

Aldasoro, Thais

Blanco Martínez, Cecilia

Del Río Casanova, Lucía

Delgado Campos, Rafael

González-Serrano, Fernando

Intxausti Zugarramurdi, Aintzane

Molina Vizcaíno, Jesús Ramón

Picaza, Uxue

Sánchez Bahillo, Ángel

Tajes Alonso, María

Tapia, Xabier

Vaccari, Francisco

Verdejo, María

N.º 58
2º semestre

2014

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)

Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)

M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)

Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo

Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misés (París)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Remei Tarragò Riverola Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

INDICE:

Aplicaciones de algunos planteamientos de W.R.BION en el sistema de protección de menores <i>Rafael Delgado Campos</i>	9
El uso psicoterapéutico del CBCL 1 1/2-5 con familias de niños/as atendidos en los centros de atención temprana <i>Jesús Ramón Molina Vizcaino</i>	17
El problema de la libertad: determinismos y psicoanálisis <i>Ángel Sánchez Bahillo</i>	25
¿Niño desatento o desataendido? <i>Aintzane Intxausti Zugarramurdi</i>	31
El cuerpo y la enfermedad. Vínculo y psicosis <i>Francisco Vaccari, Fernando González-Serrano y Xabier Tapia</i>	39
Intervenciones psicoterapéuticas con el entorno de niños con problemas psiquiátricos graves desde un centro de día <i>Thais Aldasoro, Fernando González-Serrano, Uxue Picaza y María Verdejo</i>	45
Disociación psicomorfa y somatomorfa en la infancia y adolescencia. A propósito de un caso <i>Lucía del Río Casanova, Cecilia Blanco Martínez y María Tajés Alonso</i>	49

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid.

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidente-tesorera	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Applications of some wr bion approaches in child protection system <i>Rafael Delgado Campos</i>	9
CBCL 1 1/2-5 Psychotherapeutic use with families of boys and girls assesed in under five centers <i>Jesús Ramón Molina Vizcaíno</i>	17
El problema de la libertad: determinismos y psicoanálisis <i>Ángel Sánchez Bahillo</i>	25
Inattentive or untended child? <i>Aintzane Intxausti Zugarramurdi</i>	31
Body and illness. Bonding and psychosis <i>Francisco Vaccari, Fernando González-Serrano y Xabier Tapia</i>	39
Psychotherapeutic interventions with the environment of children with serious mental problems from a day care centre <i>Thais Aldasoro, Fernando González-Serrano, Uxue Picaza y María Verdejo</i>	45
Somatiform dissociation in childhood and adolescence. A case report <i>Lucía del Río Casanova, Cecilia Blanco Martínez y María Tajés Alonso</i>	49

DISOCIACION PSICOMORFA Y SOMATOMORFA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

SOMATOFORM DISSOCIATION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. A CASE REPORT.

Lucía del Río Casanova*, Cecilia Blanco Martínez**, María Tajés Alonso***

RESUMEN

A pesar de la mayor prevalencia en población infantil y adolescente de trastornos disociativos y conversivos, existen pocos casos en la literatura que realicen una descripción detallada de la biografía, la clínica y el encuadre psicoterapéutico con el que se ha trabajado. Se realiza una revisión de las características de estos trastornos en dicha población para posteriormente aportar un marco de intervención basado en las experiencias de trauma y apego, con especial hincapié en el procesamiento de las emociones.

Palabras clave: trastorno disociativo, niño, adolescente, psicoterapia.

ABSTRACT

Despite the greater prevalence of dissociation and conversion disorders in childhood and adolescence, few reports including a detailed description of the

case, the psychobiography and the psychotherapeutic formulation are available. The main features concerning these disorders for this population group are exposed. A trauma/attachment based psychotherapeutic intervention, with special emphasis in the emotion regulation role, is presented in this work.

