

Actualización sobre intervenciones psicológicas para adultos con crisis funcionales/disociativas: Una revisión sistemática

Guido P. Korman^{1,2}, Camila Wolfzun^{1,2}, Alejandra I. Lanzillotti^{1,2}, Lucila González-Molina^{1,2},
M. Marta Areco-Pico¹, Micaela Ponieman^{1,2} y Mercedes Sarudiansky^{1,2}

¹*Instituto de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

²*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.*

Update on psychological interventions for adults with functional/dissociative seizures: A systematic review

Abstract: This review aims to synthesize psychological interventions for adults with functional/dissociative seizures (FDS) and their main outcomes. FDS are involuntary and abrupt events that disrupt normal functioning, characterized by reduced self-control and motor, sensory, and mental manifestations. Psychotherapy is its first-line treatment. A systematic review was conducted following the PRISMA guidelines across Cochrane, PubMed, SciELO, Lilacs, Dialnet, and Science databases. Thirty-four articles (2010-2024) were selected. A variety of psychotherapeutic approaches were highlighted, predominantly cognitive-behavioral interventions, although psychodynamic and eclectic models were also used. The results indicate benefits in reducing seizure frequency in most studies. However, there are limitations in the evidence due to the heterogeneity of other outcome measures. The study of psychological interventions for FDS is in its early stages, but numerous models have proven effective, providing useful clinical tools.

Keywords: Functional dissociative seizures; Psychogenic non-epileptic seizures; Psychological treatments; Systematic review.

Resumen: Esta revisión se propone sintetizar las intervenciones psicológicas para adultos con crisis funcionales/disociativas (CFD) y sus principales resultados. Las CFD son eventos involuntarios y abruptos de alteración del funcionamiento normal, con reducción del autocontrol y manifestaciones motoras, sensoriales y mentales. La psicoterapia es el tratamiento de primera elección. Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA en las bases de datos Cochrane, PubMed, SciELO, Lilacs, Dialnet y Science. Se seleccionaron 34 artículos (2010-2024). Se destaca la diversidad de enfoques psicoterapéuticos, predominando las intervenciones cognitivo-conductuales, aunque también se utilizan modelos psicodinámicos y eclécticos. Los resultados indican beneficios en la reducción de la frecuencia de las crisis en la mayoría de los estudios. Sin embargo, hay limitaciones en la evidencia debido a la heterogeneidad de los instrumentos de medida. El estudio de las intervenciones psicológicas para CFD es incipiente, pero numerosos modelos han demostrado ser eficaces, proporcionando herramientas clínicas útiles.

Palabras clave: Crisis funcionales disociativas; crisis no epilépticas psicógenas; tratamientos psicológicos; revisión sistemática.

Introducción

Recibido: 22 de enero de 2024; aceptado: 21 de septiembre de 2024.

Correspondencia: Guido Pablo Korman, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Lavalle 2353, C1052AAA, Buenos Aires, Argentina. guidokorman@conicet.gov.ar

Agradecimientos: Agradecemos a las Licenciadas Cristina Tenreyro y María Agostina Gerbaudo por sus contribuciones durante las reuniones de discusión sobre el material revisado.

Financiación: El presente artículo fue financiado por el proyecto de investigación UBACyT 20020220200070BA de la Universidad de Buenos Aires (RESCS-2023-1384-E-UBA-REC).

Las crisis funcionales/disociativas (CFD) son eventos involuntarios y abruptos de alteración en el funcionamiento normal, que involucran una reducción del autocontrol. Son limitados en el tiempo y se caracterizan por manifestaciones motoras, sensoriales y mentales (Brown y Reuber, 2016b). Además, las CFD son un tipo de trastorno neurológico funcional (TNF) (American Psychiatry Association, 2022). Los TNFs se caracterizan por

síntomas sensoriales o motores anormales que se consideran incompatibles con una enfermedad neurológica (Canna y Seligman, 2020).

Las CFD se asemejan superficialmente a una crisis epiléptica, pero sus causas no se asocian a actividad cerebral epileptiforme (Goldstein et al., 2020). El diagnóstico se confirma a través del método de video-electroencefalograma (VEEG, el método *gold standard*), luego de haber excluido otras causas médicas de las crisis (ej. síncope, epilepsia) (Garg et al., 2021; Goldstein y Mellors, 2012). Las CFD tienen un impacto significativo en la calidad de vida, afectando el funcionamiento social, psicológico y la situación financiera de las personas (Karakis et al., 2014; Myers et al., 2012). Existen diversas teorías psicopatológicas que intentan explicar la etiopatogenia de las CFD, considerando diferentes mecanismos psicológicos en su origen y mantenimiento, como la disociación o la conversión (Brown y Reuber, 2016b; Popkiv et al., 2019; Reuber y Brown, 2017).

La denominación de las CFD aún es motivo de discusión, recibiendo diferentes nombres como “crisis histéricas”, “crisis psicógenas”, “crisis no epilépticas” o “pseudocrisis” (Bodde et al., 2009). En las últimas décadas el término más comúnmente utilizado en el ámbito científico ha sido “crisis no epilépticas psicógenas” (Brigo et al., 2015; Kerr y Stern, 2020). Esta denominación ha sido considerada imprecisa y estigmatizante ya que ha sido acuñada en centros especializados en epilepsia y definida por la negativa, es decir, aludiendo a aquello que no es (Kern y Stern, 2020). Por este motivo, se han propuesto otras denominaciones tales como “crisis funcionales” (Asadi-Pooya et al., 2020) o “crisis disociativas” (Goldstein et al., 2015; Kerr y Stern, 2020). En este escrito se ha optado por la denominación “crisis funcionales/disociativas” (CFD) en consonancia con las últimas discusiones en el área.

La incidencia de las CFD en la población general se estima en 3.1 cada 100.000 habitantes (Asadi-Pooya, 2021). Esta cifra aumenta en centros especializados en epilepsia donde cerca del 20% de los pacientes referidos por epilepsia resistente son diagnosticados con CFD (Asadi-Pooya y Sperling, 2015). Además, se ha encontrado que el 22% de las personas con CFD presenta comorbilidad con epilepsia (Kutlubaev et al., 2018). La comorbilidad con otros trastornos mentales suele ser frecuente, principalmente con los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos de la personalidad (Diprose et al., 2016; Scévola et al., 2021). De esta manera, los pacientes con CFD conforman un grupo heterogéneo, resaltando la importancia del abordaje interdisciplinario para el adecuado diagnóstico y tratamiento (López y LaFrance, 2022; McKee et al., 2018).

El tratamiento de primera elección para los pacientes con CFD es la psicoterapia (La France et al., 2013). En los últimos años se han desarrollado diferentes tratamientos e intervenciones psicológicas, siendo las intervenciones cognitivo-conductuales y las psicodinámicas las más estudiadas (Carlson y Perry, 2017; Gasparini et al., 2019; Haritsa et al., 2021). Las intervenciones cognitivo-conductuales refieren a un enfoque terapéutico que combina la terapia cognitiva y la conductual, centradas en identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos y distorsionados, así como en modificar conductas problemáticas (Hofman, 2012). Por otra parte, las intervenciones psicodinámicas buscan explorar las influencias inconscientes en el pensamiento y el comportamiento, centrándose en comprender y abordar conflictos emocionales y patrones de relación que pueden tener raíces en experiencias pasadas (Kriz, 2001). Asimismo, otras intervenciones estudiadas han sido las que podrían denominarse “eclécticas”. El eclecticismo en psicoterapia implica la ausencia de adherencia a una única escuela teórica, optando en cambio por seleccionar la técnica que se considere más efectiva para un cliente o paciente específico. Desde esta perspectiva, otras formas de psicoterapia se perciben como fuentes de procedimientos terapéuticos que pueden enriquecer la práctica (Korman, 2010).

La diversidad de enfoques terapéuticos en este campo ha derivado en una serie de revisiones sistemáticas y metaanálisis con el objetivo de discutir sus resultados. Martlew et al. (2014) revisaron la eficacia de las intervenciones psicológicas para pacientes adultos con CFD y concluyeron que la evidencia disponible aún es escasa. Sin embargo, consideran que las terapias cognitivo-conductuales (TCC) podrían ser beneficiosas para la reducción de las crisis. El metaanálisis de Carlson y Perry (2017), en la misma línea, reporta que las intervenciones psicológicas son efectivas en la reducción de la frecuencia de las CFD; sin embargo, estos autores no incluyeron información acerca de las medidas de seguimiento de las intervenciones. Por su parte, Gutkin et al. (2021) revisaron las intervenciones cognitivo-conductuales y psicodinámicas para personas con TNF y concluyeron que la calidad de los estudios es todavía baja y, al igual que Carlson y Perry (2017), no incluyeron medidas de seguimiento. No obstante, concluyen que los tratamientos cognitivo-conductuales y psicodinámicos pueden ser efectivos para pacientes con TNF.

El metaanálisis más reciente sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos para las CFD (Gaskell et al., 2023) fue el primero en evaluar otras medidas de resultado además de las referidas específicamente a las crisis, como la sintomatología psiquiátrica, la calidad de vida y el funcionamiento general, sugiriendo que sean

consideradas como resultados primarios de las intervenciones. Además, concluyeron que los tratamientos psicológicos son efectivos para la mejoría del funcionamiento psicosocial del paciente. A diferencia de los estudios anteriores, incluyeron medidas de seguimiento y hallaron que los tratamientos con una mayor cantidad de sesiones tienden a presentar mejores resultados.

Todas estas revisiones sobre las CFD y los TNF coinciden en la gran heterogeneidad que presentan los estudios. Además, comparten la conclusión de que el campo todavía se encuentra en desarrollo y que, por lo tanto, la calidad metodológica de los estudios incluidos es baja. Si bien estas revisiones proporcionan información valiosa acerca de los tratamientos actuales, no abordan aspectos importantes que pueden ser de utilidad al momento de considerar elementos que podrían influir en los tratamientos psicológicos, como el contexto cultural de los pacientes o su ocupación.

El objetivo de esta revisión consistió en sintetizar las intervenciones psicológicas disponibles para personas adultas que padecen CFD y sus principales resultados. Se considera relevante presentar este artículo en idioma español ya que, hasta el momento, no se han encontrado revisiones sistemáticas sobre este tema en dicho idioma y, por lo tanto, podría brindar información relevante para la práctica clínica de los profesionales de la salud de habla hispana.

Método

Procedimiento

Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021).

Los criterios de inclusión de los artículos fueron: (a) estudios acerca de intervenciones psicológicas, tanto de formato individual como grupal, sin límite de sesiones, para personas mayores de 18 años con diagnóstico de CFD, con o sin comorbilidad con crisis epilépticas. De acuerdo con Norcross (1990) se consideró una intervención psicológica como “la aplicación intencional e informada de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos, con el fin de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones y otras características personales en la dirección que los participantes consideren deseable” (p. 218); (b) estudios que incluyan participantes con diagnóstico de CFD confirmado. En los casos en que fuese posible, que el diagnóstico de CFD se confirmara mediante VEEG, observación directa, o visualización de videos de las crisis por parte de expertos si-

guiendo los requerimientos mínimos para el diagnóstico de CFD (LaFrance et al., 2013); (c) estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos, de corte temporal transversal o longitudinal, publicados entre los años 2010 y 2022 en idioma español, inglés, francés o portugués; (d) estudios con al menos una de las siguientes medidas de resultado de la intervención psicológica: frecuencia de las crisis, calidad de vida, declaraciones subjetivas de los pacientes con respecto a sus crisis, o resultados sobre sintomatología asociada a trastornos mentales en general.

