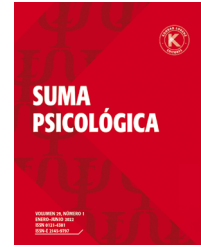




SUMA PSICOLÓGICA

<https://sumapsicologica.konradlorenz.edu.co>



Estrategias de afrontamiento en adultos con crisis funcionales disociativas: Una revisión sistemática

Lucila González Molina ^{a,b,*}, Camila Wolfzun ^{a,b}, Mercedes Sarudiansky ^{a,b},
Guido Pablo Korman ^{a,b}

^a Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

^b Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 6 de agosto de 2023; aceptado el 8 de noviembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Crisis funcionales disociativas, crisis no epilépticas psicógenas, estrategias de afrontamiento, revisión sistemática

Resumen **Introducción:** las crisis funcionales disociativas (CFD) son episodios que se asemejan a las crisis epilépticas, pero son causadas por diversos factores biopsicosociales. La forma en la que estos pacientes enfrentan los desafíos de su padecimiento se ha considerado un importante factor mantenedor. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes adultos con CFD, y los instrumentos usados para evaluarlas. **Método:** la revisión se realizó siguiendo la guía PRISMA. Se hizo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Science Direct y Lilacs. **Resultados:** once artículos cumplieron con los criterios de inclusión y se integraron en una síntesis narrativa. Los pacientes con CFD utilizan más estrategias de evitación y centradas en la emoción que la población general. Su uso excesivo se ha relacionado a una mayor psicopatología, una peor calidad de vida y mayor malestar frente al estrés. Por otro lado, la diversidad de instrumentos de evaluación del afrontamiento refleja la heterogeneidad del campo. **Conclusiones:** más investigaciones son necesarias para comprender las estrategias de afrontamiento de los pacientes con CFD y ofrecer un tratamiento más personalizado y efectivo.

© 2023 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Coping strategies in adults with functional dissociative seizures: A systematic review

KEYWORDS

Functional dissociative seizures, psychogenic non-epileptic seizures, coping, systematic review

Abstract **Introduction:** Functional dissociative seizures (FDS) are episodes that resemble epileptic seizures, but are caused by different biopsychosocial factors. The way in which these patients cope with the challenges of their condition has been considered an important maintaining factor. The aim of this systematic review is to identify the coping strategies used by adult patients with FDS, and the measures used to assess them. **Methods:** The review was conducted following the PRISMA guidelines. A search was conducted in Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Science Direct and Lilacs databases. **Results:** Eleven articles met the inclusion criteria and were integrated into a narrative synthesis. FDS patients use more avoidance and emotion-focused strategies than the general population. Their excessive use has been related to greater psychopathology, poorer

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: gmlucila@gmail.com

<https://doi.org/10.14349/sumapsi.2023.v30.n2.1>

ISSN 0121-4381, ISSN-E 2145-9797/© 2023 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

quality of life and greater distress in the face of stress. On the other hand, the diversity of coping assessment instruments reflects the heterogeneity of the field. Conclusions: More research is needed to understand the coping strategies of FDS patients and to offer more personalized and effective treatment.

©2023 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las crisis funcionales disociativas (CFD), también conocidas como crisis no epilépticas psicógenas o crisis funcionales, son episodios que se asemejan a las crisis epilépticas o síncope en su presentación clínica (Hallett et al., 2022). A diferencia de las crisis epilépticas, que están causadas por una actividad neuronal sincrónica y excesiva, las CFD son causadas por diversos factores biopsicosociales (Brown & Reuber, 2016b). Actualmente, no hay un único mecanismo que sea suficiente y necesario para explicar las CFD en todos los casos (Pérez & LaFrance, 2016). Sin embargo, se han identificado diferentes factores predisponentes y precipitantes de las crisis, como la disociación, la desregulación emocional, factores relacionados al estrés y experiencias traumáticas tempranas (Reuber, 2009). La comorbilidad con epilepsia suele ser frecuente, varía entre el 5% y el 50% de los casos, así como la presencia de trastornos psiquiátricos como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés post-traumático (Labudda et al., 2018; Scévola et al., 2021). La incidencia mundial se estima en 3.1 por cada 100 000, siendo mayor en los centros de salud especializados (Asadi-Pooya, 2021, Hingray et al., 2018). Además, la ausencia de signos y síntomas patognomónicos puede resultar en demoras de hasta siete años en llegar al diagnóstico (Scévola et al., 2013). El video electroencefalograma (VEEG) es el método diagnóstico por excelencia, ya que permite distinguir a las CFD de las crisis epilépticas (LaFrance et al., 2013). Debido a estas características, el pronóstico suele ser pobre y su calidad de vida está significativamente afectada (Jones et al., 2016; Wolfzun et al., 2022). Por otra parte, el abordaje terapéutico de preferencia es el tratamiento psicológico y psiquiátrico (Lanzillotti et al., 2021). Sin embargo, la evidencia sobre la eficacia de los tratamientos sigue siendo escasa (Myers et al., 2021).

En los estudios acerca de las dolencias crónicas, las estrategias de afrontamiento son destacadas como un factor clave, ya que se relacionan con las representaciones sobre la enfermedad, el bienestar psicológico y la adaptación psicosocial (Dempster et al., 2015; Duangdao & Roesch, 2008; Richardson et al., 2017). Estas investigaciones tienen su antecedente en los desarrollos de Lazarus y Folkman (1984), quienes definieron el afrontamiento como un proceso que se despliega en el contexto de una situación o condición que el individuo evalúa como personalmente significativa y como excedente de los recursos personales, realizando esfuerzos cognitivos y conductuales para manejarla. Hoy existe un gran número de instrumentos de evaluación del afrontamiento, y no hay una única herramienta que se haya considerado de preferencia (Folkman & Moskowitz, 2004; Kato, 2015; Skinner et al., 2003). Las distintas estrategias suelen clasificarse acorde con el tipo de función (Folkman & Moskowitz, 2004). El afrontamiento centrado en el problema se refiere a acciones dirigidas a modificar la situación estresante; mientras que el afrontamiento centrado en las

emociones implica esfuerzos orientados a manejar el malestar emocional. Por lo general, el proceso de afrontamiento involucra ambos aspectos (Lazarus & Folkman, 1984).

En cuanto a la forma en la que los pacientes con CFD lidian con su dolencia, los estudios indican que tienden a usar más estrategias centradas en las emociones (Libbon et al., 2020; Sawant & Umate, 2021). Una revisión sistemática sobre las conductas evitativas halló que los pacientes con CFD hacen un uso mayor de la evitación, sobre todo de la evitación experiencial, comparados con los pacientes con epilepsia y la población general (Cullingham et al., 2019). En este sentido, las CFD son consideradas como conductas aprendidas de evitación (Frances et al., 1999; Goldstein et al., 2000). Por tanto, investigar las estrategias de afrontamiento se considera un factor relevante para las intervenciones psicoterapéuticas en personas con CFD (Cullingham et al., 2019; Pick et al., 2016).