Key words: dissociative disorder, childhood, adolescence, psychotherapy.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar del retraso en la investigación que en el campo de la disociación se ha dado en población infantil en comparación con la adulta, se considera que los niños y adolescentes tienen una mayor facilidad para disociarse. Se calcula que entre un 1-3% de los niños y adolescentes padecen un trastorno conversivo, ascendiendo este ratio hasta un 10% en las consultas de Neurología y Pediatría (Leary, 2003), y siendo muy variables las tasas

* Médico Interno Residente de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: ludelriocasanova@gmail.com

** Facultativo Especialista de Área, Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: cecilia_blanco_martinez@hotmail.com

*** Facultativo Especialista de Área, Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. E-mail: maria.tajes@gmail.com.

observadas en diferentes estudios en niños a seguimiento psiquiátrico (entre un 0,5-17%) (Blanz, 1986). Así mismo, se considera que la prevalencia de síntomas conversivos y disociativos es mayor en niñas que en niños (Hulette, 2011) y que además esta diferencia aumenta con la edad haciéndose más notoria en la vida adulta.

Por otra banda, apenas se han descrito casos de trastornos conversivos o disociativos antes de los 5 años de edad (Goodyer, 1981). Existe un pico de incidencia en la aparición de los síntomas en edades entre los 9 y los 12 años, resolviéndose parte de ellos a lo largo de la adolescencia según se desarrollan nuevas capacidades de expresión y afrontamiento. En este contexto, los comportamientos imaginativos y fantasiosos, como lo es la existencia de un amigo invisible, resultan difícilmente distinguibles de algunos síntomas disociativos (Putnam, 1993). No es raro por tanto que algunos niños con historias traumáticas y síntomas disociativos sean descritos como soñadores, inatentos o despistados (Diseth, 2005) y tampoco es de extrañar que la repercusión de las experiencias traumáticas en niños se pueda observar no solo en forma de clínica disociativa sino también a través de síntomas como las pesadillas, la hiperactivación e hiperalerta, la clínica depresiva y ansiosa, o los comportamientos auto y heterodestructivos (Putnam, 1993). Además, la comorbilidad con otros trastornos ha demostrado ser muy alta con tasas entre 12-38% (Jans, 1999). Algún estudio referido a población adolescente ha arrojado índices de hasta un 88% de comorbilidad con el Trastorno por Estrés Postraumático y un 100% con la depresión (Bozkurt, 2014). No es infrecuente por tanto que prevalezca la clínica afectiva o de hipervigilancia sobre los síntomas disociativos propiamente dichos. Por otro lado, la formación de la identidad característica de la adolescencia, con la tendencia a la experimentación de identidades, puede resultar igualmente difícil de distinguir de algunos fenómenos disociativos (Diseth, 2005). Por este motivo, conviene al clínico acostumbrado a tratar a niños y adolescentes el conocimiento profundo de las características propias de estos cuadros en dicho rango de edad. Existen igualmente algunos cuestionarios validados en población infantil y adolescente que podrían ayudarnos en el despistaje de la sintomatología disociativa y conversiva que tan a menudo pasa desapercibida. Destacaremos entre ellos el A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale)(Armstrong, 1997) o el CDC (Child Dissociative Checklist)(Putnam, 1993).

Tradicionalmente se ha considerado que el pronóstico de los niños y adolescentes que sufren de trastornos

por disociación psicomorfa o somatomorfa era mayoritariamente favorable. Según constatan los estudios a corto plazo, la frecuencia de recuperación oscilaría entre el 44 y el 97% a los 6 meses, si bien pocos estudios han puesto su atención en la evolución a medio y largo plazo (Jans, 2008). El estudio de Jans evaluó a los pacientes tras 5 años de evolución observando que un 26% mantenían el diagnóstico previo de trastorno disociativo. Destacaba que un 83% de los pacientes cumplirían criterios para al menos un trastorno psiquiátrico (56 % trastornos del eje I y 48% trastornos de personalidad) (Jans, 2008). Así mismo, los sujetos afectados tenían menores tasas de independización parental y menores niveles de actividad ocupacional y de ocio fuera del domicilio en comparación con sus congéneres sanos. Deberíamos por tanto estar atentos a la aparición de dichos síntomas, que no debieran ser banalizados y sobre los cuales no solo cabe un abordaje orientado al síntoma sino que proponemos una intervención más amplia, desde la perspectiva del trauma y el apego.

