

EFICACIA DE LA HIPNOSIS CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES

EFFICACY OF CLINICAL HYPNOSIS IN FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDERS: EXPERIENCE IN A CONSECUTIVE SERIES OF 50 PATIENTS

Alexandre Gironell^{a, b}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2109-9030>

Marc Muñoz^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2628-8968>

Juan Manuel Badosa^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6139-6198>

Roser Ribosa^a

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9233-4336>

Albert Roig^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5866-4481>

Agustí Camino Vallhonrat^c

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4006-9988>

Raffaella Tuccillo^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4478-5914>

Eva Juan Linares^f

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3167-9717>

Giulia Marconi^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2018-3046>

Aina Ripol Puig^g

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1784-9265>

Guillem Feixas^{c, d}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-6009>

^aServicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España

^bPrograma Hipnosis Clínica. Clínica Creu Blanca. Barcelona. España

^cDepartamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universitat de Barcelona. España

^dInstitut de Neurociències, Universitat de Barcelona. España

^eInstitut Milton Erickson de Barcelona. España

^fPsicología. Servicio de Oncología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España

^gPsicología

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gironell, A., Badosa, J. M., Roig, A., Tuccillo, R., Marconi, G., Muñoz, M., Ribosa, R., Camino, A., Juan, E., Ripol, A., Camino Vallhonrate, A., Juan Linares, E., Ripol Puig, A. y Feixas, G. (2021). Eficacia de la hipnosis clínica en los trastornos neurológicos funcionales: Experiencia en una serie consecutiva de 50 pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 113-127. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.472>

CONFLICTOS DE INTERÉS: Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con respecto a este estudio.

Fecha de recepción v1: 19-01-21. Fecha de recepción v2: 8-05-21. Fecha de aceptación: 22-05-21.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Gfeixas@ub.edu

Dirección postal: G. Feixas. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Resumen

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) son una causa relativamente frecuente de discapacidad neurológica. La hipnosis sigue procesos cerebrales similares a los TNF y puede tener utilidad terapéutica en esta entidad. Este estudio pretende contribuir al apoyo empírico para el uso de la hipnosis clínica en pacientes con TNF. Para ello, se ejecuta un estudio abierto de 50 pacientes consecutivos con TNF. Se utiliza el método de hipnosis desarrollado por Lorio que incluye una evaluación neuropsiquiátrica previa, una exploración de recursos del paciente durante dos sesiones y de una a tres sesiones de hipnosis. Los pacientes son evaluados mediante la escala de impresión clínica global: basal, +1 mes y +12 meses. Los resultados mostraron que en la valoración +1 mes del tratamiento, el 60% de los pacientes presentaron una mejora de los síntomas ($p < 0.001$) (25% recuperación ad integrum). Esta mejora persiste y se amplifica a los 12 meses: el 68% de pacientes mejoraron ($p < 0.001$) (40% recuperación ad integrum). No se observaron efectos adversos. No se halló una correlación significativa de respuesta al tratamiento a los 12 meses en las variables edad ($p = 0.409$) ni en el tiempo de evolución ($p = 0.154$). A pesar de una mejor respuesta en el sexo femenino, la relación no fue significativa ($p = 0.198$). Este estudio preliminar muestra que la hipnosis clínica puede ser una buena alternativa terapéutica en pacientes con TNF y debería formar parte del tratamiento multidisciplinar de esta entidad. Nuevos estudios controlados son necesarios para confirmar estos hallazgos.

Palabras Clave: hipnosis, histeria, trastorno de conversión, trastorno disociativo, trastorno psicógeno, trastorno neurológico funcional.

Abstract

Functional neurological disorders (FND) are a relatively common cause of neurological disability. Hypnosis follows brain processes similar to FNDs and may have therapeutic utility in this entity. This study aims to increasing the empirical evidence for the use of clinical hypnosis in patients with FND. This study aims to contribute to increasing the empirical evidence of the use of clinical hypnosis in the treatment of patients. To do this, an open study of 50 consecutive patients with TNF was carried out. The hypnosis method developed by Lorio was applied, which includes a prior neuropsychiatric evaluation, an exploration of the patient's resources during two sessions, and one to three sessions of hypnosis. The patients were evaluated using the global clinical impression scale: baseline, +1 month and +12 months. The results showed that, in the assessment of +1 month of treatment, 60% of the patients presented an improvement in symptoms ($p < 0.001$) (25% recovery ad integrum). This improvement persisted and was amplified at 12 months, 68% of patients improved ($p < 0.001$) (40% recovery ad integrum). No adverse effects were observed. No significant correlation of response to treatment at 12 months was found for the variables age ($p = 0.409$) or time of evolution ($p = 0.154$). Despite a better response in females, the relationship was not significant ($p = 0.198$). Our preliminary open study shows that clinical hypnosis can be a good therapeutic alternative in patients with TNF and should be part of the multidisciplinary treatment of this entity. New controlled studies are needed to confirm these findings.

Keywords: hypnosis, hysteria, conversion disorder, dissociative disorder, psychogenic disorder, functional neurological disorder.

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) o psicógenos, también denominados trastornos de conversión o histeria son una entidad clásica a caballo entre la neurología y la psicopatología en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Estos términos se han aplicado históricamente a alteraciones neurológicas que se manifiestan con síntomas físicos pero que no pueden ser atribuidos a una causa orgánica y en los que se supone la implicación de factores psicológicos. Se caracterizan como trastornos involuntarios, sostenidos en creencias y expectativas anormales, fundamentadas en la alteración del sentido de agencia (conciencia subjetiva de que uno está iniciando, ejecutando y controlando las propias acciones volitivas). La atención es recurrentemente centrada en los síntomas e induce una interpretación sesgada (incluso aberrante) de los mismos, basada en modelos de referencia personales sobre dichos síntomas (American Psychiatric Association, 2013).

