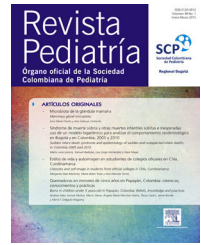




Pediatría

www.elsevier.es/revistapediatria



Revisión de temas

Trastorno de conversión pediátrico: estado del conocimiento



Julio Torales^{a,*}, Antonio Ventriglio^b, Viviana Riego^c, Emilia Chávez^d,
Martín Moreno^d y Laura Viola^e

^a Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

^b Departamento de Medicina Clínica y Experimental, Universidad de Foggia, Foggia, Italia

^c Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

^d Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

^e Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines (IACAPAP), Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de agosto de 2016

Aceptado el 13 de septiembre de 2016

On-line el 19 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Trastorno de conversión

Niños

Adolescentes

Diagnóstico

Tratamiento

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno de conversión es una condición altamente discapacitante en población pediátrica. Este artículo de revisión presenta información actualizada sobre cómo podrían presentarse estos pacientes y cómo los pediatras y psiquiatras infantiles pueden diagnosticar y tratar este desafiante grupo de pacientes.

Tema: Los niños y adolescentes afectados están a menudo gravemente deteriorados y en riesgo de complicaciones graves a largo plazo, como fracaso escolar, aislamiento social, discapacidad física y morbilidad psiquiátrica. A pesar del enorme sufrimiento personal y familiar y la gran inversión de recursos en salud, el trastorno de conversión muchas veces está mal diagnosticado, lo que lleva a innecesarios exámenes médicos que terminan por generar mayor carga emocional en niños y padres. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son clave para la recuperación de los pacientes afectados.

Conclusiones: Ayudar al paciente y su familia a que entiendan y acepten el diagnóstico debe ser el primer paso en el manejo del trastorno de conversión pediátrica. El segundo paso es educar tanto a pacientes como a sus familias sobre la verdadera naturaleza de los síntomas. Los pediatras y psiquiatras infantojuveniles deben ser capaces de utilizar elementos que configuren una aproximación no punitiva a estos pacientes y evitar confrontaciones directas, que serían causa del abandono terapéutico del paciente afectado y su familia.

© 2016 Revista Pediatría EU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jtorales@med.una.py (J. Torales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.09.003>

0120-4912/© 2016 Revista Pediatría EU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paediatric Conversion Disorder: State of the Art

A B S T R A C T

Keywords:

Conversion disorder
Children
Adolescents
Diagnosis
Treatment

Background: Conversion disorder is a highly disabling condition in the paediatric population. This review article presents the state of the art in relation to how these patients might present and how paediatricians and child psychiatrists can diagnose and treat this challenging group of patients.

Subject: Children and adolescents affected are often severely impaired and at risk of developing severe long-term complications, including school failure, social isolation, physical disability, and psychiatric morbidity. Despite the enormous personal and family suffering and the large investment of resources in health, conversion disorder is often misdiagnosed, leading to unnecessary medical examinations, which end up creating a greater emotional burden for children and parents. Early diagnosis and prompt treatment are essential for the recovery of affected patients.

Conclusions: Helping the patient and family to understand and accept the diagnosis should be the first step in the management of paediatric conversion disorder. The second step is to educate both patients and their families about the true nature of the symptoms. Paediatricians and child and adolescents psychiatrists should be able to use elements that configure a non-punitive approach to these patients and avoid direct confrontations, which could be responsible for therapeutic abandonment by the affected patients and their families.

© 2016 Revista Pediatría EU. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, entre los que se incluye el trastorno de conversión, constituyen uno de los grupos menos estudiados dentro de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia^{1,2}.

El trastorno de conversión (conocido actualmente como «trastorno de síntomas neurológicos funcionales», desde la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría [DSM 5]) se caracteriza por síntomas que afectan a las funciones motoras (crisis convulsivas, parestias, movimientos anormales, incoordinación motora, afonía, disfagia y retención urinaria, entre otros) o sensoriales (anestesia, parestias, ceguera y sordera, entre otras) e indican un trastorno orgánico, pero que, al estar precedidos por factores estresantes, se considera originados por factores psicológicos^{3,4}. Es importante recalcar que en el trastorno de conversión los síntomas no son fingidos (puesto que responden a motivaciones inconscientes), a diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios, en los que los síntomas son intencionales³.

