

Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional

*Evaluation of a multidisciplinary
therapeutic approach to quality
of life in patients with functional
movement disorders*

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
AETSA



Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional

*Evaluation of a multidisciplinary
therapeutic approach to quality
of life in patients with functional
movement disorders*

INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
AETSA

Granja Domínguez, Anabel

Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional / Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde, María Piedad Rosario Lozano, Juan Antonio Blasco Amaro. — Sevilla: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Madrid: Ministerio de Sanidad, 2025.

120 p; 24 cm. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

1. Trastornos del movimiento 2. Enfermedades del sistema nervioso 3. Relaciones Interprofesionales I. Molina Linde, Juan Máximo II. Rosario Lozano, María Piedad III. Blasco Amaro, Juan Antonio. IV. Andalucía. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía IV. España. Ministerio de Sanidad.

Autores: Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde, María Piedad Rosario Lozano, Juan Antonio Blasco Amaro.

Este documento ha sido realizado por AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 5 de abril de 2024

Edita: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Junta de Andalucía

Avda. de la Innovación n.º 5. Edificio ARENA 1. Planta baja
41020 Sevilla. España – Spain

aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

www.aetsa.org

MINISTERIO DE SANIDAD

Paseo del Prado 18-20. 28014 Madrid. España

Depósito legal: SE 1845-2025

NIPO: en tramite

DOI: <http://doi.org/10.52766/WEFJ4281>



Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional. © 2025 esta obra está bajo licencia CC BY 4.0. de Anabel Granja Domínguez <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Cita sugerida:

Granja-Domínguez A, Molina-Linde JM, Rosario-Lozano MP, Blasco-Amaro JA. Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional. Sevilla: Madrid: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad; 2025.

Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional

*Evaluation of a multidisciplinary
therapeutic approach to quality
of life in patients with functional
movement disorders*

INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
AETSA



Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Autoría

- Planificación y diseño de la investigación: Juan Antonio Blasco Amaro, Anabel Granja Domínguez y Juan Máximo Molina Linde.
- Documentación: María Piedad Rosario Lozano.
- Obtención de los datos: Anabel Granja Domínguez y Juan Máximo Molina Linde.
- Análisis y presentación de los resultados: Juan Máximo Molina Linde y Anabel Granja Domínguez.
- Elaboración del manuscrito: Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde y Juan Antonio Blasco Amaro.
- Revisión final del documento: Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde y Juan Antonio Blasco Amaro.

Este manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido revisado por Anja Hochsprung, de la Unidad de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Este trabajo ha sido revisado internamente por Patricia Moreno Martínez, AETSA, Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

AETSA y los autores agradecen a los revisores de este texto el esfuerzo realizado, su dedicación y sus aportaciones.

Los contenidos del informe son responsabilidad de los autores, procediendo la eximente habitual en el caso de los revisores.

Índice

Índice de tablas y figuras	15
Listado de abreviaturas	17
Resumen estructurado	19
Executive summary	21
Justificación	23
1. Introducción	25
1.1 Descripción del problema de salud	25
1.2 Descripción de la tecnología a estudio	27
2. Alcance y objetivo	29
2.1 Alcance	29
2.2 Objetivos principales	29
2.3 Objetivos secundarios	29
3. Método	31
3.1 Metodología de elaboración del informe	31
4. Resultados	37
4.1 Descripción de la evidencia disponible	37
4.1.2 Descripción de los estudios seleccionados	39
4.1.3 Calidad de la evidencia de los estudios seleccionados	43
4.2 Seguridad de la tecnología	45
4.3 Eficacia clínica del abordaje multidisciplinar en el TMF	47
4.4 Perspectiva del paciente con TMF en el abordaje multidisciplinar ..	58
5. Estudios en marcha	61
6. Discusión	63
6.1 Resumen de los principales resultados	64
6.2 Limitaciones y fortalezas del informe	67
6.3 Lagunas de conocimiento	68
6.4 Recomendaciones de investigación futura	68

7. Conclusiones.....	71
Referencias.....	73
Anexos	77
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	77
Anexo 2. Estrategia de búsqueda de perspectiva del paciente.....	96
Anexo 3. Características de los estudios incluidos.....	100
Anexo 4. Calidad de la evidencia.....	105
Anexo 5. Algoritmo de participación de pacientes en informes de RedETS.....	118

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Pregunta PICOD	31
Tabla 2. Bases de datos electrónicas de literatura biomédica.....	32
Tabla 3. Criterios de selección de estudios.....	33
Tabla 4. Variables de resultados	34
Tabla 5. Seguridad de la intervención (eventos adversos)	46
Tabla 6. Resultados de eficacia	48
Tabla 7. Principales características de los estudios en marcha.....	61
Figura 1. Diagrama de selección de estudios	38
Figura 2. Relación de sesgos identificados a nivel de los distintos estudios (%).....	44
Figura 3. Valoración global del riesgo de sesgo a nivel de los estudios incluidos	45
Figura 4. Diagrama de selección de estudios de la perspectiva del paciente	60

Listado de abreviaturas

ADL: Actividades Básicas de la Vida Diaria (del inglés: *Activities of Daily Living*).

AETSA: Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

AFA: Actividad Física Adaptada.

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

EKG: Electroencefalografía.

EMG: Electromiografía.

ETS: Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

GC: Grupo Control.

GI: Grupo de Intervención.

iADL: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (del inglés: *Instrumental Activities of Daily Living*).

IC: Intervalo de Confianza.

PICOD: Población/Intervención/Comparación/Resultados/Diseño de estudios.

RedETS: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

RR: Riesgo Relativo.

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

TNF: Trastorno Neurológico Funcional.

TMF: Trastorno del Movimiento Funcional.

Resumen estructurado

Título: Evaluación del abordaje terapéutico multidisciplinar en la calidad de vida de pacientes con trastornos del movimiento funcional.

Autores: Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde, María Piedad Rosario Lozano y Juan Antonio Blasco Amaro.

Introducción

Los trastornos del movimiento funcional (TMF) son una subcategoría de los trastornos neurológicos funcionales (TNF) y se caracterizan por alteraciones motoras como temblores, distonías o debilidad, en ausencia de daño estructural o neurodegenerativo en el sistema nervioso. Estas manifestaciones reflejan una disfunción en el control neurológico del movimiento sin una lesión orgánica demostrable. El abordaje multidisciplinar podría desempeñar un papel importante en el tratamiento del TMF ya que podría permitir una evaluación integral del paciente, facilitando la identificación de factores perpetuadores y abordando la naturaleza compleja de la enfermedad, que implica factores neurológicos, psicológicos y conductuales.

Objetivo

Evaluar la eficacia clínica y seguridad del abordaje multidisciplinar en pacientes con trastornos del movimiento funcional (TMF).

Método

Se ha realizado una revisión de la literatura científica en las principales bases de datos electrónicas sin limitación temporal. Se incluyeron ensayos clínicos que evaluaron el efecto del abordaje multidisciplinar sobre la calidad de vida además de desenlaces motores y psicológicos en pacientes diagnosticados de TMF. Para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se utilizó la herramienta validada para ello. La revisión y selección de estudios, así como, la síntesis y valoración de la calidad de la evidencia fue realizada por dos revisores de forma independiente y ciega.

Resultados

Se han incluido 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) con un total de 186 pacientes publicados entre 2002 y 2024 en 5 países. Los 5 ensayos analizaron los efectos del abordaje multidisciplinar en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con TMF. La seguridad del abordaje terapéutico multidisciplinar fue evaluada en todos los ECAs, observándose una baja incidencia de eventos adversos en general. La mayoría de los eventos

adversos se presentaron en los grupos control, destacando episodios aislados de gravedad moderada como intentos de suicidio o episodios psicóticos, mientras que en los grupos de intervención estos eventos fueron menos frecuentes y, en su mayoría, leves o transitorios. La evidencia disponible sugiere que el abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF muestra un efecto beneficioso estadísticamente significativo, y clínicamente relevante en algunos casos sobre la calidad de vida, especialmente en su dimensión física, con mejoras significativas a corto plazo. No obstante, los efectos sobre la calidad de vida global y mental son menos consistentes y parecen no mantenerse a largo plazo, lo que sugiere una eficacia limitada o dependiente de la duración del seguimiento. En cuanto a la función motora, se observa una mejora significativa a corto y medio plazo en los grupos de intervención, aunque esta tiende a igualarse con el grupo control en evaluaciones a los 12 meses. Con respecto al estado psicológico, los resultados son heterogéneos y no concluyentes, aunque algunos estudios longitudinales apuntan a una mejoría progresiva en síntomas depresivos y somatoformes. La evaluación clínica global muestra una reducción significativa de la gravedad del TMF en el grupo de intervención, con posible mantenimiento del efecto a largo plazo. No se halló evidencia suficiente sobre el impacto social, económico ni sobre la satisfacción de pacientes o profesionales.

Conclusiones

La evidencia disponible sugiere que el abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF es seguro y sin eventos adversos clínicamente relevantes. Se han observado beneficios estadísticamente significativos, clínicamente relevantes en algunos casos, a corto plazo en el dominio físico de la calidad de vida y mejoras en la función motora, aunque la evidencia sobre su sostenibilidad a largo plazo es limitada. Los efectos sobre el estado psicológico, la salud general y el impacto social son más heterogéneos y requieren mayor investigación, mientras que aspectos como la satisfacción del paciente y el impacto económico no han sido abordados en los estudios incluidos. En general, aunque el enfoque multidisciplinar muestra un posible potencial terapéutico en áreas relevantes, la heterogeneidad metodológica y la calidad limitada de la evidencia disponible subrayan la necesidad de estudios futuros más rigurosos y con una evaluación integral de desenlaces.

Executive summary

Title: Evaluation of multidisciplinary therapeutic approach to quality of life in patients with functional movement disorders.

Authors: Anabel Granja Domínguez, Juan Máximo Molina Linde, María Piedad Rosario Lozano y Juan Antonio Blasco Amaro.

Introduction

Functional movement disorders (FMD) are a subcategory of functional neurological disorders (FND), characterised by motor abnormalities such as tremors, dystonia, or weakness, in the absence of demonstrable structural or neurodegenerative damage to the nervous system. These manifestations reflect a dysfunction in the neurological control of movement without a demonstrable organic lesion. The multidisciplinary approach may play a key role in the treatment of FMD, as it could allow for a comprehensive assessment of the patient, facilitating the identification of perpetuating factors and addressing the complex nature of the disorder, which involves neurological, psychological, and behavioural factors.

Objective

To assess the clinical effectiveness and safety of the multidisciplinary approach in patients with functional movement disorders (FMD).

Methods

A review of the scientific literature was conducted using the main electronic databases without time restrictions. Clinical trials evaluating the effect of a multidisciplinary approach on quality of life, as well as motor and psychological outcomes in patients diagnosed with FMD, were included. A validated tool was used to assess the risk of bias in the included studies. The review and selection of studies, as well as the synthesis and assessment of the quality of the evidence, were carried out independently and blindly by two reviewers.

Results

5 randomised clinical trials have been included with a total of 186 patients published between 2002 and 2024 in 5 countries. All 5 trials analysed the effects of the multidisciplinary approach on the quality of life of patients diagnosed with FMD. The safety of the multidisciplinary therapeutic approach was assessed in all randomised clinical trials, with an overall low incidence of adverse events. Most adverse effects occurred in the control group, with isolated episodes, while in the intervention groups these events

were less frequent and mostly mild or transient. The available evidence suggests that the multidisciplinary approach in patients with FMD shows a statistically significant, and in some cases clinically relevant, beneficial effect on quality of life, especially in its physical dimension, with significant improvements in the short term. However, the effect on global and mental quality of life is less consistent and does not seem to be sustained in the long term, suggesting limited or duration-dependent efficacy. In terms of motor function, a significant improvement is observed in the short and medium term in the intervention group, although this tends to equalise with the control group in assessments at 12 months. With regards to psychological state, the result is heterogeneous and inconclusive, although some longitudinal studies suggest a progressive improvement in depressive and somatoform symptoms. The overall clinical evaluation shows a significant reduction in the severity of FMD in the intervention group, with possible maintenance of the effect in the long term. Scarce evidence was found on social, economic impact or patient or professional satisfaction.

Conclusions

The available evidence suggests that the multidisciplinary approach in patients with FMD is safe and without clinically relevant adverse effects. Statistically significant, clinically relevant in some cases, short-term benefits in the physical domain of quality of life and improvements in motor function have been observed, although evidence on their long-term sustainability is limited. Effects on psychological state, general health, and social impact are more heterogeneous and require further research, while aspects such as patient and professional satisfaction and the economic impact of the multidisciplinary approach have not been addressed in the included studies. Overall, although the multidisciplinary approach shows a possible therapeutic potential in relevant areas, the methodological heterogeneity and the scarce quality of the available evidence underline the need for future studies with more rigorous and comprehensive outcome assessments.

Justificación

Los trastornos del movimiento funcional (TMF) constituyen una subcategoría dentro de los trastornos neurológicos funcionales (TNF), caracterizados por manifestaciones clínicas compatibles con disfunción neurológica, en ausencia de daño estructural o neurodegenerativo subyacente (1).

En el contexto de la práctica clínica neurológica, los TNF representan una proporción considerable de las consultas, siendo responsables de hasta el 16 % de los pacientes que acuden por primera vez a neurología, situándose como la segunda causa más frecuente de derivación tras la cefalea (2). Dentro de este grupo, los TMF constituyen una entidad clínica de especial relevancia por su alta prevalencia y complejidad diagnóstica. Se estima que afectan entre el 1 % y el 9 % de los pacientes atendidos en servicios de neurología general, cifras que pueden ascender hasta un 20 % en unidades especializadas en trastornos del movimiento (3). Aunque son más frecuentes en adultos jóvenes, también se han documentado casos en población pediátrica y geriátrica (4). Los síntomas más comunes incluyen debilidad, parálisis, temblores y distonías, los cuales no se corresponden con patologías neurológicas estructurales reconocidas, pero generan un alto grado de discapacidad funcional y dependencia en actividades básicas, particularmente en edad laboral (4).

Desde el punto de vista clínico, los TMF se caracterizan por una presentación aguda, fluctuaciones sintomáticas relacionadas con la atención, la fatiga y la distracción, y por signos neurológicos inconsistentes a lo largo del tiempo y entre distintas tareas (5). El diagnóstico se establece a partir de criterios positivos en la exploración neurológica, complementado con hallazgos electrofisiológicos, así como técnicas de neuroimagen que evidencian alteraciones en la conectividad cerebral y en la activación metabólica durante la ejecución motora (6,7).

Pese a los avances diagnósticos, el pronóstico de los TMF continúa siendo reservado, debido en gran parte al conocimiento limitado por parte de los profesionales sanitarios y a la ausencia de protocolos terapéuticos estandarizados. La evolución clínica desfavorable se asocia a la prolongación de los síntomas, mientras que un diagnóstico precoz y en etapas tempranas a la vida se relaciona con mejores resultados clínicos (4).

En la actualidad, se están consolidando enfoques terapéuticos multidisciplinarios para el tratamiento de los TMF, que integran intervenciones psicológicas, rehabilitación física y farmacoterapia (8). Estos modelos asistenciales no solo favorecen la comprensión del trastorno por parte del paciente y el manejo de los factores desencadenantes y perpetuos de los síntomas, sino que también responden a una necesidad clínica y organizativa ante la alta prevalencia, complejidad diagnóstica,

impacto funcional y carga económica asociada a estos trastornos. Asimismo, la evidencia sugiere que su implementación puede optimizar el pronóstico del paciente, reducir estancias hospitalarias, disminuir la frecuencia de visitas a urgencias y evitar duplicidades diagnósticas (8-10), lo que justifica la necesidad de evaluar su eficacia y seguridad en el ámbito sanitario.

Este informe surge a petición de la CPAF en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para conformar el Plan de Trabajo Anual 2024, Plan de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y prestaciones del SNS.

1. Introducción

1.1 Descripción del problema de salud

Problema de salud diana

¿Cuál es la enfermedad o problema de salud objetivo del estudio?

Los trastornos del movimiento funcional (TMF) son un conjunto de alteraciones neurológicas que se incluyen dentro del espectro de los trastornos neurológicos funcionales (TNF). A diferencia de otras afecciones neurológicas, los TMF no implican necesariamente daño estructural o degenerativo en el sistema nervioso, sino que se originan por una disfunción en la integración y el control del movimiento que surgen del sistema nervioso motor voluntario o de las vías somatosensoriales y se experimentan como involuntarios (1,2). Desde una perspectiva fisiopatológica, estos trastornos se caracterizan por la pérdida de la sensación de control sobre los movimientos, alteraciones en el procesamiento emocional, sesgos atencionales y un deterioro en la percepción interna del cuerpo (interocepción). Estos factores interactúan en un complejo entramado neurocognitivo que involucra múltiples redes cerebrales, contribuyendo a la manifestación de síntomas motores anormales en ausencia de una lesión estructural identificable (1,5).

El diagnóstico de los TMF se fundamenta principalmente en la identificación, durante la evaluación neurológica, de signos clínicos característicos que no se corresponden con patrones de disfunción neurológica orgánica y que presentan variabilidad temporal y entre distintas actividades de la vida diaria. Entre los criterios diagnósticos más ampliamente aceptados se incluyen hallazgos electrofisiológicos compatibles con mioclonías de origen psicógeno, mediante estudios de electromiografía (EMG) y electroencefalografía (EGG), especialmente en la evaluación de potenciales relacionados con temblores psicógenos (6). Adicionalmente, investigaciones basadas en neuroimagen funcional han demostrado alteraciones en la conectividad de redes cerebrales y en las demandas metabólicas asociadas a la ejecución de tareas motoras (7).

Carga de la enfermedad

¿Cuáles son los síntomas y carga de la enfermedad para el paciente?

El trastorno del movimiento funcional (TMF) se caracteriza por una amplia heterogeneidad de síntomas motores, incluyendo temblores, distonía, mioclonías y parkinsonismo funcional, que resultan incongruentes o inconsistentes con enfermedades neurológicas orgánicas. Estos síntomas, a menudo abruptos en su inicio y variables en su presentación, pueden coexistir con alteraciones sensoriales, visuales o disociativas (4,6). La carga para el paciente es considerable ya que desde el punto de vista clínico, la mayoría de los individuos experimenta síntomas persistentes o agravados con el tiempo y solo una minoría logra una remisión completa (4). La calidad de vida se ve significativamente comprometida, con alta prevalencia de limitaciones funcionales, discapacidad laboral y dependencia de los servicios de salud, reflejando una afectación tanto en el plano físico como psicosocial (4). Además, muchos pacientes presentan comorbilidades emocionales o trastornos de personalidad, lo que complejiza el manejo clínico y puede influir negativamente en el pronóstico (4,6).

¿Cuáles son las consecuencias / cargas de la enfermedad para la sociedad?

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) son frecuentemente manifestados en adultos jóvenes mediante síntomas motores o sensitivos, aunque también puede presentarse en menor frecuencia en ancianos y niños (1,6). Los TNF es la causa más común de derivación a consultas de neurología después de la cefalea (2), con un gran impacto socioeconómico en los sistemas de salud (11,12).

Los TNF presentan una considerable variabilidad en sus estimaciones epidemiológicas. Según una revisión sistemática reciente, la incidencia anual de TNF en adultos se sitúa entre 10 y 22 casos por cada 100,000 personas, mientras que la prevalencia mínima estimada oscila entre 80 y 140 por cada 100,000, con rangos que podrían alcanzar hasta los 1,600 por 100,000 en determinados contextos asistenciales (13). Por otra parte, otros estudios más conservadores sitúan la incidencia en hasta 12 casos por 100,000 personas al año y la prevalencia en un máximo de 50 por 100,000 (12). Dentro de los TNF, la estimación de la prevalencia de los trastornos del movimiento funcional (TMF) presenta importantes dificultades metodológicas debido a la ausencia de pruebas diagnósticas específicas, la diversidad de servicios que pueden intervenir en su valoración (neurología general, urgencias, psiquiatría, consultas ambulatorias), y la inclusión heterogénea de casos agudos o crónicos. Aunque faltan estudios epidemiológicos de calidad, los

datos disponibles muestran una alta variabilidad, con cifras que oscilan entre el 30 % y el 40 % de los pacientes evaluados en determinadas series clínicas, e incluso hasta un 52 % en algunos estudios (14).

El TMF es una entidad clínica compleja que suele presentarse con diferentes manifestaciones tanto a nivel motor como psicológico con un carácter progresivo, lo que provoca que los pacientes sufran un importante grado de incapacidad funcional y dependencia (en su mayoría en edad laboral) en las actividades básicas de la vida diaria, y genera un impacto considerable sobre el sistema sanitario (4). Debido a ello, el TNF donde se engloba el TMF representa una carga económica significativa tanto para los sistemas de salud como para los pacientes, debido a su alto uso de recursos médicos y a costes indirectos como la pérdida de productividad (12).

1.2 Descripción de la tecnología a estudio

Evaluación del modelo de abordaje terapéutico no integrado frente al enfoque multidisciplinar

El modelo asistencial predominante en el abordaje de los trastornos del movimiento funcional (TMF) suele caracterizarse por una atención fragmentada, en la que distintos especialistas –principalmente de neurología, rehabilitación y salud mental– intervienen de forma aislada, sin una coordinación estructurada entre ellos. Este enfoque no integrado conlleva múltiples limitaciones, entre las que se destacan la duplicidad de procedimientos asistenciales, la reiteración de pruebas diagnósticas y terapias, la ralentización en la resolución clínica de los síntomas y la comunicación deficiente entre profesionales implicados.

Asimismo, la frecuente participación de otras especialidades, como traumatología, unidades del dolor o atención primaria, sin una estrategia común de actuación, puede contribuir a la desarticulación del proceso asistencial.

Esta situación ha motivado a la Sociedad Española de Neurología (SEN), junto con expertos internacionales en neurología y psiquiatría, a elaborar un documento de recomendaciones clínicas para los TMF, en el que se destaca la necesidad de establecer un marco común de actuación y un modelo asistencial coordinado, basado en la evidencia científica disponible (14).

En contraste, el modelo multidisciplinar emerge como una alternativa terapéutica más eficaz para pacientes con TMF, dado los avances recientes en la comprensión de los mecanismos neurobiológicos implicados. Se ha identificado la alteración de redes neuronales responsables del procesamiento emocional, la atención y la percepción como elementos clave en la fisiopatología de estos trastornos (1). En este contexto, los factores psicológicos no solo actúan como desencadenantes, sino también como elementos perpetuadores de los síntomas (15).

Esta visión integrada ha propiciado el desarrollo de estrategias terapéuticas combinadas que incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC), la fisioterapia especializada y, en algunos casos la intervención farmacológica (8-10).

Dada la naturaleza multifactorial y la gran heterogeneidad clínica de los TMF, el abordaje terapéutico óptimo requiere la participación coordinada de un equipo multidisciplinar compuesto, al menos, por neurólogos, psiquiatras, fisioterapeutas y psicólogos. Este enfoque permite una evaluación integral del paciente, una mejor comprensión de los factores etiológicos y perpetuos y la implementación de intervenciones personalizadas, lo que podría traducirse en una mejora significativa del pronóstico y de la calidad de vida del paciente (14).

2. Alcance y objetivo

2.1 Alcance

Se llevará a cabo una revisión sistemática de la literatura que permita evaluar el impacto de los equipos hospitalarios multidisciplinares en el manejo de pacientes con TMF. Se realizará una síntesis cualitativa y/o cuantitativa de la evidencia científica disponible. No se abordarán aspectos tales como la necesidad de formación y capacitación específica para los profesionales sanitarios que formarán parte de estos equipos multidisciplinares. Este informe no incluye recomendaciones para la implementación de los hallazgos obtenidos.

2.2 Objetivos principales

- Evaluar la eficacia en términos de calidad de vida, función motora, estado psicológico, estado general de salud e impacto social del abordaje terapéutico multidisciplinar en pacientes con TMF en comparación con otro tipo de manejo del TMF.
- Evaluar la seguridad en términos de eventos adversos del abordaje terapéutico multidisciplinar en pacientes con TMF.

2.3 Objetivos secundarios

- Estimar el impacto económico que supone el abordaje terapéutico multidisciplinar en el manejo del TMF.
- Conocer el impacto del abordaje terapéutico multidisciplinar del TMF en el grado de satisfacción/aceptabilidad del paciente.
- Conocer los aspectos organizativos, éticos y legales del abordaje terapéutico multidisciplinar en el manejo del TMF para su implementación.

