

# Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil

Rafael Vásquez Rojas, MD MSc\*

John Jairo Silvestre, MD\*\*

Mauricio Escobar Sánchez, MD MSc†

## Resumen

Las crisis psicógenas no epilépticas son episodios paroxísticos de alteración en los movimientos, sensaciones o experiencia que puede imitar una crisis convulsiva, fuertemente asociadas a sufrimiento emocional y no asociado a descargas eléctricas cerebrales anormales. Esta entidad puede ocurrir a cualquier edad y predomina en el género femenino. Se considera una expresión involuntaria asociada a dificultades emocionales. Es un diagnóstico impreciso, pero de gran utilidad. Se puede manifestar de múltiples formas como movimientos rotatorios de cabeza o de pelvis, pataleo, crisis cambiantes y son fácilmente sugestionables. En niños los estudios muestran gran comorbilidad con entidades como depresión, ansiedad, epilepsia, rechazo escolar, trastorno de pánico, entre otras. El diagnóstico es clínico, donde la video telemetría es el examen más importante. Se describe la experiencia local con 12 pacientes, predominio en mujeres (84%) entre 7 y 17 años, que consultaron principalmente por convulsiones (83%). La ansiedad fue la principal alteración encontrada (58%), seguido por depresión en (41%), disfunción familiar (25%). El 66% de pacientes tuvieron Epilepsia focal y el 50% de casos presentó estado epiléptico psicógeno. Las medicaciones más utilizadas en neuropediatría fueron carbamazepina, ácido valproico y, por psiquiatría, fluoxetina. Las pseudocrisis se convierten en eventos de gran importancia porque evidencian una serie de alteraciones emocionales que explican los síntomas similares a una convulsión. [Vásquez R, Silvestre JJ, Escobar M. *Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. MedUNAB 2006; 9:230-235*]

**Palabras Clave:** Pseudocrisis, crisis psicógenas, epilepsia, ansiedad, depresión.

## Summary

The non epileptic psychogenic crisis are paroxistic episodes of alteration in the movements, sensations or experience that can imitate a convulsive crisis, strongly associated with emotional suffering and not associated to abnormal electrical brain discharges. This entity can happen at any age and prevails in the female gender. It is considered to be an involuntary expression associated with emotional difficulties. It is a vague diagnosis, but of great utility. It shows multiple forms such as rotary movements of the head or pelvis, kicking, changeable crisis and they are easily suggestionable. In children, the studies show great comorbidity with entities such as depression, anxiety, epilepsy, school rejection, panic disorder, and others. The diagnosis is clinical, where the video telemetry is the most important examination. A local experience is described with 12 patients, predominantly women (84%) between 7 and 17 years, which consulted principally for convulsions (83%). Anxiety was the principal symptom found (58%), continued by depression in (41%), and familiar malfunction (25%). 66% of patients had focal epilepsy and 50% of the cases presented psychogenic epileptic state. The most used medications in neuropediatrics were carbamazepine, valproic acid and, for psychiatry, fluoxetine. The pseudocrises turn into events of great importance because they evidence a series of emotional alterations that explain similar symptoms of a convulsion. [Vásquez R, Silvestre JJ, Escobar M. *Non epileptic psychogenic crisis in infantile psychiatry. MedUNAB 2006; 9:230-235*]

**Key words:** Emergency contraception, Combined oral contraceptives, Progestin-only contraceptives, Hormonal contraception, Postcoital contraception.

\* Profesor titular, Universidad Nacional de Colombia, Hospital de la Misericordia, Bogotá, Colombia.

\*\* Residente de neuropediatría, Universidad Nacional de Colombia, Hospital de la Misericordia; Liga Central contra la Epilepsia, Bogotá, Colombia.

† Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Dr Escobar, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 155 # 19-57, Campus El Bosque, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: mesobar@unab.edu.co

Artículo recibido el 29 de noviembre de 2003 y aceptado el 13 de junio de 2006.

## Introducción

Eventos no epilépticos o crisis no epilépticas: Se refieren a todos los eventos que pueden ser confundidos con epilepsia y que pueden ser de diferentes orígenes emocional, gastrointestinal, cardíaco, neuromuscular, etc. Estos pueden aparecer a cualquier edad.