El trastorno de conversión es una condición altamente discapacitante en población pediátrica. Los niños y adolescentes afectados a menudo están gravemente deteriorados y en riesgo de complicaciones graves a largo plazo como fracaso escolar, aislamiento social, discapacidad física y morbilidad psiquiátrica. El trastorno de conversión se asocia típicamente con un amplio uso de los recursos sanitarios. A pesar del enorme sufrimiento personal y la gran inversión de recursos en salud, el trastorno de conversión muchas veces está mal diagnosticado, lo que lleva a innecesarios exámenes médicos

que terminan por generar mayor carga emocional en niños y padres⁴.

Este artículo de revisión presenta información actualizada respecto a cómo estos pacientes podrían presentarse y cómo los pediatras y psiquiatras infantiles pueden diagnosticar y tratar este desafiante grupo de pacientes. Se presenta 1 caso para resaltar características clínicas clave y criterios diagnósticos y de tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de trastorno de conversión.

Contexto histórico y actual

En la década de 1880, Sigmund Freud señaló que los síntomas conversivos eran el resultado de la «intrusión de memorias conectadas a un trauma físico» en la inervación somática corporal. Este proceso de mente a cuerpo se conoció como conversión⁵.

Según el modelo psicodinámico, los síntomas conversivos son consecuencia de conflictos emocionales que se reprimen en el inconsciente⁴. Los pacientes obtienen una ganancia primaria y secundaria. En la ganancia primaria, los síntomas permiten al paciente expresar los conflictos que se han suprimido inconscientemente; en la ganancia secundaria, los síntomas permiten evitar situaciones desagradables u obtener de sus amigos, su familia y el sistema médico un apoyo que de otro modo sería imposible de obtener².

Las teorías socioculturales afirman que la conversión y la somatización son formas de expresión emocional, cuando esta expresión, por algún motivo, sea inadmisibles; por su parte, en modelos conductuales, los síntomas conversivos son vistos como aprendizajes maladaptativos, reforzados por el ambiente⁴.

Los modelos neurobiológicos precoces apuntaban a que las reacciones conversivas estaban relacionadas con el instinto de supervivencia y que la continua asociación de una conducta particular con el alivio del peligro o miedo del mundo real resultaba en la habituación y automatización de la conducta^{5,6}.

Actualmente, se ha planteado la hipótesis de que la conversión puede ser una alteración de la teoría de la mente, con un déficit en la codificación y la comunicación de la emoción cuando el contenido emocional del estímulo se transmite en acción. Asimismo, los modelos neurobiológicos más nuevos convergen en la conceptualización de la conversión como un reflejo de errores en el procesamiento de la información y la representación en los sistemas cognitivos y neurales, que son puntales de los procesos. Algunos autores han ofrecido un marco de desarrollo para la comprensión de las reacciones de conversión, que tienen raíces filogenéticas en los comportamientos defensivos innatos. Hipotéticamente, en el contexto de una amenaza significativa, los componentes conductuales y somatosensoriales de respuestas emocionales se activan automáticamente y se manifiestan síntomas sin explicación médica (dolorosos, motores o sensoriales). En los niños, estos comportamientos defensivos, que normalmente pueden verse en presencia de una amenaza percibida dentro del sistema social o familiar, si persisten en el tiempo, se manifiestan como síntomas de conversión^{7,8}.

Un caso de ejemplo

Paciente de sexo femenino y 12 años de edad evaluada por médicos del Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, a solicitud de pediatras tratantes, por un cuadro de aparentes pseudoconvulsiones. La paciente presentaba una historia de 2 meses de evolución de alteraciones del lenguaje, cefaleas de inicio repentino, alucinaciones musicales y episodios pseudoconvulsivos, sin pérdida de conocimiento ni confusión postictal o liberación de esfínteres. La paciente fue internada en la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, con diagnósticos presuntivos de encefalitis límbica y convulsiones parciales complejas. Los antecedentes patológicos personales de la paciente carecían de datos de valor.

Se llevaron a cabo extensivos estudios clínicos, neurológicos, de laboratorio y de imagen; además, se practicaron electroencefalografía y examen de líquido cefalorraquídeo. No se encontraron alteraciones en ninguno de los estudios practicados. Se la trató con lorazepam, ácido valproico, risperidona y corticoides. Un mes después, a pesar del tratamiento instaurado, los síntomas persistían en igual intensidad. Por ello los pediatras tratantes decidieron solicitar una evaluación psiquiátrica de la paciente.

