

Trastornos psiquiátricos, personalidad y experiencias traumáticas en pacientes con crisis no epilépticas conversivas

L. Pintor Pérez^a, G. Pérez Domínguez^b, X. Torres Mata^a, S. Araya La Ribera^c, S. Arroyo Serrano^a, E. Bailles Lázard^a y J. de Pablo Rabasso^a

^aInstituto Clínico de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínico. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital del Mar-IMIM. ^cCentro de Salud Mental de Adultos de Gaba. Consorcio Hospitalario de Sant Joan de Deu. Barcelona.

Psychiatric disorders, personality and traumatic experiences in conversive non-epileptic seizures patients

Resumen

Objetivo. *Estudiar el perfil clínico de una muestra de pacientes con crisis no epilépticas conversivas, y la influencia que las experiencias traumáticas pueden tener en la psicopatología y la personalidad de estos pacientes.*

Métodos. *Se incluyeron 17 pacientes con crisis no epilépticas conversivas, confirmadas mediante videoelectroencefalograma. Se administró una entrevista clínica estructurada para la detección de trastornos psiquiátricos en eje I y II (SCID-DSM-III-R), un cuestionario de personalidad (MMPI), y una entrevista diseñada para recoger historia personal de experiencias traumáticas en la infancia. Se ha usado para el análisis de los resultados pruebas estadísticas descriptivas y comparativas.*

Resultados. *Más del 70% de la muestra cumplía criterios para dos o más diagnósticos psiquiátricos en eje I, y para al menos un trastorno de la personalidad. El subgrupo con experiencias traumáticas en la infancia presentaba un mayor número de escalas del MMPI en el rango de la patología clínica, una menor edad a la cual eran diagnosticados correctamente, y una mayor intensidad en las escalas de psicastenia y desviación psicopática que el subgrupo sin experiencias traumáticas en la infancia.*

Conclusiones. *Nuestra muestra de pacientes con crisis no epilépticas conversivas presenta unos niveles de psicopatología elevados, y diversidad en su sustrato de carácter. Se pueden definir, en función de los antecedentes de experiencias traumáticas en la infancia, subgrupos con diferente gravedad y distintas características clínicas y de personalidad.*

Palabras clave: *conversión, crisis no epilépticas, personalidad, trastorno psiquiátrico.*

Summary

Aim. *To study the clinical characteristics in patients with conversion non-epileptic seizures, and the influence that traumatic childhood experiences could have in their psychopathologic status and personality.*

Methods. *Seventeen patients with non-epileptic seizures confirmed through video-EEG were included. A structured clinical interview (SCID-DSM-III-R), a measure of personality variables (MMPI), and an interview designed for collecting data on personal history of childhood traumas were administered. Descriptive and comparative statistical methods were used.*

Results. *More than 70% of the sample fulfilled the criteria for two or more simultaneous diagnoses in Axis I, and for at least one personality disorder. The subgroup experiencing childhood traumatic experiences showed more clinically significant MMPI scales, a younger age at correct diagnosis, and higher scores on the MMPI psychastenia and psychopathic deviation scales than the non experiencing childhood traumatic events.*

Conclusions. *Our sample of patients with conversion non-epileptic seizures shows a significant level of psychopathology, and the absence of a unique character substrate. Under the generic term of pseudoseizures, a number of subgroups according to childhood traumatic experiences, with different levels of severity and different clinical and personality properties, may be defined.*

Key words: *conversion, non-epileptic seizures, personality, psychiatric disorders.*

CORRESPONDENCIA:

L. Pintor.
Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología.
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.
C/ Villarroel, 170.
08036 Barcelona.
Correo electrónico: lpintor@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

Las pseudocrisis son súbitos cambios en la conducta que recuerdan a las convulsiones epilépticas pero sin causa orgánica¹. Suponen entre un 5% y un 20% de la población ambulatoria que consulta para evaluación de crisis epilépticas².

