

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Crisis no epilépticas de origen psicógeno: características diagnósticas y tratamientos psicológicos.

Korman, Guido Pablo, Sarudiansky, Mercedes, Lanzillotti,
Alejandra, Areco Pico, Maria Marta y Tenreyro, Cristina.

Cita:

Korman, Guido Pablo, Sarudiansky, Mercedes, Lanzillotti, Alejandra,
Areco Pico, Maria Marta y Tenreyro, Cristina (2014). *Crisis no epilépticas
de origen psicógeno: características diagnósticas y tratamientos
psicológicos*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica
Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo
Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de
Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/184>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/apa>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

CRISIS NO EPILÉPTICAS DE ORIGEN PSICÓGENO: CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes; Lanzillotti, Alejandra; Areco Pico, Maria Marta; Tenreiro, Cristina
CONICET - Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Las Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) representan un desafío clínico por su dificultad diagnóstica, debido a la complejidad de sus manifestaciones, etiología y comorbilidad. El objetivo de este artículo es presentar los tratamientos psicológicos disponibles desarrollados para abordar y tratar las CNEP. Con tal fin, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, PubMed, Cochrane Collaboration EBSCO y Lilacs, destacando los estudios que cuentan con investigación clínica. Los trabajos reseñados abarcan modelos basados en la Terapia Cognitivo Conductual, un modelo aumentado de Terapia Interpersonal, Hipnosis, EMDR, Terapia de Grupo, Terapia Familiar e intervenciones Psicoeducativas. Dentro de los abordajes diseñados para el tratamiento de las CNEP, se destacan tres modelos de intervención psicoterapéutica que han obtenido resultados favorables en la puesta a prueba de sus intervenciones: dos modelos cognitivo conductuales y el tratamiento aumentado de Terapia Interpersonal. Se discuten estos hallazgos en función de las limitaciones, tanto metodológicas como provenientes de los distintos estudios clínicos encontrados, y las explicaciones y sugerencias de intervención que de ellos pueden extraerse.

Palabras clave

Crisis no epilépticas psicógenas, Diagnóstico, Tratamientos psicológicos

ABSTRACT

PSYCHOGENIC NON EPILEPTIC SEIZURE: CHARACTERISTIC, DIAGNOSTIC AND PSYCHOLOGICAL TREATMENTS

Psychogenic nonepileptic seizures pose a clinical challenge not only because of the diagnostic difficulty due to the complexity of their manifestations, etiology and comorbidity. The aim of this report is to outline the available psychological treatments developed to deal with PNES. To fulfill this purpose a literature search was carried out across the databases Medline, Pubmed, Cochrane Collaboration EBSCO and Lilacs, highlighting those studies supported by clinical investigation. The material reviewed encloses models based on BCT, Hypnosis, EMDR, Group Therapy, Family Therapy and Psychoeducative Interventions. Within the designs intended to deal with PNES, three models of psychotherapeutic approach stand out due to the positive outcome measurements of their interventions: two BCT-based interventions and the augmented model of Interpersonal Therapy. These findings are analyzed taking into account their methodological as well as clinical limitations and the explanations and suggestions that may be drawn from them.

Key words

Psychogenic nonepileptic seizures, Diagnosis, Psychological Treatments

Introducción

Las Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) se definen como cambios paroxísticos en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, sino que están generadas por distintos mecanismos psicológicos (Abubakr, Kablinger & Caldito, 2003, Kuyk y cols., 1997). Las CNEP no constituyen una categoría diagnóstica psicológico-psiquiátrica *per se*, pero dadas sus características semiológicas, en las clasificaciones psiquiátricas pueden incluirse dentro de la categoría de trastornos somatomorfos y disociativos (APA, 2000).

La incidencia de CNEP en la población general se calcula en aproximadamente de 2 a 33 cada 100.000 habitantes por año. Esta cifra asciende a un 25-30% si se considera la incidencia en los centros especializados en epilepsia (LaFrance, Reuber & Goldstein, 2013; Reuber & Elger, 2003). La edad más frecuente de aparición se halla entre los 15 y los 35 años, siendo las mujeres las más afectadas (Oto y cols., 2005; Scévola, y cols., 2013). La mayor parte de los pacientes con CNEP reciben Medicación Antiepiléptica (DAE) durante largos periodos de tiempo (7 a 9 años) hasta que se arriba al diagnóstico correcto (D'Alessio y cols., 2006; Scévola y cols., 2013). El diagnóstico de CNEP actualmente se basa en la exclusión de otras enfermedades y se realiza a través del Video-Electro-Encefalograma (VEEG), el cual consiste en el monitoreo continuo del comportamiento del paciente mientras se registra simultáneamente la actividad eléctrica cerebral (Leser, 1996).

