

Síntomas neurológicos de origen psicógeno: mentiras del cerebro y pacientes que mienten

J. Porta-Etessam

Resumen

Los pacientes con síntomas psiconeurológicos son frecuentes y complejos de valorar en nuestra consulta. Es fundamental realizar un análisis clínico completo para detectarlos y plantear una actitud terapéutica. Las pruebas que se realicen deben ser las adecuadas, evitando un exceso de técnicas diagnósticas que puede prolongar el tiempo hasta el diagnóstico y empeorar el pronóstico del paciente. Debemos distinguir claramente entre pacientes conversivos, exagerados, neurológicos complejos y simuladores malintencionados. Mientras que los conversivos no presentan voluntariedad, esta es la clave de los malintencionados. Aunque en ocasiones resulta difícil distinguirlos, datos como la inducción del síntoma y su variación con la atención o la actitud del enfermo pueden ser de gran utilidad. Pueden presentarse con cualquier queja neurológica, y actualmente conocemos datos que nos pueden orientar para sospechar de ellos, además de la ausencia de armonía en el cuadro clínico. La fluctuación con la atención, el comienzo abrupto, la suma de síntomas, entre otros, pueden ser orientativos. Las evidencias actuales nos indican que los pacientes conversivos posiblemente tengan una manera distinta de reaccionar a los estímulos y esto active un cerebro especial. Se han observado conexiones más potentes entre áreas de asociación y el sistema límbico. El diagnóstico precoz y evitar la medicalización del cuadro pueden mejorar su pronóstico.

Palabras clave: Síntomas psiconeurológicos. Histeria. Pacientes conversivos. Simulación. Voluntariedad.

Abstract

Patients with psycho-neurological symptoms are frequent in our clinic and complex to assess. A full clinical analysis is essential to identify them and outline a therapeutic approach. The tests performed should be adequate to avoid excessive diagnostic techniques that can prolong the time to diagnosis and worsen the patient's prognosis. We must clearly distinguish between conversion, exaggerated, complex neurological patients and malicious simulator patients. While willfulness is not present in conversion patients, this is key in malicious ones. Although it is sometimes difficult to distinguish, data such as symptom induction and its variations with patient attention or attitudes can be very useful. The patients may present with any neurological complaint and currently we have data that can guide in suspicion, besides the lack of harmony in the clinical picture. The fluctuation of attention, abrupt onset, the sum of symptoms, and others may serve as a guide. Current evidences suggest that conversion patients possibly have a different way of reacting to stimuli and this activates a special part of the brain. More powerful connections between association areas and the limbic system have been observed. An early diagnosis and avoiding the medicalization of the picture may improve its prognosis. (Kranion. 2014;11:7-17)

Corresponding autor: Jesús Porta-Etessam, jporta@yahoo.com

Key words: Psycho-neurological symptom. Hysteria. Conversion patient. Malingering. Willfulness.

INTRODUCCIÓN

Enfrentarse a un paciente con sospecha de un trastorno «psicógeno» es uno de los retos más complejos de la neurología clínica. La histeria se ha estudiado desde el siglo XIX, pero es ahora cuando tenemos evidencias en pruebas de neuroimagen que hacen pensar que se trata de un trastorno inconsciente y con una clara participación cortical. El paciente psicógeno es ante todo un paciente, y en ocasiones un enfermo grave que no puede hacer una vida normal y que sufre debido a sus síntomas. La labor del neurólogo como neurocientífico es emitir el diagnóstico y su función como médico, ayudar a la persona a que pueda incorporarse a una vida normal.