Dicha evaluación reveló que las pseudoconvulsiones se producían solamente en vigilia y cuando la paciente se encontraba en compañía de su madre. La paciente tenía problemas en la escuela y conflictos intrafamiliares. Se le encontraron rasgos histriónicos y dependientes de la personalidad. La intervención psiquiátrica incluyó retirada de la medicación, terapia cognitivo-conductual, toma de conciencia acerca de sus emociones y cómo expresarlas y refuerzo de las mejoras.

Se instruyó a sus padres en la naturaleza psicossomática de los síntomas, cómo manejar las pseudoconvulsiones y qué ganancias secundarias podían reforzar los síntomas. Los síntomas de la paciente remitieron completamente luego de la tercera semana de intervención psiquiátrica y la niña reasumió su rutina escolar y familiar. Se realizó seguimiento ambulatorio por consultorio externo de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia por 5 meses, durante los cuales se mantuvieron el silencio semiológico y la mejoría persistente. Al momento de la redacción de esta revisión, la paciente se encontraba sin síntomas.

Epidemiología

Los primeros casos publicados de trastornos de conversión en la niñez vieron la luz en Estados Unidos en 1898. Su autor, el neurólogo Herman B. Sheffield, reportó ese año una serie de 98 casos¹⁰.

En los últimos años, el trastorno de conversión pediátrico se ha comunicado principalmente durante la pubertad y la adolescencia, aunque estudios prospectivos han identificado casos en niños de incluso 3 años de edad; no obstante, los casos de menores de 5 años son raros^{9,10}. Un estudio alemán ha estimado una prevalencia a los 12 meses del 0,2%¹¹, mientras que un estudio australiano encontró una tasa de incidencia anual de 2,3-4,2/100.000 niños¹².

En cuanto al sexo, hay mayor incidencia de trastorno de conversión en las niñas que en los niños. En niños pequeños (menores de 10 años), las diferencias entre sexos son pequeñas (1,3 niñas por cada niño), mientras que los mayores de 10 años y adolescentes la relación sube a 3,1 niñas por niño¹².

Si bien parecería que la prevalencia de la enfermedad no es significativa, la grave disfunción y el riesgo incrementado de consecuencias serias y a largo plazo, físicas y psicológicas, que tienen los niños y adolescentes afectados hacen que los pediatras y psiquiatras infantiles deban estar atentos a realizar un diagnóstico precoz y proveer así de intervenciones terapéuticas oportunas y adecuadas.

Etiología

Perspectiva biológica

Los estudios de neuroimagen funcional de pacientes con trastorno de conversión indican la presencia de hipofunción del hemisferio dominante, hiperfunción del no dominante y anomalías en la comunicación interhemisférica⁴. Asimismo, se han evidenciado inhibiciones anatómicas en la corteza motora primaria en el caso de pacientes con parálisis conversiva^{13,14}.

Algunos pacientes afectados han mostrado disminución del flujo sanguíneo cerebral en la región temporal izquierda, el tálamo, el putamen y el núcleo caudado. Este flujo sanguíneo cerebral mejora con la resolución de los síntomas conversivos¹⁵.

Estudios de resonancia magnética funcional han implicado al córtex orbitofrontal y el giro cingulado anterior como mediadores de un efecto inhibitorio en el movimiento y la sensación de pacientes con quejas psicogénicas motoras y sensoriales^{13,14}.

Perspectiva psicodinámica

Se postula que conflictos inconscientes se convierten en síntomas físicos. Estos permiten al paciente expresar sus impulsos reprimidos y así evitar su afrontamiento consciente. A través de los síntomas, los pacientes comunican su necesidad de recibir un tratamiento especial y pueden ejercer papeles de manipulación de los demás⁴.

Perspectiva del aprendizaje

Las crisis conversivas pueden verse como conductas aprendidas durante la infancia para afrontar situaciones que de otro modo resultarían imposibles de manejar.