Una vez realizado el diagnóstico de CNEP, la primera estrategia terapéutica consiste en informar al paciente y a su familia el origen no epiléptico de las crisis a través de una psicoeducación (D'Alessio y cols. 2006; LaFrance, Reuber & Goldstein, 2013). Un estudio pionero llevado a cabo por Martin y colaboradores (1998) comparó el uso del sistema de salud antes y después de la realización del VEEG en pacientes con CNEP, y demostró que dar el diagnóstico explicando claramente el problema de salud, combinado con un tratamiento psicológico inmediato, redujo notoriamente las atenciones en servicios de salud.

Se calcula que 50% de los pacientes mejoran luego de instituir el tratamiento adecuado, pero sólo 30% quedan libres de crisis a largo plazo (Reuber y cols., 2003). Los factores predictivos de mejor pronóstico son el diagnóstico precoz, la vida independiente, la aceptación del diagnóstico, un coeficiente intelectual más alto, una buena situación socioeconómica o CNEP con semiología menos dramática (Reuber y cols., 2003; Silva y cols., 2001). La cronicidad y complejidad de los problemas psicológicos y psiquiátricos, como depresión, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad e historia de abusos crónicos, se relacionan con un peor pronóstico (Kuyk y cols., 1997; Reuber y cols., 2003; Frances, Baker &

Appleton, 1999). Existe una correlación negativa entre el tiempo de evolución de las CNEP y el pronóstico, por lo que el diagnóstico correcto y la instauración de un tratamiento precoz podrían determinar en gran medida la evolución de este síndrome (Metrick y cols., 1991; Martin y cols., 1998).

Si bien las causas de las CNEP son multifactoriales y resultan de la combinación de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, los pacientes con CNEP reportan altas tasas de trauma general y las situaciones traumáticas parecen ser una de las causas más importantes en el desarrollo de las CNEP (Goldstein & Mellers, 2012; Reuber, 2008).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en los pacientes con CNEP son: Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad, Trastornos disociativos, Trastornos somatomorfos y Trastornos de personalidad (Bowman & Markand, 1996; D'Alessio, Giagante, & Oddo, 2006). Otros trastornos psiquiátricos difíciles de diferenciar de los anteriormente nombrados son el trastorno por simulación y el trastorno facticio, los cuales deben ser descartados en los pacientes con CNEP (Liske & Forster, 1964).

Metodología

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de los tratamientos disponibles para las CNEP. El objetivo fue relevar los tratamientos psicoterapéuticos disponibles para las CNEP enfatizando aquellos que cuentan con investigación clínica. Para la recolección de información hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Cochrane Collaboration, EBSCO y Lilacs.

Como resultado de esta revisión, hemos encontrado tres tratamientos que presentan estudios clínicos; dos tratamientos cognitivo conductuales (los cuales cuentan con estudios randomizados y controlados) y un tratamiento de terapia interpersonal (el cual cuenta con estudios, pero no randomizados). Además, señalaremos las características de otros tratamientos los cuales aún no cuentan con apoyo empírico suficiente respecto de su utilidad clínica, pero que forman parte de los tratamientos desarrollados para las CNEP, como son: el tratamiento psicoanalítico basado en el modelo de trauma y de las relaciones objetales, hipnosis, un modelo de intervenciones paradójicas, EMDR, terapia grupal e intervenciones psicoeducativas.

Tratamientos psicológicos para las CNEP

Tratamientos cognitivo conductuales

Kroencke (2007) afirma, a partir de una revisión de estudios randomizados y controlados, que la TCC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los trastornos somatomorfos, categoría en la cual pueden incluirse las CNEP (APA, 2000). Por otra parte, la TCC tiene una probada efectividad en los tratamientos orientados a la depresión y la ansiedad (Beck, 2005), trastornos que se asocian frecuentemente con el desarrollo y mantenimiento de las CNEP.

Uno de los trabajos pioneros en terapia cognitiva para las CNEP es un estudio de caso único publicado por Chalder (1996). En la actualidad, existen principalmente dos tratamientos cognitivo-conductuales manualizados que han liderado las investigaciones: el tratamiento desarrollado por el grupo de Laura H. Goldstein (Reino Unido) y el tratamiento desarrollado por William C. P. LaFrance (Estados Unidos).

