

Factores de riesgo en pacientes adultos con epilepsia y crisis psicógenas no epilépticas / Risk factors in adult patients with epilepsy and psychogenic non-epileptic seizures

Dr. Salvador González Pal, I Lic. Yasmani Llanes Basulto, II Lic. Jaime Valenti Alonso, II Lic. Ignacio Oliva Hernández, II Dr. C. Reinaldo Fabelo Roche III y MSc. Serguei Iglesias Moré. IV

I Prof. Auxiliar Facultad Enrique Cabrera. Especialista de 1er y 2do Grado de Neurología del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

II Lic. en Psicología. Psicólogo clínico del Hospital Psiquiátrico de la Habana.

III DrC. Profesor Titular. Lic. Psicología. CEDRO. La Habana, Cuba.

IV Máster en Psicología de la Salud. Prof. Auxiliar. Lic. en Enfermería. Facultad Comandante Fajardo. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE) pueden aparecer en la población con cierta frecuencia, pero resulta un problema cuando estas acompañan a los pacientes con crisis de epilepsia.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y psicosociales que favorecen la aparición de crisis psicógenas en pacientes con epilepsia.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo en 200 pacientes con epilepsia, diagnosticada por sus crisis y según criterios de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y con electroencefalograma (EEG) interictal, que asistieron a la consulta multidisciplinaria de epilepsia del Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarán, entre enero del 2012 y enero del 2013. Todos los pacientes atendidos en esta consulta fueron estudiados mediante una batería de pruebas psicológicas y discutidos por el colectivo, los sospechosos de crisis psicógenas eran sometidos a EEG con inducción de crisis. Los pacientes fueron separados en 3 grupos, Grupo A o control (con epilepsia y sin trastornos psiquiátricos), Grupo B (con crisis de epilepsia y más CPNE), Grupo C (con epilepsia y otros trastornos cognitivos conductuales). Los factores de riesgo fueron comparados mediante el estadígrafo Fisher.

Resultados: en el grupo con CPNE, predominaba el sexo femenino ($p = 0.0009$), los estados depresivos en un 97.3%, ($p = 0.0006$), la elevada frecuencia de crisis de epilepsia ($p = 0.0188$. $OR = 0.2287$) y los trastornos psicosociales ($p = 0.0465$).

Conclusiones: el conocimiento de los factores de riesgo es un elemento importante en el momento de evaluar tratamiento para las CPNE en pacientes con epilepsia.

Palabras clave: crisis psicógenas, epilepsia, factores de riesgo, noxas cerebrales, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: psychogenic non-epileptic seizures (PNES) can be present in the population with certain frequency, but it is a problem when these seizures are coupled with epilepsy.

Objective: to identify the socio-demographic, biological and psychosocial risk factors that allow the manifestation of PNES in patients with epilepsy.

Methods: a descriptive study was performed between January of 2012 and January of 2013, of 200 patients with epilepsy, diagnosed by their seizures and according to approaches of the International League Against Epilepsy (ILAE) and with interictal electroencephalogram (EEG) that attended the multidisciplinary epilepsy consultation of the Surgical & Clinical Hospital Joaquín Albarán. All the patients treated in this consultation were studied by a set of psychological tests and discussed by the panel; the suspects of PNES were studied through EEG with induced seizures. The patients were separated into 3 groups, Group A or control group (with epilepsy and without psychiatric disorders), Group B (with epilepsy seizures and PNES), Group C (with epilepsy seizures and cognitive behavioral disorders). The risk factors were compared by using Fisher's statistical method.

Results: in the group with PNES dominated by females ($p = 0.0009$), revealed depressive states in 97.3% ($p = 0.0006$), high frequency of epilepsy seizures ($p = 0.0188$. $OR = 0.2287$) and psychosocial disorders ($p = 0.0465$).

Conclusions: the knowledge of the risk factors is an important element to be considered at the moment of electing treatment for the PNES in patients with epilepsy.

Key words: psychogenic non-epileptic seizures, epilepsy, risk factors, cerebral event, quality of life

INTRODUCCIÓN

Las CPNE, son episodios de alteraciones del movimiento, sensación o experiencia que evocan una crisis de epilepsia, pero que no se asocian con un episodio epileptiforme ictal en el cerebro y que sugieren un origen psicopatológico.^{1,2}

En la población general, la prevalencia de CPNE es del 33 %, lo cual supone que es tan común como la esclerosis múltiple o la neuralgia del trigémino,^{3,4} algunos estudios epidemiológicos consideran que entre el 20 y 30 % de los pacientes que acuden a especialistas en epilepsia tienen CPNE en vez de epilepsia, también se hace referencia a que entre el 10 y el 40 % de los pacientes que son remitidos a centros de tercer nivel tienen estos episodios.^{5,6} Por otra parte, la prevalencia de las crisis psicógenas no epilépticas en pacientes con epilepsia es entre un 5 y 20 %^{7,8} y en sentido inverso el 10 % de las personas con crisis psicógenas tienen simultáneamente epilepsia. En estos pacientes en que se suceden crisis psicógenas y crisis de epilepsia, se produce una desestabilización de la epilepsia debido a cambios constantes en la medicación y como consecuencia una pobre calidad de vida en estos enfermos.^{9,10}

En los pacientes con ambas crisis, las de epilepsia y CPNE asociadas, el diagnóstico y la conducta a seguir, resulta un problema muy serio, en primer lugar debido a que existe una gran dificultad para definir claramente el tipo de crisis que tiene el paciente, esto se ve en las crisis de epilepsia fronto-mesiales o temporales con manifestaciones clínicas conductuales, donde, los movimientos pélvicos que se consideran importantes en el diagnóstico de las CPNE, pueden aparecer en el 24 % de las epilepsias frontales, en el 6% de las temporales y solo en el 17 % de las CPNE,^{11,12} por lo que para llegar al diagnóstico hay que auxiliarse de métodos que son más fiables pero costosos como el video-EEG, los que no se encuentran al alcance de todos los centros hospitalarios.