La clásica separación entre lo funcional y lo orgánico, que durante tanto tiempo ha dividido a las ciencias que estudian el

cerebro, cada vez es más tenue, y en ocasiones no es posible marcar un límite. No se deben establecer diferencias entre mente y cerebro. En el caso de los pacientes con síntomas psiconeurológicos, esto es todavía más complejo. Se recomienda incluir cada caso dentro del grupo de enfermedades al que pertenece (trastornos del movimiento, epilepsias, etc.), especialmente en la fase diagnóstica y, en algunos pacientes, durante el seguimiento. Esto es especialmente importante porque, en muchas ocasiones, se trata de pacientes denostados que van de consulta en consulta sin un diagnóstico, pese a que, con frecuencia, el médico lo sospeche, sin una explicación, y lo que es peor, sin una salida digna y con una ristra de pruebas, con mucha frecuencia repetidas, que no hacen más que agravar el cuadro clínico. Tampoco es habitual que estos

pacientes se convierten en poco menos que un espectáculo de feria, algo dudosamente ético que puede empeorar su pronóstico. Distinto es el uso de los síntomas una vez grabados con fines docentes, pero la inducción repetida de los síntomas es inadecuada.

Otro aspecto a recordar es la inseguridad que los cuadros psiconeurológicos generan en el clínico. Desde el punto de vista filosófico, la demostración de una ausencia es compleja, y médica mente solo nos podemos basar en criterios de armonía. Esto es complejo, se debe tener experiencia y conocimientos extensos y, aun así, jugamos a perder.

Un grupo aparte son aquellos casos que presentan (representan, fingen) síntomas de forma consciente, los malintencionados o rentistas. El manejo de estas personas, nunca pacientes, es diametralmente opuesto, y nuestro fin es dejar la situación en evidencia. No son pacientes y, por lo tanto, no debemos implicarnos ni, posiblemente, tampoco revisarlos. Un informe claro y conciso suele ser la mejor solución.

APROXIMACIÓN AL PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICONEUROLÓGICOS

La atención a pacientes con síntomas neurológicos que sugieran un origen psicólogo es realmente compleja. Por un lado, se parte de que la evaluación del paciente neurológico es uno de los procesos más complicados de la medicina. No solo porque se basa en el método clínico, a partir del cual tomamos nuestras decisiones y dirigimos las pruebas, sino porque la expresión de los

síntomas en ocasiones puede ser confusa. Una vez realizada y evaluada la anamnesis, el diagnóstico de sospecha se confirmará con los datos de la exploración. El objetivo fundamental es buscar la armonía, es decir, interpretar los hallazgos en relación con nuestros conocimientos actuales.

En ocasiones, los hallazgos de la exploración pueden llevar a pensar que existen incoherencias. Esta disociación entre la historia clínica, la exploración y los conocimientos actuales de las enfermedades neurológicas puede deberse a un origen psicógeno de los síntomas, a que el paciente se exprese inadecuadamente, a que exagere los síntomas y, finalmente, a que se trate de un cuadro neurológico puro complejo. Dicha delimitación clínica resulta fundamental para llegar al correcto diagnóstico y tratar a estos pacientes. Por un lado, las pruebas complementarias se dirigirán a confirmar la sospecha; por otro, diagnosticar a un paciente psicógeno de manera precoz evitará la realización de pruebas inadecuadas y mejorará las posibilidades de recuperación.

Consejos y normas básicas

La evaluación del paciente psiconeurológico es compleja y las habilidades clínicas necesarias se adquieren con la experiencia. El clínico puede disminuir su nivel de atención al minusvalorar al paciente, error frecuente que debe evitarse. Probablemente, demostrar que un paciente no presenta una enfermedad neurológica clásica es uno de los procesos más complejos de nuestra especialidad.

No es raro caer en errores recurrentes que hay que evitar a toda costa. Para reducir el riesgo de equivocación, se propone la cuidadosa observación de los siguientes principios clínicos¹:

- La exploración neurológica se debe hacer completa.
- En la exploración neurológica el orden no es una opción, sino una obligación.
- Un hallazgo patológico aislado puede no tener valor, pero si rompe la armonía, la exploración debe repetirse.
- Las conclusiones deben obtenerse al final de la exploración, no antes.
- La historia clínica y la exploración deben ser armónicas; en caso de que no lo sean, se reevaluará al paciente antes de pedir las pruebas.
- Hay datos objetivos y subjetivos; aunque no cuadren con la sospecha clínica, los primeros tienen más valor.
- Las escalas clínicas no sustituyen a la exploración neurológica, solo son escalas.
- Además de la exploración neurológica general, debe explorarse específicamente la queja del paciente.
- Si el síntoma o el signo se desencadenan por medio de una maniobra, se realizará por extraña que sea.
- Si tras la historia clínica y la exploración neurológica existen dudas, la mejor prueba complementaria es repetir la evaluación del paciente.