La identificación y adecuado diagnóstico de los pacientes con pseudocrisis es fundamental para evitar efectos iatrogénicos de tratamientos con medicaciones anti-epilépticas, procedimientos invasivos como intubaciones³, o inclusive intervenciones quirúrgicas.

Los episodios de crisis no epilépticas psicógenas pueden formar parte de múltiples trastornos psiquiátricos, sin embargo, el diagnóstico de trastorno por conversión, que se incluye dentro de los trastornos somatoformes en el DSM-IV⁴, es con mucho el más frecuente en estos pacientes⁵. Sin embargo, es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial respecto a otros posibles síndromes psiquiátricos que podrían presentar cierta similitud sintomática^{6,7} como las crisis de angustia, trastornos psicóticos, trastornos facticios o simulación, que se pueden mostrar de forma paroxística⁵.

Los pacientes con crisis no epilépticas conversivas son mayoritariamente mujeres (75% - 80%)⁸, y suelen tener antecedentes de abusos físicos o sexuales durante su infancia o adolescencia, con mayor frecuencia que los pacientes con crisis no epilépticas no conversivas^{9,10}. Otros autores observan en los pacientes afectados por crisis no epilépticas conversivas, elevados niveles de ansiedad¹, depresión^{11,12}, trastornos de personalidad⁸, y asociación con historia de tratamiento psiquiátrico, intentos de suicidio y trastorno de personalidad límite¹³.

En este trabajo se pretende: a) estudiar la coexistencia de diagnósticos psiquiátricos en eje I y II en pacientes con pseudocrisis conversivas, y b) comprobar la influencia de las experiencias traumáticas en la infancia, sobre la personalidad de estos pacientes y sobre las características psicopatológicas que presentan posteriormente.

MÉTODOS

Sujetos

Se ha estudiado un grupo de 17 pacientes remitidos desde la Unidad de Epilepsia del Servicio de Neurología al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, entre marzo de 1996 y junio de 1997. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: presencia de pseudocrisis confirmadas mediante video-electroencefalograma (video-EEG) (64-channel video-EEG, BMSI 5000 Nicolett, Madison «Wisconsin»), y ausencia de enfermedad neurológica excepto epilepsia.

Método

Las entrevistas fueron realizadas conjuntamente por un psiquiatra (LP) y por un psicólogo clínico (GP). Para cada sujeto se realizó una primera entrevista para recoger datos de la historia personal y familiar, y en sucesivas entrevistas se obtuvieron datos de la relación de las crisis con acontecimientos vitales y de la historia de traumas.

En la primera entrevista se administró a los sujetos la Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID), para eje I y II¹⁴. Para el diagnóstico del trastorno conversivo se utilizaron criterios DSM-IV (APA, 1994). También se administró el cuestionario de personalidad MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)¹⁵, instrumento ampliamente validado en poblaciones clínicas diversas y particularmente sensible a estructuras características conversivas¹⁶, y la escala de alexitimia desarrollada por Kleiger a partir del MMPI¹⁷. Se preguntó a dos familiares de cada paciente el nivel de «tensión entre los miembros de la familia nuclear» con posibilidad de respuesta graduada de 0 a 5 (0 mínima tensión, 5 máxima tensión), y se hizo la media aritmética, para evaluar el tipo de soporte y ayuda que podría dar la familia durante la terapia.

Análisis estadístico

El análisis de los datos clínicos (psiquiátricos y neurológicos), psicométricos y epidemiológicos se realizó mediante estadística descriptiva: para el análisis cuantitativo mediante el cálculo de la media y la desviación estándar, y para las frecuencias porcentajes o valores absolutos.

Las correlaciones entre datos psicométricos y datos clínicos se realizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La comparación de medias entre los dos subgrupos de pacientes establecidos a partir de existencia o no de trauma en la infancia, se llevó a cabo mediante la prueba no paramétrica para dos muestras independientes «Mann-Whitney U», debido al reducido número de la muestra.

Para todos los análisis estadísticos se consideró un valor de p menor o igual a 0,05 como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se recogen en la tabla 1.

