



**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Tratamientos Psicológicos para el Abordaje del Trastorno  
Neurológico Funcional: una Revisión Sistemática

Alumna: **Maria Carmen Dorado Dols**

Directora: **Berenice Serrano Zárate**

**AÑO ACADÉMICO 2020-2021**

## Resumen

El trastorno neurológico funcional o trastorno conversivo, recoge aquellos síntomas o síndromes aparentemente neurológicos que carecen de origen orgánico incluyendo también las denominadas crisis convulsivas no epilépticas (CCNE). El objetivo de esta revisión sistemática es conocer qué tratamientos de tipo psicológico se están aplicando para abordar este tipo de trastorno y conocer a su vez las características de dichos tratamientos y su eficacia. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica entre el mes de marzo y abril de 2021 en las bases de datos SCOPUS, PsycInfo y Pubmed. Se obtuvo un total de 918 estudios de los cuáles 6 cumplieron con los criterios de inclusión siendo incluidos en la presente revisión. En cuanto al tipo de estudio, se encuentran un ensayo controlado aleatorizado, un estudio de serie de casos, dos ensayos no controlados y dos estudios piloto. La muestra para todos ellos fue población adulta con CCNE y el tipo de intervenciones psicológicas aplicadas tratamientos psicológicos basados en la evidencia como la terapia cognitivo-comportamental, la terapia dialéctico-comportamental, la intervención basada en *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso. Los resultados obtenidos en los estudios son muy prometedores, ya que, tras el tratamiento, las CCNE se redujeron junto con la psicopatología comórbida principalmente de tipo depresivo y ansioso para todas las intervenciones. Aun así, se requiere de una mayor investigación, en muestras más grandes mediante estudios controlados aleatorizados y que incluyan medidas de seguimiento para evaluar los resultados de las intervenciones a medio y largo plazo.

*Palabras clave:* trastorno neurológico funcional, trastorno conversivo, terapia psicológica

## Abstract

Functional neurological disorder or conversive disorder includes those apparently neurological symptoms or syndromes that lack organic etiology, including also the so-called psychogenic non-epileptic seizures (PNES). The aim of this systematic review is to know what psychological treatments are being applied to address this type of disorder and to know the characteristics of these treatments and their efficacy. To this end, a literature search was carried out between March and April 2021 in the SCOPUS, PsycInfo and Pubmed databases. A total of 918 studies were obtained, of which 6 met the inclusion-exclusion criteria and were included in the present review. Regarding the type of study, we found one randomized controlled trial, one case series study, two uncontrolled trials and two pilot studies. The sample for all of them was adult population with PNES and the type of psychological interventions applied were evidence-based psychological treatments such as cognitive-behavioral therapy, dialectical-behavioral

therapy, mindfulness-based intervention and acceptance and commitment therapy. The results obtained in the studies are very promising, since, after treatment, PNES were reduced along with comorbid psychopathology, mainly of the depressive and anxious type, for all interventions. Even so, further research is required, in larger samples through randomized controlled studies with follow-up measures to evaluate the results of the interventions in the medium and long term.

*Keywords:* functional neurological disorder, conversion disorder, psychological therapy

## **1. Introducción**

Los trastornos neurológicos funcionales, más conocidos tradicionalmente como trastornos conversivos, son la presentación de un síntoma o síndrome neurológico que no se explica por una enfermedad orgánica o física (Stephenson & Price, 2006; Stone, 2011). Como recoge la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de 2013 y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su décima (2016) y onceava edición (2019), los síntomas más frecuentes son la debilidad o parálisis, movimiento anómalo y anestesia o pérdida sensitiva de un miembro o una zona específica del cuerpo. También, pueden darse síntomas de la deglución, del habla, alteraciones visuales o auditivas, vértigo o mareos.

Además de esta sintomatología, se incluyen también las denominadas crisis convulsivas no epilépticas (CCNE) las cuáles tienen la misma manifestación clínica que las crisis epilépticas, sin embargo, a diferencia de éstas, carecen de origen orgánico (Goldstein et al., 2010; Restrepo & Restrepo, 2017).

Disciplinas como la psicología y la medicina han tratado de ofrecer una explicación a la etiología del trastorno. Actualmente, existe una gran diversidad de modelos teóricos elaborados desde distintas corrientes. Como recoge Kozłowska en su estudio (2005), algunos de los modelos teóricos más relevantes del trastorno neurológico funcional son, desde la psicología, el modelo cognitivo del control atencional de Brown (2004), la teoría psicodinámica de conversión de Freud (1974) y desde la neurobiología, la hipótesis del marcador somático de Damasio (2000). También destacan, desde una visión conductista y social las aportaciones de Ruesh (1957) y Szasz (1961).

Ludwig y Lexington ya en el año 1972, trataron de explicar el clásico modelo psicológico de conversión a través de la neurobiología. Actualmente, el grupo de investigación de Cretton

(2020), sigue sus pasos estudiando, desde la neurociencia, los mecanismos de conversión con el objetivo de formular un modelo del trastorno más holístico.

Los autores coinciden en la idea de que la etiología del trastorno neurológico funcional es multifactorial (Cretton et al., 2020; Duque et al., 2015; Kozłowska, 2005; Wade & Halligan; 2004), considerando, por lo tanto, que se da una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Stephenson & Price, 2016; Stone, 2011).

Como factores biológicos se hace referencia principalmente a antecedentes familiares de enfermedad mental, posibles alteraciones a nivel neurológico bien funcionales o anatómicas, y sexo femenino. Dentro de los factores psicológicos se nombra los estilos de afrontamiento, la regulación emocional, la tendencia a la disociación, la comorbilidad con otros trastornos psicológicos, así como la historia vital de la persona. En cuanto a los factores ambientales, se destaca el ambiente familiar y estilo parental, el nivel socioeconómico y eventos vitales estresantes. Finalmente, se considera también, la concepción de enfermedad del lugar y los roles de género como factores socioculturales (Cretton et al., 2020; Ludwig et al., 2018; Reuber et al., 2004; Stephenson & Price, 2016).

Aunque no siempre es posible su identificación, el abuso sexual y abuso físico, la vivencia de un evento vital estresante como por ejemplo la separación de los progenitores o la muerte de un ser querido, un traumatismo o una intervención quirúrgica son factores que podrían actuar como precipitantes del trastorno (Duque et al., 2015).

