

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 12 No.1 - 2015

Principales trastornos psiquiátricos y psicosociales en pacientes adultos con epilepsia residentes en La Habana Major psychiatric and psychosocial disorders in adults with epilepsy residents in Havana

Dr. Salvador González Pal,^I Lic. Yasmani Llanes Basulto,^{II} Lic. Ignacio Oliva Hernández,^{III} Lic. Jaime Valenti Alonso.^{IV}

I Doctor en Medicina. Profesor e Investigador Auxiliar en Neurología del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

II Licenciado en Psicología. Profesor Instructor de la Facultad Enrique Cabrera. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

III Licenciado en Psicología. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Se plantea que entre el 20-40% de los pacientes con epilepsia puede sufrir de patología psiquiátrica.

Objetivo: Describir la existencia de entidad psiquiátrica y trastornos psicosociales en pacientes mayores de 18 años con epilepsia.

Métodos: Se trata de un estudio explicativo, observacional de cohorte retrospectivo realizado a 216 adultos (+18 años) con epilepsia examinados entre diciembre del 2009 y junio del 2014. El análisis del estado mental, se efectúa mediante una entrevista clínica abierta y las siguientes pruebas: Hamilton de ansiedad y depresión, escala de personalidad de Eysenck, el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) y la escala de deterioro de la Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS).

Se recogió información sociodemográfica y las variables biológicas de la epilepsia (edad de inicio de las crisis, tiempo de duración de la epilepsia, frecuencia de las crisis y tipos de crisis de epilepsia).

Resultados: Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron: la ansiedad 71.3 %; la depresión 69.9 %; personalidad inestable 61.1 % y el deterioro de la inteligencia en el 47.8 %. Los trastornos psicosociales más frecuente fueron: mala situación económica 70,4%, mala adaptación al tratamiento médico 58.4 % y mala adaptación a los ataques 57.9 %.

Conclusiones: Ante la elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos y psicosociales en el paciente con epilepsia, se propone que la valoración en consulta de estos pacientes incluya además de un examen neurológico, un conjunto de estudios que determinen los trastornos psicopatológicos más frecuentes y sus factores de riesgo.

Palabras clave: trastornos psiquiátricos, trastornos psicosociales, epilepsia en el adulto, depresión en epilepsia

ABSTRACT

Introduction: It is suggested that 20-40% of patients with epilepsy may suffer from psychiatric disorders.

Objective: To describe the existence of psychiatric entity and psychosocial disorders in patients older than 18 years with epilepsy.

Methods: This is a descriptive, observational retrospective cohort study conducted in 216 adults (+18 years) with epilepsy examined between December 2009 and June 2014.

The analysis of mental state, is performed by an open clinical interview the following tests:

Hamilton anxiety and depression scale Eysenck Personality, the Washington Psychosocial Inventory (WPSI) and the scale of deterioration of Adult Intelligence Scale (WAIS).

Sociodemographic information and biological variables of epilepsy (age of onset of the crisis, duration of epilepsy, seizure frequency and types of epileptic seizures) was collected.

Results: The most frequent psychiatric disorders were: anxiety 71.3%; 69.9% depression; 61.1% unstable personality and deterioration of intelligence in 47.8%. The most common psychosocial disorders were: 70.4% economically disadvantaged, poor adaptation to the doctor and maladaptive 58.4% to 57.9% attacks treatment.

Conclusions: Given the high prevalence of psychiatric and psychosocial disorders patients with epilepsy, it is proposed that the assessment in consultation of these patients also includes a neurological examination, a set of studies to determine the most frequent psychopathological disorders and their risk factors .

Keywords: psychiatric disorders, psychosocial disorders, epilepsy in adults, depression in epilepsy

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales observados en los pacientes con epilepsia han sido tema de estudio desde la época antigua, cuando Hipócrates mencionó "la melancolía acompaña a la epilepsia y la epilepsia a la melancolía".⁽¹⁾

La epilepsia es una enfermedad crónica caracterizada por las crisis recurrentes de epilepsia, la gran mayoría de los pacientes con epilepsia mantiene un control de sus crisis adecuadamente aun sin tratamiento con anticonvulsivante, sin embargo entre el 20-40% de los pacientes con epilepsia puede sufrir de patología psiquiátrica, la prevalencia de estas enfermedades aumenta cuando las crisis son de difícil control o resistentes al tratamiento.⁽²⁻⁵⁾ En este grupo de enfermos predomina una mala calidad de vida y visitas periódicas con el facultativo que lo atiende.⁽⁶⁻⁷⁾