Características clínicas

Hay que destacar que los pacientes con diagnóstico de trastorno de conversión son fácilmente sugestionables, y sus síntomas pueden modificarse o desaparecer mediante estímulos externos. Los niños pequeños suelen presentarse más con síntomas negativos (debilidad, alteraciones en el equilibrio y pérdida de visión, entre otros), mientras que los niños mayores y los adolescentes suelen hacerlo con síntomas positivos (seudoconvulsiones y trastornos psicógenos del movimiento).

Los síntomas sensoriales de los pacientes afectados incluyen parestesias, anestias, ceguera, sordera y visión en túnel, con evaluación neurológica benigna⁴. En cuanto a los síntomas motores, se puede observar parálisis, debilidad y movimientos anormales, así como pseudoconvulsiones (que empeoran al prestarles atención). En el trastorno de conversión se describe la astasia-abasia, que consiste en una marcha atáxica acompañada de violentos movimientos de brazos. Si los pacientes sufren caídas, no se lesionan, no presentan atrofia muscular y los reflejos osteotendinosos y la electromiografía son normales⁴.

Independientemente de los síntomas neurológicos que se presenten, hay algunas características del motivo de consulta que tienden a indicar una alta probabilidad de trastorno de conversión. Por ejemplo, presencia de supuestas convulsiones generalizadas que se acompañan de conciencia y memoria preservadas posteriores al evento, o presencia de debilidad muscular o pérdida de la sensibilidad en una distribución que no se corresponde con la neuroanatomía habitual.

A menudo, el curso temporal de los síntomas también es inusual. En esto destacan los síntomas paroxísticos que tienen lugar exclusivamente ante miembros de la familia o amigos de confianza del niño o adolescente¹⁰.

Quizá uno de los más importantes aspectos en la identificación del trastorno de conversión es el impacto que tienen los síntomas neurológicos en la vida del paciente, es desproporcionado para su aparente gravedad. A este respecto es útil tener en cuenta que los niños y adolescentes emocionalmente sanos que sufren enfermedades neurológicas (epilepsia, neuropatías o trastornos del movimiento, entre otros) continúan asistiendo al colegio y participando en actividades sociales, y generalmente tratan de mantener su nivel previo de implicación y contacto con sus pares, a pesar de los síntomas neurológicos, al contrario de lo que se observa en pacientes con trastorno de conversión¹⁰⁻¹².

Los niños y adolescentes afectados de trastorno de conversión suelen abandonar la escuela y otras actividades como

actividades atléticas, danza y gimnasia, entre otras. A pesar de verbalizar su decepción por abandonar estas actividades, los jóvenes afectados típicamente terminan aceptando con complacencia la reducción de su participación en actividades como una inevitable consecuencia de sus síntomas.

Antecedentes patológicos personales y familiares

Hay pistas adicionales que se puede obtener de los antecedentes patológicos personales y familiares del niño o adolescente e indican la presencia de un trastorno de conversión¹⁶:

- Los pacientes con trastorno de conversión frecuentemente tienen antecedentes de síntomas médicos inexplicados o que recibieron un diagnóstico específico pero causaron un impacto en la vida del paciente más grande de lo que normalmente se esperaría para ese diagnóstico concreto.
- En el área conductual, los adolescentes con diagnóstico de trastorno de conversión tienen una historia de buen comportamiento en la casa y el colegio (y frecuentemente poseen alto rendimiento académico). Por lo general, no se evidencia historia de conflicto con figuras de autoridad y niegan la existencia de estresores vitales significativos.
- En la historia familiar, por lo general, hay antecedentes de algún padre o madre con problemas crónicos de salud, frecuentemente inexplicados. Otras características encontradas en los padres de niños con trastorno de conversión incluyen: familiaridad con terminología médica, una firme convicción de que los síntomas de su hijo o hija tienen un origen biológico y una fuerte renuencia a aceptar la contribución de factores psicosociales en la génesis de los síntomas observados en su hijo.

Examen físico

En los pacientes con diagnóstico de trastorno de conversión, lo más observado es la inconcordancia entre los hallazgos físicos en el tiempo y el examen físico repetido. Frecuentemente, los síntomas y signos pueden manifestarse en momentos distintos del examen físico, por lo que la evaluación debe ser continua¹⁷.

La [tabla 1](#) resume algunos hallazgos particulares en pacientes pediátricos con trastorno de conversión (se debe tomar en cuenta que estos hallazgos servirán para reforzar la impresión clínica, pero no son criterios diagnósticos cuando son hallazgos aislados).