En vista de lo ya expuesto, este artículo se propone realizar una revisión sistemática de los estudios sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con CFD. El objetivo principal es identificar las estrategias mediante las cuales enfrentan los desafíos que representan las crisis. A su vez, se pretende relevar los instrumentos que se utilizan para evaluarlas. De esta manera, se busca proporcionar una síntesis actualizada de la investigación sobre el afrontamiento en pacientes con CFD, para profesionales de la salud e investigadores. Hasta el momento, no se tiene conocimiento de la existencia de una revisión sistemática, en habla hispana, sobre este tema.

Método

Se utilizaron las orientaciones de la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) para la confección de revisiones sistemáticas (Liberati et al., 2009). El protocolo de esta revisión se encuentra publicado en el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO).

Estrategia de búsqueda

Para identificar los artículos se realizaron búsquedas en las bases de datos de Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Science Direct y Lilacs. La búsqueda se hizo en junio de 2022; los términos utilizados se identificaron a partir de la literatura previa.

#1 pseudoseizure* OR "nonepileptic attack disorder" OR "functional neurological disorder" OR "functional seizure" OR PNESOR "psychogenic nonepileptic seizure*" OR "dissociative seizure*" OR "conversion seizure*" OR "hysterical seizure*" #2 "coping strategie*" OR Coping OR "coping styles" #1 AND #2.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios cuyos participantes fueran mayores de 18 años, o que la edad promedio de la muestra sea igual o mayor a 18 años; con diagnóstico de CFD confirmado por video electroencefalograma (VEEG), por un EEG ictal, o por medio de un consenso clínico (LaFrance et al., 2013); que usaran metodología cuantitativa, cualitativa o mixta; publicados hasta el 2022, en idioma inglés y español. Los estudios que incluyeran pacientes con diagnóstico de CFD y comorbilidad con epilepsia, que presentaran síntomas psicóticos al momento de la evaluación, y estudios en los que la evaluación del afrontamiento no fuese el tema principal fueron excluidos. Asimismo, se excluyeron estudios que evaluaban conceptos relacionados, como los mecanismos de defensa (ej.: disociación, represión), por ser procesos cualitativamente diferentes (Beghi et al., 2015); y estudios de caso único, posters, capítulos de libros, resúmenes de conferencias, notas o cartas a revistas científicas.

Luego de eliminar los duplicados se revisaron los títulos y resúmenes de los registros encontrados para determinar si cumplían con los criterios de inclusión. Los que no lo cumplieron se eliminaron. Se leyeron por completo los registros seleccionados por su elegibilidad. Además, se revisaron las referencias de los artículos incluidos para buscar otros registros.

Extracción de los datos

De cada uno de los artículos incluidos se extrajeron los siguientes datos: (1) Metodología y diseño; (2) Características de la muestra: (a) cantidad de participantes, (b) tipo de grupo de comparación, (c) edad, (d) sexo, (e) nivel de estudios alcanzado o cantidad de años en el sistema educativo, (f) ocupación, (g) estado civil, (h) comorbilidad psiquiátrica; (3) Características de la enfermedad: (a) frecuencia, (b) edad de inicio, (c) duración; (4) Afrontamiento: a) instrumento de evaluación, b) resultados; 5) Conclusiones.

Evaluación de la calidad

Dos autores evaluaron de forma independiente la calidad de los estudios (LGM, CW). Se compararon las calificaciones obtenidas por cada autor, y en el caso de discrepancias se buscó la opinión de un tercer autor (GK). Se utilizó la herramienta de Brown y Reuber (2016a) desarrollada específicamente para los estudios con población con diagnóstico de CFD, y que ha sido empleada en otros estudios (Indranada et al., 2018). La metodología de los estudios es evaluada por medio de los siguientes requisitos: (1). Todos los diagnósticos se confirmaron mediante video-EEG (sí/no); (2). Referencia explícita de haber descartado la epilepsia (sí/no); (3). Referencia explícita a un procedimiento para distinguir los eventos de las crisis de ansiedad (sí/no); (4). Reclutamiento consecutivo (sí/no); (5). Grupo control comparable al grupo de CFD en términos de edad y género (definido como $\leq 10\%$ de diferencia en el número de mujeres y una diferencia de edad de ≤ 5 años) (sí/no); (6). Referencia explícita de la exclusión de las CFD en los controles (sí/no); (7). Se estandarizaron todas las variables dependientes (sí/no). El tamaño de la muestra se calificará como bueno (n

≥ 64), moderado ($n = 26-63$), pobre ($n = 0-25$). La calidad general del estudio se califica con base en la proporción de ítems a los que se les ha dado un “sí” y al tamaño de la muestra: calidad alta: $\geq 80\%$ de “sí” y buen tamaño de la muestra; calidad media: 50-79% “sí” y tamaño de la muestra al menos moderado y 50-79%; calidad baja: $> 49\%$ “sí” y tamaño de muestra pobre.

Resultados

De las búsquedas en las bases de datos se identificaron un total de 130 registros; tres registros se identificaron a través de una búsqueda manual (Figura 1). Luego de eliminar los duplicados, se examinaron los títulos y resúmenes de 60 artículos; de estos últimos, se excluyeron 39 registros. Veintiún artículos se examinaron por completo para determinar su elegibilidad. Se excluyeron 10 artículos: tres incluían pacientes con CFD y epilepsia comórbida; tres evaluaban categorías que no cumplían con los criterios de inclusión; y en cuatro artículos el afrontamiento no era uno de los aspectos principales del estudio. En total, se incluyeron 11 artículos para el análisis narrativo.

Calidad de los estudios

El 54.5% ($n = 6$) de los estudios recibieron una calificación de baja calidad (Bagherzade et al., 2015; Bakvis et al., 2011; Cronje & Pretorius, 2013; Goldstein et al., 2000; Pretorius & Sparrow, 2015; Testa et al., 2012), y el 45.5% ($n = 5$) fue calificado de calidad media (Frances et al., 1999; Gargiulo et al., 2022; Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Zeng et al., 2018). El detalle de la evaluación de cada estudio puede solicitarse al autor principal (LGM).