En la tabla 2 se exponen los diagnósticos neurológicos y psiquiátricos que se habían realizado en estos pacientes en otras unidades u hospitales, previamente a la entrada en el estudio.

La totalidad de la muestra había sido diagnosticada de epilepsia en algún momento de su evolución, aunque después del estudio con video-EEG se observó que los 17 tenían crisis no epilépticas, aunque tres pacientes tenían también crisis epilépticas, dos de tipo epilepsia generalizada tónico-clónica y uno con crisis generalizadas no tónico-clónicas.

Diagnóstico

En la tabla 3 se recogen los diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida y los diagnósticos actuales de los 17

TABLA 1. Características clínicas y sociodemográficas de los 17 pacientes con crisis no epilépticas conversivas

Variables	Frecuencias	
	N	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Mujer/hombre	15/2	88,2/11,8
Actividad laboral		
Activo	8	47
Nunca en activo	6	35,3
Pensionistas	3	17,7
Estado civil		
Solteros	9	53
Casados	8	47
Nivel académico		
Analfabetos	3	17,7
Estudios básicos	7	41,2
Bachillerato	4	23,6
Medios	2	11,8
Licenciatura	1	5,9
Antecedentes familiares		
Trastorno conversivo	1	5,9
Otras patologías psiquiátricas	6	35,3
	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Clínicas		
Edad	32,65	
Edad de inicio	23,35	11,96
Tiempo de evolución	9,29	9,73
Frecuencia (mes)	12,26	25,79
Ingresos en Neurología	2,12	3,87
Ingresos en Psiquiatría	0,35	0,6
	N	%
Tipo de crisis (convulsiva/no convulsiva)	14/3	82,4/17,6
Tratamiento previo		
Antiepiléptico	14	82,4
Antidepresivo y/o ansiolítico	13	76,5

pacientes en valores absolutos («actuales» N=45, y «a lo largo de la vida» N=24) y en porcentaje. Un 70,6% (n=12) de los pacientes tenían dos o más diagnósticos simultáneos en eje I, y un 23,5% (n=4) tenían hasta tres diagnósticos simultáneos. La totalidad de nuestra muestra fue diagnosticada de trastorno por conversión con convulsiones o crisis motoras. El 70,6% de los pacientes (n=12) presentaban un trastorno de la personalidad, siendo el más frecuente el histriónico.

Pruebas psicométricas

Sólo 15 de los 17 pacientes pudieron cumplimentar el MMPI, debido a que 2 de ellos no tenían el suficiente ni-

TABLA 2. Diagnósticos previos de los 17 pacientes incluidos en el estudio

Categoría diagnóstica	Frecuencias	
	N	%
Patología psiquiátrica		
Trastorno por angustia sin agorafobia	2	11,8
Trastorno por conversión	1	5,9
Distimia	4	23,6
Trastorno somatoforme indiferenciado	1	5,9
Dependencia del alcohol	1	5,9
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	1	5,9
Patología epiléptica		
Epilepsia con crisis parciales simples	1	5,9
Epilepsia con crisis parciales simples	3	17,7
Epilepsia tónico clónica generalizada	4	23,6
Epilepsia generalizada no tónico clónica	6	35,3
Epilepsia tipo ausencias	3	17,7
Otras enfermedades neurológicas		
Demencia presenil no especificada	1	5,9

Los diagnósticos han sido aportados por los pacientes con informes previos. Algunos pacientes presentaban más de un diagnóstico previo.

vel de alfabetización para una adecuada lectura y comprensión del cuestionario. Los valores medios de las diferentes escalas del MMPI en el grupo de pacientes se muestran en la tabla 4.

Al analizar los datos del MMPI se observa que todos los pacientes tenían alguna escala en el rango de la patología ($T \geq 70$), y 12 pacientes (80%) tenían tres o más escalas patológicas. El número de escalas con puntuación por encima de 70 en el conjunto de pacientes fue de 4,73 ($DE=2,34$, rango 1-9). El número de escalas en el rango de la patología correlacionaba moderadamente con la edad de inicio de las crisis ($r=-0,53$; $p=0,044$).