Presentan comorbilidad psiquiátrica, tanto en la adultez como en la infancia, principalmente con trastornos emocionales, destacando los trastornos depresivos y de ansiedad (Duque et al., 2015; Nimnuan et al., 2001). En el estudio realizado por Pehlivan Türk y Unal (2001), en población infantil y adolescente, un 45 % presentaba un trastorno comórbido de depresión y/o ansiedad. En el estudio de Carson y colaboradores (2000) realizado en población adulta, el 70 % de los pacientes con síntomas medicamente no explicados presentaba un trastorno emocional.

También se observa comorbilidad con patologías que afectan los circuitos que median la expresión, regulación y conciencia emocional y el procesamiento autorreferencial (Bryant & Das, 2012; Edwards et al., 2013; Pérez et al., 2015; Stone et al., 2012). En estudios de neuroimagen, se ha contemplado un aumento significativo de la actividad en el área motora suplementaria y la unión temporoparietal, ambas regiones clave en la producción de la sintomatología física (Cretton et al., 2020).

En cuanto al diagnóstico del trastorno, existen algunas diferencias según el sistema de clasificación que se utilice. En la última edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales se encuentra dentro del grupo de trastornos somáticos y trastornos relacionados. Sin embargo, en el sistema de clasificación CIE (World Health Organization, 2016, 2019), se incluye dentro del bloque de trastornos disociativos.

En ambas clasificaciones el diagnóstico permite la adición de especificaciones, las cuáles, permiten definir qué sintomatología concreta presenta el o la paciente.

En los últimos años, para facilitar y agilizar el tiempo de diagnóstico, se ha utilizado el término síntomas médicamente no explicados (MUPS) que, aunque incluya otros trastornos de síntomas somáticos (van Dessel et al., 2016), ha permitido abordar los síntomas funcionales que aparecen sin una explicación orgánica de una forma más práctica (Restrepo & Restrepo, 2017; Stephenson & Price, 2006).

### **1.1 Justificación**

Diversos estudios (Carson et al., 2000; Nimnuan et al., 2001) afirman que el trastorno conversivo es el tercer trastorno diagnosticado con más frecuencia en neurología y es la segunda causa más común de atención en neurología después de las migrañas y dolores de cabeza (Carson et al., 2018). Alrededor de un tercio (30 %) de los nuevos pacientes neurológicos presentan síntomas conversivos, es decir, síntomas no explicados orgánicamente (Fink et al., 2005; Snijders et al., 2004; Stone et al., 2002, 2004, 2009). Son un problema clínico frecuente en atención primaria (Restrepo & Restrepo, 2017) ya que, la prevalencia en este servicio en personas adultas se estima en un 20-25 % (Dimsdale et al., 2007; Stephenson & Price, 2006). Por lo que respecta a las CCNE, éstas presentan una prevalencia aproximada de 2-33 cada 100 000 personas de edad adulta (Benbadis et al., 2001; Rojas et al., 2006).

Los datos sobre prevalencia del trastorno neurológico funcional en niños y adolescentes son escasos, encontrándose la mayor parte de la literatura centrada en adultos (Schwingschuh, 2008). Los pocos datos existentes sitúan la prevalencia en esta franja de edad entre un 0.5 % (Gupta et al., 2011; Shaw & DeMaso, 2010) y un 31 % (Duque et al., 2015), si bien es cierto que los datos son escasos y las muestras de la mayoría de los estudios muy bajas.

Para todas las franjas de edad, todos los estudios coinciden con una mayor prevalencia o mayor diagnóstico del trastorno en el sexo femenino (Duque et al., 2015; Nimnuan et al., 2001; Noe et al., 2012; Schwingschuh, 2008; Stone et al., 2010). En el estudio de Kletenik y

colaboradores (2020) llevado a cabo en población adulta, se observa una prevalencia de dos a tres veces superior en mujeres en comparación a los hombres.

Esta mayor representación femenina ha sido poco estudiada y, por el momento, se asocia a dos hipótesis. En primer lugar, como se indica en el mismo estudio citado en el párrafo anterior, las mujeres tienden a acudir a los servicios de salud con mayor frecuencia en comparación con los hombres, facilitando de esta forma, la detección del trastorno. Otra de las hipótesis que se baraja es la relación entre el abuso sexual y la precipitación del trastorno. Tal y como muestra la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe de 2016, existe una mayor ratio de abuso sexual en mujeres cosa que, esto podría traducirse también en una mayor tasa del trastorno en el sexo femenino.

Autores relevantes en el campo como Stone (2019) o Nimnuan (2001), afirman que los trastornos neurológicos funcionales son un problema realmente importante de salud pública, no sólo por su prevalencia, también por las elevadas tasas de consumo de recursos sanitarios asociadas a éstos y afectar principalmente a personas en edad laboral. Como cabe esperar, su interferencia es elevada en todas las franjas de edad. En infancia y adolescencia, los estudios destacan el aislamiento social y atraso escolar, las dificultades en la relación familiar y, en algunos casos, las secuelas físicas (Duque et al., 2015).

Existen revisiones previas que abordan el tratamiento de los trastornos conversivos tanto en adultos (Restrepo & Restrepo, 2017) como en niños y adolescentes (Duque et al., 2015). Sin embargo, se trata de revisiones narrativas no centradas únicamente en el tratamiento desde una visión psicológica; además, no han utilizado un protocolo de revisión sistemática. Debido a este motivo y teniendo en cuenta los datos de prevalencia de los trastornos neurológicos funcionales y su comorbilidad con otros trastornos psicológicos, consideramos necesaria la realización de este trabajo de revisión sistemática para poder dar respuesta a las preguntas de ¿qué tratamientos psicológicos están empleándose actualmente para abordar los trastornos neurológicos funcionales?, ¿cómo son esos tratamientos? Y, ¿cuál es su eficacia?

## **1.2 Objetivos**

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura acerca de los tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos neurológicos funcionales o trastornos de conversión.

Los objetivos específicos de este trabajo son:

- 1) Conocer qué tratamientos psicológicos se han aplicado para el abordaje de los trastornos neurológicos funcionales tanto en niños y adolescentes como en adultos.
- 2) Conocer las características de estos tratamientos.
- 3) Conocer la eficacia de estos tratamientos.

## **2. Método**

### **2.1 Estrategia de Búsqueda**

La búsqueda se llevó a cabo según las indicaciones establecidas en la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009) entre el mes de marzo y abril de 2021.

En primer lugar, se seleccionaron las fuentes de datos teniendo en cuenta que los trastornos neurológicos funcionales, además de ser estudiados desde la psicología, han sido estudiados desde disciplinas de la medicina como la psiquiatría y la neurología. Por ello, se eligieron tres bases de datos que aborasen la amplitud de la temática del trabajo. En primer lugar, SCOPUS, por ser una base de datos multidisciplinar referente. En segundo lugar, PSYCINFO puesto que es la base de datos de la Asociación Americana de la Psicología y es una de las principales fuentes de datos en psicología. Finalmente, PUBMED, servicio de la National Library of Medicine que da acceso a MEDLINE, una importante base de datos sobre medicina y otras disciplinas de ciencias de la salud, así como a revistas científicas y enlaces a otras bases de datos.