Asimismo, algunos investigadores han descrito algunas características que orientarían hacia un trastorno de conversión motor¹⁸:

1. Comienzo súbito.
2. Los movimientos o déficit remiten o vuelven espontáneamente.
3. Son generalmente marcados, pero atípicos o extraños.
4. Disminuyen o desaparecen cuando el paciente se distrae.
5. Aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma.
6. Presencia de signos que no son típicos de la enfermedad reconocidas.
7. Carecen de signos típicos de estas enfermedades.
8. Resolución con placebo o psicoterapia.

Tabla 1 – Hallazgos físicos en pacientes con trastorno de conversión

Debilidad focal	• Típicamente, toda la extremidad y todos los grupos musculares están afectados, en lugar de una localización neuroanatómica específica (como se ve en las miopatías, neuropatías y los trastornos de los tractos corticoespinales) • La debilidad es total y grave, más que la debilidad suave que se halla en las enfermedades neuromusculares • Los reflejos osteotendinosos profundos están preservados y no se evidencia atrofia
Ataxia y trastornos de la marcha	• A menudo se producen patrones inusuales de la marcha, como «caminar sobre hielo» o como si la persona estuviera continuamente a punto de caer, pero sin llegar a hacerlo • Astasia-abasia: marcha atáxica acompañada de violentos movimientos de brazos • Repentina debilidad y arqueo de la rodilla cuando el paciente está cerca de la cama o de un familiar o amigo de confianza. • Las dificultades halladas son incongruentes y a menudo mejoran cuando el examen físico termina
Temblor	• Si se observa, el temblor es inconcordante, en variadas direcciones, amplitudes y frecuencias • Disminuye con la distracción y aumenta cuando se le presta atención • La frecuencia se altera por el movimiento rítmico de otra parte del cuerpo
Mioclonía	• Se observan respuestas de sobresalto, que ocurren tras una larga o variable latencia del estímulo • Sacudidas anticipatorias, que se producen al detener el martillo de reflejos justo antes del contacto
Parestesia y pérdidas sensoriales	• La distribución no sigue un patrón anatómico (y muchas veces sigue un límite circunferencial alrededor de la extremidad afectada) • Puede haber límites discretos de pérdida de vibración en la misma estructura ósea • Las áreas afectadas van cambiando con el tiempo
Síntomas visuales	• Diplopía persistente con uno de los ojos cerrados • Ceguera con respuestas pupilares normales, nistagmo preservado y pestañeo ante la luz brillante • El inicio suele ser más gradual que el de las convulsiones epilépticas • Implicación prominente de músculos troncales (arqueo pelviano y balanceo lateral de la cabeza y el cuerpo)
Seudoconvulsiones	• Movimientos de látigo, no rítmicos, en las extremidades (que tienden a aumentar si se aplica restricción física) • Párpados cerrados (los intentos de abrir manualmente los ojos producen típicamente un cierre más fuerte) • Gemidos intensos • Respuesta presente a estímulos (como cosquilleo nasal) • Reorientación postictal rápida • Incremento de los movimientos ante el médico, la familia o un amigo cercano

Diagnóstico

El trastorno de conversión es un diagnóstico positivo, es decir, no debe basarse exclusivamente en el descarte de otras afecciones tras una sucesión de resultados negativos. De hecho, las exploraciones médicas exhaustivas pueden contribuir a medicalizar la condición, exacerbar los síntomas y retrasar el inicio del tratamiento¹⁹. Más aún, hay riesgo de dañar al paciente si se llega a un diagnóstico médico erróneo. Además, las evaluaciones médicas exageradas y las etiquetas diagnósticas apropiadas pueden reforzar el «papel de enfermo», y esto podría generar mayor dificultad para hacer frente a las cuestiones psicológicas en el futuro⁴.

Si bien los criterios diagnósticos del trastorno de conversión se han establecido para la población adulta (debido a la relativa escasez de estudios en población pediátrica), pueden utilizarse en población de niños y adolescentes.

Para el diagnóstico, un paciente debe presentar uno o más síntomas de alteración de la función motora voluntaria o sensitiva, con incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones (neurológicas o médicas) reconocidas. Asimismo, los síntomas presentes no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno médico o mental y causan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas del funcionamiento.

