

# Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general

E. Baillès<sup>a</sup>, L. Pintor<sup>a</sup>, X. Torres<sup>a</sup>, E. Fernández-Egea<sup>a</sup>, J. de Pablo<sup>a</sup> y S. Arroyo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic de Barcelona

<sup>b</sup> Department of Neurology. Froedtert Hospital. Milwaukee. EE.UU.

*Psychiatric disease in patients with psychogenic non-epileptic seizures referred from an epilepsy unit in a general hospital*

## Resumen

**Introducción.** Se evalúa la patología psiquiátrica que acompaña a las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) y se estudia el papel que desempeñan en ellas las experiencias traumáticas previas, los episodios disociativos y los trastornos de la personalidad.

**Método.** Después del diagnóstico de CNEP en la Unidad de Epilepsia de nuestro centro se realizó en una muestra de 46 pacientes una entrevista psiquiátrica estructurada siguiendo criterios DSM-III-R (SCID). Se evaluó la existencia de episodios disociativos siguiendo criterios DSM-IV, y para las experiencias traumáticas y los datos clínicos de interés se confeccionó un cuestionario ad hoc.

**Resultados.** Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron los estados depresivos, los de ansiedad y los somatomorfos. Presentaban trastornos de la personalidad 16 pacientes (34,78%), fenómenos disociativos 17 pacientes (36,95%) y 14 pacientes (30,43%) antecedentes de experiencias traumáticas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con las CNEP, respecto a la presencia o ausencia de experiencias traumáticas previas, trastornos disociativos o trastornos de la personalidad.

**Conclusiones.** Como en trabajos previos, en nuestro estudio se confirma la existencia de una gran comorbilidad psiquiátrica en relación con las CNEP, y aunque asociadas a la presencia de un mayor número de crisis, el papel que tienen las experiencias traumáticas y los trastornos disociativos en relación con las CNEP permanece poco claro.

**Palabras clave:** Crisis no epilépticas psicógenas. Trastornos psiquiátricos. Trastornos disociativos. Experiencias traumáticas.

## Summary

**Introduction.** We evaluate psychiatric disease associated with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and study the role played by previous traumatic experiences, dissociative episodes and personality disorders.

**Method.** After diagnosing PNES in our epilepsy unit, we obtained a sample of 46 patients and carried out a structured psychiatric interview (SCID) following DSM-III-R criteria. We looked for previous dissociative episodes and prepared a questionnaire for traumatic experiences and basic clinical data.

**Results.** The most frequent psychiatric disorders were depression, anxiety and somatoform disorders. Personality disorders were found in 16 patients (34.78%), dissociative episodes in 17 (36.95%), and previous traumatic experiences in 14 (30.43%). No statistically significant differences were found in regards to PNES, with respect to presence or absence of previous traumatic experiences, dissociative episodes, and personality disorders.

**Conclusions.** As in previous studies, our research project confirms the co-existence of PNES with other mental disorders, and although we do find a higher frequency of seizures, the role played by traumatic experiences and dissociative disorders in CNEP remains unclear.

**Key words:** Psychogenic non-epileptic seizures. Psychiatric disorders. Dissociative disorders. Traumatic experiences.

Correspondencia:

Eva Baillès  
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
Correo electrónico: ebaillès@terra.es

## INTRODUCCIÓN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son cambios súbitos en la conducta que recuerdan a las convulsiones epilépticas pero sin causa orgánica<sup>1</sup>.

Su principal diferencia con la epilepsia es la ausencia de cambios electrofisiológicos que acompañan a las convulsiones epilépticas y que pueden detectarse mediante estudio con vídeo EEG durante las crisis<sup>2</sup>.

Las crisis no epilépticas psicógenas suponen entre un 17 y un 30 % de la población atendida en unidades de epilepsia de hospitales de tercer nivel para evaluación de crisis resistentes al tratamiento farmacológico<sup>3,4</sup>; de ellas, la gran mayoría son de tipo conversivo<sup>5</sup>. Por otra parte se ha observado que el 10,7% de los pacientes con CNEP muestran también crisis epilépticas<sup>6,7</sup>.