2. TRAUMA Y APEGO: UNA MIRADA ATRÁS

Desde el punto de vista epidemiológico cabe destacar entre aquellas personas con experiencias disociativas y conversivas se han encontrado mayores tasas de acontecimientos vitales traumáticos y mayor probabilidad de desarrollo de un Trastorno por Estrés Post Traumático posterior (Ozçetin, 2009)(Fizman, 2004)(Kaplan, 2013) (Powers, 2014)(Sar, 2004)(Spinoven, 2004) que en la población general. Esta misma asociación se ha observado en niños y adolescentes (Shevlin, 2007)(Sar, 2009) (Bob, 2013). El trauma se ha relacionado también con la gravedad sintomática (Roelofs, 2005) y la disregulación emocional concomitante será en gran medida uno de los factores que mayor influencia ejerza sobre la aparición de síntomas a posteriori (Briere, 2010). Conviene por tanto prestar especial atención en los niños tanto a las vivencias disociativas que pueden formar parte de la normalidad de su proceso evolutivo, como a aquellas que se hallan más intrincadas en la formación de los vínculos y en el posterior desarrollo de la personalidad del niño (van der Kolk, 1996). Es importante saber que los niños acostumbran a negar o esconder las experiencias traumáticas que recuerdan, a las que hay que sumar aquellas que han sido suprimidas o de las cuales se tiene amnesia.

Según la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Moskowitz, 2007) la traumatización y

la disociación serán más potentes cuanto más intensa, repetida, frecuente y temprana sea la experiencia traumática, contemplándose ésta no solo desde el punto de vista de las experiencias traumáticas puntuales sino también del llamado trauma de apego (Mosquera, 2014). Los diferentes tipos de vinculación que el sujeto consiga establecer con las figuras principales de apego condicionarán en gran medida la manera de regular las emociones (Pedrosa-Gil, 2008)(Brown, 2013)(Wearden, 2005). De la misma manera, las estrategias de apego no seguro han sido consideradas un factor de riesgo para la aparición de sintomatología conversiva y disociativa (Kozłowska, 2007)(Farina, 2014)(Wearden, 2005) (Hesse, 2000a,2000b) (Mosquera, 2014) habiéndose entendido que la desintegración en el vínculo temprano se reproduciría posteriormente para generar síntomas de desagregación. En este sentido, los diferentes tipos de apego se han relacionado con diferentes patrones de regulación emocional y con diferentes estrategias de afrontamiento. Kozłowska encontró en un estudio en población pediátrica con síntomas conversivos (Kozłowska, 2011) que un 57% de ellos presentaban un funcionamiento basado en la inhibición cognitiva (niños que omitían y minimizaban información emocionalmente relevante, manteniéndola fuera del campo de atención), un 34% en la preocupación-coerción (aportaban información de contenido emocional exagerada, demandando seguridad por parte de los cuidadores por este método) y un 9% un funcionamiento mixto. Se ha postulado que los diferentes tipos de apego condicionarían el predominio de estrategias interpersonales y de afrontamiento diferentes en función de la modulación del sistema nervioso vegetativo que se da en la edad temprana bajo la exposición al trauma. El apego inseguro se traduciría en un predominio posterior del sistema nervioso parasimpático dando lugar a la aparición de embotamiento emocional, mientras que el apego ambivalente se ha relacionado con un predominio simpático y por tanto con estados excitatorios, de impulsividad y descontrol emocional (Forrest, 2001).