Se excluyeron: (a) estudios orientados a pacientes con discapacidad intelectual; (b) estudios que incluyeran pacientes con síntomas psicóticos o crisis epilépticas únicamente; (c) estudios centrados en las perspectivas de los profesionales de la salud; (d) estudios de caso único; y (e) capítulos de libros, resúmenes de conferencias, posters, notas o cartas a revistas científicas.

Para la recolección de los datos se realizó una búsqueda el día 10 de febrero de 2022, la cual se actualizó en octubre de 2024 en las bases de datos Cochrane Library, PubMed, SciELO, Lilacs, Dialnet y Science Direct. Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: (PNES OR psychogenic non epileptic seizure* OR dissociative seizure* OR functional neurological disorder OR pseudoseizure*) AND (psychotherapy* OR treatment* OR intervention). En caso de que el buscador lo permitiera, se aplicaron filtros de años de publicación (artículos publicados a partir de 2010) e idioma (español, inglés, francés y portugués).

Registro y protocolo

El protocolo se encuentra publicado en *International Prospective Register Of Systematic Reviews* (PROSPERO), bajo el código 2020 CRD42020207281. Se realizaron algunas modificaciones respecto al protocolo original: se optó por ampliar el intervalo temporal (2010 a 2024) para asegurar que la información incluida estuviera actualizada. Asimismo, con el objetivo de efectuar un análisis más representativo de la realidad clínica de la población con CFD, se decidió incluir artículos que realizaran una intervención con personas que también presentaran crisis epilépticas comórbidas. Por último, si bien en el protocolo se detallaron los datos que se extraerían de cada uno de los artículos, en este escrito no se reportó la totalidad de ellos considerando que excedían el objetivo de esta revisión.

Análisis de los datos

Los resultados arrojados en la búsqueda se cargaron en el gestor bibliográfico *EndNote X9*, donde se elimi-

naron duplicados. Luego se revisó el título y el resumen de cada uno de los artículos. Aquellos que de manera clara no cumplían los criterios de inclusión fueron eliminados y los que sí lo hicieron fueron leídos por completo. Además, dos de las autoras (CW, LGM) revisaron, de manera paralela, las referencias de los artículos obtenidos con el objetivo de buscar información adicional. Luego se contrastaron los artículos seleccionados y se llegó a un listado final; este proceso fue supervisado por otro autor (GPK), quien colaboró en la discusión y resolvió conflictos.

Una vez obtenidos los artículos se procedió a la extracción de datos. De cada artículo se obtuvo la siguiente información: (1) características del estudio: autor, año, revista, título, país de realización, DOI, tipo de estudio, diseño, período de recolección de datos, aleatorización, presencia de grupo control, nomenclatura utilizada para denominar las crisis, instrumentos utilizados y tiempos de la medición; (2) características de la muestra: criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral, edad, sexo, empleo, comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad con epilepsia y etnia; (3) características de la intervención: denominación de la intervención, formato (individual o grupal), duración, seguimiento luego de la intervención, descripción de la intervención, presencia de manual de la intervención y modelo teórico; (4) medidas de resultados: frecuencia de las crisis, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, calidad de vida, síntomas disociativos y somáticos, y TEPT; (5) resultados obtenidos de las medidas reportadas con mayor frecuencia, teniendo en cuenta el conjunto de los estudios.

Para considerar el modelo teórico de las intervenciones se tuvo en cuenta si los autores de los estudios lo reportaban explícitamente. En caso contrario, se realizó una lectura detallada de las características de la intervención, se consultaron las referencias teóricas y los tipos de técnicas utilizadas. Así, se asignaron los estudios a tres categorías de modelos teóricos establecidas por los autores de esta revisión: “Terapias Cognitivo-conductuales y Contextuales (TCC-C)”, “Psicodinámico” y “Ecléctico”. Dentro de la categoría TCC-C se incluyeron las intervenciones cognitivo-conductuales estándar, las intervenciones basadas en mindfulness, y las intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Las intervenciones clasificadas dentro de un modelo teórico “Ecléctico” son aquellas que incorporan técnicas de modelos diversos (como TCC-C, psicodinámicos, entrevista motivacional, intervenciones vínculares, intervenciones centradas en el cuerpo) o aquellas que definen su intervención como integrativa o ecléctica.

Para la extracción de datos, los artículos se dividieron en tres grupos. Tres equipos de investigadores (GPK y

MP; MS, AL y MMAP; CW y LGM) trabajaron de manera independiente dentro de sus grupos para extraer la información de cada artículo utilizando una planilla diseñada específicamente para esta revisión. Posteriormente, se compararon los datos extraídos, se discutieron las discrepancias y se elaboró una planilla final consensuada.

Para la evaluación de la calidad de los estudios se usó el instrumento creado por Brown y Reuber (2016a), específico para estudios realizados en pacientes con CFD y que ya se ha utilizado en otras revisiones (Williams et al., 2018). El instrumento fue adaptado para incluir los estudios con una muestra pequeña, y así lograr una mejor representatividad de la investigación en tratamientos. Se consideraron los siguientes criterios: (1) el diagnóstico de CDF se confirmó mediante VEEG (sí / no); (2) se confirmó de manera explícita que los participantes no tuvieran epilepsia (sí / no); (3) se incluyó una referencia explícita de un proceso que permita distinguir las CDF de ataques de ansiedad (mediante el uso de criterios diagnósticos para trastorno de conversión, una evaluación psiquiátrica o la presencia de alteración de la conciencia) (sí / no); (4) el muestreo fue consecutivo (sí / no).

Si el artículo incluía grupo control, también se evaluó: (a) si los grupos eran comparables (sí / no), definido como $\leq 10\%$ de diferencia en el sexo y una diferencia de edad ≤ 5 años y (b) si explícitamente se excluyó a los pacientes con CDF del grupo control (sí / no). Además, se evaluó si las variables dependientes fueron estandarizadas (sí / no). El tamaño de la muestra se calificó como bueno ($n \geq 64$), moderado ($n = 26-63$) y pobre ($n = 2-25$). La calidad del estudio se calificó en función de la proporción de ítems puntuados con “sí” y el tamaño de la muestra: calidad alta ($\geq 80\%$ “sí” y buen tamaño de muestra), calidad media (50-79% “sí” y al menos tamaño de muestra moderado) o calidad baja ($< 49\%$ “sí” y tamaño de muestra pobre).

Para realizar la evaluación de la calidad de los estudios, se utilizaron los mismos grupos de investigadores que extrajeron la información de los artículos. Cada miembro del grupo evaluó la calidad de manera independiente, luego se compararon las puntuaciones obtenidas y, en caso de discrepancia, se discutió para llegar a un acuerdo (de no ser posible, un tercer investigador, GPK, resolvió las diferencias).

Los tamaños del efecto para las principales medidas de resultado (frecuencia de las crisis, presencia de depresión, presencia de ansiedad y calidad de vida) se calcularon considerando las medidas de tendencia central y de variancia reportadas en cada estudio. Para los trabajos que incluían dos o más grupos de comparación y mediciones antes y después de la intervención, así como para los estu-

dios con mediciones pre y post intervención reportadas para un único grupo, se calculó la d de Cohen o la correlación r de Wilcoxon utilizando los valores reportados de las medias y desviaciones estándar, o bien de las medianas y rangos, respectivamente. Cuando fue posible, se calculó el tamaño del efecto considerando los tiempos de medición correspondientes a las evaluaciones realizadas en seguimientos. La magnitud del efecto se clasificó como baja ($d \leq 0.20$ o $r \leq 0.10$), moderada ($0.30 \leq d \leq 0.70$ o $0.20 \leq r \leq 0.40$) y alta ($d \geq 0.80$ o $r \geq 0.50$). En algunos estudios, no fue posible calcular el tamaño del efecto.

Resultados

Selección de los estudios

La información acerca del proceso de búsqueda y selección de los estudios se sintetiza en la Figura 1. Luego de realizar la búsqueda, se identificaron 5543 registros en las bases de datos. No se identificaron registros en otras fuentes. Despues de eliminar duplicados se obtuvieron un total de 5142 registros. Luego de revisar título y resumen se eliminaron aquellos que claramente no se

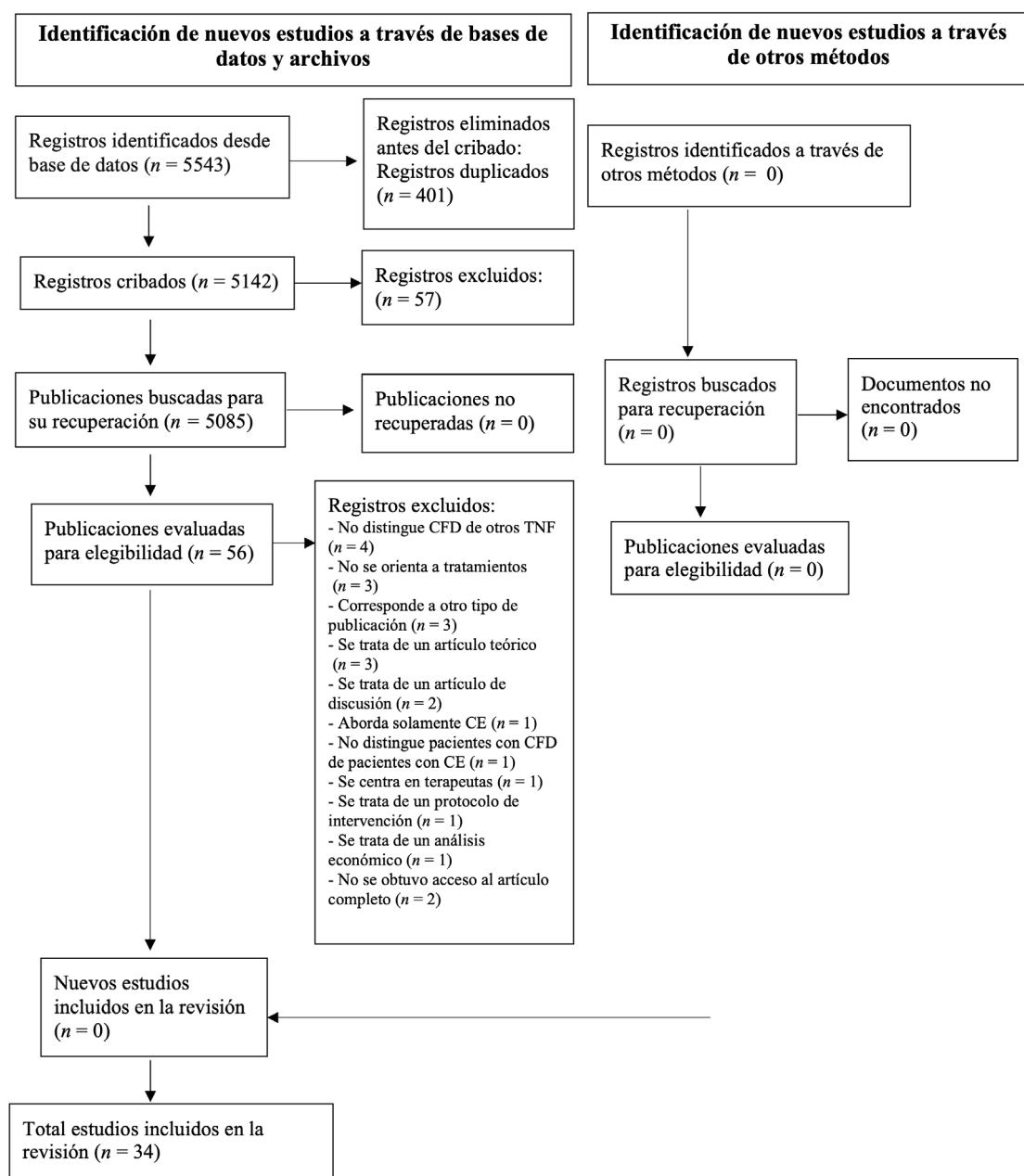


Figura 1. Proceso de búsqueda y selección.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión

