

# EPILEPSIA Y SALUD MENTAL ¿EXISTEN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA?

## EPILEPSY AND MENTAL HEALTH. ARE THERE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS SPECIFICALLY FOR PATIENTS WITH EPILEPSY?

*Sarudianky, Mercedes<sup>1</sup>*

### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar diferentes abordajes de tratamientos psicológicos para pacientes con epilepsia, según tipo de intervención, a qué pacientes están dirigidos y los principales resultados.

**Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas en español e inglés. Se tomaron en cuenta estudios empíricos que evalúen la factibilidad y eficacia de intervenciones psicológicas para pacientes con epilepsia.

**Resultados:** Se encontraron abordajes psicoeducativos, de automanejo y psicoterapias, llevados a cabo en dispositivos grupales, individuales o a distancia. Se orientan tanto a pacientes adultos, niños, adolescentes y sus padres, pacientes con comorbilidades psiquiátricas, con epilepsia resistente y adultos mayores. La mayoría obtuvo buenos resultados en mejorarla calidad de vida, adherencia al tratamiento y comprensión sobre la epilepsia.

**Conclusiones:** Distintos tratamientos psicológicos para pacientes con epilepsia demostraron buenos resultados. Es necesario potenciar la investigación local, ya que existen pocos trabajos realizados en países hispanohablantes, y ninguno en Argentina.

### Palabras clave:

Epilepsia - Tratamientos - Psicología - Psicoterapias

### ABSTRACT

**Purpose:** To present different approaches of psychological treatments for people with epilepsy. Type of intervention, to which patients are oriented, and the main results obtained were taken into account.

**Methods:** A literature search was conducted through electronic databases in Spanish and English. Empirical studies evaluating the feasibility of psychological interventions for patients with epilepsy were taken into account.

**Results:** Studies included psychoeducational, self-management approaches, and psychotherapies. Group, individual and remote interventions were proposed. They were oriented to adult patients, children, adolescents and their parents, patients with psychiatric comorbidities, resistant epilepsy and older adults. Many obtained good results in the improvement of quality of life, treatment adherence, and understanding of epilepsy.

**Conclusion:** Preliminary findings suggest that many psychological treatments for epilepsy obtained good results. It is necessary to promote research in the local context, since few studies were carried out in Spanish-speaking countries, and none in Argentina.

### Keywords:

Epilepsy - Treatments - Psychology - Psychotherapy

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Centro Argentino de Etnología Americana. CONICET. Argentina.  
E-mail: msarudi@gmail.com

La epilepsia es la enfermedad neurológica de alta prevalencia en todo el mundo (Ngugi et al., 2010). La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) define a una crisis de epilepsia como la “aparición transitoria de síntomas y/o signos debidos a una actividad neuronal excesiva o sincrónica en el cerebro” (Fisher et al., 2005, p. 471). La epilepsia se caracteriza por una predisposición a la “aparición de crisis epilépticas, y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad” (Fisher et al., 2005, p. 471). La definición clínica operativa establece que deben cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos llegar a un diagnóstico correcto: que haya al menos dos crisis no provocadas en menos de 24 horas, que haya una única crisis, pero riesgo de presentar nuevas crisis durante los 10 años subsiguientes, o diagnóstico de síndrome de epilepsia (Fisher et al., 2014).

El tratamiento habitual para la epilepsia implica fármacos, denominados “drogas antiepilépticas” (DAE), tales como lamotrigina, fenitoína, carbamazepina, levetiracetam o ácido valproico. El objetivo es que el paciente logre estar libre de crisis de epilepsia. La elección del tratamiento dependerá del tipo de epilepsia que tenga el paciente, las ventajas y desventajas que presente el mismo y de su evidencia clínica (Perucca & Tomson, 2011).

Asimismo, existe un porcentaje significativo de pacientes -aproximadamente un 30%- que no responden al tratamiento habitual (Kwan & Brodie, 2000). En estos casos se utilizan otros abordajes terapéuticos, tales como el estimulador vagal (Ben-Menachem, 2002; Boon et al., 2001), dietas nutricionales -en particular la dieta cetogénica (Levy & Cooper, 2003) o cirugía (Spencer & Huh, 2008; Téllez-Zenteno et al., 2005). En la actualidad también se ha comenzado a investigar con respecto al efecto del cannabis como tratamiento para los pacientes con crisis refractarias, cuestión que se encuentra regulada por ley en Argentina (Ley 27350 - Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, 2017).

Sin embargo, el impacto de la epilepsia implica mucho más que la presencia y frecuencia de convulsiones. Distintos estudios han señalado que los pacientes con epilepsia refieren que su calidad de vida se encuentra significativamente afectada (Schachter, 2006). Algunas de las consecuencias de esta enfermedad tienen un especial impacto en la vida de los pacientes, tales como la severidad de las crisis, la frecuencia, la imprevisibilidad, la percepción de autocontrol y autonomía, las consecuencias sociales (discriminación, *bullying*), emocionales, laborales y cognitivas (Kerr et al., 2011a; Sarudiansky et al., 2018a). Mientras que algunos de estos factores son el target principal de los tratamientos habituales -por ejemplo, la frecuencia y severidad de las crisis-, muchas otras quedan dejadas de lado -como por ejemplo, los aspectos emocionales, de inclusión social, la percepción de imprevisibilidad de las crisis-, afectando de manera significativamente negativa la calidad de vida de los pacientes con epilepsia, como así también las de sus familias.

Asimismo, se ha reportado que los pacientes con epilepsia tienen mayores tasas de trastornos mentales que la pobla-

ción general (Scévola et al., 2013, 2017; Tellez-Zenteno et al., 2007).

En consecuencia, con el foco en estas variables psicosociales y psicopatológicas, se han desarrollado distintos abordajes, tales como tratamientos psicológicos o programas psicoeducativos y de automanejo, para pacientes con epilepsia (Michaelis et al., 2016).

El objetivo de este trabajo es relevar tratamientos psicológicos para los pacientes con epilepsia, teniendo en cuenta el tipo de intervención, a qué pacientes están dirigidos, y los principales resultados obtenidos.

Para ello, nos hemos basado fundamentalmente en revisiones bibliográficas realizadas previamente (Michaelis et al., 2016, 2017; Ramaratnam, 2008). Sin embargo, haremos mención de algunas investigaciones que no fueron incluidas por criterios de exclusión, en particular aquellas que implicaron una selección por tipo de medidas de resultados (p.e. calidad de vida) (Michaelis et al., 2017). La importancia de este trabajo radica en que la disponibilidad de esta información en español es muy escasa, y es necesario difundir y reflexionar respecto de la posibilidad de aplicar dispositivos terapéuticos que tengan buenos resultados en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, entre otras variables. Consideramos que este es un paso importante para que comiencen a desarrollarse y/o adaptarse tratamientos psicológicos para los pacientes con epilepsia a nivel local y regional.

## Método

Entre los meses de septiembre y diciembre de 2018, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos: PubMed, PsycINFO y EMBASE, utilizando las siguientes palabras clave: Epilepsy AND Psychological-treatments, Epilepsy AND Psychotherapy. También se realizaron búsquedas en las bases de datos Scielo y Redalyc, con palabras clave en español, pero no se obtuvieron resultados.

Se tomaron en cuenta únicamente estudios empíricos -tanto ensayos controlados, como estudios randomizados y controlados y estudios de caso-, que evalúen la eficacia de intervenciones psicológicas para pacientes con epilepsia. Se descartaron artículos teóricos y revisiones, aunque se tomaron en cuenta para orientar la búsqueda e incluir artículos que no aparecieran en las búsquedas iniciales.

## Resultados

Se encontraron un total de 74 títulos, de los cuales 12 fueron excluidos por ser artículos de revisión o artículos teóricos. Once se excluyeron por no tener disponible el texto completo, por no estar en idioma inglés o español, o por ser resúmenes correspondientes a presentaciones en congresos científicos. De los 51 títulos que forman parte de este trabajo, 7 estaban orientados a niños y/o adolescentes y a sus familias, mientras que el resto estaba dirigido a pacientes adultos. Entre ellos, se incluyen pacientes con síntomas depresivos, con bajo nivel académico, con otras comorbilidades, entre otras especificidades.

Once estudios estuvieron orientados al manejo de pacientes con epilepsia resistente. Dos, a pacientes reciente-

mente diagnosticados. La mayoría, sin embargo, no específica respecto del tiempo de evolución de la epilepsia.

La mayoría de los estudios (40) fueron realizados en países tales como Estados Unidos, Australia, Alemania, Reino Unido y Suecia. Sólo dos trabajos fueron realizados en Sudamérica: uno en México y otro en Brasil. Ningún estudio fue realizado en Argentina. Los datos y las características principales de cada publicación se encuentran sintetizadas en las tablas 1 y 2.

La valoración de los resultados de cada intervención se realizó a partir de diferentes variables, quedando a criterio de cada autor. Entre ellas encontramos: calidad y satisfacción con la vida, estado de ánimo y síntomas depresivos, miedo, estrés y ansiedad, variables neuropsicológicas, rasgos de la personalidad, severidad y frecuencia de las crisis, adaptación y realización de actividades, estrategias de afrontamiento, conocimiento sobre la epilepsia y adherencia al tratamiento.