Características de los estudios

Los estudios incluidos se publicaron entre 1999 y el 2022. Todos los estudios utilizaron diseños no experimentales, en su mayoría usaron enfoques metodológicos cuantitativos y realizaron correlaciones entre distintas variables. Además, dos estudios hicieron un análisis causal de las variables (Cronje & Pretorius, 2013; Myers et al., 2013). Un solo estudio empleó un enfoque metodológico cualitativo, realizando un análisis temático de la información (Pretorius & Sparrow, 2015). La mayoría de los estudios ($n = 9$) efectuaron comparaciones entre grupos. Siete estudios usaron grupos control de pacientes con epilepsia o con población general (Bagherzade et al., 2015; Bakvis et al., 2011; Cronje & Pretorius, 2013; Frances et al., 1999; Gargiulo et al., 2022; Goldstein et al., 2000; Testa et al., 2012). Dos estudios dividieron la muestra de pacientes con diagnóstico de CFD en subgrupos: Myers et al. (2018) compararon hombres y mujeres con diagnóstico de CFD; y Zeng et al. (2018) compararon pacientes con CFD con comorbilidad con trastorno de estrés posttraumático (TEPT), pacientes con CFD con historia de trauma y pacientes con CFD sin historia de trauma. La totalidad de los artículos estaban publicados en lengua inglesa. En cuanto a la región geográfica, cuatro de los estudios incluidos fueron realizados en Estados Unidos (Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Testa et al., 2012; Zeng et al., 2018), dos en Reino Unido (Frances et al., 1999; Goldstein et al.,

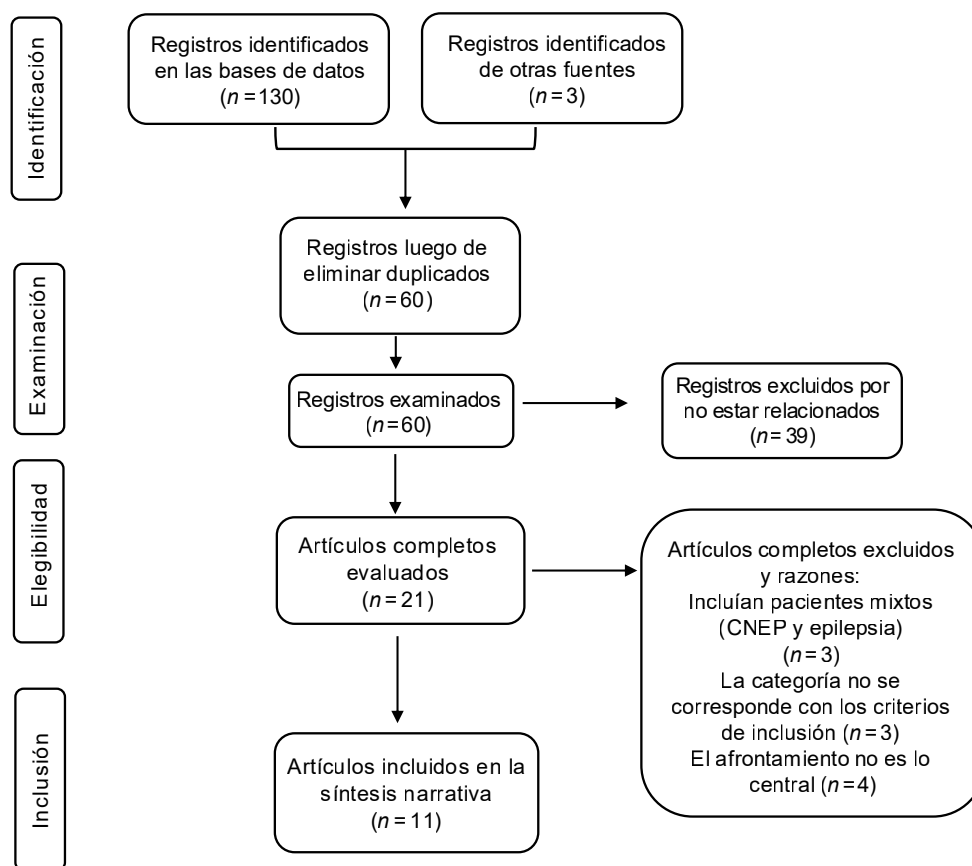


Figura 1. Diagrama de flujo basado en Liberati et al. (2009)

2000), dos en Sudáfrica (Cronje & Pretorius, 2013; Pretorius & Sparrow, 2015), uno se hizo en los Países Bajos (Bakvis et al., 2011), otro en Irán (Bagherzade et al., 2015) y uno en Argentina (Gargiulo et al., 2022).

Características de los participantes

En total, se incluyeron 581 participantes con diagnóstico de CFD, con una edad promedio de 36.62 años. Cronje y Pretorius (2013) incluyeron participantes a partir de los 14 años; sin embargo, el promedio de edad fue de 32.77 años ($DS = 14.40$). Frances et al. (1999) incluyeron participantes a partir de los 17 años, con un promedio de 36.9 años ($DS = 13.7$). Por esta razón, se incluyeron ambos estudios en el análisis.

Todos los estudios tuvieron más participantes mujeres que varones, constituyendo el 77.58% de la muestra total de participantes. La mayoría de los grupos de comparación estaban emparejados por sexo y edad, y no se hallaron diferencias significativas entre ellos. Solo el estudio de Testa et al. (2012) tuvo diferencias significativas en ciertas características demográficas: el grupo de epilepsia tenía un mayor nivel educativo que el grupo con CFD, el coeficiente intelectual (CI) promedio en el grupo control era superior al de los otros grupos, y tanto el grupo control como el de CFD tenían un mayor número de mujeres que el grupo con epilepsia.

La mayoría de los estudios ($n = 7$) reportaron el nivel educativo de los participantes. En cinco estudios el promedio de años en el sistema educativo fue de 13.53 (Frances et al., 1999; Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Testa et al., 2012; Zeng et al., 2018). Un estudio informó que el 24% de los participantes tenía educación terciaria (Cronje & Pretorius, 2013); y en otro estudio el 13.3% había alcanzado educación universitaria (Bagherzade et al., 2015). Solo tres estudios reportaron información sobre la ocupación de los participantes, indicando que muchos se encontraban desempleados (Cronje & Pretorius, 2013; Myers et al., 2018; Pretorius & Sparrow, 2015). Tres estudios reportaron el estado civil. En dos de ellos, más de la mitad de los participantes estaba soltero/a, divorciado/a o viudo/a (Frances et al., 1999; Pretorius & Sparrow, 2015), y en el tercer estudio había el mismo porcentaje de casados/as y solteros/as (Cronje & Pretorius, 2013). Solo tres estudios informaron las comorbilidades psiquiátricas, siendo las más frecuentes los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, trastorno de estrés postraumático y síntomas somáticos (Bakvis et al., 2011; Gargiulo et al., 2022; Testa et al., 2012).