Los pacientes con CNEP son mujeres en el 75-99% de los casos<sup>8,1</sup>, y la edad de inicio de las crisis se sitúa alrededor de los 20-30 años<sup>9,10</sup>, mientras que el diagnóstico suele realizarse 7,79 años después del comienzo de las crisis<sup>10</sup>.

En pacientes con CNEP se ha encontrado una alta prevalencia a lo largo de la vida de múltiples trastornos psiquiátricos, incluso se ha observado la presencia simultánea de dos o más diagnósticos psiquiátricos en el 70% de los pacientes<sup>11</sup>. Los trastornos del estado de ánimo llegan al 64%, los trastornos por abuso de sustancias al 42%, el trastorno por estrés protraumático (TEPT) al 49%, otros trastornos de ansiedad alcanzan el 47% y los trastornos disociativos aparecen en el 91% de estos pacientes en estudios aislados<sup>1</sup>, mientras que en la gran mayoría de series de pacientes con CNEP no existen<sup>12</sup>.

La presencia de trastornos de la personalidad en los pacientes con CNEP según las series oscila entre el 30 y el 50%; los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad y el histriónico<sup>1,13</sup>.

Los pacientes con CNEP suelen presentar más antecedentes de experiencias traumáticas que la población general<sup>14</sup>, con cifras que van del 84% en pacientes con CNEP que refieren haber sufrido experiencias traumáticas durante su infancia o adolescencia<sup>1</sup> hasta el 44% en otros estudios más recientes<sup>15</sup>.

Hasta la fecha se ha intentado crear una hipótesis explicativa de este complejo fenómeno psiconeurobiológico a partir de los diversos datos clínicos existentes. De este modo, en virtud de la relación encontrada entre las CNEP, las experiencias traumáticas (especialmente el abuso sexual) y los trastornos disociativos, se ha propuesto la existencia de un espectro de patologías interconectadas compuesto por los trastornos por somatización, los estados conversivos y los episodios disociativos<sup>1</sup> que configurarían un abanico de respuestas patológicas a los requerimientos del entorno, es decir, manifestaciones somáticas y psíquicas secundarias a intenso malestar emocional, como ocurre ante la vivencia de experiencias traumáticas previas.

Los objetivos del presente estudio son: *a)* evaluar la presencia de trastornos psiquiátricos en una muestra española de pacientes con CNEP, y *b)* analizar la relación entre experiencias traumáticas y presentación de las CNEP, entre la sintomatología disociativa y las CNEP y entre los trastornos de la personalidad y las CNEP.

## MÉTODOS

### Sujetos

Se ha estudiado un grupo de 46 pacientes que llegaron al Hospital Clínic de Barcelona entre marzo de

1996 y enero de 2002. Los pacientes fueron diagnosticados de CNEP en la Unidad de Epilepsia del Servicio de Neurología y remitidos posteriormente al Servicio de Psiquiatría. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: *a)* presencia de crisis no epilépticas comprobadas mediante vídeo EEG (64-channel video-EEG, BMSI 5000 Nicolett, Madison «Wisconsin») después de que la familia confirme tras la exposición del vídeo de las crisis que dichos episodios son los mismos que experimenta el paciente; *b)* ausencia de enfermedad neurológica incluida la epilepsia, y *c)* edad entre 18 y 65 años.

Estos criterios han ocasionado la exclusión de seis pacientes que presentan comórbidamente epilepsia y CNEP.

## Método

Una vez realizado el diagnóstico de CNEP por el Servicio de Neurología se procedió a la comunicación del diagnóstico a los pacientes y su familia mediante los pasos propuestos por Shen et al.<sup>16</sup> y posteriormente se realizó la derivación al Servicio de Psiquiatría.