A continuación, teniendo en cuenta los objetivos del trabajo, se establecieron una serie de posibles palabras clave para iniciar la búsqueda. El término trastorno neurológico funcional es un término relativamente reciente ya que empezó a utilizarse con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno ha recibido y recibe diferentes nomenclaturas destacando la de histeria en el DSM-III y trastorno conversivo en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1994) y CIE-10 (World Health Organization, 1994). También ha recibido el nombre de trastorno psicógeno, trastorno del movimiento psicógeno, o síntomas medicamente no explicados (MUPS) entre otros. Además, algunos de sus subtipos como las convulsiones no epilépticas han recibido gran interés y han sido estudiados más detalladamente por su relación con la epilepsia, por ejemplo, en los estudios de Benbadis (2001) y Pérez (2015). Debido a esta diversidad en la nomenclatura y, tras la revisión previa de literatura, se eligieron diferentes palabras clave para realizar un estudio exploratorio en la base multidisciplinar SCOPUS con el objetivo de escoger las palabras clave más adecuadas para la temática de estudio.

Los términos clave fueron "*conversion disorder*", "*psychogenic disorder*", "*psychogenic movement disorder*", "*functional neurological disorder*", "*conversion motor disorder*", "*functional movement disorder*" "*psychogenic nonepileptic seizures*" y "*nonepileptic seizures*" como primera palabra clave. Para la segunda palabra clave: *treatment*, *therapy*, *psychotherapy* y *therap\**. El operador booleano utilizado para la combinación de las dos palabras clave fue AND.

Tras la obtención de resultados, se eligieron tres combinaciones de búsqueda paralelas. Por un lado, la combinación: "*conversion disorder*" AND *therap\**, por otro lado "*functional neurological disorder*" AND *therap\** y finalmente "*nonepileptic seizures*" AND *therap\**. Estas tres combinaciones son las que ofrecen un mayor número de resultados de bibliografía relacionados, a primera vista, con la temática de interés.

Las palabras clave seleccionadas fueron buscadas en todas las bases de datos en los campos de título y resumen de las publicaciones. Se estableció un período de publicación de 2001 a 2021 ya que se consideró adecuado para abordar aquellas publicaciones más recientes, pero también aquellas más antiguas que pudiesen ser relevantes sin encontrarse demasiado desfasadas. Además, este periodo de tiempo aborda aquellas publicaciones en las que, estando vigente la edición revisada del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), el término que empezó a utilizarse era "*conversion disorder*" ahora ampliamente instaurado en el campo. No hubo restricciones ni para el formato de la publicación ni para el idioma, aunque la búsqueda se llevó a cabo en inglés.

## **2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión**

En la presente revisión se incluyeron, por una parte, estudios que seguían los siguientes criterios: 1) que se tratase de un artículo científico de tipo: 1.1 estudio de caso, 1.2 estudio piloto o 1.3 estudio controlado aleatorizado, 2) que se aplicase un tratamiento de tipo psicológico, 3) en población de cualquier edad con, 4) diagnóstico de trastorno neurológico funcional.

Por otra parte, se excluyeron aquellos estudios que: 1) no eran artículos científicos de las características especificadas (p.ej., capítulos de libro), 2) el tratamiento aplicado no era de tipo psicológico y/o 3) ponían a prueba un tratamiento psicológico, pero no para el abordaje de un trastorno neurológico funcional.

## **2.3 Búsqueda, Cribado y Selección de los Artículos**

Como puede observarse en el diagrama de flujo (Figura 1), para la combinación de palabras clave 1 ("*conversion disorder*" AND "*therap\**") se identificaron un total de 661 publicaciones; para la combinación de palabras clave 2 ("*functional neurological disorder*" AND

"*therap\**") se encontraron 185 publicaciones y, finalmente, para la última combinación de términos clave ("*nonepileptic seizures*" AND "*therap\**") se obtuvieron un total de 523 publicaciones. En total, se han obtenido 1369 publicaciones.

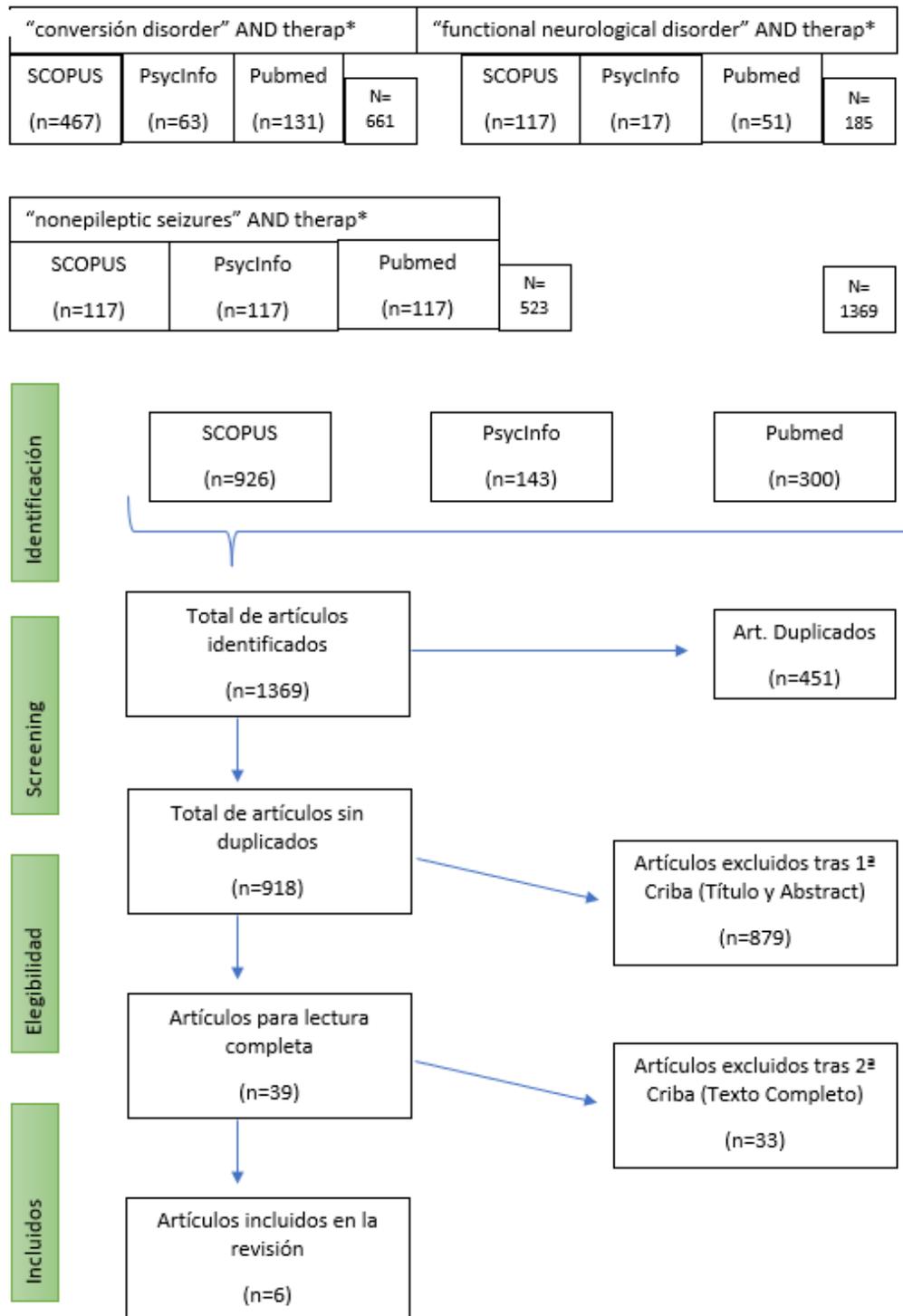
Tras la exclusión de las publicaciones duplicadas (N = 451), el número total de publicaciones se redujo a 918. Tras una primera revisión de los títulos y *abstracts* (1ª criba), se excluyeron un total de 879 publicaciones, obteniéndose 39 documentos para su revisión completa (2ª criba). Finalmente, tras la revisión completa de los 39 documentos, se ha seleccionado un total de 6 artículos.