3. Método

3.1 Metodología de elaboración del informe

3.1.1 Pregunta PICOD

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el presente informe se ha definido la pregunta de investigación o PICOD (población / intervención / comparación / resultados / diseño de estudios) que se presenta a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Pregunta PICOD	
Descripción	Alcance
Población	Pacientes \geq 18 años con diagnóstico de TMF
Intervención	Abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF
Comparación	Cualquier abordaje o situación que no sea multidisciplinar
Resultados	Eficacia en: calidad de vida, función motora, estado psicológico, aspecto social y económico y satisfacción del paciente Seguridad: eventos adversos derivados de las terapias neurológicas, fisioterápicas y psicológicas Eficiencia: aspectos económicos Aspectos éticos y legales del abordaje del TMF
Diseño de estudios	Revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de evaluación de tecnologías sanitarias, ECAs y estudios de evaluación económica

Abreviaturas: TMF: Trastorno del Movimiento Funcional; ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados
Fuente: elaboración propia

3.1.2 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Con el objetivo de responder a la pregunta de investigación formulada según el formato PICOD, se elaboró una estrategia de búsqueda específica bibliográfica aplicada a bases de datos referenciales. Por otro lado, se consultaron recursos complementarios, así como las principales webs de agencias europeas y nacional, entre otras, que se pueden consultar a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2. Bases de datos electrónicas de literatura biomédica

Tipos	Bases
Bases de datos referenciales	<ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE (Ovid) • EMBASE (Elsevier) • Cochrane Library • WOS (SCI) • Cinahl (Ebsco) • Psycinfo (Ebsco) • International HTA database (INAHTA) • PEDro
Recursos complementarios consultados	<ul style="list-style-type: none"> • RedETS • NICE • TripDatabase • CDA-AMC • AHRQ
Registros de Ensayos Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • ClinicalTrials.gov • ICTRP (OMS)

Abreviaturas: SCI: *Science Citation Index*; PEDro: *Physiotherapy Evidence Database*; RedETS: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*; CDA-AMC: *Canada's Drugs Agency*; AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*; ICTRP: *International Clinical Trials Registry Platform*

Fuente: elaboración propia

Para la identificación de los estudios se empleó lenguaje controlado (descriptores) y terminología libre (por ejemplo: *conversion disorder*, *movement disorders*, *functional motor disorder*, *interdisciplinar*, entre otros) adaptándose la estrategia inicial a la sintaxis de cada base de datos. Estas búsquedas fueron limitadas por tipo de estudio, a revisiones sistemáticas / meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados. Las estrategias utilizadas están disponibles en el Anexo 1.

Asimismo, se realizaron búsquedas manuales secundarias de las referencias bibliográficas de los artículos obtenidos en las estrategias anteriormente descritas, con el objetivo de identificar estudios no recuperados mediante las búsquedas automatizadas.

La búsqueda sistemática se llevó a cabo hasta diciembre de 2024. Los resultados fueron importados al *software* Covidence (16), donde se procedió a la eliminación de duplicados. Posteriormente, se realizó un proceso de selección en dos etapas: una primera fase de cribado a título y resumen, seguida de una evaluación a texto completo de los estudios potencialmente relevantes para determinar su inclusión final.

3.1.3 Criterio de selección de estudios

La selección de los artículos para su lectura a texto completo y posterior inclusión final, fue realizada de forma independiente por dos investigadores, con base en los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Los criterios de inclusión se establecieron conforme a los componentes especificados en la formulación de la pregunta PICOD. Los criterios aplicados para la selección de los estudios se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios de selección de estudios		
	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diseño del estudio	Revisiones sistemáticas / metaanálisis, ensayos clínicos y estudios de evaluación económica	Revisiones narrativas y estudios observacionales
Tipo de publicación	Artículos originales de investigación, informes de evaluación de tecnologías sanitarias	Cartas al director, comunicaciones a congresos, editoriales y artículos de opinión
Tipo de intervención	Abordaje multidisciplinar que incluya atención neurológica, fisioterápica y psicológica	Abordaje que no sea multidisciplinar
Tipo de comparación	Cualquier abordaje o situación que no sea multidisciplinar como abordaje terapéutico unimodal, no tratamiento, lista de espera, entre otros	Tratamiento multidisciplinar
Tamaño de muestra	Sin limitación	Sin limitación
Población a estudiar	Pacientes adultos diagnosticados de TMF	Población pediátrica o que no estén diagnosticados de TMF
Medidas de resultado	Eventos adversos derivados de las terapias neurológicas, fisioterápicas y psicológicas, variables de eficacia (calidad de vida, función motora, estado psicológico, aspecto social, satisfacción del paciente), aspectos económicos y aspecto organizativo	Otras variables que no estén relacionadas con las nombradas
Idioma	Castellano o inglés	Otros idiomas

Abreviaturas: TMF: Trastorno del Movimiento Funcional
Fuente: elaboración propia

3.1.4 Valoración y síntesis de la evidencia

Aunque se valoró la pertinencia de realizar un metaanálisis, finalmente se optó por una síntesis narrativa de la evidencia debido a la elevada heterogeneidad en las escalas utilizadas para medir los desenlaces. Las diferencias en los instrumentos empleados para evaluar variables como la calidad de vida, la función motora, el estado psicológico, el impacto social o el estado de salud entre los estudios incluidos imposibilitaron una agregación cuantitativa válida de los resultados.

Además, los estudios presentaban variabilidad en los tiempos de seguimiento, en las características de las poblaciones incluidas y en la definición operativa de algunos desenlaces, lo que limitó aún más la posibilidad de realizar una síntesis estadística combinada.

Por este motivo, se estructuró una síntesis descriptiva basada en las principales variables de resultado predefinidas. Las principales características se encuentran descritas en el Anexo 3 y los resultados de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 6.

La identificación y selección de las variables de resultado de interés se realizó conforme a los principios del sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (17). Este enfoque permite jerarquizar los desenlaces clínicos y organizativos en función de su importancia para la toma de decisiones, clasificándolos como críticos, importantes o no importantes.

En base a dicho marco y al análisis preliminar de la literatura científica disponible sobre el abordaje terapéutico multidisciplinar en TMF, se definieron cinco variables de resultado consideradas críticas para la evaluación de la eficacia y seguridad: calidad de vida, función motora, estado psicológico, estado de salud general y eventos adversos. Estas variables fueron priorizadas por su relevancia clínica y por ser frecuentemente utilizadas como desenlaces en los estudios primarios incluidos en la revisión sistemática.

Adicionalmente, se consideraron tres variables de resultado clasificadas como importantes, pero no críticas: impacto económico, satisfacción del paciente y/o profesional y aspectos éticos y legales. Aunque no fueron el eje principal del análisis de eficacia y seguridad, su inclusión responde al interés creciente en estos aspectos dentro de la evaluación integral de tecnologías sanitarias.

Todas estas variables fueron seleccionadas por consenso entre dos investigadores con experiencia clínica y metodológica en el ámbito de los trastornos funcionales y se presentan detalladas en la Tabla 4.

Tabla 4. Variables de resultados		
Variable de resultado		Descripción
Eficacia	Calidad de vida	Nivel de calidad de vida del paciente evaluado mediante las escalas: EQ-5D-5L (EQ Index), EQ VAS, SF-36, SF-12, ADL, IADL y/o ICIDH/ICIDHP
	Función motora	Capacidad motora del paciente evaluado mediante las escalas: sFMDRS, PMDRS, Rankin Scale, FMS, FIM motor y/o VRMC
	Función psicológica	Estado psicológico del paciente evaluado mediante las escalas: SDQ-20, HAM-D, HAM-A, BDI, MADRS, SF-36 componente de salud mental, FIM cognitive, SCL-90 y/o SHCs
	Estado de salud	Evaluación clínica global del paciente evaluado mediante las escalas: CGI, CGI-S
	Impacto social	Impacto del cuidado en la calidad de vida del cuidador evaluado mediante la escala Zarit Caregiver Burden Interview
Seguridad	Eventos adversos	Puede incluir eventos como: <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones agudas o atípicas a nivel emocional y/o motor • Episodio psicótico • Intento de suicidio
<p>Abreviaturas: EQ-5D-5L (EQ Index): <i>EuroQol 5 Dimensions 5 Levels</i> (índice que resume el estado de salud en una sola puntuación derivado del cuestionario); EQ VAS: <i>EuroQol Visual Analogue Scale</i>; SF-36: <i>36-Item Short-Form Survey</i>; SF-12: <i>Short Form-12 Health Survey</i>; ADL: <i>Activities of Daily Living Scale</i>; IADL: <i>Instrumental Activities of Daily Living Scale</i>; ICIDH, <i>International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Scale</i>; ICIDHP: <i>International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Scale Problems</i>; sFMDRS: <i>Simplified Functional Movement Disorders Rating Scale</i>; PMDRS: <i>Psychogenic Movement Disorders Rating Scale</i>; FMS: <i>Functional Mobility Scale</i>; FIM: <i>Functional Independence Measure</i>; VRMC: <i>The Video Rating Scale for Motor Conversion Symptoms</i>; SDQ-20: <i>Somatoform Dissociation Questionnaire</i>; CGI: <i>Clinical Global Impression Scale</i>; CGI-S: <i>Clinical Global Impression Scale-Severity</i>; HAM-D: <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>; HAM-A: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>; BDI: <i>Beck Depression Inventory</i>; MADRS: <i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i>; SCL-90: <i>Symptom Checklist-90</i>; SHCs: <i>Stanford Hypnotic Clinical Scale</i></p> <p>*Las descripciones de las variables de seguridad fueron tomadas de los estudios publicados</p> <p>Fuente: elaboración propia</p>		

La síntesis y valoración de la calidad de la evidencia fue realizada por dos revisores de forma independiente y ciega. En casos de discrepancias entre los revisores, éstas se resolvieron mediante consenso.

Para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se utilizó la herramienta RoB-2 (*Risk of Bias*) de la Cochrane ya que se trata de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (18). Esta herramienta constituye el estándar metodológico actual para valorar el riesgo de sesgo en ECA, y está diseñada para proporcionar una evaluación estructurada, transparente y reproducible del sesgo potencial que puedan tener los estudios. Adopta un enfoque basado en dominios que contempla aspectos claves del diseño, la conducción y el análisis de los ensayos clínicos. La herramienta incluye cinco dominios principales, sesgo en el proceso de generación de la secuencia aleatoria, sesgo en la ocultación de la asignación, sesgo debido a la desviación de las intervenciones asignadas, sesgo debido a datos de resultado incompletos y sesgo en la medición del resultado. En el Anexo 4 se muestra desarrollada la evaluación.

3.1.5 Participación de pacientes en la elaboración del informe

Desde la fase de diseño del protocolo de trabajo, este estudio de evaluación adoptó como referencia el “Algoritmo de Participación de Pacientes en Informes de RedETS” (Anexo 5) (19), el cual ha guiado el desarrollo metodológico desde sus etapas iniciales.

Considerando el algoritmo, y teniendo en cuenta la relevancia de incorporar la perspectiva de los pacientes en este tipo de intervenciones, se optó por realizar una búsqueda sistemática de estudios cualitativos que permitiera explorar en profundidad las experiencias, perspectivas, valores y preferencias de las personas con TMF sometidas a un abordaje terapéutico multidisciplinar.

Los estudios considerados para su inclusión debían contar con un diseño cualitativo (como entrevistas o grupos focales), o bien tratarse de estudios de enfoque mixto que incorporaran componentes cualitativos relevantes. Además, debían aportar información sobre las vivencias de pacientes adultos diagnosticados con TMF en el contexto de intervenciones multidisciplinarias, incluyendo aspectos como la percepción del diagnóstico, el proceso terapéutico, la relación con los profesionales implicados o el impacto en la vida cotidiana. También se consideraron las aportaciones de familiares, cuidadores y profesionales de la salud implicados en el abordaje, tales como neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales o psiquiatras.

Por el contrario, se excluyeron los estudios exclusivamente cuantitativos, dado que el objetivo de esta búsqueda era identificar relatos detallados y expresiones directas de la experiencia vivida por los pacientes, recogidos mediante metodologías cualitativas.

4. Resultados

4.1 Descripción de la evidencia disponible

4.1.1 Resultados de la búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en noviembre de 2024, con estrategias de búsqueda previamente diseñadas y adaptadas a las características específicas de cada una de las bases de datos consultadas, tanto en generales como de revisiones sistemáticas, según lo establecido en la metodología de estudio. Se recuperaron un total de 1427 referencias tras la eliminación de duplicados.

Posteriormente, se realizó un proceso de cribado de los 1427 documentos por título y resumen, que condujo a la exclusión de 1346 referencias. Las 81 referencias restantes fueron seleccionadas para su lectura a texto completo, detallado en la Figura 1 siguiendo el modelo del diagrama de flujo de PRISMA.

De estas, 79 fueron excluidas tras dicha evaluación por no cumplir los criterios de elegibilidad. Los motivos específicos fueron:

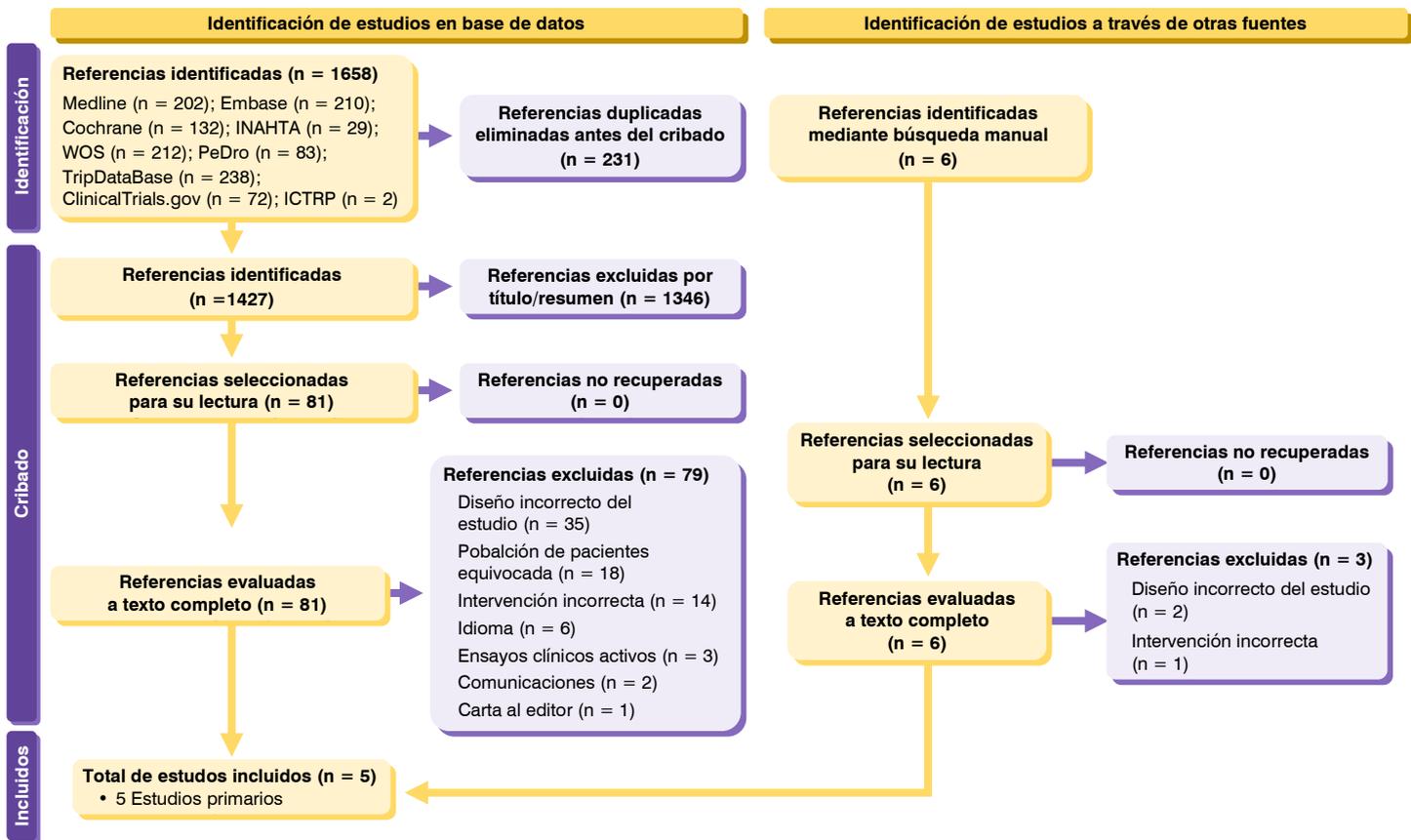
- Diseño de estudio no adecuado (n = 35).
- Ausencia de resultados de interés (incluyen resúmenes a congreso, cartas al editor y estudios en curso) (n = 6).
- Población fuera de los criterios definidos (n = 18).
- Idioma distinto al castellano o inglés (n = 6).
- Intervención diferente con la especificada en la PICOD (n = 14).

Tras el proceso de búsqueda sistemática, se incluyeron inicialmente dos estudios que cumplían con todos los criterios de elegibilidad, ambos son ensayos clínicos aleatorizados.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual que identificó seis referencias potencialmente relevantes. Tras su revisión a texto completo, tres de ellas fueron incluidas en el informe al cumplir con los criterios de selección predefinidos. Las tres referencias correspondían también a ensayos clínicos aleatorizados.

En total, se incluyeron cinco estudios en el informe. La Figura 1 muestra el flujo detallado del proceso de selección.

Figura 1. Diagrama de selección de estudios



4.1.2 Descripción de los estudios seleccionados

Ensayos clínicos aleatorizados (ECAs)

Se incluyeron cinco ECAs que evaluaron distintos tipos de terapia multimodal, entre ellos se encuentran fisioterapia, terapia psicológica, farmacológica, etc., frente a distintos comparadores, como lista de espera, terapia unimodal, tratamiento con placebo, etc.

En el estudio de Macías-García (20) el objetivo fue evaluar la eficacia de un tratamiento multidisciplinar compuesto por terapia cognitivo-conductual y fisioterapia especializada en comparación con una intervención de apoyo psicológico en pacientes con trastornos del movimiento funcional (TMF). El estudio fue financiado por fondos institucionales del Hospital Universitario Virgen del Rocío sin apoyo de la industria farmacéutica. Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, paralelo (1:1), ciego y unicéntrico, siguiendo las directrices CONSORT. El reclutamiento de pacientes tuvo lugar en la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla, (España) entre junio de 2022 y abril de 2023, con seguimientos a los 3 y 5 meses tras la intervención. Esta intervención consistió en un programa multidisciplinar compuesto por 4 sesiones grupales sucesivas de 1 hora de terapia cognitivo-conductual y 12 sesiones individualizadas de fisioterapia. El comparador fue una intervención basada en 4 sesiones grupales semanales de 1 hora de psicoterapia de apoyo, enfocadas en la discusión de factores estresantes y la empatía, impartidas por el mismo psicólogo clínico. Los criterios de inclusión consideraron a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de TMF según los criterios de Espay & Lang (2015) y con capacidad para firmar el consentimiento informado, mientras que se excluyó a aquellos con trastornos psiquiátricos no controlados y a quienes rechazaron participar en el estudio. En cuanto a las características basales de los pacientes, participaron 40 personas con una media de edad de 43,5 años ($\pm 12,8$), predominando las mujeres (80 %). Además de los niveles iniciales de depresión y ansiedad evaluados mediante las escalas BDI-II y HAMA para la caracterización basal, se observó que el 33 % de los participantes estaban desempleados y el 40 % no trabajaba debido a problemas de salud. La duración media del TMF fue de 5,6 años ($\pm 5,5$), y el 15 % de los pacientes presentaba crisis disociativas como comorbilidad. En términos de apoyo social, el 50 % contaba con un entorno de apoyo constante, mientras que el 20 % tenía un apoyo inconstante o ausente.

El estudio de Vizcarra (21) tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de la OnabotulinumtoxinA (Botox® BoNT-A) junto a un programa de terapia cognitivo-conductual (TCC) frente a placebo, para el cual utilizaron una

solución salina, seguido de TCC. La investigación fue financiada por una beca de formación en investigación clínica del AAN (*American Academy of Neurology*) para la Aplicación Clínica de Neurotoxinas, y una beca de investigación iniciada por el investigador de Allergan exclusivamente para proporcionar los viales de OnabotulinumtoxinA (Botox® BoNT-A). Ninguno de los financiadores participó en la realización del estudio ni en la interpretación de los datos. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de acuerdo con las buenas prácticas clínicas y la declaración de Helsinki. La investigación y el reclutamiento se realizó en el centro Joan Gardner para la enfermedad de párkinson y trastornos de movimiento que es parte del Departamento de Neurología de la Universidad de Cincinnati, en Ohio, Estados Unidos entre enero de 2016 y mayo de 2017. El grupo de intervención recibió hasta 200 unidades de OnabotulinumtoxinA (Botox® BoNT-A) inyectadas en músculos seleccionados, mientras que el grupo de control recibió un volumen equivalente de suero salino como placebo. Ambos grupos participaron en sesiones de TCC durante 12 semanas. Se realizaron dos mediciones, una basal al inicio del estudio y otra al final del periodo de seguimiento a las 12 semanas. Los criterios de inclusión fueron pacientes de entre 18 y 70 años con una puntuación de gravedad y discapacidad en el *Funcional Dystonia* (FD) ≥ 10 según la escala *Psychogenic Movement Disorders Rating Scale* (PMDRS). Por otro lado, se excluyó a personas con tratamiento previo con cualquier tipo de toxina botulínica (BoNT), si tenían una afección médica clínicamente inestable, un embarazo o trastorno comórbidos que aumentasen el riesgo de eventos adversos a la BoNT, como miastenia grave u otros trastornos neuromusculares. En el estudio se incluyeron un total de 14 pacientes, de los cuales 10 completaron la intervención. La población era en un mayor porcentaje de mujeres (57,1 %). Las mujeres presentaron una media de edad de 53,7 años, mientras que los hombres tuvieron una media de 44,3 años. Además, la duración de la enfermedad fue de 4,4 años en las mujeres y de 2,1 años en los hombres. En el estudio se mencionan diversas comorbilidades psiquiátricas en los pacientes, incluyendo depresión (38,4 %), ansiedad (30,4 %), y trastorno de pánico con o sin agorafobia (23,07 %).

El estudio de Hubschmid (22) presentó el objetivo de comparar una intervención psicoterapéutica interdisciplinaria con la atención estándar como tratamiento para pacientes con un diagnóstico reciente de trastorno motor funcional. El estudio fue financiado por el Servicio de Psiquiatría de Liasion y el Departamento de Neurociencias Clínicas del Hospital Universitario de Lausana. Además, el estudio también se benefició de una beca académica femenina de la Universidad de Lausana y de la “*bourse profemme*” de la misma universidad. Estas becas no tuvieron ninguna implicación en el diseño del estudio, en la realización ni en la interpretación de los datos. Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado, paralelo (1:1) siguiendo las directrices CONSORT. El reclutamiento y el estudio se realizaron en el Departamento de

Neurología del Hospital Universitario de Lausana, (Suiza) entre noviembre de 2010 hasta enero de 2013, el seguimiento finalizó en diciembre de 2013. El grupo de intervención psicoterapéutica interdisciplinaria (IPI) consistió en un enfoque de tratamiento que incluía de tres a seis sesiones de psicoterapia breve durante un período de dos meses. Esta intervención se basó en un enfoque de tratamiento psicointerpersonal psicodinámico. La mayoría de los pacientes recibieron cinco sesiones, y la intervención comenzó con una sesión interdisciplinaria de 2 horas y 30 minutos, que incluía: una consulta neurológica de 1 hora, una consulta psiquiátrica de 1 hora y una consulta conjunta de 30 minutos entre el neurólogo y el psiquiatra. El comparador fue una intervención de atención estándar, que en el contexto del estudio implicaba consultas regulares, pero sin el enfoque intensivo e interdisciplinario de la intervención psicoterapéutica. Aunque los pacientes del grupo control (GC) también tuvieron consultas y evaluaciones con un psiquiatra y un neurólogo, estas consultas se llevaron a cabo de forma menos integrada y adaptada en comparación con el grupo de intervención (GI). Los criterios de inclusión abarcaron a pacientes desde los 16 a los 65 años con diagnóstico nuevo de trastorno de conversión de acuerdo con el DSM-IV-TR (23), con síntomas motores evaluados por neurólogos experimentados. Por otro lado, se excluyeron a pacientes que no hablaran en francés, que tuvieran una comorbilidad neurológica (con síntomas motores o en la marcha) o epilepsia concomitante diagnosticada por un neurólogo especializado en epilepsia experimentado y/o comorbilidad psiquiátrica (psicosis, suicidio agudo o abuso de sustancias) y/o que estuvieran recibiendo psicoterapia en el momento de la inclusión. Participaron 23 personas con una media de edad en el GI de 31,53 años ($\pm 3,17$) y en el GC de 37,57 años (± 4) predominando las mujeres en el GI (90,91 %) y en el GC (60 %). Se midieron los niveles iniciales de depresión mediante las escalas BDI-II y MADRS, además se observó en el GI solo un 31,25 % de los pacientes trabajaban y un 9,09 % en el GC, ya que el resto no trabajaban debido a problemas de salud. Algunos pacientes tenían comorbilidades como trastorno depresivo mayor (GI = 49 % y GC = 45 %), trastorno de pánico (GI = 27 % y GC = 18 %) y agorafobia (GI = 9 % y GC = 9 %).