ID	Autor y año	País	Contexto de intervención	Disenó [medidas] y seguimiento	Modelo teórico, [duración] y formato	Calidad	Tamaño muestral (inicial y final) (1)	Media edad [rango] % mujeres	Pacientes con epilepsia comórbida	Método para realizar diagnóstico
1	Barret-Naylor et al. (2018)	Reino Unido	NR	Sin grupo control Pre-intervención; Post-intervención Con seguimiento (1 mes)	TCC-C [6 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 6$ $N_{fin} = 6$	$M_{edad} = 45.3 [24-69]$ 83,3% mujeres	NR	NR
2	Baslet et al. (2015)	Estados Unidos	University of Illinois Medical Center, Chicago, Illinois	Sin grupo control Pre-intervención; Medidas durante la intervención; Post-intervención Sin seguimiento	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 6$ $N_{fin} = 6$	$M_{edad} = 39.7 [18-59]$ 100% mujeres	16,7%	VEEG o EEG ictal
3	Baslet et al. (2020) ⁽²⁾	Estados Unidos	Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts	Sin grupo control Pre-intervención; Medidas durante la intervención; Post-intervención Sin seguimiento	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 49$ $N_{fin} = 26$	$M_{edad} = 46.4 [NR]$ 88,5% mujeres	11,5%	VEEG o EEG ictal
4	Baslet et al. (2022) ⁽²⁾	Estados Unidos	Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts	Sin grupo control Pre-intervención; Medidas durante la intervención; Post-intervención Con seguimiento (3 y 6 meses)	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 26$ $N_{fin} = 14$	$M_{edad} = 46.4 [NR]$ 88,5% mujeres	NR	VEEG o EEG ictal
5	Berry et al. (2020)	Reino Unido	National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London	Sin grupo control Pre-intervención; Post-intervención Sin seguimiento	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 14$ $N_{fin} = 14$	$M_{edad} = 42.6 [28-57]$ 66,7% mujeres	100%	VEEG o consenso clínico
6	Cope et al. (2017)	Reino Unido	St. George's Hospital, London	Sin grupo control Pre-intervención; Post-intervención Con seguimiento	TCC-C [3 sesiones] Grupal	Baja	$N_{ini} = 25$ $N_{fin} = 19$	$M_{edad} = 34.3 [18-46]$ 84% mujeres	36%	Evaluación clínica de neurológos
7	Deleuran et al. (2019)	Dinamarca	Epilepsy Clinic, Rigshospitalet-Glostrup	Sin grupo control Pre-intervención Con seguimiento (12 y 24 meses)	TCC-C [10 a 15 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 242$ $N_{fin} = 42$	$M_{edad} = 36 [NR]$ 85,7% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico
8	Goldstein et al. (2010)	Reino Unido	Neuropsychiatry Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London	RCT Con grupo control Pre-intervención; Post-intervención Con seguimiento (6 meses)	TCC-C [12 sesiones] Individual	Media	$N_{ini} = 66$ $N_{fin} = 64$	$M_{edad} = 36.67 [NR]$ 78,1% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico
9	Goldstein et al. (2020) ⁽²⁾	Reino Unido	27 servicios de neurología de Inglaterra, Escocia y Gales	RCT Con grupo control Pre-intervención Con seguimiento (6 y 12 meses)	TCC-C [12 sesiones] Individual	Media	$N_{ini} = 368$ $N_{fin} = 313$	$M_{edad} = 37.5 [18-78]$ 72,3% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión (cont.)

ID	Autor y año	País	Contexto de intervención	Diseño [medidas] y seguimiento	Modelo teórico, [duración] y formato	Calidad	Tamaño muestral (inicial y final)	Media edad [rango] % mujeres	Pacientes con epilepsia comórbida	Método para realizar diagnóstico
10	Goldstein et al. (2022) ⁽²⁾	Reino Unido	27 servicios de neurología de Inglaterra, Escocia y Gales	RCT Con grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (6 meses)	TCC-C [12 sesiones] Individual	Media N _{ini} = 368 N _{fin} = 323	M _{edad} = 37.5 [18-78] 72.3% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico	
11	Labudda et al. (2020)	Alemania	The Mara, Epilepsy Center Bethel, Bielefeld	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención; Con seguimiento (6 meses)	TCC-C [variable] Mixto	Baja N _{ini} = 80 N _{fin} = 55	M _{edad} = 33.8 [NR] 75% mujeres	28.7%	VEEG o consenso clínico	
12	LaFrance et al. (2014)	Estados Unidos	Rhode Island Hospital, Providence, Rhode Island	RCT Con grupo control [Pre-intervención; Medidas durante la intervención; Post-intervención] Sin seguimiento	TCC-C [12 sesiones] Individual	Media N _{ini} = 39 N _{fin} = 34	M _{edad} = 39.46 [NR] 91.2% mujeres	NR	VEEG o EEG ictal	
13	LaFrance et al. (2020)	Estados Unidos	Providence Veterans Affairs Medical Center (PVAMC), Providence, Rhode Island	Sin grupo control [Pre-intervención; Medidas durante la intervención; Post-intervención] Sin seguimiento	TCC-C [12 a 15 sesiones] Individual	Baja N _{ini} = 32 N _{fin} = 27	M _{edad} = 49.4 [NR], 15.6% mujeres	6.3%	VEEG o EEG ictal	
14	Myers et al. (2017)	Estados Unidos	NR	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (variable, de 1 a 34 meses)	TCC-C [12 a 15 sesiones] Individual	Baja N _{ini} = 16 N _{fin} = 16	M _{edad} = 42.8 [20-66] 81.2% mujeres	NR	VEEG o EEG ictal	
15	Sarudiansky et al. (2020)	Argentina	Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía", Buenos Aires	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Sin seguimiento	TCC-C [3 sesiones] Grupal	Baja N _{ini} = 12 N _{fin} = 12	M _{edad} = 30.7 [18-57] 83.3% mujeres	16.1%	VEEG o EEG ictal	
16	Sharpe et al. (2011)	Reino Unido	Servicios de neurología del Scottish National Health Service (Edinburgh y Glasgow)	Con grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (3 y 6 meses)	TCC-C [4 sesiones] Individual	Baja N _{ini} = 127 N _{fin} = 125	M _{edad} = 42.5 [NR] 70.9% mujeres	NR	Evaluación clínica de neurológos	
17	Strelizov et al. (2022)	Estados Unidos	Dartmouth-Hitchcock Epilepsy Center, Lebanon, New Hampshire	Sin grupo control [Pre-intervención; Medidas durante la intervención] Con seguimiento (1 mes)	TCC-C [8 sesiones] Grupal	Baja N _{ini} = 6 N _{fin} = 6	M _{edad} = 36.2 [23-48] 100% mujeres	0%	VEEG o EEG ictal	
18	Tilahun et al. (2021)	Estados Unidos	NR	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Sin seguimiento	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja N _{ini} = 64 N _{fin} = 37-10 ⁽³⁾	M _{edad} = 36.3 [NR] 73.4% mujeres	0%	NR	
19	Tolchin et al. (2019)	Estados Unidos	Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts	RCT Con grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (4 meses)	TCC-C [12 sesiones] Individual	Baja N _{ini} = 60 N _{fin} = 55	M _{edad} = 40.2 [NR] 81.7% mujeres	NR	VEEG o consenso clínico	

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión (cont.)

ID	Autor y año	País	Contexto de intervención	Diseño [medidas] y seguimiento	Modelo teórico, [duración] y formato	Calidad	Tamaño muestral (inicial y final)	Media edad [rango] % mujeres	Pacientes con epilepsia comórbida	Método para realizar diagnóstico
20	Baxter et al. (2012)	Reino Unido	3 servicios de neurología de Reino Unido	Sin grupo control [Post-intervención] Sin seguimiento	Psicodinámico [4 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 12$ $N_{fn} = 12$	$M_{edad} = 36.5 [19-54]$ 66,7% mujeres	NR	VEEG o consenso clínico
21	Chen et al. (2014)	Estados Unidos	Michael E. DeBakey VA Medical Center, Houston, Texas	RCT Con grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (3 y 6 meses)	Psicodinámico [3 sesiones] Grupal	Media	$N_{mi} = 64$ $N_{fn} = 43$	$M_{edad} = 50.7 [NR]$ 25% mujeres	0%	VEEG o EEG ictal
22	Hubschmid et al. (2015)	Suiza	Neurology Department, Lausanne University Hospital	Con grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (2, 6 y 12 meses)	Psicodinámico [4 a 6 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 23$ $N_{fn} = 21$	$M_{edad} = 34.5 [NR]$ 76,2% mujeres	0%	VEEG o EEG ictal
23	Malda Castillo et al. (2022)	Reino Unido	Mersey Care NHS Foundation Trust, Merseyside	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (1 mes)	Psicodinámico [3 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 18$ $N_{fn} = 17$	$M_{edad} = 37.7 [22-60]$ 89% mujeres	0%	Evaluación clínica de neurológos
24	Mayor et al. (2010)	Reino Unido	Royal Hallamshire Hospital, Sheffield. Barnsley District General Hospital, Barnsley	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (12 a 65 meses)	Psicodinámico [19 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 73$ $N_{fn} = 47$	$M_{edad} = 45 [20-68]$ 70,2% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico
25	Mayor et al. (2013)	Reino Unido	Royal Hallamshire Hospital, Sheffield. University Hospital of Wales, Cardiff. St George's Hospital, London	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (3 meses)	Psicodinámico [4 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 29$ $N_{fn} = 13$	$M_{edad} = 37 [23-38]$ 76% mujeres	NR	VEEG o consenso clínico
26	de Santos et al. (2014)	Brasil	Grupo de Epilepsia del Hospital Universitario Terciario, Universidad de São Paulo	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (12 meses)	Psicodinámico [48 sesiones] Individual	Baja	$N_{mi} = 37$ $N_{fn} = 37$	$M_{edad} = 32 [11-59]$ 90,6% mujeres	27%	VEEG o EEG ictal
27	Russell et al. (2016)	Canadá	The Centre for Emotions and Health, Queen Elizabeth II Health Science Centre, Halifax.	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (3 años)	Psicodinámico [variable] Individual	Baja	$N_{mi} = 28$ $N_{fn} = 11$	$M_{edad} = NR [NR]$ 57,14% mujeres	NR	VEEG o EEG ictal
28	Wiseman et al. (2016)	Reino Unido	Sheffield Teaching Hospitals (STH), Nottingham University Hospital, Huddersfield and Calderdale NHS Foundation Trust, y Derby Hospitals Foundation Trust	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Sin seguimiento	Psicodinámico [4 sesiones] NR	Baja	$N_{mi} = 25$ $N_{fn} = 19$	$M_{edad} = 41.8 [NR]$ 52% mujeres	8%	VEEG o consenso clínico

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión (cont.)