En cuanto a las diferentes escalas del MMPI, la Sc (esquizofrenia) estaba elevada por encima del nivel de significación clínica en 11 sujetos, la Pt (psicastenia) y la Hy (histeria) en 10 sujetos, y la D (depresión) en 9. La escala menos afectada era la de introversión social, que sólo se encontraba clínicamente elevada en un sujeto.

Respecto a la escala de alexitimia derivada del MMPI sólo 1 de los 15 pacientes que habían completado el MMPI pasó el punto de corte ($x=14$).

Experiencias traumáticas

De un total de 13 sujetos en los que se pudo investigar adecuadamente esta variable, 5 de ellos (29,5%) habían sufrido experiencias traumáticas significativas en la infancia: 2 presentaron antecedentes de abuso sexual, en otros 2 se constataron malos tratos físicos, y en 1 negligencia en el cuidado infantil.

Este grupo presentaba con una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo con ausencia de

TABLA 3. Diagnósticos psiquiátricos en los 17 pacientes con crisis no epilépticas conversivas

Diagnósticos	Vital		Actual	
	N	%	N	%
Trastornos afectivos				
Depresión mayor			1	5,9
Distimia			2	11,8
Trastorno adaptativo			3	17,7
Trastorno abuso sustancias	2	11,8	2	11,8
Trastorno ansiedad				
Trastorno por angustia sin agorafobia	1	5,9		
Trastorno por angustia con agorafobia	1	5,9		
Agorafobia			1	5,9
Trastorno somatoforme				
Trastorno por somatización	2	11,8	2	11,8
Trastorno indiferenciado	1	5,9		
Trastorno conversivo	17	100	17	100
Trastorno disociativo				
Amnesia disociativa			1	5,9
Fuga disociativa			1	5,9
Trastorno disociativo no especificado			3	17,7
Trastornos de personalidad				
Trastorno histriónico			6	35,3
Trastorno paranoide			1	5,9
Trastorno <i>borderline</i>			3	17,7
Trastorno no especificado			2	11,8

Se ha analizado la prevalencia a lo largo de la vida y la prevalencia actual según criterios DSM-III-R, mediante la entrevista clínica estructurada SCID.

traumas en la infancia, mayor número de escalas en el rango de la patología en el MMPI, menor edad en el momento del diagnóstico del trastorno conversivo, y valores más altos en las escalas de psicastenia y desviación psicopática (tabla 5).

Al comparar los diagnósticos de ambos grupos de pacientes se observó que los pacientes con trauma en la infancia presentaban una media de 1,6 diagnósticos en eje I mientras que el otro grupo tenía una media de 2 diagnósticos en eje I. El 100% de los pacientes con trauma tenían trastornos de la personalidad frente al 62% de los pacientes sin historia de trauma en la infancia, el 60% habían experimentado episodios disociativos frente al 37% del grupo sin trauma, y el 40% había ingresado alguna vez en una unidad de psiquiatría frente al 12% del grupo sin traumas. Al medir la tensión familiar se observó que el grupo con experiencias traumáticas en la infancia tenía una media de 3,6 mientras que en el otro grupo la misma era de 2,7.

DISCUSIÓN

Como marco general a los hallazgos de nuestro trabajo, debemos precisar que la limitación derivada del pequeño tamaño muestral no permite establecer conclusiones definitivas de los resultados. Suponen una aproximación a las características sociodemográficas y

clínicas que presentan estos pacientes en población española, que esperamos sirva de guía para posteriores estudios con un mayor número de casos.