Con el objetivo de organizar el presente artículo, hemos clasificado y ordenado los estudios según el tipo de abordaje -psicoeducativo o automanejo y psicoterapias-, y según formato de intervención (p.e. grupal, individual), foco de la intervención y tipo de pacientes. Al final de cada apartado haremos mención de los principales resultados obtenidos.

#### **a. Abordajes psicoeducativos y de automanejo**

El "automanejo" se refiere a los comportamientos relacionados con la salud y actividades adaptativas que una persona puede ejecutar para promover el control de las convulsiones y mejorar su bienestar (Austin & de Boer, 1997). Los programas psicoeducativos, por su parte, se orientan a fomentar y potenciar el conocimiento que tienen tanto los pacientes como sus familiares respecto de las características, la evolución y las estrategias de cura de un padecimiento.

#### *Intervenciones psicoeducativas de formato grupal*

La mayoría de estas intervenciones psicoeducativas presentan formato grupal, fundamentado en la importancia de la interacción de los pacientes, la posibilidad de compartir experiencias y la mejor utilización de los recursos disponibles. Algunas de ellas tienen un diseño muy breve, de entre una y dos sesiones. Por ejemplo, los programas diseñados por Helgeston (1990), Olley (2001), Kralj-Hans (2014), Pfafflin y May (2002; 2016) implican sólo dos días de intervención. Helde et al (2005), proponen una psicoeducación de sólo una sesión, con seguimiento telefónico. Una cuestión interesante es que muchas de estas intervenciones fueron realizadas por enfermeros y no por profesionales de la salud mental. Otros programas psicoeducativos se estructuran entre 4 y 8 semanas (Aliasghar-pour et al., 2013; Fraser et al., 2015; Pramuka et al., 2007; Yadegary et al., 2015) y requieren de la participación de otros profesionales, tales como neurólogos, psicólogos e, incluso, pacientes con epilepsia.

#### *Otros formatos de intervenciones psicoeducativas*

Otros formatos de intervenciones incluyen cuestionarios

autoadministrados para asociar situaciones específicas con la toma de la medicación y, así, mejorar la adherencia de la misma (Brown et al., 2009) o la inclusión de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), tales como comunicaciones telefónicas (Dilorio et al., 2009), mensajes de texto -SMS- (Lua & Neni, 2013) e internet (Dilorio, Bamps, & Walker, 2011; Dilorio, Bamps, Walker, et al., 2011).

#### *Temas de interés de intervenciones psicoeducativas*

Más allá de las diferencias en lo que hace al formato de la intervención, éstas se distinguen respecto de los temas de interés sobre los cuales se centran. Por ejemplo, mientras algunos programas se orientan a las conductas y manejo de la enfermedad en la vida cotidiana y su impacto en la calidad de vida (p.e. Helgeston et al., 1990; May & Pfafflin, 2002; Ridsdale, Kwan, & Cryer, 2000), otros se orientan específicamente al manejo de la medicación (Brown et al., 2009; Peterson et al., 1984), mientras que otros se orientan a mejorar los problemas cognitivos (Caller et al., 2016).

#### *Tipos de pacientes*

A pesar de que la mayoría de estos programas están orientados a adultos con epilepsia, algunos se caracterizan por estar dirigidos a poblaciones específicas. Por ejemplo, Pfafflin et al (2012) y Jantzen et al (2009) propusieron talleres para orientar a niños y adolescentes y sus padres; Modi et al (2016), por su parte, a padres de niños con epilepsia para mejorar la adherencia a la medicación. Dorris et al (2017) orientaron su programa psicoeducativo para mejorar la comprensión de la epilepsia a pacientes adolescentes -12 a 17 años-. Beretta et al (2014) diseñaron y evaluaron un programa psicoeducativo para pacientes con epilepsia y comorbilidades crónicas; en India, Dash et al (2015) evaluaron una intervención de educación para la salud en pacientes con epilepsia de bajo nivel educativo.

#### *Evaluación de los resultados de las intervenciones psicoeducativas*

En cuanto a los resultados de las intervenciones, todas reportaron mejorías en mayor o menor medida en lo que respecta a las variables evaluadas, por ejemplo: calidad de vida, conocimiento sobre la enfermedad, adherencia y satisfacción con respecto al tratamiento, miedo a las crisis, frecuencia de crisis, ansiedad y depresión. Sin embargo, sólo algunas de las intervenciones presentan estudios randomizados y controlados que permitirían tener un nivel de evidencia mayor. Ejemplos de ello son: el programa de autoayuda PACES (Fraser et al., 2011, 2015) el cual reporta mejorías en distintas dimensiones de medidas de automanejo y calidad de vida, tanto al final de la intervención como en un seguimiento a los 6 meses, en comparación con el grupo control; el programa MOSES -Modular Service Package Epilepsy- (May & Pfafflin, 2002), cuyos resultados indican que los participantes reportaron una mejor comprensión sobre la enfermedad, estar más satisfechos con el tratamiento farmacológico y menos frecuencia de crisis, en comparación con el grupo control (lista de espera); la intervención educativa propuesta por Dash et

al (2015) obtuvo mejorías en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos que no formaban parte del grupo experimental. Asimismo, el programa de Lua & Neni (2013), una versión del previamente nombrado MOSES con SMS, reportó cambios positivos en medidas de calidad de vida, como por ejemplo en las preocupaciones sobre las crisis, la calidad de vida general, el bienestar emocional y funcionamiento social, comparados con aquellos que sólo habían recibido un folleto educativo. Otras intervenciones, como la llevada a cabo por Helde et al (2005) también observaron significativas mejoras en las medidas de calidad de vida en los pacientes que recibieron la intervención en un seguimiento a dos años. Asimismo, también las intervenciones orientadas a adolescentes, como la propuesta por Dorris et al (2017) obtuvieron resultados alentadores en lo que hace a la posibilidad de comunicar su condición a otros y entender mejor qué es la epilepsia, aunque no demostraron mejoras en la calidad de vida.

## **b. Psicoterapias**

### **b.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Bajo el nombre de TCC, se incluyen diferentes tipos de abordajes, como por ejemplo: terapia analítico-funcional (Kohlenberg & Tsai, 2004), terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1987), terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999), terapia de activación conductual (Jacobson et al., 2001), terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Segal et al., 2002), terapia metacognitiva (Wells, 2002), entre otras. Las técnicas más utilizadas son: Modificación de la atención o de la situación, reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y técnicas de relajación y meditación.

La TCC ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de distintos trastornos, en particular trastornos afectivos y de ansiedad. En el caso de la epilepsia, encontramos diferentes investigaciones que aplicaron TCC a población adulta, a pacientes con comorbilidad con depresión, epilepsia resistente, adolescentes y adultos mayores, entre otras.

#### **TCC para adultos con epilepsia**

Las investigaciones orientadas a evaluar la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en pacientes adultos con epilepsia incluyen tanto intervenciones grupales (p.e. Au et al., 2003; Tan & Bruni, 1986) como individuales (p.e. Gandy et al., 2014). En general, este tipo de intervenciones se orientaron a mejorar la calidad de vida y el manejo de las crisis epilépticas, tomando en cuenta, por ejemplo, el sufrimiento psicosocial, la frecuencia de crisis (Tan & Bruni, 1986), percepción de autoeficacia (Au et al., 2003), sintomatología depresiva y riesgo suicida (Gandy et al., 2014). Como la mayoría de los tratamientos de TCC, estos incluyen, además, módulos psicoeducativos, aparte de las técnicas de TCC más habituales (Callier et al., 2016)

#### **TCC para pacientes con epilepsia y depresión**

Varias investigaciones en TCC y epilepsia se centraron

en la comorbilidad altamente frecuente con trastornos del estado del ánimo. Por ejemplo, Davis et al (1984) diseñaron un tratamiento que incluía técnicas cognitivo-conductuales para pacientes con epilepsia y depresión, orientado al manejo de los síntomas depresivos. Encontraron mejorías en síntomas de ansiedad y de enojo, y un aumento de la actividad social.

Más recientemente, Ciechanowski et al (2010) evaluaron la efectividad de un programa cognitivo conductual que incluye intervenciones orientadas a la resolución de problemas, activación conductual y tratamiento psiquiátrico, para pacientes con depresión y epilepsia. Encontraron mejorías comparado con grupo control, en indicadores de depresión, riesgo suicida y bienestar psicológico. En un seguimiento a 18 meses, estas mejorías persistían (Chaytor et al., 2011).

Asimismo, en México, Orjuela-Rojas et al (2015) compararon el efecto de antidepressivos (IRSS) y TCC en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y trastorno depresivo mayor, encontrando mejorías en lo que respecta a sintomatología depresiva y calidad de vida antes y después del tratamiento, aunque sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Integrando tecnologías de la información y la comunicación (TIC), Schröder et al (2014) evaluaron la respuesta de una intervención CBT online a pacientes con epilepsia y síntomas depresivos. Encontraron diferencias significativas a favor del grupo intervención en síntomas de depresión y en la escala de energía y fatiga de la escala de calidad de vida en epilepsia (QOLIE-31) (Devinsky et al., 1995).