Es imprescindible, en definitiva, el prestar especial atención a la posibilidad de que los niños que tratamos hayan vivenciado experiencias traumáticas o bien a que aparezcan datos de trauma de apego que nos hablen de la deficiente disponibilidad emocional del progenitor hacia el niño, de la ambivalencia en el trato o incluso de negligencia y maltrato manifiestos. Será fundamental por tanto el abordaje de los recuerdos más tempranos del niño no solo con la función de hacer un despiñaje

de experiencias traumáticas, sino también de orientarnos hacia las características del vínculo formado con las figuras principales de apego. Se deben incluir por tanto en el historial del niño observaciones sobre si existen antecedentes de ansiedad por separación en la infancia, sobre la forma de reaccionar del infante ante la ausencia de los padres o sobre cómo es el tipo de interacción madre/padre-hijo, etc. Tan relevante es esta interacción que se ha visto que las madres con trastornos disociativos era uno de los factores más que más condicionaban el tipo de crianza que daban a sus hijos. Además, los antecedentes de trauma en la madre se relacionaban con la aparición de síntomas disociativos en sus hijos independientemente de que la progenitora hubiera manifestado dicha sintomatología o no (Chu, 2006).

Para no pasar por alto estas cuestiones sería interesante para el clínico habituado a tratar con niños y adolescentes el incluir el manejo de ciertos instrumentos psicométricos. Destacamos entre ellos los cuestionarios sobre experiencias traumáticas en la infancia como el CTQ-SF (Hernandez, 2013), las entrevistas o tareas para la valoración del apego en la infancia como la CAI (Shmueli-Goetz, 2008) o el Manchester Child Attachment Story Task (Goldwyn, 2000), así como los instrumentos de evaluación de las interacciones padre/madre-hijo como el Toddler CARE-Index (Künster, 2010) o la ya tradicional Situación Extraña de Ainsworth.

3. CASO CLÍNICO

Se trata de una adolescente de 11 años de edad. Es dos años menor que su única hermana (diagnosticada de trastorno del espectro autista leve) e hija de padres separados hacía 5 años. Como antecedentes familiares destacaba una historia de alcoholismo en el padre y un episodio depresivo mayor en la madre cuando ella contaba con entre 4 y 6 años.

Se trata de una paciente con adecuado rendimiento escolar hasta el año de debut de la clínica. Sin dificultades para la adquisición de los hitos del desarrollo ni en la relación con pares durante la infancia. Descrita por su madre como muy sensible pero positiva, hipermadura, fuerte, con carácter, racionalizadora y ruminativa. Desde el punto de vista psicobiográfico cabe destacar el antecedente de violencia verbal y puntualmente física ejercida por parte del padre tanto a la paciente como a la madre. Había funcionado como la parte más racional y estabilizadora dentro del sistema familiar durante gran parte de su infancia. Había sido de capital importancia para la integración social y escolar de su hermana. En

los cinco últimos años la paciente había mantenido una idealización constante de la figura de su padre a pesar del maltrato sufrido. Posteriormente la madre y ambas niñas estuvieron de acuerdo en ver al progenitor en un punto de encuentro.

Es valorada por primera vez por un psiquiatra en el Servicio de Urgencias tras varias asistencias por cuadros (pseudo)sincopales que se atribuyeron inicialmente a una migraña vascular, si bien otros episodios no correspondían clínicamente con ninguna entidad neurológica. En esta primera asistencia la niña acude en un estado de alta ansiedad, iniciada de forma brusca tras un episodio en el punto de encuentro. Ese día el padre no había acudido y por primera vez la niña mostraba su rechazo y enfado. Su emoción no fue validada por las profesionales presentes en el punto de encuentro que cuestionaron las ideas de la niña hacia su padre, momento en el que sufre un episodio de corte disociativo en el que la niña presenta desrealización y posteriormente ve “a un niño”. Se asusta, grita, y tras calmarla el niño desaparece. En los días posteriores el niño reaparecería intermitentemente hasta que terminaría por quedarse, dotándolo la paciente de las características propias de un amigo invisible. Se descartó un posible origen comicial mediante EEG que resultó normal. En una segunda asistencia por Urgencias comenzó a permitirnos dialogar con su amigo invisible y finalmente comprendimos su función: “ha venido para protegerme del futuro”, manifestando la paciente que tenía “miedo a que mi padre me haga lo de A.” (en alusión a una niña supuestamente asesinada por sus padres en ese mismo año en la misma ciudad).