La depresión, se presenta con frecuencia en pacientes con epilepsia, así, se reporta una prevalencia del 20 % de estados depresivos en estos enfermos, la que puede elevarse a un 62 % en aquellos pacientes con crisis parciales complejas de difícil control, reportes realizados en diferentes grupos de adultos en nuestro país, indican que la depresión puede asociarse hasta en un 70 % de los pacientes con epilepsia en formas que van de ligera a severa.⁽⁸⁻¹⁰⁾

La ansiedad, es un síntoma frecuente en los pacientes con epilepsia y se describe que puede aparecer ante los síntomas de crisis parciales simple (durante el aura), en el estado post ictal y de forma interictal, en esta última etapa se reporta su presencia hasta en un 66% de los pacientes adultos con epilepsia, para algunos autores la ansiedad como estado alcanza una media de 46.9 ± 14.1 y como rasgo 44.6 ± 12.0 , lo que se considera elevada, también se describe más ansiedad en pacientes con epilepsia focal del lóbulo frontal que en pacientes con epilepsia generalizada, lo que también está en relación con una mayor frecuencia de crisis y el tratamiento con los antiepilépticos.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

La personalidad es un constructo psicológico, en referencia a un conjunto dinámico de características de una persona que incluye particularidades físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ En el paciente con epilepsia y al utilizar diferentes baterías de personalidad, se han notificado una exacerbación de la personalidad premórbida con algunos elementos patológicos, además de que aparecen trastornos de

personalidad producto de las lesiones de los lóbulos frontal o temporal y que causó la epilepsia en un estudio realizado con el test de Eysenck se encontró más neuroticismo en aquellos pacientes con epilepsia generalizada que tenían principalmente epilepsia mioclónica juvenil de Janz.^(7,19)

El deterioro de la inteligencia o disminución de funciones cognitivas ha sido estudiado con anterioridad en un adultos y se encontró que alguna forma de deterioro aparecía en el 47.7 %, aunque este se relaciona más con los medicamentos antiepilépticos utilizados que con factores biológicos. Mientras que, en grupos poblacionales que incluyen menores de edad y adolescentes se describen trastornos cognitivos tales como el déficit de las funciones ejecutivas.⁽²⁴⁻²⁶⁾

Las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE) están presentes en un 33 % de la población, en cifras similares a enfermedades como la neuralgia del trigémino y la esclerosis múltiple. Las CPNE pueden aparecer en pacientes con epilepsia entre un 5-20 %, ⁽²⁷⁻²⁹⁾ cifras un poco menor que las que presenta la población total. Hay que tener presente que estas crisis ocasionan muchos problemas en el diagnóstico y tratamiento, pues confunden considerablemente al médico de asistencia. Se ha visto que la presencia de estas CPNE en pacientes con epilepsia crónica se relaciona con cuadros depresivos y psicotraumas recibidos por los pacientes que la sufren.

Las psicosis interictales (no relacionadas con las crisis de epilepsia) son descritas por Slater con el término de "schizophrenia – like" (esquizofreniformes) y se diferencian de la esquizofrenia en que mantienen la afectividad y las relaciones interpersonales. La comorbilidad de estos cuadros de psicosis es de aproximadamente un 7%.^(4,8,18,31,34) Estos, no se ven con mucha frecuencia en consultas de neurología o de medicina interna, los pacientes con esta asociación son fundamentalmente atendidos en centros de salud mental. Estas psicosis, están relacionadas con factores como las crisis parciales complejas propias de las de epilepsias focales del lóbulo temporal, con elevada frecuencia de crisis y un largo período de evolución de la epilepsia por encima de los 10 años como promedio.⁽³⁵⁾

La evaluación de los trastornos psicosociales en el paciente con epilepsia es considerada de vital importancia, en diferentes estudios de la población cubana los trastornos psicopatológicos se encuentran presente de una forma global en casi un 50 % de estos enfermos, en los que referían los pacientes una mala situación económica y malas relaciones interpersonales. Por esta razón, es importante desde el primer momento, valorar en consulta externa a un paciente adulto con epilepsia, de una forma integral, que incluya sus características biológicas (frecuencia de las crisis y factores de riesgo que están asociados) y por supuesto estudiar con profundidad y sistematicidad sus características psicopatológicas que incluye una serie de evaluaciones o test que den muestra de su estado cognitivo conductual. El presente trabajo persigue como objetivos:

Describir la existencia de entidad psiquiátrica y trastornos psicosociales en pacientes mayores de 18 años con epilepsia vistos en consulta externa de epilepsia.