#### **TCC y meditación**

Thompson et al (N. J. Thompson et al., 2010, 2015) diseñaron una intervención a distancia (por teléfono u online) basada en la MBCT (Segal et al., 2002) para pacientes con epilepsia y trastorno depresivo mayor. Evaluaron su impacto en los síntomas depresivos, en los conocimientos y en las capacidades necesarias para afrontar la enfermedad y en la satisfacción con la vida de estos pacientes, encontrando que aquellos que participaron en la intervención obtuvieron mejores resultados en estas variables. No encontraron diferencias entre las modalidades de ejecución -online o telefónica-. Siguiendo esta misma línea, Tang et al (2015) organizaron grupos de mindfulness para pacientes con epilepsia resistente y los compararon con grupos de apoyo. Encontraron que los participantes del grupo mindfulness reportaban mejorías significativas respecto de su calidad de vida general, estado de ánimo (ansiedad y depresión), frecuencia de crisis y memoria verbal.

#### **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

En Sudáfrica, el grupo de Lundgren y colaboradores desarrollaron un tratamiento de ACT para pacientes con epilepsia resistente, con el objetivo de obtener mejorías en calidad y satisfacción con la vida y frecuencia de crisis. En principio, compararon ACT con un grupo de apoyo, encontrando que el grupo ACT obtenía mejorías significativas en estas medidas (Lundgren, Dahl, Melin, & Kies, 2006). Analizando los mediadores del cambio, concluyeron que

muchos de los principios de ACT, como aceptación, defusión, persistencia y orientación a valores, estaban implicados en la mejoría de estos pacientes (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008). En otra ocasión, compararon ACT con yoga, concluyendo que ambas terapias, utilizadas como complementarias, permitirían obtener mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia (Lundgren, Dahl, Yardi, et al., 2008).

En Inglaterra, en un estudio prospectivo controlado con pacientes con epilepsia resistente, Dewhurst et al (2015) evaluaron la relación costo-beneficio de una intervención con ACT. Encontraron mejorías significativas en calidad de vida, ansiedad, ajuste social, autoestima, depresión y frecuencia de crisis. Los autores plantearon que los resultados obtenidos justifican la realización de estudios randomizados y controlados para este tipo de abordajes.

#### TCC para epilepsia resistente

Además de los tratamientos previamente mencionados orientados a pacientes con epilepsia resistente a la farmacoterapia (Dewhurst et al., 2015; Lundgren et al., 2006; Lundgren, Dahl, Yardi, et al., 2008; Tang et al., 2015), también Goldstein et al (2003) evaluaron los resultados de una intervención CBT en pacientes con epilepsia resistente y comorbilidades psiquiátricas y/o dificultades psicosociales. Encontraron mejorías en los problemas psicosociales asociados con la epilepsia reportados por los pacientes, aunque no hubo ningún efecto en lo que respecta a la frecuencia de crisis. En Brasil, De Barros et al (de Barros et al., 2018) evaluaron la utilidad de un programa TCC de 8 sesiones orientado a pacientes con epilepsia del lóbulo temporal resistente al tratamiento que presenten, además, CNEP confirmadas por VEEG. Encontraron que el grupo que recibió la intervención había obtenido mejoras en lo que hace a la sintomatología ansiosa y depresiva, alexitimia y calidad de vida.

#### TCC para adolescentes y adultos mayores

Martinovic, Simonovic y Dkokic (2006) evaluaron la utilidad de una intervención grupal CBT para prevenir síntomas depresivos en adolescentes recientemente diagnosticados con epilepsia. Pese a que el estudio sugiere que ciertas intervenciones específicas pueden ser efectivas para la depresión subclínica de estos pacientes, la complejidad de la sintomatología no les permitió llegar a conclusiones certeras.

En cuanto a los adultos mayores, McLaughlin y McFarland (2011) diseñaron una intervención cognitivo-conductual grupal de 6 semanas, orientado a mejorar los síntomas depresivos, la frecuencia de crisis y el funcionamiento psicosocial. Pese a que no encontraron diferencias significativas entre el grupo CBT y el grupo control en los indicadores de depresión y funcionamiento psicosocial, sí encontraron diferencias significativas en lo que hace a la disminución de la frecuencia de crisis, a favor del grupo CBT.

#### b.2. Terapia comportamental

La terapia de la conducta tiene su origen en los desarrollos realizados por el fisiólogo Iván Pavlov sobre fisiología

animal, los cuales luego fueron aplicados a la psicología y la clínica psicopatológica. Se basa en las teorías del aprendizaje de las conductas y en la aplicación de diferentes técnicas que permitan la modificación de aquellas consideradas desadaptativas (Wolpe, 1990).

Uno de los tratamientos conductuales más reconocidos para pacientes con epilepsia es el propuesto por Reiter y Andrews (Reiter et al., 2015), el cual incluye, además de técnicas de modificación conductual, identificación del aura, biofeedback y técnicas de relajación. Aplicando este tratamiento, Elsas et al (2011) reportaron mejoras en la frecuencia de crisis y en calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia.

Más recientemente, Haut et al (2018) evaluó la respuesta de dos tipos de intervenciones conductuales (relajación muscular progresiva y ejercicios de control atencional) respecto de la frecuencia de crisis epilépticas en pacientes con epilepsia resistente. Como resultados, los pacientes de ambas intervenciones registraron reducción significativa de frecuencia de crisis una vez concluido el tratamiento. En población infantil, Dahl y colaboradores realizaron un estudio comparando un programa de modificación conductual, con clases de control atencional y un grupo control, para evaluar su efecto en la frecuencia y duración de las crisis epilépticas en niños con epilepsia resistente. Los resultados indican que el grupo de modificación conductual obtuvo significativas mejorías en estas variables, con seguimiento a uno y ocho años (J Dahl et al., 1985; JoAnne Dahl et al., 1992).

#### b.3. Entrevista motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) es una intervención clínica enfocada a ayudar a los individuos respecto de la ambivalencia hacia el cambio de una conducta. Evalúa la disposición de los pacientes para cambiar, y genera estrategias para estimular la motivación intrínseca para llevar a cabo este cambio (Miller & Rollnick, 2013). La EM es en general breve, estructurada en una o dos sesiones. Puede ser tanto una intervención en sí misma o previa a otro tratamiento. Ha sido aplicada tanto en pacientes con problemas en el abuso de sustancias (Carroll et al., 2006), como para motivar conductas saludables en la promoción de la salud y favorecer la adherencia al tratamiento en enfermedades medicas.

En el caso de la epilepsia, dos grupos independientes en Irán realizaron estudios controlados y randomizados. Pakpour et al (2015) reportaron mejores resultados en la adherencia a la medicación, mayor percepción de control al tomar la medicación regularmente en los pacientes que formaron parte de la intervención. Asimismo, observaron menos preocupaciones respecto de los efectos de la medicación y actitudes más orientadas a la acción y la planificación, en comparación con el grupo control. Hosseini et al (2016) encontraron que la EM impactaba positivamente en la mayoría de las dimensiones estudiadas sobre calidad de vida. Refieren que ayuda a transformar pensamientos negativos en positivos y, así, mejorar la percepción sobre su calidad de vida.

## Comentarios finales

La epilepsia es una enfermedad crónica que presenta un impacto significativo en diferentes áreas de la vida del paciente y sus familiares (Kerr et al., 2011b; Sarudiansky et al., 2018b; C. Thompson, 2018). Por este motivo, aunque no son la mayoría, los tratamientos para la epilepsia no deberían limitarse únicamente al control de crisis. En este artículo resumimos algunas de las intervenciones no farmacológicas que se orientan a mejorar diferentes aspectos de la enfermedad, tales como su conocimiento, la adherencia al tratamiento, el impacto en la calidad de vida, en las consecuencias o comorbilidades emocionales o psicológicas, entre otros. Hasta el momento hay pocas revisiones realizadas en el tema (Michaelis et al., 2017; Ramaratnam, 2008), y ninguna está disponible en idioma español.

En primer lugar, encontramos una amplia variedad de abordajes orientados a la educación y al entrenamiento en el automanejo de pacientes con epilepsia. La mayoría de éstos se encontraban centrados en variables como adaptación a la enfermedad, conocimiento sobre la epilepsia, adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Los formatos que toman estos abordajes son diversos: se han propuesto desde intervenciones cortas, de una o dos días de duración, hasta intervenciones más extensas, tanto a través de grupos como con entrevistas individuales, presenciales, telefónicas o virtuales. Asimismo, una de las características principales que presentan este tipo de abordajes es que quienes coordinan o llevan a cabo las intervenciones pueden ser tanto enfermeros, neurólogos o psicólogos así como personas con epilepsia -no necesariamente profesionales-. Este aspecto se podría pensar de manera positiva en lo que hace al costo-beneficio de las intervenciones, ya que la flexibilidad y la economía de recursos muchas veces es un aspecto crucial para que este tipo de tratamientos puedan llevarse a cabo, por ejemplo, en el sistema público de salud.

Como referimos en los resultados, la mayoría de los abordajes propuestos reportan efectos positivos significativos de las medidas evaluadas, en comparación con aquellos pacientes que formaron parte del grupo control. Sin embargo, son contados los estudios randomizados y controlados y la presencia de sesgos es alta (Michaelis et al., 2018), por lo que la contundencia de sus resultados es limitada. De todas maneras, el hecho de que se empiecen a llevar a cabo estudios multicéntricos -tales como el MOSES, en Alemania (May & Pfäfflin, 2002) y el WebEASE, en Reino Unido (Dilorio, Bamps, Walker, et al., 2011) - da cuenta de que se han comenzado a replicar intervenciones probablemente eficaces para esta población específica.