Una vez a seguimiento ambulatorio la clínica se tornó más abigarrada, presentando múltiples alucinaciones visuales complejas, cambiantes, que por momentos la asustaban y mantenían perpleja, mientras que en otros momentos convivía con ellas sin dificultades ni repercusión emocional. Veía genta salir del suelo, señoras que la atravesaban, personas que la miraban por la calle, niños muertos... Hacía un relato tendente a la demanda afectiva. A lo largo del primer mes sufrió dos episodios sincopales más, uno de los cuales fue de claras características conversivas. La madre reconocía que previa aparición de la clínica de disociación psico y somatomorfa la niña había presentado un deterioro en su estado tímico, con apatía, abulia, disminución de la capacidad hedónica y aumento de la ansiedad. Se pautó tratamiento con 40 mgs/día de Sertralina y 5 mg/día de Clorazepato dipotásico.

Se comenzó el trabajo psicoterapéutico con un intento

de validar las emociones de la niña comenzando por las sentidas en el punto de encuentro. Se fomentaría la escucha activa de gran parte de material traumático que iba aflorando a lo largo de las sesiones. Se validaron cada una de las experiencias a las que a través de las opiniones de su amigo invisible nos acercábamos, siendo él quien era capaz de aportar la asertividad de la que la adolescente carecía. Según se normalizaban unos síntomas aparecían otros nuevos que terminaban por mediatizar la relación familiar poniendo a la madre en un lugar de mayor atención hacia su hija.

La actitud de la madre fue marcadamente colaboradora durante el tiempo que duró la terapia. La difícil disponibilidad que había podido ofrecer a su hija durante los primeros años de su vida (a causa de un episodio depresivo y de una pésima relación socio-familiar) se pudo ver paliada por la implicación que en este momento fue capaz de sostener. Se trabajó en el fortalecimiento del vínculo madre-hija creando espacios especiales de seguridad e intimidad. Se entrenó a la madre a conectar con la parte emocional de la paciente y de sí misma en primer lugar y a postponer la racionalización para momentos de menor demanda afectiva. Se concedió a la paciente el lugar de cuidada en vez de cuidadora y se movilizó a la hermana mayor para ejercer como tal en este caso e invertir los roles previamente establecidos.

En apenas tres meses fue desapareciendo la clínica conversiva y disociativa, restando únicamente vivencias fantosmas que aparecían sin repercusión emocional y en las que entremezclaba ficciones que veía en la televisión o leía en libros con vivencias propias. Los síntomas ansiosos y afectivos desaparecieron también. Su amigo invisible comenzó su rito de despedida al abandonarnos primeramente en la consulta, posteriormente en sueños y por último, acabaría por marcharse por completo de la vida de la paciente. Una vez restaurada la seguridad, conseguiríamos abordar con la paciente la función de los síntomas así como los factores mantenedores de los mismos. La mera explicación de su parte de responsabilidad en la persistencia de algunos síntomas fue suficiente para que en apenas una semana estos desaparecieran y la paciente pudiese comprobar que las atenciones y seguridad que su madre era capaz de darle ahora, ya no desaparecerían.

Conseguiría posteriormente un cierto nivel de desapego sanamente fomentado, siendo capaz de apreciar su propia intimidad y de reclamar su independencia. En la última consulta se culmina su proceso de ganancia de autoconfianza con su mudanza a otra habitación

(previamente compartía con su hermana). La paciente se ha mantenido asintomática durante estos primeros 6 meses de seguimiento, permitiendo el inicio de la retirada de tratamiento psicofarmacológico.