El estudio de Jordbru (24) comparó una intervención de rehabilitación hospitalaria multidisciplinaria con la lista de espera, en pacientes diagnosticados de trastorno motor funcional con trastorno psicogénico de la marcha. El estudio fue financiado por el hospital *Clinic of Physical Medicine and Rehabilitation*, Tonsberg (Norway). Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico y con diseño cruzado, por lo que, tras el seguimiento inicial, el grupo pasó a recibir la misma intervención que el grupo experimental. Se les informó a los pacientes sobre el estudio de acuerdo con la declaración de Helsinki y se obtuvo el consentimiento informado. El reclutamiento y la realización del estudio tuvo lugar en el *Vestfold Hospital Trust, Clinic of Physical Medicine and Rehabilitation*, Tonsberg (Norway) entre mayo de 2007 y octubre de 2010,

con seguimiento al mes y al año. Los pacientes recibieron una intervención que consistió en un programa de rehabilitación hospitalaria durante tres semanas centrada en la actividad física adaptada y terapia cognitivo conductual. El tratamiento fue llevado a cabo por un equipo interdisciplinar formado por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros y educadores en actividad física adaptada (AFA). El comparador fue la lista de espera. Los criterios de inclusión fueron pacientes de entre 18 y 69 años con una alteración de la marcha que fuera considerada incapacitante sin una explicación orgánica después de una valoración neurológica, con una duración menor a 5 años y disponibilidad para participar en el estudio. Excluyeron pacientes que necesitaron tratamiento psiquiátrico hospitalario, y/o pacientes con enfermedades neurológicas o aquellas personas que no querían tener una participación activa en la rehabilitación. En las características basales, nos encontramos con la participación de 60 pacientes con una media de edad de 37,6 (± 11), en un rango entre los 18 y los 62 años, predominando las mujeres (80 %). Dentro de las alteraciones de la marcha, el 25 % necesitaba una silla de ruedas, un 38 % necesitaban bastones o muletas y el 37 % no necesitaba asistencia. Solo el 38 % de los pacientes trabajaban y la duración media de los síntomas era de 9,5 meses ($\pm 12,1$) [$> 1/48$ meses]. No hay datos disponibles de la depresión y/o ansiedad que tenían estos pacientes.

El estudio de Moene (25) tuvo un triple objetivo principal, primero fue investigar los efectos adicionales de la hipnosis en un programa de tratamiento integral, de forma que se buscó determinar si la incorporación de la hipnosis podría mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con trastorno de conversión. El segundo fue evaluar si la terapia con hipnosis puede influir en la eficacia del tratamiento que recibieron y, por último, explorar la eficacia del programa de tratamiento, independientemente de la hipnosis, en la mejora de los síntomas de los pacientes. Se desarrolló un ensayo clínico controlado aleatorizado, ciego y multicéntrico. El estudio fue aprobado por el comité de ética de los dos hospitales donde se llevó a cabo y proporcionaron a los pacientes los consentimientos informados. Los dos hospitales donde se realizó el estudio y se reclutó a los pacientes estaban en los Países Bajos, el hospital psiquiátrico “*De Grote Rivieren*” en Dordrecht y la clínica ambulatoria “*Reinier de Graaf Gasthuis*” en Delft, entre 1991 y 1996. El grupo de intervención recibió un tratamiento hipnótico que consistió en 8 sesiones semanales de 1 hora, precedidas por una sesión preparatoria en la que se explicó el papel de la hipnosis en el tratamiento de los síntomas de conversión. Además, los pacientes participaron en un programa de terapia individual y grupal que incluyó fisioterapia y actividades orientadas a la recuperación funcional. El grupo control recibió el mismo tratamiento que el GI con sesiones individuales y terapia grupal que incluían fisioterapia y actividades orientadas a la recuperación funcional sin el tratamiento hipnótico. Se realizaron cuatro mediciones temporales:

la primera fue pre-tratamiento (basal), la segunda fue a la mitad del tratamiento que está programada un mes después de la basal, la tercera fue post-tratamiento (dos meses después del pre-tratamiento) y el seguimiento a los ocho meses. Los criterios de inclusión fueron pacientes entre 18 y 65 años con diagnóstico de trastorno motor de conversión (trastorno motor funcional) o un diagnóstico de trastorno de somatización con síntomas de conversión del tipo motor, según los criterios del DSM-III-R, con una duración de los síntomas de al menos un mes. En cambio, los criterios de exclusión fueron que tuvieran indicadores de un trastorno neurológico que explicaran el síntoma del trastorno motor funcional o que tuvieran un diagnóstico de un trastorno afectivo mayor de tipo melancólico o cualquier otro diagnóstico psiquiátrico severo que requirió tratamiento inmediato, cambio de la medicación durante el tratamiento y/o recibir otro tratamiento durante el estudio. Se incluyeron 49 pacientes, de los cuales 45 pacientes completaron el tratamiento. De esos 45, 34 fueron mujeres (77,3 %) y 11 fueron hombres (22,7 %). La edad media fue de 36,8 con una desviación estándar de 11,31, el rango de edad fue entre 18 y 56 años, con una media de edad de comienzo de la enfermedad de 32,6 años con una desviación estándar de 10,9. La duración de los síntomas fue de 3,9 años de media y 6 pacientes (13,3 %) tuvieron disociación como comorbilidad.

Las características de los estudios, la población y las medidas de resultados extraídas pueden consultarse en el Anexo 3.

4.1.3 Calidad de la evidencia de los estudios seleccionados

Los cinco estudios incluidos fueron evaluados mediante la herramienta ROB-2 (*Risk of Bias*) de la colaboración Cochrane. En el caso de Macías-García (20), el riesgo de sesgo se consideró bajo, dado que el estudio presentó una adecuada aleatorización e informe de resultados.

Por el contrario, el estudio de Vizcarra (21) fue clasificado como de alto riesgo de sesgo. Aunque cumplió con los criterios de aleatorización y cegamiento, la gestión de los datos faltantes no fue adecuadamente descrita, y además el grupo control fue completado únicamente por solo cuatro pacientes, por debajo del tamaño muestral mínimo estimado ($n = 6$), lo que introdujo un riesgo importante de sesgo de desgaste y redujo la potencia del análisis.

Respecto al estudio de Hubschmid (22) el riesgo de sesgo fue valorado como poco claro. Aunque se evidenció una correcta aleatorización y un adecuado informe de resultados, la ausencia de cegamiento en la intervención y en la evaluación de los desenlaces introduce un riesgo potencial de sesgo de detección, especialmente en variables subjetivas como el estado psicológico o la percepción de la mejoría.

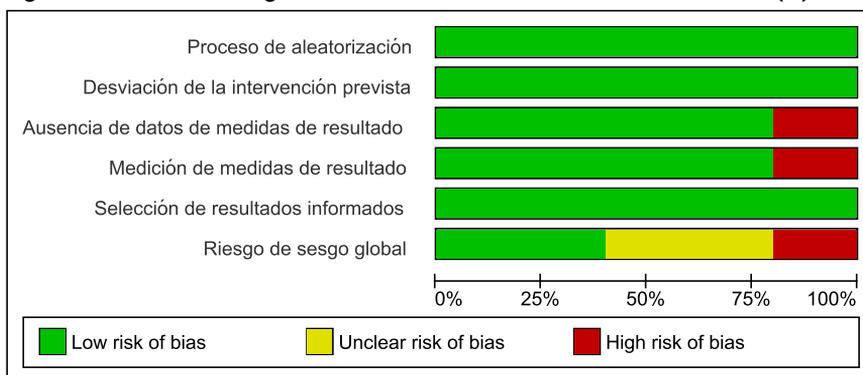
De manera similar, el estudio de Jordbru (24) tuvo un riesgo de sesgo poco claro. Aunque presentó una adecuada aleatorización e informe de resultados, la falta de cegamiento en la aplicación de la intervención y en la recogida de resultados podría haber condicionado la valoración de los desenlaces, especialmente en aquellos de naturaleza subjetiva como la percepción de la mejoría funcional.

Finalmente, el estudio de Moene (25) fue valorado con un riesgo de sesgo bajo. Aunque no hubo cegamiento de los participantes respecto al componente hipnótico de la intervención, no se identificaron desviaciones relevantes en el protocolo ni pérdida de adherencia que comprometieran la validez de estudio. No obstante, la falta de cegamiento en la intervención podría haber influido en la adherencia y en la respuesta terapéutica observada.

Las tablas específicas que detallan la valoración de los cinco ECAs utilizando la herramienta ROB-2 se presentan en el Anexo 4.

En la Figura 2 se presenta un gráfico de barras ilustrando los sesgos identificados a nivel de los distintos estudios incluidos en la revisión.

Figura 2. Relación de sesgos identificados a nivel de los distintos estudios (%)



Atendiendo a los distintos dominios evaluados mediante la herramienta RoB-2, dos estudios fueron clasificados con riesgo de sesgo bajo, uno con alto riesgo y dos con riesgo poco claro.

En la Figura 3 se representan los resultados de la evaluación global del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la actual revisión.

Figura 3. Valoración global del riesgo de sesgo a nivel de los estudios incluidos

	Proceso de aleatorización	Desviación de la intervención prevista	Ausencia de datos de medidas de resultado	Medición de medidas de resultado	Selección de resultados informados	Riesgo de sesgo global
Hubschmid 2015	+	+	+	-	+	?
Jordbru 2014	+	+	+	+	+	?
Macías-García 2024	+	+	+	+	+	+
Moene 2002	+	+	+	+	+	+
Vizcarra 2019	+	+	-	+	+	-

4.2 Seguridad de la tecnología

La seguridad del abordaje terapéutico multidisciplinar fue evaluada en los cinco ECAs, ya que todos informaron los eventos adversos que se encontraron durante la realización de los estudios. En conjunto, la incidencia de eventos adversos fue baja. Hubo eventos adversos en los GC como se observa en los estudios de Macías-García (20) y Vizcarra (21), donde se informaron un intento de suicidio (2,5 %) y comunicaron un episodio psicótico (7,14 %), respectivamente, mientras que en ambos casos no se registraron eventos en los GI. Por el contrario, el estudio de Moene (25) fue el único en informar eventos adversos en el GI, con un 19 % de los participantes presentando reacciones no planificadas asociadas a la hipnosis, (sacudidas, reacciones afectivas agudas o dificultad para salir del trance), las cuales no requirieron intervención clínica ni alteraron el curso del tratamiento. Finalmente, los estudios de Hubschmid (22) y Jordbru (24) no comunicaron eventos adversos. En resumen, la descripción de eventos indica que el abordaje terapéutico multidisciplinar muestra un perfil de seguridad favorable, con eventos adversos poco frecuentes y generalmente no severos. Los resultados de seguridad informados en cada uno de los estudios incluidos se recogen en la Tabla 5.

Tabla 5. Seguridad de la intervención (eventos adversos)

Estudio	Tipo de intervención	Efecto adverso	N (%) afectados	Tiempo de aparición
Macías-García, 2024	Terapia psicológica y fisioterapéutica	GC: intento de suicidio Gl: ninguno	GC: 1 caso (2,5 %) Gl: 0 casos	En el mes 5 del seguimiento
Vizcarra, 2019	Terapia farmacológica con OnabotulinumtoxinA (Botox® BoNT-A), placebo y TCC	GC: episodio psicótico que requirió hospitalización durante el periodo de tratamiento con TCC Gl: ninguno	GC: 1 caso (7,14 %) Gl: 0 casos	No se especifica la semana exacta
Hubschmid, 2015	Terapia psicológica y consultas especializadas tanto de neurología como de psiquiatría	Ninguno informado	0 casos	No procede
Jordbru, 2014	Terapia fisioterapéutica y psicológica	Ninguno informado	0 casos	No procede
Moene, 2002	Terapia fisioterapéutica e hipnótica	GC: ninguno Gl: durante la hipnosis se produjeron respuesta inusuales e inesperadas a la inducción al trance como sacudidas y aleteos. Ocurrencias agudas de ataques o expresión afectiva no deseada durante el tratamiento y respuestas exageradas a sugerencias o dificultades para finalizar la hipnosis	GC: 0 casos Gl: 16 casos (19 %)	Durante el tratamiento de hipnosis

Abreviaturas: GC: Grupo Control; Gl: Grupo Intervención; TCC: Terapia Cognitiva Conductual

Fuente: elaboración propia

¿Es seguro el abordaje terapéutico multidisciplinar en relación al comparador?

Los datos recogidos en los cinco estudios seleccionados, muestran que el abordaje terapéutico multidisciplinar presenta un perfil de seguridad comparable o superior al del comparador en términos de aparición de eventos adversos. En tres de los cinco estudios (Macías-García (20), Vizcarra (21) y Moene (25)), los eventos adversos se concentraron mayoritariamente en los grupos control, mientras que los grupos de intervención multidisciplinar no informaron eventos adversos graves o lo hicieron en una menor proporción. Particularmente, en los estudios de Macías-García (20) y Vizcarra (21), los únicos eventos adversos (un intento de suicidio y un episodio psicótico, respectivamente) ocurrieron en los GC. Aunque en el estudio de Moene (25) se notificaron respuestas atípicas en el GI (19 %), estas fueron transitorias y propias del contexto de hipnosis, sin implicar riesgo clínico significativo. Por otro lado, los estudios de Hubschmid (22) y Jordbru (24) no informaron eventos adversos en ninguno de los grupos. En conjunto, los hallazgos sugieren que el abordaje terapéutico multidisciplinar es seguro y, en varios casos, con un perfil de seguridad al menos comparable al del comparador, y sin registrar eventos adversos graves directamente atribuibles al abordaje multidisciplinar.

¿Cuál es el grupo de pacientes con trastorno del movimiento funcional con mayor susceptibilidad de presentar eventos adversos?

Ninguno de los estudios incluidos llevó a cabo un análisis de subgrupos según comorbilidades, edad, sexo u otras variables basales que permitiera estimar la frecuencia de eventos adversos de forma estratificada.

4.3 Eficacia clínica del abordaje multidisciplinar en el TMF

La eficacia clínica del abordaje multidisciplinar de los pacientes con trastornos del movimiento funcional fue favorable en algunos de los cinco ECAs incluidos en la revisión mediante diferentes modalidades de tratamiento como son la fisioterapia, la psicoterapia, la toxina botulínica y las consultas especializadas de neurología y psiquiatría.

En la Tabla 6 se recogen los resultados de eficacia informados en cada uno de los estudios incluidos.

Tabla 6. Resultados de eficacia

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
<p>Macías-García (2024) España</p>	<p>EQ VAS: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: 6,53 (IC 95 %: -3,7 a 16,7) vs. GC: -5,53 (IC 95 %: -12,8 a 1,7) $p = 0,07$ 5 meses: Gl: 18,16 (IC 95 %: 5,9 a 30,4) vs. GC: 3,05 (IC 95 %: -1,7 a 29,0) $p = 0,6$.</p> <p>EQ Index*: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: -0,01 (IC 95 %: -0,1 a 0,1) vs. GC: -0,05 (IC 95 %: -0,2 a 0,1) $p = 0,98$ 5 meses: Gl: 0,06 (IC 95 %: -0,1 a 0,2) vs. GC: -0,01 (IC 95 %: -0,1 a 0,1) $p = 0,13$</p> <p>SF-36 PCS: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: 2,35 (IC 95 %: -0,6 a 5,3) vs. GC: -1,11 (IC 95 %: -4,6 a 2,4) $p = 0,11$ 5 meses: Gl: 3,21 (IC 95 %: 0,3 a 6,1) vs. GC: -0,55 (IC 95 %: -3,4 a 2,3) $p < 0,001$</p>	<p>sFMDRS: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: -7,11 (IC 95 %: -9,6 a -4,6) vs. GC: 0,26 (IC 95 %: -1,3 a 1,9) $p < 0,001$ 5 meses: Gl: -7,42 (IC 95 %: -10,4 a -4,4) vs. GC: 2,16 (IC 95 %: 0,6 a 3,8) $p < 0,001$</p>	<p>SF-36 MCS: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: 1,19 (IC 95 %: -3,9 a 6,4) vs. GC: 0,76 (IC 95 %: -3,0 a 4,6) $p = 0,82$ 5 meses: Gl: 3,07 (IC 95 %: -2,4 a 8,6) vs. GC: 2,94 (IC 95 %: -2,2 a 8,1) $p = 0,83$</p>	<p>CGI-S: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: -1,32 (IC 95 %: -1,8 a -0,8) vs. GC: 0,21 (IC 95 %: -0,1 a 0,5) $p < 0,001$ 5 meses: Gl: -1,53 (IC 95 %: -2,0 a -1,1) vs. GC: 0,32 (IC 95 %: -0,1 a 0,7) $p < 0,001$</p>	<p>Zarit Caregiver Burden Interview: 3 meses (Cambio pre-post): Gl: -2,88 (IC 95 %: -9,8 a 4,0) vs. GC: 4 (IC 95 %: -2,7 a 10,7) $p = 0,94$ 5 meses: Gl: -0,29 (IC 95 %: -7,1 a 6,5) vs. GC: 4,79 (IC 95 %: -2,4 a 11,9) $p = 0,64$</p>

Tabla 6. Resultados de eficacia (continuación)

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
Vizcarra (2019) Estados Unidos	ADL Cambio pre-post: GI: 0,7 (IC 95 %: -0,4 a 1,8) vs. GC: 0,3 (IC 95 %: -0,5 a 1,1) $p = 0,40$ iADL Cambio pre-post: GI: 0,8 (IC 95 %: -1,6 a 3,3) vs. GC: 0,3 (IC 95 %: -0,5 a 1,1) $p = 0,57$	PMDRS Cambio pre-post: GI: -9,3 (IC 95 %: -19,9 a 1,3) vs. GC: -9 (IC 95 %: -16,5 a -1,5) $p = 0,94$	HAM-D Cambio pre-post: GI: -6,8 (IC 95 %: -18,2 a 4,5) vs. GC: -9,5 (IC 95 %: -23,5 a 4,5) $p = 0,69$ HAM-A Cambio pre-post: GI: -6,3 (IC 95 %: -12,6 a -0,1) vs. GC: -5,5 (IC 95 %: -24,8 a 13,8) $p = 0,91$		No medido
Hubschmid (2015) Suiza	SF-36[†] Basal: GC: 52 % vs. GI: 46,5 % $p = 0,60$ 2 meses: GC: 50,56 % vs. GI: 43,57 % $p = 0,53$ 6 meses: GC: 56,67 % vs. GI: 37,14 % $p = 0,14$ 12 meses: GC: 65 % vs. GI: 53,57 % $p = 0,38$ Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: -0,265 (EE: 0,610) $p = 0,67$	Rankin $\geq 2^{\dagger}$ Basal: GC: 81,82 % vs. GI: 70 % $p = 0,90$ 2 meses: GC: 40 % vs. GI: 44,44 %; $p = 0,1$ 6 meses: GC: 33,33 % vs. GI: 22,22 %; $p = 1$ 12 meses: GC: 12,5 % vs. GI: 28,57 %; $p = 0,90$ (Se indica que el modelo MLM no es posible realizarlo)	SDQ-20 $\geq 30^{\dagger}$ Basal: GC: 36,36 % vs. GI: 50 % $p = 0,85$ 2 meses: GC: 40 % vs. GI: 11,11 % $p = 0,36$ 6 meses: GC: 22,22 % vs. GI: 12,5 % $p = 1$ 12 meses seguimiento: GC: 37,5 % vs. GI: 0 % $p = 0,24$ Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: -0,524 (EE: 0,217) $p < 0, 02$	CGI $\geq 4^{\dagger}$ Basal: GC: 63,64 % vs. GI: 60 % $p = 0,1$ 2 meses: GC: 30 % vs. GI: 66,67 % $p = 0,26$ 6 meses: GC: 44,44 % vs. GI: 5,0 % $p = 1$ 12 meses: GC: 37,5 % vs. GI: 28,57 % $p = 1$ Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: -0,321 (EE: 0,134) $p = 0,02$	

Tabla 6. Resultados de eficacia (continuación)

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
Hubschmid (2015) Suiza			<p>BDI $\geq 20^{\dagger}$ Basal: GC: 10 % vs. GI: 40 %; $p = 0,30$</p> <p>2 meses: GC: 22,22 % vs. GI: 28,57 %; $p = 0,10$</p> <p>6 meses: GC: 22,22 % vs. GI: 42,86 %; $p = 0,73$</p> <p>12 meses: GC: 28,57 % vs. GI: 28,57 %; $p = 1$</p> <p>Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: -0,289 (EE: 0,127) $p < 0,05$</p> <p>MADRS $\geq 15^{\dagger}$ Basal: GC: 45,45 % vs. GI: 30 %; $p = 0,78$</p> <p>2 meses: GC: 40 % vs. GI: 44,44 %; $p = 0,1$</p> <p>6 meses: GC: 22,22 % vs. GI: 37,5 %; $p = 0,88$</p> <p>12 meses: GC: 28,57 % vs. GI: 28,57 %; $p = 1$</p> <p>Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: -0,014 valor (EE: 0,130) $p = 0,91$</p>		

Tabla 6. Resultados de eficacia (continuación)

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
Hubschmid (2015) Suiza			SF-36 MCS[†] Basal: GC: 64 % vs. GI: 54,93 %; $p = 0,32$ 2 meses: GC: 62,22 % vs. GI: 61,71 %; $p = 0,97$ 6 meses: GC: 63,11 % vs. GI: 65,14 %; $p = 0,87$ 12 meses: GC: 61,71 % vs. GI: 69,71 %; $p = 0,5$ Tiempo de interacción entre grupo y tratamiento con los modelos de MLM\$: 1,851 (EE: 0,775) $p < 0,05$		
Jordbru (2014) Noruega	SF-12 Physical Basal: GI: 25,7 ± 8 Media (DE) vs. GC: 28,3 ± 8,6 Media (DE) Post-tratamiento [#] : GI: 37,2 ± 10,8 Media (DE) vs. GC: 27,3 ± 8,1 Media (DE) $p < 0,001$ 12 meses [‡] : 28,6 ± 10,2 Media (DE) vs. GC: 44,5 ± 13,7 Media (DE)	FMS Basal: GI: 9,6 ± 4,3 Media (DE) vs. GC: 9,2 ± 4,5 Media (DE) Post-tratamiento [#] : GI: 16,5 ± 4,6 Media (DE) vs. GC: 9,8 ± 4,9 Media (DE) $p < 0,001$ 12 meses [‡] : GI: 16,2 ± 4,5 Media (DE) vs. GC: 17,9 ± 0,4 Media (DE)	FIM cognitive Basal: GI: 34,45 ± 1,84 Media (DE) vs. GC: 35 ± 0 Media (DE) Post-tratamiento [#] : GI: 34,9 ± 0,2 Media (DE) vs. GC: 35 ± 0,0 Media (DE) 12 meses [‡] : GI: 35 ± 0,0 Media (DE) vs. GC: 35 ± 0,0 Media (DE)		

Tabla 6. Resultados de eficacia (continuación)