Los TNF constituyen un grave problema de salud y se encuentran entre las causas más frecuentes de discapacidad neurológica (Carson y Lehn, 2016). Su incidencia es de 4-12 por 100.000 personas por año, con una prevalencia de 50 por 100.000 personas basada en un registro comunitario (Carson y Lehn, 2016). Los síntomas neurológicos inexplicados son frecuentes en la práctica clínica diaria de las consultas neurológicas, ocurren en cerca de un 30% de los pacientes y los TNF representan alrededor de un 1-5 %. Esta afectación es más frecuente en el género femenino (75% de casos) (Binzer et al., 1997; Stone et al., 2009).

A pesar de que en este tipo de pacientes no existe ningún daño aparente irreversible, el pronóstico suele ser malo, con la persistencia de síntomas en estudios a largo plazo en más de un 60% de los casos (Carson y Lehn, 2016). Los TNF implican niveles de discapacidad y un uso de recursos sanitarios similares o superiores al de pacientes con una enfermedad neurodegenerativa (Carson et al., 2011).

Se emplean tratamientos psicológicos (terapia cognitivo-conductual, psicodinámica, psicoterapia grupal o tratamiento físico basado en fisioterapia para los trastornos motores (O'Neal y Baslet, 2018). Asimismo, se han intentado tratamientos con estimulación eléctrica transcutánea y estimulación magnética transcranial (Espay et al., 2018). Pero ninguna intervención terapéutica se ha mostrado eficaz con una evidencia concluyente.

A finales del siglo XIX, Jean Martin Charcot sugirió que los procesos cerebrales responsables del proceso histérico eran muy similares a los que se producen en el estado hipnótico. Propuso la terapia mediante hipnosis clínica para este tipo de trastornos (Charcot, 1889; Charcot y Marie, 1892). En los últimos 20 años, mediante estudios de neuroimagen funcional y neurofisiológicos, se ha confirmado la similitud de las alteraciones de la función cerebral en el estado hipnótico y en los TNF (Bell et al., 2011; Cojan et al., 2009).

Camilo Loredio diseñó una intervención hipnótica específica ultra-breve, con un máximo de 3 sesiones, basada en el metamodelo de hipnosis desarrollado por Milton Erickson (Erickson et al., 1976; Erickson y Rossi, 1979; véase también la

compilación de Procter, 2001). Lorieo et al. (2010, 2011) entiende que el trastorno implica un conflicto básico relacional, cuyo significado subyace en el síntoma, que cumple una función relacional en la vida del paciente. Con este método se intenta estandarizar esta terapia, hecho que posibilita su replicación por parte de otros profesionales y facilita su implantación en la clínica diaria (Badosa et al., 2017).

Existe una gran dificultad para la realización de estudios doble ciego en este tipo de pacientes. Únicamente existen dos estudios controlados con muy pocos pacientes en los que la terapia mediante hipnosis en los TNF ha demostrado resultados positivos (Moene et al., 2002, 2003). Nuestro objetivo con este estudio naturalístico es aportar evidencia acerca de la eficacia de esta técnica terapéutica en una serie consecutiva de pacientes con el diagnóstico de TNF. Esperamos con ello estimular la realización de estudios controlados en el futuro que permitan, en base a criterios empíricos, fomentar la práctica de la hipnosis con este tipo de pacientes.

Método

Participantes

Entre enero de 2010 y septiembre de 2019, 50 pacientes consecutivos con el diagnóstico de TNF fueron tratados mediante hipnosis clínica en el Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (2010-2016) y en la Unidad de Parkinson de la Clínica Teknon de Barcelona (2016-2019). El diagnóstico de TNF se efectuó mediante los criterios DSM-IV-TR y DSM-5 (a partir de 2014). No se les consideraba candidatos a esta terapia si se detectaba una ganancia económica y/o judicial. El tratamiento con hipnosis no era compatible con el tratamiento simultáneo con alguna forma de psicoterapia. En caso de que el paciente se encontrase en tratamiento con algún psicofármaco, no se modificaba la dosis del mismo durante el período del tratamiento y en el mes posterior al mismo. Los pacientes firmaron previamente un consentimiento informado. Todos ellos siguieron el protocolo terapéutico de hipnosis ultrabreve diseñado por Camilo Lorieo et al. (2010, 2011).

Intervención con Hipnosis Clínica

Consta de tres partes consecutivas:

1-Evaluación neurológica y psicopatológica

Los pacientes fueron valorados por parte de un/a neurólogo/a (AG o RR) y un psiquiatra (JB) para confirmar el diagnóstico de TNF, así como apreciar la aptitud del paciente para realizar terapia mediante hipnosis. Se evaluaba el perfil de fenómenos hipnóticos y la sugestionabilidad del paciente, lo cual permitió orientar el proceso exploratorio y el posterior trabajo moduladorio.

Las pruebas de sugestionabilidad utilizadas no incluyeron la respuesta a una escala (en aras de la brevedad de la intervención). Consistían en incluir una serie de sugerencias que abarcan tres grandes categorías:

a) Sugerencias *ideomotoras e ideo-sensoriales directas*: producen experien-

cias como pesadez o levitación involuntaria del brazo en la mayoría de los participantes;

- b) Sugestiones de *desafío ideomotor*: sugestiones ideomotoras en las que se desafía al sujeto a superar, por ejemplo, la imposibilidad de levantar la mano contra las sensaciones de pesadez o abrir los párpados bien cerrados;
- c) Sugestiones “*cognitivas*”: afectan a procesos psicológicos de nivel superior e involucran la memoria y la percepción (resultan en alucinaciones o amnesia selectiva) y suelen experimentarse con menor frecuencia.

