



*Functional Neurological Symptoms:
general approach and
psychological interventions*

Síntomas Neurológicos Funcionales: abordaje general e intervenciones psicológicas

Beatriz Marín Cabrero

**Experto en Medicina Psicosomática y Psicología
de la Salud por la SEMPYP**

Abstract: *The Conversion Disorder or Functional Neurological Symptom Disorder is known since more than one century but treatment is still deficient.*

The high incidence and prevalence of this symptomatology in neurological services and the large disabilities that produce in some patients is awakening the interest for this disorder within the scientific community.

The causes and the psychobiological mechanisms implicated are unknown. Nowadays the most convincing explanatory conceptualization is framed within the biopsychosocial model and it proposes that these symptoms would be generated due to the influence of biological, psychological and social factors which would perform as predisposing, precipitant or perpetuating factors of the symptoms.

This conceptualization considers treatment or the approach a multidisciplinary task. In the present article, the role of psychological factors are discussed, and general management and particularly psychotherapeutic interventions that have demonstrated its utility in controlled and uncontrolled studies to reduce conversion symptomatology or its consequences are described.

Keywords: *conversion disorder, functional neurological symptom disorder, hysteria, psychological interventions, treatment*

Resumen: El Trastorno Conversivo o Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales se conoce desde hace más de un siglo pero el tratamiento de estos pacientes sigue siendo deficitario.

La alta incidencia y prevalencia de esta sintomatología en las consultas de neurología y la gran discapacidad que produce en algunos pacientes está despertando el interés por este trastorno dentro de la comunidad científica.

Se desconocen sus causas y los mecanismos psicobiológicos implicados. En la actualidad, la conceptualización explicativa más convincente se enmarca dentro del modelo biopsicosocial, y propone que estos síntomas se generarían por influencia de factores biológicos, sociales y psicológicos que actuarían como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores de los síntomas. Esta conceptualización considera el tratamiento o abordaje una tarea multidisciplinar.

En el presente artículo se discute el papel de los factores psicológicos, se describe el abordaje general y particularmente las intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado ser de utilidad en estudios controlados y no controlados para reducir sintomatología conversiva o las consecuencias de la misma.

Palabras clave: *trastorno conversivo, trastorno de síntomas neurológicos funcionales, histeria, intervenciones psicológicas, tratamiento*

INTRODUCCIÓN

Existen estudios que estiman que entre el 40% y el 50% de los casos vistos en atención primaria y alrededor de la mitad de las derivaciones a atención especializada presentan síntomas no explicados médicamente (MUS, siglas del término en inglés *medically unexplained symptoms*) (Yon, Nettleton, Walters, Lamahewa y Buszewicz, 2015). El término MUS hace referencia a una gran variedad de presentaciones que pueden afectar a todos los sistemas corporales y que por tanto se pueden encontrar en todas las especialidades médicas, con una prevalencia similar entre sí (Reuber, Mitchell, Howlett, Crimlisk y Grünewald, 2005).

La neurología es una especialidad en la que a menudo se diagnostican casos que son posteriormente derivados a las consultas de psicología clínica y psiquiatría. Algunos de estos casos presentan síntomas que se caracterizan por la alteración de la función motora o sensitiva voluntaria en ausencia de hallazgos clínicos de una afección neurológica o médica reconocida que los explique. Es el llamado trastorno conversivo o trastorno de síntomas neurológicos funcionales según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Estas alteraciones pueden consistir en debilidad o parálisis, movimientos anómalos, síntomas de la deglución o del habla, convulsiones, anestesia o pérdida sensitiva o síntomas mixtos.

Se estima que alrededor del 15% de pacientes atendidos en consultas ambulatorias de neurología tiene un diagnóstico primario "funcional" y entre el 1% y el 10% en pacientes ingresados en neurología (Stone, 2009). Alrededor del 5% presenta trastorno conversivo, ya sea crisis tipo epilepsia, debilidad, síntomas sensoriales o trastornos del movimiento (Stone, 2009). Según datos de este mismo autor, en clínicas especializadas en epilepsia, el 20% de las derivaciones se trata de crisis no epilépticas y hasta el 50% de las admisiones al hospital con un estado de epilepsia son en realidad crisis no epilépticas. Este trastorno de crisis no epilépticas tiene una incidencia estimada de 4.9/100.000 casos al año (Duncan, Razvi y Mulhern, 2011, como se citó en Goldstein et al., 2015), parecida a la

debilidad funcional, estimada en 5/100.000, siguiendo a Stone (2009), ambos similares a la esclerosis múltiple. El trastorno de movimiento funcional se da entre el 5 y 10% de los pacientes vistos en clínicas de trastornos del movimiento (Stone, 2009) y dentro de este tipo de trastornos el síntoma más común parece ser el temblor (40%), seguido de distonía (31%), mioclonías (13%), trastornos de la marcha (10%) y parkinsonismo (5%) (Barton, Cubo y Goetz, 2009).

El pronóstico de este tipo de trastornos no parece ser alentador en todos los casos. Reuber et al. (2005) señalan varios estudios de pacientes con paresias funcionales o trastornos sensoriales que muestran que entre el 37 y 83% de pacientes continúa teniendo síntomas entre los 2 y los 16 años después del diagnóstico. En otro estudio de síntomas neurológicos funcionales, el 54% de los pacientes habían empeorado o el síntoma persistía 8 meses después (Carson et al., 2003). El pronóstico parece ser peor en el caso de las pseudocrisis, síntoma sobre el cual el estudio de seguimiento de Reuber et al. (2003) mostró que el 71% de los pacientes seguían teniendo crisis a los 11 años de la primera manifestación de los síntomas, y el 56% era dependiente de la seguridad social. Estos mismos autores declaran además que estos pacientes que no han mejorado continúan consumiendo recursos sanitarios, tanto visitas a las consultas médicas como consumo de tratamientos farmacológicos innecesarios, a pesar de las recomendaciones facultativas. En definitiva, en muchos casos se trata de pacientes con gran discapacidad, que requieren o demandan frecuentemente recursos sanitarios y que presentan una calidad de vida en ocasiones inferior a pacientes con enfermedades denominadas "orgánicas" (Goldstein et al., 2015)

Probablemente los datos anteriores expliquen en parte el interés de la última década en este tipo de trastornos por parte de la comunidad científica. Pongamos como ejemplo las más de cien publicaciones que firma el neurólogo Jon Stone, fundador del grupo de trabajo especializado en trastornos funcionales de la universidad de Edimburgo junto con el neuropsiquiatra Alan Carson, o la próxima publicación en agosto del 2016 del

volumen 137 del reconocido *Handbook of Clinical Neurology* dedicado a los síntomas neurológicos funcionales.

Las causas de este tipo de trastornos no están claras, aunque se ha tendido a pensar que la causa tiene que ver con trauma psicológico o conflictos emocionales. De forma similar a otro tipo de problemas, la conceptualización explicativa más convincente se enmarca dentro del modelo biopsicosocial, y propone que estos síntomas se generarían por influencia de factores biológicos, sociales y psicológicos que actuarían como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores de los síntomas. Esta conceptualización considera el tratamiento o abordaje una tarea multidisciplinar.