ID	Autor y año	País	Contexto de intervención	Diseño [medidas] y seguimiento	Modelo teórico, [duración] y formato	Calidad (1)	Tamaño muestral (initial y final)	Media edad [rango] % mujeres	Pacientes con epilepsia comórbida	Método para realizar diagnóstico
29	Ben-Naim et al. (2020)	Israel	Neuropsychiatry clinic, Hadassah Medical Center, Jerusalem	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (2, 6 y 12 meses)	Eclectico [12 meses a 4 años] Individual	Baja	$N_{ini} = 22$ $N_{fin} = 11$	$M_{edad} = 31.3$ [16-57] 68.2% mujeres	40.9%	VEEG o EEG ictal
30	Bhattacharjee y Chakrabort (2022)	India	NR	Sin grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (6 meses)	Eclectico [10 sesiones] NR	Baja	$N_{ini} = 16$ $N_{fin} = 16$	$M_{edad} = 37.9$ [18-58] 75% mujeres	NR	NR
31	Duncan et al. (2016)	Reino Unido	No especifica	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (6 meses, 3 años)	Eclectico [10 sesiones] Individual	Baja	$N_{ini} = 89$ $N_{fin} = 32$	$M_{edad} = 38.7$ [NR] 80.9% mujeres	11.1%	VEEG o EEG ictal
32	Libon et al. (2019)	Estados Unidos	Departments of neurology and psychiatry, University of Colorado Hospital, Colorado	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (3 y 6 meses)	Eclectico [21 sesiones] Grupal	Media	$N_{ini} = 106$ $N_{fin} = 89$	$M_{edad} = 40$ [NR] 73.6% mujeres	23.6%	VEEG o EEG ictal
33	Metin et al. (2013)	Turquia	No especifica	Sin grupo control [Pre-intervención] Con seguimiento (1, 2, 3, 4, 6, 8 y 12 meses) (Pre-intervención; Post-intervención)	Eclectico [12 sesiones] Grupal	Baja	$N_{ini} = 9$ $N_{fin} = 9$	$M_{edad} = 22.5$ [16-43] 88.9% mujeres	NR	VEEG o EEG ictal
34	Senf-Bechenbach et al. (2022)	Alemania	Charité University Medicine, Berlin	RCT Con grupo control [Pre-intervención; Post-intervención] Con seguimiento (2 semanas y 6 meses)	Eclectico [10 sesiones] Grupal	Media	$N_{ini} = 42$ $N_{fin} = 25$	$M_{edad} = 34.8$ [NR] 86.5% mujeres	0%	VEEG o consenso clínico

Nota. TCC-C = Terapias Cognitivo-conductuales y Contextuales; NR = No reporta; VEEG = Video-electroencefalograma; EEG = Electroencefalograma.

Pre-intervención = Medición tomada antes del comienzo de la intervención; Post-intervención = Medición tomada inmediatamente después de la finalización de la intervención; Seguimiento = Medición/es tomadas con posterioridad a la finalización de la intervención.

(1) $N_{initial}$ (N_{ini}) = Tamaño muestral reportado en el primer tiempo de medición; N_{final} (N_{fin}) = Tamaño muestral reportado en el último tiempo de medición. (2) Utilizan la misma muestra de participantes. (3) El tamaño muestral varía en este rango según la medida de resultado.

ajustaban a los criterios de inclusión por no encontrarse relacionados con los objetivos de esta revisión; los 56 estudios que sí lo hicieron fueron leídos en su totalidad. Finalmente, se analizó la información de 34 artículos que se ajustaban a los criterios de inclusión.

La síntesis general de las características de los estudios reportados en esta revisión se resume en la Tabla 1.

Características de los estudios

Se identificaron siete artículos (20.6%) en los que se realizaron estudios randomizados y controlados (RCT, por sus siglas en inglés), dos de los cuales recolectaron medidas de resultado sobre la misma muestra. Todos los artículos excepto uno reportaron medidas tomadas antes del comienzo de la intervención. Además, en el 61.8% de los estudios se tomaron medidas al terminar la intervención y en el 73.5% se reportaron medidas tomadas en seguimientos. Mayormente, los períodos de seguimiento abarcaron entre un mes y doce meses, mientras que dos estudios realizaron seguimientos a tres años y uno a cinco años.

La mayoría de los estudios (70.6%) fueron realizados en el Reino Unido y los Estados Unidos. El resto de los estudios se realizaron en distintos países de Europa, India, Medio Oriente, Canadá y Sudamérica. Solo un estudio fue realizado en un país hispanohablante (Argentina).

Para realizar el diagnóstico de las CFD, el 47.1% de los estudios informó la utilización del VEEG o el EEG ictal. En el 35.3% de los estudios se utilizaron de manera alternada el VEEG y el consenso clínico, y el 8.8% de los estudios utilizaron la evaluación del neurólogo como criterio diagnóstico.

Características de los participantes

Excluyendo los dos estudios que recolectaron medidas sobre una misma muestra (ver Tabla 1), participaron un total de 1805 personas. En cuanto al tamaño muestral, en el 11.8% de los artículos participaron menos de 10 personas; en el 47.1% entre 10 y 30; en el 32.4% entre 31 y 100; y en el 8.8% más de 100. Los promedios de edad de los participantes reportados en los artículos oscilaba entre 22.5 y 50.8 años. El promedio ponderado de las edades, considerando los tamaños muestrales, es de aproximadamente 38.6 años. En cuanto al sexo de los participantes en su mayoría eran mujeres (76.3%). En efecto, en el 41.2% de los estudios la proporción de mujeres superaba el 80%, mientras que solo dos estudios (Chen et al, 2014; LaFrance et al, 2020) reportaron una mayoría de participantes hombres. En cuanto a la ocupación de los participantes, este dato fue reportado en el 61.7% de los estudios, variando la tasa de desempleo entre el 33.3 y 100%. En el 35.3% de los estudios se incluyeron pacientes con cri-

sis mixtas (comorbilidad epilepsia/CFD), conformando el 6.4% ($n = 115$) del total de los participantes incluidos en los estudios. Asimismo, el 35.3% de los estudios reportaron la etnicidad o aspectos culturales de los participantes, utilizando categorías basadas en el origen étnico como “caucásico”; “latinoamericano”, “árabe”, “black caribbean”; o bien categorías religiosas como “judíos” o “budistas”.

Características de las intervenciones

Las intervenciones presentadas en esta revisión tienen diferentes características en cuanto a su formato. La mayoría de ellas (73.5%) utilizaron un formato individual.

La duración de las intervenciones osciló entre 3 y 48 sesiones; un estudio informó que su duración variaba entre 2 meses y 4 años, sin especificar el número de sesiones. En particular, el 11.8% de los estudios incluyó intervenciones de tres sesiones, el 20.6% entre cuatro y nueve sesiones, el 50% entre 10 y 15 sesiones, el 8.8% más de 15 sesiones, y el 5.8% mostró una duración variable (es decir, aquellos estudios cuyos participantes no recibieron la misma cantidad de sesiones). Además, el 52.9% de los estudios reportó el uso de manuales o guías para implementar la intervención.

Respecto del marco teórico, la mayoría de las intervenciones (58.9%) se basó en TCC-C, mientras que el 26.5% se basó en marcos psicodinámicos/interpresa-les y el 25% en modelos eclécticos.

Calidad de los estudios

Tal como se mencionó anteriormente en el apartado de Análisis de Datos, para la evaluación de la calidad de los estudios se consideraron los criterios propuestos por Brown y Reuber (2016a). En la Tabla 1 se detalla la calificación global de la calidad de cada uno de los estudios. De todos los estudios incluidos, el 79.4 % presentaron baja calidad, mientras que el resto calificaron de calidad media. Teniendo en cuenta la calificación según el modelo teórico, el 78.9 % de los estudios TCC-C presentaron calidad baja, al igual que el 88.8% de los estudios Psicodinámicos, y el 66.6% en los estudios Eclécticos.

Medidas y principales resultados

Medidas de resultados. Todos los estudios utilizaron más de una medida de resultados para evaluar la respuesta a las intervenciones aplicadas. Sin embargo, dichas medidas varían entre los estudios. Las principales medidas de resultados que reportaron los estudios fueron: frecuencia de las crisis (79.4%), sintomatología depresiva (58.8%), sintomatología ansiosa (50%), calidad

de vida (38.2%), disociación/síntomas somáticos (29.4%) y sintomatología propia del TEPT (11.7%).

Las principales medidas de resultados reportadas (es decir, aquellos que se encuentran evaluados en más del 40% de los estudios: frecuencia de las crisis, sinto-

matología ansiosa y depresiva), así como los instrumentos de medición utilizados se detallan en la Tabla 2. Además, en línea con el metaanálisis más reciente (Gaskell et al., 2023) se incluyeron resultados sobre la calidad de vida.

Tabla 2.
Instrumentos de evaluación y tamaños del efecto de los principales resultados reportados

Variable	[ID] Autor y año	Instrumentos	Tamaño del efecto	
			Post tratamiento	Seguimiento
Frecuencia de las crisis	[1] Barret-Naylor et al. (2018)	Autorreporte de crisis	-0.62	1sem = -0.66 1m = -0.75
	[2] Baslet et al. (2015)	Registro de crisis semanal sesión a sesión	NC	-
	[3] Baslet et al. (2020)	Registro de crisis semanal sesión a sesión	-0.20	-
	[4] Baslet et al. (2022)	Registro de crisis semanal sesión a sesión y autorreporte del paciente (promedio de crisis semanales en las últimas 4 semanas) en seguimiento	-0.36	3 a 6m = -0.15
	[5] Berry et al. (2020)	Autorreporte de crisis (nro. de crisis la semana anterior)	NC	-
	[6] Cope et al. (2017)	Autorreporte de crisis (frecuencia en las últimas 4 semanas)	NC	-
	[7] Deleuran et al. (2019)	Autorreporte (frecuencia mensual)	NC	-
	[8] Goldstein et al. (2010)	Diario de crisis	-0.22	6m = -0.22
	[9] Goldstein et al. (2020)	Autorreporte del paciente (frecuencia de crisis en las últimas 4 semanas)	-	6m = -0.98; 12m = -0.27
	[10] Goldstein et al. (2022)	Autorreporte del paciente (frecuencia de crisis en las últimas 4 semanas)	-	6m = -0.98
	[11] Labudda et al. (2020)	Pregunta por la frecuencia durante entrevista	NC	-
	[12] LaFrance et al. (2014)	Diario de crisis semanal	NC	-
	[13] LaFrance et al. (2020)	Diario de crisis semanal	NC	-
	[14] Myers et al. (2017)	Diario de crisis por sesión	-0.44	1 a 34m = -0.44
	[15] Sarudiansky et al. (2020)	Autorreporte de crisis (nro. de crisis en las últimas dos semanas)	-0.20	-
	[17] Streltzov et al. (2022)	Autorreporte de crisis (nro. de crisis en los últimos 30 días y 7 días)	-	1m = -0.81
	[18] Tilahun et al. (2021)	Autorreporte de crisis (crisis por día en los últimos 6 meses)	-0.31 ⁽¹⁾	-
	[19] Tolchin et al. (2019)	Autorreporte de crisis (crisis semanales)	-0.59	-
	[21] Chen et al. (2014)	Autorreporte de crisis (no especifica)	NC	-
	[24] Mayor et al. (2010)	Autorreporte de crisis mensuales (a pacientes y familiares)	-	12 a 65m = -0.02
	[25] Mayor et al. (2013)	Diario de crisis	-	0
	[26] de Oliveira Santos et al. (2014)	Entrevista	NC	-
	[28] Wiseman et al. (2016)	Diario de crisis/autorreporte	-0.50	-
	[29] Ben-Naim et al. (2020)	Diario de crisis	-0.88	Hasta 24m = -0.85
	[30] Bhattacharje y Chakrabort (2022)	No especifica	2.04	6m: 2.94
	[31] Duncan et al. (2016)	Consulta con el neurólogo	NC	NC
	[33] Metin et al. (2013)	Diario de crisis	-0.42	4 m = -0.59; 6 m = -0.46; 9 m = -0.59; 12 m = -0.64

Tabla 2.
Instrumentos de evaluación y tamaños del efecto de los principales resultados reportados (cont.)