Identificar posibles asociaciones entre los factores de riesgo sociodemográficos y biológicos y las diferentes entidades psiquiátricas y los trastornos psicosociales.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio explicativo, observacional de cohorte retrospectivo realizado con una muestra de 216 adultos (mayores de 18 años) con epilepsia, de diferentes municipios de La Habana (Playa, Marianao, Lisa, Boyeros, Plaza, Centro Habana, La Habana Vieja, Cerro, 10 de octubre, Habana del Este y Guanabacoa). Estos pacientes fueron atendidos en las consultas salutogénicas de epilepsia en los hospitales Psiquiátrico de La Habana y Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán de forma consecutiva entre diciembre del 2009 y diciembre del 2013. En este sentido, se estudió un grupo de pacientes con diferentes formas de epilepsia, los estados mentales asociados, ansiedad, depresión, inestabilidad de la personalidad, deterioro de la inteligencia, crisis psicógenas, psicosis y trastornos psicosociales.

La media de edad de la muestra fue de 32, 97 $\pm$ 11.47. El diagnóstico de epilepsia se realizó siguiendo los criterios de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE).^(37,38) La media del tiempo desde que se diagnosticó la epilepsia al momento de ser vistos en la consulta fue de 16.64 $\pm$ 12.04. Mientras que la media de edad en la que comenzaron las crisis fue de

13.70 $\pm$ 10.12.

Metodología

El análisis del estado mental, se realiza mediante una entrevista clínica abierta en la que se recoge información específica para realizar un diagnóstico clínico con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV,(39) y del Glosario cubano de psiquiatría (GC3)(40) el diagnóstico se apoyó en los siguientes instrumentos.

Instrumentos

Escala de Hamilton ansiedad: La escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad heteroaplicada, que evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas de ansiedad en los pacientes. Tiene doce temas que se evalúan de 0 a 4 (ausente, leve, media, fuerte y máxima). Se considera normal los dos primeros niveles (ausente y leve)

Escala de Hamilton de depresión: La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión o Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6. La escala máxima es de 52 (temas 1 a 17). Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros.

Los resultados nos informa: I sin depresión, II con depresión ligera (estos dos primeros niveles son considerados como normales), III depresión moderada, IV depresión severa y V muy severa.

Test de Personalidad de Eysenck: Consta de 57 ítems que se contestan Si/No. Tiene dos formas A y B. Ambas formas tienen dos factores con dos polos: Extraversión versus Introversión y Neurotismo versus Control, tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables. En este estudio utilizamos solo el polo neuroticismo o inestabilidad y control o estabilidad.

Test de WAIS para la búsqueda de deterioro: El criterio de deterioro fue el empleado para la escala de inteligencia de Weschsler y se basa en que las enfermedades que afectan el sistema nervioso central producen desajustes más o menos graves en las distintas capacidades o funciones de pensamiento, por lo que las funciones que se registran en esta prueba pueden ser de dos tipos las que varían con respecto a la edad y no se mantienen (dígito símbolo, aritmética, dígitos, diseño de bloques), funciones conocidas como NSM y las que no varían y se mantienen (información, comprensión, ensamblar objetos y completar figuras), por lo que el deterioro afecta a estas funciones que se mantienen, conocidas como SM. El procedimiento se basa en aplicar la fórmula $SM - NSM/SM \times 100$. Este resultado se considera que si es menor de 10 % es normal, entre 10 y 20 % posible deterioro y más de 20 % deterioro definitivo. Hay que considerar que con la edad aparecen valores calculados que deben de ser descontados. Son los siguientes: menos 20 hasta 24 = 0.5; entre 25 y 29 = 0; entre 30 y 34 = 4; entre 35 y 39 = 4; entre 40 y 44 = 9; entre 50 y 49 = 14 y entre 55 hasta 59 = 16. Para el procesamiento y para el análisis de los datos, se agruparon los pacientes con posible deterioro y definitivo en un grupo, mientras que los que no tenían ningún tipo de deterioro formaron el grupo control.⁽⁴¹⁾ Para el diagnóstico de psicosis asociada se utiliza la escala de signos positivos y negativos de esquizofrenia (SAPS y SANS), se utiliza solo la positividad de signos psicóticos.