4. DISCUSIÓN

Múltiples abordajes psicoterapéuticos han demostrado su eficacia para los trastornos disociativos en la infancia y adolescencia, así como para el abordaje del trauma simple o complejo. Descacan la terapia cognitivo-conductual clásica, la terapia cognitiva centrada en los esquemas, la hipnosis, así como abordajes centrados en los componentes traumáticos como es el modelo SARI (safety, acces, resolving/restabilization and identity/integrity) o el enfoque desde el EMDR. Por otro lado, se ha subrayado la importancia de una serie de habilidades generales del terapeuta y de objetivos psicoterapéuticos entre los que destacan: fomentar la autoconciencia de los propios sentimientos y conductas asociadas, motivar al niño/adolescente desde un enfoque centrado en sus propias cualidades y objetivos, mantener la esperanza de que el caso pueda ser resuelto en un breve periodo de tiempo, promover el autoconocimiento y autoaceptación (especialmente en lo que respecta a los propios sentimientos), desensibilizar las vivencias traumáticas y promover la autonomía del niño (Diseth, 2005). El caso presentado pretende ilustrar cómo el ejercicio de ciertos principios generales o líneas de actuación puede llevar a una rápida recuperación sintomática y cómo independientemente del modelo psicoterapéutico del que se parta, existen elementos comunes que pueden ser fundamentales en la resolución del conflicto intrapersonal y relacional.

Se respetaron en nuestro abordaje cuatro líneas de trabajo fundamentales:

1. El establecimiento de la terapia como lugar seguro y del vínculo con el terapeuta como uno de los motores de cambio.
2. La promoción de una vida emocional sana: a través de la validación de los sentimientos, la búsqueda de la tolerancia ante la ambivalencia afectiva y el fomento de la auto-conciencia de las propias emociones.
3. El intento de restauración de una vinculación segura: promoviendo las experiencias de aceptación sin condiciones, aumentando la disponibilidad emocional de la figura principal de apego y fomentando la intimidad emocional.

4. El abordaje de los contenidos traumáticos y el acoplamiento de dichas vivencias en un conjunto identitario integrado.

Por otro lado, desde la perspectiva de trauma y apego que hemos venido planteando, la paciente habría desarrollado un apego inseguro de tipo ansioso-preocupado caracterizado por estrategias de afrontamiento de tipo preocupación-coerción como las propuestas por Kozłowska (Kozłowska, 2011). La identificación de las características de las experiencias tempranas de apego de la paciente y el trabajo en la recuperación de una vinculación segura resultó ser uno de los factores de mayor influencia en la mejoría clínica. La disponibilidad no solo física, sino emocional, de la progenitora permitió a la paciente realizar en muy poco tiempo un acercamiento diferente a su madre. Inicialmente precisó de mayor atención, observándose incluso actitudes regresivas, si bien en poco tiempo pudo interpretar el entorno como seguro y el vínculo como estable. En cuanto al padre, se permitió que aflorasen los contenidos traumáticos subyacentes y se fomentó el contacto emocional con los mismos. En un trabajo centrado en el manejo de las emociones se conseguiría la aceptación incondicional de las mismas y se introducirían temas de ambivalencia afectiva para fomentar la capacidad de tolerancia de la misma.