En cuanto a las psicoterapias, encontramos también una diversidad de propuestas de abordaje (terapia cognitivo-conductual, terapia comportamental y entrevista motivacional). Desde las terapias cognitivo-comportamentales (TCC), se diseñaron tratamientos tanto para pacientes adultos con epilepsia, pacientes con epilepsia y depresión, pacientes con epilepsia resistente al tratamiento farmacológico, niños, adolescentes recientemente diagnosticados

y pacientes con crisis mixtas (CNEP y crisis de epilepsia), entre otras. Esto es coherente con el hecho de que las TCC suelen ser efectivas en pacientes con trastornos mentales -en particular trastorno del estado del ánimo y trastornos de ansiedad- los cuales son muy prevalentes en los pacientes con epilepsia (Gaitatzis et al., 2004; Scévola et al., 2013). Al igual que las intervenciones psicoeducativas, se desarrollaron intervenciones que utilizan tecnologías de la comunicación y la información (TICs) (Schröder et al., 2014; N. J. Thompson et al., 2010, 2015), aspecto que permitiría potenciar el alcance de las intervenciones a un número mayor de pacientes. Asimismo, la diversidad de corrientes al interior de la TCC (ACT, MBCT, TCC estándar), y la utilización de diferentes técnicas y estrategias (reestructuración cognitiva, defusión, exposición, psicoeducación, relajación, meditación), refleja el carácter ecléctico de las TCC y permite, a su vez, la promoción de una psicoterapia a la medida de los pacientes.

Como señalamos anteriormente, ninguno de los trabajos encontrados fue realizado en Argentina. Sólo un trabajo fue realizado en Brasil -en el que se basaron en el tratamiento TCC para un grupo muy específico de pacientes con crisis psicógenas y epilepsia del lóbulo temporal- y otro en México -en el que se comparó el efecto de TCC y antidepresivos en pacientes con epilepsia y depresión-. Este aspecto denota una marcada limitación por parte de la comunidad profesional local respecto del desarrollo de intervenciones con apoyo empírico en esta población en Sudamérica y países hispanoparlantes. Esta limitación resulta especialmente significativa si tomamos en cuenta, además, que los tratamientos psicológicos no deberían extrapolarse de un contexto a otro, sino que, dada la variabilidad cultural presente en los diferentes contextos y países hace necesaria la adaptación cultural para aumentar la aceptabilidad y mejorar los resultados de los tratamientos (Bernal et al., 2013; Singla et al., 2017). La epilepsia, al igual que la mayoría de las enfermedades, también se encuentra influida por la cultura (Keikelame & Swartz, 2015; Kroner et al., 2016), lo cual impactará respecto del impacto en la vida, la elección de tratamientos y el pronóstico.

Además, teniendo en cuenta que en Argentina la prevalencia de epilepsia es relativamente elevada (aproximadamente un 1% de la población) (Melcon et al., 2007) y que, además, presentan una marcada vulnerabilidad psicosocial, consideramos que es indispensable fomentar y promover la investigación y el desarrollo de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia en Argentina.

## Limitaciones

El presente artículo tiene como objetivo realizar un resumen descriptivo sobre tratamientos psicológicos para pacientes con epilepsia (Sage Research Methods, n.d.). Una de las limitaciones que presenta este tipo de trabajo es que puede confundirse fácilmente con una revisión sistemática. Para tal fin, deberían tomarse en cuenta lineamientos más estrictos en cuanto a criterios de búsqueda, de inclusión y exclusión, análisis de sesgos y de los resultados de los estudios incluidos (Urrutia & Bonfill, 2010). Este artícu-

lo apunta a ser una introducción a esta temática, para así promover y potenciar la ejecución de estudios con mayor nivel de rigurosidad, tanto empírica como teórica.

### Financiación

Este artículo se encuentra enmarcado en los proyectos PIP-CONICET11220130100030CO y UBACyT20020170100274BA.

### Conflictos de interés

Ninguno.

**Tabla 1.**

### **Intervenciones psicoeducativas y de automanejo para pacientes con epilepsia**

N	Autor	Año	Título	Revista	País	Tipo de intervención	Tipo de paciente	Resultados principales
1	Peterson, McLean, & Millingen	1984	<i>A Randomised Trial of Strategies to Improve Patient Compliance with Anticonvulsant Therapy</i>	Epilepsia	Australia	Adherencia al tratamiento	Adultos	Mejoras en la adherencia al tratamiento de DAE. Disminución significativa de la frecuencia de crisis, en comparación con el grupo control.
2	Helgeson, Mittan, Tan, & Chayasisobhon	1990	<i>Sepulveda Epilepsy Education: The Efficacy of a Psychoeducational Treatment Program in Treating Medical and Psychosocial Aspects of Epilepsy</i>	Epilepsia	EEUU	Educativo	Adultos	Mayor conocimiento sobre la epilepsia, menor conductas de automedicación, mayor adherencia al tratamiento y menos miedo a las crisis, en comparación con el grupo control.
3	Ridsdale, Kwan, & Cryer	2000	<i>Newly diagnosed epilepsy: can nurse specialists help? A randomised controlled trial.</i>	Epilepsia	Reino Unido	Educativo	Adultos recientemente diagnosticados	Diferencias a favor del grupo intervención en pacientes con bajo nivel educativo con respecto a sus conocimientos sobre la epilepsia
4	Olley, Osinowo, & Brieger	2001	<i>Psycho-educational therapy among Nigerian adult patients with epilepsy: a controlled outcome study</i>	Patient Education and Counseling	Nigeria	Educativo	Adultos	Mejores resultados en el grupo que recibió la intervención, en comparación con lista de espera, en sintomatología depresiva, conocimiento sobre la epilepsia y síntomas neuróticos
5	May & Pfäfflin	2002	<i>The Efficacy of an Educational Treatment Program for Patients with Epilepsy (MOSES) : Results of a Controlled, Randomized Study</i>	Epilepsia	Alemania	Educativo	Adultos	Mejoras en conocimiento sobre la epilepsia, estrategias de afrontamiento y satisfacción con la medicación. No se encontraron diferencias respecto de la percepción general de calidad de vida ni autoestima, antes y después del tratamiento, en comparación con el grupo control
6	Helde, Bovim, Bråthen, & Brodtkorb	2005	<i>A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial</i>	Epilepsy and Behavior	Noruega	Educativo	Adultos	Mejoras en la calidad de vida de los pacientes que completaron el estudio, en comparación con el grupo control, en especial en abatimiento por la salud, efectos de la medicación y limitaciones dificultades físicas.
7	Pramuka, Hendrickson, Zinski, & Van Cott	2007	<i>A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	Automanejo	Adultos	Mejoras significativas en algunas variables de calidad de vida (limitaciones, emociones) al momento del seguimiento. No se encontraron diferencias en la escala general de calidad de vida.
8	Brown, Sheeran, & Reuber	2009	<i>Enhancing antiepileptic drug adherence: A randomized controlled trial</i>	Epilepsy and Behavior	Reino Unido	Adherencia al tratamiento	Adultos	Los participantes del grupo intervención demostraron mejor adherencia al tratamiento de DAE que el grupo control: cantidad de dosis, días en los que tomaron correctamente las dosis y cantidad de dosis tomadas en tiempo y forma.
9	Jantzen et al.	2009	<i>FLIP&amp;FLAP—A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents</i>	Seizure	Alemania	Automanejo	Niños/ adolescentes	Mejoras en el manejo y comunicación de los padres y en las preocupaciones. Mejoras en los niños sobre la exclusión social, en comparación con el grupo control

EPILEPSIA Y SALUD MENTAL ¿EXISTEN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA?  
 EPILEPSY AND MENTAL HEALTH. ARE THERE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS SPECIFICALLY FOR PATIENTS WITH EPILEPSY?  
 Sarudiansky, Mercedes