Inventario Psicosocial de Washington (WPSI): Los trastornos psicosociales fueron evaluados por el Inventario psicosocial de Washington conocido por sus siglas en inglés WPSI, en que describen los siguientes factores:^(42,43)

Historial familiar.- Pretende identificar problemas en el curso del desarrollo que pudiesen afectar la adaptación psicosocial, tales como ajuste escolar, interacción con los pares en la infancia, relación con los propios padres.

Adaptación emocional.- Pretende evaluar la presencia de dificultades emocionales inespecíficas tales como incapacidad de concentración, síntomas depresivos, baja autoestima y quejas somáticas.

Adaptación interpersonal.- Evalúa la capacidad del sujeto para relacionarse constructivamente con los otros.

Adaptación vocacional.- Evalúa el grado de satisfacción personal alcanzado en el trabajo o en el estudio y su relación con la epilepsia. **Situación económica.**- Evalúa las repercusiones de la epilepsia en esta área y los sentimientos del sujeto al respecto.

Adaptación a las crisis.- Evalúa la capacidad del sujeto para adecuarse al trastorno convulsivo y a sus repercusiones.

Medicamentos y tratamiento médico.- Intenta determinar la percepción del sujeto respecto al tratamiento recibido, así como la relación médico-paciente.

Funcionamiento psicosocial global.- Pretende entregar un índice del ajuste psicosocial general. Los ítems provienen de las anteriores escalas, con predominio de adaptación emocional e interpersonal.

Variables

Las variables dependientes fueron la depresión, la ansiedad, la inestabilidad de la personalidad, el deterioro de la inteligencia, las crisis psicógenas, las psicosis y los trastornos psicosociales. Las variables independientes fueron las sociodemográficas (sexo, edad, nivel de escolaridad y situación laboral), y las variables biológicas propias de la epilepsia como son, la edad de inicio de las crisis, el tiempo de duración de la epilepsia, la frecuencia de las crisis (no controlada y controlada), tipos de crisis de epilepsia, según la Clasificación Internacional de la ILAE. (37,38,44)

Se comparan las variables dependientes edad, sexo, edad de inicio de las crisis de epilepsia, tiempo de duración de la epilepsia, frecuencia elevada de las crisis (más de una crisis por mes) y tipos de crisis de epilepsia (crisis generalizadas, crisis parciales y parciales secundariamente generalizadas), con las variables independientes.

Se analizaron las diferencias de las variables comparando los afectados con los pacientes con epilepsia sin afectación. El estudio se realizó utilizando el paquete estadístico Instat y el programa estadístico SPSS v.20.0.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

De los 216 pacientes 104 (48.1%), son del sexo masculino y 112 (51.9 %), del femenino.

Existen 99 enfermos (45.8%) son solteros y 96 casados (44,4%), 163 pacientes (75.5%), tiene al menos noveno grado y aproximadamente 157 (73.5 %) se encuentran vinculados al trabajo o a la escuela.

Variables sociodemográficas

Tabla 1 Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

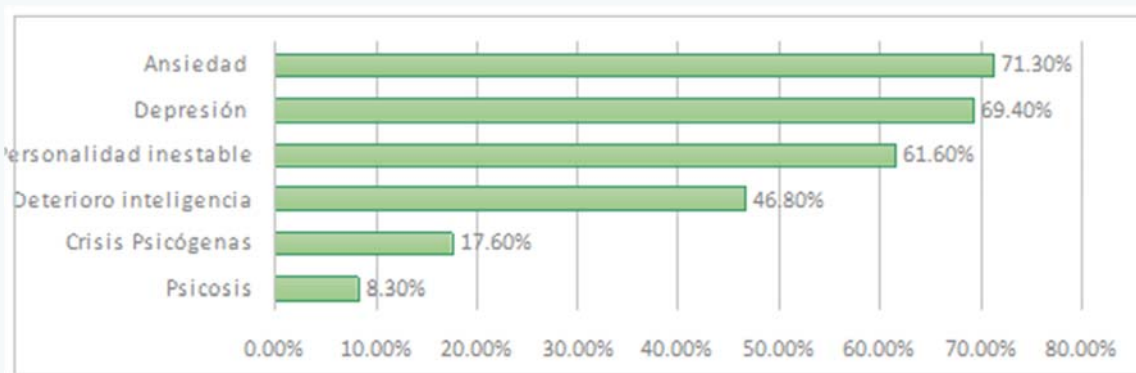
Variables	No.	%
Estado civil		
Soltero	99	45.8
Casado/Unión consensual	96	44.4
Divorciado	14	6.5
Viudo/a	7	3.3