Crisis psicógenas no epilépticas (CSNE): Son episodios paroxísticos de alteraciones en los movimientos, sensaciones o experiencia que pueden imitar una crisis convulsiva, siendo la causa un proceso psicológico no asociado a descargas eléctricas cerebrales anormales. Es referido por algunos como pseudocrisis.

Algunos autores refieren que el término pseudocrisis se presta para confusión, porque implica que el paciente al no presentar una convulsión, no está enfermo, restándole valor a otros diagnósticos diferentes al de epilepsia.<sup>1</sup>

Estado epiléptico psicogénico (EEP): Crisis de origen psicógeno, repetitiva o prolongada, mayor a 30 minutos, simulando un estado epiléptico, sin disfunción a nivel del sistema nervioso central (ictal, posictal, cambios en el electroencefalograma).<sup>2</sup>

## Epidemiología

En pacientes referidos a centros neurológicos, la incidencia aproximada es de 1.5-3/100000 por año (4% de la epilepsia), aunque se dice que está subestimado el cálculo, predomina en el género femenino (75%).<sup>3</sup> En adultos el 20-30% de los pacientes estudiados para cirugía de epilepsia presentan CSNE. En niños, dos estudios muestran frecuencias entre el 12 y 21%, siendo más frecuente en adolescentes que en escolares.<sup>4,5</sup> Las CSNE inician más entre los 20-30 años, pero se ha observado desde los 4 hasta los 70 años.<sup>6</sup> Existen pequeñas series de casos de EEP en niños, principalmente en pacientes con epilepsia, con todo el daño que puede esto conllevar (uso de medicamentos, traslado a cuidados intensivos, etc).<sup>2</sup> Un porcentaje alto de pacientes (75%) con CSNE sin epilepsia, reciben como tratamiento fármacos antiepilépticos.<sup>3</sup>

## Etiología

El CIE-10 considera las CSNE dentro de los trastornos disociativos, mientras el DSM IV lo hace dentro de los trastornos de conversión. En las dos clasificaciones se considera que es una expresión involuntaria de alteración emocional. La comorbilidad psiquiátrica es del 50% de pacientes y hasta un 80% puede estar recibiendo tratamiento psiquiátrico.<sup>7</sup>

En niños se tienen pocos estudios sobre los factores de riesgo o etiología, Wyllie et al en 1999 reportaron 34 pacientes entre 9-18 años, el 74% fueron mujeres y el 70% de los pacientes tomaban fármacos antiepilépticos al momento del diagnóstico.<sup>8</sup> En todos los pacientes se diagnosticó un trastorno de conversión, pero en ninguno se encontró simulación o trastorno facticio. Otros diagnósticos de eje 1 fueron: Depresión mayor en 6 pacientes, distimia en 4, ansiedad de separación o rechazo escolar en 8, trastorno de pánico en 3, trastorno de estrés posttraumático en 3, trastornos adaptativos y de ansiedad en 4, trastorno de déficit de atención en

5, trastorno oposicional desafiante, trastorno de control de impulsos, trastorno bipolar, psicosis reactiva y trastorno esquizofreniforme en 1 paciente cada uno.

Los diagnósticos del eje 2 fueron: Retardo mental leve, rasgos dependientes y trastorno de personalidad límite en 2 pacientes cada uno, en otros dos pacientes se encontró trastorno de personalidad histriónica y trastorno mixto de personalidad.

Como estresantes más frecuentes se encontró estrés familiar severo 44%, abuso sexual 32%, abuso físico 6% y rechazo escolar 9%. Los pacientes con los estresantes más importantes fueron los del grupo de trastornos del ánimo. En la mayoría de los casos las crisis ocurrieron meses o años después del abuso físico, sexual o de los estresantes familiares. Las CSNE ocurren más en el contexto de conflicto social y familiar, con frecuencia hay antecedentes de abuso físico y sexual (22-32%), como también dificultades académicas y rechazo escolar. El riesgo es mayor en poblaciones marginales e inmigrantes.