10	Dilorio, Reisinger, Yeager, & McCarty	2009	<i>A telephone-based self-management program for people with epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	Automanejo (telefónico)	Adultos	Se evaluó la factibilidad del programa, con una alta aceptación del mismo por parte de los pacientes. Se estimaron buenos resultados, a favor del grupo experimental.
11	Dilorio, Bamps, & Walker	2011	<i>Results of a Randomized Controlled Trial: Evaluating WebEase, an Online Epilepsy Self-Management Program</i>	Epilepsy Currents	EEUU	Automanejo (Internet)	Adultos / Adolescentes	Aquellos que completaron al menos algunos de los módulos del programa WebEase reportaron mayores niveles de autoeficacia. También hubo una tendencia significativa en torno a la adherencia a la medicación, estrés, automanejo y conocimiento sobre la epilepsia
12	Fraser et al.	2011	<i>Managing epilepsy well: Self-management needs assessment</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	Automanejo	Adultos	Evaluaron las necesidades de un grupo de pacientes con epilepsia, con el objetivo de diseñar una intervención a la medida del paciente. Los resultados se plasmaron en el desarrollo del programa PACES in epilepsy (Fraser, 2015)
13	Dilorio, Bamps, Walker, & Escoffery	2011	<i>Results of a research study evaluating WebEase, an online epilepsy self-management program</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	Automanejo (Internet)	Adultos	Los participantes en el tratamiento reportaron mayor adherencia a la medicación, en comparación con aquellos en lista de espera. Aquellos que completaron alguno de los módulos del tratamiento reportaron niveles mayores de autoeficacia.
14	Pfäfflin, Petermann, Rau, & May	2012	<i>The psychoeducational program for children with epilepsy and their parents (FAMOSEES) : Results of a controlled pilot study and a survey of parent satisfaction over a five-year period</i>	Epilepsy and Behavior	Alemania	Educativo	Niños/Padres	Se encontraron mejoras significativas en el grupo que recibió tratamiento comparado con aquellos del grupo control en las siguientes variables: conocimiento sobre la epilepsia, adaptación, ansiedad relacionada con la epilepsia y manejo de las crisis. También se redujeron la vigilancia y la frecuencia de crisis en niños cuyos padres participaron en la intervención
15	Lua & Neni	2013	<i>A randomised controlled trial of an SMS-based mobile epilepsy education system</i>	Journal of Telemedicine and Telecare	Malasia	Educativo (SMS)	Adultos	Los pacientes que participaron en la intervención reportaron mayor conciencia, conocimientos y actitudes sobre la epilepsia. También se encontró que el grupo intervención reportó una más adecuada adherencia a la medicación y a la asistencia a la institución.
16	Lua & Neni	2013	<i>Health-related quality of life improvement via telemedicine for epilepsy: printed versus SMS-based education intervention</i>	Quality of Life Research	Malasia	Educativo	Adultos	El grupo intervención demostró cambios positivos en el perfil de calidad de vida, comparado con el grupo control, particularmente en las siguientes variables: Preocupaciones sobre las convulsiones, calidad de vida general, bienestar emocional, desempeño social y puntaje total.
17	Aliasgharpour, Dehgahn Nayeri, Yadegary, & Haghani	2013	<i>Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy</i>	Seizure	Irán	Educativo y automanejo	Adultos	Se encontraron diferencias significativas con respecto a indicadores de automanejo en el grupo que participó de la intervención, en comparación con el grupo control
18	Beretta et al.	2014	<i>Comprehensive educational plan for patients with epilepsy and comorbidity (EDU-COM) : a pragmatic randomised trial</i>	J Neurol Neurosurg Psychiatry	Italia	Educativo	Adultos con comorbilidades	Los pacientes que recibieron el plan educativo reportaron menos efectos adversos a la medicación en un seguimiento de 6 meses, en comparación con el grupo control. No se encontraron efectos significativos sobre la calidad de vida entre los dos grupos
19	Kralj-Hans et al.	2014	<i>Self-Management education for adults with poorly controlled epILEpsy (SMILE (UK) ) : a randomised controlled trial protocol</i>	BMC Neurology	Reino Unido	Educativo y automanejo	Adultos	Este estudio no presenta resultados. Describe las características de la intervención y el proyecto de replicación del programa MOSES (Alemania) en Reino Unido.



20	Dash, Sebastian, Aggarwal, & Tripathi	2015	<i>Impact of health education on drug adherence and self-care in people with epilepsy with low education</i>	Epilepsy and Behavior	India	Educativo	Adultos con bajo nivel educativo	Se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención, en el grupo experimental con respecto a la adherencia a la medicación. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en percepción de autoeficacia.
21	Yadegary, Maemodan, Nayeri, & Ghanjekhanlo	2015	<i>The effect of self-management training on health-related quality of life in patients with epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	Irán	Automanejo	Adultos	Un mes después de la intervención, se encontró una mejora en la calidad de vidas del grupo que recibió el entrenamiento, en comparación con aquellos que no lo recibieron.
22	Fraser et al.	2015	<i>PACES in epilepsy: Results of a self-management randomized controlled trial</i>	Epilepsia	EEUU	Automanejo	Adultos	Los participantes del grupo PACES obtuvieron mejoras con respecto al grupo control en las variables de automanejo (información, estilo de vida), autoeficacia y calidad de vida. También se mantuvieron las mejoras en un seguimiento a 6 meses en automanejo y algunas subescalas de calidad de vida (información, energía/fatiga y efectos de la medicación).
23	Modi, Guilfoyle, Mann, & Rausch	2016	<i>A pilot randomised controlled clinical trial to improve antiepileptic drug adherence in young children with epilepsy</i>	Epilepsia	EEUU	Adherencia al tratamiento	Niños	Se encontraron diferencias significativas en adherencia a la medicación entre el grupo que recibió la intervención y el que recibió el tratamiento habitual. Hubo, además, cambios significativos en el conocimiento sobre la epilepsia en aquellos que participaron del grupo intervención.
24	Pfäfflin, Schmitz, & May	2016	<i>Efficacy of the epilepsy nurse: Results of a randomized controlled study</i>	Epilepsia	Alemania	Educativo	Adultos	Los pacientes que recibieron asesoramiento reportaron más satisfacción con la información y el apoyo, en comparación con el grupo control. Además, mejoraron el conocimiento sobre la epilepsia y las estrategias de afrontamiento. No se encontraron diferencias significativas en otras escalas específicas sobre epilepsia.
25	Dorris et al.	2017	<i>A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]</i>	Epilepsy and Behavior	Reino Unido	Educativo y automanejo	Adolescentes	Hubo un aumento del conocimiento sobre la epilepsia en el grupo que recibió tratamiento, en un seguimiento a tres meses. También los pacientes demostraron sentirse más confiados en hablar con otros sobre la epilepsia. No hubo diferencias significativas en medidas de calidad de vida.

**Tabla 2.**  
**Psicoterapias para pacientes con epilepsia**

N	Autor	Año	Título	Revista	Lugar	Tipo de intervención	Tipo de pacientes	Resultados principales
<b>Terapia cognitivo-conductual (TCC)</b>								
1	Davis, Armstrong, Donovan, & Temkin	1984	<i>Cognitive-behavioral treatment of depressed affect among epileptics: preliminary findings.</i>	Journal of Clinical Psychology	EEUU	TCC	Adultos con depresión	Se encontró una reducción significativa en indicadores de disforia, depresión, ansiedad y estrés. También hubo un aumento significativo de las actividades sociales, en comparación con el grupo control.
2	Tan & Bruni	1986	<i>Cognitive-Behavior Therapy with Adult Patients with Epilepsy: A Controlled Outcome Study</i>	Epilepsia	EEUU	TCC	Adultos	Se encontró poca evidencia sobre la eficacia del tratamiento para la reducción de problemas psicosociales o la frecuencia de crisis.

EPILEPSIA Y SALUD MENTAL ¿EXISTEN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA?  
 EPILEPSY AND MENTAL HEALTH. ARE THERE PSYCHOLOGICAL TREATMENTS SPECIFICALLY FOR PATIENTS WITH EPILEPSY?  
 Sarudiansky, Mercedes

3	Au et al.	2003	<i>Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong</i>	Epilepsy and Behavior	Hong Kong	TCC	Adultos	Se encontraron mejoras significativas en calidad de vida general y autoeficacia en los pacientes que participaron de la intervención. En particular, en bienestar emocional, manejo del estrés y de las crisis epilépticas.
4	Goldstein, McAlpine, Deale, Toone, & Mellers	2003	<i>Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric comorbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency</i>	Behaviour Research and Therapy	Reino Unido	TCC	Adultos con comorbilidad psiquiátrica y/o dificultades psicosociales	Al final del tratamiento, los participantes indicaron que los problemas relacionados con la epilepsia tenían un menor impacto en su vida cotidiana. Además, los participantes demostraron mejoras significativas en adaptación social y trabajo, como así también menor uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativas. No hubo una disminución significativa de la frecuencia de crisis.
5	Lundgren, Dahl, Melin, & Kies	2006	<i>Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for Drug Refractory Epilepsy: A Randomized Controlled Trial in South Africa-A Pilot Study</i>	Epilepsia	Suecia/ Sudáfrica	ACT	Adultos con epilepsia resistente	Los participantes del grupo ACT mostraron mejoras significativas en todas las variables estudiadas (calidad de vida y severidad de las crisis), en comparación con el grupo control, en un seguimiento a seis meses y a un año.
6	Martinović, Simonović, & Djokić	2006	<i>Preventing depression in adolescents with epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	Serbia y Montenegro	TCC	Adolescentes recientemente diagnosticados	Los pacientes del grupo que recibió la intervención que presentaban depresión subclínica mejoraron al momento del seguimiento, en comparación con el grupo control. Los puntajes referentes a la calidad de vida correlacionaron tanto con las mejoras con el estado de ánimo como con estar libres de crisis.
7	Lundgren, Dahl, & Hayes	2008	<i>Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy</i>	Journal of Behavioral Medicine	Suecia/ Sudáfrica	ACT	Adultos con epilepsia resistente	La aplicación de un tratamiento ACT demostró mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia de crisis, en comparación con los pacientes del grupo control. Se encontró, además, que los resultados en calidad de vida, frecuencia de crisis y bienestar estuvieron mediados por procesos de ACT, tales como defusión, aceptación, valores, o su combinación.
8	Lundgren, Dahl, Yardi, & Melin	2008	<i>Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial</i>	Epilepsy and Behavior	Suecia/ India	ACT	Adultos con epilepsia resistente	Tanto los participantes del grupo ACT como del grupo yoga redujeron significativamente la severidad y frecuencia de crisis y mejoraron la calidad de vida, antes y después del tratamiento. El grupo ACT redujo significativamente las crisis en comparación con el grupo yoga.
9	Ciechanowski et al.	2010	<i>PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: A randomized controlled trial</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	TCC	Adultos con depresión	Los pacientes que realizaron la intervención reportaron menor severidad de síntomas depresivos y menor ideación suicida por 12 meses, en comparación con los pacientes que recibían el tratamiento habitual.
10	Thompson et al.	2010	<i>Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: Project UPLIFT</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	TCC + Mindfulness	Adultos con depresión	Se registraron menos síntomas depresivos en el grupo intervención, en comparación con la lista de espera. No se reportaron diferencias entre las modalidades de abordaje telefónica o Internet. Los efectos se mantuvieron durante 8 semanas. También se reportaron más conocimientos y habilidades sobre la epilepsia en el grupo intervención.