El presente trabajo tiene por objetivo describir esta perspectiva de abordaje del trastorno conversivo y otros trastornos funcionales, e ilustrarlo con ejemplos clínicos sacados de la propia experiencia de la autora en una consulta de psicología clínica.

¿Qué significa “funcional”? el papel de los factores psicológicos

En el siglo XIX, Jean-Martin Charcot, el reconocido neurólogo que utilizaba la hipnosis para curar a sus pacientes, y Sigmund Freud, neurólogo y padre del psicoanálisis, estudiaron profundamente esta patología denominada “histeria”. Para el primero, el origen seguía siendo una lesión del sistema nervioso central aunque sus pacientes mejoraran con hipnosis; para el segundo, la histeria era una alteración del sistema nervioso derivada de conflictos inconscientes (Baslet, Dworetzky, Pérez y Oser, 2015).

A pesar de los avances tecnológicos modernos, la realidad es que no existe un modelo causal que integre las diferentes observaciones acerca del trastorno, aunque desde una visión integral y no reduccionista de la salud y la enfermedad se puede comprender fácilmente que múltiples causas confluyen para producir una manifestación determinada en un momento determinado, variables interrelacionadas en un patrón donde no se sabe qué va primero.

Cuando un síntoma neurológico se dice que es

“funcional” se hace referencia a que la alteración es de la “función” del sistema nervioso y no de la “estructura”. Esta nomenclatura actual para referirse a este tipo de cuadros quizá tenga que ser revisada a la luz de las conclusiones de la más reciente revisión de estudios de neuroimagen realizada hasta la fecha por parte de Pérez et al. (2015).

Estos autores señalan la existencia de alteraciones tanto funcionales como estructurales en pacientes con crisis no epilépticas y trastorno del movimiento funcional.

Los que abogan por utilizar el término “funcional”, argumentan que en principio el término está libre de consideraciones sobre la etiología del síntoma y facilita que pueda comprenderse la alteración desde un modelo biopsicosocial (Stone y Carson, 2015). Este término pretende sustituir la distinción “psicógeno/disociativo vs orgánico” y facilita evitar la entrada en la trampa de percibir la realidad desde el punto cartesiano, distinguiendo la mente del cuerpo como si fueran dos entidades separadas (Damasio, 1996).

Sin embargo, a pesar de la necesaria cautela a la hora de hacer atribuciones causales cuando no se tienen evidencias científicas, los expertos sobre el tema señalan la importancia de los factores psicoemocionales en la génesis de este tipo de cuadros, e incluso en el último trabajo mencionado de Pérez et al. (2015), se discute la relación entre los resultados de los estudios de neuroimagen con estudios sobre desregulación emocional, disociación y trauma psicológico, observándose que las alteraciones en los neurocircuitos implicadas en las crisis no epilépticas, trastornos funcionales del movimiento y otros trastornos somatomorfos no explicados médicamente se superponen con aquellas encontradas en pacientes que han sufrido trauma y estrés relacional en etapas tempranas de la vida.

Ejareh Dar y Kannan (2016) también concluyen, tras su completa revisión de estudios de neuroimagen funcional realizados desde 1997, que acontecimientos vitales traumáticos están ligados a los síntomas en el trastorno conversivo.

No obstante, en general los modelos patofisiológicos actuales se centran en describir el “cómo” más que el “por qué” de los síntomas. Las técnicas de neuroimagen funcional están siendo utilizadas para conocer cómo es la organización neurofisiológica en las personas que padecen un trastorno conversivo, comparado con pacientes sin síntomas o con síntomas de una enfermedad “estructural”. Estas técnicas son la tomografía por emisión de positrones (TEP o PET), la tomografía computerizada por emisión de fotones simples (SPECT) y la resonancia magnética funcional (RMf).

A pesar de que no hay un modelo general que permita integrar los diferentes hallazgos encontrados en los diferentes estudios, los resultados muestran claramente un funcionamiento cerebral alterado en las personas que padecen estos trastornos. Ejareh Dar y Kanaan (2016) concluyen que los resultados sugieren la existencia en la persona de una vulnerabilidad, manifestada a través de una alteración en el procesamiento emocional y su relación con el funcionamiento motor, y la existencia de mecanismos diferenciados para diferentes síntomas funcionales, que supondrían reacciones particulares a determinados estresores.

Se ha demostrado, también gracias a los avances tecnológicos, que las relaciones de apego contribuyen a formar estructuralmente el cerebro (Siegel, 2007; Cozolino, 2006; MacLean, 1985). Los traumas o fallos relacionales, o eventos estresantes en edades tempranas sin que haya figuras de apego que permitan amortiguarlos, producen una vulnerabilidad psicobiológica (McEwen y Morrison, 2013; Leuner y Shors, 2012; Dannlowski et al., 2011; Vrticka, Andersson, Grandjean, Sander y Vuilleumier, 2008; Pierrehumbert et al., 2009; como se citaron en Pérez et al., 2015) que se manifestará en el momento o posteriormente de múltiples formas problemáticas. Esto parece ser el caso, a la luz de las conclusiones del párrafo anterior, de las personas que padecen trastorno conversivo, aunque no en todos los casos el paciente puede verbalizar un trauma o estresor en el momento de la consulta. Stone (2009) señala que el abuso sexual y el maltrato físico se da en pacientes con crisis no epilépticas entre un 20-

30% (entre el 20 y el 50% según Pérez et al., 2015) y con debilidad funcional entre un 10-20%. Roelofs, Keijsers, Hoogduin, Näring y Moene (2002) compararon dos grupos de pacientes, 54 con trastorno conversivo y 50 con trastorno afectivo como grupo control, y encontraron que las personas con trastorno conversivo presentaban mayor incidencia informada de abuso sexual o físico, un mayor número de diferentes tipos de abuso físico, abuso sexual de mayor duración y experiencias incestuosas más frecuentes que el grupo de personas control. Además, el abuso físico se asoció con un mayor número de síntomas conversivos.

Pero no hace falta haber sufrido maltrato o abuso para ser vulnerable a padecer un trastorno en el futuro. Estas experiencias son un factor de riesgo, pero no son los únicos. Los niños aprenden a regular sus emociones en el contexto de las relaciones de apego (Schore, 1994; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002).

La omisión, el vacío, la ausencia, que no siempre son identificados como trauma, también producen secuelas psicobiológicas: a través de la relación con los adultos es como el niño aprende a identificar, nombrar, comprender y manejar sus propias emociones, y sin un adecuado acompañamiento emocional que posibilite ese aprendizaje se crean las bases para la alexitimia, es decir, el fracaso a la hora de identificar y describir emociones en uno mismo y en los otros, característica que se ha observado típicamente en los pacientes con trastornos psicosomáticos (Sifneos, 1973).