El tratamiento desarrollado por Goldstein (Goldstein y cols., 2004, 2010a) se encuentra basado en un modelo de miedo, de escape o evitación que considera a las CNEP como respuestas disociativas a distintas señales (cognitivas, emocionales, fisiológicas o ambien-

tales); dichas respuestas se encontrarían asociadas con experiencias extremadamente estresantes o peligrosas, por ejemplo abuso o trauma, las cuales habrían producido sensaciones insoportables de miedo y malestar en momentos tempranos de la vida. Con este fundamento teórico, basándose en el trabajo de Chalder (1996), Goldstein presenta un modelo de 12 sesiones enfocado en los aspectos cognitivos, emocionales, fisiológicos y comportamentales de las CNEP (Goldstein y cols., 2010a, 2010b). Este tratamiento supone la realización de tareas para el hogar y bibliografía psicoeducativa de las pseudocrisis. El tratamiento cuenta con cinco etapas claramente diferenciadas: 1) Compromiso con el tratamiento y explicación racional; 2) Técnicas para el control de las pseudocrisis; 3) Técnicas de exposición para reducir la evitación; 4) Manejo de las cogniciones y emociones relacionados con las crisis; y 5) Prevención de recaídas.

Este modelo cuenta con un estudio randomizado y controlado (Goldstein y cols., 2010) en el que se compara la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento habitual (tratamiento psiquiátrico) con resultados favorables para la terapia cognitiva por sobre el tratamiento habitual.

Por su parte, el modelo desarrollado por LaFrance se basa en un abordaje inicialmente desarrollado para fortalecer el autocontrol de las crisis epilépticas (Reiter y cols., 1987) modificado a partir del modelo Beckeano de terapia cognitiva (Beck y cols., 1983). La intervención se basa en el supuesto de que los pacientes con CNEP han tenido experiencias traumáticas que los llevan a desarrollar creencias centrales desadaptativas (esquemas negativos) y que, a partir de ellos, los pacientes presentan distorsiones cognitivas y síntomas somáticos. El tratamiento de 12 sesiones tiene por objetivo promover cambios conductuales, generar mayor autocontrol y autoeficacia. Ha sido diseñado especialmente para pacientes con CNEP, tanto para el tratamiento de las crisis como de las comorbilidades que habitualmente se desarrollan en este trastorno.

En uno de los trabajos que se realizaron para comprobar la eficacia de esta intervención, encontraron que, de los 21 participantes, 16 habían logrado reducir las crisis a un 50% y que 11 de las 17 personas que completaron el tratamiento se encontraban libres de crisis al finalizar el mismo (LaFrance y cols., 2009). En un estudio posterior (LaFrance y cols., 2013) se realizó un ensayo controlado y randomizado con 35 pacientes que fueron evaluados con VEEG confirmando el diagnóstico de CNEP. Estos pacientes fueron asignados a cuatro tratamientos: Medicación (Sertralina), TCC, TCC y Medicación, y tratamiento médico estándar. La intervención TCC mostró una reducción significativa en las crisis, y una mejora en el funcionamiento general y respecto de los síntomas en las distintas escalas administradas. La combinación de TCC y Medicación mostró mejoras, pero menores que la sola aplicación de TCC. La Medicación mostró trazos de mejoras, mientras que el tratamiento médico estándar no mostró disminución de las CNEP, dando cuenta de que la terapia de soporte no funciona para las CNEP.

Terapia interpersonal

Howlett y Reuber (2009) desarrollaron un modelo de Terapia Interpersonal al que describen como "Un Modelo Aumentado de Terapia Interpersonal Psicoanalítica Breve para pacientes con CNEP". Los autores basaron su enfoque en una adaptación del modelo de terapia interpersonal psicodinámica breve desarrollado por Hobson (1985) al que combinaron con un modelo adaptado para trastornos somáticos funcionales (Creed y cols., 2003; Guthrie y cols., 1991), proponiendo un enfoque empático y accesible, orientado a promover la corrección de estilos de afrontamiento y la colaboración del

paciente. Este modelo se basa en la suposición de que los problemas del paciente surgen o están exacerbados por perturbaciones en sus relaciones personales significativas, con patrones interpersonales disfuncionales, originados muy tempranamente en su vida, y un enlace explícito entre éstos y los síntomas del paciente. Este enfoque supone el uso de diferentes tipos de hipótesis: “comprensivas” para desarrollar la toma de conciencia por parte del paciente de sus sentimientos actuales; “de enlace”, para establecer conexiones entre los sentimientos actuales y otros sentimientos tanto dentro como fuera de la terapia; y “explicativas”, para buscar posibles razones subyacentes para la conducta del paciente, particularmente si es una conducta repetida. Con estas hipótesis se busca la identificación y el cambio de patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales y un procesamiento más efectivo de las emociones penosas actuales y pasadas.