Al realizar el diagnóstico, se debe especificar el tipo de síntoma predominante, por ejemplo: debilidad o parálisis,

movimiento anómalo, síntomas de la deglución, síntomas del habla, convulsiones (o ataques), anestesia o pérdida de sensitiva, síntoma sensitivo especial (alteración visual, auditiva, olfativa) o síntomas mixtos. Además, se debe especificar la duración de los síntomas (trastorno agudo, menos de 6 meses; trastorno crónico, más de 6 meses) y si hay algún factor de estrés psicológicos asociado (y en su caso, el tipo)³.

Diagnóstico diferencial

Si otro trastorno mental explica mejor los síntomas observados, ese diagnóstico debe realizarse. No obstante, el diagnóstico de trastorno de conversión también podría ser en concomitancia con otro trastorno mental.

En la [tabla 2](#) se presentan de manera somera los diagnósticos diferenciales que tener en cuenta^{3,4}.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para los trastornos de conversión. Si bien la remisión de los síntomas de una conversión suele ser espontánea, la psicoterapia es la técnica indicada, pues facilita la resolución del trastorno ayudando al paciente a detectar y afrontar las situaciones de estrés que activan el cuadro⁴.

Tabla 2 – Diagnósticos diferenciales del trastorno de conversión

Enfermedades neurológicas	El principal diagnóstico diferencial sería una enfermedad neurológica que explique mejor los síntomas observados. No obstante, se debe mencionar que el trastorno de conversión puede coexistir con una enfermedad neurológica
Trastorno de síntomas somáticos	El trastorno de conversión puede coexistir con un trastorno de síntomas somáticos. No obstante, una diferencia importante es que la mayoría de los síntomas observados en el trastorno de síntomas somáticos no son totalmente incompatibles con la fisiopatología (p. ej., dolor o fatiga), mientras que en el trastorno de conversión esa incompatibilidad es un requisito diagnóstico
Trastornos facticio y de simulación	El diagnóstico del trastorno de conversión no requiere del juicio de que los síntomas no se producen intencionadamente (es decir, no son fingidos), puesto que la ausencia de simulación no siempre se puede discernir fiablemente No obstante, una clara evidencia de simulación indicaría el diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo del paciente afectado fuera asumir el papel de enfermo; en caso de que el objetivo fuera obtener algún beneficio (p. ej., dinero), el diagnóstico presunto sería trastorno de simulación

Tabla 3 – Elementos para la aproximación terapéutica al trastorno de conversión

- Evite procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos exagerados
- Evite dar al paciente la impresión de que «no hay nada malo» en él
- No informe al paciente de su diagnóstico en la primera consulta
- Reasegure al paciente y su familia que sus síntomas son muy reales, a pesar de que no haya evidencia orgánica
- Provea ejemplos de enfermedades que también están relacionadas con factores psicológicos y con estrés (p. ej., síndrome del intestino irritable)
- Provea ejemplos de emociones que pueden producir síntomas (p. ej., taquicardia cuando se está hablando con la persona que nos gusta; estómago revuelto al hablar frente a mucho público)
- Provea ejemplos de cómo el inconsciente influye en el comportamiento (comerse las uñas, mover los pies rítmicamente)
- Provea reaseguro acerca de que no hay evidencia de enfermedad neurológica tras el examen físico realizado
- Provea refuerzo positivo acerca de que los síntomas podrían mejorar espontáneamente
- Informe al paciente y su familia que los síntomas no son voluntarios y que nadie piensa que él esté fingiendo

Manejo terapéutico por parte del pediatra

Por lo general, los niños y adolescentes con trastorno de conversión consultan primero con un médico pediatra, tomando en cuenta que el cuadro se presenta casi siempre con síntomas físicos. La familia y el propio paciente, al inicio, están convencidos de que el cuadro clínico se debe a una enfermedad médica no diagnosticada y se sienten renuentes a aceptar del pediatra de cabecera un diagnóstico presuntivo de trastorno de conversión²⁰.

La tarea para el pediatra incluye proveer psicoeducación al paciente y su familia sobre el trastorno de conversión, mientras se descarta cuidadosamente cualquier potencial causa médica que pudiera contribuir a los síntomas. Tanto el paciente como la familia deben ser instruidos acerca de cómo los síntomas físicos de distrés pueden presentarse en ausencia de una enfermedad grave y que existe tratamiento para el cuadro^{21,22}. Es útil también que el pediatra discuta la relación existente entre mente y cuerpo y sobre la falsa dicotomía que implica que los sistemas están separados²³.