En cuanto a las características de la enfermedad, el promedio de la edad de inicio informada por siete estudios fue de 28.94 años (Bagherzade et al., 2015; Bakvis et al., 2011; Frances et al., 1999; Goldstein et al., 2000; Myers et al., 2018; Testa et al., 2012; Zeng et al., 2018). La cantidad de años con las crisis se promedió a partir de lo informado por tres estudios, y fue de 4.95 años (Bakvis et al., 2011; Goldstein et al., 2000; Testa et al., 2012).

Medidas de evaluación del afrontamiento

En nueve estudios evaluaron el afrontamiento a través de instrumentos estandarizados y autoadministrables. El *Ways of Coping Questionnaire* en su versión revisada (Folkman & Lazarus, 1988) se utilizó en cuatro estudios, siendo el instrumento más empleado (Bagherzade et al., 2015; Cronje & Pretorius, 2013; Frances et al., 1999; Goldstein et al., 2000). Su fundamento teórico sostiene que las estrategias de afrontamiento cambian en función del tipo de estresor. El *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* (Endler & Parker, 1990) se utilizó en tres estudios y es el segundo instrumento más usado (Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Zeng et al., 2018). Este instrumento evalúa tres tipos de estrategias que las personas suelen usar para afrontar las situaciones estresantes: orientado a la tarea, centrado en la emoción y evitación. El *Inventario COPE* (Carver et al., 1989) en su versión original, lo utilizó un estudio (Testa et al., 2012). Este instrumento evalúa el afrontamiento como estilos relativamente estables a través de los diferentes estresores. El *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* (Sandín & Chorot, 2003), evalúa diferentes estilos de afrontamiento (ej.: focalizado en la solución del problema, autopercepción negativa) y fue utilizado por el estudio de Gargiulo et al. (2022).

Por otra parte, Pretorius y Sparrow (2015) exploraron las estrategias de afrontamiento por medio de una entrevista semiestructurada. Finalmente, el estudio de Bakvis et al. (2011) fue el único en utilizar un paradigma experimental que permitía evaluar las conductas de evitación. El *Approach-avoidance Task (AA)* es una tarea de tiempos de reacción que involucra la evaluación de la valencia emocional de imágenes faciales enojadas y felices. Los participantes deben efectuar movimientos de brazos (flexión o extensión del brazo) que sean congruentes con el afecto (evitar-enfado; aproximar-feliz) o incongruentes con el afecto (aproximar-enfado; evitar-feliz).

Descripción de los estudios y principales resultados

Frances et al. (1999) investigaron si las CFD se relacionaban con mayores niveles de percepción de estrés y estrategias de afrontamiento disfuncionales, en comparación con los pacientes con epilepsia y el grupo control. Hallaron diferencias significativas en los niveles de percepción de estrés entre los grupos; los pacientes con CFD obtuvieron el puntaje más elevado y el grupo control el más bajo. En el uso de las estrategias de afrontamiento entre los grupos, solo se encontraron diferencias significativas en los puntajes de evitación-huida, distanciamiento (estrategias centradas en las emociones) y resolución de problemas. El puntaje promedio de la estrategia de evitación-huida fue significativamente mayor en el grupo con CFD en relación con el grupo control. Por otro lado, el grupo control obtuvo un puntaje promedio más alto en la escala de resolución de problemas. En el grupo con CFD y con epilepsia, los puntajes promedio en la escala de distanciamiento fueron casi idénticos. Finalmente, no se hallaron diferencias significativas entre el grupo con CFD y con epilepsia en ninguna de las tres estrategias de afrontamiento.

Goldstein et al. (2000) partieron de la hipótesis de que los pacientes con CFD usarían más estrategias de afrontamiento

centradas en las emociones que la población general. Al comparar un grupo de pacientes con CFD y un grupo control, los pacientes obtuvieron un puntaje promedio bajo en el uso de estrategias de resolución de problemas, y un puntaje promedio alto en el uso de estrategias de evitación-huida. La búsqueda de apoyo social fue la estrategia más utilizada por ambos grupos. Por otro lado, se encontraron correlaciones significativas entre el uso de estrategias de evitación-huida y el puntaje de la medida de disociación (evaluada con *The Dissociative Experiences Scale, DES*) en los dos grupos. Solo en el grupo de pacientes, las estrategias de resolución de problemas correlacionaron de forma negativa con los puntajes de la DES. Finalmente, no se hallaron correlaciones entre el uso de la evitación-huida y los puntajes de otra medida de disociación (la escala *Perceptual Alteration Scale, PAS*).

El estudio de Bakvis et al. (2011) examinó la tendencia a la evitación conductual frente a los niveles de estrés en pacientes con CFD. En comparación con el grupo control, el grupo de pacientes mostró un efecto significativo en los tiempos de respuesta en la línea de base, siendo más lentos en las pruebas de incongruencia (aproximación a rostros enojados), que en las pruebas de congruencia (evitación de rostros enojados). Este efecto significativo se mantuvo luego de controlar los síntomas de ansiedad y depresión. No se encontraron efectos significativos en los tiempos de respuesta frente a las imágenes de rostros felices en ninguno de los grupos. Por otro lado, aunque no hubo correlaciones significativas en cada grupo analizado por separado, se encontró una correlación positiva entre los niveles de cortisol en la línea de base y las tendencias de aproximación-evitación a los rostros enojados.

Testa et al. (2012) se propusieron identificar la existencia de diferencias en la evaluación y frecuencia de situaciones estresantes, y en las respuestas de afrontamiento, en pacientes con CFD comparados con pacientes con epilepsia y controles. El grupo con CFD reportó puntajes mayores de malestar a eventos negativos que el grupo control. En cuanto al afrontamiento, se encontraron diferencias significativas en los puntajes globales entre los grupos. En concreto, el grupo con CFD reportó menor uso del afrontamiento activo y la planificación que el grupo control. Si bien, en la muestra, no se hallaron correlaciones significativas entre el malestar asociado a eventos negativos y el afrontamiento activo o la planificación, sí se halló una correlación positiva con la negación, especialmente en el grupo con CFD. Por otro lado, se encontró que, de acuerdo con el puntaje de malestar asociado a eventos negativos, el grupo con CFD podía dividirse en un nivel alto y bajo de malestar. Quienes tenían altos niveles de malestar reportaron un menor uso de estrategias de crecimiento positivo, mayor uso de desconexión mental, enfoque y expresión de emociones, y negación. Finalmente, no se hallaron asociaciones entre el afrontamiento, la medicación antiepiléptica, el coeficiente intelectual (CI), la frecuencia de crisis, la duración y el inicio de las crisis.