El tratamiento consiste en una entrevista semi-estructurada, inicial, de 2 horas, seguida por hasta diecinueve sesiones de terapia, de aproximadamente 50 minutos, semanales o con intervalos de dos semanas. El número de sesiones se va pautando con el paciente de acuerdo a la evaluación que el terapeuta haga de cada uno. Los objetivos de este enfoque son múltiples. En la primera sesión se espera: a) *Crear un compromiso inicial*, dada la dificultad de aceptar un tratamiento terapéutico de los pacientes con síntomas somáticos funcionales. b) *Desarrollar la formulación del caso*. La intervención para lograr este objetivo consiste en el desarrollo de un modelo PPPT (factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y disparadores de crisis) individualizado, basado en la historia de los síntomas, la cronología de vida, las relaciones interpersonales (pasadas y presentes), las tensiones de vida actuales (incluyendo la morbilidad física), los recursos de afrontamiento (ambiente familiar, estrategias personales, expresión emocional, evitación, auto-cuidado y dependencia). c) *Cambiar la percepción de la enfermedad*, un objetivo de la terapia en sí mismo. Y d) *Controlar los síntomas* a través de técnicas de respiración y relajación. Las sesiones subsiguientes tienen como objetivos: *augmentar la independencia*, introduciendo estrategias que favorezcan la separación y el auto-cuidado, como el establecimiento de metas personales, el auto-control de la ansiedad y la creación de una red de apoyo familiar; *estimular la autoayuda*; *incorporar cuidadores y otros profesionales de la salud*; *mejorar el proceso emocional*, alentando a los pacientes con CNEP a comunicar y revelar sus sentimientos, tanto en el contexto de la terapia como en sus relaciones interpersonales; y *procesar el trauma*, dada la alta prevalencia de trauma severo entre los pacientes con CNEP.

Al evaluar la eficacia de este modelo, un estudio realizado por Mayor y cols. (2010), sobre 47 pacientes, halló que, entre 12 y 60 meses luego de finalizada la terapia, el 25% de los pacientes estaban libres de crisis y el 40% presentaba una reducción del 50%; y que el uso de servicios de salud había disminuido significativamente. De todas maneras, hasta el momento no se han hallado estudios randomizados con grupo control.

Terapias Psicodinámicas

Kalogjera-Sackellares (2001) han descrito un modelo basado en el concepto psicoanalítico del trauma, utilizando principios de la Psicología del Yo y modelos de las relaciones objetales. Postulan la necesidad de trabajar en el reconocimiento del trauma como fundante de los síntomas, sin olvidar la singularidad de la respuesta, dependiendo de la psicopatología del paciente. En lo que refiere a este tratamiento se han descrito varios casos, pero aún no se han publicado estudios que demuestren su eficacia (LaFrance, Reuber & Goldstein, 2013).

Hipnosis

Dos investigaciones realizadas por Moene (2002, 2003) utilizaron adultos diagnosticados con trastornos conversivos, con movimientos mioclónicos paroxísticos, crisis convulsivas no epilépticas y trastornos de somatización, a quienes se los incluyó en un programa terapéutico de resolución de problemas. El grupo experimental incluía un módulo de hipnosis, mientras que en el grupo control no se incluyó hipnosis como tratamiento complementario. En ambos casos el seguimiento fue de entre 6 y 8 meses. Ambos estudios no han podido demostrar resultados específicos de la eficacia de la hipnosis en este tipo de cuadros.

Estudios comparativos entre pacientes con CNEP y pacientes diagnosticados con epilepsia muestran que los pacientes con CNEP obtienen puntajes más altos en escalas específicas, por lo que serían más hipnotizables (Barry y cols., 2000; Khan y cols., 2009; Kuyk y cols., 1995, 1999). Asimismo, se han publicado reportes de casos en los que la hipnosis fue utilizada como método auxiliar (Moene & Hoogduin, 1999), pero los datos arrojados y la cantidad de estudios realizados aún no permiten llegar a una conclusión certera.