Variable	[ID] Autor y año	Instrumentos	Tamaño del efecto	
			Post tratamiento	Seguimiento
Ansiedad	[1] Barret-Naylor et al. (2018)	DASS-21	-0.84	1sem = -0.96; 1m = -0.91
	[3] Baslet et al. (2020) (*)	DASS	-0.04	-
	[5] Berry et al. (2020)	GAD-7	-1.24	-
	[6] Cope et al. (2017)	GAD-7	-0.16	-
	[8] Goldstein et al. (2010)	HADS (subescala ansiedad)	-0.20	6m = -0.32
	[9] Goldstein et al. (2020) (*)	GAD-7	-	6m = 0.38; 12m = 0.18
	[10] Goldstein et al. (2022) (*)	GAD-7	-	6m = 0.37
	[11] Labudda et al. (2020)	STAI	NC	-
	[12] LaFrance et al. (2014)	BAI	-1.7 ⁽²⁾	-
	[13] LaFrance et al. (2020)	BAI	-0.53	-
	[15] Sarudiansky et al. (2020)	STAI - Estado	-0.49	-
		STAI - Rasgo	-0.43	
	[16] Sharpe et al. (2011)	HADS	-	3m = -0.36; 6m = -0.36
	[17] Streltzov et al. (2022)	GAD-7	-	1m = -0.52
	[18] Tilahun et al. (2021)	GAD-7	-0.34 ⁽¹⁾	-
	[27] Russell et al. (2016)	BSI	-0.50	-
	[30] Bhattacharje y Chakrabort (2022)	HARS	1.92	6m = 2.8
	[33] Metin et al. (2013)	STAI - Estado	-0.79	-
		STAI - Rasgo	-0.72	
Depresión	[1] Barret-Naylor et al. (2018)	DASS-21	-0.84	1sem = -0.96; 1m = -0.91
	[3] Baslet et al. (2020) (*)	BDI-II	-0.11	-
	[5] Berry et al. (2020)	PHQ-9	-0.83	-
	[6] Cope et al. (2017)	PHQ-9	-0.18	-
	[8] Goldstein et al. (2010)	HADS (subescala depresión)	-0.19	-0.32
	[9] Goldstein et al. (2020) (*)	PHQ-9	-	6m = 0.24; 12m = 0.17
	[10] Goldstein et al. (2022) (*)	PHQ-9	-	6m = 0.24
	[11] Labudda et al. (2020)	BDI-II	NC	-
	[12] LaFrance et al. (2014)	BDI-II	-1.2 ⁽²⁾	-
		HDS	-1.8 ⁽²⁾	
	[13] LaFrance et al. (2020)	BDI-II	-0.55	-
	[14] Myers et al. (2017)	BDI-II	-1.16	-
	[15] Sarudiansky et al. (2020)	BDI-II	-0.49	-
	[16] Sharpe et al. (2011)	HADS	-	3m = -0.29; 6m = -0.32
	[17] Streltzov et al. (2022)	PHQ-9	-	1m = -1.25
	[18] Tilahun et al. (2021)	PHQ-9	-0.30 ⁽¹⁾	-
	[22] Hubschmid et al. (2015)	MADRS	NC	NC
		BDI-II	NC	NC
	[27] Russell et al. (2016)	BSI	-0.50	-
	[30] Bhattacharje y Chakrabort (2022)	HDRS	1.75	2.45
	[33] Metin et al. (2013)	BDI-II	NC	-
	[34] Senf-Bechenbach et al. (2022)	PHQ-9	-0.31	-

Tabla 2.
Instrumentos de evaluación y tamaños del efecto de los principales resultados reportados (cont.)

Variable	[ID] Autor y año	Instrumentos	Tamaño del efecto	
			Post tratamiento	Seguimiento
Calidad de vida	[1] Barret-Naylor et al. (2018)	QOLIE-10	-0.98	1sem = -0.94; 1m = -1.07
	[3] Baslet et al. (2020) (*)	QOLIE-10	-0.82	-
	[9] Goldstein et al. (2020) (*)	SF-12v2 (CF y CM) EQ-5D-5L (VAS)	-	6m: CF = -0.22 CM = -0.23 EQ-5D-5L = -0.33 12m: CF = -0.27 CM = -0.16 EQ-5D-5L = -0.33
	[10] Goldstein et al. (2022) (*)	SF-12v2 (CF y CM) EQ-5D-5L (VAS)	-	6m: CF = -0.22 CM = -0.23 EQ-5D-5L = -0.33
	[12] LaFrance et al. (2014)	QOLIE-31	1.8 ⁽²⁾	-
	[13] LaFrance et al. (2020)	QOLIE-31	0.67	-
	[18] Tilahun et al. (2021)	QOLIE-10	-0.44 ⁽¹⁾	-
	[19] Tolchin et al. (2019)	QOLIE-10	-0.60	-
	[22] Hubschmid et al. (2015)	SF-36	NC	NC
	[25] Mayor et al. (2013)	SF-36 (CF y CM)	-	CF = 0.15; CM = 0.09
[28] Wiseman et al. (2016)	NEWQOL6-D	0.14	-	
	EQ-5D	0		
[33] Metin et al. (2013)	SF-36	0.67	-	

Nota. m = mes/es; sem = semana/s. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder 7; DASS-21 = Depression, Anxiety, and Stress Symptoms scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; BSI = 53-item Brief Symptom Inventory; HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale; PHQ-9 = The Patient Health Questionnaire-9; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; HDS = Hamilton Depression Scale (HDS); MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; QOLIE-10 = Quality of Life in Epilepsy-10; SF-12-V2 = 12-item Short Form Health Survey-version 2; CF = Componente físico, CM = Componente mental; EQ-5D-5L = EuroQol 5-dimension 5-level; VAS = Escala visual analógica; QOLIE-31 = Quality of Life in Epilepsy Inventory 31; SF-36 = 36-Item Short Form Health Survey; NEWQOL6-D = 6-dimensions Quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy Instrument.

⁽¹⁾ Se reportan los datos del grupo “> 3-meses” ⁽²⁾ Se reportan los datos del grupo “CBT-IP”

Resultados según orientación teórica de la intervención

En relación con los estudios que implementaron una intervención con enfoque TCC-C, el 31.6% utilizó grupo control, el 68.4% realizó medidas pre y post-intervención y el 63.2% reportó medidas de seguimiento. El 78.9% tuvo un formato individual y la mayoría (57.9%) tuvo una duración de 12 sesiones. Respecto a las medidas de resultado, todos los estudios excepto uno (94.7%) midieron la frecuencia de las crisis, reportando principalmente efectos de magnitud moderada. El 73.7% de los estudios midieron sintomatología ansiosa, con tamaños de efecto principalmente pequeños y moderados,

mientras que el 78.9% midió sintomatología depresiva, con tamaños de efecto principalmente pequeños. En relación con la calidad de vida, el 42.1% de los estudios la evaluaron, con tamaños de efecto principalmente moderados y altos. En cuanto a los estudios que evaluaron intervenciones con enfoque Psicodinámico, en el 22.2% de ellos se utilizó un grupo control, en el 44.4% se realizaron mediciones pre y post-intervención y en el 77.8% se reportaron medidas de seguimiento. La mayoría de las intervenciones fueron individuales (77.8%) y sus duraciones variaron entre 3 y 48 sesiones, teniendo en cuenta el número mínimo y máximo reportado en este conjunto de estudios. En cuanto a las medidas de resultado, el

55.6% de los estudios midió la frecuencia de las crisis, observando tamaños de efecto que oscilaron entre bajos y moderados. En relación con la sintomatología psiquiátrica, solo un estudio (11.1%) evaluó la ansiedad, mientras que el 22.2% evaluó la depresión, encontrándose en ambos casos tamaños de efecto moderados. Finalmente, la calidad de vida fue medida por el 33.3% de los estudios, reportando todos ellos efectos de magnitud baja. Los estudios que emplearon intervenciones Eclécticas presentaron, en su mayoría, diseños sin grupo control (83.3%). El 50% presentó un formato grupal, y sus duraciones variaron entre 10 y 21 sesiones. Además, en cinco estudios (83.3%) incluyeron medidas de seguimiento, con una duración mínima de 2 semanas y máxima de 3 años. Respecto de las medidas de resultado, en el 66.7% de los estudios evaluaron la frecuencia de las crisis, reportando en tres de ellos tamaños del efecto moderados a grandes. Por otro lado, dos estudios (33.3%) informaron medidas de ansiedad, con tamaños del efecto grandes, y tres estudios (50%) evaluaron sintomatología depresiva, informándose tamaños del efecto moderados a grandes. Un solo estudio evaluó calidad de vida, informando un tamaño del efecto grande. Los resultados de cada uno de los estudios según el tipo de medida se encuentran detallados en la Tabla 2.

Discusión

Este trabajo tenía por objetivo sintetizar las intervenciones psicológicas disponibles para personas adultas que padecen CFD y sus principales resultados.

En cuanto a la orientación teórica y duración de las distintas intervenciones psicológicas utilizadas para abordar los casos de CFD, la mayoría de los tratamientos fueron de orientación cognitivo-conductual y contextual. Gutkin et al. (2021) plantean que las intervenciones cognitivo-conductuales no sólo son las más estudiadas para distintos trastornos mentales, más sencillas de manualizar y de enseñar en comparación con tratamientos psicodinámicos, sino que también están relacionadas con la tradición en investigación. Asimismo, se encontró una importante variabilidad en la duración de los tratamientos. La mayoría de los tratamientos osciló entre 4 y 15 sesiones de psicoterapia, sugiriendo una tendencia hacia una duración más breve y estructurada. El mínimo de sesiones fue de tres, el más extenso fue de 48 sesiones, sin basarse en un manual, y se encontraron otros con duración variable. Con respecto a las intervenciones con menor número de sesiones (entre tres y cuatro), estas se caracterizan por estar orientadas a la psicoeducación de las CFD integrando información didáctica con el objetivo de mejorar el afrontamiento y el manejo de los pacientes respecto de su malestar.

Teniendo en cuenta lo mencionado previamente, consideramos que las estrategias de tratamiento se organizan a través de la explicación teórica de la etiología de las CFD. Todos los modelos teóricos comparten la idea de una etiología biopsicosocial (Baslet et al., 2021; Hallet et al., 2022). De hecho, por ejemplo, la conexión entre experiencias de trauma y abuso con la ocurrencia de las CFD es un modelo explicativo relevante tanto para las terapias psicodinámicas como para los enfoques cognitivo-conductuales (Martlew et al., 2014). Factores psicológicos como la ansiedad, el estrés, la ira y otras emociones, así como pensamientos, pueden desencadenar una crisis, al igual que estados fisiológicos como la sobreexigencia y el dolor que impactan en la aparición de las CFD (Goldstein y Mellors, 2006; Reuber et al., 2007; Stone et al., 2004). La noción de que factores como la ansiedad y el estrés tienen un gran impacto en las personas con CFD es aceptada por la mayoría de los modelos (Myers et al., 2021). De esta forma, al compartir la explicación etiológica, también son compartidas muchas de las estrategias de intervención.

A pesar de esto último, cada modelo teórico enfatiza diferentes aristas. Los modelos psicodinámicos se enfocan en destacar el vínculo interpersonal como un factor contribuyente en el mantenimiento de las crisis, por lo que buscan resolver problemas vinculares o encontrar nuevas relaciones o actividades como compensación de estas estrategias (Howlett y Reuber, 2009; Mayor et al., 2010). Por su parte, los modelos cognitivo-conductuales y contextuales tienden a centrarse en el vínculo entre pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos, así como en la hipótesis de que las CFD son similares a un ataque de pánico sin pánico (Goldstein et al., 2015, 2020). Se incluyen, además, una serie de prácticas que permiten aumentar la percepción de experiencias internas, como prácticas de mindfulness o de relajación, y el trabajo orientado a valores (Baslet et al., 2020; Barret-Naylor et al., 2018).