TABLA 4. MMPI en una muestra de 15 pacientes con crisis no epilépticas conversivas

Escalas	Media	Desviación típica	Mediana	Rango
MMPI.L	54,26	10,7	53	39
MMPI.F	74,8	15,84	75	44
MMPI.K	52,13	8,7	51	32
MMPI.Hs	68,46	13,27	68	54
MMPI.D	72,6	11,52	73	37
MMPI.Hy	70,53	8,1	71	28
MMPI.Pd	70,66	14,93	69	47
MMPI.Mf	55,93	9,31	55	35
MMPI.Pa	72,73	13,52	70	44
MMPI.Pt	73	10,63	75	35
MMPI.Sc	80,06	14,49	78	52
MMPI.Ma	66,66	12,48	66	45
MMPI.Si	58,6	5,84	59	27

Los valores de la media están cuantificados en puntuaciones T. L: sinceridad; F: validez; K: defensa; Hs: hipocondriasis; D: depresión; Hy: histeria; Pd: desviación psicopática; Mf: masculinidad-femineidad; Pa: paranoia; Pt: psicastenia; Sc: esquizofrenia; Ma: hipomanía; Si: introversión social.

TABLA 5. Diferencias clínicas y psicológicas en relación con experiencias traumáticas en la infancia

Variables	Trauma infantil		No trauma infantil		p
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	
Núm. esc. Pat	7	2	4	2	0,038
mmpi.hs	73	19	69	7	0,941
mmpi.d	80	13	68	8	0,185
mmpi.hy	75	10	69	6	0,185
mmpi.pd	78	11	65	11	0,022
mmpi.pa	78	9	70	16	0,185
mmpi.pt	83	6	66	8	0,004
mmpi.sc	89	17	75	12	0,066
mmpi.ma	75	11	63	12	0,105
mmpi.si	57	4	58	5	0,765
edad	22	5	35	9	0,015
inicrisis	15	4	25	11	0,098
frec.ini	2,28	4,33	16,73	35,95	0,162
frec-6meses	4,93	8,49	8,37	10,27	0,378
numact	2	1	2	1	0,753

Num. esc. pat.: número de escalas patológica en el MMPI (por encima de 70); edad: edad al inicio del estudio; inicrisis: edad de inicio de las crisis; Frec.ini: frecuencia al inicio de las crisis; Frec-6-meses: frecuencia los últimos 6 meses; Numact: frecuencia de crisis no epilépticas un mes después de la comunicación del diagnóstico.

En negrita aparecen las diferencias medias estadísticamente significativas.

La prevalencia actual del 70% de patología psiquiátrica en nuestra muestra tiene una gran similitud con los datos de Jawad et al¹⁸, aunque otros autores han encontrado cifras algo más bajas, sobre el 43%¹⁹.

En nuestro estudio hemos encontrado prevalencias más bajas de trastornos somatoformes y disociativos respecto a otros estudios¹, seguramente derivadas del diferente encuadre nosológico utilizado.

Nosotros hemos considerado que las pseudocrisis son conversivas en todos los casos, siguiendo los criterios del DSM-IV («síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales»), mientras que Bowman y Markand¹ parecen repartirlos entre las categorías somatomorfa y disociativa como consecuencia de la aplicación de su modelo del «continuum disociativo» (somatización-conversión-disociación).

La ausencia de diagnósticos de trastorno de la personalidad en nuestra muestra antes de llegar a nuestro servicio se explicaría por el estatus de «paciente neurológico» que mantenían estos sujetos hasta el diagnóstico definitivo con video-EEG. Y contrasta con la tasa del 70% encontrada en nuestro estudio, y con las tasas entre el 36% y el 62% de estudios previos^{1,19}.

Por otro lado, aunque la mitad de los trastornos de personalidad son histriónicos, existen otros tipos, lo que indica la ausencia de un único patrón de personalidad asociado a lo conversivo, en contra de la idea clásica de Henry Ey de «neurosis histérica estrechamente ligada a

una estructura caracterial psicoplástica y sugestionable»²⁰.

La tasa de antecedentes de trauma en la infancia en nuestra muestra (26,6%), es mucho menor que la encontrada en el estudio de Bowman y Markand (67%). Esto podría tener relación con las diferencias encontradas también en las diferentes categorías diagnósticas.