La omisión, el vacío y la ausencia, es decir, el dolor de aquello que debió de pasar pero no pasó, es más difícil de conceptualizar y verbalizar para el adulto que lo ha padecido, por lo que no resulta raro que en consulta el paciente no identifique problemas o malestar en sus relaciones pasadas o actuales. Sin embargo, las secuelas se mostrarán de formas indirectas. Por ejemplo, se ha observado relación entre la aparición de un precipitante físico (heridas leves, síntomas gripales, diarrea o migraña) y la fenomenología del síntoma funcional (Stone et al., 2009). Una de las hipótesis acerca del mecanismo por el cual tales síntomas físicos tan comunes precipitan la aparición de un síntoma funcional añadido

en algunas personas se basa en la observación de que estas personas muestran signos fisiológicos de pánico o ansiedad asociados a la aparición de estos síntomas físicos comunes pero que no los identifican como un estado emocional (Kranick et al., 2011; Demartini et al., 2014).

Esto podría explicar el hecho de que los pacientes con crisis no epilépticas informan de más eventos vitales negativos pero no los identifican como disparadores de las crisis, en contraste con los pacientes con epilepsia, que correlacionan más sus eventos vitales negativos con sus crisis (Reuber, 2009; Baslet, 2011; como se citó en Beghi et al., 2015)

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL TRASTORNO CONVERSIVO

El diagnóstico de trastorno conversivo sólo lo puede realizar un neurólogo tras las exploraciones y pruebas pertinentes. Hasta ahora, una vez diagnosticado, a menudo el neurólogo consideraba su tarea como terminada, y quizá el paciente era derivado a la consulta del psiquiatra o el psicólogo clínico si presentaba o si había sospecha de sintomatología depresiva o ansiosa.

La corriente actual en neurología se sitúa en un plano diferente: una buena devolución es necesaria y el seguimiento es cuanto menos recomendable, siendo deseable la coordinación con los profesionales de salud mental.

Una buena devolución no es sólo criterio de buena praxis clínica, sino que en muchos casos es la intervención necesaria y suficiente que el paciente precisa para consciente e inconscientemente afrontar, manejar y participar en la resolución del síntoma.

En líneas generales, una buena devolución consiste en explicar al paciente el diagnóstico en términos de lo que tiene y no sólo en términos de lo que no tiene, centrarse en el mecanismo del síntoma en vez de la causa y enfatizar la reversibilidad del síntoma, tranquilizar al paciente explicando que es una patología común y transmitiendo la total credibilidad de la existencia de los síntomas (rotundamente evitar terminología y concepciones culpabilizadoras), mostrar al

paciente cómo se ha llegado al diagnóstico y aportar un informe clínico escrito (Stone y Carson, 2015; Stone, 2009).

En algunos casos, la devolución del diagnóstico por parte del neurólogo no es suficiente para que el paciente comience su camino de recuperación o su camino de estabilización a pesar del síntoma, pero en todo caso prepara el terreno para una derivación al psiquiatra o psicólogo clínico y para un posible proceso terapéutico donde el factor emocional es el eje principal sobre el cual pivota.

Las primeras entrevistas con el profesional de salud mental están destinadas a recoger información relevante para establecer un plan teórico de intervención. Esta información relevante (acerca de la historia evolutiva del paciente en las áreas biológica, psicológica y social, sus rasgos de personalidad y las características de su ambiente actual), puede ser estructurada según un modelo de formulación basado en los factores predisponentes (o factores de riesgo), factores precipitantes y factores mantenedores (Stonnington, Barry y Fisher, 2006; Lafrance, Reuber y Goldstein, 2013; Reuber et al., 2005).

Como ilustración, sirva el caso de María, una mujer de 22 años aquejada de síncope continuados sin evidencias de enfermedad médica que los explicara, que había sido criada en un ambiente de sobreprotección donde le fue difícil aprender a gestionar sus emociones (factor predisponente), que cuando tenía 12 años presenció el incendio del negocio familiar en el cual murió una amiga suya (factor precipitante) y que empeoró considerablemente cuando comenzó a trabajar con su padre rodeada de conflictos que había entre el personal contratado, lo cual le llevó a numerosas bajas laborales por síncope continuados (factor mantenedor).

Buena parte del trabajo de evaluación se considera parte de la intervención: se considera terapéutico el hecho de ir construyendo la historia con el paciente de forma colaborativa, ayudando al mismo a identificar, nombrar y manejar cuestiones de índole biológica, psicológica o social que para el paciente tienen significación y sentido paulatino. María no sabía que había recibido

sobreprotección en su infancia. Al ser preguntada sobre eventos traumáticos, mencionó el incendio, pero sólo cuando habló de ello en un ambiente calmado donde poder tomar conciencia de su cuerpo, comenzó a darse cuenta de la hiperactivación de su sistema nervioso en el momento en que lo recordaba. Cuando se le señaló que los síncope sólo tenían lugar durante su jornada laboral, y se le propuso mirar con curiosidad qué podía estar pasándole en el trabajo, pudo empezar a pensar sobre las cosas que le pasaban allí y reconocerlas como importantes a través del reconocimiento y validación previos transmitidos por su terapeuta.

La psicoterapia es por tanto un elemento esencial durante o tras la evaluación, pero lo que no está tan claro es qué tipo de psicoterapia, como veremos más adelante. En algunos casos, la psicoterapia contribuye en alguna medida pero no conduce a la desaparición del síntoma ni a disminuir la discapacidad asociada. En estos casos, la combinación con otros abordajes es recomendable, como la rehabilitación o terapia física para prevenir mayor deterioro (Nielsen, Stone y Edwards, 2013; LaFrance et al., 2013; Kaur, Garnawat, Ghimiray y Sachdev, 2012, Stone y Carson, 2015; Stonnington et al., 2006; Wade, 2001, como se citó en Nowak y Fink, 2009)

Intervenciones psicoterapéuticas

En la literatura, en general se considera que el tratamiento de elección es la psicoterapia (Goldstein y Mellers, 2012). Esta conclusión consensuada entre expertos, confluye con lo que el método científico ha podido probar hasta la fecha en relación al trastorno conversivo: en los dos únicos estudios controlados y aleatorizados que se han realizado (LaFrance et al., 2014; Goldstein et al., 2010), se demuestra la utilidad de la terapia cognitivo-conductual para reducir sintomatología conversiva o disminuir las consecuencias de la misma en el caso de pacientes aquejados de crisis no epilépticas.

La psicoterapia basada en otros modelos psicoterapéuticos no ha sido validada científicamente todavía, pero los resultados de estudios piloto y series de casos que se han

publicado también permiten afirmar que son abordajes útiles en relación a este tipo de cuadros (Goldstein y Mellers, 2012; LaFrance et al., 2013; Stonnington et al., 2006): algunos de ellos son, en modalidad individual, la psicoterapia psicodinámica de Kalogjera-Sackellares (2004) y la terapia interpersonal psicodinámica breve de Howlett y Reuber (2009), y en modalidad grupal, el enfoque psicoeducativo de Zaroff, Myers, Barr, Luciano y Devinsky (2004), el enfoque psicodinámico de Barry et al. (2008) y de Prigatano, Stonnington y Fisher (2002), o la terapia familiar sistémica (Archambault y Ryan, 2010).