De esta manera, algunos autores proponen que es necesario adaptar las intervenciones de acuerdo con las necesidades individuales y comorbilidades de cada paciente (Duncan et al., 2016; Gutkin et al., 2021; Myers et al., 2021). En esta línea, Myers et al. (2021) proponen realizar una serie de intervenciones escalonadas en función de las características del paciente, desde intervenciones de menor nivel de complejidad hasta aquellas más complejas, según los resultados obtenidos por cada paciente. Esta estrategia podría ser especialmente relevante para abordar adecuadamente las necesidades específicas de los pacientes con CFD y contribuir a resultados más efectivos en su tratamiento.

En cuanto a las medidas de resultados, la mayoría de los estudios utiliza la frecuencia de las crisis como una medida primaria y, en un alto porcentaje, se reportó un tamaño de efecto moderado y grande, aunque el RCT más grande realizado hasta el momento (Goldstein et al., 2020) no reportó cambios significativos en esta medida. Sin embargo, sí reportaron mejorías significativas en otras variables, como en el funcionamiento social y en otros síntomas somáticos. De hecho, la tendencia a encontrar mejoras en otras medidas, independientemente de la frecuencia de crisis, se ha observado en muchos de los estudios revisados. Por ejemplo, la medida de calidad de vida ha sido evaluada en distintos estudios encontrando mejoras significativas en algunos de ellos. De esta forma, aunque la frecuencia de las crisis ha sido un punto central en la investigación sobre CFD, la evidencia sugiere que las medidas de calidad de vida son igualmente cruciales y que, en muchos casos, pueden proporcionar una perspectiva más realista sobre la efectividad de las intervenciones. Dado que la calidad de vida de las personas con CFD se encuentra empobrecida (Wolfzun et al., 2022), esta medida debe ser considerada tanto de manera complementaria a la frecuencia de las crisis como un objetivo prioritario en las intervenciones, tal como sugiere el metaanálisis más reciente (Gaskell et al., 2023).

Teniendo en cuenta que aproximadamente la mitad de los estudios han tomado medidas de ansiedad y/o depresión, se podría considerar que la evaluación de esta sintomatología se encontraría asociada a que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son la comorbilidad más frecuente en las personas con CFD (Diprose et al., 2016). Sin embargo, el rol de la ansiedad y la depresión en las CFD resulta ambiguo, ya que podrían funcionar como factores predisponentes o mantenedores de las crisis, pero también ser una consecuencia de las CFD. Como afirman LaFrance et al. (2013), esto destaca la importancia de realizar una evaluación exhaustiva para desarrollar una formulación que refleje la contribución de los factores asociados a las CFD en cada caso.

Pocos estudios tomaron medidas de resultados sobre TEPT y síntomas disociativos. En relación con el primero, podría explicarse debido a que, aunque la experiencia de trauma es común en pacientes con CFD (Myers et al., 2013), el porcentaje de los pacientes con diagnóstico de TEPT es mucho menor (Diprose et al., 2016). De todas maneras, dada la asociación entre algunos fenotipos de TEPT con conducta suicida (Gonzalez y Crespo, 2022), la presencia de síntomas de TEPT debería ser analizada con mayor cuidado. Con respecto a los síntomas disociativos, si bien distintos autores mencionan al mecanismo disociativo como implicado en las causas de las crisis

(Brown y Reuber, 2016a; 2016b), su inclusión en pocos estudios refleja la existencia de diferentes modelos teóricos que intentan dar cuenta de los mecanismos de las CFD, no habiendo un consenso acerca de la disociación como mecanismo central.

En relación con las medidas de resultado según el marco teórico de los estudios, casi todas las intervenciones de enfoque TCC-C midieron la frecuencia de las crisis, con tamaño de efecto moderados, lo que sugiere que este enfoque tiene un impacto relevante en la reducción de las CFD. Asimismo, las intervenciones eclécticas también presentaron tamaños de efecto moderados a grandes en esta variable. En contraposición, en los enfoques psicodinámicos la medición de la frecuencia de crisis fue menos consistente entre los estudios, con tamaños de efecto de pequeños a moderados. De esta manera, puede inferirse que las intervenciones con un enfoque TCC-C y eclécticas serían las más adecuadas para la disminución de la frecuencia de CFD. Por otra parte, las intervenciones TCC-C son las que más han tomado en cuenta las medidas de ansiedad y depresión, presentando tamaños de efecto pequeños o moderados. Si bien en otros enfoques los tamaños de efecto fueron moderados a grandes, fueron pocos los estudios que indagaron estas medidas y deben ser interpretadas con cautela. En relación con la calidad de vida, este resultado fue evaluado en menor frecuencia en todos los enfoques. En las intervenciones TCC-C, los tamaños de efecto fueron moderados y altos; en las psicodinámicas, bajos; y en las eclécticas solo fue medida por un estudio, con un tamaño de efecto grande. De esta manera, aunque las intervenciones puedan presentarse como prometedoras en la mejora en la calidad de vida, la baja frecuencia en la medición limita la generalización de los resultados. Estos hallazgos sugieren que futuros estudios deberían incluir medidas psicopatológicas y de calidad de vida, ya que brindan información más detallada y rica acerca de la experiencia global de los pacientes con CFD.

En cuanto a los diseños de los estudios, la presencia de una cantidad limitada de ensayos controlados aleatorios (RCT) y la heterogeneidad en el momento de la toma de datos (post-intervención y seguimientos) en el conjunto de estudios identificados, plantea una consideración importante en términos de la fortaleza de la evidencia científica disponible. La falta de RCTs puede dificultar la generalización de los resultados y la toma de decisiones basada en evidencia sólida. Compartimos con Gutkin et al. (2021) y Carlson y Perry (2017) la idea de que la baja calidad de evidencia para los TNFs -entre los que se incluyen las CFD- no necesariamente refleja que los tratamientos no funcionan, sino que habla de la relativa inmadurez de la literatura de tratamientos en esa

área. En este sentido, la mayoría de los estudios incluidos fue de baja calidad. La heterogeneidad y complejidad de estos pacientes supone un desafío para la realización de estudios de mayor calidad metodológica, cuya rigurosidad podría ser en detrimento de la representatividad de esta población. Además, la diversidad de la evidencia disponible refleja más claramente la realidad de la práctica clínica.

Por otra parte, la heterogeneidad en las medidas de seguimiento de los estudios limita la comprensión completa de los efectos a largo plazo de las intervenciones. De esta forma, los estudios proporcionan información valiosa sobre los efectos inmediatos, pero la carencia de mediciones a lo largo del proceso puede limitar el entendimiento de la evolución de los resultados. La mayor inclusión de medidas a largo plazo y medidas al interior del tratamiento en los estudios permitiría identificar posibles cambios a lo largo del tiempo y proporcionar datos adicionales sobre los efectos de la intervención.

En cuanto a los participantes, tres cuartos de ellos fueron mujeres. Este dato no es sorprendente: ya se ha reportado que las CFD son más frecuentes en mujeres (Dworetzky y Baslet, 2017; Lanzillotti et al., 2021). Numerosos estudios ya han postulado que las mujeres con CFD reportan más a menudo experiencias traumáticas (en especial abuso físico y sexual) (Asadi-Pooya et al., 2019; Myers et al., 2017; Lanzillotti et al., 2024). Estas experiencias traumáticas podrían relacionarse con factores culturales asociados con el género, como estereotipos de género, comportamientos masculinos dominantes sobre las mujeres y altas tasas de agresiones físicas (Rosenbaum, 2000). Además, históricamente, la histeria (categoría diagnóstica precedente a la de CNEP o CFD) fue considerada una patología femenina (Chodoff, 1982; Tasca et al., 2012), lo que podría generar una tendencia en los profesionales de salud a considerar menos probable un diagnóstico de CFD en hombres.

Además, la mayoría de los estudios registraron que los participantes presentaron altas tasas de desempleo. Hasta el momento, no existen revisiones o datos mundiales sobre el desempleo en las CFD. Sin embargo, en investigaciones realizadas en distintas partes del mundo, independientemente del contexto cultural y económico del país, las tasas de desempleo son similares (Goldstein et al., 2021; Pretorius y Cronje, 2015; Korman et al., 2019). De esta forma, se observa que el desempleo en las personas con CFD es un problema mundial, aun cuando la mayoría de los profesionales indican que deberían continuar trabajando (Asadi Pooya, 2020), ya que esto ha demostrado ser un predictor de la cesación de crisis luego del tratamiento psicoterapéutico (Mayor et al., 2010). La reinserción laboral de pacientes que sufren de

CFD presenta desafíos significativos debido a la falta de espacios específicos y adaptados en el mercado laboral. Creemos que estas dificultades pueden derivar del estigma que presenta este cuadro, fuertemente desarrollado en estudios previos (Annandale et al., 2022; Karakis et al., 2020). Además, la ausencia de políticas destinadas a facilitar la búsqueda de empleo para estos pacientes agrava aún más la situación.

En cuanto a la inclusión de pacientes con crisis mixtas, es decir, CFD y epilepsia comórbida, aproximadamente un tercio de los estudios los incluyeron. Esto refleja que una proporción grande de la población no está representada, incluso teniendo en cuenta que, según un metaanálisis reciente, el 22% de las personas con CFD tiene epilepsia (Kutlubaev et al., 2018). Futuros estudios deberían considerar esta población en los tratamientos, haciendo hincapié en el reconocimiento de cada tipo de crisis.

Asimismo, se ha identificado en nuestra revisión la falta de representación cultural y geográfica. La gran mayoría de los estudios se han realizado en el Reino Unido y Estados Unidos, aunque se encontraron algunos estudios en países europeos, de Medio Oriente, India, Canadá y Sudamérica. De hecho, solo se identificó un estudio realizado en un país hispanohablante. Sarudiansky et al (2020) abordan específicamente la necesidad de adaptaciones de tratamientos en función del contexto. Para lograr una comprensión más completa de los fenómenos estudiados, resulta crucial promover una mayor diversidad en la investigación científica, fomentando la participación de diferentes países y culturas.

En cuanto a la etnicidad o aspectos culturales de los participantes, estos fueron reportados en aproximadamente un tercio de los estudios. Además, la gran mayoría de estos estudios fueron realizados en países angloparlantes y el resto de estos estudios, mayormente en Europa. Este hecho podría afectar la posible utilización de estos tratamientos sin la debida adaptación al contexto cultural. Por otro lado, las categorías utilizadas para describir a los participantes, como "caucasian" (caucásico), "black caribbean" (caribeño negro), "latinamerican" (latinoamericano), "arabic" (árabe), así como categorías religiosas como "judíos" y "budistas", no tienen uniformidad y pueden no reflejar adecuadamente la diversidad cultural de los participantes (Aspinall, 2009; Burton et al., 2010). Es crucial reconocer que la diversidad étnica y cultural es compleja y no puede ser completamente capturada en categorías simplistas (Sarudiansky et al., 2017). Los términos utilizados en estos estudios pueden ser limitados y no abarcar la amplia gama de identidades y experiencias culturales de los participantes (Korman y LaRoche, 2019).