#### **2.4 Extracción de Datos**

Para proceder a la extracción de datos de los artículos seleccionados, se empleó una tabla elaborada previamente, que permite resumir y clasificar los aspectos considerados relevantes para la revisión exhaustiva de los documentos. Estos aspectos a considerar han sido: autor(es), año de publicación, país, diseño del estudio, muestra (número de participantes y características), tratamiento (tipo, duración y descripción del mismo), variables estudiadas (primarias y secundarias), evaluación (pre, post, seguimientos...) y resultados.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo de la búsqueda de artículos.*



### 3. Resultados

#### 3.1 Características de los Estudios Incluidos

En la presente revisión sistemática han sido incluidos un total de seis estudios. Éstos, han sido publicados en Reino Unido (n=2), Estados Unidos (n=3) y Alemania (n=1) entre los años 2014 y 2020. Respecto al sexo, la mayoría de los participantes fueron mujeres en todos los estudios salvo en uno. La proporción de mujeres en dichos estudios fue de entre el 75 % y el 91 % de la muestra con una edad media de 40 años. Para el estudio restante, predominó el sexo masculino con un 84 % de representación y una edad media de 49 años. Éste último, fue un estudio realizado en veteranos de guerra, población con una alta representación masculina.

El diagnóstico de la muestra para todos los estudios ha sido trastorno neurológico funcional del subtipo crisis convulsivas no epilépticas (CCNE). Las crisis cursaban también con trastornos y sintomatología comórbida principalmente de tipo ansioso y depresivo. En algunos de los estudios, la muestra, además de crisis convulsivas no epilépticas, presentaba también crisis epilépticas comórbidas. En uno de los estudios la muestra se componía por personas con CCNE y personas con otros subtipos de trastorno neurológico funcional.

En cuanto al diseño, hay dos ensayos no controlados, dos estudios piloto, un ensayo controlado y, finalmente, un estudio de serie de casos. Todos los estudios incluyeron medidas de evaluación pre y post, sin embargo, únicamente en dos estudios se realizó seguimiento, en uno de ellos a los seis meses y en el otro una semana y un mes después del tratamiento.

Las variables evaluadas se dividen en medidas primarias y secundarias. La frecuencia de las CCNE se evalúa en todos los estudios como medida primaria a excepción de un estudio en el que se consideró medida secundaria primando la psicopatología asociada. Como medidas secundarias, todos los estudios incluyen ansiedad y depresión. Otros incluyen aquí también la calidad de vida, y la tendencia a la disociación. En algunos se evaluó, además, flexibilidad cognitiva, eventos traumáticos, síntomas somáticos, relaciones familiares o ajuste social y laboral.

En cuanto a los tratamientos psicológicos aplicados, el tipo de intervención psicológica que predominó fue la terapia cognitivo conductual (CBT), aplicada en cuatro estudios; en uno de ellos mediante un formato online y en otro combinada con la terapia dialéctico comportamental (DBT). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) también fue la terapia de elección para uno de los estudios en formato auto aplicado, y, finalmente, el otro estudio realizó una intervención basada en mindfulness (MBT).

### 3.2 Características de las Intervenciones

De los cuatro estudios que aplicaron la CBT, dos realizaron una intervención íntegramente en formato individual con una duración total de 12 sesiones. En el primero de ellos, (LaFrance et al., 2014) la muestra se dividió en cuatro grupos: un grupo recibía el tratamiento habitual (grupo control), otro grupo recibía una intervención farmacológica del medicamento sertralina, otro grupo recibía CBT y finalmente, el último grupo recibía una combinación del fármaco y la CBT. En este estudio la CBT se aplicaba presencialmente a diferencia del otro estudio (LaFrance et al., 2020), donde la intervención se llevó a cabo mediante la plataforma online *Clinical Video Telehealth* (CVT). En cuanto a los dos estudios restantes, aunque el grupo de Labudda (2020) también aplicó la CBT en formato individual, combinó las sesiones individuales con sesiones grupales de DBT y el número total de sesiones individuales fue menor, con un total de 8 sesiones. Cope y colaboradores (2017) en cambio, aplicaron la CBT completamente en formato grupal y fue el estudio con una menor duración del tratamiento con un total de tres sesiones.

Los otros dos estudios restantes, llevaron a cabo una intervención de ACT en formato autoaplicado y una intervención basada en mindfulness. En el primer estudio, realizado por el grupo de Barret-Naylor (2018), la intervención en ACT tuvo una duración de seis semanas y en ella se enviaba semanalmente un capítulo del libro de autoayuda de la propia terapia y unos ejercicios junto con una llamada de apoyo psicológico y supervisión de 30 minutos de duración realizada por el terapeuta. En cuanto al segundo estudio, realizado por el grupo de Baslet (2019), la intervención en MBT consistió en un total de 12 sesiones de terapia individual de una hora de duración y frecuencia semanal.