DEFINICIÓN DEL SÍNTOMA

Una manera clásica de evaluar a estos pacientes es considerar el síntoma como

enfermedad; sin duda se trata de una aproximación simplista, pues los conocimientos actuales permiten intuir que existe un trasfondo más complejo. Sin embargo, es evidente que la clave clínica es su expresión sintomática, que, si bien no justifica su etiopatogenia, sí forma parte de su fisiopatología^{2,3}.

Hemos evaluado a pacientes con todo tipo de síntomas psiconeurológicos aislados o en combinación. Muchos expresan síntomas de distintas áreas que habitualmente no se suelen relacionar. Es la evaluación en conjunto, no los datos aislados, la que orientará sobre su origen. A continuación, se explican algunas de las características clínicas que pueden indicar un origen psicógeno.

Deterioro con la atención

El síntoma suele empeorar claramente con la focalización de la atención y mejorar con la distracción. Si durante la exploración se cambia la atención del paciente de manera verbal o visual hacia otras estructuras, es posible que el paciente experimente síntomas en la nueva localización. El síntoma mejora con la realización de otra tarea motora o cognitiva.

Comienzo abrupto

A diferencia de muchos cuadros neurológicos que suelen tener un curso progresivo, es muy frecuente que los pacientes psicógenos debuten de manera brusca. En ocasiones, van sumando síntomas, pero todos ellos suelen presentar un comienzo brusco. Si la evolución no es favorable, es posible que la frecuencia de los síntomas aumente, aunque habitualmente mantendrán su patrón episódico.

Curso no evolutivo

Este es un punto muy variable. Hay pacientes con síntomas que evolucionarán, se harán más frecuentes e incluso asociarán nuevos síntomas, mientras que otros tendrán un curso no evolutivo y fijo.

Curaciones milagrosas

Un aspecto interesante son las curaciones milagrosas, pero con posibilidades de recurrir.

Síntomas paroxísticos

La manifestación paroxística, mioclónica o explosiva es muy frecuente. Existen muchos cuadros neurológicos que se manifiestan de forma paroxística, pero en los pacientes psicógenos es especialmente habitual.

Comorbilidad psiquiátrica

Muchos pacientes psicógenos no presentan enfermedades psiquiátricas reconocibles, pero siempre se deben excluir especialmente cuadros ansiosos y depresivos.

Ganancia secundaria

Aunque inicialmente no sea evidente, suele aparecer en la evolución.

Factores de riesgo para padecer trastornos conversivos

En nuestra serie observamos que las mujeres, habitualmente jóvenes, extranjeras y con bajo nivel de estudios, constituyán un

grupo especialmente sensible. Sin embargo, los síntomas psiconeurológicos pueden aparecer en todo tipo de perfiles sociales.

Evento emocional traumático inductor

Este antecedente debe valorarse con especial cuidado, pues existen otros cuadros que pueden aparecer en relación con situaciones emocionales.

Somatización múltiple

Aunque no es lo habitual, existen auténticos coleccionistas de síntomas. En este grupo el diagnóstico suele ser más sencillo.

TRASTORNOS QUE MANIFIESTAN SÍNTOMAS PSICONEUROLÓGICOS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos psiconeurológicos son frecuentes en la práctica clínica. La ausencia de marcadores biológicos y la complejidad de la clínica neurológica hacen que en ocasiones su evaluación sea difícil. La función del neurólogo es descartar una enfermedad neurológica clásica y, si es posible, hacer un diagnóstico positivo. En ocasiones se requiere o es recomendable el trabajo en equipo con psiquiatría. En nuestro medio trabajamos en equipo y el resultado es muy satisfactorio.