En el Servicio de Psiquiatría se administró la «Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R» (SCID-III R)<sup>17</sup>, que es un instrumento que explora todos los criterios diagnósticos de los trastornos mentales recogidos en el «Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Tercera edición revisada» (DSM-III-R)<sup>18</sup> tanto para las enfermedades mentales (eje I) como para los trastornos de la personalidad (eje II), con el fin de obtener datos de la historia psiquiátrica pasada y actual del paciente. La recogida de datos sociodemográficos, la frecuencia de crisis y los antecedentes de experiencias traumáticas se sistematizaron mediante un cuestionario elaborado para tal fin (tabla 1).

Para el diagnóstico y tipificación de las CNEP y para la evaluación de síntomas o trastornos disociativos se utilizaron criterios clínicos de la última edición del «Manual de diagnósticos psiquiátricos» (DSM-IV)<sup>19</sup> y para el fenómeno de seudoalucinación se utilizó la definición de alteraciones perceptivas que son percibidas dentro de la persona<sup>20</sup>.

## Análisis estadístico

El análisis de los datos clínicos 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 el cálculo de porcentajes. También se realizaron estudios comparativos entre variables cuantitativas mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes y chi cuadrado para variables dicotómicas.

## RESULTADOS

La muestra quedó formada por 46 pacientes que presentaron CNEP. Sus características sociodemográficas y clínicas se detallan en la tabla 2.

**TABLA 1. Ficha de paciente con CNEP**

Caso n.º:

Nombre:

Sexo: Fecha de nacimiento:

Estado civil: Nivel académico:

Ocupación laboral actual: Fecha 1.ª entrevista:

**Experiencias traumáticas**

Abuso sexual	Sí	No
Malos tratos físicos	Sí	No
Otras experiencias traumáticas	Sí	No

Antecedentes psiquiátricos familiares primer grado

Sí	No
----	----

**Datos clínicos:**

Edad inicio crisis:

Frecuencia desde inicio:

Frecuencia últimos 6 meses:

N.º de ingresos en Unidad de Neurología:

N.º de ingresos en Unidad de Psiquiatría:

Tratamientos previos

AE	BZD o AD	AE + (BZD o AD)
----	----------	-----------------

**Diagnóstico (informes previos)**

- Psiquiátricos:
- Neurológicos:

**Diagnóstico (SCID-III-R)**

- Diagnóstico «a lo largo de la vida»  
Eje I:
- Diagnóstico actual (último mes)  
Eje I:  
Eje II:

**Fenómenos disociativos (DSM-IV)**

Fuga disociativa	Sí	No
Amnesia disociativa	Sí	No
Trastorno de identidad disociativo	Sí	No
Trastorno disociativo no especificado	Sí	No

**Fenómenos disociativos no incluidos en DSM-IV**

Seudoalucinaciones	Sí	No
--------------------	----	----

AE: antiepilépticos; BZD: benzodiazepinas; AD: antidepresivos.

En la **tabla 3** se exponen los diagnósticos que estos pacientes habían recibido en otros centros previamente a la llegada a nuestra Unidad de Epilepsia. La totalidad de la muestra había sido diagnosticada de epilepsia con anterioridad y sólo el 54,34% tenía antecedentes psiquiátricos en informes previos.

En la **tabla 4** se recogen los diagnósticos psiquiátricos pasados y actuales de los 46 pacientes mediante la entrevista clínica SCID-III-R. Se observó que además de las