El modelo cognitivo-conductual de Goldstein et al. (2010) está basado en el modelo de Lang (1968) sobre el miedo y conceptualiza las crisis como respuestas disociativas dadas a claves cognitivas, emocionales, fisiológicas o ambientales que pueden estar asociadas en algunos casos a distrés o a experiencias amenazantes para la vida, como abuso o trauma en etapas vitales tempranas, o eventos posteriores como ataques de pánico o síncope, que produjeron sentimientos intolerables como miedo o distrés.

En el tratamiento se distinguen cinco etapas: explicación del trastorno e implicación en el tratamiento; enseñanza del uso de técnicas de control de crisis; reducción de la evitación con técnicas de exposición; abordaje de las cogniciones asociadas a las crisis, el procesamiento de emociones y si es apropiado el procesamiento de traumas; y prevención de recaídas.

A lo largo del tratamiento se pretende ayudar al paciente a desarrollar un entendimiento coherente sobre sus crisis, que incluya la comprensión de la interrelación entre los aspectos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales de las mismas; a entender factores que mantienen su ocurrencia; aprender a parar las respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas que ocurren antes o al inicio; a involucrarse en actividades previamente evitadas, abordar los pensamientos negativos y las atribuciones de enfermedad que mantienen las crisis; a prestar atención a experiencias traumáticas, ansiedad, bajo ánimo o baja autoestima; y a ser cada vez más independientes, entendiendo el rol de

personas significativas de su entorno en su trastorno (Goldstein et al., 2015).

Por otra parte, el modelo de LaFrance et al. (2014), tiene también por objetivo el autocontrol de las crisis y está basado en el modelo cognitivo de Beck (1983), que considera que las experiencias tempranas llevan al desarrollo de creencias desadaptativas sobre el yo y los otros. El tratamiento incluye el análisis del contexto de la persona, estados de ánimo, situaciones y pensamientos; entrenamiento en comunicación, búsqueda de apoyo y establecimiento de objetivos; aumento de la comprensión de las mediaciones psicotrópicas y de las crisis; la identificación de un aura, a través de un análisis funcional conductual; el aprendizaje de técnicas de relajación; análisis de estresores externos y disparadores internos; y promoción de salud en general.

En el marco de la psicoterapia psicodinámica, LaFrance et al. (2013) señalan publicaciones de experiencias terapéuticas que han sido de utilidad aplicadas a crisis no epilépticas. La primera consiste en una revisión exhaustiva de 15 años de experiencia realizada por Kalogjera-Sackellares (2004). Esta forma de psicoterapia concede un papel fundamental al trauma en la génesis de los síntomas, por lo que el objetivo primordial es facilitar el manejo de las reacciones a los acontecimientos traumáticos o estresantes en lugar de recurrir a la disociación como mecanismo de defensa. Esta autora ofrece una descripción detallada de los conceptos psicoanalíticos sobre la psicopatología de estos pacientes y del abordaje terapéutico, y muestra la aplicación de este modelo en series de casos señalando la utilidad de estas técnicas (LaFrance et al., 2013; Stonnington et al., 2006)

El segundo modelo mencionado por estos autores es la terapia interpersonal psicodinámica breve de Howlett y Reuber (2009), que es una adaptación del modelo de terapia interpersonal de Hobson (1985) y que fue aplicado al síndrome de colon irritable y demostrado eficaz para este síndrome. Se asume que los problemas surgen o se exacerban por perturbaciones en las relaciones interpersonales, con patrones disfuncionales que se originan en etapas tempranas de la

vida, y se explicita la relación con los síntomas actuales del paciente. Por otro lado, se basa en una comunicación empática y de apoyo, y se trabaja con la relación terapéutica de forma colaborativa para el procesamiento de emociones, particularmente de recuerdos dolorosos.

La terapia interpersonal utilizada en relación a las crisis no epilépticas combina el enfoque anterior con conceptos y técnicas de los modelos de terapia somática del trauma, que incluyen técnicas de control de la activación autonómica, el rastreo de síntomas somáticos y su enlace con disparadores emocionales y el procesamiento del trauma evitando la retraumatización.

Los objetivos son el cambio de las percepciones del paciente sobre su trastorno, el logro del control del síntoma, mejorar el procesamiento emocional, incrementar la independencia, animar al autocuidado, y procesar trauma. Tampoco hay estudios controlados sobre este modelo, pero estudios piloto en los que se evalúa el tratamiento con este método de más de 50 pacientes han mostrado efectos significativos en la frecuencia y la severidad de las crisis, el distrés psicológico, la calidad de vida y el funcionamiento a corto plazo (Reuber, Burness, Howlett, Brazier y Grunewald, 2007), efectos mantenidos a largo plazo (Mayor, Howlett, Grunewald y Reuber, 2010) y con buena relación coste-beneficio (Reuber et al., 2007; Mayor et al., 2010)

La modalidad grupal tiene aportaciones valiosas que trascienden el setting individual, pero en general se considera que es la combinación de ambas la que da mejores resultados (Barry et al., 2008; Prigatano et al., 2002).

Zaroff et al. (2004) evaluaron la utilidad de un grupo psicoeducativo en el tratamiento de personas con crisis no epilépticas. Los temas giraron en torno a la sintomatología y los factores psicológicos implicados, la conciencia de los disparadores y los factores precipitantes, el rol de la supresión de la rabia, los procesos inconscientes que llevan al desarrollo de las crisis a partir de experiencias de trauma y abuso, la ansiedad, depresión o somatizaciones asociadas, cuestiones relacionadas con la

calidad de vida, y la enseñanza de técnicas de relajación y respiración. De su escasa muestra, cuatro personas no experimentaron cambio en la frecuencia de sus crisis (tres de ellas se mantuvieron sin crisis desde el inicio), dos personas experimentaron una reducción y en el caso de una persona hubo un aumento en la frecuencia. No obstante, si se observó una reducción significativa en síntomas postraumáticos y disociativos y en mecanismo de afrontamiento basados en la emoción.

Por otro lado, Barry et al. (2008) evaluaron la utilidad de un grupo psicoterapéutico psicodinámico enfocado en las relaciones interpersonales y observaron una mejora en las puntuaciones del Inventario de Beck para la depresión y el índice de severidad global del SCL-90, así como una reducción general en la frecuencia de las crisis no epilépticas.

Durante 4 meses, el grupo se reunió una hora semanal con el objetivo de aumentar la conciencia del distrés emocional y facilitar la expresión verbal del mismo, haciendo hincapié en las estrategias de afrontamiento asertivas, frente a respuestas agresivas o pasivas. Se les animaba a investigar los precipitantes de sus crisis y a hablar de eventos pasados que pudieran estar en el origen, así como a modificar respuestas típicas disfuncionales y a tomar conciencia de las ganancias primarias y secundarias de las crisis.