De lo anteriormente expuesta se desprende que la conducta a seguir con estos pacientes se torne complicada, pues no se sabe exactamente si tratar un cuadro psicógeno o si se trata de una descompensación de la epilepsia. Esto es lo que hace que los costos de los pacientes con CPNE, sean muy elevados y los reportes en algunos centros los calculen entre 100 y 900 millones de dólares por año: por los medicamentos empleados y por los frecuentes estudios de laboratorio a que son sometidos estos pacientes para llegar a un diagnóstico de sus episodios ictales.¹³ Por esta razón, desde el 2005 una Comisión internacional e interdisciplinaria, en Bethesda, EUA; alcanzó un consenso en el tratamiento de los pacientes con crisis no epilépticas,¹⁴ esta comisión concluyó con la importancia de la existencia de un tratamiento psicológico y uno farmacológico con el objetivo de alcanzar mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.¹⁵

El objetivo general que nos proponemos en este estudio, donde están incluidos pacientes básicamente con epilepsia y en los que aparecen CPNE, es: identificar los factores de riesgo que favorecen la aparición de crisis psicógenas en pacientes con epilepsia.

Objetivos específicos son:

Identificar los factores de riesgo, sociodemográficos, biológicos y psicosociales que favorecen la aparición de CPNE en pacientes con epilepsia.

Comparar los factores sociodemográficos, biológicos y psicosociales de los pacientes con epilepsia y CPNE con el de un grupo de pacientes con epilepsia sin trastornos cognitivos, conductuales o psicosociales y con un tercer grupo con epilepsia y trastornos cognitivos, conductuales o psicosociales.

Determinar según los factores encontrados, cuáles son los métodos individuales de intervención terapéutica en los pacientes con epilepsia y crisis psicógenas no epilépticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de 200 pacientes adultos con epilepsia que asistieron a la consulta multidisciplinaria de epilepsia del Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarán, en el período de enero del 2012 a enero del 2013.

Todos los pacientes atendidos en esta consulta fueron evaluados neurológicamente y en las primeras consultas es diagnosticada o revaluada la epilepsia, según los criterios clínicos y electroencefalográficos de la ILAE, posteriormente son tratados con fármacos antiepilépticos (FAE) o reajustado el tratamiento en la búsqueda del control de las crisis. A continuación, previamente se realizó el consentimiento informado para aplicar una batería de estudios y pruebas, que incluye: encuesta diseñada al efecto, para determinar los factores sociodemográficos y biológicos, Escala de ansiedad de Hamilton Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Versión Conde) el Inventario de Personalidad de Eysenck para personalidad e Inventario de estudios psicosociales de Washington (Adaptación cubana) y el Wais para determinar inteligencia y deterioro de esta. Mediante estas, se determinan los principales factores sociodemográficos, biológicos y psicosociales. Finalmente, los pacientes, son discutidos de forma individual por el colectivo por un equipo

multidisciplinario que incluye, neurólogo, psiquiatra y psicólogos.

Cuando un caso con epilepsia, presenta aumento de la frecuencia de las "crisis" sin una causa aparente y estas son de características diferentes, sin lesiones corporales, con gran componente emocional, se sospecha la asociación de CPNE, es cuando estos pacientes son sometidos a EEG con inducción de crisis para tratar de demostrar las crisis psicógenas. No son incluidos en este estudio aquellos pacientes en los cuales se demuestra que solo hay crisis psicógenas y no existen crisis de epilepsia.

Los pacientes fueron separados en 3 grupos, Grupo A o control (con epilepsia y sin trastornos cognitivos/conductuales), Grupo B, grupo estudio (con epilepsia y CPNE), Grupo C (con epilepsia y otros trastornos cognitivos y conductuales).

Las variables que fueron obtenidas para determinar en este estudio los factores de riesgo fueron divididas en:

- Sociodemográficas: género, edad, escolaridad.
- Biológicas: antecedentes familiares de epilepsia, noxas cerebrales, edad de inicio de las crisis, tiempo de duración de la epilepsia, frecuencia de las crisis y tipos de crisis.
- Psicosociales: depresión, trastornos psicosociales globales.

Se realizó análisis estadístico univariado con el cálculo de distribuciones de frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas, y análisis bivariado. Para determinar asociación o relación entre variables se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. De existir asociación, se determina la presencia y cuantificación de riesgo significativo mediante la prueba de productos cruzados u Odds Ratio.

Se utilizó un nivel de significación del 5% y en el caso del Odds Ratio un intervalo de confianza de 95% calculado por el método de Woolf.

RESULTADOS

La distribución en los tres grupos estudiados fue la siguiente:

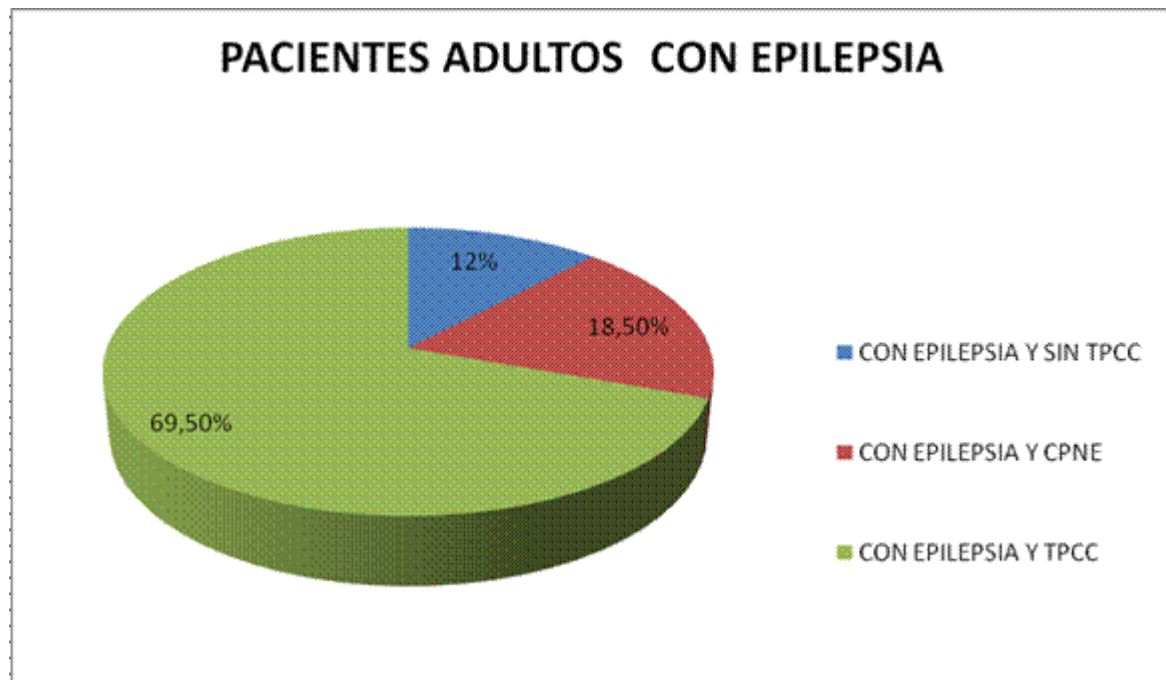
Grupo A; Los pacientes con epilepsia y sin trastornos psicopatológicos cognitivos y conductuales (TPCC), considerado grupo control, N=24 (12 %).

