2,4,5,11,12}.

La definición de (SC) también está recogida dentro del «International Classification of Diseases-10» con el código 300.11². Por tanto, el diagnóstico no debería realizarse por criterios de exclusión sino que se debería demostrar el origen funcional del déficit en vez del orgánico^{4,5}. De hecho, el número de pacientes conversivos que, pasado un tiempo, son diagnosticados de alguna patología orgánica es escaso¹³. La dificultad está, sobre todo, cuando se presentan juntos ambos problemas físicos y psíquicos, aumentando el grado de complejidad del cuadro. Si el diagnóstico y el tratamiento se retrasan, por dificultades en su identificación, pueden aparecer secuelas físicas^{4,5,14}. En niños y adolescentes, sobre todo entre los 10 y 14 años, la rapidez del diagnóstico y del tratamiento adquiere aún más importancia dado que los factores estresantes externos pueden ir desde el temor a la competitividad, a los abusos sexuales y expresan un conflicto o una necesidad emocional. En estas edades, la sintomatología es generalmente reversible. En el adulto joven, existe más resistencia al tratamiento por influencia de factores externos o del entorno¹⁵⁻²¹. La prevalencia de los Trastornos de Conversión varía de unos trabajos a otros pero, en general, no supera el 2%^{2-5,22}. Los factores que se asocian a su presencia se resumen en la tabla 2^{23,24}: Estos factores son frecuentes pero no necesarios para el diagnóstico^{4,5}.

Los modelos que intentan explicar este síndrome se pueden resumir en las teorías que se exponen a continuación²⁴:

- Teoría de comunicación no verbal: el paciente expresa sus necesidades a través de síntomas físicos.
- Modelo de estrés: el estrés se manifiesta a través del sistema nervioso.

TABLA 2. Factores asociados a los Trastornos de Conversión.

1. Síntomas simbólicos: imitación de conductas conocidas, como la sofisticación de los síntomas cuando el paciente tiene conocimientos médicos.
2. Ganancias secundarias, como el chantaje emocional.
3. Personalidad histérica.
4. «Belle indifference» ante la gravedad de la sintomatología.

• Comportamiento aprendido: los síntomas condicionan la forma de actuar. Si el síntoma provoca la respuesta deseada por el paciente en su entorno, el síntoma permanecerá.

BASES DEL TRATAMIENTO

Existe una aparente falta de evidencia científica en los resultados de los tratamientos aplicados en el Trastorno de Conversión. Esta situación refleja que los grupos y protocolos de estudio, en el ámbito psiquiátrico, se centran en enfermedades mentales con más incidencia y prevalencia en la población, como la esquizofrenia o, solamente, en estudios aleatorizados^{25,26}. Se han descrito múltiples tratamientos psiquiátricos pero la tendencia actual es la aplicación de la terapia conductual^{3,10}. Sin embargo, asociada a tratamiento rehabilitador, el resultado terapéutico es más eficaz.

De hecho, se encuentran publicados series clínicas y estudios retrospectivos en los que queda demostrado que, cuando se ha llevado a cabo el tratamiento rehabilitador del déficit correspondiente de forma conjunta con los servicios de psiquiatría, la evolución de los pacientes es siempre más favorable^{3-6,14-16,18,19,23,24,27-35}. Las técnicas empleadas como tratamiento rehabilitador son las que se utilizan en los síntomas y signos orgánicos que imita el paciente conversivo: cinesiterapia, terapia ocupacional, electroterapia, hidroterapia, etc.

Por tanto, la definición de un plan terapéutico conjunto con Psiquiatría beneficia al paciente y a su entorno familiar. Primero, por el conocimiento del médico rehabilitador del manejo de patologías orgánicas similares, tanto sensitivas como motoras, que permite actuar sobre el proceso, su evolución y probables secuelas. Y, segundo, por la red de recursos que, desde el servicio de rehabilitación, permite trabajar en equipo, de forma inter y multidisciplinar^{3,4,12,14,15,33}.