Estudios de pacientes pediátricos con pseudocrisis más epilepsia asociada, mostraron como factores de riesgo, la depresión, historia familiar de epilepsia, historia de enfermedad psiquiátrica y un ambiente familiar inadecuado.<sup>9</sup>

Gudmundsson tomó a 35 pacientes entre 6-18 años (68% mujeres) hizo seguimiento promedio de 4.6 años, reportó el 31% de pacientes con epilepsia y encontró: Evitación escolar en 6 pacientes, búsqueda de atención en 3, ansiedad y estrés familiar en 2 pacientes. Aquellos que tenían epilepsia se encontraron que tenían historia traumática de violencia y abuso físico o sexual en 8 pacientes, 4 con tensión doméstica significativa, 4 con evitación escolar, 3 con reacción disfuncional con su madre y 5 pacientes con diagnóstico no claro. En el grupo de 17 pacientes sin epilepsia (rango 8-15 años), reportó 7 pacientes con dificultades académicas y 4 pacientes con antecedentes de abuso sexual. Quejas somáticas en 14 pacientes como cefalea (8), letargia (4), dolor abdominal (4), mareo (3) y ansiedad/pánico (3).<sup>10</sup>

Algunos pueden tener un trastorno facticio o presentar simulación.<sup>1</sup> En el Síndrome de Munchausen by proxy es el padre quien tiene un trastorno facticio, la madre reporta síntomas en el niño o los induce.

La presentación neurológica más frecuente son crisis epilépticas generalizadas durante el sueño y falta de mejoría con los fármacos antiepilépticos.<sup>11</sup>

En 2005 se realizó un estudio de 18 adolescentes con CSNE, encontrando que un 50% de pacientes experimentan síntomas de ataque de pánico, sin lograr criterios completos para el diagnóstico, en comparación a un grupo de adultos de 21 pacientes.<sup>7</sup> Ocasionalmente se observan CSNE después de trauma craneoencefálico, cirugía de epilepsia y otras neurocirugías especialmente con hospitalización prolongada.

En resumen se trata de manifestaciones de conflictos emocionales que no se relacionan con alteraciones demostrables en el sistema nervioso central, las alteraciones emocionales son seguramente

el origen de esta alteración. No se trata de una causa emocional exclusiva, seguramente son cadenas de alteraciones y dishabilidades de la persona que expresa su dolor en esta forma.

## Manifestaciones clínicas

Hay algunas características clínicas que nos hacen pensar en el diagnóstico de pseudocrisis:<sup>12</sup>

- Actividad motora bilateral exagerada con preservación de la conciencia.
- Ausencia de apnea o presencia de hiperventilación.
- Semiología cambiante de crisis.
- Por lo general no hay mordedura de la lengua y de presentarse es la punta.
- Movimientos rotatorios de cabeza o de pelvis.
- Movimientos de pateo en miembros inferiores.
- Ausencia de daño físico.
- Ausencia de confusión posictal.
- Llanto posictal, obscenidades.
- Sensibilidad a la sugestión (tanto al inicio como el curso de la crisis)
- Se pueden generar en situaciones específicas.
- Raras cuando el paciente esta solo.

## Diagnóstico

Es clínico y paraclínico, no existe un signo patognomónico de la presencia de CSNE. En general la historia médica, social y psiquiátrica ayuda en la diferenciación.<sup>1,2,13,14</sup> La Prolactina o el cortisol sérico se elevan 15 minutos después del evento ictal en pacientes con epilepsia, por lo que se considera de ayuda para descartar presencia de pseudocrisis.

En el electroencefalograma (EEG) y al momento de presentar las manifestaciones clínicas no deben haber descargas epileptiformes.<sup>6</sup> Un EEG interictal normal no excluye epilepsia ni confirma pseudocrisis.<sup>2</sup> En el caso de presentarse dudas se recurre a la video telemetría, donde se hace un monitoreo clínico y electroencefalográfico del paciente, para descartar presencia de convulsio-

nes. Este método es considerado por algunos autores como el eje central en el diagnóstico de la entidad.