Estudios		
1ro – 6to Grado	53	24.6
7mo-9no Grado	57	26.4
9no -12 Grado	78	36.1
Universitario	28	12.9
Vínculo a estudio o trabajo		
Si	157	72.69
No	59	27.31

Trastornos mentales encontrados

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes con epilepsia fueron, la ansiedad en 154 (71.3 %), la depresión en 150 (69.4 %), personalidad inestable en 132 (61.1 %), el deterioro de la inteligencia en 100 (47.8 %), las crisis psicógenas asociadas a crisis de epilepsia en 38 (17.6 %), y psicosis en 18 pacientes (8.3 %), ver el siguiente gráfico.

Gráfica 1. Trastornos psicopatológicos más frecuentemente encontrados en pacientes adultos con epilepsia



Ansiedad

De total de pacientes con epilepsia, 154 (71.3 %), reportaban ansiedad y 62 pacientes (28.7 %), no refiere ningún tipo de ansiedad. La ansiedad ligera se encontró en 85 (39.4 %), mientras que 37 (17.1 %), la tenía de forma moderada y de forma severa 32 (14.8 %), ver siguiente tabla.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según niveles de ansiedad niveles relacionados con la edad

NIVELES DE ANSIEDAD	Media	N	Desv. típ.
SIN ANSIEDAD	30.8871	62	11.80317
ANSIEDAD LEVE	32.7882	85	10.51767
ANSIEDAD MODERADA	33.2432	37	13.11150
ANSIEDAD SEVERA	37.1875	32	10.59957
TOTAL	32.9722	216	11.47410

Con respecto al sexo existían sin ansiedad o con ansiedad ligera, 73 varones (49.3%), y 75 hembras (50.7%), mientras que con ansiedad moderada y severa se presentaban 31 varones (45.6%), y 37 hembras (54.4%). Comparación de ambos grupos J2 $p=0.7160$ considerada no significativa.

Los que tenían ansiedad moderada o severa ($n=69$), presentaban una media de edad de comienzo de las crisis 34,6467 años con desviación típica de 11.26027, mientras que los que no

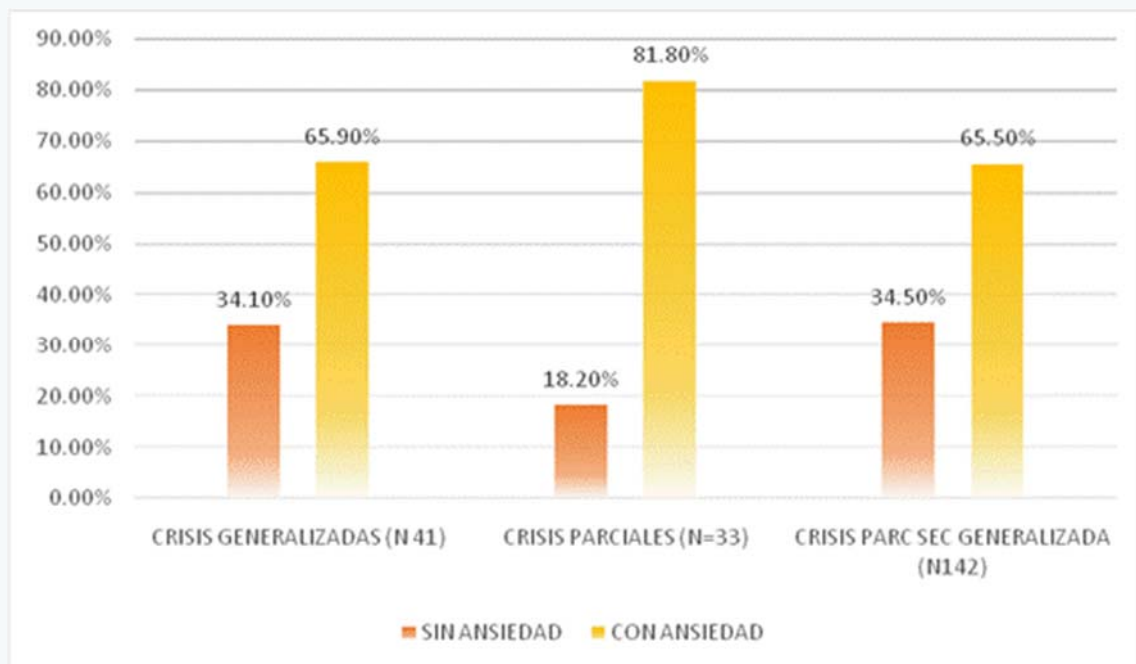
tenían ansiedad o la presentaban de forma ligera (n=147), tenían una media de edad de inicio de las crisis de 29,1667 años, con desviación estándar de 11,11974. La media de edad en años del comienzo de las crisis era 5 años mayor para el grupo con ansiedad.