En la mayoría de los casos, los síntomas psiconeurológicos son producto de un trastorno conversivo o dissociativo, entidades en que el paciente no produce conscientemente

TABLA 1. Clasificación de los sujetos sanos y enfermos en función de la verdad y la sinceridad

	Verdad	Mentira
Sinceridad	<ul style="list-style-type: none"> – Enfermo con noción de serlo – Sano con noción de serlo 	<ul style="list-style-type: none"> – Conversivo – Enfermo sin noción de serlo
Engaño	<ul style="list-style-type: none"> – Finge la enfermedad que padece, aunque no lo sabe 	<ul style="list-style-type: none"> – Simulador (bien o mal intencionado)

los síntomas. Cuando media la voluntariedad, se habla de procesos facticios o malintencionados. Esta distinción no es académica, dado que diferencia entre pacientes y sujetos sanos, entre personas que debemos diagnosticar y ayudar y otras que no sufren ninguna enfermedad. Aunque teóricamente está claramente establecida, es innegable que dicha diferenciación es compleja y no es sencillo determinarla (Tabla 1)⁴.

Pacientes sinceros

Dentro de los sinceros tenemos dos grupos de pacientes. El conversivo, objeto principal de este artículo, es el más frecuente y complejo. En ellos podría afirmarse que los síntomas son la enfermedad. El segundo grupo lo forman aquellos enfermos que no saben que padecen o que niegan la enfermedad. Esto es habitual en neurología, especialmente en las enfermedades neurodegenerativas y las epilepsias.

Pacientes que engañan

Son personas que teatralizan la enfermedad para conseguir un beneficio económico o emocional directo. En ocasiones padecen o han padecido una enfermedad

y conscientemente la imitan para que les abonen una pensión o conseguir la atención de sus familiares o amigos. También engañan aquellos pacientes que sufren una enfermedad y que la ocultan para que su entorno no se preocupe.

Prototipos de pacientes

Dentro del grupo de pacientes psicógenos existen prototipos clásicos bien definidos. La mayoría pueden catalogarse como conversivos o disociados, pero pueden darse otros cuadros que es preciso conocer (Fig. 1).

La aproximación diagnóstica es la misma en todos estos grupos. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes presentan

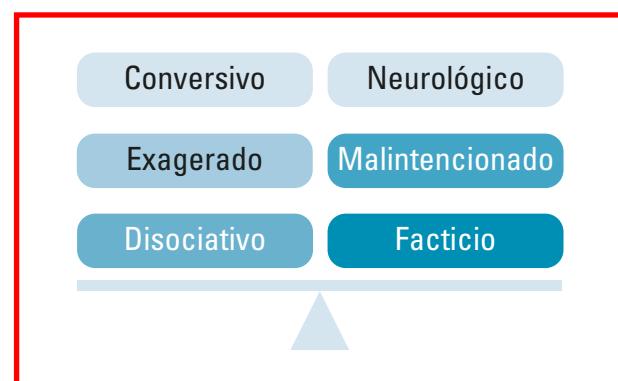
**FIGURA 1.** Grupos de pacientes que entran en el diagnóstico diferencial de los síntomas psiconeurológicos.

TABLA 2. Diagnóstico diferencial

	Conversivo	Exagerado	Neurológico	Malintencionado
Voluntariedad	No	Parcial	No	Sí
Beligerante	No	Habitualmente no	No	Sí
Ánimo	Ansioso o indiferente	Habitualmente adecuado	Adecuado	Agresivo
Sugestión	Sí	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente
Suma de síntomas	Sí	Sí	No	No
Desencadenante inicial	En ocasiones emocional	La propia enfermedad	Propio de la enfermedad	Traumatismo o accidente
Búsqueda de informes	No	Algunos pacientes	No	Sí
Búsqueda de pruebas complementarias	No	Sí, en ocasiones	No	Habitualmente

adicción sintomática psicógena y que además existen procesos frontera. El manejo del enfermo siempre será el método clínico y la semiología, pilares en los que se sustenta actualmente la neurología. Los principales prototipos son los siguientes^{4,5} (Tabla 2):