La comprensión actual del fenómeno de conversión implica el papel del inconsciente en la fisiopatología de este trastorno. Por ello, es poco probable que los pacientes afectados y sus familias respondan al tratamiento cuando el pediatra confronta de manera directa las manifestaciones de la conversión. La [tabla 3](#) presenta algunos elementos, adaptados a población infantojuvenil, que podrían servir durante la aproximación terapéutica a un paciente con trastorno de conversión^{4,10,24}.

El pediatra tiene también la responsabilidad, una vez llegado al diagnóstico, de realizar la derivación apropiada al especialista en psiquiatría de la infancia y la adolescencia, para dar inicio así a intervenciones terapéuticas específicas.

Manejo terapéutico por el psiquiatra infantojuvenil

El especialista puede valerse de intervenciones psicoterapéuticas y algunos enfoques farmacológicos para hacer frente al cuadro.

Las intervenciones psicoterapéuticas de corte cognitivo conductual enseñan a los pacientes técnicas de afrontamiento cognitivas, con refuerzos positivos de conductas saludables. Estudios controlados han demostrado que la psicoterapia cognitivo-conductual es efectiva para el control de los síntomas conversivos, aunque todavía la evidencia es escasa^{23,25,26}.

Las intervenciones psicoterapéuticas de corte psicodinámico ayudan al niño y el adolescente a tomar consciencia de la existencia de conflictos internos inconscientes y entender cómo los factores psicológicos son la causa de que se mantengan los síntomas físicos²⁵.

Por último, todavía hay muy poca evidencia sobre el tratamiento farmacológico de los trastornos de conversión⁴. La hospitalización a veces es necesaria en caso de cuadros agudos y graves. Este enfoque podría ser útil para separar al niño o adolescente de su ambiente y permitir observaciones controladas²⁷. En caso de que se utilicen psicofármacos, estos podrían indicarse para el tratamiento de síntomas de ansiedad o depresión que se presenten concomitantemente.

Pronóstico

Extrapolando estudios realizados en adultos, debido a la poca información disponible de población pediátrica¹⁰, se estima que entre el 50 y el 90% de los pacientes con trastorno de conversión mostrarán mejoría sintomática de corta duración luego del tratamiento²⁸⁻³⁰. Es una lástima que hasta el 25% de estos pacientes que han respondido favorablemente recaerán o sufrirán nuevas conversiones en el futuro. Factores que ensombrecen el pronóstico son las comorbilidades psiquiátricas, la cronicidad de los síntomas, las pseudoconvulsiones y los temblores, mientras que los casos agudos, en los que se identifica claramente un estresor psicosocial precipitante, se asocian a buen pronóstico.

En general, el trastorno de conversión pediátrico se puede considerar de mejor pronóstico que su homónimo en adultos, principalmente debido a su relativa falta de cronicidad. En este sentido, la intervención terapéutica precoz en población pediátrica es crucial para prevenir recaídas y la emergencia de nuevos síntomas²⁸⁻³⁰.

Conclusiones

En niños y adolescentes, el trastorno de conversión es una condición altamente incapacitante, que puede generar al paciente grave deterioro y riesgo de complicaciones como fracaso escolar, aislamiento social, discapacidad física y morbilidad psiquiátrica. Además, el trastorno de conversión se asocia típicamente con un amplio uso de recursos sanitarios.

A fin de hacer frente al gran sufrimiento personal y familiar asociado al cuadro (y a la gran inversión de recursos en salud), el trastorno de conversión requiere un diagnóstico precoz, con juicio, expeditivo y equilibrado uso de exámenes médicos, y una terapéutica oportuna que minimicen la carga emocional en niños y padres⁴.

Ayudar al paciente y su familia a que entiendan y acepten el diagnóstico debe ser el primer paso en el tratamiento del trastorno de conversión pediátrico. Esta validación se logra transmitiendo que el profesional médico, pediatra o psiquiatra infantojuvenil, cree que los síntomas manifestados por el niño o adolescente son reales y no inventados. El segundo paso es educar tanto a los pacientes como a sus familias sobre la verdadera naturaleza de los síntomas. Asimismo, la rehabilitación es un elemento central en el manejo del trastorno de conversión pediátrico; comenzará con ayudar al niño o adolescente a retomar su rutina normal, para luego ir escalando en complejidad. Es de vital importancia involucrar a los padres en esta tarea^{10,28-30}.