Grupo B; Los enfermos con epilepsia y CPNE, N=37 (18.5 %).

Grupo C; Sujetos con epilepsia y con TPCC, N= 139 (69.5 %).

En la gráfica 1 se pueden apreciar los tres grupos conformados para este estudio.

Gráfica 1



1. Factores sociodemográficos

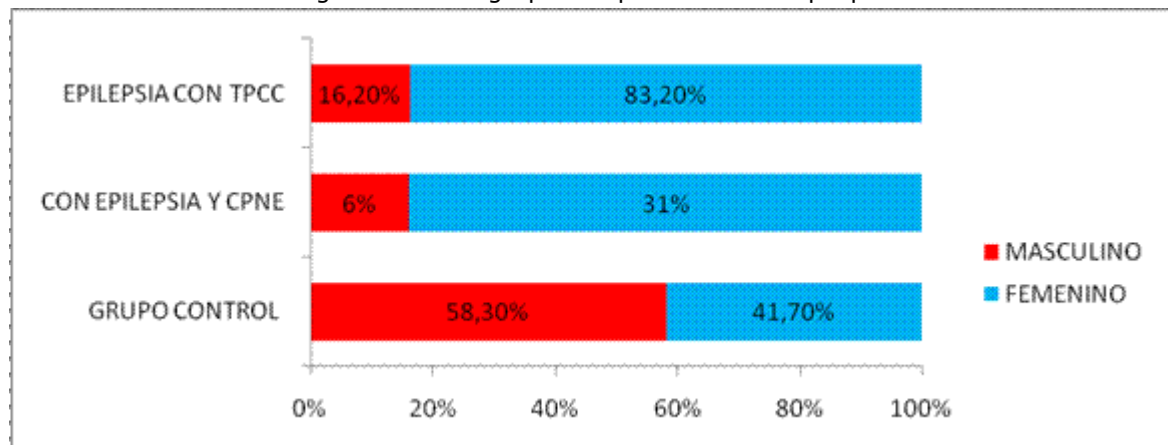
Género

Del total de los pacientes con epilepsia estudiados, pertenecían al sexo masculino 95 (47.5 %) pertenecían al sexo masculino, mientras que del sexo femenino eran 105 enfermos (52.5 %)

En el grupo A, o control aparecen 14 (58.3 %) con el sexo masculino y 10 (41.7 %) con el sexo femenino. En el grupo B, con epilepsia y crisis psicógenas con 37 enfermos, hay 6 (16.2 %) en el sexo masculino y 31 (83.8 %) en el femenino. En el grupo C, existen 75 (53.9 %) del sexo masculino y 64 (46.1 %) del sexo femenino. Lo que se puede ver en la

siguiente gráfica.

Gráfica 2. Diferencia de género en los grupos de pacientes con epilepsia estudiados



Al comparar el grupo A o control y el B o de crisis psicógenas se encuentra diferencia significativa Fisher 0.0009 OR 7.233. Al comparar el grupo B o de crisis psicógenas con el C con otros trastornos psicopatológicos, también se encuentra diferencia significativa Fisher 0.0001 OR: 6.055

Los resultados anteriores encuentran predominio del sexo femenino en la presencia de crisis psicógenas en pacientes con epilepsia, lo que se concibe como un indicador con una elevada probabilidad de esta asociación.

Edad

Los grupos de edades fueron divididos en 4 grupos: entre 18 y 30 años; entre 31 y 40 años; entre 41 y 50 años y más de 50.

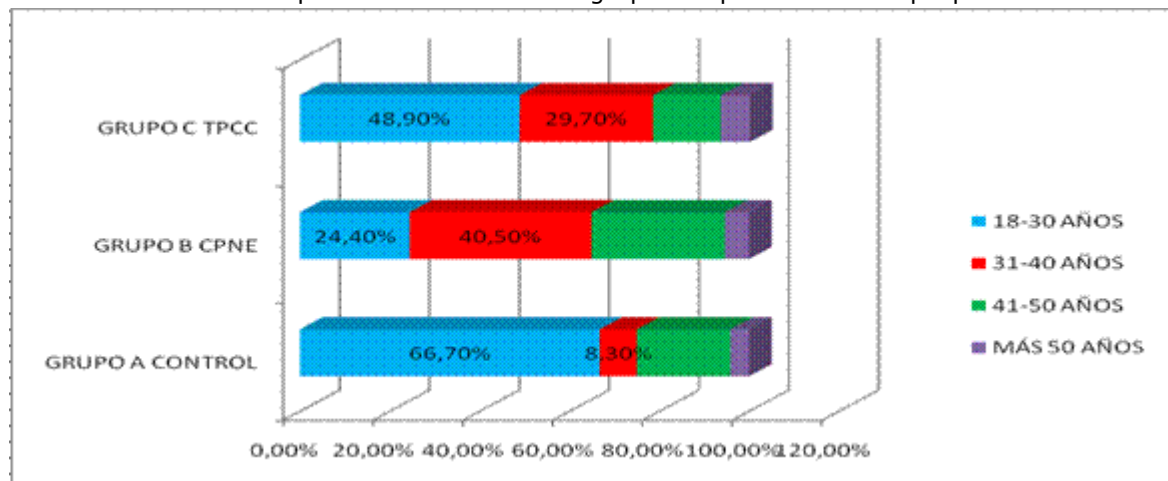
En el grupo A (Epilepsia control), aparecían entre 18 y 30 años 16 pacientes (66.7 %), entre 31 y 40 años 2 enfermos (8.3 %), entre 41 y 50 años 5 personas (20.8 %) y con más de 50 años 1 enfermo (4.2 %)

En el grupo B (Epilepsia y crisis psicógenas), aparecían entre 18 y 30 años 9 pacientes (24.4 %), entre los 31 y 40 años 15 enfermos (40.5%), entre 41 y 50 años 11 personas (29.7 %) y con más de 50 años 2 enfermos (5.4 %).