Finalmente, esta revisión presenta algunas limitaciones. En primer lugar, no se ha utilizado un instrumento para analizar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos por lo que no podrían descartarse posibles sesgos debido a las publicaciones. No obstante, esta revisión se destaca por usar el único método desarrollado para evaluar la calidad de los estudios en esta población de pacientes, diseñado por Brown y Reuber (2016a). Esta herramienta es el resultado de años de investigación en el área, y analiza aspectos metodológicos más congruentes con la realidad de los estudios clínicos en pacientes con CFD (ej. uso del VEEG para el diagnóstico). En segundo lugar, debido al criterio temporal de inclusión de artículos desde el 2010, algunos tratamientos o intervenciones quedaron por fuera del alcance de esta revisión. La decisión de este recorte temporal responde a la necesidad de brindar un análisis de los estudios más recientes en el área de tratamientos para las CFD y por la existencia de otras revisiones sistemáticas que han analizado ampliamente los estudios publicados en períodos anteriores. Otra limitación fue la exclusión de artículos en otros idiomas fuera del inglés, francés, español y portugués. Finalmente, se han seleccionado estudios que evalúan intervenciones en población adulta, por lo que futuras revisiones podrían analizar estudios que incluyan población infantojuvenil.

A lo largo de esta revisión se ha evidenciado que el estudio de las intervenciones psicológicas de las CFD es todavía un campo incipiente, caracterizado por la heterogeneidad en diversos aspectos. Sin embargo, distintos modelos demostraron ser eficaces brindando herramientas clínicas para el trabajo con esta población. De esta manera, aunque en el pasado los pacientes con CFD se encontraban sin atención específica, en la intersección entre psiquiatría y neurología, la comunidad dedicada a la salud mental ha desarrollado intervenciones que resultan ser beneficiosas en diversas áreas brindando una respuesta frente a este problema. Además, esta revisión aporta información valiosa para los profesionales de la salud de habla hispana, permitiéndoles acceder a información actualizada sobre las intervenciones psicológicas para las personas con CFD.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Annandale, M., Vilyte, G., & Pretorius, C. (2022). Stigma in functional seizures: A scoping review. *Seizure*, 99, 131–152. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.05.016>

Asadi-Pooya, A. A. (2023). Incidence and prevalence of psychogenic nonepileptic seizures (functional seizures): A systematic review and an analytical study. *The International Journal of Neuroscience*, 133(6), 598–603. <https://doi.org/10.1080/00207454.2021.1942870>

Asadi-Pooya A. A., & Sperling M.R. (2015). Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures, *Epilepsy & Behavior*, 46, 60–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.015>

Asadi-Pooya, A. A., Brigo, F., Mildon, B., & Nicholson, T. R. (2020). Terminology for psychogenic nonepileptic seizures: Making the case for “functional seizures”. *Epilepsy & Behavior*, 104, 106895. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106895>

Aspinall, P. J. (2009). The future of ethnicity classifications. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35(9), 1417–1435. <https://doi.org/10.1080/13691830903125901>

*Barrett-Naylor, R., Gresswell, D. M., & Dawson, D. L. (2018). The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 88, 332–340. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.09.039>

Baslet, G. (2011). Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism, *Seizure*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2010.10.032>

*Baslet, G., Dworetzky, B., Perez, D. L., & Oser, M. (2015). Treatment of psychogenic nonepileptic seizures: Updated review and findings from a mindfulness-based intervention case series. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46(1), 54–64. <https://doi.org/10.1177/1550059414557025>

*Baslet, G., Ehlert, A., Oser, M., & Dworetzky, B. A. (2020). Mindfulness-based therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 103(Pt A), 106534. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106534>

Baslet, G., Bajestan, S. N., Aybek, S., Modirrousta, M., Price, J., Cavanna, A., Perez, D. L., Lazarow, S. S., Raynor, G., Voon, V., Ducharme, S., & LaFrance, W. C., Jr (2021). Evidence-Based Practice for the Clinical Assessment of Psychogenic Nonepileptic Seizures: A Report From the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 33(1), 27–42. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19120354>

*Baslet, G., Ridlon, R., Raynor, G., Gonsalvez, I., & Dworetzky, B. A. (2022). Sustained improvement with mindfulness-based therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 126, 108478. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108478>

*Baxter, S., Mayor, R., Baird, W., Brown, R., Cock, H., Howlett, S., House, A., Messina, J., Smith, P., & Reuber, M. (2012). Understanding patient perceptions following a psycho-educational intervention for psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(4), 487–493. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.12.002>

*Ben-Naim, S., Dienstag, A., Freedman, S. A., Ekstein, D., Foul, Y. A., Gilad, M., Peled, O., Waldman, A., Oster, S., Azoulay, M., Blondheim, S., Arzy, S., & Eitan, R. (2020). A Novel

Integrative Psychotherapy for Psychogenic Nonepileptic Seizures Based on the Biopsychosocial Model: A Retrospective Pilot Outcome Study. *Psychosomatics*, 61(4), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.02.006>

*Berry, A. J., Yuksel, M., Proctor, B. J., & Foong, J. (2020). Cognitive behavior therapy for comorbid dissociative seizures in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 106, 106993. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.106993>

*Bhattacharjee, D., & Chakraborty, A. (2022). Brief online psychotherapy for psychogenic non-epileptic seizures using the psychoeducation-motivational interviewing- self appraisal- grounding (PMSG) model: A multiple baseline case series study. *Psychiatry Research Case Reports*, 1(2), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2022.100080>

Bodde, N. M., Brooks J. L., Baker G. A., Boon P. A., Hendriksen J. G., Mulder O. G., et al. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures—Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review. *Seizure*, 18, 543–53. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2009.06.006>

Brigo, F., Igwe, S. C., Ausserer, H., Nardone, R., Tezzon, F., Bongiovanni, L. G., Tinazzi, M., & Trinka, E. (2015). Terminology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 56(3), 21–25. <https://doi.org/10.1111/epi.12911>

Brown, R. J., & Reuber, M. (2016a). Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 157–182. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.003>

Brown, R. J., & Reuber, M. (2016b). Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clinical Psychology Review*, 47, 55–70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.003>

Burton, J., Nandi, A., & Platt, L. (2010). Measuring ethnicity: Challenges and opportunities for survey research. *Ethnic and Racial Studies*, 33(8), 1332–1349. <https://doi.org/10.1080/01419870903527801>

Canna, M., & Seligman, R. (2020). Dealing with the unknown. Functional neurological disorder (FND) and the conversion of cultural meaning. *Social Science & Medicine*, 246, 112725. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112725>

Carlson, P., & Nicholson Perry, K. (2017). Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure*, 45, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.12.007>

*Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., & Hrachovy, R. A. (2014). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55(1), 156–166. <https://doi.org/10.1111/epi.12481>

Chodoff, P. (1982). Hysteria and women. *The American Journal of Psychiatry*, 139(5), 545–551. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.5.545>

*Cope, S. R., Smith, J. G., King, T., & Agrawal, N. (2017). Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. *Epilepsy & Behavior*, 70(Pt A), 238–244. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.02.014>

D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva, W., Solís, P., Consalvo, D., & Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, 15(5), 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.04.003>

*de Oliveira Santos, N., Benute, G. R., Santiago, A., Marchiori, P. E., & Lucia, M. C. (2014). Psychogenic non-epileptic seizures and psychoanalytical treatment: Results. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 60(6), 577–584. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.06.018>

*Deleuran, M., Nørgaard, K., Andersen, N. B., & Sabers, A. (2019). Psychogenic nonepileptic seizures treated with psychotherapy: Long-term outcome on seizures and healthcare utilization. *Epilepsy & Behavior*, 98, 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.007>

*Duncan, R., Razvi, S., & Mulhern, S. (2011). Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: Incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 308–311. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.022>

Diprose, W., Sundram, F., & Menkes, D. B. (2016). Psychiatric comorbidity in psychogenic nonepileptic seizures compared with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 56, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.037>

Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., & Meldrum, S. (2016). Predictors of 6-month and 3-year outcomes after psychological intervention for psychogenic non epileptic seizures. *Seizure*, 36, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.12.016>

Garg, D., Agarwal, A., Malhotra, V., Thacker, A. K., Singh, A. K., Singh, M. B., & Srivastava, A. K. (2021). Classification and comparative analysis of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) semiology based on video-electroencephalography (VEEG). *Epilepsy & Behavior*, 115, 107697. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107697>

Gaskell, C., Power, N., Novakova, B., Simmonds-Buckley, M., Reuber, M., Kellett, S., & Rawlings, G. H. (2023). A meta-analytic review of the effectiveness of psychological treatment of functional/dissociative seizures on non-seizure outcomes in adults. *Epilepsia*, 64(7), 1722–1738. <https://doi.org/10.1111/epi.17626>

Gasparini, S., Beghi, E., Ferlazzo, E., Beghi, M., Belcastro, V., Biermann, K. P., Bottini, G., Capovilla, G., Cervellione, R. A., Cianci, V., Coppola, G., Cornaggia, C. M., De Fazio, P., De Masi, S., De Sarro, G., Elia, M., Erba, G., Fusco, L., Gambardella, A., Gentile, V., ... & Aguglia, U. (2019). Management of psychogenic non-epileptic seizures: A multidisciplinary approach. *European Journal of Neurology*, 26(2), 205–e15. <https://doi.org/10.1111/ene.13818>

Goldstein, L. H., & Mellers, J. D. (2006). Ictal symptoms of anxiety, avoidance behaviour, and dissociation in patients with dissociative seizures. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(5), 616–621. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.066878>

*Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986–1994. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318e39658>

Goldstein, L., & Mellers, J. (2012). Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12, 436–44. <https://doi.org/10.1007/s11910-012-0278-3>

Goldstein, L. H., Mellers, J. D., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N., Reuber, M., Richardson, M., McCrone, P., Murray, J., & Chalder, T. (2015). Cognitive behavioural therapy vs standardised medical care for adults with Dissociative non-Epileptic Seizures (CODES): A multicentre randomised controlled trial protocol. *BMC Neurology*, 15, 98. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0350-0>

*Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Mellers, J. D. C., Stone, J., Carson, A., Reuber, M., Medford, N., McCrone, P., Murray, J., Richardson, M. P., Pilecka, I., Eastwood, C., Moore, M., Mosweu, I., Perdue, I., Landau, S., Chalder, T., & CODES study group (2020). Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): A pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 491–505. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30128-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30128-0)

Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Mellers, J. D. C., Stone, J., Carson, A., Chalder, T., Reuber, M., Eastwood, C., Landau, S., McCrone, P., Moore, M., Mosweu, I., Murray, J., Perdue, I., Pilecka, I., Richardson, M. P., Medford, N., & CODES Study Group (2021). Psychological and demographic characteristics of 368 patients with dissociative seizures: Data from the CODES cohort. *Psychological Medicine*, 51(14), 2433–2445. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001051>

*Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Chalder, T., Reuber, M., Medford, N., Stone, J., Carson, A., Moore, M., & Landau, S. (2022). Six-month outcomes of the CODES randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for dissociative seizures: A secondary analysis. *Seizure*, 96, 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.01.016>

González, E., y Crespo, M. (2022). Revisión sistemática de la relación entre sintomatología postraumática y conducta suicida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 73–90. <https://doi.org/10.5944/rppc.27757>

Gutkin, M., McLean, L., Brown, R., & Kanaan, R. A. (2021). Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 92(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321926>

Hallett, M., Aybek, S., Dworetzky, B. A., McWhirter, L., Staab, J. P., & Stone, J. (2022). Functional neurological disorder: New subtypes and shared mechanisms. *The Lancet. Neurology*, 21(6), 537–550. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00422-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00422-1)