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
Jordbru (2014) Noruega	SF-12 Mental Basal: GI: 47,3 ± 14,3 Media (DE) vs. GC: 42,9 ± 12,9 Media (DE) Post-tratamiento*: GI: 54,9 ± 9,0 Media (DE) vs. GC: 45,8 ± 13,5 Media (DE), p < 0,001 12 meses†: GI: 49,3 ± 13,6 Media (DE) vs. GC: 52,1 ± 9,1 Media (DE)	FIM motor Basal: GI: 80,7 ± 12,2 Media (DE) vs. GC: 79,3 ± 13 Media (DE) Post-tratamiento*: GI: 90,1 ± 2,2 Media (DE) vs. GC: 80,9 ± 12,1 Media (DE), p < 0,001 12 meses†: GI: 90,7 ± 0,7 Media (DE) vs. GC: 90,7 ± 0,7 Media (DE)			
Moene (2002) Países Bajos	ICIDH Basal: GI: 26,83 ± 9,8 Media (DE) vs. GC: 29,85 ± 10,77 Media (DE) Post-tratamiento: GI: 23,17 ± 10,03 Media (DE) vs. GC: 23,55 ± 15,56 Media (DE) 8 meses: GI: 20,78 ± 10,44 Media (DE) vs. GC: 18,80 ± 13,59 Media (DE) Condición por tiempo: p = 0,26	VRMC Post-tratamiento**: GI: 5,41 ± 1,44 Media (DE) vs. GC: 5,90 ± 1,28 Media (DE) 8 meses: GI: 6,33 ± 1,13 Media (DE) vs. GC: 6,20 ± 1,20 Media (DE) Condición por tiempo: p = 0,23	SCL-90 Basal: GI: 187,46 ± 54,20 Media (DE) vs. GC: 211,71 ± 67,95 Media (DE) Post-tratamiento: GI: 181,75 ± 61,84 Media (DE) vs. GC: 180,33 ± 65,70 Media (DE) 8 meses: GI: 176,74 ± 56,44 Media (DE) vs. GC: 182,71 ± 72,19 Media (DE) Condición por tiempo: p = 0,16		

Tabla 6. Resultados de eficacia (continuación)

Autor (año) País	Calidad de vida (CVRS)	Función motora	Estado psicológico	Evaluación clínica global	Impacto social
Moene (2002) Países Bajos	<p>ICIDHP</p> <p>Basal: GI: 26,71 ± 8,91 Media (DE) vs. GC: 28,20 ± 13,10 Media (DE)</p> <p>Post-tratamiento: GI: 21,88 ± 11,44 Media (DE) vs. GC: 23,20 ± 16,61 Media (DE)</p> <p>8 meses: GI: 22,04 ± 11,94 Media (DE) vs. GC: 17,30 ± 14,29 Media (DE)</p> <p>Condición por tiempo: $p = 0,18$</p>		<p>SHCS</p> <p>No se encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones del SHCS antes del tratamiento y ninguna de las medidas de resultado en la evaluación post-tratamiento ni al seguimiento</p>		

Abreviaturas: GC: Grupo control; GI: Grupo de intervención; MLM: Modelo Lineal Mixto; EE: Error Estándar; DE: Desviación Estándar; EQ-5D-5L (EQ Index): *EuroQol 5 Dimensions 5 Levels*; EQ VAS: *EuroQol Visual Analogue Scale*; SF-36: *36-Item Short-Form Survey*; SF-12: *Short Form-12 Health Survey*; SF-36 MCS: *Short-Form Survey Mental Component Summary*; ADL: *Activities of Daily Living Scale*; iADL: *Instrumental Activities of Daily Living Scale*; ICIDH: *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Scale*; ICIDHP: *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Scale Problems*; sFMDRS: *Simplified Functional Movement Disorders Rating Scale*; PMDRS: *Psychogenic Movement Disorders Rating Scale*; FMS: *Functional Mobility Scale*; FIM: *Functional Independence Measure*; VRMC: *The Video Rating Scale for Motor Conversion Symptoms*; SDQ-20: *Somatiform Dissociation Questionnaire*; CGI: *Clinical Global Impression Scale*; CGI-S: *Clinical Global Impression Scale- Severity*; HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*; HAM-A: *Hamilton Anxiety Rating Scale*; BDI: *Beck Depression Inventory*; MADRS: *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*; SCL-90: *Symptom Checklist-90*; SHCS, *Stanford Hypnotic Clinical Scale*

*El EQ Index es una puntuación ponderada del EQ-5D-5L que varía entre 0 (peor estado de salud posible) y 1 (mejor estado de salud posible, sin limitaciones en ninguna dimensión)

†Los resultados se expresan en porcentajes de pacientes que igualan o superan al valor dado en cada herramienta

‡Los resultados se muestran en media y en error estándar

§Se muestran resultados mediante el análisis de MLM donde se busca identificar si los cambios en los resultados a lo largo del tiempo son diferentes entre los grupos tratados y de control para evaluar la eficacia de las intervenciones de estudio

¶Los resultados se muestran expresados en Media y DE y se refiere al final del tratamiento del GI (3 semanas) y final de espera del GC (4 semanas)

**Los resultados se muestran expresados en Media y DE se refiere a los 12 meses de seguimiento tanto de GI como del GC que han recibido tratamiento ya que es un estudio cruzado.

††No se informa valor basal

Fuente: elaboración propia

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en la calidad de vida en los estudios incluidos?

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un desenlace relevante en la evaluación de intervenciones dirigidas a pacientes con TMF dado el impacto multifactorial que esta condición ejerce sobre el funcionamiento físico, psicológico y social de quienes la padecen. En este contexto, se ha analizado el efecto del abordaje multidisciplinar en la CVRS utilizando distintas herramientas validadas, entre ellas el EQ-5D-5L (en sus componentes EQ VAS y EQ *Index*), ADL, iADL y/o ICIDH.

En el estudio de Macías-García (20), se observó una mejora significativa en el componente físico del SF-36 (SF-36 PCS) a los cinco meses en el GI, en comparación con el GC (GI: 3,21 (IC del 95 %: 0,3 a 6,1) vs. GC: -0,55 (IC del 95 %: -3,4 a 2,3) $p < 0,001$). Este hallazgo sugiere un beneficio clínicamente relevante del abordaje multidisciplinar sobre la dimensión física de la calidad de vida. No obstante, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el GI y el GC en los componentes mentales del SF-36 MCS, ni en las medidas globales de calidad de vida del EQ *Index* o EQ VAS. Esto indica que, aunque la intervención puede mejorar la funcionalidad física percibida, su impacto en el bienestar emocional y en la percepción general del estado de salud podría ser más limitado o requerir un periodo de intervención más prolongado para manifestarse.

El estudio de Jordbru (24) también muestra una mejoría sustancial en el componente físico del SF-12 tras la intervención (GI: $37,2 \pm 10,8$ Media (DE) vs. GC: $27,3 \pm 8,1$ Media (DE), $p < 0,001$), aunque este efecto no se mantiene en el seguimiento a los 12 meses. Por su parte, el componente mental del SF-12 mostró una mejora inicial favorable al GI, pero sin diferencias relevantes en el seguimiento posterior.

En el estudio de Hubschmid (22) con evaluación a 12 meses, las diferencias entre grupos en los puntos de corte del SF-36 no alcanzaron significación estadística. Sin embargo, los análisis mediante modelos lineales mixtos (MLM) indicaron una interacción significativa entre grupo y tiempo para algunas variables psicológicas ($p < 0,02$ y $p < 0,05$) aunque no directamente sobre la calidad de vida.

Otros estudios incluidos como el de Vizcarra (21) y el de Moene (25), no informaron de mejoras significativas en las medidas de calidad de vida.

Por lo que la evidencia disponible sugiere que a corto plazo el abordaje multidisciplinar puede producir una mejora clínicamente significativa sobre la dimensión física en la calidad de vida de pacientes con TMF, particularmente cuando se evalúa con el SF-36 PCS (20) y el SF-12 (24). Sin embargo, los efectos sobre la calidad de vida global y el componente mental son menos consistentes, y los efectos a largo plazo no están claramente establecidos.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en la función motora?

La función motora es un desenlace clínico central en el TMF, ya que la alteración del control motor voluntario es una manifestación de la patología. La evaluación de esta variable se ha abordado en los estudios incluidos mediante escalas específicas como la sFMDRS, la FMS, la FIM, la Rankin y la PMDRS.

En el estudio de Macías-García (20) se muestra una mejora significativa en la función motora en pacientes con TMF a corto y medio plazo usando una escala específica, la sFMDRS, la cual mostró una mejoría significativa del GI a los 3 meses ((GI: -7,11 (IC del 95 %: -9,6 a -4,6) vs. GC: 0,26 (IC del 95 %: -1,3 a 1,9)) con una diferencia significativa ($p < 0,001$). A los 5 meses, esta mejoría se mantuvo en el GI, mientras que el GC mostró empeoramiento ((GI: -7,42 (IC del 95 %: -10,4 a -4,4)) con una diferencia significativa ($p < 0,001$).

En el estudio de Vizcarra (21) no se demostró un beneficio diferencial del abordaje multidisciplinar respecto al tratamiento estándar en términos de función motora. La escala PMDRS no obtuvo diferencias significativas entre el GI y el GC.

Al igual que el estudio de Hubschmid (22) que tampoco obtuvo diferencias significativas entre ambos grupos utilizando la escala Rankin. También observamos diferencias no significativas en el estudio de Moene (25).

En cambio, el estudio de Jordbru (24) mostró una mejoría en la escala FMS en el GI tras la intervención (GI: $16,5 \pm 4,6$ Media (DE) vs. GC: $9,8 \pm 4,9$ Media (DE)), con una diferencia significativa ($p < 0,001$). A los 12 meses, sin embargo, el GC superó ligeramente al GI (GI: $16,2 \pm 4,5$ Media (DE) vs. GC: $17,9 \pm 0,4$ Media (DE)), lo cual sugiere una pérdida parcial de efecto inicial. Con la escala FIM *motor* se observa una mejoría en el GI tras la intervención (GI: $90,1 \pm 2,2$ Media (DE) vs. GC: $80,9 \pm 12,1$ Media (DE)), con una diferencia significativa ($p < 0,001$). A los 12 meses ambos grupos alcanzaron el mismo valor (GI: $90,7 \pm 0,7$ Media (DE) vs. GC: $90,7 \pm 0,7$ Media (DE)), indicando una posible igualación del efecto a largo plazo. Estos hallazgos sugieren un efecto beneficioso inmediato del abordaje multidisciplinar, aunque este tiende a igualarse con el grupo control a largo plazo.

Los resultados disponibles indican que el abordaje multidisciplinar mejora significativamente la función motora en pacientes con TMF, particularmente a corto y medio plazo, como lo demuestra el estudio de Macías-García (20) mediante la escala sFMDRS. Esta evidencia es reforzada por los hallazgos de Jordbru (24) que muestran beneficios iniciales en la movilidad y autonomía.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en el estado psicológico?

El estado psicológico es un componente relevante en el abordaje integral de los pacientes con TMF, dado que comorbilidades como ansiedad, depresión o síntomas somatoformes son frecuentes y afectan el pronóstico y la calidad de vida (5). La evidencia disponible ha empleado diversas escalas validadas para su evaluación, entre ellas: SF-36 MCS, HAM-D, HAM-A, SDQ-20, BDI, MADRS, SCL-90, FIM *cognitive*, SCL-90.

En el estudio de Macías-García (20) no se evidencian efectos diferenciales del abordaje multidisciplinar sobre el estado psicológico general medido por el componente mental del SF-36.

Aunque en el estudio de Vizcarra (21) se observan mejoras dentro de los grupos, no hay diferencias significativas. Con la escala HAM-D (depresión) se muestra unos resultados de mejora ((GI: -6,8 (IC del 95 %: -18,2 a 4,5) vs. GC: -9,5 (IC del 95 %: -23,5 a 4,5)) pero sin diferencia significativa ($p = 0,69$), al igual que con la escala HAM-A (ansiedad) ((GI: -6,3 (IC del 95 %: -12,6 a -0,1) vs. GC: -5,5 (IC del 95 %: -24,8 a 13,8), $p = 0,91$)).

El estudio de Hubschmid (22) no mostró diferencias significativas en ninguna de las escalas utilizadas, aunque en las escalas BDI, SF-36 MCS y en la SDQ-20, el análisis de interacción grupo-tiempo mediante modelos lineales mixtos (MLM) mostró una interacción significativa, lo que sugiere una mejora progresiva del estado psicológico en el GI, especialmente en sintomatología depresiva y somatoforme.

Tanto en el estudio de Jordbru (24) como el de Moene (25) no se hallaron significaciones estadísticas en las escalas utilizadas, FIM cognitiva y SCL-90 respectivamente, por lo que no se evidencia un efecto diferencial del abordaje sobre el estado psicológico del paciente.

La evidencia actual muestra que el abordaje multidisciplinar tiene un impacto limitado en la mejora del estado psicológico en pacientes con trastorno del movimiento funcional cuando se analizan medidas puntuales como síntomas de ansiedad, depresión o funcionamiento psicológico general. Sin embargo, algunos estudios longitudinales sugieren un posible efecto beneficioso progresivo, particularmente en la reducción de síntomas depresivos y somatoformes, como indican los análisis de interacción grupo-tiempo en el estudio de Hubschmid (22).

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en la evaluación clínica global?

La evaluación clínica global, como medida integradora del estado general del paciente, se ha analizado en menor medida que otros desenlaces. Permite valorar la evolución general del paciente más allá de medidas específicas, integrando componentes sintomáticos, funcionales y psicológicos.

Para este propósito, se utilizan herramientas como la CGI ≥ 4 y la CGI-S, que permiten detectar cambios significativos en la gravedad o mejoría general del cuadro clínico.

En el estudio de Macías-García (20) utilizaron la escala CGI-S. A los 3 meses el GI mostró resultados de mejora ((GI: -1,32 (IC del 95 %: -1,8 a -0,8) vs. GC: 0,21 (IC del 95 %: -0,1 a 0,5)) con diferencia significativa ($p < 0,001$). A los 5 meses el GI continuó mejorando ((GI: -1,53 (IC del 95 %: -2,0 a -1,1) vs. GC: 0,32 (IC del 95 %: -0,1 a 0,7)), con una diferencia también significativa ($p < 0,001$). Estos resultados proporcionan una evidencia de la eficacia del abordaje multidisciplinar en la evaluación clínica global, con una reducción significativa de la gravedad del TMF en el GI en comparación con el GC.

Por otro lado, el estudio de Hubschmid (22) utilizó la escala CGI ≥ 4 . No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación a los 2, 6 y 12 meses. El análisis de interacción grupo-tiempo mediante MLM mostró una diferencia significativa ($p = 0,02$), lo que sugiere un posible efecto favorable progresivo del abordaje multidisciplinar.

Aunque los estudios de Jordbru (24), Moene (25) y Vizcarra (21) no contemplan la evaluación de la clínica global en pacientes con TMF, el estudio de Macías-García (20) ha evidenciado la eficacia clínica global del abordaje multidisciplinar, y en el caso del estudio de Hubschmid (22) apoya con los modelos longitudinales este posible efecto favorable progresivo de este abordaje en la evaluación clínica global.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en el impacto social?

El desenlace de impacto social incluye la carga para cuidadores, la participación en actividades sociales y el nivel de dependencia funcional entre otros, y es importante en los pacientes con TMF debido a su naturaleza discapacitante, fluctuante y con elevada carga psicosocial (4). La herramienta empleada en los estudios revisados incluye la *Zarit Caregiver Burden Interview*.

Pese a no alcanzar significación estadística, los resultados del estudio de Macías-García (20) sugieren una posible reducción de la carga del cuidador atribuible al abordaje multidisciplinar ((GI: -2,88 (IC del 95 %: -9,8 a 4,0) vs. GC: 4 (IC del 95 %: -2,7 a 10,7)), las diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,94$).

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en el impacto económico?

Ninguno de los estudios incluidos abordó el impacto económico ni la eficiencia de la intervención, lo que limita una evaluación completa del enfoque multidisciplinar.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en el aspecto organizativo para su implementación?

Aunque la integración de un modelo multidisciplinar es un aspecto relevante en la evaluación realizada, al requerir la coordinación efectiva entre múltiples servicios hospitalarios, ninguno de los estudios incluidos abordó los mecanismos de integración entre disciplinas ni sus efectos sobre la continuidad asistencial. Esta ausencia limita la comprensión de grado de articulación logrado y de su posible contribución a la mejora de los procesos clínicos y organizativos.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en la satisfacción del paciente y/o profesional?

Ninguno de los estudios incluidos abordó la satisfacción del paciente o del profesional, lo que limita una evaluación completa del enfoque multidisciplinar.

¿Cuál es el efecto del abordaje multidisciplinar de pacientes con trastorno del movimiento funcional en los aspectos éticos y legales?

Ninguno de los estudios incluidos abordó directamente los aspectos éticos y legales, lo que limita una evaluación completa del enfoque multidisciplinar.

4.4 Perspectiva del paciente con TMF en el abordaje multidisciplinar

Debido a la ausencia de evidencia identificada en la revisión realizada, se desarrolló una estrategia específica adicional orientada a explorar las perspectivas, expectativas y necesidades de los pacientes diagnosticados con TMF en relación al abordaje multidisciplinar de su patología.

Esta estrategia complementaria, centrada en estudios cualitativos relacionados con la experiencia del paciente, se detalla en el Anexo 2.

Se utilizó la misma estrategia PICOD descrita en la Tabla 1; no obstante, en esta búsqueda los resultados estuvieron orientados a explorar la perspectiva, experiencia, preferencias, necesidades y valores de los pacientes.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en mayo de 2025, con estrategias de búsqueda previamente diseñadas y adaptadas a las características específicas de cada una de las bases de datos consultadas, tanto en generales como de revisiones sistemáticas, según lo establecido en la metodología de estudio. Se recuperaron un total de 222 referencias tras la eliminación de duplicados.

Posteriormente, se realizó un proceso de cribado de los 222 documentos por título y resumen, que condujo a la exclusión de 213 referencias. Las 6 referencias restantes fueron seleccionadas para su lectura a texto completo, detallado en la Figura 4 siguiendo el modelo del diagrama de flujo de PRISMA.

Fueron excluidas todas las referencias tras dicha evaluación por no cumplir los criterios de elegibilidad. Los motivos específicos fueron:

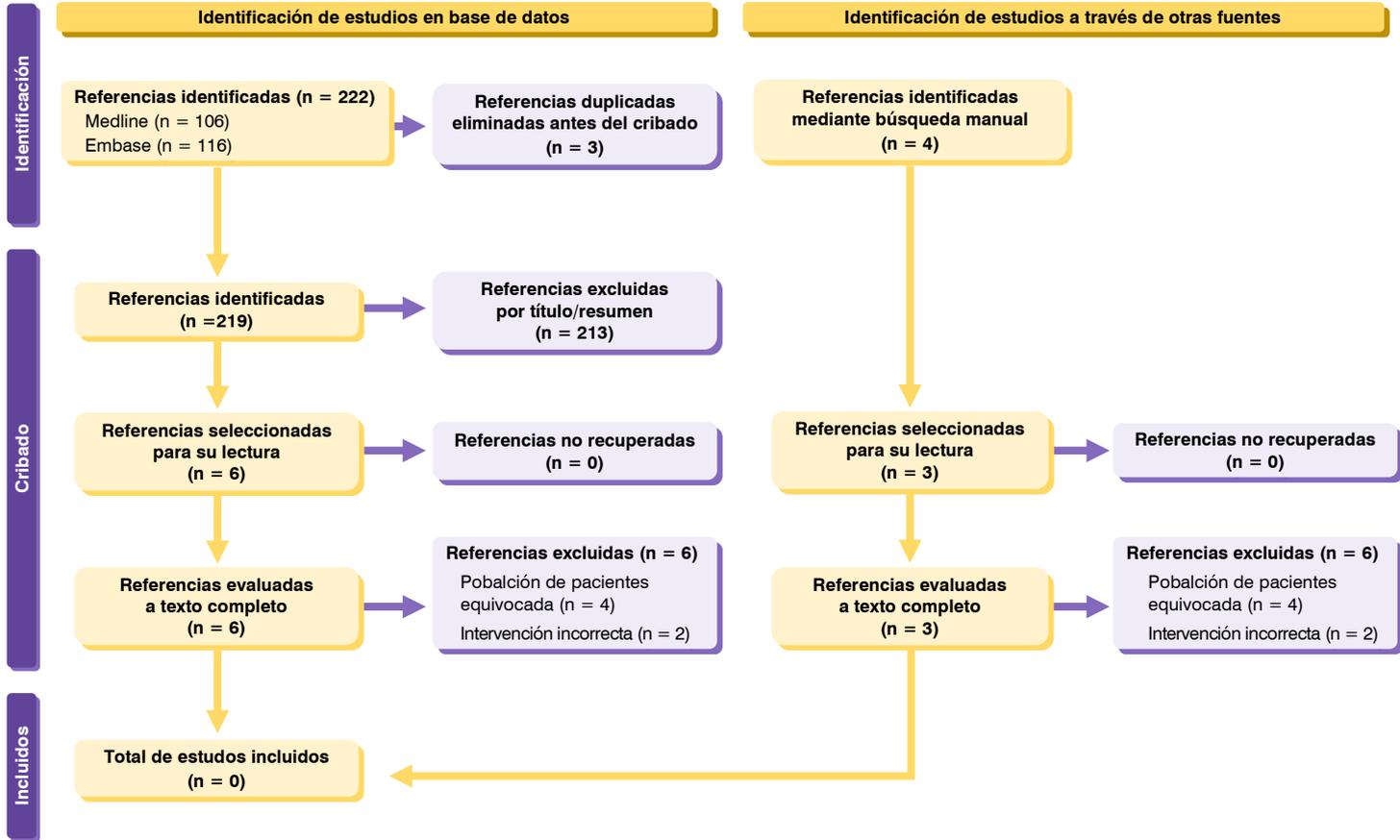
- Población fuera de los criterios definidos (n = 4).
- Intervención incorrecta (n = 2).

Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual que identificó tres referencias potencialmente relevantes. Tras su revisión a texto completo, ninguna de ellas fue incluida en el informe al no cumplir con los criterios de selección predefinidos.

La Figura 4 muestra el flujo detallado del proceso de selección.

Aunque se identificaron varios estudios en el marco de la búsqueda orientada al análisis cualitativo, todos fueron excluidos de la síntesis final al no ajustarse a los criterios de inclusión establecidos, especialmente en relación con la adecuación de la población de TMF y la intervención multidisciplinar.

Figura 4. Diagrama de selección de estudios de la perspectiva del paciente



5. Estudios en marcha

A continuación, en la Tabla 7, se describen las principales características de los estudios en marcha identificados que abordan el tratamiento multidisciplinar en pacientes con trastornos del movimiento funcional (TMF).

Estudio	Características
<p><i>Implementing a digital telerehabilitation protocol and non-motor outcomes, and quality of life in patients with functional motor disorders: a feasibility 2-arm parallel randomized controlled clinical trial (26)</i> NCT06274281</p>	<p>Diseño: ECA Objetivo: implementar y evaluar la viabilidad de los pasos que deben llevarse a cabo como parte del estudio confirmatorio principal, cuyo propósito es comparar los efectos de un programa digital de telerehabilitación que incluye medidas objetivas basadas en tecnología sobre la gravedad y duración de los síntomas motores en pacientes con TMF Intervención: programa de rehabilitación de 5 días que incluye ejercicios personalizados para restaurar patrones de movimiento, supervisados por fisioterapeutas haciendo uso de telemedicina. Se emplean sensores portátiles para monitorizar la actividad motora diaria y durante las sesiones Población estimada: no especificada Seguimiento: 12 semanas Fecha de finalización: no especificada Estado: reclutamiento no iniciado</p>
<p><i>Effect of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on functional psychogenic movement disorders followed by a feasibility study of hypnotherapy treatment as adjuvant therapy (27)</i> NCT02471066</p>	<p>Diseño: ECA Objetivo: comparar el efecto de 5 sesiones diarias consecutivas de rTMS en pacientes con TMF frente a estudiar el efecto de 3 sesiones semanales de hipnosis combinadas con rTMS en pacientes con TMF Intervención: 5 sesiones diarias consecutivas de rTMS 1 Hz, 95 % del umbral motor en reposo y 3 sesiones semanales de rTMS 1 Hz, 95 % del umbral motor en reposo combinadas con una sesión de hipnosis ericksoniana Población estimada: 24 pacientes con TMF diagnosticado al menos 2 meses Seguimiento: 12 meses Fecha de finalización: 29/07/2020 Estado: completado</p>
<p><i>Efficacy study of the multidisciplinary therapeutic approach to the quality of life of patients with functional movement disorders and their caregivers (28)</i> NCT05634486</p>	<p>Diseño: ECA Objetivo: evaluar el cambio de la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores tras la intervención. Intervención: 12 sesiones de fisioterapia y 4 sesiones de TCC durante un mes. Población estimada: 40 pacientes con TMF diagnosticado ≥ 18 años Seguimiento: 5 meses Fecha de finalización: 22/02/2024 Estado*: Completado</p>
<p>Abreviaturas: ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; TMF: Trastorno del Movimiento Funcional; rTMS: Estimulación Magnética Transcranial Repetitiva (<i>Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation</i>); TCC: Terapia Cognitiva Conductual</p>	
<p>*Este ensayo clínico da lugar al estudio de Macías-García (20) que se ha incluido en la revisión</p>	
<p>Fuente: elaboración propia</p>	

6. Discusión

El propósito de esta revisión fue evaluar la eficacia clínica y la seguridad del abordaje multidisciplinar en términos de salud y calidad de vida de los pacientes diagnosticados de TMF. Esta patología, de presentación compleja y multifactorial, plantea retos clínicos significativos, no solo en términos diagnósticos y terapéuticos, sino también en lo referente a la nomenclatura empleada en la literatura científica y en los sistemas de clasificación diagnóstica.