Cronje y Pretorius (2013) indagaron las relaciones que podrían existir entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de personas con diagnóstico de CFD. Su hipótesis consiste en que el estilo de afrontamiento del individuo puede tener un rol importante en su calidad de vida. A diferencia del grupo control, los pacientes con CFD usaron

de manera significativa las estrategias de evitación-huida y distanciamiento. Además, el afrontamiento evitativo correlacionó con una baja calidad de vida. Tanto la estrategia de evitación como de distanciamiento resultaron ser predictores negativos de la calidad de vida en la muestra. Mientras que la estrategia de confrontación fue el único predictor positivo. Las subescalas de evitación-huida, distanciamiento, resolución de problemas y confrontación, en conjunto, explicaban el 56% de la varianza de los puntajes totales de la calidad de vida de la muestra.

Myers et al. (2013) consideraron que los pacientes con CFD usarían más estrategias centradas en las emociones y tendrían más conductas de evitación. Por eso, se propusieron indagar las estrategias de afrontamiento y la existencia de asociaciones con características psicopatológicas. Al comparar los puntajes de las estrategias, el afrontamiento orientado a la tarea fue bajo en comparación con la evitación y las estrategias centradas en la emoción. Un tercio de la muestra (30.5%) reportó un uso elevado de estrategias centradas en la emoción. Esto se asoció con factores psicológicos disfuncionales, incluyendo altos puntajes en el ánimo deprimido, alexitimia, disociación, experiencias intrusivas, conductas para reducir la tensión, incrementos en la expresión de ira, quejas somáticas, cinismo y alteraciones en el procesamiento emocional. Los síntomas de depresión, las experiencias intrusivas, las conductas de reducción de la tensión y los síntomas de hostilidad fueron los únicos predictores del afrontamiento centrado en la emoción. Por otra parte, el 15.9% de la muestra reportó usar estrategias de evitación. El afrontamiento evitativo correlacionó de manera significativa con los síntomas depresivos, que a su vez fue el único predictor significativo. Las estrategias orientadas a la tarea correlacionaron con bajos puntajes en alexitimia, con los síntomas depresivos y alteraciones en el procesamiento emocional. Los síntomas depresivos fueron el único predictor significativo. Finalmente, no se hallaron correlaciones significativas con variables demográficas (edad y años en el sistema educativo), clínicas (CI, edad de inicio de las CFD, años de duración) e históricas (historia de abuso, tipo de abuso).

Bagherzade et al. (2015) compararon la experiencia de afecto positivo y negativo, así como las estrategias de afrontamiento en pacientes con CFD, epilepsia del lóbulo frontal y controles. No hubo diferencias significativas entre el grupo con CFD y el grupo con epilepsia en las estrategias usadas. Los pacientes con CFD tuvieron puntuaciones más altas que el grupo control en las estrategias de evitación-huida, distanciamiento y búsqueda de apoyo social. A su vez, puntuaron bajo en las estrategias de reevaluación positiva, resolución de problemas, aceptar la responsabilidad, autocontrol y afrontamiento confrontativo, en relación con el grupo control.

Pretorius y Sparrow (2015) utilizaron el análisis temático para explorar las experiencias de vida de las personas con diagnóstico de CFD. Enfatizaron en los desafíos que debían enfrentar, así como en los recursos y estrategias de afrontamiento disponibles. A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron diferentes temas relacionados con los desafíos que enfrentan luego del diagnóstico, y a los recursos disponibles para lidiar con ellos. En cuanto a los recursos para afrontar las crisis, la religión y la espiritualidad fue el tema que surgió del análisis cualitativo de la información.

Los rezos de otros y el propio rezo eran considerados de gran ayuda para hacer frente al impacto de las CFD en la vida cotidiana. Por un lado, tenían un efecto amortiguador contra las crisis y, por el otro, un efecto catártico al sentirse comprendidos por un poder superior. Estas creencias formaban parte de un contexto cultural y tradicional más global, desde el cual los pacientes consideraban la existencia de un plan divino para sus vidas, que les permitía dar sentido al sufrimiento experimentado por las CFD, y así poder enfrentar los días que fueran difíciles.

Myers et al. (2018) exploran la existencia de diferencias de género en pacientes con CFD. Al comparar hombres y mujeres con CFD, no encontraron diferencias significativas en variables demográficas y clínicas. Los hombres reportaron un mayor uso de estrategias de evitación y mayores niveles de síntomas depresivos que las mujeres.

Zeng et al. (2018) se propusieron determinar si los pacientes con CFD y TEPT comórbido difieren de otros pacientes con CFD en términos de alexitimia y en las estrategias de afrontamiento al estrés. Para ello, compararon pacientes con diagnóstico de CFD y TEPT con pacientes con CFD y trauma (sin TEPT), y pacientes con CFD sin historia de trauma. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos en el uso de estrategias de afrontamiento de evitación y orientadas a la tarea. Aunque hallaron que el grupo de pacientes con CFD y TEPT puntuó alto en las estrategias centradas en la emoción y en los niveles de alexitimia, en comparación con los otros grupos, que no difirieron entre sí. Además, encontraron que la somatización era un predictor significativo del uso de estrategias centradas en la emoción; pero no así la disociación.

Gargiulo et al. (2022) analizaron las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con diagnóstico de CFD, pacientes con epilepsia farmacorresistente y controles. Aunque no hallaron diferencias significativas en el afrontamiento entre los grupos de pacientes, el grupo con CFD presentó un uso mayor de afrontamiento hostil y de auto-percepción negativa que el grupo control. A nivel general, se encontraron correlaciones negativas significativas entre los síntomas depresivos y la estrategia de resolución de problemas. Por otra parte, encontraron correlaciones positivas significativas entre los síntomas de depresión y de ansiedad con la estrategia de auto-percepción negativa. También se hallaron correlaciones positivas significativas entre la medida de resiliencia y el afrontamiento de resolución de problemas; y entre los estilos de evitación y hostilidad. Finalmente, los síntomas de ansiedad y depresión se asociaron con variaciones en los puntajes de la estrategia de auto-percepción negativa; y los síntomas de ansiedad se asociaron con las variaciones en la hostilidad.