Las imágenes cerebrales y las pruebas neuropsicológicas pueden ayudar, el uso de métodos provocadores es controvertido. La infusión de solución salina provoca las crisis en más de tres cuartos de los pacientes. Otros métodos son: la suspensión de fármacos antiepilépticos, el uso de diapason, paños con alcohol y el test de mesa basculante.<sup>14</sup>

Más que tratar de delimitar el trastorno, es recomendable determinar los otros diagnósticos psiquiátricos a los cuales está asociado. De tal manera que una vez establecido que se trata de una pseudocrisis, el procedimiento es poner en evidencia toda la comorbilidad psiquiátrica que se le asocia. Al final del proceso de diagnóstico se debe conocer las patologías emocionales asociadas y las otras alteraciones del sistema nervioso que están incluidas. La experiencia nos señala que hay que sospecharla para lograr buscar elementos que confirmen estas alteraciones (tabla 1). En pacientes con epilepsia siempre se debe pensar en esta alteración.

## Tratamiento

El tratamiento debe ser cuidadoso. Se explica al paciente y a su familia en que consiste la enfermedad y cuales pueden ser las posibles causas. Se le aclara que hay causas emocionales con ejemplos (estrés y úlcera, ansiedad y sudoración) y que es en una evaluación psiquiátrica, donde se ponen en evidencia las alteraciones emocionales, que sumadas a todas las enfermedades que padece, explican la aparición de la pseudocrisis.<sup>15</sup>

Enfatizar que esto no implica que el paciente esté loco, ni que finja un padecimiento; es una alteración involuntaria, de la cual es víctima. No se trata que quien padece una pseudocrisis, disfrute con las molestias que le induce. Explicar que el evento puede resolverse espontáneamente y que se puede ejercer un control conciente de las crisis.

Si el paciente tiene epilepsia debe explicarse que presenta dos tipos diferentes de crisis y debe aprender a diferenciarlas. Si el

**Tabla 1.** Características que apoyan el diagnóstico de CSNE.

Historia clínica	Semiología	
Estatus epiléptico recurrente	Parpados cerrados	Balanceo de cabeza bilateral
Síntomas físicos múltiples inexplicados	Duración mayor a 2 minutos	Movimientos de extremidades asincrónicos
Múltiples paraclínicos	Resistencia a la apertura ocular	Reactividad durante estado de inconciencia
Tratamiento psiquiátrico	Reflejo pupilar a la luz presente	Comienzo gradual
Abuso sexual o físico	Falta de cianosis	Comienzo situacional
Crisis en presencia de personal de salud	Actividad motora ondulante	No hay mordedura lateral de la lengua
Mayor de 10 años.	Movimientos con propósito	Mordedura de la punta de la lengua
Semiología cambiante	Opistótonos	Sin cambios en la frecuencia cardíaca
Agravación por fármacos antiepilépticos	Llanto ictal	Movimientos pélvicos rítmicos
	Reorientación posictal rápida	Precipitado por estímulos
	Boca cerrada en la fase tónica	
	Vocalización durante la fase tonico clónica	
	Memoria sobre hechos del evento	
	Atonia ictal prolongada	

paciente no tiene epilepsia se deben evitar los fármacos antiépilépticos.

Se utiliza un tratamiento psicológico y farmacológico dependiendo del diagnóstico de eje 1. El tratamiento farmacológico incluye agentes ansiolíticos, antidepresivos y raramente neurolépticos, pero es usado con menor frecuencia en niños que en adultos.<sup>6,16</sup>

Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales, psicoterapia, terapia familiar e hipnosis.<sup>1</sup> La psicoterapia ayuda a modular los extremos de comportamiento, a reconocer signos tempranos de crisis. Se ayuda a la identificación de situaciones estresantes y se encuentran vías alternativas para solucionar los problemas. También se deben modificar los aspectos escolares y las dificultades académicas que estén influyendo.