**TABLA 2. Características sociodemográficas y clínicas de 46 pacientes con crisis no epilépticas conversivas**

Variables sociodemográficas	Frecuencias	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	10	21,7
Mujer	36	78,3
<b>Estado civil</b>		
Soltero	18	39,1
Casado	25	55,6
Divorciados	2	4,3
<b>Nivel académico</b>		
Sin estudios	10	24
Primarios	24	52,2
Secundarios-universitarios	11	23,8
<b>Situación laboral</b>		
Activo	12	26,1
Parado o pensionista	17	37
Nunca ha trabajado	17	37
<b>Clínicas</b>		
Antecedentes psiquiátricos familiares	19	41,3
Tratamiento previo		
Sólo AE	22	47,83
BZD o AD	7	15,22
AE + (BZD o AD)	17	36,95
	<i>Media</i>	<i>DT</i>
Edad actual	37,39	13,68
Edad de inicio crisis	29,25	13,78
Años de evolución	8,65	8,97
N.º de crisis al inicio (por mes)	35,40	136,71
N.º crisis últimos 6 meses (por mes)	16,65	67,55
Ingresos Servicio Neurología	1,89	2,68
Ingresos Servicio Psiquiatría	0,29	0,6

AE: antiepilépticos; BZD: benzodiazepinas; AD: antidepresivos; DT: desviación típica

CNEP que cumplían criterios de trastorno conversivo que presentaron todos los pacientes, un 37% (n = 17) de los pacientes tenían otro diagnóstico psiquiátrico comórbido, un 21,7% (n = 10) tenían otros dos diagnósticos psiquiátricos además del trastorno conversivo y un 6,5% (n = 3) de la muestra mostraba hasta tres diagnósticos psiquiátricos añadidos al de inclusión. Además 16 pacientes (34,78%) presentaban trastornos de la personalidad.

Del total de la muestra, 17 pacientes (36,95%) mostraban en el momento de la evaluación o habían presentado en el pasado fenómenos disociativos. De entre ellos, ocho (17,4%) habían presentado fenómenos perceptivos de tipo pseudoalucinación, tres pacientes (6,5%) habían presentado algún episodio de fuga disociativa, dos pacientes (4,3%) habían sufrido algún episodio de amnesia disociativa y cuatro pacientes (8,7%) tenían síntomas disociativos que no llegaban a cumplir criterios de un trastorno disociativo específico.

**TABLA 3. Diagnósticos recibidos por los 46 pacientes con crisis no epilépticas psicógenas previamente a la llegada a nuestro centro**

	N	%
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	<b>25</b>	<b>54,3</b>
Trastornos del estado de ánimo	15	32,61
Trastornos de ansiedad	4	8,69
Trastornos somatomorfos	1	2,17
Trastornos adaptativos	1	2,17
Trastorno conversivo	2	4,35
Trastornos por sustancias	1	2,17
Trastorno de la personalidad (eje II)	1	2,17
<b>Epilepsia</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
Con convulsiones de presentación localizada	16	34,78
Con ataques parciales simples	3	6,52
Con ataques parciales complejos	8	17,39
Epilepsia generalizada	7	15,22
Ataques de «gran mal»	8	17,39
Ataques de «pequeño mal»	4	8,69

El 30,43% de los pacientes (n=14) tenían antecedentes de experiencias traumáticas, cinco de ellos experiencias de malos tratos, tres antecedentes de abusos sexuales y seis otros tipos de experiencias traumáticas.

Se establecieron dos variables relevantes del estado actual de los pacientes que abarcasen aspectos clínicos y socioambientales: el número de diagnósticos del eje I y la frecuencia de crisis en los 6 últimos meses antes de la evaluación. Cuando se compararon con tres características importantes de los antecedentes clínicos de estos pacientes, que han sido consideradas de manera relevante y citadas con frecuencia en los estudios previos sobre este tipo de pacientes: la presencia o ausencia de experiencias traumáticas, los síntomas disociativos y los trastornos de la personalidad, se observó que no había diferencias significativas, aunque sí una clara tendencia a la mayor manifestación de crisis los 6 últimos meses previos al diagnóstico en los pacientes con experiencias traumáticas o con síntomas disociativos (tabla 5).

Por otra parte no se encontró asociación entre antecedentes traumáticos previos y la existencia de fenómenos disociativos.