En todas las intervenciones se realizó psicoeducación sobre las CCNE exceptuando el estudio del grupo de Barret-Naylor (2018). Otro contenido común fue el mindfulness, incluido en los estudios de la ACT autoaplicada (Barret-Naylor et al., 2018), el de la MBT (Baslet et al., 2019) y el de CBT (LaFrance et al., 2014). La regulación emocional y la regulación del estrés también formaron parte de la intervención de Labudda y colaboradores (2020) en su propuesta de CBT individual junto con DBT grupal, así como de la intervención de MBT (Baslet et al., 2019). En esta última también se trabajó la reestructuración cognitiva, así como también en la intervención de CBT de LaFrance (2014). En todos los estudios se trató la psicopatología comórbida adaptando los contenidos de la intervención en las sesiones individuales exceptuando el estudio del grupo de Cope (2017), donde la CBT se aplicaba de forma grupal tratando para todos los participantes los mismos contenidos sobre psicoeducación de las CCNE.

### 3.3 Eficacia de las Intervenciones

Por una parte, en cuanto a la eficacia de las intervenciones sobre el propio trastorno neurológico funcional y más en concreto sobre las CCN, todas las intervenciones aplicadas en los estudios fueron eficaces. Sin embargo, los mejores resultados fueron obtenidos por los estudios que aplicaron la MBT (Baslet et al., 2019), las tres sesiones grupales de psicoeducación de CBT (Cope et al., 2017) y la combinación de CBT individual con DBT grupal (Labudda et al., 2020), donde las crisis desaparecieron para el 50 %, 40 % y 23 % de los pacientes respectivamente. Este último estudio incluyó medidas de seguimiento cosa que permitió conocer que el 21.8 % de los participantes seguía sin crisis seis meses después del tratamiento y un 74.1 % afirmaba sentir una mejora subjetiva de éstas. El estudio de Barret-Naylor y colaboradores (2018) que aplicó la ACT en formato autoaplicado, consiguió también resultados similares pero un mes después de la intervención, con un 50 % de participantes sin CCNE como se muestra en el seguimiento de resultados, aunque este estudio fue el que se llevó a cabo en una muestra más baja. Los dos estudios del grupo de LaFrance (2014; 2020) en cambio, midieron la eficacia del tratamiento sobre las CCNE calculando el porcentaje total de reducción de las crisis para todos los pacientes tras la intervención. El primer estudio obtuvo el mejor resultado, tras aplicar la combinación de CBT y sertralina las CCNE se redujeron un 59.3 % y aplicando únicamente la CBT se redujeron un 51.4 %. En el segundo trabajo, tras la intervención de CBT mediante la plataforma CVT, las crisis se redujeron en un 45.7 %.

En dos trabajos, también se evaluaron los cambios en la duración de las CCNE después del tratamiento. En la intervención de CBT+DBT (Labudda et al., 2020), el 46.3 % de los participantes afirmó una menor duración de sus crisis después del tratamiento la cual se mantuvo a los seis meses para el 30 %. En cuanto a la prevención de las crisis, un 42.1 % era capaz de prevenirlas después del tratamiento, manteniéndose este resultado a los seis meses con un 42.4 % respecto al 9.2 % antes del tratamiento. En la intervención de MBT (Baslet et al., 2019), las crisis se redujeron un promedio de dos minutos tras el tratamiento. Aunque este cambio no fue estadísticamente significativo, sí que lo fue la reducción en la intensidad de las CCNE ( $t = 2.65$ ,  $p < .05$ ).

Por otra parte, en cuanto a la eficacia de las intervenciones sobre la psicopatología comórbida, a nivel global se ha producido una mejora de toda la psicopatología para todos los estudios, destacando a continuación, los resultados obtenidos en la sintomatología depresiva, en la sintomatología ansiosa y la calidad de vida.

Tanto la sintomatología depresiva como la sintomatología ansiosa se redujeron de forma estadísticamente significativa tras la intervención de CBT + DBT (Labudda et al., 2020), CBT mediante la plataforma CVT (LaFrance et al., 2020) y la CBT en las dos condiciones experimentales, tanto sola como combinada con el fármaco sertralina (LaFrance 2014), consiguiendo esta última opción una mayor eficacia respecto la condición de únicamente terapia psicológica. Sin embargo, para la intervención de CBT grupal (Cope et al., 2017) y la intervención de MBT (Baslet et al., 2019), aunque la sintomatología depresiva y ansiosa se redujo tras el tratamiento, no alcanzó la significación estadística.

Finalmente, en referencia a la calidad de vida, evaluada en cuatro de los estudios incluidos (Baslet et al., 2019; Barret-Naylor, 2018; LaFrance et al., 2014; 2020), se produjo un aumento estadísticamente significativo tras las intervenciones de ACT, MBT, CBT mediante CVT y CBT. En esta última, la intervención aplicó la CBT en la condición de terapia psicológica y terapia psicológica junto con el fármaco sertralina, sin embargo, la segunda condición fue la que obtuvo, según afirman los autores (LaFrance et al., 2014), un mejor resultado.

#### **4. Discusión y Conclusiones**

Los hallazgos de esta revisión sistemática aportan información sobre los tratamientos psicológicos aplicados recientemente para el abordaje del trastorno neurológico funcional (TNF), cuáles son sus características y su eficacia tal y como había sido planteado en los objetivos.

Aunque existen dos revisiones previas, éstas no siguieron un método científico ni en la búsqueda ni en el análisis de los estudios y no se centraron en la intervención psicológica del trastorno, más bien en la epidemiología y definición del trastorno en el caso de la revisión de Duque y colaboradores (2015) y en la nomenclatura y criterios diagnósticos en la revisión de Restrepo y Restrepo (2017).

Las características de la muestra de los estudios incluidos en la revisión están en coherencia con la literatura revisada en el marco teórico. La mayoría de las participantes son mujeres, de edad comprendida entre los 33 y los 46 años, con un diagnóstico de trastorno neurológico funcional de tipo crisis convulsivas epilépticas (CCNE) y con sintomatología comórbida principalmente de tipo depresivo y ansioso. También, ha podido comprobarse la escasez y poca calidad de los estudios sobre el trastorno en la población infanto-juvenil como ya indicaba Schwingenschuh en su trabajo de 2008. De hecho, finalmente, ningún estudio en esta franja de

edad ha sido incluido en la presente revisión debido a no cumplir los criterios de inclusión-exclusión.