En el grupo C (Epilepsia y otros trastornos psicopatológicos), aparecían entre 18 y 30 años 68 pacientes (48.9 %), entre los 31 y 40 años 41 enfermos (29.5 %), entre 41 y 50 años 21 personas (15.1 %) y con más de 50 años 9 enfermos (6.5 %).

Los resultados son representados en la siguiente gráfica.

Gráfica 3. Edades en pacientes en diferentes grupos de pacientes con epilepsia



Anova F=5.655 P=0.0417 considerada significativa. Friedman Nonparametric Repeat Measuers Test Fr=6.500. P=0.0417 considerada significativa

Los resultados anteriores indican predominio de las CPNE entre los 31 y 40 años de edad, seguido del grupo de 41 a 50 años. De forma diferente en el grupo control y en el grupo con TPCC los pacientes con edades por debajo de los 30 años.

Raza

En el grupo A o control habían 19 (79.2 %) de la raza blanca; 2 (8.3 %) de la raza mestiza y 3 (12.5 %) en la negra. En el grupo B o con CPNE habían 26 (70.3 %) de la raza blanca; 7 (18.9 %) de la raza mestiza y 4 (10.8 %) en la negra. En el grupo C con otros TPP habían 104 (74.8 %) de la raza blanca, 20 (14.4 %) de la mestiza y 15 (10.8 %) de la negra. La comparación entre los 3 grupos no fue significativa (Anova F=1.451, P=0.3062). No obstante, debido al mestizaje de

nuestra población, no se le da ningún valor a estos resultados.

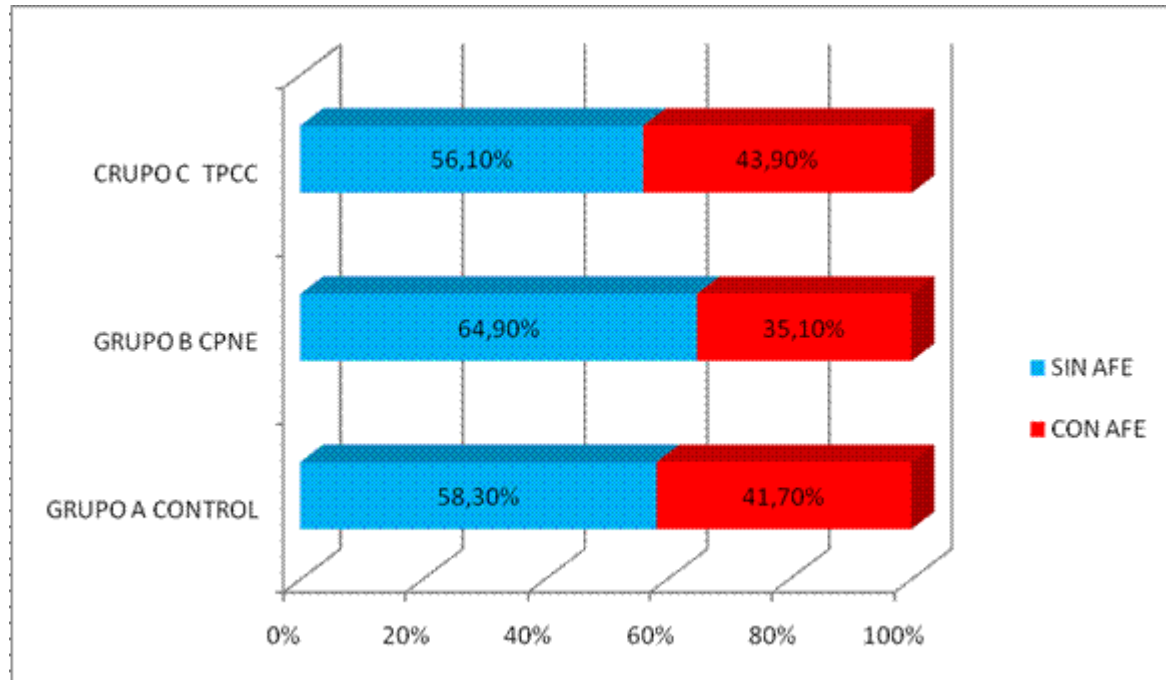
1. Factores biológicos

Los factores biológicos estudiados fueron: antecedentes familiares de epilepsia, noxas cerebrales, edad de inicio de las crisis, tiempo de duración de la epilepsia, frecuencia de las crisis y tipos de crisis.

Antecedentes familiares de epilepsia

Los antecedentes familiares de epilepsia, en la primera línea de consanguinidad (padre, madre y hermanos) se presentaron en los tres grupos estudiados de la siguiente forma: en el grupo A o control (n=24) tenían antecedentes familiares de epilepsia 10 pacientes (41.7 %), en el grupo B con CPNE(n=37), 13 sujetos (35.1 %) y en el grupo C con otros TPCC (n=139) 61 enfermos (43.9 %). Ver la siguiente gráfica

Gráfica 4. Antecedentes familiares de epilepsia en los grupos estudiados



Anova $F=27.932$ $P=0.0115$ considerada significativa.

Podemos ver como los pacientes con crisis psicógenas no epilépticas están entre los que menos antecedentes familiares de epilepsia tienen en los tres grupos estudiados.

Noxas cerebrales

Antecedentes de anoxia prenatal por parto distócico existían; en 8(33.3 %) de los 24 pacientes del grupo A o control; en 13(35.1 %) de los 37 enfermos del grupo B o con CPNE y en 29(20.9 %) de los 139 casos del grupo C con TPCC. Sin que existieran diferencia entre estos grupos (Anova $F=1.764$ $P=0.3116$).