## Pronóstico

El pronóstico para la suspensión de los CSNE es más favorable en niños y adolescentes que en adultos (40%), con 81% de pacientes libres de pseudocrisis a 3 años después del diagnóstico por telemetría.<sup>7</sup> Una explicación clara del problema y el tratamiento psicológico, disminuyen a corto plazo, las visitas a urgencias en un 97%, a consulta externa en un 80% y la realización de test diagnósticos en un 76%. Otro estudio en niños con seguimiento entre 9-55 meses reportó que el 72% de los pacientes están libres de crisis.<sup>18</sup>

Son factores de buen pronóstico la menor edad, género femenino y mayor tipo de crisis. También se encuentran mejor estrato socioeconómico o nivel educativo, una presentación clínica menos dramática, ausencia de personalidades mal adaptativas y tendencia a la somatización o disociación.<sup>2</sup>

## La experiencia local

En el hospital pediátrico La Misericordia de la ciudad de Bogotá, se revisaron 12 pacientes, que fueron los casos vistos por el servicio de psiquiatría, durante el periodo comprendido entre 2000-2005. Las edades estaban comprendidas entre 7 y 17 años con un promedio de 12 años, coincidiendo la descripción de algunas series.<sup>17</sup> Pertenecieron en su mayoría al régimen contributivo y procedían tanto del servicio de urgencias como el de consulta externa.

Se encontró predominio del género femenino en 10 pacientes (83%), lo cual está de acuerdo con otras series internacionales.<sup>2</sup> La escolaridad de estos pacientes fue variable, desde preescolar hasta grado 11. Todos los pacientes procedían del área urbana de la ciudad de Bogotá.

Como motivos principales de consulta, estuvieron los eventos descritos inicialmente como convulsiones en 10 pacientes, seguidos de desmayos y sensación de tristeza; con tiempos de evolución muy variados desde 4 días hasta 3 años con un promedio de 15 meses. Fue difícil aclarar en que momento iniciaron los eventos no epilépticos, porque un porcentaje alto de pacientes tenían Epilepsia. La comorbilidad fue trastornos de ansiedad, como la principal alteración vista en 7 (58%) pacientes (figura 1).

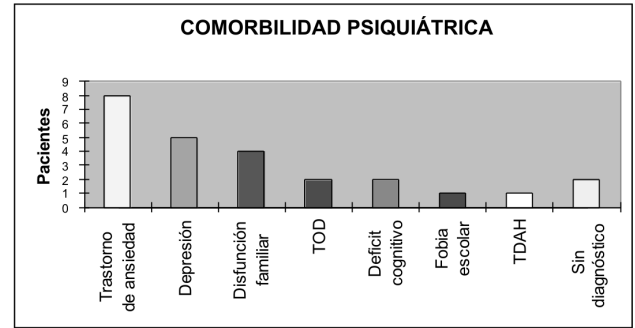


Figura 1. Comorbilidad psiquiátrica.

Todos nuestros pacientes fueron valorados inicialmente por el servicio de Neuropediatría, encontrando que 8 pacientes (66%) tenían epilepsia (figura 2). Como dato importante, el 50% de niños (6 casos) cumplieron criterios para estatus de pseudocrisis, tratándose de una cifra alta y de la cual no se cuentan con adecuadas estadísticas. Este grupo de pacientes corresponden a una población importante de estudiar ya que son objeto de múltiples intervenciones terapéuticas, con el riesgo de tener gran cantidad de efectos adversos.

En su gran mayoría (91%) los pacientes fueron estudiados con electroencefalograma y neuroimágenes siendo anormal en 4 pacientes (36%). En algunos episodios que se realizó electroencefalograma, coincidió con la presencia de estos eventos, que fue normal.

La video telemetría que es para algunos autores, el examen de elección para confirmar el diagnóstico, solo se realizó en 3 pacientes (25%); posiblemente como resultado de las dificultades económicas que existen en nuestra población, siendo en últimas un diagnóstico clínico y en algunos casos muy difícil de hacer, llegándose solo a sospechar.