**TABLA 4. Diagnósticos psiquiátricos de los 46 pacientes del estudio realizados mediante la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID)**

	<i>Diagnósticos actuales</i>		<i>Diagnósticos a lo largo de la vida</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>	<b>20</b>	<b>43,47</b>	<b>15</b>	<b>32,6</b>
Trastorno depresivo mayor	10	21,74	9	19,56
Trastorno bipolar	1	2,17	1	2,17
Distimia	9	19,56	5	10,87
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>9</b>	<b>19,55</b>	<b>4</b>	<b>8,7</b>
Trastornos de angustia	3	6,52	2	4,35
Agorafobia	1	2,17		
Fobias específicas	1	2,17		
Trastorno de ansiedad generalizada	3	6,52		
Trastorno de ansiedad no especificado	1	2,17	2	4,35
<b>Trastornos somatomorfos</b>	<b>8</b>	<b>17,39</b>	<b>1</b>	<b>2,17</b>
Hipocondría	1	2,17	1	2,17
Trastorno de somatización	7	15,22		
<b>Trastornos adaptativos</b>	<b>4</b>	<b>8,69</b>	<b>1</b>	<b>2,17</b>
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido	1	2,17		
Trastorno adaptativo con ansiedad	1	2,17	1	2,17
Trastorno adaptativo mixto, con estado de ánimo deprimido y ansiedad	2	4,35		
<b>Trastornos por sustancias</b>	<b>1</b>	<b>2,17</b>	<b>1</b>	<b>2,17</b>
Dependencia de alcohol	1	2,17	1	2,17
<b>Trastornos de la personalidad (eje II)</b>	<b>16</b>	<b>34,78</b>		
Trastorno paranoide de la personalidad	1	2,17		
Trastorno histriónico de la personalidad	8	17,39		
Trastorno de la personalidad por dependencia	3	6,52		
Trastorno límite de la personalidad	2	4,35		
Trastorno de la personalidad no especificado	2	4,35		

**TABLA 5. Número de diagnósticos del eje I y frecuencia de crisis en los últimos 6 meses en relación con la presencia de experiencias traumáticas, síntomas disociativos y trastornos de la personalidad**

		Número de diagnósticos	Frecuencia crisis últimos 6 meses
Experiencias traumáticas	Sí	2 (0,88)	37,55 (119)
	No	2 (0,95)	6,9 (10,26)
Síntomas disociativos	Sí	1,94 (0,97)	35,07 (111,0)
	No	2,03 (0,91)	6,13 (10,27)
Trastornos de personalidad	Sí	1,68 (0,70)	5,61 (8,32)
	No	2,17 (0,98)	22,96 (84,35)

\*Comparación en la que aparecen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

## CONCLUSIONES

Uno de los hallazgos de más interés de nuestro trabajo es la constatación de que este tipo de pacientes son de muy difícil diagnóstico, lo que favorece el retraso de un correcto tratamiento. En este sentido hemos comprobado que el tiempo de evolución desde el inicio de las crisis hasta la realización del diagnóstico, en nuestro estudio de 8 a 9 años, coincide con estudios previos<sup>10</sup>.

Otros datos que nos hablan de la dificultad de llegar a un correcto diagnóstico son los abordajes terapéuticos desarrollados sobre estos pacientes. Así, la totalidad de los pacientes habían sido tratados con antiepilépticos sin tener epilepsia. Por otro lado, pese a ser pacientes diagnosticados de epilepsia y no responder al tratamiento, el 15% de los pacientes recibieron en algún momento de su vida sólo medicación antidepresiva y/o ansiolítica. Desde otra perspectiva de análisis de la terapéutica utilizada observamos que a pesar de ser pacientes con estatus de enfermo neurológico, tener además una alta comorbilidad psiquiátrica y ser tratados crónicamente con antiepilépticos y antidepresivos-ansiolíticos, los pacientes seguían presentando alteraciones emocionales y crisis. Finalmente, también el recurso terapéutico hospitalario denota un enfoque diagnóstico erróneo, ya que la mayor parte de los ingresos se realizaron en unidades de neurología cuando lo adecuado hubiese sido en unidades de psiquiatría.