En cuanto a la eficacia de los distintos tratamientos, los resultados son prometedores. La frecuencia de las CCNE y la psicopatología comórbida se reducen en todos los estudios, por lo que una intervención de tipo psicológico parece ser eficaz en el tratamiento del trastorno neurológico funcional. Las intervenciones psicológicas llevadas a cabo en los distintos trabajos se han centrado en su mayor medida en la psicopatología, por lo que, las intervenciones psicológicas empleadas, podrían ser clave para aquellos casos con elevada psicopatología comórbida considerados por los investigadores difíciles de tratar y para los que, incluso la farmacología tiene un efecto escaso (McKenzie et al., 2010; Tolchin et al., 2019).

A pesar de lo esperanzadores que resultan estos datos para el abordaje del TNF, deben tomarse con cautela. Se requiere de estudios que incluyan medidas de seguimiento para observar los efectos del tratamiento a largo plazo, más estudios controlados aleatorizados y con mayor muestra, de forma que se puedan clarificar los hallazgos y acumular una mayor evidencia científica sobre el abordaje psicológico para el TNF.

Por lo que respecta a las **limitaciones** de esta revisión, en primer lugar, la mayoría de los estudios fueron estudios piloto o ensayos no controlados, incluyéndose únicamente un ensayo controlado aleatorizado. En segundo lugar, debe tenerse presente que la muestra de los estudios es baja y en la mayoría de ellos, excepto en dos (Barret-Naylor et al., 2018; Labudda et al., 2020), no se han incluido medidas de seguimiento que permitan ver si los resultados después del tratamiento se mantienen a largo plazo. En tercer lugar, ningún estudio en población infanto-juvenil ha sido incluido tal y como estaba planeado en los objetivos al no cumplir con los criterios de inclusión-exclusión establecidos. En último lugar, no se ha evaluado el riesgo de sesgo para cada estudio incluido en la revisión.

A pesar de estas limitaciones, cabe destacar que los estudios incluidos aportan información actualizada puesto que han sido publicados en los últimos siete años. También es importante tener en cuenta que, para la búsqueda de los estudios, se han empleado las distintas nomenclaturas más frecuentes por las que se nombra el TNF para poder obtener el mayor número de resultados posible. Finalmente, el tipo de intervenciones psicológicas llevadas a cabo en los artículos de la presente revisión: terapia cognitivo-comportamental, terapia dialéctico-comportamental, terapia basada en mindfulness y terapia de aceptación y compromiso, pertenecen al grupo de tratamientos que en psicología se conocen como tratamientos basados

en la evidencia (Kazdin, 2008), por lo que las intervenciones aplicadas son de calidad y poseen una fuerte base empírica.

Tras el análisis de los trabajos y teniendo en cuenta los hallazgos aportados por éstos, varias **líneas futuras de estudio** pueden plantearse. En primer lugar, se requiere de más investigación sobre el tratamiento del trastorno, especialmente de tipo psicológico, para la población infanto-juvenil. En segundo lugar, se necesita un mayor número de estudios controlados aleatorizados que contengan medidas de seguimiento de los resultados, tanto a medio y a largo plazo en población adulta, para tener certeza de que las intervenciones utilizadas son realmente eficaces. En tercer lugar, un mayor estudio sobre la relación entre el propio trastorno y los trastornos emocionales debido a su alta comorbilidad. En cuanto lugar, mayor investigación sobre la combinación de farmacología y distintas intervenciones psicológicas como plantea el grupo de Lafrance (2014) en su estudio. Finalmente, una mayor investigación de las intervenciones en formato grupal y formato online o autoaplicado podría ser interesante, ya que, permitirían una mayor accesibilidad al tratamiento y una mayor seguridad, teniendo en cuenta la situación actual causada por el coronavirus (Wind, 2020).

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO. (2001). How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*, 57(9), 15–917.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793.
- Caplan, L. R., & Nadelson, T. (1980). Multiple sclerosis and hysteria: lessons learned from their association. *Jama*, 243(23), 2418-2421.
- Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. (2000). Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 68(2), 207–10.
- Cretton, A., Brown, R. J., LaFrance Jr, W. C., & Aybek, S. (2020). What does neuroscience tell us about the conversion model of functional neurological disorders?. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(1), 24-32.
- Damasio, A. (2000). *The feeling of what happens*. Heinemann.
- Dimsdale, J. E., & Dantzer, R. (2007). A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 850.
- Duque, P. A., Vásquez, R., & Cote, M. (2015). Conversion Disorder in Children and Adolescents. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 237-242.
- Edwards, M. J., Fotopoulou, A., & Pareés, I. (2013). Neurobiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Current Opinion in Neurology*, 26(4), 442.
- Fink P, Steen HM, Sondergaard L. Somatoform disorders among firsttime referrals to a neurology service. (2005). *Psychosomatics*, 46, 540–548.
- Freud, S. (1962). The aetiology of hysteria. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. (pp. 187-221). Early Psycho-Analytic Publications.
- Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-1994.

- Gupta, V., Singh, A., Upadhyay, S., & Bhatia, B. (2011). Clinical profile of somatoform disorders in children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 78(3), 283-286.
- Kletenik, I., Sillau, S. H., Isfahani, S. A., LaFaver, K., Hallett, M., & Berman, B. D. (2020). Gender as a risk factor for functional movement disorders: the role of sexual abuse. *Movement Disorders Clinical Practice*, 7(2), 177-181.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 1-13.
- Ludwig, L. P. J., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., Kanaan, R. A., & Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry*, 5(4), 307–320.
- McKenzie P., Oto M., Russell A., Pelosi A., & Duncan R. (2010). Early outcomes and predictors in 260 patients with psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology*, 74(1), 64–69.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Nimnuan C, Hotopf M, & Wessely S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361-7.
- Noe, K. H., Grade, M., Stonnington, C. M., Driver-Dunckley, E., & Locke, D. E. (2012). Confirming psychogenic nonepileptic seizures with video-EEG: sex matters. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), 220-223.
- Pehlivantürk, B., & Unal, F. (2002). Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(4), 187-191.
- Perez, D. L., Dworetzky, B. A., Dickerson, B. C., Leung, L., Cohn, R., Baslet, G., & Silbersweig, D. A. (2015). An integrative neurocircuit perspective on psychogenic nonepileptic seizures and functional movement disorders: neural functional unawareness. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46(1), 4-15.
- Restrepo, M., & Restrepo, D. (2019). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 174-181.
- Reuber, M., Mitchell, A. J., Howlett, S. J., Crimlisk, H. L., & Grünwald, R. A. (2005). Functional symptoms in neurology: questions and answers. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(3), 307-314.
- Rojas, R. V., Silvestre, J. J., & Sánchez, M. E. (2006). Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *MedUNAB*, 9(3), 230-235.
- Ruesch, J. (1972). *Disturbed communication*. Norton.