Así, definidas las áreas de tratamiento, podemos resumir las estrategias terapéuticas en: 1.-Terapia conductual; 2.-Tratamiento rehabilitador: orientado según el tipo de déficit, y 3.-Orientación psiquiátrica: hipnosis, narcosugestión, terapia de grupo, medicación.

Los objetivos de la terapia conductual son el desaprendizaje de las respuestas maladaptativas y la integra-

ción en el entorno social⁴. Para realizar el tratamiento rehabilitador con control conductual, hay que tener en cuenta que la progresión es escalonada. El paciente no progresará en la terapia al siguiente paso si no ha realizado el anterior de forma satisfactoria (entrenamiento asertivo). Cuando no recibe tratamiento, la parte del cuerpo afectada se inmoviliza para reforzar la presencia de una función anormal. Pero se deben evitar las adaptaciones y ayudas técnicas de forma continuada para valorar el progreso del paciente. Se utiliza la estrategia de premio y recompensa para pasar a otra fase de tratamiento, como condicionamiento operante. Cualquier salida del hospital debe ser valorada prudentemente y sólo se permitirá en caso de reforzar la mejoría del déficit funcional^{4-6,17,29,33}.

Una vez establecidas las líneas de actuación, hay que evitar la confrontación con el paciente y la familia, no echándole en cara la no existencia de daño orgánico, ya que puede empeorar la respuesta al tratamiento y poner de manifiesto que existe un estigma/trauma por estar siendo tratado por una alteración mental. El personal debe estar adiestrado a la hora de aplicar los tratamientos para evitar la frustración de sentirse engañado como profesional^{14,15,29,34,36}.

Todo esto permite tratar el síntoma conversivo, ya que es reconocido, y aporta credibilidad al aceptar el déficit los profesionales sanitarios. Al ser creíble, tanto la familia como el paciente asimilan el diagnóstico de Conversión. Sería más difícil en caso de una derivación puramente psiquiátrica, que suele originar, al menos inicialmente, una fuerte resistencia tanto del paciente como de la familia. Al implicarnos con el paciente, se siente englobado en la estructura sanitaria aportándole una satisfacción alternativa^{15,16,18,30}.

En resumen, se justifica plenamente la integración del médico rehabilitador en la estructura terapéutica del (SC) como parte esencial del equipo tanto por la formación como por la experiencia en el manejo habitual de pacientes con déficit orgánicos similares.