Históricamente, este trastorno ha sido denominado “trastorno de conversión”, una terminología originada en la teoría psicoanalítica clásica, la cual postulaba que los conflictos psíquicos inconscientes se “convertían” en síntomas físicos (23). Esta conceptualización, aunque ya obsoleta en muchos contextos clínicos, sigue presente en parte de la literatura psiquiátrica, contribuyendo a una falta de consenso terminológico que puede generar confusión tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Actualmente, el término “trastorno del movimiento funcional” se considera una subcategoría dentro del más amplio diagnóstico de “trastorno neurológico funcional” (5). El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) (23), recoge esta condición como “trastorno de conversión (trastorno neurológico funcional), con movimientos anormales”. De manera paralela, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) (29) mantiene la denominación de “trastorno de conversión con síntomas motores o déficit”.

Esta diversidad terminológica refleja la evolución conceptual del trastorno, no obstante, puede suponer un obstáculo en la identificación precisa de la población diana y en la comparación homogénea de resultados entre estudios, afectando directamente la calidad y aplicabilidad de la evidencia disponible.

En este contexto, resulta especialmente relevante clarificar el marco diagnóstico y terminológico empleado en la estrategia de búsqueda y por lo tanto en los estudios incluidos.

Con respecto a la metodología seguida para desarrollar la revisión, se diseñó una estrategia de búsqueda adaptada a las distintas bases de datos (generales, especializadas y ensayos clínicos en marcha), se utilizaron diferentes descriptores y combinaciones de términos libres teniendo en cuenta la evolución de la terminología, antes nombrada, lo que ha permitido incluir estudios con diferentes denominaciones, pero clínicamente comparables. Se limitó la inclusión según el idioma de publicación al español, inglés y francés y se eliminaron artículos de opinión, editoriales, cartas y comunicaciones a congresos, ya que es una tipología de estudio contemplada en los criterios de exclusión. Con el objetivo de verificar la sensibilidad de la estrategia de búsqueda empleada se realizó una búsqueda

manual a través de las referencias de los estudios localizados. Se hallaron tres estudios adicionales que fueron incluidos (21,24,25).

Ante la falta de evidencia identificada en la revisión inicial, se diseñó una estrategia adicional específica con el objetivo de indagar en las perspectivas expectativas y necesidades de los pacientes diagnosticados con TMF respecto al abordaje multidisciplinar de su enfermedad. Sin embargo, ninguno de los estudios encontrados fue incluido, ya que no cumplían con los criterios previamente establecidos.

6.1 Resumen de los principales resultados

Los resultados de esta revisión indican que el abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF puede generar beneficios clínicamente relevantes, especialmente en calidad de vida y función motora. En cuanto a la calidad de vida, la evidencia identificada sugiere una mejora significativa en su componente físico a corto plazo. Sin embargo, los efectos sobre la calidad de vida global y mental son menos consistentes, y actualmente no existen datos concluyentes sobre la continuidad de estos beneficios a largo plazo. Esta variabilidad podría explicarse por diferencias en las características de las intervenciones, la duración del seguimiento o la heterogeneidad de las herramientas de medición empleadas. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos respaldan el valor del abordaje integral, destacando la necesidad de estudios adicionales con mayor potencia estadística y un seguimiento longitudinal que permita evaluar de forma sistemática la calidad de vida en todas sus dimensiones.

Respecto a la función motora, los estudios analizados muestran resultados diferentes. Investigaciones como las de Vizcarra (21) y Moene (25) no identificaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos comparados. No obstante, el conjunto de la evidencia disponible respalda un efecto positivo del abordaje multidisciplinar sobre la función motora, particularmente en fases iniciales del trastorno. Un ejemplo del mismo es el estudio de Jacob (30), excluido de esta revisión por tratarse de un análisis retrospectivo de historias clínicas, que mostró mejoras claras en la función motora y ciertos aspectos de la calidad de vida durante los seis meses posteriores al tratamiento, si bien no todos los indicadores del estado de salud general alcanzaron significación estadística. También nos encontramos ejemplos en la literatura de tratamiento unimodal que refuerza la mejora en la función motora, en la calidad de vida y en el estado de salud general, como aparece en la revisión sistemática de Molero-Mateo (8). Aunque este estudio abarca solo el tratamiento de fisioterapia en pacientes con TMF, afirma que la fisioterapia en combinación con otras terapias dentro de un enfoque multidisciplinar puede generar cambios positivos en los síntomas motores, la actividad, la percepción de salud y la calidad de vida de los pacientes.

En relación con el estado psicológico, los hallazgos son más limitados y heterogéneos. La ausencia de significación estadística en muchas de las medidas puede estar relacionada con el tamaño muestral, la variabilidad en las herramientas de evaluación o la posible necesidad de intervenciones más específicas dirigidas al componente psicológico. A pesar de ello, la evidencia disponible sugiere un posible efecto positivo del enfoque multidisciplinar sobre el estado emocional de los pacientes. La revisión de Beal (31), que incluyó 33 estudios centrados exclusivamente en terapias psicológicas para TMF, concluye que no existe un tratamiento único y definitivamente eficaz, aunque destaca una tendencia creciente hacia enfoques multidisciplinarios, los cuales muestran resultados prometedores. Asimismo, el estudio de Demartini (10), que evaluó un programa hospitalario multidisciplinario en pacientes con TNF (no exclusivamente TMF), mostró mejoras significativas en la función motora y en variables psicológicas como la ansiedad y el estado de ánimo, así como una percepción general positiva del estado de salud, que mantuvieron durante un año de seguimiento.

En lo que respecta al impacto social, la evidencia es muy escasa. Solo el estudio de Macías-García (20) incluyó una medida específica sobre la carga del cuidador, mediante la escala Zarit, sin alcanzar significación estadística. Ninguno de los estudios incluyó medidas adicionales sobre participación social, retorno al trabajo o autonomía funcional desde una perspectiva social. La incorporación sistemática de herramientas específicas validadas en esta dimensión, como la *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), podría proporcionar una evaluación más completa del impacto psicosocial de la intervención.

Por último, cabe destacar que ninguno de los estudios incluidos en esta revisión informó de datos específicos sobre satisfacción del paciente y/o profesional ni sobre el impacto económico del abordaje multidisciplinar, ni sobre el aspecto organizativo, lo que representa una limitación importante para la evaluación de esta intervención.

Hay estudios en marcha identificados en esta revisión que están explorando nuevas líneas terapéuticas como la estimulación magnética transcranial repetitiva (rTMS) y la hipnoterapia como posibles adyuvantes en el abordaje multidisciplinar. Estas intervenciones emergentes, aunque todavía en fase preliminar, podrían abrir vías complementarias para mejorar síntomas motores y psicológicos en pacientes con TMF, especialmente en aquellos con respuesta parcial a terapias convencionales.

En referente a los estudios identificados de la perspectiva de los pacientes con TMF, no se han hallado resultados en la intervención multidisciplinar. Sí se han localizados estudios donde se exploran las experiencias y perspectivas de los pacientes con TMF, como en el estudio de Nielsen (32) donde utilizan métodos cualitativos y concluyen que los pacientes con TMF experimentan una elevada carga física y emocional,

junto con una sensación de incomprensión y abandono por parte del sistema sanitario. La limitada comprensión de TMF y la falta de un enfoque asistencial adecuado dificulta la atención más centrada en este tipo de pacientes (32).

Asimismo, se han identificado estudios que exploran las experiencias, perspectivas y necesidades de pacientes con TNF, sin embargo, no realizan un análisis específico del subgrupo de pacientes con TMF, como ocurre en el estudio de Szasz (33) donde exploraron mediante una revisión sistemática cualitativa la experiencia de adultos diagnosticados con TNF, integrando evidencia cualitativa existente sobre sus vivencias, comprensión de la enfermedad, relaciones y contextos emocionales asociados al trastorno. El estudio subraya la importancia de los factores relacionales y contextuales en la comprensión y abordaje clínico del TNF. Se destaca la necesidad de integrar estos elementos en modelos biopsicosociales, terapias centradas en el paciente y protocolos terapéuticos consensuadas entre el paciente y el equipo clínico (33). Otro estudio es el de Bailey (34), donde examinan y sintetizan de forma sistemática la evidencia cualitativa sobre las percepciones de la enfermedad, la calidad de vida, el estado de ánimo, la ansiedad, las comorbilidades, la adherencia al tratamiento y el estigma en pacientes con TNF, con un abordaje de una sesión educativa grupal multidisciplinar en formato en línea organizada por un centro regional de neurociencias. Concluyen en este estudio (34) que los pacientes con TNF presentan percepciones complejas, y a menudo, ambiguas sobre su enfermedad, lo que contribuye a sentimientos de incertidumbre, frustración e incomprensión. Las experiencias negativas con el sistema sanitario, junto con explicaciones poco claras del diagnóstico, refuerzan el estigma percibido y dificultan la adherencia terapéutica. La revisión destaca la necesidad de intervenciones clínicas que promuevan una comunicación más clara, validación de paciente y un enfoque terapéutico centrado en sus valores, creencias y necesidades individuales (34). Por último, el estudio de Rezai (35) tuvo como objetivo explorar las experiencias vividas por personas diagnosticadas con TNF en Australia, centrándose en los desafíos cotidianos, las interacciones con el sistema sanitario y las barreras en el acceso a los servicios. Identificaron cinco temas centrales: alteraciones significativas en la vida diaria debido a la imprevisibilidad de los síntomas, trayectorias diagnósticas prolongadas y marcadas por estigmatización clínica, dificultades de acceso a servicios especialmente en áreas rurales, impacto del estigma social en las relaciones interpersonales y consecuencias económicas derivadas de la inestabilidad laboral y altos costes médicos. Los hallazgos evidencian la necesidad urgente de reformas estructurales que incluyan una mayor formación en TNF para profesionales sanitarios, modelos de atención integrados y estrategias para reducir el estigma, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta condición (35).

6.2 Limitaciones y fortalezas del informe

La presente revisión sistemática realizada sugiere que el abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF puede tener un impacto clínicamente relevante en determinados dominios de resultados en salud, particularmente en la calidad de vida y función motora. No obstante, la interpretación y aplicabilidad de estos hallazgos deben contextualizarse a ciertas limitaciones metodológicas que afectan a la solidez de la evidencia disponible y condicionan su transferencia a la práctica clínica.

Este informe está limitado por la heterogeneidad en los protocolos de tratamiento multidisciplinar empleados en los estudios incluidos. Las diferencias en el número de sesiones, la duración del tratamiento, la combinación de terapias utilizadas y la ausencia de protocolos estandarizados dificultan tanto la comparación entre estudios como la extrapolación de los resultados. Asimismo, la heterogeneidad en las escalas empleadas para medir resultados como calidad de vida, función motora o estado psicológico dificultó la posibilidad de síntesis cuantitativa mediante metaanálisis, lo cual limita la estimación precisa del efecto. Esta variabilidad, unida a la escasa descripción detallada de las intervenciones en varios estudios, limita la posibilidad de reproducir los programas de tratamiento y obstaculiza la formulación de recomendaciones clínicas concretas basadas en la evidencia.

Además, el número de ensayos clínicos controlados con una metodología con rigor identificados en esta revisión es limitado ($n = 5$), lo que restringe la base de evidencia y refuerza la necesidad de investigaciones futuras que empleen diseños robustos, con mayor tamaño muestral, intervenciones claramente protocolizadas y seguimiento longitudinal. Tampoco se han identificado análisis de subgrupos basados en edad, sexo o comorbilidades, lo que podría ser relevante para individualizar la indicación del abordaje multidisciplinar en función de las características del paciente.

Pese a estas limitaciones, los resultados obtenidos pueden considerarse aplicables a contextos clínicos similares al nuestro, dado que la mayoría de los estudios incluidos fueron desarrollados en países europeos, incluido España, con la única excepción del estudio de Vizcarra (21), realizado en Estados Unidos. Esta característica geográfica hace posible que se transfieran los hallazgos a entornos clínicos de características sociodemográficas y asistenciales comparables.

En términos de seguridad, supone una fortaleza que los datos analizados indiquen que el abordaje multidisciplinar parece ser bien tolerado por los pacientes con TMF, dado que se han informado eventos adversos leves, escasos o nulos asociados a las intervenciones (detallado en la Tabla 5). Esta ausencia de eventos indeseados refuerza la viabilidad del enfoque desde una perspectiva de aceptabilidad clínica.

6.3 Lagunas de conocimiento

A pesar de la evidencia disponible, persisten importantes lagunas de conocimiento. En primer lugar, se carece de estudios con seguimientos superiores a 12 meses, lo que limita la comprensión sobre la durabilidad de los efectos terapéuticos a largo plazo. Asimismo, no se han realizado comparaciones sistemáticas entre distintas combinaciones o intensidades de los componentes del abordaje terapéutico. La evidencia disponible es especialmente limitada en subgrupos específicos, como poblaciones de edad avanzada o con comorbilidades psiquiátricas.

Aunque se han intentado incluir estudios cualitativos que exploren la perspectiva de pacientes y cuidadores, esto no ha sido posible debido a la escasez de investigaciones que aborden específicamente a la población con TMF y la intervención de multidisciplinar. Del mismo modo, no se dispone de evaluaciones económicas que analicen la relación coste-efectividad de este tipo de intervención combinada.

No se ha encontrado evidencia disponible para conocer la perspectiva, expectativas, valores o necesidades de los pacientes con TMF con respecto a una intervención multidisciplinar, ya que los estudios que se han evaluado incluían intervención multidisciplinar en pacientes con TNF sin realizar análisis de subgrupos con TMF o en pacientes con TMF sin una intervención multidisciplinar.

6.4 Recomendaciones de investigación futura

Como se ha mostrado anteriormente, no se ha encontrado evidencia disponible sobre la satisfacción del paciente y/o profesional ni sobre el impacto económico ni sobre el aspecto organizativo del abordaje multidisciplinar en pacientes con TMF, por lo que estos vacíos evidencian la necesidad de futuras investigaciones que incorporen desenlaces centrados en el paciente (PROMs y PREMs) y dimensiones económicas que permitan una valoración integral del abordaje multidisciplinar. Asimismo, sería deseable que futuros estudios contemplen análisis de subgrupos por sexo, edad o presencia de comorbilidades, ya que estas variables podrían influir en la respuesta terapéutica y actualmente no están suficientemente exploradas.

Debe considerarse el desarrollo de estudios comparativos que evalúen de forma sistemática diferentes combinaciones e intensidades de los componentes del abordaje terapéutico. Este tipo de investigaciones permitiría identificar qué protocolos son más eficaces y seguros, optimizando así la personalización de las intervenciones y el uso eficiente de los recursos sanitarios.

Se deberían fomentar investigaciones cualitativas centradas en pacientes con TMF que reciban un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de recoger y analizar sus perspectivas, experiencias, valores, comprensión de la enfermedad y necesidades asistenciales. Además, las revisiones sistemáticas orientadas a la perspectiva del paciente con TNF han evidenciado la importancia de incorporar en el análisis aspectos como los traumas, las pérdidas significativas y los procesos de apego.

7. Conclusiones

Esta revisión sistemática evaluó la eficacia y seguridad del abordaje terapéutico multidisciplinar en pacientes con trastornos del movimiento funcional (TMF). El objetivo fue analizar el impacto de este enfoque integral, que combina intervenciones de fisioterapia, apoyo psicológico y la colaboración de otros profesionales de la salud, en la mejora de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes. La evidencia disponible procedente de cinco ECAs, dos de ellos de buena calidad metodológica, sobre la eficacia y seguridad del abordaje multidisciplinar en el tratamiento del TMF, permite establecer las siguientes conclusiones:

- Con respecto a la seguridad, la evidencia disponible indica que el abordaje multidisciplinar no se ha asociado a eventos adversos clínicamente relevantes y ha mostrado un perfil de seguridad aceptable en los estudios incluidos. Los efectos secundarios observados con más frecuencia son relacionados con el estado psicológico.
- En cuanto a la eficacia, los resultados obtenidos permiten concluir que el abordaje terapéutico multidisciplinar muestra un impacto clínicamente favorable en determinados desenlaces:
 - Calidad de vida: se ha observado una mejora significativa en la calidad de vida en el dominio físico a corto plazo, mientras que los efectos sobre la calidad de vida global y mental son menos consistentes. La evidencia sobre los resultados a largo plazo (> 12 meses) es limitada.
 - Función motora: en dos de los estudios incluidos se obtienen un resultado estadísticamente significativo en el efecto positivo del abordaje multidisciplinar sobre la función motora, aunque este beneficio tiende a reducirse a los 12 meses, por lo que se requiere mayor seguimiento para confirmar su mantenimiento a largo plazo.
 - Estado psicológico: aunque los resultados son heterogéneos y en muchos casos no estadísticamente significativos, algunos estudios con seguimiento longitudinal sugieren una evolución favorable en el estado psicológico, aunque los resultados globales siguen siendo heterogéneos y no concluyentes. La evidencia actual no permite establecer una conclusión definitiva, lo que justifica la necesidad de estudios específicos con diseños centrados en este desenlace.

- Estado general de salud: algunos estudios informan de una percepción subjetiva positiva del estado general de salud tras la intervención, especialmente en programas estructurados y con seguimiento prolongado. Sin embargo, no todas las medidas objetivas de estado de salud general reflejan cambios estadísticamente significativos.
- Impacto social: la evidencia en este desenlace es escasa y poco sistematizada. Si bien algunos ítems relacionados están integrados en las escalas de calidad de vida, el impacto social no ha sido evaluado como un desenlace independiente en la mayoría de los estudios incluidos.

En conjunto, aunque el abordaje multidisciplinar parece aportar beneficios relevantes en áreas claves del funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes con TMF, la heterogeneidad metodológica y calidad limitada de algunos estudios restringen la solidez de las conclusiones. La ausencia de eventos indeseados refuerza la viabilidad del enfoque desde una perspectiva de aceptabilidad clínica. No se han identificado análisis de subgrupos basados en edad, sexo o comorbilidades, lo que limita la posibilidad de personalizar las recomendaciones clínicas según el perfil del paciente. No se han encontrado resultados en los estudios incluidos relativos a la satisfacción del paciente y/o profesional, así como al impacto económico del abordaje multidisciplinar, ni en los aspectos organizativos para su implementación. Por tanto, se requieren investigaciones futuras con mayor rigor metodológico, estandarización de intervenciones y evaluación integral de desenlaces para confirmar estos hallazgos y orientar la implementación clínica de este enfoque multidisciplinar.

Referencias

1. Hallett M, Aybek S, Dworetzky BA, McWhirter L, Staab JP, Stone J. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *Lancet Neurol.* 2022;21 (6):537-50. doi: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00422-1](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00422-1)
2. Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, et al. Who is referred to neurology clinics?--the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg.* 2010;112 (9):747-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2010.05.011>
3. Hallett M. Psychogenic movement disorders: a crisis for neurology. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2006;6 (4):269-71. doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-006-0015-x>
4. Gelauff J, Stone J. Prognosis of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:523-41. doi: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-801772-2.00043-6>
5. LaFaver K, Maurer CW, Nicholson TR, Perez DL. Functional Movement Disorder. An Interdisciplinary Case-Based Approach. Boston, MA, USA: Humana Press; 2022. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-86495-8>
6. Espay AJ, Lang AE. Phenotype-specific diagnosis of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2015;15 (6):32. doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-015-0556-y>
7. Espay AJ, Maloney T, Vannest J, Norris MM, Eliassen JC, Neefus E, et al. Impaired emotion processing in functional (psychogenic) tremor: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroimage Clin.* 2018;17:179-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.10.020>
8. Molero-Mateo P, Molina-Rueda F. Physiotherapy for patients with functional movement disorder: a systematic review. *Neurologia (Engl Ed).* 2024;39 (6):505-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2022.01.008>
9. Jacob AE, Smith CA, Jablonski ME, Roach AR, Paper KM, Kaelin DL, et al. Multidisciplinary clinic for functional movement disorders (FMD): 1-year experience from a single centre. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2018;89 (9):1011-2. doi: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316523>
10. Demartini B, Batla A, Petrochilos P, Fisher L, Edwards MJ, Joyce E. Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study. *J Neurol.* 2014;261 (12):2370-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s00415-014-7495-4>

11. Stephen CD, Fung V, Lungu CI, Espay AJ. Assessment of Emergency Department and Inpatient Use and Costs in Adult and Pediatric Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol.* 2021;78 (1):88-101. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.3753>
12. O'Mahony B, Nielsen G, Baxendale S, Edwards MJ, Yogarajah M. Economic Cost of Functional Neurologic Disorders: A Systematic Review. *Neurology.* 2023;101 (2):e202-e14. doi: <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000207388>
13. Finkelstein SA, Diamond C, Carson A, Stone J. Incidence and prevalence of functional neurological disorder: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2025;96 (4):383-95. doi: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2024-334767>
14. Pareés I, Mir P (eds). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del movimiento funcionales [Online]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; Ediciones SEN; 2021 [citado ago 2025]. URL: https://getm.sen.es/pdf/2021/GUIA_TMF_2020_2021.pdf
15. Brown RJ, Reuber M. Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clin Psychol Rev.* 2016;47:55-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.003>
16. Covidence systematic review software [software]. Veritas Health Innovation; [citado ago 2025]. URL: <https://www.covidence.org/>
17. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj.* 2008;336 (7650):924-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
18. Higgins JPT, Savović J, Page M-J, Elbers RG, Sterne JAC. Assessing risk of bias in a randomized trial. En: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6.0* [Online]. Cochrane;2019 [citado ago 2025]. URL: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-08>
19. Toledo Chávarri A, Álvarez Pérez Y, Triñanes Pego Y, Reviriego E, Perestelo Pérez L, Serrano Aguilar P. Algoritmo para la toma de decisiones sobre la participación de pacientes en informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Online]. Madrid: Santa Cruz de Tenerife: Ministerio de Sanidad; Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud;2021 [citado ago 2025]. URL: https://sescs.es/wp-content/uploads/2022/09/SESCS_ACT_PACIENTES_DEF_NIPO.pdf
20. Macías-García D, Méndez-Del Barrio M, Canal-Rivero M, Muñoz-Delgado L, Adarmes-Gómez A, Jesús S, et al. Combined Physiotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Functional Movement Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 2024;81 (9):966-76. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.2393>

21. Vizcarra JA, Lopez-Castellanos JR, Dwivedi AK, Schmerler DA, Ries S, Espay AJ. OnabotulinumtoxinA and cognitive behavioral therapy in functional dystonia: A pilot randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord.* 2019;63:174-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.02.009>
22. Hubschmid M, Aybek S, Maccaferri GE, Chocron O, Gholamrezaee MM, Rossetti AO, et al. Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37 (5):448-55. URL: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.007>
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.* Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
24. Jordbru AA, Smedstad LM, Klungsøyr O, Martinsen EW. Psychogenic gait disorder: a randomized controlled trial of physical rehabilitation with one-year follow-up. *J Rehabil Med.* 2014;46 (2):181-7. doi: <https://doi.org/10.2340/16501977-1255>
25. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychother Psychosom.* 2002;71 (2):66-76. doi: <https://doi.org/10.1159/000049352>
26. ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Identificador NCT06274281, Implementing a Digital Telerehabilitation Protocol and Non-motor Outcomes, and Quality of Life in Patients With Functional Motor Disorders: a Feasibility 2-arm Parallel Randomized Controlled Clinical Trial; 2024 [citado ago 2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT06274281>
27. ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Identificador NCT02471066, rTMS Effect in Functional Psychogenic Movement Disorders Applied Alone Then Combined With Hypnotherapy (MOVHYSTIM); 2015 [citado ago 2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02471066>
28. ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Identificador NCT05634486, Efficacy Study of the Multidisciplinary Therapeutic Approach to the Quality of Life of Patients With Functional Movement Disorders and Their Caregivers; 2022 [citado ago 2025]. URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05634486>
29. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* [Online]. Ginebra: WHO;1992[citado ago 2025]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

30. Jacob AE, Kaelin DL, Roach AR, Ziegler CH, LaFaver K. Motor Retraining (MoRe) for Functional Movement Disorders: Outcomes From a 1-Week Multidisciplinary Rehabilitation Program. *PM R*. 2018;10 (11):1164-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.05.011>
31. Beal EM, Coates P, Pelsler C. Psychological interventions for treating functional motor symptoms: A systematic scoping review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2022;94:102146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102146>
32. Nielsen G, Buszewicz M, Edwards MJ, Stevenson F. A qualitative study of the experiences and perceptions of patients with functional motor disorder. *Disabil Rehabil*. 2020;42 (14):2043-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1543462>
33. Szasz A, Korner A, McLean L. Qualitative systematic review on the lived experience of functional neurological disorder. *BMJ Neurol Open*. 2025;7 (1):e000694. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjno-2024-000694>
34. Bailey C, Agrawal N, Cope S, Proctor B, Mildon B, Butler M, et al. Illness perceptions, experiences of stigma and engagement in functional neurological disorder (FND): exploring the role of multidisciplinary group education sessions. *BMJ Neurol Open*. 2024;6 (1):e000633. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjno-2024-000633>
35. Rezaei O, Stanley M. Understanding the lived experiences of individuals with functional neurological disorders (FND) in Australia. *Disabil Rehabil*. 2025:1-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2481986>

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Medline

Database: Ovid MEDLINE® ALL <1946 a 6 de noviembre de 2024>.