- Conversivo: no existe voluntariedad. No tiene conciencia de que los síntomas no son debidos a una lesión o problema estructural en el sistema nervioso. No es beligerante y los síntomas varían mucho con la atención. Se muestra ansioso y preocupado por la situación. La inducción es por lo general sencilla, incluso en pacientes con conocimientos médicos. La sugestión funciona y suelen sumarse distintos síntomas durante la evolución.
- Exagerado: tiene una enfermedad neurológica, pero exagera los síntomas para

demostrar que la enfermedad es importante. Dicha exageración es la que genera las incongruencias. Si se explica respetuosamente el proceso, la situación suele normalizarse. Es habitualmente consciente de la «suma» de datos.

- Neurológico: son pacientes con enfermedades neurológicas poco frecuentes, enfermedades neurológicas frecuentes que se presentan de forma inhabitual o enfermedades neurológicas que debutan con síntomas psiquiátricos. Un ejemplo actual es la encefalopatía anti-NMDA.
- Malintencionado: es consciente de que no padece ninguna enfermedad y finge los síntomas. Beligerante, no entra en técnicas de sugerencia, a no ser que sean evidentes, y aprende. Habitualmente es exigente y tiende a la agresividad.

INVOLUNTARIEDAD Y VOLUNTARIEDAD

A la hora de evaluar a estos pacientes, un punto clave es determinar el grado de voluntariedad, pues marca la diferencia entre los verdaderos pacientes y los sujetos malintencionados. Dentro de los pacientes «involuntarios» se incluye a los conversivos. Estos enfermos no simulan el déficit, lo padecen. Los pacientes conversivos, incluso aquellos que pertenecen a la profesión médica y pueden conocer las tretas del clínico, son fácilmente sugestionables⁴. Con frecuencia, la evaluación de estos pacientes es difícil, pues la psicopatología acompañante es escasa e incluso inexistente, no siendo raro que el psiquiatra recele del diagnóstico del neurólogo. Como se ha dicho, las personas que voluntariamente teatralizan los síntomas no son pacientes. Aunque en ocasiones la diferencia es evidente, existen personas en las que es realmente difícil dilucidar si pertenecen a un grupo u otro, recomendándose, ante la duda, no establecer el diagnóstico de conversivo⁴.

BASES BIOLÓGICAS Y TÉCNICAS DE IMAGEN FUNCIONAL

Las evidencias actuales apuntan hacia la importancia de la atención focalizada en estos pacientes. Las técnicas de neuroimagen funcional están mostrando diferencias entre pacientes conversivos y aquellos que realizan movimientos involuntarios voluntariamente. La definición de marcadores objetivos determinará un cambio de mentalidad y actitud clínica ante estos pacientes.

Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han mostrado que tanto en pacientes conversivos como en distonías primarias existe un aumento de flujo en el córtex prefrontal dorsolateral derecho en comparación con los controles sanos; sin embargo, otras áreas muestran patrones distintos, con disminución del flujo en el área motora primaria y aumento en los ganglios basales y cerebelo en los conversivos y a la inversa en las distonías primarias^{6,7}.

Estos y otros estudios sugieren que puede existir un modo «conversivo» en la función de la corteza cerebral de algunos pacientes. Posiblemente, un factor externo o interno puede activar esta manera de funcionar, induciendo el síntoma. Está claro que existen factores de riesgo, pero también una representación cortical conversiva. Los factores emocionales podrían inducir esta disfunción, que se vería facilitada si la atención se focalizara y el cuadro persistiera en el tiempo⁷. En los estudios funcionales también se ha observado hipoactividad en áreas de asociación motora, como el área motora suplementaria, y una conectividad patológicamente potenciada entre las zonas límbicas y el área motora suplementaria⁷.