11	McLaughlin & McFarland	2011	<i>A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being</i>	Journal of Behavioral Medicine	Australia	TCC	Adultos	Se reportó una disminución significativa de la frecuencia de crisis en el grupo TCC, comparado con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas en bienestar psicológico y depresión entre los dos grupos, aunque ambos reportaron mejorías con respecto al inicio del tratamiento.
12	Chaytor et al.	2011	<i>Long-term outcomes from the PEARLS randomized trial for the treatment of depression in patients with epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	TCC	Adultos con depresión	En un seguimiento a 18 meses, los pacientes que realizaron la intervención reportaron una menor severidad de los síntomas depresivos, menor ideación suicida y mayor bienestar emocional, en comparación con aquellos que recibía tratamiento habitual.
13	Gandy et al.	2014	<i>Cognitive Behaviour Therapy to Improve Mood in People with Epilepsy: A Randomised Controlled Trial</i>	Cognitive Behaviour Therapy	Australia	TCC	Adultos	Aquellos que pudieron completar la intervención mostraron mejorías en sintomatología depresiva e ideación suicida. No se reportaron mejoras respecto de síntomas de ansiedad.
14	Schröder et al.	2014	<i>Efficacy of a psychological online intervention for depression in people with epilepsy: A randomized controlled trial</i>	Epilepsia	Alemania	TCC	Adultos con depresión	Aquellos que utilizaron el programa experimentaron menos síntomas depresivos que aquellos en lista de espera. Además, hubo una mejora en la dimensión "energía/fatiga" de las medidas de calidad de vida.
15	Dewhurst, Novakova, & Reuber	2015	<i>A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	Reino Unido	ACT	Adultos con epilepsia resistente	Luego de aproximadamente 20 sesiones, aquellos que realizaron psicoterapia reportaron efectos positivos respecto de depresión, ansiedad, calidad de vida, autoestima y adaptación social y laboral. Estos efectos se mantuvieron por seis meses.
16	Orjuela-Rojas, Martínez-Juárez, Ruiz-Chow, & Crail-Melendez	2015	<i>Treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study of cognitive behavioral therapy vs. selective serotonin reuptake inhibitors</i>	Epilepsy and Behavior	México	TCC	Adultos con depresión	A las 12 semanas de tratamiento, ambos grupos, TCC e IRSS, reportaron mejoras en calidad de vida y menor severidad de sintomatología depresiva. No se encontraron diferencias significativas entre grupos.
17	Tang, Poon, & Kwan	2015	<i>Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy: an assessor-blinded randomised trial</i>	Neurology	Hong Kong	TCC + Mindfulness	Adultos con epilepsia resistente	Tanto los pacientes del grupo intervención como aquellos del grupo de apoyo reportaron mejorías en calidad de vida. Una mayor cantidad significativa de pacientes del grupo que recibió mindfulness refirieron mejorías en calidad de vida. Asimismo, la reducción de síntomas depresivos de ansiedad, y de la frecuencia de crisis fue más significativo en el grupo mindfulness, en comparación con aquellos que únicamente participaron de los grupos de apoyo.
18	Thompson et al.	2015	<i>Expanding the Efficacy of Project UPLIFT: Distance Delivery of Mindfulness-based Depression Prevention to People with Epilepsy</i>	Journal of Consulting and Clinical Psychology	EEUU	TCC + Mindfulness	Adultos con depresión	La incidencia de episodios depresivos fue significativamente menor en el grupo intervención, en comparación con el tratamiento habitual. Los síntomas depresivos se redujeron significativamente en el grupo intervención, sin encontrar diferencias en las dos modalidades de aplicación (teléfono o internet). El conocimiento y las habilidades sobre la epilepsia fue un factor moderador de los reportados durante el seguimiento.

19	Caller et al.	2016	<i>A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	EEUU	TCC	Adultos	Se encontró una mejora en la calidad de vida en el grupo intervención, comparado con el grupo control, no así en indicadores de depresión. Se reportaron, además, mejoras en las performances cognitivas en los grupos intervención, en particular en atención.
20	de Barros, Furlan, Marques, & de Araújo Filho	2018	<i>Effects of a psychotherapeutic group intervention in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures: A nonrandomized controlled study.</i>	Seizure	Brasil	TCC	Adultos con crisis mixtas (CNEP + ELT) y epilepsia resistente	Luego de la intervención, se reportaron mejoras en calidad de vida, menores valores en indicadores de depresión, ansiedad y alexitimia. Además, hubo una reducción significativa en la frecuencia de crisis.
<b>Terapia comportamental (TC)</b>								
21	Dahl, Melin, Brorson, & Schollin	1985	<i>Effects of a Broad-Spectrum Behavior Modification Treatment Program on Children with Refractory Epileptic Seizures</i>	Epilepsia	Suecia	TC	Niños con epilepsia resistente	Los niños que participaron del programa de modificación conductual reportaron una reducción significativa de la frecuencia y duración de las crisis de epilepsia, en comparación con aquellos del grupo control y de aquellos que recibieron únicamente un tratamiento de control atencional.
22	Dahl, Brorson, & Melin	1992	<i>Effects of a Broad-spectrum Behavioral Medicine Treatment Program on Children with Refractory Epileptic Seizures: An 8-Year Follow-Up</i>	Epilepsia	Suecia	TC	Niños con epilepsia resistente	En un seguimiento a 8 años, se observó una reducción significativa de duración y frecuencia de crisis en los pacientes que participaron del programa de modificación conductual.
23	Elsas et al.	2011	<i>Aura interruption: The Andrews/Reiter behavioral intervention may reduce seizures and improve quality of life - A pilot trial</i>	Epilepsy and Behavior	Alemania	TC	Adultos	En una prueba piloto, se encontró que todos los pacientes reportaron disminución significativa de crisis, estable durante 6 meses de seguimiento. Además, reportaron mejoras en lo que respecta a estado de ánimo y calidad de vida.
24	Haut et al.	2018	<i>Behavioral interventions as a treatment for epilepsy. A multicenter randomized controlled trial</i>	Neurology	EEUU	TC	Adultos	Tanto los participantes del grupo que recibió relajación muscular progresiva como aquellos que recibieron entrenamiento en control atencional reportaron una disminución significativa de la frecuencia de crisis.
<b>Entrevista motivacional (EM)</b>								
25	Pakpour et al.	2015	<i>A randomized controlled multimodal behavioral intervention trial for improving antiepileptic drug adherence</i>	Epilepsy and Behavior	Irán	EM	Adultos	Los pacientes del grupo intervención reportaron una mayor adherencia a la medicación, y una percepción mayor de control por tomar regularmente la medicación, en comparación con el grupo control. También se reportaron niveles más altos de planificación para la acción y auto-monitoreo, y menos preocupaciones respecto de la medicación antiepiléptica.
26	Hosseini, Mokhtari, Momeni, Vossoughi, & Barekatian	2016	<i>Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy</i>	Epilepsy and Behavior	Irán	EM	Adultos	Mientras que el grupo que recibió la intervención obtuvo mejores puntajes en las escalas de calidad de vida luego del tratamiento, el grupo control reportó puntajes menores. Las diferencias resultan significativas, tanto para el pre-post como para la comparación entre grupos.