2-Exploración de recursos del paciente

Este enfoque incluye una exploración de recursos del paciente, previa a las sesiones de hipnosis. Consta de dos sesiones de 60 a 90 minutos de duración que tienen como objetivo ampliar el conocimiento de la situación vital del paciente, evaluar su personalidad y sus rasgos emocionales. Este proceso es fundamental para establecer una alianza terapéutica y orientar el posterior trabajo con hipnosis. El terapeuta desencadena una búsqueda –automática e inconsciente– de nuevas asociaciones, para reestructurar un marco de referencia más estable. La exploración de recursos induce un proceso clave en la terapia: la evocación e incorporación por parte del paciente de habilidades capaces de impulsar la restauración de la función alterada (Erickson, 1980).

3-Sesiones de hipnosis clínica

La intervención está estructurada desde un planteamiento terapéutico restrictivo que limita las sesiones e intercambios al mínimo imprescindible, que conduce a la participación activa del paciente; y se acepta desde el principio el riesgo de fracaso. Se centra en vincular los síntomas al conflicto principal que afronta la persona (Loriedo et al., 2010, 2011). Cada sesión de hipnosis dura unos 60 minutos. Según sea la respuesta terapéutica se puede repetir hasta un máximo de tres sesiones separadas por un intervalo de 2-4 semanas.

Protocolo Terapéutico. La intervención adopta un enfoque estratégico, basado en el meta-modelo de hipnosis naturalista desarrollado por M. Erickson (Erickson et al., 1976; Erickson y Rossi, 1979; Procter, 2001). El enfoque naturalista implica la aceptación y utilización de la situación encontrada, sin tratar de reestructurarla psicológicamente. El comportamiento del paciente, en su presentación, se convierte en una ayuda definida, un componente real en la inducción del trance, en vez de un posible obstáculo. El trabajo se dirige más al proceso que al contenido.

Este enfoque puede contemplarse como un proceso de tres etapas:

1. Preparación; el terapeuta explora el repertorio de experiencias del paciente, y facilita marcos de referencia constructivos para orientarlo hacia el cambio.
2. Activación y utilización de las propias habilidades mentales del paciente durante el trance.
3. Reconocimiento cauteloso de evaluación y ratificación del cambio.

El procedimiento rara vez utiliza sugestiones directas para resolver los sín-

tomos, prefiere los sistemas de respuesta autónoma para aportar sugerencias que eludan el consciente del paciente. Las respuestas involuntarias son resultado del siguiente proceso:

- (1) Fijación de la atención
Utilización de las creencias y comportamientos para centrar la atención en las realidades internas del paciente. Presentación de lo extraño, asombroso y “sorprendente”.
- (2) Debilitación de los esquemas conscientes
Distracción, shock, sorpresa, dudas, confusión, disociación, o cualquier otro proceso que interrumpa las perspectivas habituales del paciente. Interrupción de su habitual conciencia cotidiana.
- (3) Búsqueda inconsciente,
Implicaciones, preguntas, juegos de palabras y otras formas de sugestión indirecta. También facilita la aceptación de sugerencias directas debido a la interrupción y la brecha en su conciencia ordinaria.
- (4) Respuesta hipnótica
Expresión de sus potenciales de conducta, experimentados como si ocurrieran de forma involuntaria, autónoma.

El terapeuta facilita la emergencia de recursos; sistemas de respuestas sin explotar, que el paciente no ha sido capaz de utilizar de forma voluntaria e intencional. El empleo de metáforas terapéuticas y fenómenos hipnóticos permite extraer los recursos, que se incorporan a contextos actuales y futuros. El paciente tiene la oportunidad de ensayar la utilización de su propia capacidad en el trance, para las situaciones donde son necesarias. Durante el trance los esquemas mentales habituales quedan momentáneamente suspendidos, el paciente está más dispuesto a colaborar con las ideas o sugerencias del terapeuta, debido a la tendencia natural a recuperar el equilibrio perdido.

El diseño de la terapia involucra tres aspectos importantes para el paciente:

- a) La co-construcción de las metas del tratamiento;
- b) La determinación de la pauta de presentación de la sintomatología;
- c) Las (posibles) estrategias para alterar dicha pauta y la manera en que se comunicarán esas estrategias -aspecto directamente relacionado con el modo de cooperar del paciente.

Bell et al. (2011) distinguen diferentes estilos de respuesta hipnótica, caracterizados por diversos grados de automatismo al generar la respuesta:

- a) Sujetos con un estilo de respuesta *focalizada* (*centran su atención en el contenido de las sugerencias*), experimentan que los efectos sugestionados suceden por sí mismos.
- b) Sujetos con un estilo de respuesta *constructiva* (trabajan activamente la sugestión o se involucran en las imágenes dirigidas a un objetivo), tienen una mayor conciencia de contribuir activamente a los efectos sugestionados, incluso cuando los síntomas se experimentan como involuntarios

y reales.