- Shaw, R. J., & DeMaso, D. R. (Eds.). (2010). *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*. American Psychiatric Pub.
- Snijders TJ, de Leeuw FE, Klumpers UM, Kappelle LJ, van Gijn J. (2004). Prevalence and predictors of unexplained neurological symptoms in an academic neurology outpatient clinic – an observational study. *Journal of Neurology*, 251(1), 66–71.
- Stephenson, D. T., & Price, J. R. (2006). Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 23(8), 595-600.
- Stone J, Sharpe M, Elrington G. (2002). Amnesia for childhood in patients with unexplained neurological symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72, 416–417.
- Stone J, Durrance D, Wojcik W, Carson A, Sharpe M. (2004). What do medical outpatients attending a neurology clinic think about antidepressants? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 293–295.
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., & Sharpe, M. (2009). Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up?, *Brain*, 132(10), 2878-2888.
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., & Sharpe, M. (2010). Who is referred to neurology clinics?—the diagnoses made in 3781 new patients. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112(9), 747-751.
- Stone, J. (2011). Functional neurological symptoms. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 41(1), 38-41.
- Szasz, T. (1976). The myth of mental illness. *Biomedical Ethics and the Law*. (pp. 113-122). Springer.
- Tolchin B., Dworetzky B., Martino S., Blumenfeld H., Hirsch L., & Baslet G. (2019). Adherence with psychotherapy and treatment outcomes for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 92(7), 675–679.
- United Nations. (2016). *Global Database on Violence Against Women*. <https://evaw-global-database.unwomen.org/en>
- van Dessel, N., van der Wouden, J. C., Dekker, J., & van der Horst, H. E. (2016). Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 4-10.
- Schwingenschuh, P., Pont-Sunyer, C., Surtees, R., Edwards, M. J., & Bhatia, K. P. (2008). Psychogenic movement disorders in children: a report of 15 cases and a review of the literature. *Movement Disorders*, 23(13), 1882-1888.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *BMJ*, 329(7479), 1398-1401.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20.

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

### Anexo

Autoría/Año	País	Diseño	Muestra	Tratamiento	Variables	Evaluación	Resultados
1. Labudda et al., 2020	Alemania	Ensayo no controlado	N= 55 F 75 % E.M: 33.76  Diagn.: CCNE CCNE + epilepsia (29 %)	CBT + DBT 1 sesión de 50min. CBT indiv./semana  3 sesiones grup./semana DBT  Duración tto: 2 meses  Contenido: psicoeducación CCNE y comorbilidades, regulación emocional, regulación estrés, solución de problemas	Primarias: Frecuencia CCNE  Secundarias: Ansiedad STAI Depresión BDI Disociación FDS Trauma CTQ Síntomas Somáticos SCL 90 R MINI Eje I SCID 2 Eje II	T1 pre T2 post T3 seguimiento 6 meses	CCNE. T2 23 % sin crisis. T3 21,8 % sin crisis. 74.1% mejora subjetiva crisis en T3. Prevención de las crisis: T1 9.2 %; T2 42.1 %; p < .001 T3 42.4 %; p < .001 Duración crisis: T2 46.3 % menor duración crisis en T3 30 %.  PSICOPATOLOGÍA. SCL 90 R media: T1 64.92; T2 58.65 (t = 5.21, p < .001). T1 64.92; T3 60.04 (t = 4.14, p < .001) BDI media T1 21.10; T2 11.45 (t = 6.02, p < .001). STAI media: T1 64.25; T2 59.78 (t = 3.12, p < .001) Pero no signif. T1-T3 FDS media T1 21.62; T2 13.94 (t = 3.80, p < .001) y T1 21.62; T3 16.51 (t = 2.28, p = .03)  No diferencia estad. Signif. Para las medidas T2-T3 de las variables.
2. Barret-Naylor et al., 2018	Reino Unido	Serie de casos	N= 6 F – 5 (83.3 %) E.M: 45.3  Diagn.:	ACT autoaplicada  Lectura semanal de capítulos del libro de autoayuda de la ACT y ejercicios.	Efectividad ACT Aceptabilidad ACT  Primarias: Flexibilidad cognitiva (AAQ II y CompACT)	T1 pre T2 post T3 seguim. 1 sem T4 seguim. 1mes	Flexibilidad Cognitiva (AAQ II y CompACT). 2 participantes ya en T1 puntuaron en rango normal. Para el resto (cuatro part.): aumento estad. signif. (p < .05) en T2. Se mantiene en T3 y T4.

			CCNE	1 llamada semanal de 30 min de apoyo.  Duración tto: 6 semanas  Contenido: sufrimiento humano, evitación, mindfulness y compromiso.	Salud psicológica DASS 21 Calidad de vida QOLIE-10  Secundarias: Frecuencia CCNE		Calidad de Vida QOLIE-10. Dos participantes ya en T1 puntuaron en rango normal. Cuatro mejoran. De esos, tres mejora estad. signif. ( $p < .05$ ) en T2. Se mantiene en T3 y T4.  Salud Psicológica DASS 21. En los cuatro participantes que sí puntuaron en T1 en el rango clínico mejora estad. signif. ( $p < .05$ ) en T2. Se mantiene en T3. En T4 el aumento persiste, pero no es estad. Signif.  Frecuencia CCNE Cuatro pacientes reducción frecuencia semanal. En tres se mantiene en T3 y T4.  Entrevista de Cambio (T4) 4/6 se sienten más aceptantes y mindful; menos crisis y se sienten más positivos hacia ellas. 1/6 menos evitativo, más seguridad 6/6 encuentran el apoyo telefónico útil.
3. Baslet et al., 2019	EE.UU	Ensayo no controlado	N= 26 F: 23 (88.5 %)  EM: 46.4  CCNE	MBT 12 sesiones (1/semana)  Protocolo. 5 módulos. Clínicos independientes del estudio que habían sido entrenados.	Primarias: Frecuencia CCNE  Secundarias: Duración CCNE Intensidad CCNE Calidad de vida QOLIE-10 Depresión BDI Distrés psicológico DASS	T0 Diagnóstico T1 LB postdiag T2 durante (sesión 6) T3 post (sesión 12)	PRIMARIAS. CCNE Frecuencia CCNE. Diario de registro semanal. La media decreció en 0.12 episodios a la semana para cada sucesiva sesión. 50 % de los pacientes 0 CCNE en T3.  SECUNDARIAS. CCNE Duración CCNE. Registro paciente. T1 4.5 min. T3 2.5 min. Aunque no alcanzó a ser significativamente estadística.