Antecedentes de encefalitis existían; en 2(8.3 %) de los 24 pacientes del grupo A o control; en 1(2.7 %) de los 37 enfermos del grupo B o con CPNE y en 8(5.7 %) de los 139 casos del grupo C con TPCC. Sin que existieran diferencia entre estos grupos (Anova $F=0.7102$ $P=0.5591$).

Antecedentes trauma craneal severo o moderado; en 1(4.2 %) de los 24 pacientes del grupo A o control; en 5(13.5 %) de los 37 enfermos del grupo B o con CPNE y en 19(13.7 %) de los 139 casos del grupo C con TPCC. Sin que existieran diferencia entre estos grupos (Anova $F=1.042$ $P=0.432$).

Edad de inicio de las crisis

Esta fue dividida en 3 grupos: por debajo de 5 años de vida, entre 6 y 10 años, por encima de 10 años de vida.

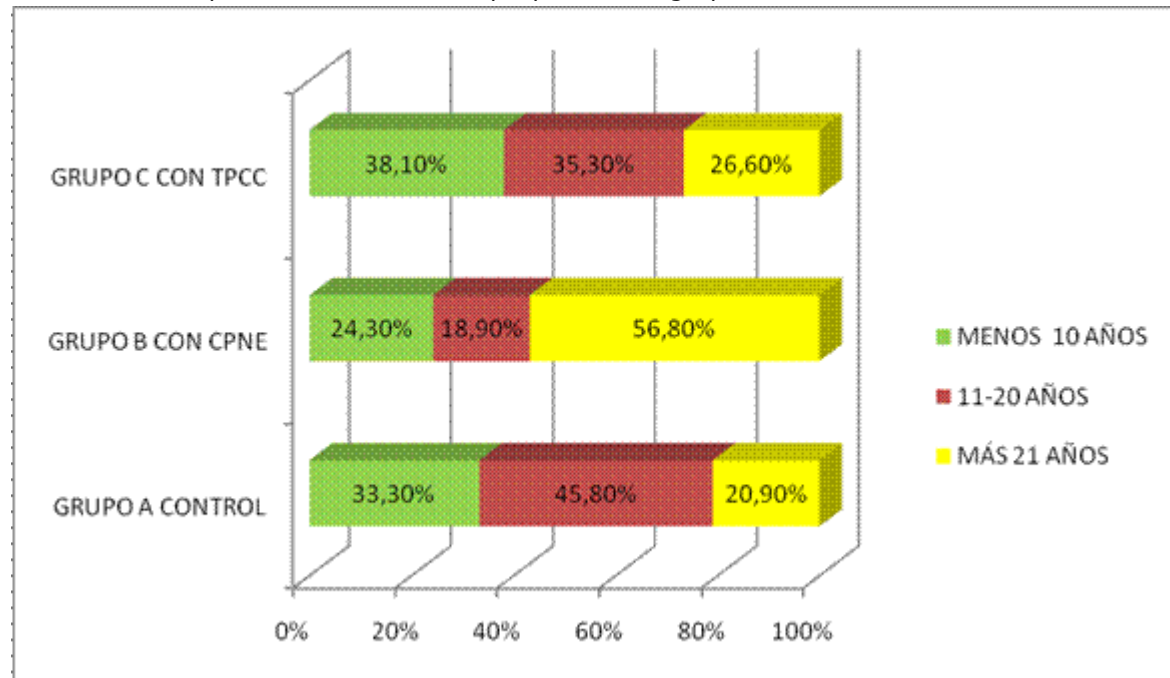
De los 200 pacientes estudiados, habían iniciado su epilepsia por debajo de los 5 años de vida 40 pacientes (20 %), de estos 5 (20.8 %) pertenecía al grupo A control; 10 (27 %) al grupo estudiado con CPNE y 25 (17.9 %) al grupo C con TPP. Habían iniciado su epilepsia entre los 6 y 10 años de vida 46 enfermos (23 %), de estos pertenecían al grupo A o control 6 (25 %), al grupo B con CPNE 8 (21.6 %) y al grupo C con TPP 32 (23.1 %). Por último, iniciaron sus crisis por encima de los 11 años, 114 pacientes (57 %), de los cuales eran del grupo A o control 13 (54.2 %), del grupo B con CPNE 19 (51.4 %) y del grupo C con TPP 82 (59 %). Los grupos comparados mediante Anova mostraron una $F=5.792$ y una $p=0.0659$ no significativa

Tiempo de duración de la epilepsia

Esta fue dividida en 3 grupos: hasta 10 años de evolución de las crisis, entre 11 y 20 años de crisis, por encima de 21 años de crisis.

De los 200 pacientes estudiados, mantuvieron sus crisis a lo largo de 10 años de su vida 70 pacientes (35 %), de estos 8 (33.3 %) pertenecía al grupo A o control; 9 (24.3 %) al grupo estudiado con CPNE y 53 (38.1 %) al grupo C con TPCC. Tenían evolución de entre 11 y 20 años de crisis 67 enfermos (33.5 %), de estos pertenecían al grupo A o control 9 (24.3 %), al grupo B con CPNE 7 (18.9 %) y al grupo C con TPCC 49 (35.3 %). Por último mantenían sus crisis más de 21 años, 63 pacientes (31.5 %), de los cuales eran del grupo A o control 5 (20.9%), del grupo B con CPNE 21 (56.8 %) y del grupo C con TP 37 (26.6 %). Los grupos comparados mediante Anova mostraron una $F=29.239$ y una $p=0.008$ muy significativa. Ver la siguiente gráfica.