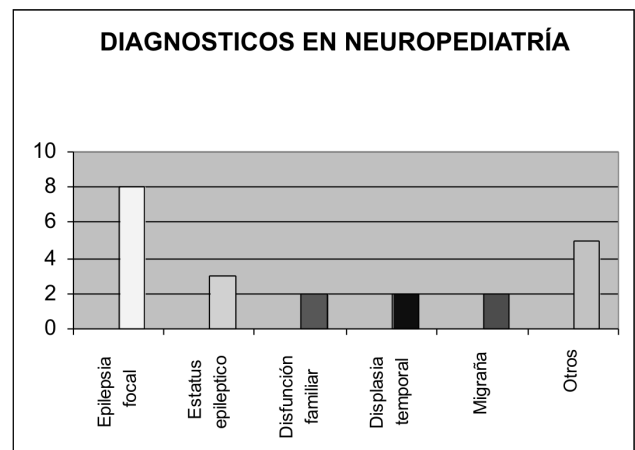


Figura 2. Diagnósticos realizados en el servicio de neuropediatría.

Se formularon 10 pacientes (83%) siendo las más utilizadas la carbamazepina y el ácido valproico. Este alto porcentaje puede estar en relación a la alta comorbilidad que existió con epilepsia focal. Del total de niños vistos en el servicio de Psiquiatría infantil, en 3 casos (25%) se utilizó medicación, siendo la más frecuente la fluoxetina.

Hubo grandes dificultades en los controles de estos pacientes, asistieron por Psiquiatría 4 pacientes (33%) y por neurología un paciente (8%); en un periodo que varió entre 2 y 10 meses. El control telefónico se logró en 8 casos (66%), muchos de los pacientes no asistieron a control por dificultades administrativas (cambio de contratación de las entidades prestadoras de salud) o porque se habían ido a vivir a otras ciudades. Actualmente solo asiste a control 1 paciente por Psiquiatría infantil.

Con los pacientes que no regresaron a control, ocho en total, se hizo contacto telefónico, un paciente continuaba padeciendo pseudocrisis, éste tenía retardo mental. En los otros 7 pacientes restantes no se repitieron las crisis.

Las pseudocrisis son eventos que debemos conocer y descartar en nuestra práctica diaria, en aquel paciente con epilepsia refractaria o que no mejora a las medicaciones tradicionales. Es un diagnóstico que engloba múltiples trastornos como la depresión, la ansiedad, retardo mental, etc. El tener este diagnóstico no significa que el paciente no tiene nada, sino por el contrario requiere un estudio amplio con el fin de conocer a profundidad al paciente.

## Un par de ejemplos

A continuación se presenta la descripción de un par de casos, que ilustran la diversidad de factores que actúan en la pseudocrisis, la severidad de la misma y los elementos de la comorbilidad psiquiátrica. Como se podrá observar, son pacientes complejos cuyo cuidado es laborioso.

*Caso 1.* L.B.G es una niña de 10 años de edad quien es llevada al servicio de urgencias el 7 de septiembre de 2003. MC y EA: Paciente que acudió por el servicio de urgencias por haber presentado 8 episodios convulsivos, descritos como movimientos clónicos en miembro superior izquierdo, desviación de la comisura labial, de 15 segundos de duración, con un intervalo de 40 minutos, post-ictal dado por somnolencia. Tiene como antecedentes patológicos epilepsia focal desde los 2 años de edad, en tratamiento con polifarmacia, sin control adecuado de crisis. Antecedentes de oligoamnios severo se realizó cesárea, nació en adecuadas condiciones. Escolaridad en 5° de primaria con buen desempeño.

Se inició protocolo de tratamiento para estatus epiléptico con benzodiazepinas, se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde persistieron crisis. Se realizó electroencefalograma, durante el cual se observó que en dos episodios con extensión alternantes de miembros superiores, desconexión con el medio, no se obtuvo alteración del registro del EEG.

Se interconsultó al servicio de psiquiatría donde se documentó disfunción familiar, padres separados hace 14 meses, madre con

nuevo compañero, síntomas depresivos y ansiosos. Se inició psicoterapia de apoyo con adecuada mejoría.

En la resonancia magnética cerebral se evidenció lesión parietal derecha sugestiva de ser neoplásica. Se operó en febrero de 2005 que fue reportada por patología como oligoastrocitoma de bajo grado.