EMDR

La EMDR no ha evidenciado resultados positivos suficientes para el tratamiento de las crisis epilépticas psicógenas, tanto como tratamiento de primera elección o formando parte de una batería de intervenciones (Howlett & Reuber, 2009), a excepción de mejorías en un caso singular (Chemali & Meadows, 2004).

Intervenciones paradójales

Con este tipo de intervención se intenta que el paciente pueda revivir su crisis o experimente aumentos de ansiedad ya acontecidos, utilizando la imaginación o provocando los síntomas en la sesión. Ataoglu y cols. (1998, 2003) compararon dos grupos: un grupo control, tratados con Diazepam, y un grupo experimental, al que se le aplicó esta técnica. Este último grupo evidenció reducción de crisis y de niveles de ansiedad.

Terapia de grupo

Las terapias grupales han mostrado resultados variables respecto de la disminución de las crisis, pero han arrojado mejorías en cuanto al bienestar psicológico (Barry y cols., 2000; Khan y cols., 2009; Kuyk y cols., 1995, 1999). El estudio realizado por Barry y cols. (2008) sobre una terapia con foco psicodinámico, tomando las crisis como expresiones de emociones no conscientes, presenta limitaciones metodológicas y un bajo número de sujetos. Se presume que podría llegar a tener beneficios si su implementación es acompañada por psicoterapia individual.

Sin embargo, un estudio realizado por Zaroff (2004) concluyó que no existieron mejorías en la calidad de vida de los pacientes utilizando como instrumento la escala QOLIE-31 (Cramer y cols., 1998).

Terapia familiar

Dado que las familias de pacientes con CNEP resultan más conflictivas al ser comparadas con las de pacientes con epilepsia, se han realizado estudios para evaluar la eficacia de la terapia familiar (Krawetz y cols., 2001; Moore y cols., 1994). Estos datos se consideran importantes ya que los conflictos familiares se relacionan con la prevalencia de trastornos del estado del ánimo y una baja percepción de calidad de vida en los pacientes con CNEP (LaFrance y cols., 2011). Se ha implementado el modelo de terapia familiar de McMaster (Ryan y cols., 2005) en pacientes con CNEP, arrojando resultados positivos (Archambault & Ryan, 2010).

Enfoques psicoeducativos

Se ha comprobado que pacientes con CNEP son reticentes a considerar que las emociones sean causa de su padecer. Sin embargo, cuando esta explicación es aceptada puede tener consecuencias significativas en el futuro de las crisis y provocar mejorías. Chen y cols. (2014), llevaron a cabo un programa en el que, previo a la incorporación de los pacientes, se realizaba una explicación del diagnóstico de las CNEP utilizando una estrategia de comunicación estandarizada. En la misma se enfatizaba sobre los siguientes puntos: los ataques no son epilépticos; tienen una causa psicógena, lo cual no implica que las crisis sean causadas deliberadamente por el paciente; los conflictos internalizados o suprimidos son, la mayoría de las veces, las causas de los episodios; el objetivo de la intervención es lograr el control de los eventos y para ello se utiliza como instrumentos la aceptación y la responsabilidad.

El programa estuvo dividido en distintas sesiones, cuyos objetivos principales eran que los pacientes aceptaran las CNEP como legítimas pero, a su vez, como interrupciones emocionales que pueden llegar a ser controlables y que distintas manifestaciones físicas pueden ser causadas por emociones no tramitadas de manera correcta, por ejemplo las úlceras gástricas provocadas por el estrés. Asimismo, se enfatizó el reconocimiento del evento disparador y la importancia de poder utilizar distintos canales para liberarse de las tensiones. A su vez, se alentaba a los pacientes a tener roles activos en su recuperación mediante la enseñanza de técnicas y habilidades. Los pacientes fueron evaluados pre y post tratamiento y, a su vez, comparados con los datos obtenidos del grupo control. La frecuencia de las crisis en ambos grupos mostró una mejoría en la calidad de vida a favor del grupo experimental.

Paralelamente, Zaroff y cols. (2004) desarrollaron un programa de psicoeducación con pacientes con CNEP en el que se obtuvo una disminución de síntomas disociativos y postraumáticos, un aumento en la calidad de vida y en las estrategias de afrontamiento, aunque no se observaron cambios significativos en la expresión del enojo.