Grafica 5. Tiempo de evolución de la epilepsia en los grupos estudiados

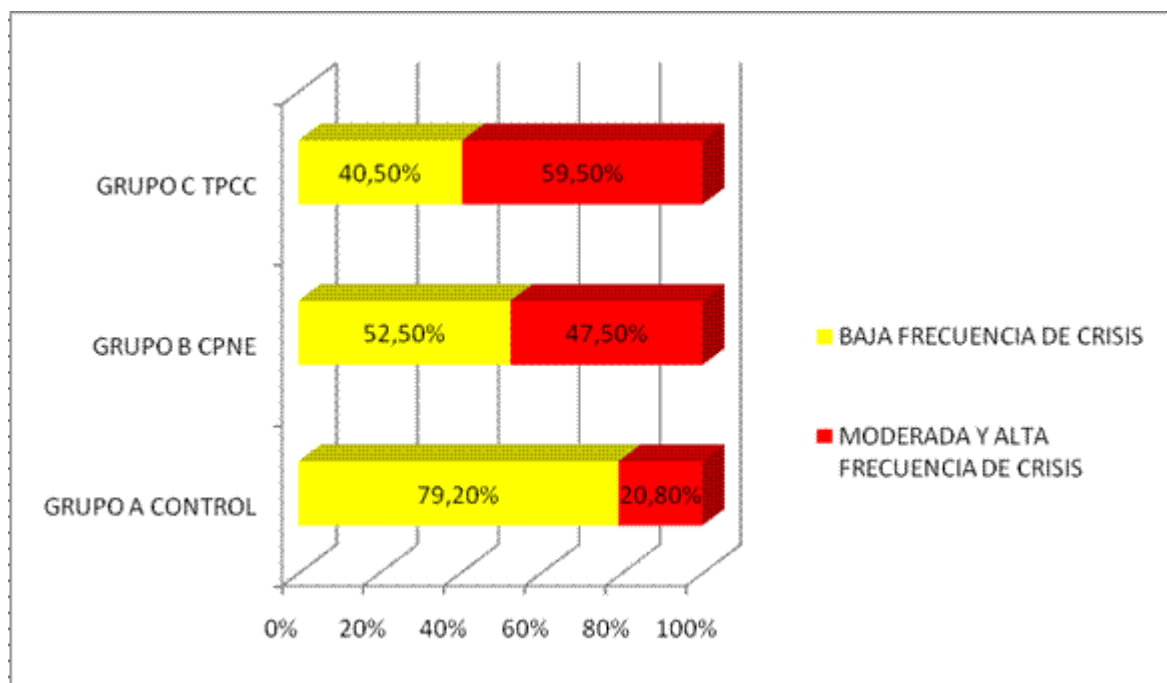


Existe predominio de pacientes con evolución de las crisis de epilepsia entre 11-20 y más de 21 años en el grupo de enfermos que tenían, además de la epilepsia crisis psicógenas Anova: $F=29.236$; $P=0.008$ considerada muy significativa. El grupo de pacientes con CPNE, era el grupo con de más larga evolución de la epilepsia (con más de 21 años de evolución de las crisis de epilepsia). Los que señala a este, como otro de los factores favorecedores de las crisis psicógenas no epilépticas.

Frecuencia de crisis

Se dividieron en tres grupos la frecuencia de las crisis. Con frecuencia baja de crisis (menos de una crisis por año) 105 pacientes (52.5 %); con frecuencia moderada de crisis (más de una crisis al año y menos de una crisis al mes) 90 pacientes (45 %); con frecuencia elevada de crisis más de una crisis al mes 5 (2.5 %). Ver siguiente gráfica.

Grafica 6. Frecuencia de crisis de epilepsia en grupos estudiados



Anova $F=40.473$, $P=0.068$ considerada muy significativa. Indica predominio de elevada frecuencia de crisis en los pacientes con CPNE.

Tipos de crisis

Los grupos estudiados fueron divididos en 3 tipos de crisis: crisis parciales (simples o complejas), crisis generalizadas y crisis parciales secundariamente generalizadas.

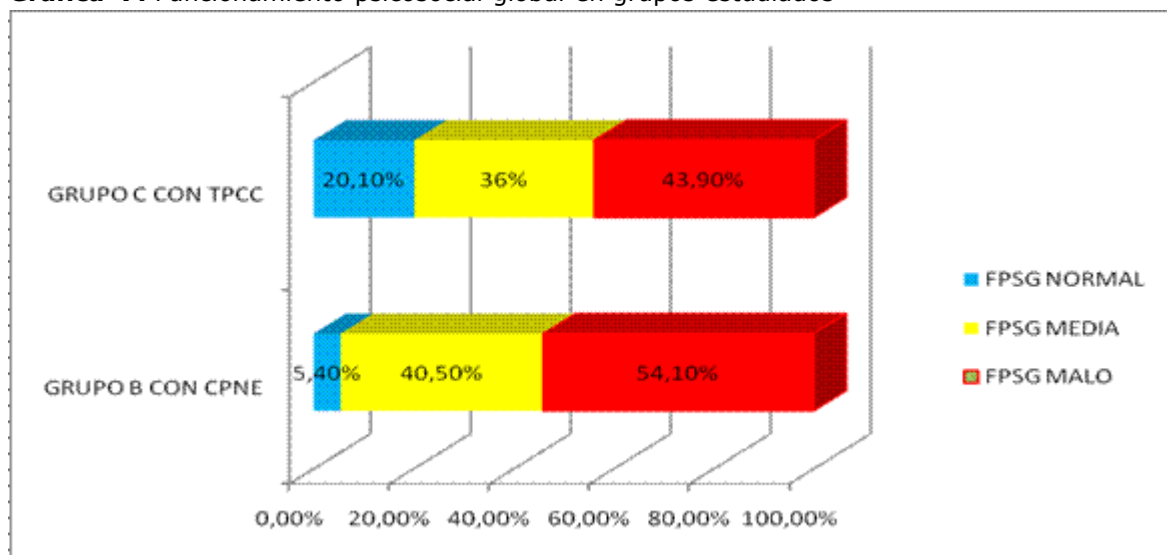
En el grupo A o control aparecen 10 pacientes (41.7 %) con crisis parciales simples o complejas, existen 14 enfermos (58.3 %) con crisis generalizadas y ningún sujeto con crisis parciales secundariamente generalizada. En el grupo B con CPNE aparecen 6 pacientes (16.2 %) con crisis parciales simples o complejas, existen 5 enfermos (13.5 %) con crisis generalizadas y 26 sujetos (70.3 %) con crisis parciales secundariamente generalizadas. En el grupo C con otros TPCC, se presentan 33 enfermos (23.7 %) con crisis parciales simples o complejas, 15 pacientes (10.8 %) con crisis generalizadas y 91 enfermos (65.5 %) con crisis parciales secundariamente generalizadas. La comparación entre los tres grupos no fue significativa (Anova $F=2.241$ y $P=0.1875$).