Fecha de búsqueda: 6 de noviembre de 2024.

Estrategia de búsqueda:

1. exp "Conversion Disorder"/
2. ((psychogenic or functional) adj3 (motor* or movement* or neurological) adj3 (disorder* or symptom*)).ti,ab,kf.
3. (((disorder? or reaction or Hysteria or Neuros#s) adj3 Conversion) or Astasia?Abasia).tw.
4. Hysteria/
5. ((Hysterical adj1 Neuros?s) or Hysteria).tw.
6. Movement Disorders/
7. ("dyskinesia syndrome?" or "etat marbre" or "status marmoratus").tw.
8. Nervous System Diseases/px [Psychology]
9. Psychophysiologic Disorders/
10. ((psychophysiological or psychosomatic) adj3 disorder?).tw.
11. ((disorder? or hysteria? or reaction?) adj3 dissociative).tw.
12. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13. exp Interprofessional Relations/ or Interdisciplinary Communication/ or Physician-Nurse Relations/
14. (((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) adj3 relation*) or (Etiquette adj1 Medical)).tw,ab,kw.
15. (multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*).ti,ab,kw.

16. ((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) adj3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)).ti,ab,kw.
17. exp Patient Care Team/
18. (('Health Care' or Healthcare or health or care) adj3 Team?).tw.
19. patient care management/ or exp Patient Care Planning/ or exp "delivery of health care, integrated"/
20. ((patient or nursing or goal?) adj3 care).tw.
21. ((system? or 'health care') adj3 integrated).tw.
22. Cooperative Behavior/ or Comprehensive Health Care/
23. (((Cooperative or Compliant) adj3 Behaviors) or (Comprehensive adj3 Care)).tw. (15632)
24. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23
25. 12 and 24
26. (letter or "case report*" or "historical article*" or (comment or editorial or in vitro or news)).pt. (5054995)
27. 25 not 26
28. meta-analysis.pt.
29. meta-analysis/ or systematic review/ or meta-analysis as topic/ or "meta analysis (topic)"/ or "systematic review (topic)"/ or exp technology assessment, biomedical/
30. ((systematic* adj3 (review* or overview*)) or (methodologic* adj3 (review* or overview*))).ti,ab,kf,kw.
31. ((quantitative adj3 (review* or overview* or synthes*)) or (research adj3 (integrati* or overview*))).ti,ab,kf,kw.
32. ((integrative adj3 (review* or overview*)) or (collaborative adj3 (review* or overview*)) or (pool* adj3 analy*)).ti,ab,kf,kw.
33. (data synthes* or data extraction* or data abstraction*).ti,ab,kf,kw.
34. (handsearch* or hand search*).ti,ab,kf,kw.
35. (mantel haenszel or peto or der simonian or dersimonian or fixed effect* or latin square*).ti,ab,kf,kw.
36. (met analy* or metanaly* or technology assessment* or HTA or HTAs or technology overview* or technology appraisal*).ti,ab,kf,kw.
37. (meta regression* or metaregression*).ti,ab,kf,kw.

38. (meta-analy* or metaanaly* or systematic review* or biomedical technology assessment* or bio-medical technology assessment*).mp,hw.
39. (medline or cochrane or pubmed or medlars or embase or cinahl).ti,ab,hw.
40. (cochrane or (health adj2 technology assessment) or evidence report).jw.
41. (comparative adj3 (efficacy or effectiveness)).ti,ab,kf,kw.
42. (outcomes research or relative effectiveness).ti,ab,kf,kw.
43. ((indirect or indirect treatment or mixed-treatment) adj comparison*).ti,ab,kf,kw.
44. 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43
45. 27 and 44
46. animals/ not (animals/ and humans/)
47. 45 not 46
48. Randomized Controlled Trials as Topic/
49. Randomized controlled trial/
50. Random Allocation/
51. Double Blind Method/
52. Single Blind Method/
53. Clinical trial/
54. Clinical trial, phase i.pt.
55. Clinical trial, phase ii.pt.
56. Clinical trial, phase iii.pt.
57. Clinical trial, phase iv.pt.
58. Controlled clinical trial.pt.
59. Randomized controlled trial.pt.
60. Multicenter study.pt.
61. Multicenter study.pt.
62. Clinical trial.pt.
63. (clinical adj trial\$.)tw.
64. ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.
65. placebos/
66. placebo\$.tw.
67. Randomly allocated.tw.
68. (allocated adj2 random\$).tw.

- 69. 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68
- 70. 27 and 69
- 71. animals/ not (animals/ and humans/)
- 72. 70 not 71
- 73. 47 or 72

EMBASE

Fecha de ejecución de la búsqueda: 26 de noviembre de 2024.

- #1. 'conversion disorder'/exp
- #2. ((psychogenic OR functional) NEAR/3 (motor* OR movement* OR neurological) NEAR/3 (disorder* OR symptom*)):ti,ab,kw
- #3. (((disorder\$ OR reaction OR hysteria OR neuros?s) NEAR/3 conversion):ti,ab) OR astasia\$abasia:ti,ab
- #4. 'hysteria'/de
- #5. ((hysterical NEAR/1 neuros?s):ti,ab) OR hysteria:ti,ab
- #6. 'motor dysfunction'/de
- #7. "dyskinesia syndrome\$":ti,ab OR 'etat marbre':ti,ab OR 'status marmoratus':ti,ab
- #8. 'neurologic disease'/de AND 'psychology'/de
- #9. 'psychosomatic disorder'/de
- #10. ((psychophysiological OR psychosomatic) NEAR/3 disorder\$):ti,ab
- #11. ((disorder\$ OR hysteria\$ OR reaction\$) NEAR/3 dissociative):ti,ab
- #12. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
- #13. 'public relations'/exp OR 'interdisciplinary communication'/de OR 'doctor nurse relation'/de
- #14. (((interprofessional OR 'inter professional' OR interpersonal OR 'inter personal' OR interinstitutional OR 'inter institutional') NEAR/3 relation*):ti,ab,kw) OR ((etiquette NEAR/1 medical):ti,ab,kw)
- #15. multidisciplin*:ti,ab,kw OR 'multi disciplin*':ti,ab,kw OR interdisciplin*:ti,ab,kw OR 'inter disciplin*':ti,ab,kw OR transdisciplin*:ti,ab,kw OR 'trans disciplin*':ti,ab,kw OR multiprofession*:ti,ab,kw OR 'multi profession*':ti,ab,kw OR interprofession*:ti,ab,kw OR 'inter profession*':ti,ab,kw OR transprofession*:ti,ab,kw OR 'trans profession*':ti,ab,kw OR multispecialty:ti,ab,kw OR 'multi specialty':ti,ab,kw OR

- multimodal*:ti,ab,kw OR 'multi modal*':ti,ab,kw OR multifacet*:ti,ab,kw OR 'multi facet*':ti,ab,kw OR multioccupation*:ti,ab,kw OR 'multi occupation*':ti,ab,kw OR interoccupation*:ti,ab,kw OR 'inter occupation*':ti,ab,kw
- #16. ((collaborat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR cooperative OR 'co operative' OR continu* OR shared OR network OR joint OR integrat* OR stepped OR systematic OR augment* OR enhance*) NEAR/3 (approach OR care OR team* OR health* OR work* OR interven* OR service* OR model* OR effort* OR manag*)):ti,ab,kw
- #17. 'patient care team'/exp
- #18. (('health care' OR healthcare OR health OR care) NEAR/3 team\$):ti,ab
- #19. 'patient care'/de OR 'patient care planning'/exp OR 'integrated health care system'/exp
- #20. ((patient OR nursing OR goal\$) NEAR/3 care):ti,ab
- #21. ((system\$ OR 'health care') NEAR/3 integrated):ti,ab
- #22. 'cooperation'/de OR 'health care'/de
- #23. #(((cooperative OR compliant) NEAR/3 behaviors):ti,ab) OR ((comprehensive NEAR/3 care):ti,ab)
- #24. #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
- #25. #12 AND #24
- #26. 'conference abstract'/it OR 'conference paper'/it OR 'short survey'/it OR 'abstract report'/exp
- #27. #25 NOT #26
- #28. 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis topic'/de OR 'meta analysis (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'biomedical technology assessment'/exp
- #29. ((systematic* NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab,kw) OR ((methodologic* NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab,kw)
- #30. ((quantitative NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ti,ab,kw) OR ((research NEAR/3 (integrati* OR overview*)):ti,ab,kw)
- #31. ((integrative NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab,kw) OR ((collaborative NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab,kw) OR ((pool* NEAR/3 analy*):ti,ab,kw)
- #32. (data NEAR/1 (synthes* OR extraction* OR abstraction*)):ti,ab,kw

- #33. handsearch*:ti,ab,kw OR ((hand NEAR/1 search*):ti,ab,kw)
- #34. 'matel haenzel':ti,ab,kw OR peto:ti,ab,kw OR 'der simonian':ti,ab,kw OR 'dersimonian':ti,ab,kw OR ((fixed NEAR/1 effect*):ti,ab,kw) OR ((latin NEAR/1 square*):ti,ab,kw)
- #35. 'meta analy*':ti,ab,kw OR metanaly*:ti,ab,kw OR 'technology assessment*':ti,ab,kw OR hta:ti,ab,kw OR htas:ti,ab,kw OR ((technology NEAR/1 (overview* OR appraisal*)):ti,ab,kw)
- #36. 'meta regression*':ti,ab,kw OR metaregression*:ti,ab,kw
- #37. medline:ti,ab,kw OR cochrane:ti,ab,kw OR pubmed:ti,ab,kw OR medlars:ti,ab,kw OR embase:ti,ab,kw OR cinahl:ti,ab,kw
- #38. cochrane:jt OR ((health NEAR/2 'technology asseessment'):jt) OR 'evidence report':jt
- #39. (comparative NEAR/3 (efficacy OR effectiveness)):ti,ab,kw
- #40. 'outcomes reseach':ti,ab,kw OR 'relative effectiveness':ti,ab,kw
- #41. ((indirect OR 'indirect treatment' OR 'mixed-treatment') NEAR/1 comparison*):ti,ab,kw
- #42. #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41
- #43. #27 AND #42
- #44. #43 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [humans]/lim
- #45. 'clinical trial'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'multicenter study'/de OR 'phase 3 clinical trial'/de OR 'phase 4 clinical trial'/de OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/de OR 'double blind procedure'/de OR 'crossover procedure'/de OR 'placebo'/de OR 'prospective study'/de OR "randomi?ed controlled trial\$":ti,ab OR rct:ti,ab OR ((random\$ NEAR/2 allocat\$):ti,ab) OR "single blind\$":ti,ab OR "double blind\$":ti,ab OR (((treble OR triple) NEAR/1 blind\$):ti,ab) OR placebo\$:ti,ab
- #46. #27 AND #45
- #47. #46 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [humans]/lim
- #48. #44 OR #47

Cochrane Library

Fecha de ejecución de la búsqueda: 26 de noviembre de 2024.

- #1. [mh "Conversion Disorder"]
- #2. ((psychogenic or functional) NEAR/3 (motor* or movement* or neurological) NEAR/3 (disorder* or symptom*)):ti,ab,kw
- #3. (((disorder? or reaction or Hysteria or Neuros#s) NEAR/3 Conversion) or Astasia?Abasia):ti,ab
- #4. [mh Hysteria]
- #5. ((Hysterical NEAR/1 Neuros?s) or Hysteria):ti,ab
- #6. [mh ^"Movement Disorders"]
- #7. ("dyskinesia syndrome?" or "etat marbre" or "status marmoratus"):ti,ab
- #8. [mh ^"Nervous System Diseases"/px]
- #9. [mh "Psychophysiologic Disorders"]
- #10. ((psychophysiological or psychosomatic) NEAR/3 disorder?):ti,ab
- #11. ((disorder? or hysteria? or reaction?) NEAR/3 dissociative):ti,ab
- #12. #12 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11
- #13. [mh "Interprofessional Relations"] or [mh "Interdisciplinary Communication"] or [mh "Physician-Nurse Relations"]
- #14. (((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) NEAR/3 relation*) or (Etiquette NEAR/1 Medical)):ti,ab,kw
- #15. (multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*):ti,ab,kw
- #16. ((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or cooperative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) NEAR/3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)):ti,ab,kw
- #17. [mh "Patient Care Team"]

- #18. (('Health Care' or Healthcare or health or care) NEAR/3 Team?):ti,ab
- #19. [mh ^"patient care management"] or [mh "Patient Care Planning"] or [mh "delivery of health care, integrated"]
- #20. ((patient or nursing or goal?) NEAR/3 care):ti,ab
- #21. ((system? or 'health care') NEAR/3 integrated):ti,ab
- #22. [mh "Cooperative Behavior"] or [mh "Comprehensive Health Care"]
- #23. (((Cooperative or Compliant) NEAR/3 Behaviors) or (Comprehensive NEAR/3 Care)):ti,ab
- #24. #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23
- #25. #12 AND #24

Web of Science

Fecha de ejecución de la búsqueda: 28 de noviembre de 2024.

1. TI="Conversion Disorder" OR AB="Conversion Disorder"
2. TI=((psychogenic or functional) NEAR/3 (motor* or movement* or neurological) NEAR/3 (disorder* or symptom*)) OR AB=((psychogenic or functional) NEAR/3 (motor* or movement* or neurological) NEAR/3 (disorder* or symptom*))
3. TI((((disorder* or reaction or Hysteria or Neuros*) NEAR/3 Conversion) or Astasia-Abasia) OR AB((((disorder* or reaction or Hysteria or Neuros*) NEAR/3 Conversion) or Astasia-Abasia)
4. TI=Hysteria OR AB=Hysteria
5. TI=((Hysterical NEAR/1 Neuros*) or Hysteria) OR AB=((Hysterical NEAR/1 Neuros*) or Hysteria)
6. TI="Movement Disorders" OR AB="Movement Disorders"
7. TI=("dyskinesia syndrome*" or "etat marbre" or "status marmoratus") OR AB=("dyskinesia syndrome*" or "etat marbre" or "status marmoratus")
8. TI=("Nervous System Diseases" AND Psychology) OR AB=("Nervous System Diseases" AND Psychology)
9. TI="Psychophysiological Disorders" OR AB="Psychophysiological Disorders"
10. TI=((psychophysiological or psychosomatic) NEAR/3 disorder*) OR AB=((psychophysiological or psychosomatic) NEAR/3 disorder*)
11. TI=((disorder* or hysteria* or reaction*) NEAR/3 dissociative) OR AB((((disorder* or hysteria* or reaction*) NEAR/3 dissociative)

12. #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1
13. TI=("Interprofessional Relations" or "Interdisciplinary Communication" or "Physician-Nurse Relations") OR AB=("Interprofessional Relations" or "Interdisciplinary Communication" or "Physician-Nurse Relations")
14. TI((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) NEAR/3 relation*) or (Etiquette NEAR/1 Medical)) OR AB((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) NEAR/3 relation*) or (Etiquette NEAR/1 Medical))
15. TI=(multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*) OR AB=(multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)
16. TI(((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) NEAR/3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)) OR AB(((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) NEAR/3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*))
17. TI="Patient Care Team" OR AB="Patient Care Team"
18. TI(("Health Care" or Healthcare or health or care) NEAR/3 Team*) OR AB(("Health Care" or Healthcare or health or care) NEAR/3 Team*) OR AB(("Health Care" or Healthcare or health or care) NEAR/3 Team*) OR AB(("Health Care" or Healthcare or health or care) NEAR/3 Team*)

19. TI=("patient care management" or "Patient Care Planning" or "delivery of health care") OR AB=("patient care management" or "Patient Care Planning" or "delivery of health care")
20. TI=((patient or nursing or goal*) NEAR/3 care) OR AB=((patient or nursing or goal*) NEAR/3 care)
21. TI=((system* or "health care") NEAR/3 integrated) OR AB=((system* or "health care") NEAR/3 integrated)
22. TI=("Cooperative Behavior" or "Comprehensive Health Care") OR AB=("Cooperative Behavior" or "Comprehensive Health Care")
23. TI((((Cooperative or Compliant) NEAR/3 Behaviors) or (Comprehensive NEAR/3 Care)) OR AB((((Cooperative or Compliant) NEAR/3 Behaviors) or (Comprehensive NEAR/3 Care))
24. #23 OR #22 OR #21 OR #20 OR #19 OR #18 OR #17 OR #16 OR #15 OR #14 OR #13
25. #24 AND #12
26. TI=(random* or blind* or allocat* or assign* or trial* or placebo* or crossover* or cross-over*) OR AB=(random* or blind* or allocat* or assign* or trial* or placebo* or crossover* or cross-over*)
27. #26 AND #25
28. TI=(systematic review) OR AB=(systematic review)
29. #25 AND #28
30. #29 OR #27

InaHTA

Fecha de ejecución de la búsqueda: 26 de noviembre de 2024.

1. "Conversion Disorder"[mh]
2. ((psychogenic or functional) AND (motor* or movement* or neurological) AND (disorder* or symptom*)) [Title] OR ((psychogenic or functional) AND (motor* or movement* or neurological) AND (disorder* or symptom*)) [abs]
3. (((disorder* or reaction or Hysteria or Neuros*) AND Conversion) or Astasia* Abasia) [title] OR (((disorder* or reaction or Hysteria or Neuros*) AND Conversion) or Astasia* Abasia) [abs]
4. "Hysteria" [mh]
5. ((Hysterical AND Neuros*) or Hysteria) [title] OR ((Hysterical AND Neuros*) or Hysteria) [abs]
6. "Movement Disorders" [mh]

7. ("dyskinesia syndrome*" or "etat marbre" or "status marmoratus") [title] OR ("dyskinesia syndrome*" or "etat marbre" or "status marmoratus")[abs]
8. "Nervous System Diseases"[mh]
9. "Psychophysiologic Disorders"[mh]
10. ((psychophysiological or psychosomatic) AND disorder*)[title] OR ((psychophysiological or psychosomatic) AND disorder*)[abs]
11. ((disorder* or hysteria* or reaction*) AND dissociative)[title] OR ((disorder* or hysteria* or reaction*) AND dissociative)[abs]
12. #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1
13. "Interprofessional Relations"[mh] OR "Interdisciplinary Communication"[mh] OR "Physician-Nurse Relations"[mh]
14. (((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) AND relation*) or (Etiquette AND Medical))[title] OR (((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) AND relation*) or (Etiquette AND Medical))[abs]
15. (multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)[title] OR (multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)[abs]
16. ((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) AND (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)) [title] OR ((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) AND (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)) [abs]

17. "Patient Care Team"[mh]
18. (('Health Care' or Healthcare or health or care) AND Team*)[title]
OR (('Health Care' or Healthcare or health or care) AND Team*)[abs]
19. "Patient Care Management"[mh] OR "Patient Care Planning"[mh]
OR "Delivery of Health Care, Integrated"[mh]
20. ((patient or nursing or goal*) AND care)[title] OR ((patient or
nursing or goal*) AND care)[abs]
21. ((system* or 'health care') AND integrated)[title] OR ((system*
or 'health care') AND integrated)[abs]
22. "Competitive Behavior"[mh] OR "Comprehensive Health Care"[mh]
23. (((Cooperative or Compliant) AND Behaviors) or (Comprehensive
AND Care))[title] OR (((Cooperative or Compliant) AND Behaviors)
or (Comprehensive AND Care))[abs]
24. #23 OR #22 OR #21 OR #20 OR #19 OR #18 OR #17 OR #16 OR
#15 OR #14 OR #13
25. #24 AND #12

Cinahl

Fecha de ejecución de la búsqueda: 2 de diciembre de 2024.

- S1 (MH "Somatoform Disorders+")
- S2 TI (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or
neurological) N3 (disorder* or symptom*))) OR AB (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or
neurological) N3 (disorder* or symptom*)))
- S3 TI ((((disorder# or reaction or Hysteria or Neuros#s) N3
Conversion) or Astasia#Abasia)) OR AB ((((disorder# or reaction
or Hysteria or Neuros#s) N3 Conversion) or Astasia#Abasia))
- S4 (MH "Hysteria")
- S5 TI (((Hysterical N1 Neuros#s) or Hysteria)) OR AB (((Hysterical
N1 Neuros#s) or Hysteria))
- S6 (MH "Movement Disorders")
- S7 TI (("dyskinesia syndrome#" or "etat marbre" or "status marmoratus")
) OR AB (("dyskinesia syndrome#" or "etat marbre" or "status
marmoratus"))
- S8 (MH "Nervous System Diseases/PF")
- S9 (MH "Psychophysilogic Disorders")

- S10 TI (((psychophysiological or psychosomatic) N3 disorder#)) OR AB (((psychophysiological or psychosomatic) N3 disorder#))
- S11 TI (((disorder# or hysteria# or reaction#) N3 dissociative)) OR AB (((disorder# or hysteria# or reaction#) N3 dissociative))
- S12 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
- S13 (MH "Interprofessional Relations+") OR "Interdisciplinary Communication" OR (MH "Nurse-Physician Relations")
- S14 TI ((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) N3 relation*) or (Etiquette N1 Medical))) OR AB ((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) N3 relation*) or (Etiquette N1 Medical)))
- S15 TI ((multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)) OR AB ((multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter- ...
- S16 TI (((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) N3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*))) OR AB (((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) N3 (approach or car ...
- S17 (MH "Multidisciplinary Care Team+")
- S18 TI ((('Health Care' or Healthcare or health or care) N3 Team#)) OR AB ((('Health Care' or Healthcare or health or care) N3 Team#))
- S19 (MH "Patient Care") OR "patient care management" OR (MH "Patient Care Plans") OR "Patient Care Planning" OR (MH "Health Care Delivery, Integrated")
- S20 TI (((patient or nursing or goal#) N3 care)) OR AB (((patient or nursing or goal#) N3 care))
- S21 TI (((system# or 'health care') N3 integrated)) OR AB (((system# or 'health care') N3 integrated))
- S22 (MH "Cooperative Behavior") OR "Comprehensive Health Care"

- S23 TI ((((Cooperative or Compliant) N3 Behavior#) or (Comprehensive N3 Care))) OR AB ((((Cooperative or Compliant) N3 Behavior#) or (Comprehensive N3 Care)))
- S24 (S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23)
- S25 S12 AND S24
- S26 (TI (systematic* N3 review*)) or (AB (systematic* N3 review*)) or (TI (systematic* N3 bibliographic*)) or (AB (systematic* N3 bibliographic*)) or (TI (systematic* N3 literature)) or (AB (systematic* N3 literature)) or (TI (comprehensive* N3 literature)) or (AB (comprehensive* N3 literature)) or (TI (comprehensive* N3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* N3 bibliographic*)) or (TI (integrative N3 review)) or (AB (integrative N3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI ...
- S27 S25 AND S26
- S28 (MH "Clinical Trials+") OR PT Clinical trial OR TX clinic* n1 trial* OR TX (singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*)) or TX ((doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*)) or TX ((tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*)) or TX ((trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*) OR TX randomi* control* trial* OR (MH "Random Assignment" OR TX random* allocat* OR TX placebo* OR (MH "Placebos") OR (MH "Quantitative Studies") OR TX allocat* random*
- S29 S25 AND S28
- S30 S27 OR S29 Limiters - Exclude MEDLINE records

PsyInfo

Fecha de ejecución de la búsqueda: 18 de diciembre de 2024.