Valoración Neurológica

Los pacientes eran evaluados después de la intervención en el grado de intensidad del síntoma neurológico por parte del mismo neurólogo que había hecho la evaluación inicial mediante la escala de impresión clínica global-gravedad de la enfermedad (ICG-GE) (Guy, 1976). Esta escala es la más utilizada para valorar cambios en los TNF. Su principal ventaja es que permite valorar todos los síntomas de los TNF. Es breve y simple de administrar y ha demostrado ser sensible al cambio clínico en los estudios terapéuticos con los TNF (Pick et al., 2020). Consta de 7 puntos: 0 = *No evaluado*, 1 = *Normal, no enfermo*, 2 = *Dudosamente enfermo*, 3 = *Levemente enfermo*, 4 = *Moderadamente enfermo*, 5 = *Marcadamente enfermo*, 6 = *Gravemente enfermo*, 7 = *Extremadamente enfermo*. Asimismo, en las visitas de seguimiento el paciente puntuaba la escala subjetiva de impresión clínica global-mejoría global (ICG-MG) (Guy, 1976) que también consta de 7 puntuaciones: 0 = *No evaluado*, 1 = *Recuperación ad integrum*, 2 = *Moderadamente mejor*, 3 = *Levemente mejor*, 4 = *Sin cambios*, 5 = *Levemente peor*, 6 = *Moderadamente peor*, 7 = *Mucho peor*. Esta valoración neurológica se llevó a cabo en el pre-tratamiento y al cabo de uno y 12 meses de la última sesión de hipnosis.

Análisis Estadístico

Dado que la escala de valoración es ordinal, se utilizó estadística no paramétrica. Se realizó un estudio comparativo de la escala ICG-GE, entre los valores iniciales, respuesta al mes y a los 12 meses, mediante test de Friedman; además, el valor inicial se comparó de forma independiente con el valor a 1 mes y el valor a 12 meses mediante test de Wilcoxon. Asimismo, se realizó un estudio de correlación (test no paramétrico de Spearman) de la respuesta clínica (diferencia entre valor pre y valor al mes y a los 12 meses) con los datos clínicos de los pacientes. En todos los casos el nivel del error de tipo I, se ha fijado en el usual del 5% (alfa = 0.05). Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico IBM-SPSS (v.26).

Resultados

Durante el periodo del estudio, unos 88 pacientes fueron derivados con sospecha de TNF para tratamiento. Después del filtro neuro-psiquiátrico, 53 pacientes cumplieron criterios para efectuar la terapia. Tres pacientes prefirieron no hacer tratamiento a pesar de cumplir los criterios de inclusión. De los 35 pacientes excluidos, en 10 casos se detectó una enfermedad neurológica orgánica, en 15 el diagnóstico psiquiátrico no era de TNF (trastorno disociativo en 12 casos, agorafobia en 3 casos). Existía una ganancia económico-judicial en 10 pacientes.

Finalmente, 50 pacientes (edad media 42,9, desviación típica 14,3; 36 mujeres, 70%) realizaron el tratamiento mediante hipnosis clínica. En la tabla 1 se exponen los datos clínicos de los pacientes de nuestra serie.

Tabla 1

Características de los Pacientes Tratados con Hipnosis Clínica en Nuestra Serie

Paciente	Edad	Género	Psicopat.	Sintomatología	Tiempo evolución ^a	Nº sesiones hipnosis	EIC-GE Previa	EIC-GE +1 mes	EIC-GE +12 mes
1	52	F	-	Hemiparesia	60	3	5	4	3
2	73	M	-	Temblor	12	2	5	5	5
3	57	F	-	Hemiparesia	48	3	5	4	4
4	27	F	-	Disfonía	4	3	4	2	1
5	32	F	-	Ataxia	24	3	5	3	1
6	30	F	-	Ataxia	9	3	5	2	2
7	31	M	-	Distonía	24	3	4	3	3
8	33	F	+	Pseudocrisis	72	2	4	4	4
9	51	F	+	Hemiparesia	3	3	4	2	2
10	46	F	-	Ataxia	24	3	3	3	2
11	37	M	-	Pseudocrisis	9	1	5	4	3
12	33	F	-	Amnesia	24	3	6	6	6
13	55	F	-	Hemiparesia	8	3	6	3	2
14	35	F	-	Miastenia	72	1	5	1	1
15	37	F	+	Temblor	132	3	5	5	5
16	45	M	-	Temblor	96	3	4	2	1
17	67	M	-	Pseudocrisis	12	1	4	1	1
18	66	F	-	Distonía	72	3	4	1	1
19	59	F	-	Paraparesia	144	2	5	5	5
20	34	M	-	Parkinsonismo	60	3	6	6	6
21	17	F	-	Paraparesia	10	3	6	1	1
22	26	F	-	Temblor	72	3	4	1	1
23	49	F	-	Miastenia	48	2	5	2	1
24	70	F	-	Temblor	36	3	3	5	5
25	40	F	-	Pseudocrisis	120	3	7	5	5
26	39	M	-	Disfonía	18	3	4	2	3
27	45	F	+	Pseudocrisis	24	2	6	4	5
28	49	F	-	Paraparesia	18	3	7	1	1
29	37	M	-	Miastenia	84	1	5	5	5
30	56	F	-	Paraparesia	108	2	6	6	5
31	49	F	-	Hemiparesia	24	2	4	1	1
32	37	F	+	Ataxia	4	0	4	1	1
33	18	F	-	Temblor	4	1	3	1	1