1. Trastornos psicosociales

Funcionamiento psicosocial global

La comparación entre los grupos B con CPNE y C con TPCC muestra que existe en el grupo B, funcionamiento psicosocial normal solo en 2 pacientes (5.4 %), medio en 15 enfermos (40.5 %) y mala en 20 sujetos (54.1 %). En el grupo C con TPCC asociados, el funcionamiento psicosocial es normal en 28 enfermos (20.01 %), media en 50 pacientes (36 %) y mala en 61 sujetos (43.9 %), lo que se puede ver en la siguiente gráfica.

Gráfica 7. Funcionamiento psicosocial global en grupos estudiados

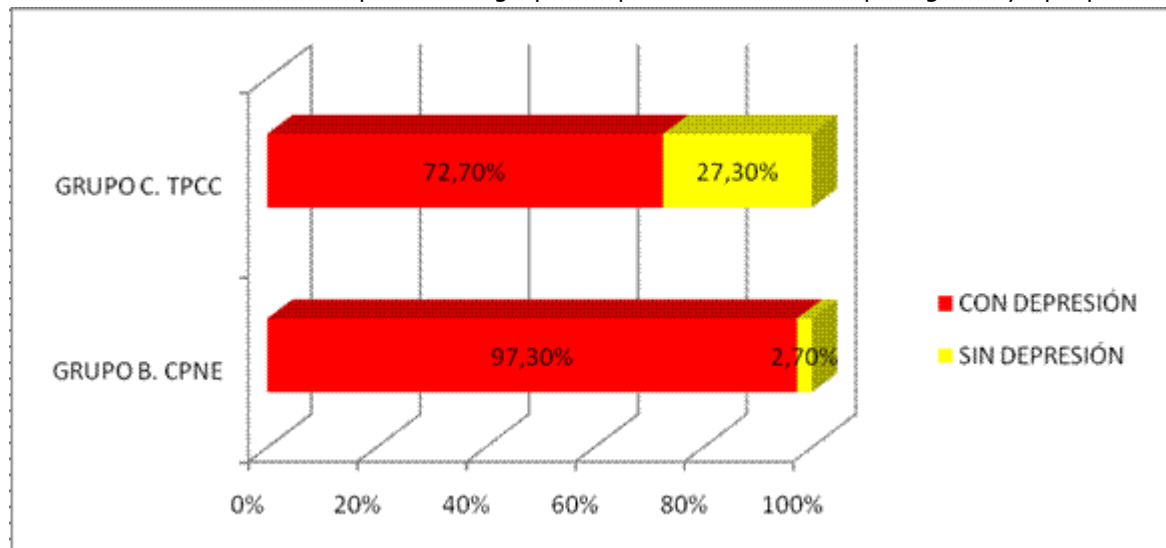


Comparación mediante t de student fue significativa $t=7880$ y $P=0.0160$

Problemas emocionales

En los pacientes con epilepsia y crisis psicógenas existía 37 casos de los cuales 36 (97.3 %) tenían alguna forma de depresión y solo 1 (2.7 %) no presentaban depresión. En los restantes pacientes con epilepsia y otros trastornos psicopatológicos había 139 pacientes, 101 (72.7 %) con depresión y 38 (27.3 %) sin depresión. Lo que podemos ver en la siguiente gráfica.

Gráfica 8. Pacientes con depresión en grupo de pacientes con crisis psicógenas y epilepsia.



Fisher 0.0006 Extremadamente significativa. OR 0.07383.

La depresión es predominante en los pacientes con crisis psicógenas, comparado con los que tienen otros tipos de trastornos psicopatológicos.

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos de las CPNE no son muy frecuentes, un artículo considera que estas crisis aparecen entre el 0,5-1 % en la población general y entre un 20-30 % de los pacientes con epilepsia refractaria o de difícil control al tratamiento, lo que lleva como consecuencia que entre un 10-40 % de los pacientes con epilepsia remitidos a centros especializados de tercer nivel de CPNE.^{12,16-19}

Consideramos importante tener en cuenta, que el diagnóstico de CPNE no excluye que el paciente tenga también crisis de epilepsia, se considera que la prevalencia de CPNE en pacientes con epilepsia es para Kuyk y cols. entre el 3,6 y 10,8 %²⁰ y para Zaidy y cols. es entre el 5 y 40 %, ¹¹ mientras que se debe de destacar el trabajo de Wyllie y col, realizado en población de adolescentes, que afirma que las CPNE pueden ocurrir como un trastorno somatomorfo en población adulta de pacientes con epilepsia y que puede alcanzar una prevalencia de un 5 %.²¹ En nuestra población estudiada de adultos con epilepsia atendidos en consulta externa, pudimos demostrar CPNE en el 18.5 % de los casos, lo que consideramos un nivel alto de estas crisis en comparación algunos de los trabajos mencionados.

Para poder realizar un adecuado tratamiento de control de las crisis epilepsia y de las CPNE es necesario el estudio sistemático e individual de los factores de riesgo presentes en estos pacientes, que divididos en sociodemográficos, biológicos y psicosociales.

Se observa que en general las CPNE predominaban en las mujeres, en una revisión de casos, diagnosticados mediante Video-EEG,²² tenemos que de más de 27 artículos revisados solo uno reportaba la presencia de estas crisis en un 40 % de mujeres, los restantes oscilaban entre el 50 y el 87 % la presencia de estos episodios en mujeres, por lo que nuestros resultados predomina el sexo femenino en los pacientes con CPNE, por encima del grupo control y del grupo que presentan otras enfermedades comórbidas psiquiátricas.

En cuanto a la edad, aunque predominan las CPNE en entre los 31 y 50 años, este dato carece de importancia, al igual que los restantes factores socio demográfico, en el momento de instrumentar un tratamiento adecuado.

Por otra parte, un grupo de factores biológicos presentes en pacientes con epilepsia parecen ser importantes en los que tienen CPNE. Estos factores de riesgo, pudieran estar en relación con la presencia de las CPNE en pacientes con epilepsia, cumpliéndose la hipótesis de que las CPNE pudieran ser una expresión de trastornos somatomorfo.²¹ Los factores biológicos que más se destacaron en los pacientes con epilepsia y CPNE fueron: la mayor frecuencia de crisis de epilepsia (1-3/mes) o el mayor tiempo de crisis de epilepsia. En los tres grupos de pacientes estudiados las cifras de pacientes con más de 21 años de evolución de la epilepsia y moderada y elevada frecuencia de las crisis eran significativos, en el grupo con epilepsia y crisis psicógena no epiléptica

Los trastornos psicosociales son los más estudiados al tratar de determinar la conducta y el tratamiento de pacientes con CPNE, incluso los consideran como "inductores, favorecedores, precipitadores y perpetuadores de estas crisis.