- S1 DE "Conversion Disorder" OR DE "Functional Paralysis" OR DE "Functional Visual Symptoms" OR DE "Pseudocycsis" OR DE "Pseudodementia"
- S2 TI (TI (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or neurological) N3 (disorder* or symptom*))) OR (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or neurological) N3 (disorder* or symptom*)))) OR AB (TI (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or neurological) N3 (disorder* or symptom*))) OR (((psychogenic or functional) N3 (motor* or movement* or neurological) N3 (disorder* or symptom*))))

- S3 TI ((((disorder# or reaction or Hysteria or Neuros#s) N3 Conversion) or Astasia#Abasia)) OR AB ((((disorder# or reaction or Hysteria or Neuros#s) N3 Conversion) or Astasia#Abasia))
- S4 DE "Hysteria"
- S5 TI (((Hysterical N1 Neuros#s) or Hysteria)) OR AB (((Hysterical N1 Neuros#s) or Hysteria))
- S6 DE "Movement Disorders"
- S7 TI (("dyskinesia syndrome#" or "etat marbre" or "status marmoratus") OR AB (("dyskinesia syndrome#" or "etat marbre" or "status marmoratus"))
- S8 DE "Nervous System Disorders" AND DE "Psychology"
- S9 DE "Somatoform Disorders"
- S10 TI (((psychophysiological or psychosomatic) N3 disorder#)) OR AB (((psychophysiological or psychosomatic) N3 disorder#))
- S11 TI ((((disorder# or hysteria# or reaction#) N3 dissociative)) OR AB ((((disorder# or hysteria# or reaction#) N3 dissociative))
- S12 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
- S13 TI Interprofessional Relations OR AB Interprofessional Relations OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR TI Physician-Nurse Relations OR AB Physician-Nurse Relations
- S14 TI ((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) N3 relation*) or (Etiquette N1 Medical))) OR AB ((((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) N3 relation*) or (Etiquette N1 Medical)))
- S15 TI ((multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or interdisciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)) OR AB (((multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or interdisciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*)))

- S16 TI (((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) N3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*))) OR AB (((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) N3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)))
- S17 DE "Patient Centered Care"
- S18 TI ((('Health Care' or Healthcare or health or care) N3 Team#)) OR AB ((('Health Care' or Healthcare or health or care) N3 Team#))
- S19 DE "Treatment Planning" OR Patient Care Planning OR DE "Health Care Delivery"
- S20 TI (((patient or nursing or goal#) N3 care)) OR AB (((patient or nursing or goal#) N3 care))
- S21 TI (((system# or 'health care') N3 integrated)) OR AB (((system# or 'health care') N3 integrated))
- S22 DE "Cooperative Education" OR Comprehensive Health Care
- S23 TI ((((Cooperative or Compliant) N3 Behaviors) or (Comprehensive N3 Care))) OR AB ((((Cooperative or Compliant) N3 Behaviors) or (Comprehensive N3 Care)))
- S24 (S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23)
- S25 S12 AND S24
- S26 DE "Placebo" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Clinical Trials" OR DE "Experiment Controls"
- S27 TI ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR AB ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR SU ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR KW ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies")

- S28 TI (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*") W0 ("blind*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR AB (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*") W0 ("blind*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR SU (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*") W0 ("blind*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR KW (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*") W0 ("blind*" OR "dumm*" OR "mask*"))
- S29 TI ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*")) OR AB ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*")) OR KW ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*"))
- S30 TI "allocated" OR AB "allocated" OR SU "allocated"
- S31 TI (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR AB (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*"))
- S32 TI (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR AB (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*"))
- S33 TI (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR AB (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR SU (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR KW (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*")
- S34 TI (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*"))
- S35 S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
- S36 S25 AND S35
- S37 (DE "Meta Analysis" OR DE "Systematic Review" OR DE "Technology, Medical/EV" OR PT "systematic review" OR PT "meta analysis" OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review*

OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*)) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI synthes* OR AB synthes*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data synthes*" OR AB "data synthes*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR (TI meta-analy* OR TI metaanaly* OR TI "systematic review*" OR TI "biomedical technology assessment*" OR TI "bio-medical technology assessment*" OR AB meta-analy* OR AB metaanaly* OR AB "systematic review*" OR AB "biomedical technology assessment*" OR AB "bio-medical technology assessment*" OR MW meta-analy* OR MW metaanaly* OR MW "systematic review*" OR MW "biomedical technology assessment*" OR MW "bio-medical technology assessment*") OR ((TI medline OR AB medline OR MW medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane OR MW cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed OR MW pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars OR MW medlars) OR (TI embase OR AB embase OR MW embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl OR MW cinahl)) OR (SO Cochrane OR SO health technology assessment OR SO evidence report) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "outcomes research" OR AB "outcomes research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI

indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment") OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))

S38 S25 AND S37

Anexo 2. Estrategia de búsqueda de perspectiva del paciente

Medline

Database: Ovid MEDLINE® ALL <1946 a 22 de mayo de 2025>.

Fecha de ejecución de la búsqueda: 22 de mayo de 2025.

Estrategia de búsqueda:

1. exp "Conversion Disorder"/
2. ((psychogenic or functional) adj3 (motor* or movement* or neurological) adj3 (disorder* or symptom*)).ti,ab,kf.
3. (((disorder? or reaction or Hysteria or Neuros#s) adj3 Conversion) or Astasia?Abasia).tw.
4. Hysteria/
5. ((Hysterical adj1 Neuros?s) or Hysteria).tw.
6. Movement Disorders/
7. ("dyskinesia syndrome?" or "etat marbre" or "status marmoratus").tw.
8. Nervous System Diseases/px [Psychology]
9. Psychophysiological Disorders/
10. ((psychophysiological or psychosomatic) adj3 disorder?).tw.
11. ((disorder? or hysteria? or reaction?) adj3 dissociative).tw.
12. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13. exp Interprofessional Relations/ or Interdisciplinary Communication/ or Physician-Nurse Relations/
14. (((Interprofessional or Inter-professional or interpersonal or inter-personal or interinstitutional or inter-institutional) adj3 relation*) or (Etiquette adj1 Medical)).tw,ab,kw.
15. (multidisciplin* or multi-disciplin* or interdisciplin* or inter-disciplin* or transdisciplin* or trans-disciplin* or multiprofession* or multi-profession* or interprofession* or inter-profession* or transprofession* or trans-profession* or multispecialty or multi-specialty or multimodal* or multi-modal* or multifacet* or multi-facet* or multioccupation* or multi-occupation* or interoccupation* or inter-occupation*).ti,ab,kw.
16. ((collaborat* or coordinat* or co-ordinat* or cooperative or co-operative or continu* or shared or network or joint or integrat* or stepped or systematic or augment* or enhance*) adj3 (approach or care or team* or health* or work* or interven* or service* or model* or effort* or manag*)).ti,ab,kw.

17. exp Patient Care Team/
18. (('Health Care' or Healthcare or health or care) adj3 Team?).tw. (39225)
19. patient care management/ or exp Patient Care Planning/ or exp "delivery of health care, integrated"/
20. ((patient or nursing or goal?) adj3 care).tw.
21. ((system? or 'health care') adj3 integrated).tw.
22. Cooperative Behavior/ or Comprehensive Health Care/
23. (((Cooperative or Compliant) adj3 Behaviors) or (Comprehensive adj3 Care)).tw.
24. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23
25. 12 and 24
26. (letter or "case report*" or "historical article*" or (comment or editorial or in vitro or news)).pt.
27. 25 not 26
28. (((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
29. 27 and 28
30. animals/ not (animals/ and humans/)
31. 29 not 30

Embase

Fecha de ejecución de la búsqueda: 22 de mayo de 2025.

- #1. 'conversion disorder'/exp
- #2. ((psychogenic OR functional) NEAR/3 (motor* OR movement* OR neurological) NEAR/3 (disorder* OR symptom*)):ti,ab,kw
- #3. (((disorder\$ OR reaction OR hysteria OR neuros?s) NEAR/3 conversion):ti,ab) OR astasia\$abasia:ti,ab
- #4. 'hysteria'/de
- #5. ((hysterical NEAR/1 neuros?s):ti,ab) OR hysteria:ti,ab
- #6. 'motor dysfunction'/de
- #7. "dyskinesia syndrome\$":ti,ab OR 'etat marbre':ti,ab OR 'status marmoratus':ti,ab

- #8. 'neurologic disease'/de AND 'psychology'/de
- #9. 'psychosomatic disorder'/de
- #10. ((psychophysiological OR psychosomatic) NEAR/3 disorder\$):ti,ab
- #11. ((disorder\$ OR hysteria\$ OR reaction\$) NEAR/3 dissociative):ti,ab
- #12. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
- #13. 'public relations'/exp OR 'interdisciplinary communication'/de OR 'doctor nurse relation'/de
- #14. (((interprofessional OR 'inter professional' OR interpersonal OR 'inter personal' OR interinstitutional OR 'inter institutional') NEAR/3 relation*):ti,ab,kw) OR ((etiquette NEAR/1 medical):ti,ab,kw)
- #15. multidisciplin*:ti,ab,kw OR 'multi disciplin*':ti,ab,kw OR interdisciplin*:ti,ab,kw OR 'inter disciplin*':ti,ab,kw OR transdisciplin*:ti,ab,kw OR 'trans disciplin*':ti,ab,kw OR multiprofession*:ti,ab,kw OR 'multi profession*':ti,ab,kw OR interprofession*:ti,ab,kw OR 'inter profession*':ti,ab,kw OR transprofession*:ti,ab,kw OR 'trans profession*':ti,ab,kw OR multispecialty:ti,ab,kw OR 'multi specialty':ti,ab,kw OR multimodal*:ti,ab,kw OR 'multi modal*':ti,ab,kw OR multifacet*:ti,ab,kw OR 'multi facet*':ti,ab,kw OR multioccupation*:ti,ab,kw OR 'multi occupation*':ti,ab,kw OR interoccupation*:ti,ab,kw OR 'inter occupation*':ti,ab,kw
- #16. ((collaborat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR cooperative OR 'co operative' OR continu* OR shared OR network OR joint OR integrat* OR stepped OR systematic OR augment* OR enhance*) NEAR/3 (approach OR care OR team* OR health* OR work* OR interven* OR service* OR model* OR effort* OR manag*)):ti,ab,kw
- #17. 'patient care team'/exp
- #18. (('health care' OR healthcare OR health OR care) NEAR/3 team\$):ti,ab
- #19. 'patient care'/de OR 'patient care planning'/exp OR 'integrated health care system'/exp
- #20. ((patient OR nursing OR goal\$) NEAR/3 care):ti,ab
- #21. ((system\$ OR 'health care') NEAR/3 integrated):ti,ab
- #22. 'cooperation'/de OR 'health care'/de
- #23. (((cooperative OR compliant) NEAR/3 behaviors):ti,ab) OR ((comprehensive NEAR/3 care):ti,ab)

#24.#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR
 #21 OR #22 OR #23

#25.#12 AND #24

#26.'conference abstract'/it OR 'conference paper'/it OR 'short
 survey'/it OR 'abstract report'/exp

#27.#25 NOT #26

#28.(((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR
 informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR
 structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR
 questionnaire*)):ti,ab) OR (focus:ti,ab AND group*:ti,ab) OR
 qualitative:ti,ab OR ethnograph*:ti,ab OR fieldwork:ti,ab OR
 'field work':ti,ab OR 'key informant':ti,ab OR 'interview'/exp OR
 'information processing'/de OR 'verbal communication'/de OR
 'qualitative research'/exp

#29.#27 AND #28

#30.#29 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
 AND [humans]/lim

Anexo 3. Características de los estudios incluidos

Características de los estudios incluidos								
Autor (año) País	Diseño del estudio	Población	Muestra (n)	Edad media (±DE)	Seguimiento (meses)	Intervención	Comparador	Medidas de resultado e instrumentos
Macías-García (2024) España	Ensayo clínico aleatorizado, paralelo (1:1), ciego y unicéntrico	Pacientes > 18 años con un diagnóstico confirmado de TMF y capaz de firmar el consentimiento informado	GI: 20 (16 mujeres, 4 hombres) GC: 20 (16 mujeres, 4 hombres) Total = 40	GI: 42,3 ± 14,0 años GC: 44,7 ± 11,6 años	A los 3 y 5 meses	Programa multidisciplinar compuesto por 4 sesiones grupales de 1 hora de terapia cognitivo-conductual (TCC) y 12 sesiones individuales de fisioterapia ambulatoria, según las recomendaciones de consenso publicadas para TMF	Psicoterapia de apoyo: 4 sesiones grupales semanales de 1 hora impartidas por el mismo psicólogo clínico, centradas en factores estresantes vitales y apoyo empático	<p>Desenlace primario:</p> <p>Calidad de vida, evaluada mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EQ-5D-5L (EQ Index): índice de calidad de vida basado en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar, ansiedad / depresión) • EQ VAS: escala analógica visual para autovaloración del estado de salud (0 – 100) • SF-36: encuesta de 36 ítems con componentes físicos (PCS) y mentales (MCS) de calidad de vida <p>Desenlaces secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sFMDRS: evalúa la gravedad del TMF • CGI-S y CGI-I: valoran respectivamente la gravedad y la mejora clínica global • Zarit Caregiver Burden Interview: mide la carga del cuidador <p>Evaluación basal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BDI-II: sintomatología depresiva • HAM-D y HAM-A: síntomas depresivos y ansiosos

Características de los estudios incluidos (continuación)

Autor (año) País	Diseño del estudio	Población	Muestra (n)	Edad media (±DE)	Seguimiento (meses)	Intervención	Comparador	Medidas de resultado e instrumentos
Vizcarra (2019) Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego con placebo	Pacientes entre 18 y 70 años con un diagnóstico confirmado de Distonía Funcional (subtipo de TMF) y puntuación ≥ 10 en la escala PMDRS	GI: 7 (6 mujeres, 1 hombre) GC: 7 (4 mujeres, 2 hombres) [†] Total = 14 [‡]	GI: 44,3 ± 15,1 años GC: 53,7 ± 8,4 años	A los 3 meses	Inyección 200 unidades de OnabotulinumtoxinA (Botox® BoNT-A) en los músculos más afectados seguido de 12 sesiones de 1 hora de terapia cognitivo-conductual (TCC) o hasta la remisión	Inyección de placebo (solución salina) con misma dosis y distribución seguida de 12 sesiones de TCC idénticas al GI	<ul style="list-style-type: none"> • PMDRS (<i>Psychogenic Movement Disorders Rating Scale</i>): evalúa gravedad, duración e incapacidad (puntuación 0 – 144; mayor puntuación indica mayor severidad) • HAM-D (<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>): evalúa síntomas depresivos (≥ 17 indica depresión grave) • HAM-A (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>): ≥ 17 sugiere trastorno de ansiedad • ADL (<i>Índice de Katz</i>): mide independencia en actividades básicas de la vida diaria • iADL (<i>Índice de Lawton</i>): mide independencia en actividades instrumentales de la vida diaria

Características de los estudios incluidos (continuación)

Autor (año) País	Diseño del estudio	Población	Muestra (n)	Edad media (±DE)	Seguimiento (meses)	Intervención	Comparador	Medidas de resultado e instrumentos
Hubchmid (2015) Suiza	Ensayo clínico controlado aleatorizado, paralelo (1:1)	Pacientes entre 16 y 65 años y con un diagnóstico reciente de trastorno de conversión (Trastorno Neurológico Funcional) según el <i>DSM-IV-TR</i>) con síntomas motores o ataques no epilépticos evaluado por neurólogos expertos	GI:11 pacientes GC:12 pacientes Total = 23	GI: 37,57 ± 4 años GC: 31,53 ± 3,17 años	A los 6 y 12 meses	Programa interdisciplinario con 5 sesiones totales: 2 sesiones inicial y final de 2 h 30 min (consulta neurológica, consulta psiquiátrica y conjunta) 3 a 6 sesiones intermedias de psicoterapia psicodinámica breve	Atención estándar, con consultas no coordinadas de neurología y psiquiatría, sin intervención estructurada ni multidisciplinaria integrada	<ul style="list-style-type: none"> • SDQ-20 (<i>Somatoform Dissociation Questionnaire</i>): evalúa síntomas disociativos somatoformes frecuentes en el TMF • CGI (<i>Clinical Global Impression</i>): severidad de síntomas y mejora global (1 – 7). • <i>Modified Rankin Scale</i>: grado de discapacidad (0=sin discapacidad a 5=severa) • MADRS (<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>): nivel de depresión • BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>): síntomas depresivos subjetivos • SF-36: evaluación global de salud, incluyendo componente mental (MCS)

Características de los estudios incluidos (continuación)

Autor (año) País	Diseño del estudio	Población	Muestra (n)	Edad media (±DE)	Seguimiento (meses)	Intervención	Comparador	Medidas de resultado e instrumentos
Jordbru (2014) Noruega	Ensayo clínico aleatorizado, cruzado y unicéntrico.	Pacientes entre 18 y 69 años y con trastorno motor de conversión (trastorno motor funcional) con marcha psicogénica con una duración menor a 5 años y disponibilidad para participar en el estudio	GI: 31 (6 mujeres, 25 hombres) GC: 29 (6 mujeres, 23 hombres) Total = 60	GI: 38,8 ± 12,2 años GC: 36,3 ± 9,7 años	Al mes y a los 12 meses	Programa intensivo de rehabilitación hospitalaria durante 3 semanas centrado en actividad física adaptada (APA) y terapia cognitivo-conductual, realizado por un equipo interdisciplinar formado por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros y educadores en AFA	Lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> • FIM (<i>Functional Independence Measure</i>): evalúa discapacidad física y cognitiva en 18 ítems; FIM motor (ítems 1 – 13), FIM cognitivo (ítems 14 – 18) • FMS (<i>Functional Mobility Scale</i>): valora movilidad funcional a diferentes distancias (5, 50 y 500 m), puntuaciones de 3 (dependencia total) a 18 (independencia total) • SF-12: versión abreviada del SF-36; evalúa salud física (SF-12 Physical) y salud mental (SF-12 Mental) <p>Las herramientas de evaluación se aplicaron en diferentes momentos del estudio: T0 (basal), T1 (post-tratamiento), y T2, T3 y T4 (seguimientos a los 3, 6 y 12 meses, respectivamente)</p>

Características de los estudios incluidos (continuación)

Autor (año) País	Diseño del estudio	Población	Muestra (n)	Edad media (±DE)	Seguimiento (meses)	Intervención	Comparador	Medidas de resultado e instrumentos
Moene (2002) Países Bajos	Ensayo clínico controlado aleatorizado, ciego y unicéntrico	Pacientes entre 18 y 65 años con diagnóstico de trastorno motor de conversión (trastorno motor funcional) o un diagnóstico de trastorno de somatización con síntomas de conversión del tipo motor, según los criterios del DSM-III-R, una duración de los síntomas de al menos un mes	GI: 24 GC: 21 Total = 45 (34 mujeres, 11 hombres)	GI + GC: 36,8 ± 11,31 años	8 meses tras la evaluación basal previa al tratamiento	8 sesiones semanales de hipnosis clínica de 1 hora, precedidas de una sesión introductoria Además, todos los pacientes participaron en sesiones de fisioterapia y terapia grupal funcional	Mismo programa que el GI, excluyendo el componente hipnótico	<ul style="list-style-type: none"> VRMC: escala Likert de 7 puntos basada en grabaciones para valorar cambios en ejecución física ICIDH / ICIDHP: mide la discapacidad y el impacto funcional de los síntomas SCL-90: inventario de síntomas psicológicos autoinformado SHCS: escala para medir la hipnotizabilidad clínica

Abreviaturas: TMF: Trastorno del Movimiento Funcional; GI: Grupo de Intervención; GC: Grupo de Control; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; DSM-IV-TR: Cuarta revisión revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría; DSM-III-R: Tercera revisión revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría; AFA: Actividad Física Adaptada

[†]Estas dos escalas no se usaron como medidas de resultados

[†]Un paciente del grupo placebo abandonó el estudio y no se describe el sexo

[†]Finalizaron el estudio 10 pacientes en total (GI:6; GC:4)

[†]No especifican en el estudio entre hombres y mujeres. Finalizaron el estudio 21 pacientes en total (GI:10; GC:11)

[†]T0: basal; T1: final de tratamiento del GI y final de control del GC; T2: final de tratamiento del GC, un mes de control del GI; T3: un mes control tras la intervención del GC;

[†]T4: un año de control de GI y del GC

[†]No especifica por GI y GC, si no, en total

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Calidad de la evidencia

Evaluación comparativa de RoB 2					
Dominio	Hubschmid 2015	Jordbru 2014	Macías-García 2024	Moene 2002	Vizcarra 2019
Sesgo en el proceso de aleatorización	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Desviaciones del tratamiento asignado	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Pérdida de datos en los resultados	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo
Medición de los resultados	Alto riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Selección del resultado informado	Bajo riesgo	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Evaluación general del sesgo	Riesgo poco claro	Riesgo poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo

Fuente: elaboración propia

Evaluación comparativa de RoB 2 con justificación					
Dominio	Hubschmid 2015 (Clasificación y Justificación)	Jordbru 2014 (Clasificación y Justificación)	Macías-García 2024 (Clasificación y Justificación)	Moene 2002 (Clasificación y Justificación)	Vizcarra 2019 (Clasificación y Justificación)
Sesgo en el proceso de aleatorización	Bajo riesgo El estudio fue aleatorizado con un método de sobres sellados numerados secuencialmente, aunque no se menciona si se usó una generación de secuencia computarizada	Bajo riesgo El estudio utilizó un procedimiento de aleatorización por bloques de 4, equilibrado por el sexo, para intervención o grupo control realizado en una oficina estadística independiente. La asignación fue mantenida en sobres sellados	Bajo riesgo La aleatorización se realizó con un generador de números aleatorios de Excel y la asignación fue sellada en sobres numerados, lo que minimiza el riesgo de sesgo en la asignación	Bajo riesgo Se utilizó un procedimiento de aleatorización por bloques con tamaños variables. La asignación estuvo oculta para los terapeutas y evaluadores	Bajo riesgo El estudio utilizó aleatorización en bloques (tamaño = 4) y la asignación fue ocultada con sobres sellados. El personal y los participantes estaban cegados al tratamiento asignado

Evaluación comparativa de RoB 2 con justificación (continuación)

Dominio	Hubschmid 2015 (Clasificación y Justificación)	Jordbru 2014 (Clasificación y Justificación)	Macías-García 2024 (Clasificación y Justificación)	Moene 2002 (Clasificación y Justificación)	Vizcarra 2019 (Clasificación y Justificación)
Desviaciones del tratamiento asignado	Bajo riesgo No hubo cegamiento de los participantes ni de los investigadores, pero no queda claro si esto afectó los resultados de manera significativa	Bajo riesgo Los participantes y el equipo clínico no fueron cegados al tratamiento, lo que podría haber influido en la adherencia y en la aplicación del tratamiento, pero no queda claro el impacto en los resultados	Bajo riesgo Los participantes y el equipo clínico no fueron cegados al tratamiento, lo que podría haber influido en la adherencia y en la aplicación del tratamiento, pero el impacto en los resultados no está claramente evaluado	Bajo riesgo No hubo cegamiento de los participantes ni del equipo clínico, lo que podría haber influido en la adherencia y la aplicación del tratamiento. Sin embargo, no está claro hasta qué punto esto afectó los resultados	Bajo riesgo El diseño fue doble ciego, con los participantes y el equipo clínico sin conocimiento de la asignación del tratamiento, minimizando las desviaciones del tratamiento asignado
Pérdida de datos en los resultados	Bajo riesgo Las pérdidas de seguimiento fueron pocas y similares en ambos grupos, sin evidencias de impacto en los resultados	Bajo riesgo Las pérdidas de seguimiento fueron limitadas y balanceadas entre los grupos. Se realizaron análisis con casos completos y análisis de sensibilidad	Bajo riesgo Las pérdidas de seguimiento fueron limitadas y balanceadas entre los grupos. Se realizaron análisis de sensibilidad para abordar los datos faltantes	Bajo riesgo El porcentaje de abandono fue del 8 %, sin diferencias entre los grupos y sin indicios de que los datos faltantes hayan afectado los resultados de manera significativa	Alto riesgo Se produjeron abandonos significativos en el grupo control, que además quedó reducido a un tamaño inferior al estimado para análisis estadísticos. No se especifica claramente cómo se gestionaron los datos faltantes (por ejemplo, imputación o análisis por intención de tratar), lo que introduce sesgo potencial

Evaluación comparativa de RoB 2 con justificación (continuación)