Finalmente, el actual estado del conocimiento sobre el fenómeno de la conversión exige que el médico entienda el papel del inconsciente en la fisiopatología de este trastorno. Asimismo, los pediatras y psiquiatras infantojuveniles deben ser capaces de utilizar elementos que configuren una aproximación no punitiva hacia estos pacientes y evitar confrontaciones directas, que serían origen del abandono terapéutico de los pacientes afectados y sus familias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohapatra S, Deo SJK, Satapathy A, Rath N. Somatoform disorders in children and adolescents. *German J Psychiatry*. 2014;17:19-24.
2. Kelly C, Molcho M, Doyle P, Gabhainn SN. Psychosomatic symptoms among school children. *Int J Adolesc Med Health*. 2010;22:229-35.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.a ed. Arlington: APA Press; 2013.
4. Brítez Cantero J, Torales Benítez J, Valenzuela Hermosa C, Chávez ME. Trastornos somatomorfos. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J, editores. *El libro azul de la psiquiatría*. 1.a ed. Asunción: EFACIM; 2012. p. 185-204.
5. Kozłowska K. The developmental origins of conversion disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12:487-510.
6. Harvey SB, Stanton BR, David AS. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2:13-20.
7. Stonnington CM, Locke DE, Hsu CH, Ritenbaugh C, Lane RD. Somatization is associated with deficits in affective Theory of Mind. *J Psychosom Res*. 2013;74:479-685.
8. Brasic J. Conversion disorder in childhood. *German J Psychiatry*. 2010;7:54-67.
9. Ndukuba AC, Ibekwe RC, Odinka PC, Muomah RC, Nwoha SO, Eze C. Knowledge of conversion disorder in children by pediatricians in a developing country. *Nigerian J Clin Pract*. 2015;18:534-7.
10. Canadian Pediatric Surveillance Program. A clinical approach to paediatric conversion disorder: VEER in the right direction [citado 30 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.cpsp.cps.ca/uploads/publications/RA-conversion-disorder.pdf>
11. Kirsch DB, Mink JW. Psychogenic movement disorders in children. *Pediatr Neurol*. 2004;30:1-6.
12. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvreir RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:68-75.
13. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition*. 1997;64:B1-8.
14. Hurwitz TA, Prichard JW. Conversion disorder and fMRI. *Neurology*. 2006;67:1914-5.
15. Blakemore RL, Hyland BI, Hammond-Tooke GD, Anson JG. Distinct modulation of event-related potentials during motor

- preparation in patients with motor conversion disorder. *PLoS One*. 2013;8:e62539.
16. Leary PM. Conversion disorder in childhood—diagnosed too late, investigated too much. *J R Soc Med*. 2003;96: 436–8.
 17. Stone J, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73:241–5.
 18. Marjama J, Troster AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin*. 2005;13:283–97.
 19. Ferrara J, Jankovic J. Psychogenic movement disorders in children. *Mov Disord*. 2008;23:1875–81.
 20. Garralda ME. Unexplained physical complaints. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19:199–209.
 21. Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatoform disorders. En: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. 1.a ed. Ginebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. p. 1–21.
 22. Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1329–37.
 23. Campo JV, Fritz GK. Somatoform disorders: treatment and outcome. En: Martin A, Volkmar FR, editores. *Lewis' child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook*. 4.a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 633–47.
 24. Marshall S, Landau M, Carroll C. Conversion disorders [citado 30 Ago 2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/287464-overview>
 25. Feinstein A. Conversion disorder: advances in our understanding. *CMAJ*. 2011;183:915–20.
 26. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD005331.
 27. Rosebush P, Mazurek MF. Treatment of conversion disorder. En: Hallett M, Yudofsky SC, Lang AE, editores. *Psychogenic movement disorders*. 1.a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 289–301.
 28. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1510–7.
 29. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry*. 1990;35:585–9.
 30. Wyllie E, Friedman D, Lüders H, Morris H, Rothner D, Turnbull J. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology*. 1991;41:742–4.