Paciente	Edad	Género	Psicopat.	Sintomatología	Tiempo evolución ^a	Nº sesiones hipnosis	EIC-GE Previa	EIC-GE +1 mes	EIC-GE +12 mes
34	69	F	-	Pseudocrisis	312	2	5	1	1
35	27	F	-	Paraparesia	14	3	7	5	5
36	53	M	+	Pseudocrisis	84	1	5	4	3
37	29	F	-	Paraparesia	3	1	4	2	1
38	71	F	+	Paraparesia	6	1	6	6	5
39	31	F	-	Paraparesia	8	1	5	5	5
40	42	F	-	Vértigo	12	1	4	1	1
41	52	F	-	Miastenia	120	1	4	1	1
42	39	F	-	Temblor	12	2	5	2	1
43	47	M	-	Temblor	1	5	7	3	3
44	38	M	+	Dolor	24	1	4	3	2
45	57	F	+	Ataxia	24	2	3	2	-9
46	17	M	-	Diplopia	3	2	5	4	3
47	37	M	-	Hemiparesia	24	2	5	4	4
48	38	F	-	Temblor	84	2	4	2	2
49	44	F	-	Hemiparesia	8	3	5	2	1
50	26	M	-	Pseudocrisis	20	1	5	1	1

Nota: F: femenino; M: masculino; ^a: meses; EIC-GE: escala de impresión clínica global-gravedad de la enfermedad; psicopat.: psicopatología asociada.

El tiempo de evolución de los síntomas fue de 43.5 meses de media, con una desviación típica de 55 meses. La mediana de la escala ICG-GE inicial fue de 5 (rango 3-7). En 8 pacientes (16%) existía algún tipo de psicopatología asociada (síndrome depresivo en 6 pacientes, trastorno bipolar en 2 pacientes). Estos 8 pacientes estaban en tratamiento con psicofármacos: antidepresivos tricíclicos (2), inhibidores de la recaptación de serotonina (4), litio (1), y topiramato (1). El resto de pacientes del estudio sin psicopatología asociada no recibía ningún psicofármaco.

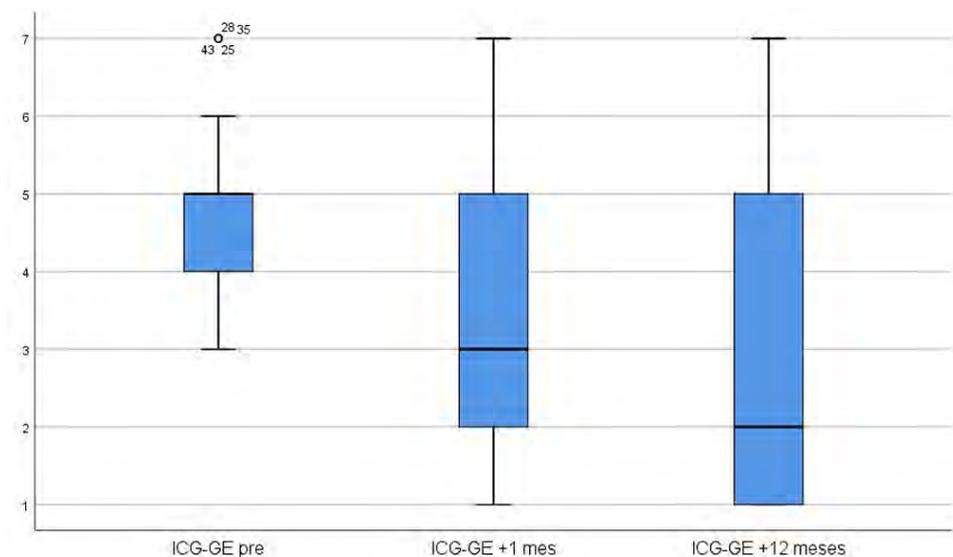
El tipo de síntomas neurológicos fue muy variado. Destacan por su frecuencia: temblor, paraparesia, pseudocrisis, hemiparesia, trastorno de la marcha y miastenia. En 12 pacientes se realizó una sola sesión de hipnosis, 16 pacientes dos sesiones y 22 pacientes tres sesiones. Cinco pacientes (10%) no entraron en trance hipnótico en ninguna de las 3 sesiones.

En la valoración al mes post-tratamiento se observó una mejoría significativa, la mediana de la ICG-GE fue de 3 (rango 1-7) con una $p < 0.001$ en el test de Wilcoxon. Todos los pacientes que mejoraron en la visita realizada un mes después de la última sesión de hipnosis mantuvieron o incrementaron el nivel de mejora en la valoración a los 12 meses con una mediana de la ICG-GE de 2 (rango 1-7),

una diferencia significativa con respecto a la puntuación inicial ($p < 0.001$) (figura 1). La escala subjetiva ICG-MG en la visita al mes de finalizar la hipnosis mostró que el 60% presentaron una mejora clínica de los síntomas (puntuación 1, 2 o 3) (25% recuperación *ad integrum*-puntuación 1). En la valoración a los 12 meses, la mejora clínica subjetiva se produjo en un 68% de casos (40% recuperación *ad integrum*). En los casos de recuperación completa de los síntomas, esta se produjo inmediatamente después de una sesión de hipnosis en un 50% de casos. En el resto, la mejora fue progresiva en días posteriores a la sesión de hipnosis. En los pacientes con recuperación *ad integrum* en la valoración a 1 mes no se observó ninguna recaída de los síntomas en los 12 meses de seguimiento. No se evidenció ningún efecto adverso de la terapia.