El grupo con ansiedad moderada o severa (n=69), tenían una media de duración de la epilepsia de 17,9267, mientras que los que no tenían ansiedad (n=147), o la presentaban de forma ligera la media en años era de 13,7424 con desviación estándar 11,25277. La media en años era de casi 5 años superior para el grupo con ansiedad.

La frecuencia elevada de crisis de más de 1 crisis por mes se presentaba en 150 pacientes, de estos 107 (71,3%), no tenían ansiedad y 43(28,7%), tenían ansiedad. Con una frecuencia baja de crisis una y menos por año existían 66 pacientes, de estos 40(60.6%) no tenían ansiedad y 26(34,9%), la tenían. Comparación de ambos grupos J2 p=0.1641 no significativa.

Por último, se puede observar en la siguiente gráfica la relación de la ansiedad con los diferentes tipos de crisis.

Gráfica 2. Distribución de los pacientes según crisis y ansiedad



J2 p=0.0001

Los pacientes con crisis focales motoras sensoriales o complejas tienen niveles de ansiedad más bajos que el grupo con crisis generalizadas o que el grupo con crisis parciales secundariamente generalizadas.

Depresión

Del total de pacientes, 150 (69.4 %), tenían depresión y 66 (30,6%), no presentaban síntomas de esta.

Los diferentes tipos de depresión se agruparon de la siguiente forma: Sin depresión leve 66 (30,5%), con depresión leve 73 (33,8%), con depresión moderada 41(18,9%), con depresión severa 36 (16,7%).

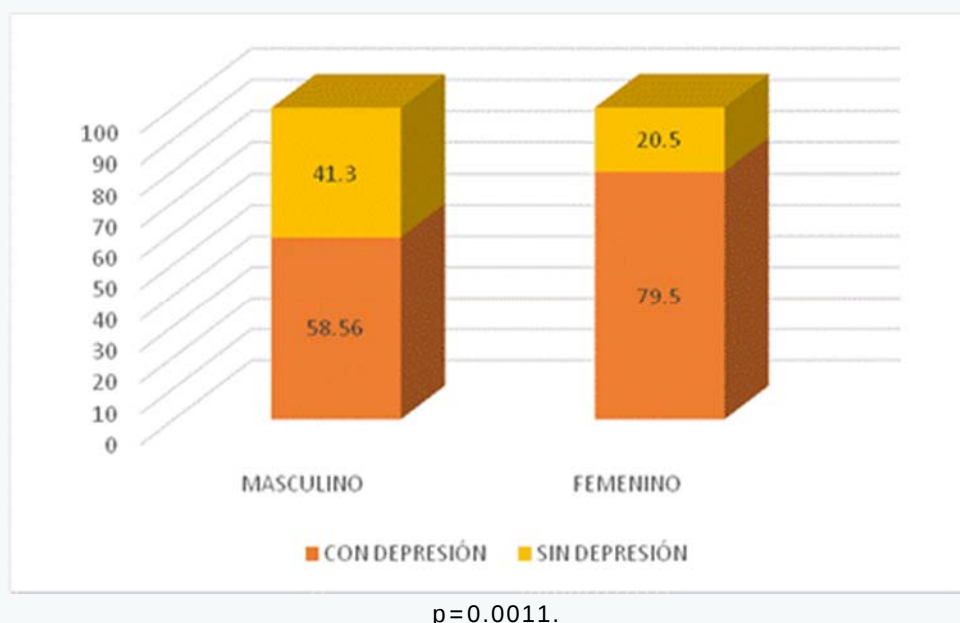
Tabla 2. Distribución de los sujetos según depresión y edad

NIVELES DE DEPRESIÓN	Media	N	Desv. Std.
SIN DEPRESIÓN	29.4394	66	11.33426
DEPRESIÓN LEVE	34.1216	74	11.25782
DEPRESIÓN MODERADA	31.8750	40	10.47876
DEPRESIÓN SEVERA	38.3056	36	11.24740
TOTAL	32.9722	216	11.47410

Se ve la depresión severa con una media de edad mayor.