Dominio	Hubschmid 2015 (Clasificación y Justificación)	Jordbru 2014 (Clasificación y Justificación)	Macías-García 2024 (Clasificación y Justificación)	Moene 2002 (Clasificación y Justificación)	Vizcarra 2019 (Clasificación y Justificación)
Medición de los resultados	Alto riesgo Los resultados fueron evaluados por los terapeutas que conocían la asignación, sin medidas explícitas de cegamiento ni validación externa, lo que introduce riesgo de sesgo de detección	Alto riesgo El primer autor realizó la evaluación de los resultados con conocimiento del grupo asignado, lo cual introduce riesgo de sesgo de detección	Bajo riesgo Las evaluaciones de seguimiento motor fueron realizadas por neurólogos cegados con experiencia en trastornos del movimiento, reduciendo el riesgo de sesgo de detección	Bajo riesgo Las evaluaciones fueron realizadas por un psicólogo de pruebas cegado a las condiciones del estudio, y se usaron medidas estandarizadas como la VRMC y la ICIDH	Bajo riesgo Las evaluaciones fueron realizadas por médicos experimentados cegados al tratamiento, reduciendo el riesgo de sesgo en la medición de los resultados
Selección del resultado informado	Bajo riesgo Todos los resultados preespecificados fueron informados en el artículo, sin evidencia de sesgo de notificación	Riesgo poco claro No se especifica en el artículo si el protocolo fue pre-registrado ni si todos los resultados preespecificados fueron informados, lo que impide valorar adecuadamente el sesgo de notificación	Bajo riesgo Se informaron todos los resultados preespecificados y no se identificó evidencia de sesgo de notificación	Bajo riesgo Todos los resultados preespecificados fueron informados sin evidencia de sesgo de notificación	Bajo riesgo Se informaron todos los resultados preespecificados sin evidencia de sesgo de notificación
Evaluación general del sesgo	Riesgo poco claro Si bien el estudio presenta una buena aleatorización e informe de resultados, la falta de cegamiento en la medición de resultados y la intervención pueden influir en la validez de las conclusiones	Riesgo poco claro El estudio presenta una adecuada aleatorización e informe de resultados, pero la falta de cegamiento en la medición de resultados y la intervención podría haber influido en las conclusiones	Bajo riesgo Aunque el cegamiento es limitado, el uso de evaluadores independientes para desenlaces principales (función motora) justifica mantenerlo como "bajo riesgo"	Bajo riesgo El estudio presenta una aleatorización adecuada y un buen informe de resultados. Aunque la intervención no fue cegada, los evaluadores sí lo estaban y se emplearon instrumentos estandarizados, por lo que se considera bajo riesgo	Alto riesgo El estudio tuvo una adecuada aleatorización y cegamiento, pero la gestión de los datos faltantes no fue claramente explicada, lo que puede introducir cierto sesgo

Fuente: elaboración propia

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane Risk of Bias (Rob) 2.0 para ECAs

Hubschmid et al. 2015

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿La secuencia de asignación fue aleatoria?	Sí	El estudio fue aleatorizado con un método de sobres sellados numerados secuencialmente, aunque no se menciona si se usó una generación de secuencia computarizada
	1.2 ¿La secuencia se ocultó hasta el reclutamiento y asignación de los pacientes a la intervención?	Sí	
	1.3 ¿Las diferencias basales entre los grupos sugieren que podría haber un problema en el proceso de aleatorización?	No	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo derivado de las desviaciones de la intervención prevista	2.1 ¿Los participantes conocían la asignación de la intervención durante el ensayo?	Sí	No hubo cegamiento de los participantes ni de los investigadores, pero no queda claro si esto afectó los resultados de manera significativa
	2.2 ¿Los cuidadores y personas que administran la intervención conocen la asignación de los participantes durante el ensayo?	Sí	
	2.3 ¿Se produjeron desviaciones con respecto a la intervención prevista que surgieron debido al contexto de investigación?	No	
	2.4 ¿Es probable que estas desviaciones hubiesen influido en los resultados?	No aplica	
	2.5 ¿Estas desviaciones de la intervención estaban equilibradas entre los grupos?	No aplica	
	2.6 ¿El análisis empleado para estimar el efecto de la asignación de la intervención fue apropiado?	Probablemente sí	
	2.7 Es probable un impacto substancial en los resultados debido al hecho de que los participantes no se analicen en el grupo al que fueron asignados	Probablemente sí	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo debido a los datos perdidos	3.1 ¿Los datos para estos resultados estaban disponibles para todos, o casi todos los participantes aleatorizados?	Sí	Las pérdidas de seguimiento fueron pocas y similares en ambos grupos, sin evidencias de impacto en los resultados.
	3.2 ¿Hay evidencia de que el resultado no está sesgado debido a los datos perdidos?	No aplica	
	3.3 ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	3.4 ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias (Rob)* 2.0 para ECAs (continuación)

Hubschmid *et al.* 2015

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo en la medición del resultado	4.1 ¿El método utilizado para medir el resultado fue inapropiado?	No	La medición de resultados fue realizada por los mismos terapeutas que aplicaron la intervención, pero no se menciona si hubo medidas para minimizar el sesgo
	4.2 ¿La medición o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	No	
	4.3 ¿Los que evalúan los resultados conocían la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	Sí	
	4.4 ¿El conocimiento de la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	4.5 ¿Es probable que el conocimiento de la intervención haya influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	Valoración del riesgo de sesgo	Alto	
Sesgo en la selección del resultado informado	5.1 ¿Los datos que originaron el resultado fueron analizados de acuerdo con un plan de análisis preliminar que fue finalizado antes de que los datos no ciegos estuvieran disponibles para el análisis?	Sí	Todos los resultados preespecificados fueron informados en el artículo, sin evidencia de sesgo de notificación
	5.2 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a los resultados de múltiples mediciones disponibles (ej. escalas, definiciones, tiempos) en el dominio de resultado?	No	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Riesgo global	Valoración del riesgo de sesgo	Riesgo poco claro	Si bien el estudio presenta una buena aleatorización e informe de resultados, la falta de cegamiento en la medición de resultados y la intervención pueden influir en la validez de las conclusiones

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias (Rob)* 2.0 para ECAs (continuación)

Jordbru et al. 2014

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿La secuencia de asignación fue aleatoria?	Sí	El estudio utilizó un procedimiento de aleatorización por bloques de 4, equilibrado por el sexo, para intervención o grupo control realizado en una oficina estadística independiente. La asignación fue mantenida en sobres sellados
	1.2 ¿La secuencia se ocultó hasta el reclutamiento y asignación de los pacientes a la intervención?	Sí	
	1.3 ¿Las diferencias basales entre los grupos sugieren que podría haber un problema en el proceso de aleatorización?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo derivado de las desviaciones de la intervención prevista	2.1 ¿Los participantes conocían la asignación de la intervención durante el ensayo?	Sí	Los participantes y el equipo clínico no fueron cegados al tratamiento, lo que podría haber influido en la adherencia y en la aplicación del tratamiento, pero no queda claro el impacto en los resultados
	2.2 ¿Los cuidadores y personas que administran la intervención conocen la asignación de los participantes durante el ensayo?	Sí	
	2.3 ¿Se produjeron desviaciones con respecto a la intervención prevista que surgieron debido al contexto de investigación?	No	
	2.4 ¿Es probable que estas desviaciones hubiesen influido en los resultados?	No aplica	
	2.5 ¿Estas desviaciones de la intervención estaban equilibradas entre los grupos?	No aplica	
	2.6 ¿El análisis empleado para estimar el efecto de la asignación de la intervención fue apropiado?	Probablemente sí	
	2.7 Es probable un impacto substancial en los resultados debido al hecho de que los participantes no se analicen en el grupo al que fueron asignados	Probablemente sí	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo debido a los datos perdidos	3.1 ¿Los datos para estos resultados estaban disponibles para todos, o casi todos los participantes aleatorizados?	Sí	Las pérdidas de seguimiento fueron limitadas y balanceadas entre los grupos. Se realizaron análisis con casos completos y análisis de sensibilidad
	3.2 ¿Hay evidencia de que el resultado no está sesgado debido a los datos perdidos?	No aplica	
	3.3 ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	3.4 ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias (Rob)* 2.0 para ECAs (continuación)

Jordbru *et al.* 2014

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo en la medición del resultado	4.1 ¿El método utilizado para medir el resultado fue inapropiado?	No	La medición de los resultados fue realizada por el primer autor, quien conocía la asignación del tratamiento, sin cegamiento formal. Esto introduce un sesgo de detección significativo
	4.2 ¿La medición o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	No	
	4.3 ¿Los que evalúan los resultados conocían la intervención recibida por los participantes?	Sí	
	4.4 ¿El conocimiento de la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	4.5 ¿Es probable que el conocimiento de la intervención haya influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	Valoración del riesgo de sesgo	Alto	
Sesgo en la selección del resultado informado	5.1 ¿Los datos que originaron el resultado fueron analizados de acuerdo con un plan de análisis preliminar que fue finalizado antes de que los datos no ciegos estuvieran disponibles para el análisis?	No existe información	No existe información al respecto, pero el análisis de la variable se realiza acorde al protocolo previo
	5.2 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a los resultados de múltiples mediciones disponibles (ej. escalas, definiciones, tiempos) en el dominio de resultado?	No	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Riesgo poco claro	
Riesgo global	Valoración del riesgo de sesgo	Riesgo poco claro	El estudio presenta una adecuada aleatorización e informe de resultados, pero la falta de cegamiento en la medición de resultados y la intervención podría haber influido en las conclusiones

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias (Rob)* 2.0 para ECAs (continuación)

Macías-García et al. 2014

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿La secuencia de asignación fue aleatoria?	Sí	La aleatorización se realizó con un generador de números aleatorios de Excel y la asignación fue sellada en sobres numerados, lo que minimiza el riesgo de sesgo en la asignación
	1.2 ¿La secuencia se ocultó hasta el reclutamiento y asignación de los pacientes a la intervención?	Sí	
	1.3 ¿Las diferencias basales entre los grupos sugieren que podría haber un problema en el proceso de aleatorización?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo derivado de las desviaciones de la intervención prevista	2.1 ¿Los participantes conocían la asignación de la intervención durante el ensayo?	Probablemente sí	Los participantes y el equipo clínico no fueron cegados al tratamiento, lo que podría haber influido en la adherencia y en la aplicación del tratamiento, pero el impacto en los resultados no está claramente evaluado
	2.2 ¿Los cuidadores y personas que administran la intervención conocen la asignación de los participantes durante el ensayo?	Sí	
	2.3 ¿Se produjeron desviaciones con respecto a la intervención prevista que surgieron debido al contexto de investigación?	No	
	2.4 ¿Es probable que estas desviaciones hubiesen influido en los resultados?	No aplica	
	2.5 ¿Estas desviaciones de la intervención estaban equilibradas entre los grupos?	No aplica	
	2.6 ¿El análisis empleado para estimar el efecto de la asignación de la intervención fue apropiado?	Probablemente sí	
	2.7 Es probable un impacto substancial en los resultados debido al hecho de que los participantes no se analicen en el grupo al que fueron asignados	Probablemente sí	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo debido a los datos perdidos	3.1 ¿Los datos para estos resultados estaban disponibles para todos, o casi todos los participantes aleatorizados?	Sí	Las pérdidas de seguimiento fueron limitadas y balanceadas entre los grupos. Se realizaron análisis de sensibilidad para abordar los datos faltantes
	3.2 ¿Hay evidencia de que el resultado no está sesgado debido a los datos perdidos?	No aplica	
	3.3 ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	3.4 ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias* (Rob) 2.0 para ECAs (continuación)

Macías-García et al. 2014

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo en la medición del resultado	4.1 ¿El método utilizado para medir el resultado fue inapropiado?	No	Las evaluaciones de seguimiento motor fueron realizadas por neurólogos cegados con experiencia en trastornos del movimiento, reduciendo el riesgo de sesgo de detección
	4.2 ¿La medición o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	No	
	4.3 ¿Los que evalúan los resultados conocían la intervención recibida por los participantes?	Probablemente no	
	4.4 ¿El conocimiento de la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	No aplica	
	4.5 ¿Es probable que el conocimiento de la intervención haya influido en la evaluación de los resultados?	No aplica	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo en la selección del resultado informado	5.1 ¿Los datos que originaron el resultado fueron analizados de acuerdo con un plan de análisis preliminar que fue finalizado antes de que los datos no ciegos estuvieran disponibles para el análisis?	Sí	Se informaron todos los resultados preespecificados y no se identificó evidencia de sesgo de notificación
	5.2 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a los resultados de múltiples mediciones disponibles (ej. escalas, definiciones, tiempos) en el dominio de resultado?	No	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	No	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Riesgo global	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	El estudio presenta una adecuada aleatorización e informe de resultados

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias* (Rob) 2.0 para ECAs (continuación)

Moene et al. 2002

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿La secuencia de asignación fue aleatoria?	Sí	Se utilizó un procedimiento de aleatorización por bloques con tamaños variables. La asignación estuvo oculta para los terapeutas y evaluadores
	1.2 ¿La secuencia se ocultó hasta el reclutamiento y asignación de los pacientes a la intervención?	Sí	
	1.3 ¿Las diferencias basales entre los grupos sugieren que podría haber un problema en el proceso de aleatorización?	No	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo derivado de las desviaciones de la intervención prevista	2.1 ¿Los participantes conocían la asignación de la intervención durante el ensayo?	Sí	No hubo cegamiento de los participantes ni del equipo clínico, lo que podría haber influido en la adherencia y la aplicación del tratamiento. Sin embargo, no está claro hasta qué punto esto afectó los resultados
	2.2 ¿Los cuidadores y personas que administran la intervención conocen la asignación de los participantes durante el ensayo?	Sí	
	2.3 ¿Se produjeron desviaciones con respecto a la intervención prevista que surgieron debido al contexto de investigación?	No	
	2.4 ¿Es probable que estas desviaciones hubiesen influido en los resultados?	No aplica	
	2.5 ¿Estas desviaciones de la intervención estaban equilibradas entre los grupos?	No aplica	
	2.6 ¿El análisis empleado para estimar el efecto de la asignación de la intervención fue apropiado?	Probablemente sí	
	2.7 Es probable un impacto substancial en los resultados debido al hecho de que los participantes no se analicen en el grupo al que fueron asignados	Probablemente sí	
Valoración del riesgo de sesgo	Bajo		
Sesgo debido a los datos perdidos	3.1 ¿Los datos para estos resultados estaban disponibles para todos, o casi todos los participantes aleatorizados?	Sí	El porcentaje de abandono fue del 8 %, sin diferencias entre los grupos y sin indicios de que los datos faltantes hayan afectado los resultados de manera significativa
	3.2 ¿Hay evidencia de que el resultado no está sesgado debido a los datos perdidos?	No aplica	
	3.3 ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	3.4 ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No aplica	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane Risk of Bias (Rob) 2.0 para ECAs (continuación)

Moene et al. 2002

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo en la medición del resultado	4.1 ¿El método utilizado para medir el resultado fue inapropiado?	No	Las evaluaciones fueron realizadas por un psicólogo de pruebas cegado a las condiciones del estudio, y se usaron medidas estandarizadas como la VRMC y la ICIDH
	4.2 ¿La medición o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	No	
	4.3 ¿Los que evalúan los resultados conocían la intervención recibida por los participantes?	No	
	4.4 ¿El conocimiento de la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	4.5 ¿Es probable que el conocimiento de la intervención haya influido en la evaluación de los resultados?	No existe información	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo en la selección del resultado informado	5.1 ¿Los datos que originaron el resultado fueron analizados de acuerdo con un plan de análisis preliminar que fue finalizado antes de que los datos no ciegos estuvieran disponibles para el análisis?	Sí	Todos los resultados preespecificados fueron informados sin evidencia de sesgo de notificación
	5.2 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a los resultados de múltiples mediciones disponibles (ej. escalas, definiciones, tiempos) en el dominio de resultado?	No	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Riesgo global	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	El estudio presenta una aleatorización adecuada y un buen informe de resultados, pero la falta de cegamiento en la intervención podría haber influido en la adherencia y respuesta al tratamiento

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane Risk of Bias (Rob) 2.0 para ECAs (continuación)

Vizcarra et al. 2019

Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo derivado del proceso de aleatorización	1.1 ¿La secuencia de asignación fue aleatoria?	Sí	El estudio utilizó aleatorización en bloques (tamaño = 4) y la asignación fue ocultada con sobres sellados. El personal y los participantes estaban cegados al tratamiento asignado
	1.2 ¿La secuencia se ocultó hasta el reclutamiento y asignación de los pacientes a la intervención?	Sí	
	1.3 ¿Las diferencias basales entre los grupos sugieren que podría haber un problema en el proceso de aleatorización?	No	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo derivado de las desviaciones de la intervención prevista	2.1 ¿Los participantes conocían la asignación de la intervención durante el ensayo?	No	El diseño fue doble ciego, con los participantes y el equipo clínico sin conocimiento de la asignación del tratamiento, minimizando las desviaciones del tratamiento asignado
	2.2 ¿Los cuidadores y personas que administran la intervención conocen la asignación de los participantes durante el ensayo?	No	
	2.3 ¿Se produjeron desviaciones con respecto a la intervención prevista que surgieron debido al contexto de investigación?	No	
	2.4 ¿Es probable que estas desviaciones hubiesen influido en los resultados?	No aplica	
	2.5 ¿Estas desviaciones de la intervención estaban equilibradas entre los grupos?	No aplica	
	2.6 ¿El análisis empleado para estimar el efecto de la asignación de la intervención fue apropiado?	Probablemente sí	
	2.7 Es probable un impacto substancial en los resultados debido al hecho de que los participantes no se analicen en el grupo al que fueron asignados	Probablemente sí	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo debido a los datos perdidos	3.1 ¿Los datos para estos resultados estaban disponibles para todos, o casi todos los participantes aleatorizados?	Probablemente no	Uno de los participantes en el grupo Placebo + Terapia Cognitivo Conductual abandonó después de la aleatorización. Otro paciente fue hospitalizado por un episodio psicótico. No está claro cómo se manejaron los datos faltantes
	3.2 ¿Hay evidencia de que el resultado no está sesgado debido a los datos perdidos?	Probablemente no	
	3.3 ¿Es posible que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No existe información	
	3.4 ¿Es probable que las pérdidas estén asociadas al valor real?	No existe información	
	Valoración del riesgo de sesgo	Alto	

Evaluación de los sesgos de los ensayos clínicos incluidos medidos por la herramienta Cochrane *Risk of Bias* (Rob) 2.0 para ECAs (continuación)

Vizcarra et al. 2019

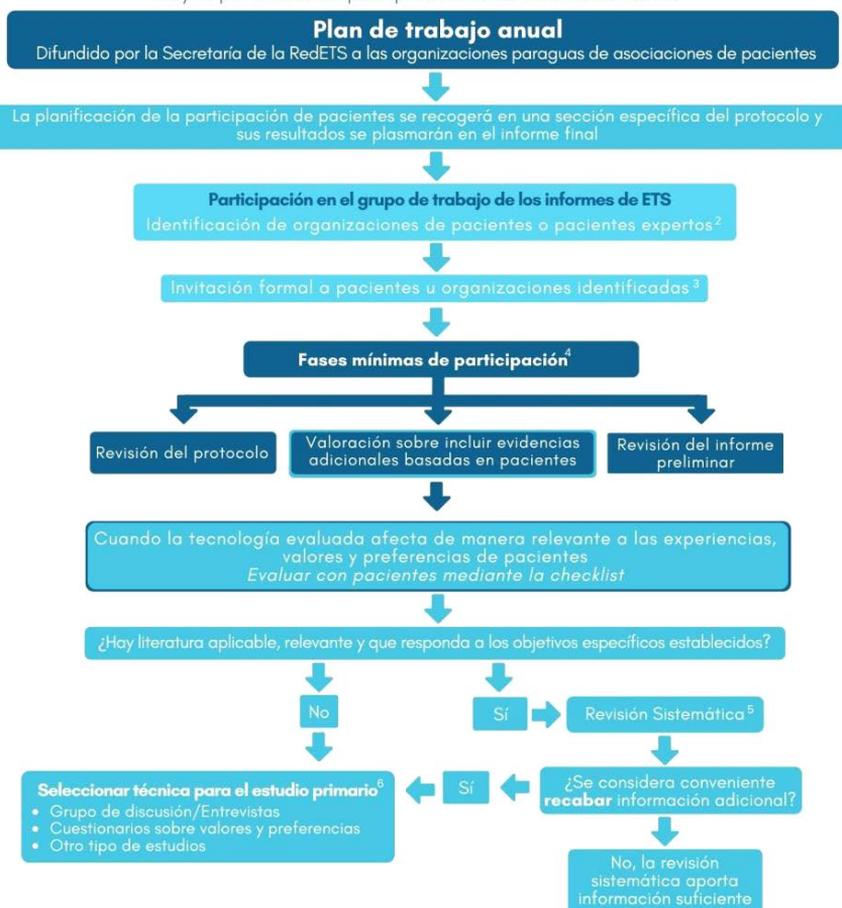
Dominio	Preguntas de señalización	Respuesta	Comentario
Sesgo en la medición del resultado	4.1 ¿El método utilizado para medir el resultado fue inapropiado?	No	Las evaluaciones fueron realizadas por médicos experimentados cegados al tratamiento, reduciendo el riesgo de sesgo en la medición de los resultados
	4.2 ¿La medición o evaluación del resultado pudo haber diferido dependiendo del grupo de intervención?	No	
	4.3 ¿Los que evalúan los resultados conocían la intervención recibida por los participantes?	No	
	4.4 ¿El conocimiento de la intervención pudo haber influido en la evaluación de los resultados?	Probablemente no	
	4.5 ¿Es probable que el conocimiento de la intervención haya influido en la evaluación de los resultados?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Sesgo en la selección del resultado informado	5.1 ¿Los datos que originaron el resultado fueron analizados de acuerdo con un plan de análisis preliminar que fue finalizado antes de que los datos no ciegos estuvieran disponibles para el análisis?	Sí	Se informaron todos los resultados preespecificados sin evidencia de sesgo de notificación
	5.2 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a los resultados de múltiples mediciones disponibles (ej. escalas, definiciones, tiempos) en el dominio de resultado?	No	
	5.3 ¿Es probable que el resultado numérico evaluado haya sido seleccionado en base a múltiples análisis de datos disponibles?	Probablemente no	
	Valoración del riesgo de sesgo	Bajo	
Riesgo global	Valoración del riesgo de sesgo	Alto	El estudio tuvo una adecuada aleatorización y cegamiento, pero la gestión de los datos faltantes no fue claramente explicada, lo que puede introducir cierto sesgo. Además, el grupo control lo completó 4 pacientes cuando el mínimo calculado fue de 6

Anexo 5. Algoritmo de participación de pacientes en informes de RedETS

Algoritmo para la participación de pacientes en la RedETS

Guía para la toma de decisiones sobre la participación de pacientes en los informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) realizados en el marco de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS)

Los y las pacientes¹ deben participar en todos los informes de la RedETS



1 Se utiliza el término pacientes de forma inclusiva, incluyendo a personas con un problema de salud, representantes pertenecientes a organizaciones de pacientes, usuarios/as del sistema sanitario, cuidadores/as o ciudadanía. Pueden verse ejemplos en: [Participación de los pacientes en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias: manual metodológico](#)

2 Se consideran pacientes expertos a quienes cuentan con conocimiento experiencial sobre su condición de salud, ya sea procedente de su propia experiencia con la enfermedad o de la recopilación de experiencias colectivas.

3 Es deseable contar con al menos 2-3 pacientes por informe de ETS. Se han identificado varias formas posibles de reclutamiento: organizaciones paraguas o específicas de pacientes, consejos asesores, parlamentos de pacientes, profesionales sanitarios, etc. Para aquellos informes que evalúan tecnologías sin implicaciones para sus experiencias, valores y preferencias para personas con problemas de salud o patologías concretas se podrá invitar a participar a las organizaciones paraguas.

4 Si aceptan la invitación a participar, los/las pacientes pueden agregar y priorizar las medidas de resultado de su interés, identificar la población o subgrupos afectados, aportar sus experiencias, valores y preferencias con respecto a la patología y/o tecnología evaluada, evaluar el impacto de la tecnología en el contexto real y su aceptabilidad, y participar en la redacción o desarrollo de las recomendaciones con marcos [GRADE](#), entre otras contribuciones.

5 Se pueden realizar revisiones de estudios cualitativos o de metodología mixta para evaluar las experiencias, valores y preferencias de pacientes. El enfoque [GRADE-CERQual](#) y los desarrollos metodológicos de [Cochrane Qualitative & Implementation Methods Group](#) pueden apoyar el desarrollo de estas revisiones.

6 Se debe solicitar la aprobación del Comité de Ética de Investigación de referencia de cada agencia / unidad, cuando la entidad del estudio así lo requiera.