Figura 1

Representación Gráfica de la Escala de Impresión Clínica Global-Gravedad de la Enfermedad (ICG-GE) en Situación Basal, +1 Mes y +12 Meses



No se encontró ninguna correlación significativa entre la respuesta al tratamiento (ICG-GE) en la valoración a un mes posterior a las sesiones de hipnosis y las siguientes variables: edad ($r = -0.034$; $p = 0.817$) ni tiempo de evolución de los síntomas ($r = -0.174$; $p = 0.228$). A pesar de obtener una mejor respuesta en el sexo femenino, la relación no fue significativa ($p = 0.134$). Las correlaciones seguían sin significación en la valoración de 12 meses posterior al tratamiento (edad $r = -0.119$, $p = 0.409$; tiempo evolución, $r = -0.205$, $p = 0.154$; género $p = 0.198$).

Discusión

Nuestra experiencia muestra que la hipnosis clínica ultrabreve (máximo de 3 sesiones) consigue mejorar los síntomas de los TNF en cerca de un 60% de pacientes con una resolución total de los síntomas en un 25% de casos en el primer mes del tratamiento. La mejoría es persistente y se amplifica al cabo de 12 meses de la intervención (68% de mejora con 40% de resolución *ad integrum*), sin que se hayan observado efectos adversos con esta terapia.

Estos resultados aportan evidencia acerca de las características psicógenas de los TNF. Ya hace más de un siglo que Freud propuso que los trastornos de disociación, como ocurre en los TNF, se producen como un mecanismo de defensa que convierte un estrés emocional en un síntoma físico. Aunque el DSM-5 redujo la importancia de los estresores psicosociales para establecer su diagnóstico, tradicionalmente se considera que las emociones son cruciales en el desarrollo de TNF. Así, los síntomas funcionales se generarían inconscientemente como consecuencia de factores estresantes psicológicos subyacentes. En efecto, la sintomatología conversiva puede reaparecer, y cambiar su expresión, cuando solo se obtiene el cese del síntoma y el paciente no solventa el conflicto precipitante (Loriedo et al., 2011).

La neurociencia ha estudiado el papel de los procesos cognitivos y emocionales que subyacen a los TNF, especialmente las conexiones entre áreas cerebrales asociadas con el procesamiento motor, sensorial, emocional y las funciones reflejas (Cojan et al., 2009; Voon et al., 2010). Hallazgos convergentes de neuroimagen implican interacciones límbicas y motoras anormales en respuesta a estímulos emocionales en los TNF (Sojka et al., 2018). Otras anomalías neurobiológicas descritas incluyen una hipo-actividad del área motora suplementaria y una desconexión relativa con las áreas que seleccionan o inhiben los movimientos y se asocian con el sentido de agencia (Espay et al., 2018).

Los pacientes con TNF presentan una pérdida del sentido de control sobre su función motora, una alteración del sentido de agencia (Haggard et al., 2004). En efecto, los pacientes con TNF motor presentan una disminución del enlace entre la intención y el efecto de la acción en los movimientos voluntarios normales, al compararlos con voluntarios sanos (Kranick et al., 2013; Voon et al., 2010). La evidencia reciente señala que la participación de mecanismos descendentes puede alterar la función motora en pacientes con TNF motor, mediante el acoplamiento con sistemas neuronales asociados con el autocontrol interno, la regulación de las emociones y la memoria, conduciendo a la aparición de síntomas funcionales (Bègue, 2018).

La inducción hipnótica produce una reorganización de las redes de control ejecutivo frontal y las redes de monitorización; una reducción en el control cognitivo (Egner y Raz, 2007). La sugestión hipnótica permite obviar la necesidad de un control cognitivo y reducir la percepción consciente de los estímulos o representaciones que producen la respuesta conflictiva. Asimismo, puede anular procesos automáticos e inducir alteraciones profundas en la experiencia subjetiva, permitiendo manifestar

experiencias conscientes atípicas y sortear procesos profundamente arraigados, de forma rápida y sin esfuerzo (Casiglia et al., 2010; Lifshitz et al., 2013).

La hipótesis de Charcot, sugiriendo que los procesos neuronales que acontecen en la situación de histeria y de hipnosis son muy parecidos, se ha confirmado en estudios recientes mediante neuroimagen funcional (Bell et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que la intervención del sistema ejecutivo en el procesamiento cognitivo automático y voluntario es fundamental en ambos, histeria y hipnosis. Así, se ha sugerido que en la histeria existe un fenómeno de auto-sugestión, mientras que en la hipnosis la sugestión es externa provocada por un terapeuta. Así, los sujetos bajo hipnosis pueden experimentar fenómenos de parálisis reversible inducidos por una sugestión hipnótica de manera consciente, mientras que los pacientes con TNF tienen ideas fijas inconscientes basadas en autosugestión (Espay et al., 2018).

Los TNF son relativamente frecuentes en hospitales terciarios (Binzer et al., 1997; Carson et al., 2011; Carson y Lehn, 2016; Stone et al., 2009). Su pronóstico no es bueno, puesto que en el 65-90% de casos, la sintomatología se cronifica (Gelauff et al., 2014). En un meta-análisis reciente se evaluó la eficacia de tratamientos farmacológicos en el trastorno conversivo (básicamente barbitúricos y benzodiazepinas) (Poole et al., 2010). No existen estudios controlados. Dos estudios mostraron respuesta positiva cuando el fármaco se administra en una entrevista personal. El uso de la sugestión durante la entrevista se asoció positivamente con el resultado positivo. La necesidad de combinar dos tratamientos y la comorbilidad psiquiátrica se asociaron negativamente con la respuesta terapéutica.