Este subgrupo de pacientes con crisis no epilépticas conversivas que presentan antecedentes de experiencias traumáticas en la infancia parece constituir un grupo de más gravedad clínica global, ya que muestran una tendencia a la aparición más precoz del cuadro, a presentar más tensión intrafamiliar, mayor tasa de trastornos de la personalidad, mayor tasa de episodios disociativos, más ingresos psiquiátricos, y mayor afectación psicopatológica a nivel psicométrico, con diferencias significativas en la psicastenia y la desviación psicopática, lo que indicaría un perfil clínico de mayor ansiedad, hostilidad, impulsividad, impaciencia, con relaciones más superficiales y difíciles, y con menor *insight* que los pacientes sin historia de traumas.

Estas diferencias parecen indicar que la historia de experiencias traumáticas en la infancia actuaría como un factor modulador de la expresión clínica final del trastorno.

Por otra parte, nuestros resultados confirman datos de estudios previos respecto a la alta incidencia de crisis no epilépticas conversivas en mujeres (en torno al 80%)⁶; la coexistencia de crisis epiléptica y no epiléptica conversiva, 18% en nuestra muestra y entre el 5,9% y el 40% en estudios previos^{21,22}; y la edad media de inicio al comienzo de la tercera década¹¹.

Tal y como se observa frecuentemente en los trastornos conversivos, en los que la incidencia aumenta a menor nivel socio-cultural, el 58,8% de nuestra muestra tenía un máximo de 8 años de escolarización.

Hemos encontrado que los síntomas preceden al diagnóstico correcto en una media de 9 años, tiempo sensiblemente superior al apuntado por otros autores¹¹, pero similar al de Bowman y Markand¹. Esta cifra, en relación con otros indicadores clínicos de nuestros pacientes, como el mantenimiento de la frecuencia de las crisis a pesar del tratamiento con antiepilépticos en el 82,4% de los sujetos, haber ingresado en Unidades de Neurología en una media de 2,12 veces por paciente, y haber sido tratados por numerosos especialistas en neurología y psiquiatría en todos estos años, evidencia la dificultad diagnóstica que entrañan estos pacientes y el uso prolongado y altamente costoso que hacen del sistema público de salud.

Se confirma por tanto la necesidad de usar de un modo sistemático el registro continuo mediante video-EEG en el proceso diagnóstico de los pacientes con crisis no epilépticas conversivas, y así poder diferenciarlos de los pacientes con epilepsia refractaria al tratamiento^{1,23,24}, a pesar de las excepciones que suponen las crisis parciales complejas de localización frontal detectables sólo mediante electrodos intracraneales^{25,26}, ya que son poco frecuentes y presentan una sintomatología clínica característica de desinhibición conductual.

Como ya han señalado otros autores²⁷, no existe un perfil de síntomas clínicos único en los episodios de crisis no epilépticas conversivas. Sin embargo, hemos encontrado, como en otros trabajos, una alta prevalencia de crisis convulsivas²⁸, más alta incluso que en la verdadera epilepsia, en la cual la proporción es de aproximadamente el 50% respecto a las crisis no convulsivas.

La elevada afectación global de las escalas en el MMPI, sin un perfil psicométrico definido, junto a la conservación de la afiliación social dentro de la normalidad, indicaría un patrón de relación con el entorno que, aunque está seriamente afectado, mantiene una cierta adaptación a partir del uso instrumental del síntoma conversivo, lo que originaría la dificultad en el tratamiento de estos pacientes, y su resistencia al cambio.

Las hipótesis que intentan explicar la presencia de los síntomas somatoformes sugieren que su presencia serviría como señal al entorno del nivel de estrés del sujeto. Este mecanismo se relacionaría con la deficiente habilidad constatada de estos pacientes a la hora de hablar sobre asuntos emocionales y relacionales²⁹, lo cual sugiere que la alexitimia podría ser un rasgo característico de estos pacientes, pese a que en nuestra muestra no lo hemos encontrado. Creemos que estudios con mayor número de pacientes y otras escalas que midan alexitimia podrían aclarar esta hipótesis en el futuro.