CONCLUSIÓN

Aunque existen diversas formas de actuación ante pacientes con síntomas conversivos, la colaboración entre rehabilitadores y psiquiatras debe definirse de forma precoz para conocer y aplicar, desde el inicio, las estrategias terapéuticas conjuntas que permitan una mejor respuesta del paciente al tratamiento. Además, el control conjunto de la evolución evita el desarrollo de secuelas físicas. El diseño de estudios randomizados en este tipo de patología es difícil, máxime cuando deben estar definidos con la intención de tratar, pero serían necesarios estudios que valoraran los resultados a largo plazo y/o con grupos control.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Somatoform Disorders. En: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4^a ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. Br Med J 1998;316:582-6.
3. Watanabe TK, O'Dell MW, Togliatti TJ. Diagnosis and rehabilitation strategies for patients with hysterical hemiparesis: a report of four cases. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:709-14.
4. Speed J. Behavioral management of conversion disorder: retrospective study. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:147-54.
5. Silver FW. Management of conversion disorder. Am J Phys Med Rehabil 1996;75:134-40.
6. Teasell RW, Sapiro AP. Strategic-Behavioral intervention in the treatment of chronic nonorganic motor disorders. Am J Phys Med Rehabil 1994;73:44-50.
7. Binzer M, Kullgren G. Motor conversion disorder. Psychosomatics 1998;39:519-27.
8. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000;68:207-10.
9. McCahill ME. Somatoform and related disorders: delivery of diagnosis as first step. Am Fam Physician 1995; 52:193-203.
10. Berry J, Hillis RE, Hitzman SE. Factitious triplegia: case report. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:1161-4.
11. Orengo García F. Un caso de trastorno de conversión analizado desde una perspectiva psicodinámica, psicofisiológica y morfodinámica. Arch Neurobiol 1991;54: 111-21.
12. Gómez Gil E, Valdés Miyar M. Trastorno facticio, un diagnóstico a tener en cuenta. Med Clin (Barc) 1997; 109:764-7.
13. Moene FC, Landberg EH, Hoogduin KA, Spinhoven P, Hertzberger LI, Kleyweg RP, et al. Organic syndromes diagnosed as a conversion disorder: identification and frequency in a study of 85 patients. J Psychosom Res 2000;49:7-12.
14. Stewart TD. Hysterical conversion reactions: some patient characteristics and treatment team reactions. Arch Phys Med Rehabil 1983;64:308-10.
15. Leslie SA. Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions. Arch Dis Child 1988;63:506-11.
16. Dvorch VM, Bunch WH, Siegler AH. Conversion reactions in pediatric athletes. J Pediatr Orthop 1991; 11:770-2.
17. Brazier DK, Venning HE. Clinical practice review. Conversion disorders in adolescents: a practical approach to Rehabilitation. Br J Rheumatol 1997;36:594-8.
18. Jiménez Hernández JL, Écija M, Campo M. Parálisis psicógena en edad pediátrica. Rev Esp Pediatr 1987;43: 495-500.
19. Campo JV, Negrini BJ. Case study: negative reinforcement and behavioral management of conversion disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:787-90.
20. Gooch J, Wolcott R, Speed J. Behavioral management of conversion disorder in children. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:264-8.
21. Buschbacher R. Guillain-Barré leading to a conversion reaction in teenage girl. Am J Phys Med Rehabil 1995; 74:230-3.
22. Halligan PW, Bass C, Wade DT. New approaches to conversion hysteria. Br Med J 2000;320:1488-9.
23. Shell MG, Mitchell HL, Loes MW, Belán AP. Conversion disorder presenting in a patient with an implantable morphine pump and an epidural abscess resulting in paraplegia. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:226-9.
24. Speed J. Behavior and adjustment in the rehabilitation patient. En: O'Young BJ, Young MA, Stiens S, eds. PM & R Secrets. 1^a ed. Filadelfia: Hanley & Belfus, 1997. p. 69-71.
25. Moene FC, Hoogduin KA, Van Dyck R. The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversion symptoms: a description of eight cases. Int J Clin Exp Hypn 1998;46:171-90.
26. Crowther R, Bond G, Huxley P, Marshall M. Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders (protocol). The Cochrane Library 2000, Issue 4.
27. Teasell R, Shapiro A. Chronic conversion disorders. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:1482-3.
28. Withington RH, Wynn Parry CB. Rehabilitation of conversion paralysis. J Bone Joint Surg 1985;67-B:635-7.
29. Delargy MA, Peatfield RC, Burt AA. Successful rehabilitation in conversion paralysis. Br Med J 1986;292:1730-1.
30. Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. Arch Dis Child 1988;63:408-14.
31. Khalil TM, Abdel-Moty E, Asfour SS, Fishbain DA, Rosomoff RS, Rosomoff HI. Functional electric stimulation in the reversal of conversion disorder paralysis. Arch Phys Med Rehabil 1988;69:545-7.
32. Weiser HI. Motor sensory dysfunction of upper limb due to conversion syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1976;57:17-9.
33. Cárdenas DD, Larson J, Egan KJ. Hysterical paralysis in the upper extremity of chronic pain patients. Arch Phys Med Rehabil 1986;67:190-3.
34. Honing MLH, Kon M. Dysfunctional postures of the hand as a part of a conversion reaction. J Hand Surg Br Eur 1996;21:271-5.
35. Sáenz A, Mújica C, Avellanet M, Obiols L. Trastornos de Conversión: enfoque terapéutico. Med Clin (Barc) [carta al Editor]. En prensa 2001.
36. Lazare A. Current concepts in Psychiatry: conversion symptoms. N Engl J Med 1981;305:745-8.

Correspondencia:

Ana Sáenz Guerrero
Hospital Nostra Señora de Meritxell
Servicio de Rehabilitación
Avinyuda Fiter i Rossell 1-13
Escaldes-Engordany (Principado de Andorra)
E-mail: saas.rhb@andorra.ad