El interés de un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico precoz en estos pacientes reside en que así se evitaría el empeoramiento clínico progresivo, que se plasma en la alta incidencia de pacientes con incapacidad para la actividad laboral y la elevada comorbilidad de trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos de la personalidad<sup>1</sup>. Además, el retraso en el diagnóstico del tipo de crisis y su correcto tratamiento implica la cronificación del trastorno y un elevado coste para la sanidad debido al elevado número de ingresos que realizan los pacientes en los servicios de neurología<sup>12</sup>.

En nuestro estudio, en la línea de estudios previos<sup>14</sup>, la mayor parte de los sujetos eran mujeres. La edad de ini-

cio de 29 años, muy similar a los 30 años de edad de inicio de otras series<sup>9</sup>, es casi el doble que la edad media de inicio de las crisis epilépticas, que se sitúa alrededor de los 15 años<sup>15</sup>. De modo que la edad de inicio tardía podría ser un factor clínico a considerar como indicador de crisis no epilépticas psicógenas.

Por otra parte, en nuestra muestra se aprecia que la patología psiquiátrica comórbida es abundante en los pacientes con CNEP, siendo la patología más frecuente la de los trastornos del estado de ánimo seguidos de los trastornos de ansiedad, al igual que en otros estudios<sup>1,6,20</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio no se obtiene una prevalencia tan elevada de trastornos disociativos como en el estudio de Bowman et al.<sup>1</sup> Esto se puede deber a las diferencias en la metodología utilizada o en los criterios de selección, pues Bowman<sup>1</sup> utiliza la «Entrevista clínica estructurada para trastornos disociativos del DSM-IV» (SCID-D)<sup>22</sup>, mientras nosotros seguimos únicamente los criterios clínicos del DSM-IV, realizando un análisis menos sistemático de estos síntomas. Bowman y Coons<sup>23</sup> destacan la dificultad para el diagnóstico diferencial entre las CNEP y los síntomas-trastornos disociativos, y la basan en la elevada comorbilidad de ambos trastornos y en la dificultad para su correcta discriminación porque en muchos casos los síntomas de ambos se solapan. Estos factores podrían también colaborar en la ausencia de diferencias encontradas entre nuestros dos grupos de pacientes con CNEP en función de la presencia o no de episodios disociativos.

En nuestro trabajo presentaban trastornos de la personalidad el 34,78% de los pacientes, y como en estudios previos<sup>1</sup>, el más frecuente fue el trastorno histriónico seguido por el trastorno límite de la personalidad. En otro trabajo se ha encontrado que un 70% de la muestra presentaba trastornos de personalidad<sup>11</sup>, pero esta tasa tan alta podría ser un sesgo seguramente debido al reducido tamaño de esa muestra. Sin embargo, nuestros datos son similares a los datos del estudio de Arnold et al.<sup>24</sup>, que refieren tasas del 36% y al 30% obtenido en el metanálisis sobre 15 estudios por Bowman<sup>12</sup>.

La tasa de antecedentes de experiencias traumáticas en nuestra muestra fue del 30,43%, algo superior al 26,6% de estudios previos<sup>11</sup>, pero mucho menor que la encontrada en otros trabajos que van del 67% al 86%<sup>20</sup>. En cambio nuestros datos serían similares a los resultados de Tojeck et al.<sup>15</sup>, en donde el 44% de los pacientes con CNEP habían padecido experiencias traumáticas. La baja frecuencia de antecedentes traumáticos en nuestra muestra podría estar relacionada con el tipo de población seleccionada, como se verá más adelante. Por otra parte, algunos autores dan una especial importancia a la presencia de sucesos estresantes a lo largo de la vida, cualesquiera que sean, sobre todo en la infancia y la adolescencia, debido a que estos pacientes consideran más estresantes que la población general los sucesos vitales negativos<sup>15</sup>. Esto podría explicar que no se encuentren diferencias significativas entre los pacientes con o sin experiencias traumáticas dentro del grupo de pacientes con CNEP, puesto que la forma de experimentar muchas

de las situaciones que objetivamente no son traumáticas como si lo fueran ejercería un papel de estímulo generador de estrés o de alteración de la homeostasis neurobiológica en estos pacientes, de la misma intensidad que el producido por los abusos sexuales u otras experiencias traumáticas bien tipificadas y que se citan en la mayor parte de los estudios sobre CNEP<sup>1</sup>.