Existen muy pocos trabajos que evalúen la eficacia de la hipnosis en los TNF. Un primer estudio con 24 pacientes demostró que el manejo clínico complejo (explicación de los síntomas, psicoterapia, fisioterapia y terapia grupal) incluyendo hipnosis tenían efectos positivos claros en la reducción de los síntomas conversivos. En este primer trabajo no se analizó el tratamiento mediante hipnosis de manera específica. El tratamiento con hipnosis consistía en 8 sesiones semanales de 1 hora (Moene et al., 2002). En un estudio posterior con 20 pacientes con trastorno conversivo, los mismos autores efectuaron un estudio comparativo entre hipnosis y ausencia de tratamiento (Moene et al., 2003). El grupo de hipnosis mejoró en el 90 % de los pacientes tratados respecto al 26% del grupo control.

Los predictores negativos consistentes descritos para cualquier terapia para los TNF son el tiempo de evolución de los síntomas y la edad (Gelauff et al., 2014). En nuestra serie de casos no hemos hallado correlaciones significativas de peor (o mejor) resultado con ninguna de estas variables. Sí que hemos encontrado una correlación que no llega a ser significativa con la variable género, con una mejor respuesta a la terapia en el sexo femenino.

No existen estudios comparativos de las diferentes terapias probadas para los TNF (hipnosis, terapias psicológicas, fisioterapia) (Espay et al., 2018; Ricciardi y Edwards, 2014). Existe consenso acerca de que el tratamiento de los TNF debe ser individualizado para cada paciente usando la o las técnicas más apropiadas en

cada caso. Es posible que la utilización simultánea de varias técnicas terapéuticas tenga un mejor índice de respuesta que el empleo de una sola terapia. La hipnosis y las terapias psicológicas se pueden utilizar en todos los pacientes mientras que las técnicas de fisioterapia se reservarían para los TNF motores.

La principal limitación de este estudio es la ausencia de un grupo control con asignación aleatoria. Ahora bien, el número de pacientes incluido es relevante por lo que creemos de interés el aporte de nuestra experiencia. Por otro lado, aunque consideramos la hipnosis como el ingrediente principal de nuestra intervención, no podemos descartar el posible efecto de las sesiones preparatorias, necesarias también para planificar la intervención hipnótica.

En conclusión, nuestro estudio muestra que la hipnosis clínica puede ser una buena alternativa terapéutica en pacientes con TNF y debería formar parte del tratamiento multidisciplinar de esta entidad clínica. Nuevos estudios controlados son necesarios para confirmar estos hallazgos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badosa, J. M., Gironell, A., Camino, A. y Feixas, G. (junio, 2017). Using ultra-brief hypnosis in the treatment of conversion disorder: a naturalistic study [Usando la hipnosis ultra-breve en el tratamiento del trastorno de conversión: un estudio naturalista] [Conferencia]. *5th Annual Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine*. Barcelona, España. EAPM.
- Bègue, I. (2018). From emotion processing to metacognition [Desde el procesamiento de la emoción hacia la metacognición]. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 169(8), 253-259. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00630>
- Bell, V., Oakley, D. A., Halligan, P. W. y Deeley, Q. (2011). Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience [Disociación en histeria e hipnosis: evidencia desde la neurociencia cognitiva]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(3), 332–339. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.199158>
- Binzer, M., Andersen, P. M. y Kullgren, G. (1997). Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study [Características clínicas de los pacientes con dificultad motora por trastorno de conversión: un estudio prospectivo de grupo control]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 63(1), 83–88. <https://doi.org/10.1136/jnnp.63.1.83>
- Carson, A. y Lehn, A. (2016). Epidemiology [Epidemiología]. En M. Hallett, J. Stone, y A. Carson (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology: Vol. 139. Functional neurologic disorders* (pp. 47–60). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00005-9>
- Carson, A., Stone, J., Hibberd, C., Murray, G., Duncan, R., Coleman, R., Warlow, C., Roberts, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Hansen, C. y Sharpe, M. (2011). Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms ‘unexplained by organic disease’ [Discapacidad, angustia y desempleo en pacientes ambulatorios de neurología con síntomas ‘inexplicables por enfermedad orgánica’]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(7), 810–813. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.220640>
- Casiglia, E., Schiff, S., Facco, E., Gabbana, A., Tikhonoff, V., Schiavon, L., Bascelli, A., Avdia, M., Tosello, M. T., Rossi, A. M., Nasto, H. H., Guidotti, F., Giacomello, M. y Amodio, P. (2010). Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia: A controlled study with stroop test [Correlatos neuropsicológicos de alexia posthipnótica: un estudio controlado con el test de stroop]. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(3), 219–233. <https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10401721>
- Charcot, J. (1889). *Lectures on the diseases of the nervous system* (Vol. 3) [Conferencias sobre las enfermedades del sistema nervioso]. New Sydenham Society.