En el momento completa 1 año libre de crisis, en disminución de medicaciones, con buen desempeño escolar. La paciente recuperó el nivel de funcionamiento que tenía antes de padecer este cuadro.

*Caso 2.* A.S.R. es un adolescente de 17 años quien consulta el servicio de consulta externa el 25 de mayo de 2004. MC y EA: Cuadro clínico de 2 años de evolución de eventos descritos inicialmente como convulsiones, durante los cuales el paciente presentó escalofríos, mareo, contractura de miembros superiores y por último generalización de 1 minuto de duración. Inicialmente cada mes y luego 2 a 3 veces en el día, hasta 3 veces por semana. Recibió ácido valproico sin mejoría. Sin antecedentes de importancia.

Paciente tratado en el servicio de consulta externa de neurocirugía, por no mejoría se cambió medicación a Carbamazepina. El paciente fue visto 4 veces por consulta externa y acudió en 1 ocasión por urgencias a otra institución donde interrogan la presencia de pseudocrisis.

En septiembre de 2004 se realizó video telemetría que confirmó el diagnóstico. En la valoración se encontró ansiedad intensa originada en un conflicto, por la aceptación personal y social de su homosexualidad. Las encuestas muestran síntomas de depresión, preocupación por el peso e imagen corporal. El paciente no volvió a control en nuestra institución por trámites administrativos.

En el contacto telefónico para hacer esta revisión, se supo que presentó un episodio psicótico en diciembre de 2005 y estaba en tratamiento con clozapina en otra institución. En el último año no ha vuelto a presentar episodios de pseudocrisis.

## Referencias

1. Betts T. Psychiatric Aspects of Nonepileptic Seizures. En: Engel J Jr., Pedley TA. Eds. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
2. Papavasiliou A, Vassilaki N, Paraskevoulakos E. Psychogenic status epilepticus in children. *Epilepsy Behavior* 2004; 5:539-46.
3. Euber M, Elger C. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behavior* 2003; 4: 205-16.
4. Holmes GL, Sackellares JC, McKiernan J. Evaluation of childhood pseudoseizures using EEG telemetry and videotape monitoring. *J Pediatr* 1980; 97:554-8.
5. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, et al. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia* 1991; 32:322-8.

6. Wyllie E, Friedman D, Luders H, et al. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991; 41:742-4.
7. Witgert M, Wheless J, Breier J. Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior* 2005; 6:174-8.
8. Wyllie E, Glazer J, Benbadis S, et al. Psychiatric Features of Children and Adolescents With Pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:244-8.
9. Vincentiis S, Valente K, Thomé-Souza S. Risk factors for psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behavior* 2006; 7:294-8.
10. Gudmundsson O, Prendergast M, Foreman D, et al. Outcome of pseudoseizures in children and adolescents: a 6-year symptom survival analysis. *Dev Med Child Neurol* 2001, 43:547-51.
11. Apolo J. Munchausen Syndrome by proxy: The Syndrome of Fabricated Illness in the pediatric patient. *Int Pediatr* 1999; 14:930-5.
12. Medina C. *Epilepsia. Aspectos clínicos y psicosociales*. Bogotá, Editorial Panamericana, 1 ed, 2004: 275-6.
13. Andriola M, Ettinger A. Pseudoseizures and other nonepileptic paroxysmal disorders in children and adolescents. *Neurology* 1999; 53: S89-95.
14. Iriarte J, Parra J, Urrestarazu E, Kuyk J. Controversies in the diagnosis and management of psychogenic pseudoseizures. *Epilepsy Behavior* 2003; 4: 354-9.
15. O'Sullivan S, Sweeney B, McNamara B. The opinion of the general practitioner toward clinical management of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior* 2006; 7:256-60.
16. Curt W, Devinsky O. Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior* 2002; 3:S19-23.
17. Wyllie E, Benbadis S, Kotagal P. Psychogenic seizures and other nonepileptic paroxysmal events in children. *Epilepsy Behavior* 2002; 3:46-50.
18. Irwin K, Edwards M, Robinson R. Psychogenic non-epileptic seizures: management and prognosis. *Arch Dis Child* 2000; 82:474-8.