Discusión

Esta investigación tiene como principal objetivo revisar la forma en la que los adultos con diagnóstico de CFD enfrentan su padecimiento. Al igual que lo descrito en otros estudios, se encontró que los pacientes con CFD de los artículos incluidos tienden a hacer un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en las emociones, en comparación con los controles (Cullingham et al., 2019; Sawant & Umate, 2021). Las estrategias más utilizadas son: centradas en la emoción (Myers et al., 2013; Zeng et al.,

2018), la evitación (Bagherzade et al., 2015; Bakvis et al., 2011; Cronje & Pretorius, 2013; Frances et al., 1999; Gargiulo et al., 2022; Goldstein et al., 2000; Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Zeng et al., 2018), el distanciamiento (Bagherzade et al., 2015; Cronje & Pretorius, 2013; Frances et al., 1999), la búsqueda de apoyo social (Goldstein et al., 2000), la autopercepción negativa (Gargiulo et al., 2022), la hostilidad (Gargiulo et al., 2022), la negación (Testa et al., 2012) y las prácticas religiosas (Pretorius & Sparrow, 2015). La efectividad de las estrategias para afrontar el estrés depende de la controlabilidad de la situación, por lo que las estrategias centradas en la emoción podrían ser más adaptativas en situaciones no controlables (ej., abuso sexual y físico) (Folkman & Moskowitz, 2004). En contraste, los intentos por evitar una situación estresante y las emociones asociadas pueden reducir el malestar en el corto plazo, pero se vuelven disfuncionales si la persona persiste en esas conductas (Snyder & Pulvers, 2001). En estos pacientes, el uso frecuente de la evitación termina convirtiéndose en un factor mantenedor del trastorno (Goldstein & Mellers, 2006).

Por otro lado, los resultados coinciden con otros estudios en que los pacientes con CFD usan menos estrategias centradas en el problema que los controles (Bagherzade et al., 2015; Bakvis et al., 2011; Cronje & Pretorius, 2013; Frances et al., 1999; Gargiulo et al., 2022; Goldstein et al., 2000; Testa et al., 2012). A diferencia de la revisión de Cullingham et al. (2019), los artículos incluidos en esta revisión indican que no habría diferencias entre pacientes con CFD y pacientes con epilepsia, ya que ambos grupos hacen un mayor uso de estrategias centradas en la emoción (Bagherzade et al., 2015; Frances et al., 1999; Gargiulo et al., 2022; Testa et al., 2012). Cullingham et al. (2019) sostienen que la ausencia de diferencias entre estos dos grupos podría deberse a factores metodológicos de algunos estudios (ej., reportar puntajes brutos en lugar de relativos, o un efecto de pequeño tamaño). Por lo que afirman que, muy posiblemente, los pacientes con CFD hagan mayor uso de la evitación que los pacientes con epilepsia. Cabe destacar que estos autores se centraron únicamente en la evitación, que representa una de las tantas estrategias centradas en las emociones.

Distintos autores afirman que los pacientes con CFD experimentan altos niveles de estrés y malestar frente a eventos estresantes negativos, lo que se asocia con conductas de evitación (Bakvis et al., 2011; Testa et al., 2012). A su vez, tienden a usar menos estrategias centradas en el problema para afrontar el estrés (Bagherzade et al., 2015; Testa et al., 2012). Estos resultados son consistentes con los reportados en revisiones anteriores sobre pacientes con CFD, sugiriendo que los pacientes enfrentan el malestar asociado a eventos negativos a través de la evitación (Brown & Reuber, 2016a; Cullingham et al., 2019).

La evitación es una forma común de respuesta ante elementos relacionados con el trauma, y los pacientes con CFD suelen presentar una alta exposición a experiencias traumáticas, especialmente de abuso sexual (Hetzl-Riggin & Wilber, 2010; Labudda et al., 2018). La comorbilidad con TEPT también es alta en esta población, con una tasa del 38.9% de acuerdo con una revisión de 10 estudios (Fizman et al., 2004). Zeng et al. (2018) encontraron que los pacientes con CFD y TEPT usaban más estrategias centradas en las emociones que el grupo con trauma (sin TEPT) y el

grupo sin historia de trauma. Sin embargo, no encontraron diferencias entre los grupos en el uso de la evitación (Zeng et al., 2018). Algunos autores consideran que las CFD son el resultado de la reactivación de fragmentos disociados del trauma, y por tanto representan una conducta de evitación no deliberada (Brown & Reuber, 2016a).

Las estrategias centradas en las emociones se han relacionado con una mayor presencia de somatización, altos niveles de alexitimia, dificultades en la regulación emocional y más experiencias disociativas (Goldstein et al., 2000; Myers et al., 2013; Zeng et al., 2018). Las dificultades en el procesamiento emocional en pacientes con CFD se han asociado con el uso de estrategias menos adaptativas para lidiar con los problemas, y a una mayor severidad de los síntomas somáticos (Baslet et al., 2017; Brown et al., 2013). En este sentido, una mayor presencia de sintomatología disociativa se asoció a un menor uso de estrategias centradas en el problema (Goldstein et al., 2000); mientras que el uso de estrategias orientadas a la tarea se asoció a menores niveles de alexitimia y menos dificultades en el procesamiento emocional (Myers et al., 2013). Asimismo, los niveles de somatización explicaban el uso de las estrategias orientadas a la tarea (Zeng et al., 2018).

Se ha reconocido ampliamente la alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en esta población, siendo incluso mayor que en pacientes con epilepsia (Diprose et al., 2016; Scévola et al., 2021). En la presente revisión, los niveles de esta sintomatología explicaban el uso de las estrategias centradas en la emoción, como la evitación, la autopercepción negativa y la hostilidad (Gargiulo et al., 2022; Myers et al., 2013; Myers et al., 2018). En el estudio de Myers et al. (2018), solo el género masculino se relacionó con un mayor uso de evitación y más síntomas depresivos. Estos hallazgos concuerdan con la evidencia existente acerca de la relación entre la evitación y la depresión (Orzechowska et al., 2022; Ottenbreit & Dobson, 2004). Por otra parte, un mayor uso de estrategias de resolución de problemas se asoció a menor sintomatología depresiva (Gargiulo et al., 2022; Myers et al., 2013). En conjunto, estos resultados sugieren que las estrategias centradas en la emoción se asocian a una mayor presencia de psicopatología. Aunque no es posible establecer en qué medida se trata de una característica propia de las CFD o de los trastornos comórbidos, que también presentan un mayor uso de estas estrategias.

En consistencia con otras revisiones sobre las CFD (Jones et al., 2016; Wolfzun et al., 2022), se encontró que el uso de estrategias de evitación y distanciamiento influyen de manera negativa en la calidad de vida de estos pacientes (Cronje & Pretorius, 2013). Las estrategias de afrontamiento, en su totalidad, explicaban el 56% de las variaciones en los puntajes de la calidad de vida de la muestra. Considerando la baja calidad de vida reportada por estos pacientes, desarrollar capacidades de afrontamiento más funcionales debiera ser un objetivo terapéutico de vital importancia en los tratamientos psicoterapéuticos.

Ninguno de los estudios incluidos en la presente revisión halló evidencia sobre la asociación entre el afrontamiento y otros factores demográficos, la medicación antiepiléptica, el coeficiente intelectual, la frecuencia de las crisis, la duración de la enfermedad y la edad de inicio de las crisis (Myers et al., 2013; Myers et al., 2018; Testa et al., 2012).