Diseth et al realizaron una excelente revisión de los trastornos disociativos en la infancia y adolescencia, observando que apenas existían casos describiendo la sintomatología y abordajes psicoterapéuticos. Además era más frecuente que se publicasen casos de disociación somatomorfa y menos frecuente que hubiese relatos detallados sobre experiencias de disociación psicomorfa que solía presentarse en forma de amnesia, confusión o trastornos de la identidad (Diseth, 2005). Hemos pretendido con la redacción de este caso clínico recuperar la tradición de las descripciones exhaustivas de casos individuales a las que antaño se les concedía mayor valor. Se ha buscado no solo describir la clínica de manera detallada sino también informar sobre el encuadre psicoterapéutico con el que se trabajó y que en este caso resultó exitoso. Se ha hecho hincapié, con esta breve muestra de intervención psicoterapéutica, en cómo el refuerzo del vínculo con la figura principal de apego así como la validación emocional y expresión del contenido traumático subyacente permitió la desaparición de la clínica disociativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491–497.
- Blanz, B., & Lehmkühl, G. (1986). [Conversion symptoms in childhood and adolescence]. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 54(11), 356–63. doi:10.1055/s-2007-1001940
- Bob, P., Selesova, P., Raboch, J., & Kukla, L. (2013). “Pseudoneurological” symptoms, dissociation and stress-related psychopathology in healthy young adults. *BMC Psychiatry*, 13, 149. doi:10.1186/1471-244X-13-149
- Bozkurt, H., Mutluer, T. D., Kose, C., & Zoroglu, S. (2014). High Psychiatric Comorbidity in Adolescents with Dissociative Disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. doi:10.1111/pcn.12256
- Briere, J., & Hodges, M. (2010). Traumatic Stress , Affect Dysregulation , and Dysfunctional Avoidance : A Structural Equation Model, 23(6), 767–774. doi:10.1002/jts.
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. a, Kemp, S., ... Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 29(1), 178–83. doi:10.1016/j.yebeh.2013.07.019
- Chu, A., & Deprince, A. P. (2006). Development of dissociation: examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 7(4), 75–89. doi:10.1300/J229v07n04_05
- Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents--an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278–92. doi:10.1080/08039480500213683
- Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnoni, V., Trentini, C., Vergano, C. M., ... Della Marca, G. (2014). Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(5), 449–58. doi:10.1007/s00406-013-0461-9
- Fizman, A., Alves-Leon, S. V., Nunes, R. G., D’Andrea, I., & Figueira, I. (2004). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 5(6), 818–25. doi:10.1016/j.yebeh.2004.09.002
- Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10(3), 259–93. doi:10.1006/ccog.2001.0493
- Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development*, 2(1), 71–84. doi:10.1080/146167300361327
- Goodyer, I. (1981). Hysterical conversion reactions in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 22(2), 179–88.
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–518. doi:10.1177/0886260512468240
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–127; discussion 1175–87.
- Hulette, A. C., Freyd, J. J., & Fisher, P. A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 123–6. doi:10.1016/j.chiabu.2010.10.002
- Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T., Schneider, W., Ellgring, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 19. doi:10.1186/1753-2000-2-19
- Jans, T., & Warnke, A. (1999). [Follow-up of dissociative disorders in childhood and adolescents--a review of the literature]. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 27(2), 139–50.
- Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion

- disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 142–6. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.005
- Kozłowska, K. (2007). The developmental origins of conversion disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 487–510.
- Kozłowska, K., Scher, S., & Williams, L. M. (2011). Patterns of emotional-cognitive functioning in pediatric conversion patients: implications for the conceptualization of conversion disorders. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 775–88. doi:10.1097/PSY.0b013e3182361e12
- Künster, A. K., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2010). Assessing parent-child interaction in the preschool years: A pilot study on the psychometric properties of the toddler CARE-Index. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 379–89. doi:10.1177/1359104510367585
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood--diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(9), 436–8.
- Moskowitz, A. (2007). The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 571–572. doi:10.1192/bjp.bp.107.036087
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 15. doi:10.1186/2051-6673-1-15
- Ozçetin, A., Belli, H., Ertem, U., Bahcebasi, T., Ataoglu, A., & Canan, F. (2009). Childhood trauma and dissociation in women with pseudoseizure-type conversion disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(6), 462–8. doi:10.3109/08039480903029728
- Pedrosa Gil, F., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(4), 437–51.
- Powers, A., Fani, N., Pallos, A., Stevens, J., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Childhood Abuse and the Experience of Pain in Adulthood: The Mediating Effects of PTSD and Emotion Dysregulation on Pain Levels and Pain-Related Functional Impairment. *Psychosomatics*, 55(5), 491–9. doi:10.1016/j.psym.2013.10.004
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioural profile and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17, 39–45.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731–746.
- Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F. C., & Hoogduin, K. A. L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 508–14.
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakçi, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271–6. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2271
- Sar, V., Islam, S., & Oztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(5), 670–7. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02012.x
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3-4), 222–8. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.03.004
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939–56. doi:10.1037/0012-1649.44.4.939
- Spinhoven, P., Roelofs, K., Moene, F., Kuyk, J., Nijenhuis, E., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (2004). Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(4), 305–18.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83–93.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: an extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279–88. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.010