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Tradicionalmente, los síndromes psico-neurológicos se han considerado cuadros de exclusión diagnóstica. Sin embargo, esta aproximación presenta evidentes problemas. En ocasiones, simulan cuadros clínicos neurológicos, lo que dificulta claramente su diagnóstico. Por otro lado, con el avance

TABLA 3. Datos clínicos frecuentes en los síntomas psiconeurológicos

Historia clínica	Exploración
Comienzo abrupto	Inconsistencia clínica
Curso no evolutivo	Incongruencia con proceso neurológico y topografía
Curaciones milagrosas	Inducción
Síntomas paroxísticos	Autolesiones
Comorbilidad psiquiátrica	Enlentecimiento frente a los estímulos
Ganancias secundarias	Incapacidad exagerada con respecto a la exploración
Factores de riesgo para padecer trastornos conversivos	
Evento emocional traumático inductor	
Somatización múltiple	

de las técnicas diagnósticas se aumenta la sensibilidad a costa de falsos positivos. En este sentido, se está experimentando un cambio, pues de una época en la que cuadros no psicógenos eran diagnosticados como tales se está pasando a una situación en la que, con frecuencia, los pacientes son diagnosticados según pruebas que no cumplen la ley de la armonía con el cuadro clínico del paciente.

Aunque no existe ninguna prueba patognomónica para el diagnóstico de los pacientes con trastornos psicógenos, algunos aspectos clínicos son altamente orientativos (Tabla 3). La evaluación de cada caso debe hacerse según el método clínico neurológico habitual y de forma completa. Es decir, hay que historiar y explorar al paciente de acuerdo con una semiología coherente. Posteriormente, dependiendo de los datos obtenidos, se realizará una exploración dirigida específica con el objetivo de poner de manifiesto las incoherencias sospechadas u observadas^{8,9}. En esta fase y para procurar

una buena actitud terapéutica, no se deben hacer comentarios al paciente sobre la ausencia de enfermedad. La sospecha inicial no debe inducir la exploración. En otras palabras, no es adecuado reducir la exploración por muy claro que parezca el cuadro, sino ampliarla en busca de hallazgos específicos.

En ocasiones, el comienzo de los síntomas coincide con un evento trivial, por lo que, una vez ganada la confianza del paciente, se profundizará en este sentido. La historia clínica también indagará en la posibilidad de una ganancia secundaria, que en ocasiones aparecerá tras varias revisiones o comentando el caso con los familiares. El diagnóstico se fundamentará en la ausencia de coherencia clínica y semiológica, no en las pruebas complementarias, que pueden ser un importante factor de confusión. Es recomendable la filmación de estos pacientes –siempre con su permiso– para poder revisar las características del cuadro, hacer comparaciones evolutivas y con fines académicos.

Espectro clínico

Cognición

Las alteraciones de la memoria con límite temporal neto son poco sugestivas de cuadros neurológicos y habituales en los trastornos psicogénos. Otras pistas clínicas son las siguientes: incongruencia e inconsistencia en la exploración neurológica, disociación entre la gravedad del déficit y las actividades de la vida diaria que puede realizar el paciente y quejas continuas sobre el déficit.

Trastornos olfativos

En la anosmia psicógena, se buscará la reacción del paciente al amoníaco y la ausencia de alteración del gusto.

Trastornos neurooftalmológicos

Los cuadros psicogénos más habituales son la ceguera y otros déficits visuales, la visión doble o múltiple y los estrabismos. En la ceguera es fundamental la valoración de los reflejos pupilares, el comportamiento del paciente en un lugar con obstáculos, la percepción por inducción y los recursos de la sensibilidad propioceptiva. Puede explorarse también el nistagmo optocinético o, mejor, el test del espejo. En la amaurosis monocular interesa la valoración de los reflejos directo y consensuado, el uso del agujero estenopeico excéntrico, los recursos gráficos, las campimetrías por ojos y en conjunto, así como la evaluación de la visión tridimensional. En la valoración de la visión doble o múltiple es preciso descartar palinopsias y poliopías centrales. En los estrabismos,

hay que considerar los trastornos congénitos y el espasmo de convergencia.