Conclusiones

Dadas sus características semiológicas, las Crisis no Epilépticas Psicógenas han sido un tema de interés desde los inicios de la psiquiatría -en particular por su asociación con los trastornos conversivos y disociativos-, pero recién en los últimos veinte años se han desarrollado intervenciones específicas con apoyo empírico, como lo demuestran los estudios cognitivo conductuales y los de terapia interpersonal. No obstante, la investigación en esta dolencia es aún reciente, por lo que no hay estudios realizados por grupos de investigadores independientes, motivo por el cual hay que ser cautos a la hora de generalizar estos resultados. Sin embargo, es posible señalar algunos aspectos centrales que son tenidos en cuenta por la mayoría de las propuestas terapéuticas disponibles hasta el momento.

En primer lugar, en la mayoría de los tratamientos -en especial los tratamientos cognitivo-conductuales y los programas psicoeducativos-, se destaca la importancia y dificultad de cambiar el sistema atributivo en pacientes que, durante un promedio de ocho años, han pensado que tenían una enfermedad neurológica. Éste es un aspecto fundamental, tanto en lo que refiere a los objetivos mismos de los tratamientos, como de los factores que pueden afectar la adherencia a éstos por parte de los pacientes.

En segundo lugar, dada la alta comorbilidad de CNEP con otros trastornos psiquiátricos, los modelos de tratamiento psicológicos con buenos resultados incluyen estrategias en función de estas patologías coexistentes (abuso, trauma, depresión, etc.).

Asimismo, los resultados positivos obtenidos por la terapia in-

terpersonal y los modelos cognitivo conductuales dan cuenta de que intervenciones con fundamentos teórico-explicativos distintos pueden lograr resultados similares. Analizando las intervenciones de estos modelos, podemos decir que ambos hacen hincapié en la psicoeducación respecto del trastorno, aspecto que resaltamos previamente como central en este tipo de cuadros.

Finalmente, dado el alto costo que suponen tanto para los pacientes y familiares como para el sistema de salud -recordemos que la latencia en el diagnóstico es de 8 años en promedio-, es necesario que se realice una adecuada difusión de los tratamientos disponibles para estas dolencias.

BIBLIOGRAFIA

- Abubakr, A., Kablinger, A. & Caldito, G. (2003). Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 241-245.
- American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed., texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Archambault, R. C. & Ryan, C. E. (2010). Chapter 33. Family therapy for patients diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures. In Schachter S.C., LaFrance Jr, W. C. (Eds) *Gates and Rowan's nonepileptic seizures*. 3rd ed. Cambridge University Press: Cambridge, New York, 317-326.
- Ataoglu, A., Ozcetin, A., Icmeli, C. & Ozbulut, O. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean medical science*, 18(4), 581.
- Ataoglu, A., Sir, A., Ozkan, M. (1998). Paradoxical therapy in conversion disorder. *Turk J Med Sci*, (28), 419-421.
- Barry, J. J., Atzman, O. & Morrell, M. J. (2000). Discriminating between epileptic and nonepileptic events: the utility of hypnotic seizure induction. *Epilepsia*, 41(1), 81-84.
- Barry, J. J., Wittenberg, D., Bullock, K. D., Michaels, J. B., Classen, C. C. & Fisher, R. S. (2008). Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 13(4), 624-629.
- Beck, A. T. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brower.
- Bowman, E. S. & Markand, O. N. (1996). Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses. *Am J Psychiatry*, 153, 57-63.
- Chalder, T. (1996). Non-Epileptic attacks: A Cognitive Behavioural Approach in a Single Case with a Four-Year Follow-up. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 291-297.
- Chemali, Z. & Meadows, M. E. (2004). The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of psychogenic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 5(5), 784-787.
- 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.
- Cramer, J. A., Perrine, K., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador, K. & Hermann, B. (1998). Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 39(1), 81-88.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N. & Tomenson, B. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303-317.
- D'Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva, W., Solís, P., Consalvo, D., y otros. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, 5(15), 333-339.