Haritsa, S. V., Reddy, K. J., Rafiq, A., & Gupta, M. (2021). Randomized trials of psychotherapeutic treatment for psychogenic seizures: Scoping review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(6), 469–472. <https://doi.org/10.1177/02537176211047392>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Howlett, S., & Reuber, M. (2009). An augmented model of brief psychodynamic interpersonal therapy for patients with nonepileptic seizures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 125–138. <https://doi.org/10.1037/a0015138>

*Hubschmid, M., Aybek, S., Maccaferri, G. E., Chocron, O., Gholamrezaee, M. M., Rossetti, A. O., Vingerhoets, F., & Berney, A. (2015). Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 448–455. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.007>

Karakis, I., Montouris, G. D., Piperidou, C., Luciano, M. S., Meador, K. J., & Cole, A. J. (2014). Patient and caregiver quality of life in psychogenic non-epileptic seizures compared to epileptic seizures. *Seizure*, 23(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.09.011>

Karakis, I., Janocko, N. J., Morton, M. L., Groover, O., Teagarden, D. L., Villarreal, H. K., Loring, D. W., & Drane, D. L. (2020). Stigma in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 111, 107269. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107269>

Kerr, W. T., & Stern, J. M. (2020). We need a functioning name for PNES: Consider dissociative seizures. *Epilepsy & Behavior*, 105, 107002. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107002>

Korman, G. P. (2010). ¿Por qué la Terapia Cognitiva es tan diversa? Eclecticismo técnico e integración en Terapia Cognitiva. *Revista Investigaciones en Psicología*, 1(15), 65–80. <https://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/investigaciones/indice/resumen.php&id=337&anio=15&vol=1>

Korman, G. P., y La Roche M. J. (2019). Ideas para desarrollar una psicoterapia congruente con las características culturales argentinas: Aplicando el modelo de la consonancia cultural. *Revista Investigaciones en Psicología*, 26, 25–35. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/korman.pdf

Kriz, J. (2001). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu.

Kutlubaev, M. A., Xu, Y., Hackett, M. L., & Stone, J. (2018). Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: Systematic review and meta-analysis of frequency, correlates, and outcomes. *Epilepsy & Behavior*, 89, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.10.010>

*Labudda, K., Frauenheim, M., Miller, I., Schrecke, M., Brandt, C., & Bien, C. G. (2020). Outcome of CBT-based multimodal psychotherapy in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A prospective naturalistic study. *Epilepsy & Behavior*, 106, 107029. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107029>

LaFrance, W. C. (2002). How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*, 58(6), 990–991. <https://doi.org/10.1212/wnl.58.6.990>

LaFrance, W. C., Jr., Reuber, M., & Goldstein, L. H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/epi.12106>

*LaFrance, W. C., Jr., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., Machan, J. T., Miller, I., Szaflarski, J. P., & NES Treatment Trial (NEST-T) Consortium (2014). Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 997–1005. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.817>

*LaFrance, W. C., Jr., Ho, W. L. N., Bhatla, A., Baird, G. L., Altalib, H. H., & Godleski, L. (2020). Treatment of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) using video telehealth. *Epilepsia*, 61(11), 2572–2582. <https://doi.org/10.1111/epi.16689>

Lanzillotti, A. I., Sarudiansky, M., Lombardi, N. R., Korman, G. P., & D'Alessio, L. (2021). Updated review on the diagnosis and primary management of psychogenic nonepileptic seizure disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1825–1838. <https://doi.org/10.2147/NDT.S286710>

Lanzillotti, A. I., Sarudiansky, M., Scévola, L., Oddo, S., Korman, G. P., & D'Alessio, L. (2024). Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder and Psychopathological Characteristics in Women with Functional/Dissociative Seizures. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52(5), 616–624. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i5.1707>

*Llibon, R., Gadbaw, J., Watson, M., Rothberg, B., Sillau, S., Heru, A., & Strom, L. (2019). The feasibility of a multidisciplinary group therapy clinic for the treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 98(Pt A), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.06.032>

Liske E., & Forster, F.M. (1964) Pseudoseizures: A problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology*, 14(1), 41–49. <https://doi:10.1212/WNL.14.1.416>

López, M. R., & LaFrance, W. C. (2022). Treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 22(8), 467–474. <https://doi.org/10.1007/s11910-022-01209-3>

*Malda Castillo, J., Beton, E., Coman, C., Howell, B., Burness, C., Martlew, J., Russell, L., Town, J., Abbass, A., Perez Algorta, G., & Valavanis, S. (2022). Three sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for patients with dissociative seizures: A pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 36(2), 81–104. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.2018623>

Martlew, J., Pulman, J., & Marson, A. G. (2014). Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006370. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006370.pub2>

*Mayor, R., Howlett, S., Grünwald, R., & Reuber, M. (2010). Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: Seizure control and health care utilization. *Epilepsia*, 51(7), 1169–1176. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02656.x>

*Mayor, R., Brown, R. J., Cock, H., House, A., Howlett, S., Smith, P., & Reuber, M. (2013). A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 22(9), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.06.008>

McKee, K., Glass, S., Adams, C., Stephen, C. D., King, F., Parlman, K., Perez, D. L., & Kontos, N. (2018). The inpatient assessment and management of motor functional neurological disorders: An interdisciplinary perspective. *Psychosomatics*, 59(4), 358–368. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.12.006>

*Metin, S. Z., Ozmen, M., Metin, B., Talasman, S., Yeni, S. N., & Ozkara, C. (2013). Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 28(1), 91–94. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.03.023>

Myers, L., Lancman, M., Laban-Grant, O., Matzner, B., & Lancman, M. (2012). Psychogenic non-epileptic seizures: Predisposing factors to diminished quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 25(3), 358–362. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.08.024>

Myers, L., Perrine, K., Lancman, M., Fleming, M., & Lancman, M. (2013). Psychological trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures: Trauma characteristics and those who develop PTSD. *Epilepsy & Behavior*, 28(1), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.03.033>

*Myers, L., Vaidya-Mathur, U., & Lancman, M. (2017). Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy & Behavior*, 66, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.10.019>

Myers, L., Sarudiansky, M., Korman, G., & Baslet, G. (2021). Using evidence-based psychotherapy to tailor treatment for patients with functional neurological disorders. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100478>

Norcross, J. C. (1990). An Eclectic Definition of Psychotherapy. In J. K. Zeig, & W. M. Munion (Eds.), *What Is Psychotherapy? Contemporary Perspectives* (pp. 218–220). Jossey-Bass.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Popkirov, S., Asadi-Pooya, A. A., Duncan, R., Gigneshvili, D., Hingray, C., Miguel Kanner, A., LaFrance, W. C., Jr, Pretorius, C., & Reuber, M. (2019). The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: Risk factors and comorbidities. *Epileptic Disorders*, 21(6), 529–547. <https://doi.org/10.1684/epd.2019.1107>

Pretorius, C., & Cronje, G. (2015). People with psychogenic non-epileptic seizures: A South African perspective. *African Journal of Disability*, 4(1), 176. <https://doi.org/10.4102/ajod.v4i1.176>

Reuber M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 622–635. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.11.006>

Reuber, M., Fernández, G., Bauer, J., Helmstaedter, C., & Elger, C. E. (2002). Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 58(3), 493–495. <https://doi.org/10.1212/wnl.58.3.493>

Reuber, M., & Elger, C. E. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: Review and update. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 205–216. [https://doi.org/10.1016/s1525-5050\(03\)00104-5](https://doi.org/10.1016/s1525-5050(03)00104-5)

Reuber, M., Howlett, S., Khan, A., & Grünwald, R. A. (2007). Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *Psychosomatics*, 48(3), 230–238. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.3.230>

Reuber, M., & Mayor, R. (2012). Recent progress in the understanding and treatment of nonepileptic seizures. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 244–250. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283523db6>

Reuber, M., & Brown, R. J. (2017). Understanding psychogenic nonepileptic seizures-Phenomenology, semiology and the Integrative Cognitive Model. *Seizure*, 44, 199–205. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.10.029>

Rosenbaum, M. (2000). Psychogenic Seizures. Why Women? *Psychosomatics*, 41(2), 147–149. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.147>

*Russell, L. A., Abbass, A. A., Allder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., & Town, J. M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17–19. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.017>

Scévola, L., Teitelbaum, J., Oddo, S., Centurión, E., Loidl, C. F., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2013). Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.012>

Scévola, L., Wolfzun, C., Sarudiansky, M., Areco Pico, M. M., Ponieman, M., Stivala, E. G., Korman, G., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2021). Psychiatric disorders, depression and quality of life in patients with psychogenic non-epileptic seizures and drug resistant epilepsy living in Argentina. *Seizure*, 92, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.09.004>

*Sarudiansky, M., Lanzillotti, A. I., Areco Pico, M. M., Tenreyro, C., Scévola, L., Kochen, S., D'Alessio, L., & Korman, G. P. (2017). What patients think about psychogenic nonepileptic seizures in Buenos Aires, Argentina: A qualitative approach. *Seizure*, 51, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.07.004>

Sarudiansky, M., Korman, G. P., Lanzillotti, A. I., Areco Pico, M. M., Tenreyro, C., Paolasini, G. V., Wolfzun, C., Kochen, S., D'Alessio, L., & Myers, L. (2020). Report on a psychoeducational intervention for psychogenic non-epileptic seizures in Argentina. *Seizure*, 80, 270–277. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.04.008>

*Senf-Beckenbach, P., Hoheisel, M., Devine, J., Frank, A., Obermann, L., Rose, M., & Hinkelmann, K. (2022). Evaluation of a new body-focused group therapy versus a guided self-help group program for adults with psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A pilot randomized controlled feasibility study. *Journal of Neurology*, 269(1), 427–436. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10652-0>

*Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., Butcher, I., Duncan, R., Smith, S., & Carson, A. (2011). Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, 77(6), 564–572. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318228c0c7>

Stone, J., Binzer, M., & Sharpe, M. (2004). Illness beliefs and locus of control: A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 541–547. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.013>

*Streltzov, N. A., Mazanec, M. T., Schmidt, S. S., Jobst, B. C., Thompson, N. J., & Schommer, L. M. (2022). A pilot study assessing the feasibility and acceptability of Project UPLIFT adapted for patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 127, 108525. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108525>

Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 8, 110–119. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010110>

*Tilahun, B. B. S., Thompson, N. R., Sankary, L. R., Laryea, F., Trunick, C. M., & Jehi, L. E. (2021). Outcomes in the treatment of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) with CBTIP: Response in seizure frequency, depression, anxiety, and quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 123, 108277. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108277>

*Tolchin, B., Baslet, G., Suzuki, J., Martino, S., Blumenfeld, H., Hirsch, L. J., Altalib, H., & Dworetzky, B. A. (2019). Randomized controlled trial of motivational interviewing for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 60(5), 986–995. <https://doi.org/10.1111/epi.14728>

Williams, I. A., Levita, L., & Reuber, M. (2018). Emotion dysregulation in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review based on the extended process model. *Epilepsy & Behavior*, 86, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.049>

Wiseman, H., & Reuber, M. (2015). New insights into psychogenic nonepileptic seizures 2011–2014. *Seizure*, 29, 69–80. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.03.008>

*Wiseman, H., Mousa, S., Howlett, S., & Reuber, M. (2016). A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment. *Epilepsy & Behavior*, 63, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.033>

Wolfzun, C., Korman, G. P., y Sarudiansky, M. (2022). Calidad de vida en pacientes con epilepsia y crisis no epilépticas psicogénas: Una revisión sistemática. *Interdisciplinaria*, 39(2), 89–104. <http://dx.doi.org/10.1688/interd.2022.39.2.6>

Zaroff, C. M., Myers, L., Barr, W. B., Luciano, D., & Devinsky, O. (2004). Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 5(4), 587–592. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.03.005>