EN LA PRÁCTICA

La aspiración en ciencias de la salud es poder llegar a conocer qué tipo de intervención realizar para qué tipo de problema para qué tipo de paciente, administrado por qué tipo de profesional. En este sentido, se han hecho tímidos esfuerzos en relación al trastorno conversivo. Desde una conceptualización psicoanalítica, Beghi et al. (2011) señala la variabilidad de mecanismos de defensa manifestados por diferentes “tipos” de pacientes con el mismo síntoma, en este caso, crisis no epilépticas. Así, los pacientes con crisis no epilépticas que también presentan sintomatología ansioso-depresiva y rasgos alexitímicos corresponden a personalidades neuróticas y por tanto utilizan mecanismos de defensa como la disociación o la represión, y los

pacientes con crisis y personalidad borderline, presentan dificultades en la función simbólica, y por tanto mecanismos de defensa más arcaicos como la negación. Esto conlleva un pronóstico y un tratamiento diferente en cada caso. Otros autores también han descrito subgrupos de pacientes según su psicopatología y han intentado definir el tipo de terapia más beneficiosa para cada caso (Gates, 2000; Rusch, Morris, Allen y Lathrop, 2001, como se citaron en Barry et al., 2008).

Desde este punto de vista, cuando se habla en líneas generales de la intervención psicológica del trastorno conversivo se corre el riesgo de perder de vista que la sintomatología varía de unos pacientes a otros, con historias biográficas diferentes, con vivencias y experiencias diferentes procesadas o no procesadas de un modo particular y único, con personalidades y actitudes variadas, en un contexto vital también único. Cuando un paciente entra en la consulta, podemos usar protocolos y guías pero la realidad es que nos dejamos llevar por el proceso, algo no solo deseable sino inevitable. Vamos haciendo según la situación de la sesión particular, el motivo de consulta, las capacidades y motivaciones del paciente, nuestra formación, experiencia y caja de herramientas terapéuticas, y según la relación dinámica que se va creando entre ambos.

En la práctica, resulta útil entender el trastorno en términos de disociación como contraposición a integración. El cerebro tiene un empuje intrínseco hacia la integración, es decir, se trata de una capacidad innata a la auto-organización, que implica procesos de diferenciación y ligamiento (Badenoch, 2008). “En términos de nuestros cerebros significa que los circuitos desarrollan funciones especializadas en relativo aislamiento, y luego se juntan para crear (idealmente) un sistema cada vez más abarcador y armónico” (Badenoch, 2008, p. 5).

En el trastorno conversivo, el cerebro da muestras de desconexión y de funcionamiento no integrado, como hemos visto, probablemente por influencia de factores emocionales no procesados. Para algunos autores, el trastorno conversivo es claramente una expresión tardía

del trauma y comparte el mismo mecanismo de la disociación que otras categorías diagnósticas vinculadas directamente al trauma, como el trastorno por estrés postraumático (Scaer, 2001a,b, como se citó en Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005; Nemiah, 1991).

Asociar e integrar lo disociado no es tarea fácil. Sebastián sólo consiguió darse cuenta de que el tipo de relación disfuncional que había establecido con su novia había provocado sus crisis no epilépticas cuando habían pasado dos años del inicio de los síntomas.

La disociación, es decir, la desconexión entre elementos que sin embargo están relacionados, se da a muchos niveles. Diana es una mujer de 38 años que padece crisis no epilépticas desde hace más de diez años. Acude a consultas de psicología desde hace año y medio y manifiesta un patrón constante durante todas ellas: comenta cómo le ha ido el tiempo entre sesiones, enfocada en la presencia o no de crisis, y saltando de un tema a otro como dando un “parte” sobre las distintas áreas de su vida (padres, hija, trabajo, ocio) sin una narrativa que enlace unas con otras. En una sesión, comenta que por primera vez en su vida estaba teniendo taquicardias. No lo relaciona con nada ni va asociada a una vivencia emocional. Cierra el tema y da paso a otro. Cuenta que por primera vez desde hace muchos años, esa semana había vuelto a entrar a casa de sus primos, una casa donde fue testigo de la enfermedad de su tía más querida y que le llevó a decidir no volver más por el sufrimiento emocional que le ocasionaba. Por primera vez, en la sesión la paciente conecta con el dolor de la pérdida y el trauma de ver a su tía en coma durante años. Llora desconsoladamente, retorciéndose sin casi poder sostener ese dolor, que había estado guardado años y años con la esperanza de poder vivir a pesar de las heridas. En ese espacio de contención pudo sentir alivio de esa carga sostenida en el cuerpo, y dar paso a la tristeza de un duelo que todavía dura, así como darse cuenta de que la taquicardia no era casual, sino que había aparecido tras volver a casa de su tía.

Diana mostraba en su sintomatología durante las crisis la clave misma de uno de sus

traumas emocionales: en ellas reproducía inconscientemente movimientos, gestos y vocalizaciones que su tía realizaba involuntariamente en estado de coma. Y esto sucedía a pesar de que Diana comenzó con crisis antes de que su tía enfermara: la dificultad previa que sirvió de base para la aparición de las crisis contribuyó a aumentar su vulnerabilidad y a no poder soportar un acontecimiento así, el cual se sumó a la lista de factores reforzadores o mantenedores de sus crisis. En esa sesión, la paciente pudo sentir, identificar, nombrar y expresar contenidamente sus sentimientos, tras año y medio de terapia consistente en ayudar a la paciente a comprender su mundo emocional y construir una narrativa que hilara sus experiencias.

En otros casos, este trabajo se torna imposible. Cristina se levantó un día de repente sin capacidad para mover las piernas. Fue ingresada y tras las pruebas y el diagnóstico de trastorno conversivo, salió del hospital en silla de ruedas y una cita con la psicóloga. En las consultas, Cristina estaba casi mutista. No sabía expresarse y por su lenguaje se intuían grandes dificultades para simbolizar y tratar con abstracciones en su mente. Aceptó por completo el diagnóstico y la idea de “psicógeno”, y se puso en manos de la psicóloga con alta disposición a “ponerse bien” como fuera. No obstante, no parecía ser posible que Cristina pudiera modificar su vida y su síntoma con el uso de la palabra. La terapeuta optó por “enseñar” a Cristina a adoptar posturas y movimientos que facilitaran la sensación de apoyo y equilibrio que le permitieran andar sosteniéndose en su propio cuerpo. Resultaron útiles ejercicios de enraizamiento y de alineación vertical, realizados conjuntamente en sesión, con una actitud respetuosa con su propio ritmo, que contribuyeron a que Cristina pudiera sentirse más confiada y segura en su propio cuerpo. En poco tiempo, Cristina consiguió andar sin muletas y no volvió a presentar caídas o pérdida de fuerza en sus piernas. No obstante, como es de imaginar, Cristina tiene tan alta vulnerabilidad que está en riesgo de padecer episodios similares ante situaciones que no pueda afrontar.

En el caso de Cristina, la intervención a nivel

corporal fue la vía más idónea para facilitar el cambio. En otros pacientes, esta vía no resulta útil, ya sea porque el paciente no puede, no quiere o lo rechaza, o porque no es lo que necesita en ese momento.