Es cierto, que la comorbilidad psiquiátrica es elevada en pacientes con CPNE con o sin epilepsia y que los episodios sobrevienen a conflictos o fuerte carga emocional, también se observa que la elevación de los conflictos personales desencadena estas crisis.^{11,22} Este dato es importante detectarlo como factor de riesgo en pacientes con epilepsia y CPNE, pues el mecanismo psicopatológico de las CPNE es poco conocido y los factores psicológicos más enunciados son: las experiencias traumáticas, el abuso físico y sexual, la ansiedad o estrés, el desamparo significativo, la disfunción familiar, los problemas en las relaciones interpersonales y la depresión. En estudios realizados, solo entre el 5 % y el 15 % de los pacientes, con CPNE, no mostraron un factor psicológico relevante,²³⁻²⁵ mientras que en nuestro estudio, la depresión era muy elevada y los problemas psicosociales que incluyen relaciones interpersonales, disfunción familiar y sensación de desamparo estaban presente en más de la mitad de los pacientes con estas crisis.

En general, los factores de riesgo estudiados y que no fueron significativos para los pacientes con CPNE y epilepsia, fueron: dentro de los sociodemográficos la raza, que en nuestro caso no tiene apenas valor por el mestizaje. Entre los biológicos; no se relacionan las crisis psicógenas con noxas cerebrales como anoxia perinatal por distocia en el parto, trauma craneales moderados o severos y encefalitis; no se relacionan con una edad menor o mayor de inicio de las crisis de epilepsia; tampoco con los tipos de crisis de epilepsia parciales, generalizadas o parciales secundariamente generalizadas.

Los factores más destacados en el grupo de pacientes con CPNE y epilepsia fueron: dentro de los sociodemográficos, el sexo femenino y las edades entre 21 y 30 años, en los factores biológicos el tiempo de evolución de las crisis, y la elevada frecuencia de crisis y entre los problemas psicosociales; hay más pacientes con un mal funcionamiento psicosocial y con problemas depresivos.

Por lo tanto, la conducta a seguir debe de estar dirigida a los factores de riesgo más importantes, de forma de mejorarlos. Uso de fármacos antiepilépticos que controlen la elevada frecuencia de crisis y la duración activa de la epilepsia o de tratamientos con psicofármacos para la depresión y psicológicos para los problemas psiquiátricos y psicosociales. Es muy importante en la atención a pacientes con epilepsia incluir un equipo multidisciplinario que interactúe con las individualidades de cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid1995.
2. OMS, editor. CIE - 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas Clínicas. . Madrid1993.
3. Bembadis S. Psychogenic nonepileptic seizures in Veterans. *Neurology*2012;78(3):225.
4. Brown R, Syed T, Bembadis S, LaFrance W, Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*2011;22(1):85-93.
5. Martin R, Burneo J, Prasad A. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology*2003;61:1791-2.
6. Benbadis S, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic nonepileptic. *Seizure*2000;9:280-1.
7. Leis A, Ross M. Psychogenic seizures. *Neurology*1992;42:1128-29.
8. Gates J, Luciano D, Devinsky O, editors. The classification and treatment of noepileptic events. New York: Wiley-Liss; 1991.
9. Arain AM, Muhammad-Hamadani A, Islam S, Abou-Khalil BW. Predictors of early seizure remission after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*2007;11:409-12.
10. Szaflarski J, Szaflarski M, Hughes C, Ficker D, Cahill W, Privitera M. Psychopathology and quality of life: psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *MedSci Monit*2003;9(4):113-8.
11. González-Goizueta E, Martínez-Pérez B, Mauri-Llerda JA. Crisis psicógenas no epilépticas. *Rev Neurol*2002;35(10):954-9.
12. Geyer J, Payne T, Drury I. The value of pelvic thrusting in the diagnosis of seizures and pseudoseizures. *Neurology*2000;54:227-9.

13. Reuber M, Fernandez G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger C. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*2002;58:493-5.
14. France WL, Alper K, D DB. Nonepileptic seizures treatment workshop summary. *Epilepsy & Behavior*2006;8:451-61.
15. LaFrance W, Rusch M, Machan J. What is "treatment as usual" for nonepileptic seizures? *Epilepsy & Behavior*2008;12:388-94.
16. Bowman E, Markand O. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am Psychiatry* 1986;153:57-63.
17. Kanner A, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J. Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizures outcome. *Neurology*1999;53:933-8.
18. Andriola M, Ettinger A. Pseudoseizures and other nonepileptic paroxysmal disorders in children and adolescents. *Neurology*1999;53(Suppl 2):S89-95.
19. Krishnamoorthy E. Psychiatric issues in epilepsy. *Curr Opin Neurol*2001;14:217-14.
20. Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven P, vanDyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: a review. *Seizure*1997;6:243-53.
21. Wyllie E, Glazer J, Benbadis S, Kotagal S, Wolgamuth B. Psychiatric feature of children and adolescents with pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*1999;153:244-8.
22. Mostacci B, Bisulli F, Alvisi L, Licchetta L, Baruzzi A, Tinuper P. Ictal characteristics of psychogenic nonepileptic seizures: What we have learned from video/EEG recordings—A literature review. *Epilepsy & Behavior*2011;22:144-53.
23. Moore P, Baker G. Non-epileptic attack disorder: a psychological perspective. *Seizure*1997;6():243-53.
24. Moore P, Baker G. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure*2002;11(4):224-30.
25. *E Perea-Castro, Torres-Zambrano M, Polo-Verbel L, Marrugo-Vega K, Barrios-Ayola F.* Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con crisis psicógenas. *Revcienciomed*2011;2(2):270-75.

Recibido 10 de enero del 2013

Aceptado 20 de febrero del 2013

Salvador González Pal. Prof. Auxiliar Facultad Enrique Cabrera. Especialista de 1er y 2do Grado de Neurología del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Correo electrónico: sglezpal@infomed.sld.cu