El otro objetivo de esta revisión consistió en identificar los instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento en estudios sobre CFD. Se encontraron seis instrumentos diferentes, entre los once estudios incluidos, incluyendo medidas validadas y entrevistas. El *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1988) es una de las medidas validadas más usadas (Kato, 2015), y fue la más frecuente en los estudios incluidos. En la investigación sobre el afrontamiento se ha abordado la existencia de diversos instrumentos para medirlo, lo que ha resultado en una amplia variedad de definiciones y categorías de estrategias de afrontamiento (Folkman & Moskowitz, 2004; Kato, 2015). Por ello, la clasificación de las estrategias de afrontamiento sigue siendo objeto de debate, debido a la superposición de términos y significados similares (Skinner et al., 2003). Es esencial considerar el enfoque del afrontamiento que cada estudio adopta, para comprender cómo se evalúa y extraer conclusiones útiles para la investigación y la práctica clínica en pacientes con CFD.

Deben considerarse algunas limitaciones en la interpretación de los resultados. Por un lado, el número de estudios incluidos es reducido, reflejando la escasez de investigaciones en el área, particularmente en Latinoamérica. Por otra parte, la calidad de los estudios fue, en su mayoría, baja, y solo cinco estudios obtuvieron una calidad media. La dificultad para realizar investigaciones aleatorizadas y controladas sobre las CFD y la calidad general de los estudios, se han abordado anteriormente (Brown & Reuber, 2016a). Además, la mayoría de los participantes eran de sexo femenino. Si bien esto es consistente con la evidencia de una mayor proporción de mujeres con diagnóstico de CFD en comparación con los hombres (Asadi-Pooya et al., 2019), debe considerarse como una limitación de los resultados, por el hallazgo de diferencias entre géneros en el afrontamiento (Libbon et al., 2020; Myers et al., 2018). Entre otra de las limitaciones se encuentra la heterogeneidad en la evaluación del afrontamiento, como se mencionó previamente. Esta heterogeneidad ha dificultado la comparación de resultados entre diferentes estudios y ha limitado la capacidad para hacer generalizaciones concluyentes y uniformes sobre el uso de estrategias de afrontamiento en esta población.

En contraparte, una fortaleza de esta revisión fue la inclusión de un estudio de enfoque cualitativo (Pretorius & Sparrow, 2015). El uso de técnicas cualitativas permite ampliar el entendimiento sobre los significados que los individuos otorgan a sus experiencias, y son útiles para descubrir formas de afrontamiento que no están contempladas en las medidas estandarizadas (Folkman & Moskowitz, 2004; Pick et al., 2016). No obstante, se necesitan más investigaciones que exploren los recursos de afrontamiento desde la narrativa de los pacientes. Además, según el conocimiento de los autores, esta es la primera revisión sistemática sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes con CFD realizada en español y en América Latina.

Conclusión

En esta revisión se ha observado que los pacientes con CFD utilizan más estrategias de evitación y centradas en la emoción que la población general. El uso excesivo de estas

estrategias se ha relacionado con una mayor psicopatología, una peor calidad de vida y mayor malestar frente al estrés. Por ello, sería importante que futuras investigaciones se centren en el desarrollo de intervenciones orientadas al abordaje de estas estrategias. Por otra parte, se encontraron diversos instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento, reflejando la heterogeneidad existente en la investigación sobre este tema. No obstante, estos instrumentos resultan de utilidad para explorar el repertorio de estrategias de afrontamiento de los pacientes con CFD. Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan permitiría a los profesionales de la salud ofrecer un tratamiento más personalizado y efectivo.

Agradecimientos

Los autores agradecen especialmente a la licenciada Micaela Ponieman por su contribución en el proceso de la revisión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

Referencias

- Asadi-Pooya, A. A. (2021). Incidence and prevalence of psychogenic nonepileptic seizures (functional seizures): A systematic review and an analytical study. *International Journal of Neuroscience*, 133(6), 598-603. <https://doi.org/10.1080/00207454.2021.1942870>
- Asadi-Pooya, A. A., Myers, L., Valente, K., Restrepo, A. D., D'Alessio, L., Sawchuk, T., Homayoun, M., Bahrami, Z., Alessi, R., Aroni Paytan, A., Kochen, S., Buchhalter, J., Taha, F., Lazar, L. M., Pick, & Nicholson, T. (2019). Sex differences in demographic and clinical characteristics of psychogenic nonepileptic seizures: A retrospective multicenter international study. *Epilepsy & Behavior*, 97, 154-157. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.045>
- Bagherzade, A., Mani, A., Firoozabadi, A., & Asadipooya, A. (2015). Positive and negative affects and coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizure, temporal lobe epilepsy and control groups. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 8(1), 133-139. <https://acortar.link/225sNB>
- Bakvis, P., Spinhoven, P., Zitman, F. G., & Roelofs, K. (2011). Automatic avoidance tendencies in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 20(8), 628-634. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2011.06.006>
- Baslet, G., Tolchin, B., & Dworetzky, B. A. (2017). Altered responsiveness in psychogenic nonepileptic seizures and its implication to underlying psychopathology. *Seizure*, 52, 162-168. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.10.011>
- Beghi, M., Negrini, P. B., Perin, C., Peroni, F., Magauidda, A., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2015). Psychogenic non-epileptic seizures: So-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2519-2527. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82079>
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S., Burness, C., & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 178-183. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.019>