María presentaba crisis no epilépticas muy fuertes desde hacía unos meses. Agradeció la derivación a psicología porque se daba cuenta de que sufría mucho y de que a pesar de sus intentos por estar bien, no lo conseguía por sí misma. María reflexionaba y analizaba todo cuanto le ocurría y necesitaba comprender por qué su cuerpo había llegado a manifestar esas alteraciones. María aprovechaba las sesiones en las que escuchaba a su cuerpo y aprendía recursos somáticos para regular su activación y por tanto prevenir sus crisis, pero necesitaba ir más allá de eso y elaborar lo que le estaba ocurriendo, hablando de cómo había sido su vida, cómo se había desarrollado su personalidad y cómo afrontaba las situaciones que le impactaban y afectaban. Sólo desde el entendimiento (nivel cognitivo), pudo sentir su dolor, asumir pérdidas y decidir cambiar.

Cecilia sin embargo era un volcán de emociones. A regañadientes consigo misma, asumió que su parálisis tenía que ver con un conflicto emocional, y a regañadientes se reconoció a sí misma que su situación laboral le había superado. El síntoma parecía haber aparecido como consecuencia de un estancamiento en un duelo muy importante que la paciente se resistía a realizar: enamorada de su profesión de enfermera y del trabajo que realizaba en su unidad, no podía asumir que el trabajo a turnos era una carga que después de 30 años ya no podía soportar. Las condiciones laborales no iban a cambiar hiciera lo que hiciera y ella no quería marcharse de la unidad bajo ninguna circunstancia, por lo que sólo un síntoma le hizo parar. Cecilia supo ver que no podía seguir así, y pronto decidió que tenía que marcharse porque no quería estar enferma. Las sesiones consistieron en acompañar a la paciente en su duelo, ayudándola a identificar, nombrar, contener y canalizar ese volcán emocional. En este caso, el trabajo sobre el nivel corporal no tenía sentido, y el trabajo cognitivo para lograr un insight ya lo había hecho la paciente al inicio, pero sí agradecía ayuda para lidiar con sus propias emociones.

En contraste, Diana durante mucho tiempo necesitó que la terapia se enfocara en el nivel conductual, es decir, en ofrecer apoyo y empuje hacia la autonomía, animándola a hacer actividades evitadas y temidas que podrían aportarle cierto bienestar y satisfacción como compensación a tanto sufrimiento. En resumen, según el caso y según el momento, nos centraremos más en el nivel corporal (Cristina), cognitivo (María), emocional (Cecilia) o conductual (Diana), con vistas a facilitar una integración de todos ellos a largo plazo que proporcione una narrativa vital única (Rodríguez et al., 2005).

El ejemplo de Cristina es un ejemplo de la relativa facilidad con la que se puede conseguir una reducción sintomática. Esto no es sinónimo de integración, ya que para esto el paciente debe poder tomar conciencia de lo que originó el síntoma y resolver de forma alternativa el conflicto que sirvió de base para que se fuera desarrollando.

Laura acude a un psicólogo por primera vez con 45 años derivada por su neurólogo por temblores cefálicos funcionales. En la evaluación inicial, Laura explica una situación vital estresante que no es vivida por ella como tal (vive con 3 hijos y 5 nietos y su madre enferma y dependiente, siendo ella la cuidadora principal de todos ellos) y refiere haberlo pasado muy mal hace pocos años con una hija adolescente que se quedó embarazada y desapareció con su novio y la familia de éste. No entiende que el estrés pueda producir un síntoma así pero acepta seguir acudiendo a consulta por el hecho de que desde la primera sesión ella misma observa una reducción de sus temblores siguiendo las sencillas indicaciones de la terapeuta: se le invita a prestar atención a su cuerpo, percibir las sensaciones y mover el cuerpo según su propia necesidad.

Con el modelo de la terapeuta, Laura va extendiendo los brazos hacia los lados y hacia atrás, facilitando una apertura en la zona del pecho, poco a poco estirando el tronco hacia atrás acompañándolo con movimientos voluntarios de cabeza hacia todos los lados. Laura enseguida se deja guiar por sus sensaciones placenteras, soltando tensión muscular junto con la respiración, que se va

haciendo cada vez más profunda y fluida. Mientras lo hace no puede parar de reír y de verbalizar “qué gusto hacer lo que yo quiera”, expresión simbólica de su necesidad en su vida cotidiana que no se permite realizar. Tras este sencillo ejercicio, al finalizar, la terapeuta señala a Laura el hecho de que el temblor cefálico ha desaparecido. Pero esta prueba evidente de que el temblor está asociado a la tensión no convence a Laura.

Durante alrededor de diez sesiones más, las consultas combinaban estos ejercicios en los que consistentemente Laura podía experimentar la desaparición del síntoma junto con conversaciones en torno a recuerdos y situaciones que le angustiaban y desafiaban sus recursos de afrontamiento. En la última sesión a la que acudió, dijo haber descubierto la causa de sus problemas emocionales: se había dado cuenta de que una conducta adictiva de su marido estaba deteriorando su relación con él, y a partir de ahí pudo hablar con él y sentir que los problemas podían empezar a solucionarse.

Laura dejó de ir a la psicóloga sin dar más explicaciones. Aproximadamente al año, Laura volvió a pedir cita con su neuróloga aquejada del mismo síntoma pensando que se trataba de un problema médico que podría curarse con medicación. Resulta obvio que el abandono de la terapia de Laura fue prematuro, y que a pesar de los indicadores de buen pronóstico (conectaba con su cuerpo, aprovechaba el espacio para conectar con sus emociones, pensaba y analizaba las situaciones e iba aumentando su conciencia sobre sí misma), no dio tiempo a que pudiera tener lugar un proceso de integración de la experiencia.

En algunos casos, la vivencia misma del paciente no deja lugar a dudas de que su cuerpo está mostrando una respuesta de trauma. Magdalena había vivido situaciones difíciles pero no consideraba que hubieran sido traumáticas ni que pudieran explicar la sintomatología que padecía.

No obstante, presentaba manifestaciones físicas y psíquicas que lo hacían suponer: más o menos coincidiendo con sus crisis no epilépticas, había empezado a verbalizar ideas de suicidio y presentaba ataques de pánico en

los que describía su estado emocional como de auténtico terror. En una sesión, Magdalena fue invitada a llevar su atención al cuerpo.

Nada más hacerlo, entra en un estado de gran angustia, se le corta la respiración, se le ponen los ojos llorosos y comienza a mirar de izquierda a derecha de forma nerviosa. No establece contacto visual con la terapeuta a pesar de sus sugerencias. Pocos segundos después y de forma repentina, Magdalena se levanta bruscamente de la silla y se apoya en la pared en estado de hiperventilación. La terapeuta se levanta suavemente y le sugiere que continúe apoyada en la pared, procurando que toda su espalda estuviera en contacto con la misma. Magdalena espontáneamente había buscado un recurso somático que le ayudara a regular la hiperactivación de su sistema nervioso, aunque se estaba apoyando sólo a medias.