En suma, a partir de nuestra muestra, podemos decir que los pacientes con crisis no epilépticas conversivas presentan una afectación psicopatológica importante, con alta prevalencia de trastornos de la personalidad, y mayor gravedad en el subgrupo con antecedentes de episodios traumáticos en la infancia. Además pensamos que un adecuado diagnóstico al inicio de las crisis evitaría graves perjuicios para el individuo, y los enormes costes que pueden suponer al sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and Psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57-63.
- Gates Jr, Luciano D, Devinsky O. The classification and treatment of nonepileptic events. En: Devinsky O, Theodore WH, editores. *Epilepsy and behavior*. New York: Wiley-Liss; 1991. p. 251-63.
- Pakalnis A, Drake ME, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Neurology* 1991;41:251-63.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. American Psychiatry Association, Washington, DC, 1994.
- Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vázquez B, Luciano D. Psychiatric Classification of Nonconversion Nonepileptic Seizures. *Arch Neurology* 1995; 52:199-201.
- Alper K. Nonepileptic seizures. *Neurol Clin* 1994; 12:153-73.
- Gates JR, Erdahl P. Classification of non-epileptic events. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 21-30.
- Gummit RJ, Gates JR. Psychogenic seizures. *Epilepsia* 1986;27 Suppl-2:S124-9.
- Goodwin J. Childhood sexual abuse and non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 181-91.
- Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vázquez B, Luciano D. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology* 1993;43:1950-3.
- Lempert T, Schmidt E. Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *J Neurol* 1990;237:35-8.
- Roy A. Identification and hysterical symptoms. *Br J Med Psychol* 1977;50:317-8.
- Stewart RS, Lowitt R, Stewart M. Psychopathology associated with hysterical seizures. En: Gross M, editor. *Pseudoepilepsy. The clinical aspects of false seizures*. Lexington: Lexington Books; 1983.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. New York: Biometrics Res Dept; 1989.
- Hathaway SR, McKinley JC. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation; 1967.
- Graham JR. *MMPI, una guía práctica*. México: Ed. El Manual Moderno; 1987.
- Kleiger JH, Kinsman RA. The development of an MMPI Alexithimia Scale. *Psychother Psychosom* 1980;34:17-24.
- Jawad SS, Jamil N, Clarke EJ, Lewis A, Whitecross S, Richens A. Psychiatry morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. *Seizure* 1995;4:201-6.
- Arnold LM, Privitera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizure patients. *Psychosomatics* 1996;37:438-43.
- Ey H. La Histeria. En: Ey H, Bernard P, Brisset CH, editores. *Tratado de Psiquiatría*, 8ª Ed. Castellana de la 5ª Ed. Francesa. Barcelona: Masson SA; 1992. p. 418-33.
- Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1986;27: 823-9.
- Ramsay RE, Cohen A, Brown MC. Coexisting epilepsy and non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 47-54.
- Mattson RH. Electroencephalographic (Polygraphic) studies in the diagnosis of Non-Epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 85-92.
- Meierkord H, Will B, Fish D, Shorvon S. The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology* 1991;41: 1643-6.
- Wyler AR, Hermann BP, Blumer D, Richey ET. Pseudo-pseudoepileptic seizures. En: Rowan AJ,

- Gates JR, editores. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 73-84.
26. Williamson PD, Spencer DD, Spencer SS, Novelly RA, Mattson RH. Complex partial seizures of frontal lobe origin. *Ann Neurol* 1985;18:497-504.
27. Porter R. Epileptic and non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 9-20.
28. King DW, Gallagher BB, Murro AM, Campbell LR. Convulsive non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 31-7.
29. Roy A, Barris M. Psychiatric concepts in psychogenic non-epileptic seizures. En: Rowan AJ, Gates JR, editores. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 143-51.