- Brown, R. J., & Reuber, M. (2016a). Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 157-182. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.003>
- Brown, R. J., & Reuber, M. (2016b). Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clinical Psychology Review*, 47, 55-70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cronje, G., & Pretorius, C. (2013). The coping styles and health-related quality of life of South African patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(3), 581-584. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.09.045>
- Cullingham, T., Kirkby, A., Sellwood, W., & Eccles, F. J. R. (2019). Avoidance in nonepileptic attack disorder: A systematic review and meta-analyses. *Epilepsy & Behavior*, 95, 100-111. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.004>
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- Diprose, W., Sundram, F., & Menkes, D. B. (2016). Psychiatric comorbidity in psychogenic nonepileptic seizures compared with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 56, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.037>
- Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 291-300. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9155-6>
- Endler, N. S., & Parker, J. (1990). *Coping inventory for stressful situations*. Multi-Health systems Incorporated.
- Fizman, A., Alves-Leon, S. V., Nunes, R. G., D'Andrea, I., & Figueira, I. (2004). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy & Behavior*, 5(6), 818-825. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.09.002>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Frances, P. L., Baker, G. A., & Appleton, P. L. (1999). Stress and avoidance in pseudoseizures: Testing the assumptions. *Epilepsy Research*, 34(2), 241-249. [https://doi.org/10.1016/S0920-1211\(98\)00116-8](https://doi.org/10.1016/S0920-1211(98)00116-8)
- Gargiulo, A. J., Sarudiansky, M., Videla, A., Lombardi, N., Korman, G. P., Oddo, S., & D'Alessio, L. (2022). Perceived stress, resilience, and stress coping in patients with drug resistant epilepsy and functional dissociative seizures. *Seizure*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.08.002>
- Goldstein, L. H., Drew, C., Mellers, J., Mitchell-O'Malley, S., & Oakley, D. A. (2000). Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: Characteristics of pseudoseizure patients. *Seizure*, 9(5), 314-322. <https://doi.org/10.1053/seiz.2000.0421>
- Goldstein, L. H., & Mellers, J. D. (2006). Ictal symptoms of anxiety, avoidance behaviour, and dissociation in patients with dissociative seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77(5), 616-621. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.066878>
- Hallett, M., Aybek, S., Dworetzky, B. A., McWhirter, L., Staab, J. P., & Stone, J. (2022). Functional neurological disorder: New subtypes and shared mechanisms. *The Lancet Neurology*, 21(6), 537-550. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00422-1](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00422-1)
- Hetzel-Riggin, M. D., & Wilber, E. L. (2010). To dissociate or suppress? Predicting automatic vs. conscious cognitive avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 444-457. <https://doi.org/10.1080/15299732.2010.495376>
- Hingray, C., El-Hage, W., Duncan, R., Gigueishvili, D., Kanemoto, K., LaFrance, W. C., de Marinis, A., Paul, R., Pretorius, C., Téllez-Zenteno, J. F., Wiseman, H., & Reuber, M. (2018). Access to diagnostic and therapeutic facilities for psychogenic nonepileptic seizures: An international survey by the ILAE PNES Task Force. *Epilepsia*, 59(1), 203-214. <https://doi.org/10.1111/epi.13952>
- Indranada, A. M., Mullen, S. A., Duncan, R., Berlowitz, D. J., & Kanaan, R. A. (2018). The association of panic and hyperventilation with psychogenic non-epileptic seizures: A systematic review and meta-analysis. *Seizure*, 59, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.05.007>
- Jones, B., Reuber, M., & Norman, P. (2016). Correlates of health-related quality of life in adults with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. *Epilepsia*, 57(2), 171-181. <https://doi.org/10.1111/epi.13268>
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress Health*, 31(4), 315-323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Labudda, K., Frauenheim, M., Illies, D., Miller, I., Schrecke, M., Vietmeier, N., Brandt, C., & Bien, C. G. (2018). Psychiatric disorders and trauma history in patients with pure PNES and patients with PNES and coexisting epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 88, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.08.027>
- LaFrance, W. C., Jr., Baker, G. A., Duncan, R., Goldstein, L. H., & Reuber, M. (2013). Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia*, 54(11), 2005-2018. <https://doi.org/10.1111/epi.12356>
- Lanzillotti, A. I., Sarudiansky, M., Lombardi, N. R., Korman, G. P., & D'Alessio, L. (2021). Updated review on the diagnosis and primary management of psychogenic nonepileptic seizure disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1825-1838. <https://doi.org/10.2147/NDT.S286710>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Libbon, R., Baker, S., Watson, M., Natvig, C., Strom, L., & Mikulich, S. (2020). Sex effects on coping, dissociation, and PTSD in patients with non-epileptic seizures. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 69. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01192-x>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65-94. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136>
- Myers, L., Fleming, M., Lancman, M., Perrine, K., & Lancman, M. (2013). Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. *Seizure*, 22(8), 634-639. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.04.018>
- Myers, L., Sarudiansky, M., Korman, G., & Baslet, G. (2021). Using evidence-based psychotherapy to tailor treatment for patients with functional neurological disorders. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 100478. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100478>
- Myers, L., Trobliger, R., Bortnik, K., & Lancman, M. (2018). Are there gender differences in those diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures? *Epilepsy & Behavior*, 78, 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.10.019>
- Orzechowska, A., Blizniewska-Kowalska, K., Galecki, P., Szulc, A., Plaza, O., Su, K. P., Georgescu, D., & Galecka, M. (2022). Ways of coping with stress among patients with depressive disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6500. <https://doi.org/10.3390/jcm11216500>
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance

- scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 293-313. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00140-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00140-2)
- Pérez, D. L., & LaFrance, W. C., Jr. (2016). Nonepileptic seizures: An updated review. *CNS Spectrums*, 21(3), 239-246. <https://doi.org/10.1017/S109285291600002X>
- Pick, S., Mellers, J. D., & Goldstein, L. H. (2016). Emotion and dissociative seizures: A phenomenological analysis of patients' perspectives. *Epilepsy & Behavior*, 56, 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.010>
- Pretorius, C., & Sparrow, M. (2015). Life after being diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A South African perspective. *Seizure*, 30, 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.05.008>
- Reuber, M. (2009). The etiology of psychogenic non-epileptic seizures: Toward a biopsychosocial model. *Neurologic Clinics*, 27(4), 909-924. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2009.06.004>
- Richardson, E. M., Schuz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schuz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 26(6), 724-737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. [The Coping Strategies Questionnaire: Development and preliminary validation]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sawant, N. S., & Umate, M. S. (2021). Dissociation, stressors, and coping in patients of psychogenic nonepileptic seizures. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(6), 479-484. <https://doi.org/10.1177/0253717620956460>
- Scévola, L., Teitelbaum, J., Oddo, S., Centurión, E., Loidl, C. F., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2013). Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.012>
- Scévola, L., Wolfzun, C., Sarudiansky, M., Areco Pico, M. M., Ponieman, M., Gonzalez Stivala, E., Korman, G., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2021). Psychiatric disorders, depression and quality of life in patients with psychogenic non-epileptic seizures and drug resistant epilepsy living in Argentina. *Seizure*, 92, 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.09.004>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Snyder, C. R., & Pulvers, K. M. (2001). Dr. Seuss, the coping machine, and "Oh the places you'll go". In Snyder, C. R. (Ed.), *Coping with stress: Effective people and processes* (pp. 3-29). Oxford University Press.
- Testa, S. M., Krauss, G. L., Lesser, R. P., & Brandt, J. (2012). Stressful life event appraisal and coping in patients with psychogenic seizures and those with epilepsy. *Seizure*, 21(4), 282-287. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.02.002>
- Wolfzun, C., Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2022). Calidad de vida en pacientes con epilepsia y crisis no epilépticas psicógenas: una revisión sistemática. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(2), 89-104. <http://hdl.handle.net/11336/161215>
- Zeng, R., Myers, L., & Lancman, M. (2018). Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 57, 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.03.011>