## REFERENCIAS

- Aliasgharpour, M., Dehgahn Nayeri, N., Yadegary, M.A., & Haghani, H. (2013). Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure*, 22 (1), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.10.005>
- Au, A., Chan, F., Li, K., Leung, P., Li, P., & Chan, J. (2003). Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy and Behavior*, 4 (4), 441–446. [https://doi.org/10.1016/S1525-5050\(03\)00149-5](https://doi.org/10.1016/S1525-5050(03)00149-5)
- Austin, J., & de Boer, H. (1997). Disruption in social functioning and services facilitating adjustment for the child and adult with epilepsy. In J. Engel & T. Pedley (Eds.), *Epilepsy: a comprehensive textbook* (pp. 2191–2201). Lippincott–Raven.
- Ben-Menachem, E. (2002). Vagus-nerve stimulation for the treatment of epilepsy. *The Lancet. Neurology*, 1 (8), 477–482. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12849332>
- Beretta, S., Beghi, E., Messina, P., Gerardi, F., Pescini, F., La Licata, A., Specchio, L., Ferrara, M., Canevini, M.P., Turner, K., La Briola, F., Franceschetti, S., Binelli, S., Giglioli, I., Galimberti, C.A., Fattore, C., Zaccara, G., Tramacere, L., Sasanelli, F., ... Ferrarese, C. (2014). Comprehensive educational plan for patients with epilepsy and comorbidity (EDU-COM) : A pragmatic randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85 (8), 887–892. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306553>
- Bernal, G., Cumba-Avilés, E., & Rodríguez-Quintana, N. (2013). Methodological challenges in research with ethnic, racial, and ethnocultural groups. In *APA handbook of multicultural psychology, Vol. 1: Theory and research*. <https://doi.org/10.1037/14189-006>
- Boon, P., Vonck, K., Reuck, J. De, & Caemaert, J. (2001). Vagus nerve stimulation for refractory epilepsy. *Seizure*. <https://doi.org/10.1053/seiz.2001.0626>
- Brown, I., Sheeran, P., & Reuber, M. (2009). Enhancing antiepileptic drug adherence: A randomized controlled trial. *Epilepsy and Behavior*, 16 (4), 634–639. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.09.014>
- Caller, T.A., Ferguson, R.J., Roth, R.M., Secore, K.L., Alexandre, F.P., Zhao, W., Tosteson, T.D., Henegan, P.L., Birney, K., & Jobst, B.C. (2016). A cognitive behavioral intervention (HOBSCOTCH) improves quality of life and attention in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 57, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.01.024>
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E., Mikulich-Gilbertson, S.K., Morgenstern, J., Obert, J.L., Polcin, D., Snead, N., & Woody, G.E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81 (3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002>
- Chaytor, N., Ciechanowski, P., Miller, J.W., Fraser, R., Russo, J., Unutzer, J., & Gilliam, F. (2011). Long-term outcomes from the PEARLS randomized trial for the treatment of depression in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 20 (3), 545–549. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.01.017>
- Ciechanowski, P., Chaytor, N., Miller, J., Fraser, R., Russo, J., Unutzer, J., & Gilliam, F. (2010). PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy and Behavior*, 19 (3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.06.003>
- Dahl, J., Melin, L., Brorson, L.O., & Schollin, J. (1985). Effects of a Broad-Spectrum Behavior-Modification Treatment Program on Children with Refractory Epileptic Seizures. *Epilepsia*, 26 (4), 303–309.
- Dahl, J., Brorson, L.-O., & Melin, L. (1992). Effects of a Broad-spectrum Behavioral Medicine Treatment Program on Children with Refractory Epileptic Seizures: An 8-Year Follow-Up. *Epilepsia*, 33 (1), 98–102. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1992.tb02289.x>
- Dash, D., Sebastian, T.M., Aggarwal, M., & Tripathi, M. (2015). Impact of health education on drug adherence and self-care in people with epilepsy with low education. *Epilepsy and Behavior*, 44, 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.12.030>
- Davis, G.A.Y.R., Armstrong, H.E., Donovan, D.M., & Temkin, N. R. (1984). *COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSED AFFECT AMONG EPILEPTICS: PRELIMINARY FINDINGS* ' *Epilepsy is a neurological disorder that presently affects more than two million people in the United States or about one of every 100 persons* (Svoboda, 1979 . 40 (4), 930–936.
- de Barros, A.C.S., Furlan, A.E.R., Marques, L.H.N., & de Araújo Filho, G.M. (2018). Effects of a psychotherapeutic group intervention in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures: A non-randomized controlled study. *Seizure*, 58, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.03.023>
- Devinsky, O., Vickrey, B.G., Cramer, J., Perrine, K., Hermann, B., Meador, K., & Hays, R.D. (1995). Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*, 36 (11), 1089–1104. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1995.tb00467.x>
- Dewhurst, E., Novakova, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 46, 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.01.010>
- Dilorio, C., Bamps, Y., & Walker, E. (2011). Results of a randomized controlled trial evaluating webease, an online self-management program. *Epilepsy Currents*, 11 (1 SUPPL. 1), at e of Pubaton: 2011. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&C=C=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed10&AN=70830876%5Cnhttp://sfx.scholarsportal.info/ottawa?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:&issn=1535-7597&isbn=&volume=11&issue=1+SUPPL.+1&spage=&pages=&date=2011&title=Epilepsy+Current>
- Dilorio, C., Bamps, Y., Walker, E.R., & Escoffery, C. (2011). Results of a research study evaluating WebEase, an online epilepsy self-management program. *Epilepsy and Behavior*, 22 (3), 469–474. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.07.030>
- Dilorio, C., Reisinger, E.L., Yeager, K.A., & McCarty, F. (2009). A telephone-based self-management program for people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 14 (1), 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.10.016>

- Dorris, L., Broome, H., Wilson, M., Grant, C., Young, D., Baker, G., Balloo, S., Bruce, S., Campbell, J., Concannon, B., Conway, N., Cook, L., Davis, C., Downey, B., Evans, J., Flower, D., Garlovsky, J., Kearney, S., Lewis, S., ... Wright, I. (2017). A randomized controlled trial of a manual-based psychosocial group intervention for young people with epilepsy [PIE]. *Epilepsy & Behavior*, 72, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.04.007>
- Elsas, S.M., Gregory, W.L., White, G., Navarro, G., Salinsky, M. C., & Andrews, D.J. (2011). Aura interruption: The Andrews/Reiter behavioral intervention may reduce seizures and improve quality of life - A pilot trial. *Epilepsy and Behavior*, 22 (4), 765–772. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.09.030>
- Fisher, R.S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J.H., Elger, C.E., Engel, J., Forsgren, L., French, J.A., Glynn, M., Hesdorffer, D.C., Lee, B.I., Mathern, G.W., Moshé, S.L., Perrucca, E., Scheffer, I.E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55 (4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- Fisher, R.S., van Emde Boas, W., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46, 470–472. <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x>
- Fraser, R.T., Johnson, E.K., Lashley, S., Barber, J., Chaytor, N., Miller, J.W., Ciechanowski, P., Temkin, N., & Caylor, L. (2015). PACES in epilepsy: Results of a self-management randomized controlled trial. *Epilepsia*, 56 (8), 1264–1274. <https://doi.org/10.1111/epi.13052>
- Fraser, R.T., Johnson, E.K., Miller, J.W., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L., Ciechanowski, P., & Chaytor, N. (2011). Managing epilepsy well: Self-management needs assessment. *Epilepsy and Behavior*, 20 (2), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.010>
- Gaitatzis, A., Trimble, M.R., & Sander, J.W. (2004). The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110 (4), 207–220. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2004.00324.x>
- Gandy, M., Sharpe, L., Nicholson Perry, K., Thayer, Z., Miller, L., Boserio, J., & Mohamed, A. (2014). Cognitive Behaviour Therapy to Improve Mood in People with Epilepsy: A Randomised Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43 (2), 153–166. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.892530>
- Goldstein, L.H., McAlpine, M., Deale, A., Toone, B.K., & Mellers, J.D.C. (2003). Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: Preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (4), 447–460. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00025-6)
- Haut, S.R., Lipton, R.B., Cornes, S., Dwivedi, A.K., Wasson, R., Cotton, S., Strawn, J.R., & Privitera, M. (2018). Behavioral interventions as a treatment for epilepsy. *Neurology*, 90 (11), e963–e970. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005109>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. Guilford Press.
- Helde, G., Bovim, G., Bråthen, G., & Brodtkorb, E. (2005). A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial. *Epilepsy and Behavior*, 7 (3), 451–457. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.06.008>
- Helgeson, D.C., Mittan, R., Tan, S.-Y., & Chayasirisobhon, S. (1990). Sepulveda Epilepsy Education: The Efficacy of a Psychoeducational Treatment Program in Treating Medical and Psychosocial Aspects of Epilepsy. *Epilepsia*, 31 (1), 75–82. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1990.tb05363.x>
- Ley 27350 - Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, (2017).
- Hosseini, N., Mokhtari, S., Momeni, E., Vossoughi, M., & Barekatian, M. (2016). Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 55, 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.10.012>
- Jacobson, N.S., Martell, C.R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.3.255>
- Jantzen, S., Müller-Godeffroy, E., Halfahrt-Krisl, T., Aksu, F., Püst, B., Kohl, B., Redlich, A., Sperner, J., & Thyen, U. (2009). FLIP&FLAP-A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents. *Seizure*, 18 (7), 478–486. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2009.04.007>
- Keikelame, M.J., & Swartz, L. (2015). 'A thing full of stories': Traditional healers' explanations of epilepsy and perspectives on collaboration with biomedical health care in Cape Town. *Transcultural Psychiatry*, 52 (5), 659–680. <https://doi.org/10.1177/1363461515571626>
- Kerr, C., Nixon, A., & Angalakuditi, M. (2011a). The impact of epilepsy on children and adult patients' lives: Development of a conceptual model from qualitative literature. *Seizure*, 20 (10), 764–774. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2011.07.007>
- Kerr, C., Nixon, A., & Angalakuditi, M. (2011b). The impact of epilepsy on children and adult patients' lives: Development of a conceptual model from qualitative literature. *Seizure*, 20 (10), 764–774. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2011.07.007>
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (2004). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. (pp. 637–658). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10169-023>
- Kralj-Hans, I., Goldstein, L.H., Noble, A.J., Landau, S., Magill, N., McCrone, P., Baker, G., Morgan, M., Richardson, M., Taylor, S., & Ridsdale, L. (2014). Self-Management education for adults with poorly controlled epilepsy (SMILE (UK)) : a randomised controlled trial protocol. *BMC Neurology*, 14 (1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-69>
- Kroner, B.L., Fahimi, M., Gaillard, W.D., Kenyon, A., & Thurman, D.J. (2016). Epilepsy or seizure disorder? The effect of cultural and socioeconomic factors on self-reported prevalence. *Epilepsy and Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.013>
- Kwan, P., & Brodie, M.J. (2000). Early identification of refractory epilepsy. *The New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJM200002033420503>