				Supervisión para los terapeutas.  No grupo control.  Contenido: psicoeducación CCNE, regulación del estrés, mindfulness, regulación emocional, reestructuración cognitiva, prevención de recaídas.	Sínt Somáticos PHQ-15 Disociación DES		Intensidad CCNE. Escala Likert 0-10 T1: 5.56 ( $t = 2.14$ ) T2: 3.92 ( $t = 2.69$ , $p < .01$ ) T3: 3.74 ( $t = 2.65$ , $p < .05$ ) disminución estadísticamente significativa.  PSICOPATOLOGÍA Calidad de vida – QOLIE-10 T1: 2.59 ( $t = .73$ ) T2: 2.40 ( $t = .76$ ) T3: 2.14 ( $t = .77$ , $p < .01$ ) Aumento estadísticamente significativo  Cambios estadísticamente no significativos en: Depresión-BDI T1: 13.8 ( $t = 9.3$ ) T3: 12.12 ( $t = 11.9$ ) Distrés Psicológico DASS T1:9.4 ( $t = 6.3$ ) T3: 8.96 ( $t = 9.8$ ) Distrés por sínt som. – PHQ-15 T1: 11.4 ( $t = 4.3$ ) T3: 10.4 ( $t = 6$ ) Disociación – DES T1: 30.2 ( $t = 25.1$ ) T3: 29.41 ( $t = 31.8$ )
4. LaFrance et al., 2020	EE.UU	Estudio Piloto	N=32  M: 27 (84 %)  E.M: 49.1  Veteranos de guerra CCNE	CBT Online (Clinical Video Telehealth CVT) 12 sesiones indiv. (1/semana)  Terapia protocolizada 1 único terapeuta	Primarias: Frecuencia CCNE  Secundarias: Depresión: BDI Ansiedad: BAI Familia: FAD Calidad de vida QOLIE-31 Sínt. Som. SCL-90 Alcoholismo: CAGE	T0 pre: evaluación neuropsiquiátrica T1 durante (sesión 6) T2 post	Primarias: Frecuencia CCNE. Reducción estadísticamente significativa de un 45.7 %  Disminución estadísticamente significativa BDI: T0: 25.6 T1: 20.4 T2: 15 ( $p = .0024$ ) BAI: T0: 25.5 T1: 20.6 T2: 16.7 ( $p = .0034$ )  Aumento estadísticamente significativo. QOLIE-31 T0: 36.7 T1: 41.7 T2: 46.8 ( $p < .0001$ ) GAF: T0: 50.8 T1: 55.9 T2: 60.3 ( $p < .0001$ )

				Contenido: psicoeducación CCNE, tratamiento comorbilidades	TEPT: PCL-S Locus de control de la salud: HLOC Evaluación y funcionamiento global: GAF		Disminución NO estadísticamente significativa: PCL-S T0: 53.2 T1: 49.7 T2: 46 (p = .243) HLOC T0: 54.1 T1: 54.3 T2: 52.2 (p = .8795)  Feedback: alto nivel de satisfacción con el método de realización de la terapia
5. LaFrance et al., 2014	EE.UU	Ensayo Controlado	N=38  F: 31 (91.18 %) E.M: 39  CCNE	CBT  12 sesiones (1 h/sem) filmadas para feedback  1 único terapeuta entrenado  4 grupos de tratamiento: CBT CBT + sertralina Sertralina TAU  Contenido: reestructuración cognitiva, mindfulness	Primarias: Frecuencia CCNE  Secundarias: Depresión BDI, HADS Ansiedad BAI Impulsividad BIS Trauma Davidson Trauma Scale Disociación DES Sínt som SCL 90 Calidad de vida QOLIE Familia Burden Family Scale Expectativas Tipos de afrontamiento Funcionamiento global Discapacidad Impresiones y mejora global Gravedad Clínica	T0 LB T1 semana 2 T2 semana 8 T3 post	Primarias: Frecuencia CCNE  Estadísticamente significativas: CBT: 51.4 % menos de CCNE (p = .01) CBT + sertralina: 59.3 % menos de CCNE (p = .008) No estadísticamente significativas: Sertralina: 26.5 % menos de CCNE (p = .08) TAU: ningún cambio significativo  En las 3 opciones de tratamiento: 50% o más de reducción en el número de CCNE  PSICOPATOLOGÍA No mejoras significativas para el grupo de Sertralina No mejoras en el grupo de TAU  CBT + Sertralina: las puntuaciones más bajas en ansiedad y depresión  CBT y CBT + S: mejora significativa del funcionamiento general, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida.

							Entrevista de salida: Contentas por las nuevas habilidades de afrontamiento, efectos positivos en las relaciones, actividades y efectos secundarios de la medicación
6. Cope et al., 2017	UK	Estudio Piloto	N=19 F: 21 (84 %) E.M: 36  CCNE y otros TNF	CBT  3 sesiones grupales de psicoeducación  2 grupos  90min.  Contenido: psicoeducación CCNE	Frecuencia CCNE Intensidad CCNE Actitudes hacia las CCNE  PSICOPATOLOGÍA: Distrés psicológico. ET7 Depresión PHQ-9 Ansiedad Generalizada GAD-7 Ajuste Social y Laboral WSAS Creencias sobre la Enfermedad BIPQ Disociación DES-II. Solo para ver diferencias entre puntuaciones según alta o baja disociación. No disociación en sí. Feedback sobre la intervención (6 preguntas)	T1 Pre T2 Post  No seguimiento	Frecuencia CCNE: 40 % sin CCNE en T2 Intensidad CCNE Actitudes hacia las CCNE: mayor aceptación y comprensión de sus CCNE. Comprensión: T1: 6 T2: 14 p = .004  PSICOPATOLOGÍA: Diferencias estadísticamente significativas: Distrés psicológico. ET7. T1: SD 38.94 T2: 31.70; p = .028; d = .38 Creencias sobre la Enfermedad BIPQ. T1: 6.20 T2: 5 p < .001; d = .54  Diferencias no estadísticamente significativas: Depresión PHQ-9. T1: 13.68 T2: 11.74 Ansiedad Generalizada GAD-7. T1: 12.32 T2: 10.96. Ajuste Social y Laboral WSAS. T1: 16.37. T2: 13. Disociación DES-II. Alta disociación: Baja disociación: Feedback sobre la intervención: alto nivel de satisfacción