Síndromes hemicorporales

La hemiparesia psicógena suele ser sencilla de evaluar, pues los pacientes no conocen la acción cruzada de los músculos pterigoideos externos, los esternocleidomastoideos o los genioglosos.

Trastornos sensitivos

El rasgo principal es la ausencia de una distribución anatómica. El test del doble sobrecruzamiento puede ser de utilidad, así como la incoherencia entre las sensibilidades epicríticas o protopáticas y la anestesia absoluta de todas las modalidades sensitivas sin pérdida de la función proprioceptiva. En los casos con trastornos sensitivos hay que ser especialmente cauto debido a la variabilidad clínica fisiológica.

Movimientos anormales

Los trastornos del movimiento histéricos son clásicos en la literatura, desde el opistotónos descrito por Charcot (Fig. 2) hasta cuadros de temblor y mioclonías espinales. La variabilidad clínica entre exploraciones, la desaparición de los síntomas con la distracción y las maniobras de provocación son de gran utilidad clínica.

Aspectos pronósticos

Hay poco publicado al respecto. En nuestro ámbito, se llevó a cabo un estudio con un grupo de 20 pacientes que analizó los



FIGURA 2. Arco histérico en un grabado de Charcot. Hemos tenido pacientes similares.

factores de buen y mal pronóstico¹⁰. Se observó que, aunque los síntomas psico-neurológicos son más frecuentes en el sexo femenino, este tenía más posibilidades de recuperación, al igual que sucede en otras enfermedades psiquiátricas; que a menor tiempo de evolución clínica y menor medicación, mejor pronóstico, dato acorde con las hipótesis fisiopatológicas actuales y la posibilidad de facilitación; y que los pacientes más fácilmente inducibles también mejoraban más, hecho que posiblemente refleja la facilidad para cambiar el patrón cerebral anómalo.

CONCLUSIONES

Los pacientes con síntomas psiconeurológicos son enfermos complejos y su evaluación clínica debe ser completa y

cuidadosa. Los estudios actuales sugieren la existencia de un modo «conversivo» en la función de su corteza cerebral, con inhibición de las áreas de asociación. Es fundamental distinguir al paciente conversivo de la persona con simulación malintencionada, tarea con frecuencia complicada. Ante la duda, se recomienda no establecer el diagnóstico de conversivo. La colaboración con psiquiatría es útil en la mayoría de los pacientes, pero no todos presentan trastornos afectivos asociados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta-Etessam J. Estructura básica de la exploración neurológica en la búsqueda de signos. En: Codina A, Giménez Roldán S, Morales Asín F. Examen neurológico. Luzán 5: Madrid; 2012. p. 9-16.
2. Stone J, Edwards MJ. How ‘psychogenic’ are psychogenic movement disorders? *Mov Disord*. 2011;26:1787-8.
3. Kranick S, Ekanayake V, Martinez V, et al. Psychopathology and psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2011;26:1844-50.
4. Porta-Etessam J. Verdades, mentiras y espejismos: la sinceridad y el engaño en la medicina. *Kranion*. 2011;8:51-2.
5. Stone J, LaFrance WC Jr, Brown R, et al. Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5. *J Psychosom Res*. 2011;71:369-76.
6. Schrag AE, Mehta AR, Bhatia KP, et al. The functional neuroimaging correlates of psychogenic versus organic dystonia. *Brain*. 2013;136:770-81.
7. Edwards MJ, Fotopoulos A, Pareés I. Neurobiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Opin Neurol*. 2013;26:442-7.
8. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders. *Curr Opin Neurol*. 2009; 22:430-6.
9. Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ, et al. DISMOV-SIN Study Group on Psychogenic Movement Disorders. Diagnostic agreement in patients with psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2012;27:548-52.
10. Gómez Vicente L, Parejo Carbonell B, Marcos de Vega A, et al. Evaluación diagnóstica y pronóstica de pacientes con síntomas psiconeurológicos. *Neurología*. 2010;25:91.