- Levy, R.G., & Cooper, P.P. (2003). Ketogenic diet for epilepsy. In R.G. Levy (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001903>
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders, 1*, 328–333.
- Lua, P.L., & Neni, W.S. (2013). A randomised controlled trial of an sms-based mobile epilepsy education system. *Journal of Telemedicine and Telecare, 19* (1), 23–28. <https://doi.org/10.1177/1357633X12473920>
- Lundgren, T., Dahl, J.A., & Hayes, S.C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31* (3), 225–235. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9151-x>
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa—a pilot study. *Epilepsia, 47*(12), 2173–2179. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00892.x>
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: a randomized controlled trial. In *Epilepsy & behavior : E&B* (Vol. 13). <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.02.009>
- Martinović, Ž., Simonović, P., & Djokić, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 9* (4), 619–624. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.08.017>
- May, T.W., & Pfäfflin, M. (2002). The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES) : results of a controlled, randomized study. *Modular Service Package Epilepsy. Epilepsia, 43* (5), 539–549. [https://doi.org/epi23801\[pil\]](https://doi.org/epi23801[pil])
- McLaughlin, D.P., & McFarland, K. (2011). A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: The impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being. *Journal of Behavioral Medicine, 34* (3), 201–207. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9299-z>
- Melcon, M.O., Kochen, S., & Vergara, R.H. (2007). Prevalence and clinical features of epilepsy in Argentina. A community-based study. *Neuroepidemiology, 28* (1), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000097850>
- Michaelis, R., Tang, V., Goldstein, L.H., Reuber, M., LaFrance, W. C., Lundgren, T., Modi, A.C., & Wagner, J.L. (2018). Psychological treatments for adults and children with epilepsy: Evidence-based recommendations by the International League Against Epilepsy Psychology Task Force. *Epilepsia, 59* (7). <https://doi.org/10.1111/epi.14444>
- Michaelis, R., Tang, V., Wagner, J.L., Modi, A.C., LaFrance, J.W., H.G.L., Lundgren, T., & Reuber, M. (2017). Psychological treatments for people with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012081.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Michaelis, R., Tang, V., Wagner Janelle, L., Modi Avani, C., LaFrance, W., Goldstein Laura, H., Lundgren, T., & Reuber, M. (2016). Psychological treatments for people with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012081>
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping people change*. Guilford Press.
- Modi, A.C., Guilfoyle, S.M., Mann, K.A., & Rausch, J.R. (2016). A pilot randomized controlled clinical trial to improve antiepileptic drug adherence in young children with epilepsy. *Epilepsia. https://doi.org/10.1111/epi.13289*
- Ngugi, A.K., Bottomley, C., Kleinschmidt, I., Sander, J.W., & Newton, C.R. (2010). Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A meta-analytic approach. *Epilepsia, 51* (5), 883–890. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02481.x>
- Olley, B.O., Osinowo, H.O., & Brieger, W.R. (2001). Psycho-educational therapy among Nigerian adult patients with epilepsy: A controlled outcome study. *Patient Education and Counseling, 42* (1), 25–33. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00087-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00087-2)
- Orjuela-Rojas, J.M., Martínez-Juárez, I.E., Ruiz-Chow, A., & Crail-Melendez, D. (2015). Treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study of cognitive behavioral therapy vs. selective serotonin reuptake inhibitors. *Epilepsy and Behavior, 51*, 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.07.033>
- Pakpour, A.H., Gholami, M., Esmaeili, R., Naghibi, S.A., Updegraff, J.A., Molloy, G.J., & Dombrowski, S.U. (2015). A randomized controlled multimodal behavioral intervention trial for improving antiepileptic drug adherence. *Epilepsy and Behavior, 52*, 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.08.036>
- Perucca, E., & Tomson, T. (2011). The pharmacological treatment of epilepsy in adults. In *The Lancet Neurology. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70047-3*
- Peterson, G., McLean, S., & Millingen, K. (1984). A randomised trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia, 25* (4), 412–417. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1157.1984.tb03436.x/full>
- Pfäfflin, M., Petermann, F., Rau, J., & May, T.W. (2012). The psychoeducational program for children with epilepsy and their parents (FAMOSEs) : Results of a controlled pilot study and a survey of parent satisfaction over a five-year period. *Epilepsy and Behavior, 25* (1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.06.012>
- Pfäfflin, M., Schmitz, B., & May, T.W. (2016). Efficacy of the epilepsy nurse: Results of a randomized controlled study. *Epilepsia, 57* (7), 1190–1198. <https://doi.org/10.1111/epi.13424>
- Pramuka, M., Hendrickson, R., Zinski, A., & Van Cott, A.C. (2007). A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy and Behavior, 11* (4), 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.06.013>
- Ramaratnam, S. (2008). Psychological treatments for epilepsy. *Cochrane Database Syst ...*, 3. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002029.pub3/pdf/standard>
- Reiter, J.M., Andrews, D., Reiter, C., & LaFrance Jr., W.C. (2015). Taking Control of Your Seizures. In *Taking Control of Your Seizures*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199335015.001.0001>
- Ridsdale, L., Kwan, I., & Cryer, C. (2000). Newly diagnosed epilepsy: can nurse specialists help? A randomized controlled trial. Epilepsy Care Evaluation Group. *Epilepsia, 41* (8), 1014–1019. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD0029912/frame.html>
- Sage Research Methods. (n.d.). *Sage Research Methods: Literature Review*.

- Sarudiansky, M., Korman, G.P., Scévola, L., Oddo, S., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2018a). A life with seizures: Argentine patients' perspectives about the impact of drug-resistant epilepsy on their lives. *Seizure*, 63 (October), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.10.008>
- Sarudiansky, M., Korman, G.P., Scévola, L., Oddo, S., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2018b). A life with seizures: Argentine patients' perspectives about the impact of drug-resistant epilepsy on their lives. *Seizure*, 63 (October), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.10.008>
- Scévola, L., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A., Oddo, S., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2017). To what extent does depression influence quality of life of people with pharmacoresistant epilepsy in Argentina? *Epilepsy and Behavior*, 69, 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.01.007>
- 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 and Behavior*, 29 (1), 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.012>
- Schachter, S.C. (2006). Quality of life for patients with epilepsy is determined by more than seizure control: the role of psychosocial factors. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6 (1), 111–118. <https://doi.org/10.1586/14737175.6.1.111>
- Schröder, J., Brückner, K., Fischer, A., Lindenau, M., Köther, U., Vettorazzi, E., & Moritz, S. (2014). Efficacy of a psychological online intervention for depression in people with epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsia*, 55 (12), 2069–2076. <https://doi.org/10.1111/epi.12833>
- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Singla, D.R., Kohrt, B., Murray, L.J., Chorpita, B.F., Anand, A., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. In *SSRN*. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Spencer, S., & Huh, L. (2008). Outcomes of epilepsy surgery in adults and children. *The Lancet Neurology*, 7 (6), 525–537. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70109-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70109-1)
- Tan, S.Y., & Bruni, J. (1986). Cognitive-behavior therapy with adult patients with epilepsy: a controlled outcome study. *Epilepsia*, 27 (3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1986.tb03533.x>
- Tang, V., Poon, W.S., & Kwan, P. (2015). Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy: An assessor-blinded randomized trial. *Neurology*, 85 (13), 1100–1107. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001967>
- Téllez-Zenteno, J.F., Dhar, R., & Wiebe, S. (2005). Long-term seizure outcomes following epilepsy surgery: a systematic review and meta-analysis. *Brain*, 128 (5), 1188–1198. <https://doi.org/10.1093/brain/awh449>
- Téllez-Zenteno, J.F., Patten, S.B., Jetté, N., Williams, J., & Wiebe, S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*, 48 (12), 2336–2344. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01222.x>
- Thompson, C. (2018). *Quality of Life in Epilepsy: A review and analysis of psychosocial influences on quality of life in epilepsy*. Staffordshire University.
- Thompson, N.J., Patel, A.H., Selwa, L.M., Stoll, S.C., Begley, C.E., Johnson, E.K., & Fraser, R.T. (2015). Expanding the efficacy of project UPLIFT: Distance delivery of mindfulness-based depression prevention to people with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (2), 304–313. <https://doi.org/10.1037/a0038404>
- Thompson, N.J., Walker, E.R., Obolensky, N., Winning, A., Barmon, C., Dilorio, C., & Compton, M.T. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: Project UPLIFT. *Epilepsy and Behavior*, 19 (3), 247–254. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.07.031>
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). PRISMA\_Spanish.pdf. *Medicina Clínica*, 135 (11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy*. Wiley & Sons.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy (Pergamon general psychology series)*. Pearson Education.
- Yadegary, M.A., Maemodan, F.G., Nayeri, N.D., & Ghanjehkhanlo, A. (2015). The effect of self-management training on health-related quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 50, 108–112. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.04.051>

Fecha de recepción: 14 de marzo de 2019  
Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2019