La terapeuta observa el recurso y le da una indicación para potenciar el efecto regulador del mismo. Magdalena se mantiene con los ojos cerrados respirando de forma consciente. La terapeuta se da cuenta de que está aplicando alguna técnica, y recuerda que Magdalena le había mencionado alguna vez que había aprendido a relajarse con una visualización sencilla. Le anima a seguir aplicando sus estrategias de tranquilización, y poco a poco su activación va bajando. Magdalena consigue establecer contacto visual y pronunciar algunas palabras, a pesar del sentimiento de inseguridad y confusión que le acompaña. Apenas puede describir su experiencia ni sabe qué le ha disparado aquel estado: sólo tiene la experiencia subjetiva del terror, el miedo a que le vuelva a ocurrir y la certeza de que su cuerpo escapa a su control.

El tratamiento del trauma requiere otro tipo de habilidades terapéuticas añadidas a aquellas tradicionalmente asociadas a las terapias verbales.

Profundizar en ello excede el objetivo de este trabajo, si bien merece la pena mencionar que actualmente contamos con abundante literatura para aquellos terapeutas interesados en la psicoterapia del trauma (por ejemplo, Van der Kolk, 2014; Ogden y Fisher, 2016; Ogden, Minton y Pain, 2009).

En resumidas cuentas, en la práctica cada persona con sintomatología conversiva es diferente y requiere un abordaje diferente. Desde un marco asistencial, la continua formación continuada y experiencia en psicoterapia del terapeuta servirá para adaptar las sesiones a cada paciente particular.

Desde un marco de investigación, la comunidad científica debería reconocer la pluralidad de psicopatología y personalidades en pacientes con este trastorno en su esfuerzo por definir intervenciones psicoterapéuticas apropiadas.

CONCLUSIONES

A pesar de la elevada frecuencia de los trastornos neurológicos funcionales en las consultas médicas (por ejemplo, Stone, 2009), hasta hace poco tiempo desde el ámbito sanitario se tendía a culpabilizar al paciente con frases como “te lo estás inventando” o a dejar al paciente en estado de cierta confusión con el mensaje “no hay nada de nada, te puedes ir”.

Estas actuaciones cargadas de juicios de valor están siendo sustituidas por una mayor profesionalidad debido a los esfuerzos actuales de la comunidad científica por comprender los mecanismos psicobiológicos por los cuales una persona manifiesta esta sintomatología en un momento determinado (Pérez et al., 2015; Ejareh Dar y Kanaan, 2016).

En el trastorno conversivo se considera relevante el papel de los factores psicológicos como predisponentes, precipitantes y mantenedores de los síntomas y se considera la psicoterapia el tratamiento de elección (Goldstein y Mellers, 2012). Se ha demostrado en ensayos aleatorizados y controlados que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para reducir síntomas y mejorar determinados aspectos del estado psicológico y el funcionamiento psicosocial (LaFrance et al., 2014; Goldstein et al., 2010) y se sugiere en diversas publicaciones sobre series de casos y estudios piloto que otros modelos psicoterapéuticos tanto en modalidad individual como en modalidad grupal tienen también utilidad para influir en la mejoría de

estos cuadros, por ejemplo, Kalogjera-Sackellares (2004), Howlett y Reuber (2009), Zaroff et al. (2004) o Barry et al. (2008).

En general, la psicoterapia va enfocada a ayudar al paciente a prevenir crisis facilitando un aumento de conciencia de los factores externos o internos implicados en su ocurrencia, ya sean cognitivos, emocionales, conductuales o fisiológicos, y facilitando el uso de estrategias alternativas de afrontamiento de situaciones externas o el procesamiento emocional de recuerdos dolorosos que actúan como disparadores.

Mientras la ciencia trabaja para desarrollar la fórmula “qué intervención, para qué paciente, con qué tipo de problema y realizado por qué tipo de terapeuta”, en consulta vamos haciendo según nuestro bagaje y según nuestras observaciones sobre el paciente. Hay pacientes que cuando llegan a la consulta del psicólogo clínico ya no presentan el síntoma: cuando el neurólogo hizo el diagnóstico y le sugirió que el problema podía ser psicoemocional, encontraron una explicación que les encajaba al valorar su situación vital y fue el principio de un nuevo rumbo. Otros necesitan tiempo para aceptar esa posible realidad y la presencia calmada del terapeuta para ir tomando conciencia de sus dificultades. Algunos, atienden a la señal de alarma que es el síntoma, y les ayuda a hacer cambios para mejorar su vida, mientras que otros se rinden al beneficio de estar enfermo como forma de seguir haciendo sostenible su vida. En algunos casos, las técnicas que ofrecemos son útiles y en otros se da una evolución de deterioro ante la cual sólo nos queda acompañar con mirada comprensiva y compasiva.

En definitiva, los síntomas neurológicos funcionales en el vacío no son nada: sólo el conocimiento en profundidad de la historia biológica, psicológica y social puede ayudar a comprender la aparición de un síntoma para una persona determinada.

Es precisamente esta labor de conocer esa historia y acompañar al paciente a conocer su historia lo que resume el abordaje multidisciplinar de este tipo de trastornos, labor que los profesionales sanitarios deben hacer con paciencia, comprensión y humildad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.

Archambault, R.C., y Ryan, C.E. (2010). Family therapy for patients diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures. En S.C. Schachter, y W.C. LaFrance (Eds), *Gates and Rowan's nonepileptic seizures* (pp. 317-326). New York, USA: Cambridge University Press.

Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: a practical guide to interpersonal neurobiology*. New York, USA: W.W. Norton.

Barry, J.J., Wittenberg, D., Bullock, K.D., Michaels, J.B., Classen, C.C., y Fisher, R.S. (2008). Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study. *Epilepsy Behav*, 13(4), 624–629.

Barton, B., Cubo, E., y Goetz, C.G. (2009). Psychogenic movement disorders. En R. P. Lisak, D. D. Truong, W. M. Carroll y R. Bhidayasiri (Eds), *International neurology: a clinical approach* (pp. 197-199). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Baslet, G. (2011). Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. *Seizure*, 20,1–13.

Beck, A.T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Beghi, M., Negrini, P.B., Perin, C., Peroni, F., Magaouda, A., Cerri, C., y Cornaggia, C.M. (2015). Psychogenic non-epileptic seizures: so-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 30,11, 2519-27. doi: 10.2147/NDT.S82079.

Carson, A.J., Best, S., Postma, K., Stone, J., Warlow, C., y Sharpe, M. (2003). The outcome of neurology outpatients with medically unexplained symptoms: a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74(7), 897-900.

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships*. New York, USA: W.W. Norton.

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona, España: Crítica.

Dannowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., Kugel, H. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*, 15, 71(4), 286-93. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.021

Demartini, B., Petrochilos, P., Ricciardi, L., Price, G., Edwards, M.J., y Joyce, E. (2014). The role of alexithymia in the development of functional motor symptoms (conversion disorder). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(10), 1132–1137. doi: 10.1136/jnnp-2013-307203

Duncan, R., Razvi, S., y Mulhern, S. (2011). Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy Behav*, 20(2), 308–11.