- Frances, P. L., Baker, G. A. & Appleton, P. L. (1999). Stress and avoidance in pseudoseizures: testing the assumptions. *Epilepsy research*, 34(2), 241-249.
- Goldstein, L. H., Chalder, T. & Chigwedere, C. (2010a). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*(74), 1986.
- Goldstein, L.H., Chalder, T., Chigwedere, C, Khondoker, M.R., Moriarty, J.; Toone, B.K., y otros. (2010b). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*; 74, 1986-94.
- Goldstein, L., Deale, A. C., Mitchell-O'Malley, S., Toone, B. K. & Mellers, J. (2004). An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *CognBehavNeurol*(17), 41-49.
- Goldstein, L. H. & Mellers, J. D. (2012). Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Current neurology and neuroscience reports*, 12(4), 436-444.
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. & Tomenson, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100(2), 450-457.
- Hobson R. F. (1985). *Forms of feeling: the heart of psychotherapy*. Tavistock Publications, London, New York.
- 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.
- Sackellares, D. K. & Sackellares, J. C. (2001). Impaired motor function in patients with psychogenic pseudoseizures. *Epilepsia*, 42(12), 1600-1606.
- Khan, A. Y., Baade, L., Ablah, E., Mc Nerney, V., Golewale, M. H. & Liow, K. (2009). Can hypnosis differentiate epileptic from nonepileptic events in the video/EEG monitoring unit? Data from a pilot study. *Epilepsy & Behavior*, 15(3), 314-317.
- Krawetz, P., Fleisher, W., Pillay, N., Staley, D., Arnett, J. & Maher, J. (2001). Family functioning in subjects with pseudoseizures and epilepsy. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(1), 38-43.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 881-888.
- Kuyk, J., Jacobs, L. D., Aldenkamp, A. P., Meinardi, H., Spinhoven, P. & Van Dyck, R. (1997). Pseudo-epileptic seizures: hypnosis as a diagnostic tool. *Seizure*, 4(2), 123-128.
- Kuyk, J., Spinhoven, P. & Dyck, R. (1999). Hypnotic recall: a positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*, 40(4), 485-491.
- LaFrance Jr, W. C., Alosco, M. L., Davis, J. D., Tremont, G., Ryan, C. E., Keitner, G. I. & Blum, A. S. (2011). Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsia*, 52(2), 292-300.
- LaFrance Jr, W. C., Miller, I. W., Ryan, C. E., Blum, A. S., Solomon, D. A., Kelley, J. E. & Keitner, G. I. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14(4), 591-596.
- LaFrance Jr, W. C., Reuber, M. & Goldstein, L. H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54(1), 53-67.
- Lesser, R. P. (1996). Psychogenic seizures. *Neurology*, 46, 1499-1507.
- Liske, E. & Forster, F. M. (1964). Pseudoseizures a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology*, 14(1), 41-41.
- Martin, R. C., Gilliam, F. G., Kilgore, M., Faught, E. & Kuzniecky, R. (1998). Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*, 7(5), 385-390.
- 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), 1169-76.
- Metrick, M. E., Ritter, F. J., Gates, J. R., Jacobs, M. P., Skare, S. S. & Loewenson, R. B. (1991). Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*, 32(3), 322-328.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. & van Dyck, R. (2002). A randomized controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(2), 66-76.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. & Dyck, R. V. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29-50.
- Moene, F. C. & Hoogduin, K. A. (1999). The creative use of unexpected responses in the hypnotherapy of patients with conversion disorders. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 47(3), 209-226.
- Moore, P. M., Baker, G. A., McDade, G., Chadwick, D. & Brown, S. (1994). Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: a controlled study. *Epilepsy research*, 18(1), 75-83.
- Oto, M., Conway, P. & McGonigal, A. (2005). Gender differences in psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*(14), 33-39.
- Reiter, J., Andrews, D. & Janis, C. (1987). *Taking control of your epilepsy: a workbook for patients and professionals*. Basics Publishing Company.
- Reuber, M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 622-635.
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessedorf, N. & Elger, C. E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Annals of neurology*, 53(3), 305-311.
- Reuber, M. & Elger, C. E. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy & Behavior*, 4(3), 205-216.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., Bishop, D.S. (2005). *Evaluating and treating families: the McMaster approach*. Routledge: New York.
- Scévola, L., Teitelbaum, J., Oddo, S., Centurión, E., Loidl, C., Kochen, S., y otros. (2013). Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior*, 29, 155-160.
- Silva, W., Giagante, B., Saizar, R., D'Alessio, L., Oddo, S., Consalvo, D., y otros. (2001). Clinical features and prognosis of non-epileptic seizures in a developing country. *Epilepsia*, 42(3), 398-401.
- 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.