- Charcot, J. M. y Marie, P. (1892). Hysteria [Histeria]. En D. H. Tuke (Ed.), *Dictionary of psychological medicine*. Churchill.
- Cojan, Y., Waber, L., Schwartz, S., Rossier, L., Forster, A. y Vuilleumier, P. (2009). The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis [El cerebro bajo autocontrol: modulación de las redes corticales inhibitorias y de seguimiento durante la parálisis hipnótica]. *Neuron*, 62(6), 862–875. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2009.05.021>
- Egner, T. y Raz, A. (2007). Cognitive control processes and hypnosis [Control del proceso cognitivo e hipnosis]. En G. A. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and conscious states: the cognitive neuroscience perspective* (pp. 29–50). Oxford University Press.
- Erickson, M. H. (1980). Further techniques of hypnosis-utilization techniques: utilization techniques [Otras técnicas de técnicas de utilización de hipnosis: técnicas de utilización]. En E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis: Vol. 1. the nature of hypnosis and suggestion* (pp. 3–21). Irvington Publishers.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook [Hipnoterapia: un libro de casos exploratorios]*. Irvington Publishers.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. y Rossi, S. I. (1976). *The microdynamics of trance induction and suggestion in hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion* [La microdinámica de la inducción y sugestión del trance en las realidades hipnóticas: la inducción de la hipnosis clínica y formas indirectas de sugestión]. Irvington Publishers.
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C., Jr, Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. y Morgante, F. (2018). Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders [Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento de trastornos neurológicos funcionales]. *JAMA Neurology*, 75(9), 1132–1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneuro.2018.1264>
- Gelauuff, J., Stone, J., Edwards, M. y Carson, A. (2014). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review [El pronóstico de los síntomas motores funcionales (psicógenos): una revisión sistemática]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 85(2), 220–226. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305321>
- Guy, W. (1976). *Clinical Global Impressions*. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised [Impresiones clínicas globales. En: ECDEU Manual de evaluación para psicofarmacología revisado]*. National Institute of Mental Health
- Haggard, P., Cartledge, P., Dafydd, M. y Oakley, D. A. (2004). Anomalous control: when ‘free-will’ is not conscious [Control anómalo: cuando el ‘libre-albedrío’ no es consciente]. *Consciousness and Cognition*, 13(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.06.001>
- Kranick, S. M., Moore, J. W., Yusuf, N., Martinez, V. T., LaFaver, K., Edwards, M. J., Mehta, A. R., Collins, P., Harrison, N. A., Haggard, P., Hallett, M. y Voon, V. (2013). Action-effect binding is decreased in motor conversion disorder: implications for sense of agency [La unión de acción-efecto disminuye en el trastorno de conversión motor: implicaciones para el sentido de agencia]. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*, 28(8), 1110–1116. <https://doi.org/10.1002/mds.25408>
- Lifshitz, M., Cusumano, E. P. y Raz, A. (2013). Hypnosis as neurophenomenology [Hipnosis como neurofenomenología]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 469. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00469>
- Loriedo, C., Di Leone F. G., Torti M. C. y Solaroli S. (2010). Il trattamento dei disturbi di conversione: studio sull'efficacia di un protocollo ipnotico ultrabreve [Tratamiento de los trastornos de conversión: estudio de la eficacia de un protocolo hipnótico ultracorto]. *Ipnosi*, 15, 5-19.
- Loriedo, C., Di Leone, F. G. y Zullo, D. (2011). Integrating Ericksonian hypnosis and systemic couple therapy in the treatment of conversion disorders [Integrando la hipnosis Ericksoniana y la terapia sistémica de pareja en el tratamiento de trastornos de conversión]. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 204–223
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. y van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type [Un ensayo clínico aleatorio controlado sobre el efecto adicional de la hipnosis en un programa de tratamiento integral para pacientes hospitalizados con trastorno de conversión de tipo motor]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66–76. <https://doi.org/10.1159/000049348>
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. y van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type [Un ensayo clínico aleatorio controlado de un tratamiento basado en hipnosis para pacientes con trastorno de conversión, tipo motor]. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29–50. <https://doi.org/10.1076/iceh.51.1.29.14067>

- O'Neal, M. A. y Baslet, G. (2018). Treatment for patients with a functional neurological disorder (conversion disorder): an integrated approach [Tratamiento para pacientes con trastorno neurológico funcional (trastorno de conversión): un enfoque integrado]. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 307-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040450>
- Pick, S., Anderson, D. G., Asadi-Pooya, A. A., Aybek, S., Baslet, G., Bloem, B. R., Bradley-Westguard, A., Brown, R. J., Carson, A. J., Chalder, T., Damianova, M., David, A. S., Edwards, M. J., Epstein, S. A., Espay, A. J., Garcin, B., Goldstein, L. H., Hallett, M., Jankovic, J., Joyce, E. M., ... Nicholson, T. R. (2020). Outcome measurement in functional neurological disorder: a systematic review and recommendations [Medición de resultados en trastorno neurológico funcional: una revisión sistemática y recomendaciones]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 91(6), 638–649. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322180>
- Poole, N. A., Wuerz, A. y Agrawal, N. (2010). Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis [Abreacción para el trastorno de conversión: una revisión sistemática con metanálisis]. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 91–95. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066894>
- Procter, H. (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson* (vols. 1 y II). Paidós.
- Ricciardi, L. y Edwards, M. J. (2014). Treatment of functional (psychogenic) movement disorders [Tratamiento de los trastornos de funcionales (psicógenos) del movimiento]. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 11(1), 201–207. <https://doi.org/10.1007/s13311-013-0246-x>
- Sojka, P., Bareš, M., Kašpárek, T. y Světlák, M. (2018). Processing of emotion in functional neurological disorder [Procesamiento emocional en trastorno neurológico funcional]. *Frontiers in psychiatry*, 9, 479. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00479>
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., Murray, G., Cull, R., Pelosi, A., Cavanagh, J., Matthews, K., Goldbeck, R., Smyth, R., Walker, J., Macmahon, A. D. y Sharpe, M. (2009). Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? [Síntomas inexplicables por trastorno orgánico en 1144 nuevos pacientes ambulatorios de neurología: ¿con qué frecuencia cambia el diagnóstico durante el seguimiento?] *Brain*, 132(10), 2878–2888. <https://doi.org/10.1093/brain/awp220>
- Voon, V., Gallea, C., Hattori, N., Bruno, M., Ekanayake, V. y Hallett, M. (2010). The involuntary nature of conversion disorder [La naturaleza involuntaria del trastorno de conversión]. *Neurology*, 74(3), 223–228. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181ca00e9>