En nuestra muestra no aparece ningún paciente con Trastorno por estrés posttraumático (TEPT), mientras que en otros trabajos se encuentran tasas que van del 36<sup>24</sup> al 49%<sup>1</sup>, prevalencias éstas en el límite superior de las observadas en individuos de riesgo, que van del 3 al 58%<sup>19</sup>, y muy alejadas de la prevalencia global del TEPT, que oscila entre el 1-14%<sup>19</sup>. En la medida que nuestra muestra procede de la población general española, concretamente de la afincada en Cataluña, no sometida a eventos altamente estresantes como ocurre en otras latitudes, creemos que es razonable la ausencia de este diagnóstico entre los antecedentes psiquiátricos de nuestros pacientes.

Podemos decir, en resumen, que los pacientes con CNEP de tipo conversivo son una población clínicamente grave, de difícil diagnóstico y por tanto con una larga evolución hasta el inicio del tratamiento eficaz, lo que ocasiona importantes alteraciones en su salud mental y en los estándares principales que marcan una aceptable calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57-63.
2. Kuik J, Van Dyck R, Spinhoven P. The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:468-74.
3. Krahn LE, Reese MM, Rummans TA, Peterson GC, Suman VJ, Sharbrough FW, et al. Health care utilization of patients with psychogenic psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 1997;38:535-42.
4. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46:1499-507.
5. Pakalnis A, Drake ME, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Neurology* 1991;41:1104-6.
6. Lancman ME, Brotherton TA, Asconape JJ. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal study. *Seizure* 1993; 2:281-6.
7. 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.
8. Kristensen O, Alving J. Pseudoseizures-risk factors and prognosis. A case control study. *Acta Neurol Scand* 1992; 85:177-80.
9. Lempert T, Schmidt D. Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 cases. *J Neurol* 1990;237:35-9.
10. Ettinger AB, Devinsky O, Weisbrot DM, Ramakrishna RK, Goyal A. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1999;40(9):1292-8.
11. Pintor Pérez L, Pérez Domínguez G, Torres Matas X, Araya La Ribera S, Arroyo Serrano S, Baillès Lázaro E, et al. Trastornos psiquiátricos, personalidad y experiencias traumáticas en pacientes con crisis no epilépticas conversivas. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(4):233-9.
12. Bowman ES. Psychopathology and outcome in pseudoseizures. En: Ettinger AB, Kanner AM, editores. *Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; p. 355-77.
13. 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.
14. Gumnit RJ, Gates JR. Psychogenic seizures. *Epilepsia* 1986;27(Suppl 2):S124-9.
15. Tojek TM, Lumley M, Barkley G, Mahr G, Thomas A. Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 2000; 41:221-6.
16. Shen W, Bowman E, Markand ON. Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 1990;40:756-9.
17. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-III-R. New York: Biometrics Res Dept, 1989.
18. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3.<sup>a</sup> ed-revised. Washington, 1987. Edición española: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson, 1987.
19. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>th</sup> ed. Washington, 1994. Edición española: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson, 1994.
20. Putnam FW, Loewenstein RJ. Dissociative identity disorder. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry*. 7.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; p. 1552-64.
21. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurology predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology* 1999;153:933-8.
22. Steinberg M. Structured clinical interview for DSM-IV, dissociative disorders (SCID-D) revised. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
23. Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin* 2000;64(2):165-80.
24. Arnold LM, Privitera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizure patients. *Psychosomatics* 1996;37:438-43.