Ejareh Dar, M., y Kanaan, R.A. (2016). Uncovering the etiology of conversion disorder: insights from functional neuroimaging. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 13(12), 143-53.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, USA: Other Press.

Gates, J.R. (2000). Epidemiology and classification of non-epileptic events. En J.R. Gates y A.J. Rowan (Eds), *Non-epileptic seizures* (pp. 3-14). Boston, USA: Butterworth-Heinemann.

Goldstein, L.H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M.R., Moriarty, J., Toone, B.K., y Mellers, J.D. (2010). Cognitive-Behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. A pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-94. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e39658

Goldstein, L.H., y Mellers, J.D. (2012). Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 12(4), 436-44. doi: 10.1007/s11910-012-0278-3.

Goldstein, L.H., Mellers, J.D.C., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N.,...Chalder, T. (2015). Cognitive behavioural therapy vs standardised medical care for adults with dissociative non-epileptic seizures (CODES): a multicentre randomised controlled trial protocol. *BMC Neurology*, 15, 98. doi 10.1186/s12883-015-0350-0

Hobson, R.F. (1985). *Forms of feeling: the heart of psychotherapy*. London, UK: Tavistock Publications.

Howlett, S., y Reuber, M. (2009). An augmented model of brief psychodynamic interpersonal therapy for patients with nonepileptic seizures. *Psychother Theory Res Pract Training*, 9, 46, 125–138.

- Kalogjera-Sackellares, D. (2004). *Psychodynamics and Psychotherapy of Pseudoseizures*. Wales: Crown House Publishing.
- Kaur, J, Garnawat, D., Ghimiray, D., y Sachdev, M. (2012). Conversion Disorder and Physical Therapy. *Delhi Psychiatry Journal*, 15(2), 394-397.
- Kranick, S., Ekanayake, V., Martínez, V., Ameli, R., Hallett, M., y Voon, V. (2011). Psychopathology and psychogenic movement disorders. *Mov Disord*, 26, 1844–50. doi: 10.1002/mds.23830
- LaFrance, W.C., Baird, G.L., Barry, J.J., Blum, A.S., Webb, A.F., Keitner, G.,...Szaflarski, J.P. (2014). Multicenter Pilot Treatment trial for psicogénic nonepileptic seizures. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 997-1005. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.817
- LaFrance, W.C., Reuber, M., y Goldstein, L.H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures). *Epilepsia*, 54(suppl 1), 53-67.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behaviour: problems in treating a construct. En J.M. Shilen (Ed), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). Washington, USA: American Psychological Association.
- Leuner, B., y Shors, T.J. (2013). Stress, anxiety, and dendritic spines: what are the connections?. *Neuroscience*, 22, 251, 108-19. doi: 10.1016/j.neuroscience.2012.04.021
- MacLean, P.D. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Arch Gen Psychiatry*, 42(4), 405-17.
- Mayor, R., Howlett, S., Grünwald, R., y Reuber, M. (2010). Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*, 51, 1169–1176.
- McEwen, B.S., y Morrison, J.H. (2013). The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1), 16-29. doi: 10.1016/j.neuron.2013.06.028
- Nemiah, J.C. (1991) Dissociation, conversion, and somatization. En A. Tasman y S. Goldfinger (Eds), *American Psychiatric Press annual review of psychiatry* (vol 10, pp. 248-260). Washington, USA: American Psychiatric Press.
- Nielsen, G., Stone, J., y Edwards, M.J. (2013). Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Psychosom Res*, 75(2), 93-102.
- Nowak, D.A., y Fink, G.R. (2009). Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage*, 47(3):1015-25. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.04.082
- Ogden, P., y Fischer, J. (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Pérez, D.L., Dworetzky, B.A., Dickerson, B.C., Leung, L., Cohn, R., Baslet, G., y Silbersweig, D.A. (2015). An integrative Neurocircuit Perspective on Psychogenic Non-epileptic Seizures and Functional Movement Disorders: Neural Functional Unawareness. *Clin EEG Neurosci*, 46(1), 4-15.
- Pierrehumbert, B., Torrisi, R., Glatz, N., Dimitrova, N., Heinrichs, M., y Halfon, O. (2009). The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 34(6), 924-38. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.01.006
- Prigatano, G.P., Stonnington, C.M., y Fisher, R.S. (2002). Psychological factors in the genesis and management of nonepileptic seizures: clinical observations. *Epilepsy Behav*, 3, 343–9.
- Reuber, M. (2009). The etiology of psychogenic non-epileptic seizures: toward a biopsychosocial model. *Neurol Clin*, 27, 909–924.
- Reuber, M., Burness, C., Howlett, S., Brazier, J., y Grünwald, R. (2007). Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: A pilot study. *J Psychosom Res*, 63, 625–632.
- Reuber, M., Mitchell, A.J., Howlett, S.J., Crimlisk, H.L., y Grünwald, R.A. (2005). Functional symptoms in neurology: questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 307–314. doi: 10.1136/jnnp.2004.048280
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N., y Elger, C.E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol*, 53(3), 305-11.
- Rodríguez, B., Fernández, A., y Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y*

de la Salud, 1, 27-38.

Roelofs, K., Keijsers, G.P., Hoogduin, K.A., Näring, G.W., y Moene F.C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 159(11), 1908-13.

Rusch, M.D., Morris, G.L., Allen, L., y Lathrop, L. (2001). Psychological treatment of nonepileptic events. *Epilepsy Behav*, 2(3), 277-283.

Scaer, R.C. (2001a). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91

Scaer, R.C. (2001b). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. New York, London, Oxford: The Haworth Medical Press.

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao, España: Desclée de Brower.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristic mechanisms in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 21,133-6

Stone, J. (2009). The bare Essentials: functional symptoms in neurology. *Pract Neurol*, 9(3), 179-89. doi: 10.1136/jnnp.2009.177204

Stone, J., y Carson, A. (2015). Functional neurologic disorders. *Continuum (Minneapolis Minn)*, 21(3), 818-37. doi: 10.1212/01.CON.0000466669.02477.45

Stone, J., Carson, A., Aditya, H., Prescott, R., Zaubi, M., Warlow, C., y Sharpe, M. (2009). The role of physical injury in motor and sensory conversion symptoms: a systematic and narrative review. *J Psychosom Res*, 66, 383-90

Stonnington, C.M., Barry, J.J., y Fisher, R.S. (2006). Trastorno de conversión. *Am J Psychiatry*, 9, 10, 45-52.

Van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, USA: Viking Press.

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.

Vrticka, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., y Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One*, 3(8):e2868. doi: 10.1371/journal.pone.0002868

Wade, D. (2001). Rehabilitation for conversion symptoms. En P. Halligan, C. Bass y J.C. Marshall (Eds.), *Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives* (pp. 330-346). Oxford, UK: Oxford University Press.

Yon, K., Nettleton, S., Walters, K., Lamahewa, K., y Buszewicz, M. (2015). Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open*, 5(12), e009593. doi:10.1136/bmjopen-2015-009593

Zaroff, C., Myers, L., Barr, W., Luciano, D., y Devinsky, O. (2004). Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 5, 587-592.