El sexo fue de 61 (28.2%), de los pacientes del sexo masculino sufrían depresión contra 43 (19.9%), que no la tenían, mientras que 89 (41.2%), mujeres tenían este estado contra 23 (10.6%), que no la tenían, siendo la correlación significativa para $p=0.0011$. Ver siguiente gráfica.

Gráfica 3. Distribución de los pacientes según depresión y sexo

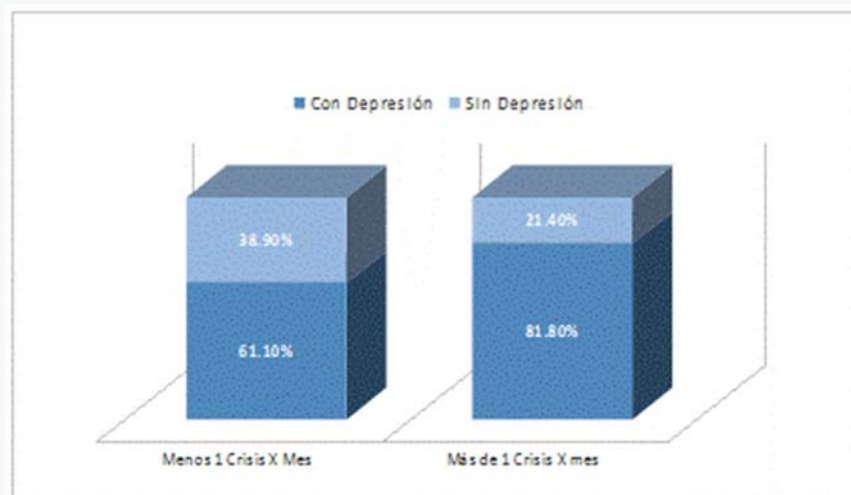


Existe un evidente predominio de depresión en pacientes con epilepsia del sexo femenino. La media de edad en años del inicio de la epilepsia en 150 pacientes deprimidos fue de 14.2067, DT 10.53234 y la media de edad en los 66 no deprimidos fueron de 12.5606, DT 9.09798. Lo que no muestra apenas diferencia la media en años de inicio de la epilepsia, de los que se deprimen y los que no lo hacen.

La media de duración de la epilepsia en años, para los pacientes con depresión fue de 17.9 años con DT:12.2, mientras que la de los 66 pacientes sin depresión, fue de 13.7, con una DT de 11.3. Se encontró entre 4 y 5 años más de duración de la epilepsia en el grupo de pacientes con depresión.

La mayor frecuencia de las crisis de epilepsia (más de 1 crisis por mes), fue observada en 103 pacientes (47.7%), de estos 22 (21.4%), no tenían depresión y 81(78,6%), la tenían. La menor frecuencia de crisis (-1xmes), la presentaban 113 enfermos, de los cuales 44(38,9%), no tenían depresión y 69 (61,1%), la tenían. La comparación entre grupos con J2 con corrección de Yates=7.04 $p=0.008$ considerada significativa. Ver gráfica 4.

Gráfica 4. Distribución de los pacientes según frecuencia de las crisis y depresión



J2 con corrección de Yates=7.04 p=0.008

Con crisis generalizadas (mioclónicas o tónico clónicas), hay 41 pacientes, de los cuales 26(62.4 %), tenían depresión y 15 (36.6 %), no la sufrían. Con crisis parciales simples o complejas son 33 pacientes, de estos 21 (63.6 %), con depresión y 12 (36.4%), sin depresión. Con crisis parciales secundariamente generalizadas 142, de los cuales 103 (72.5 %), la tienen y 39(27.5 %) no la tienen. Estas variables no fueron significativas (Anova, p=0.2232).

Inestabilidad de la personalidad

Los trastornos de la personalidad basados en los resultados del Eysenck fueron divididos en estabilidad e inestabilidad.

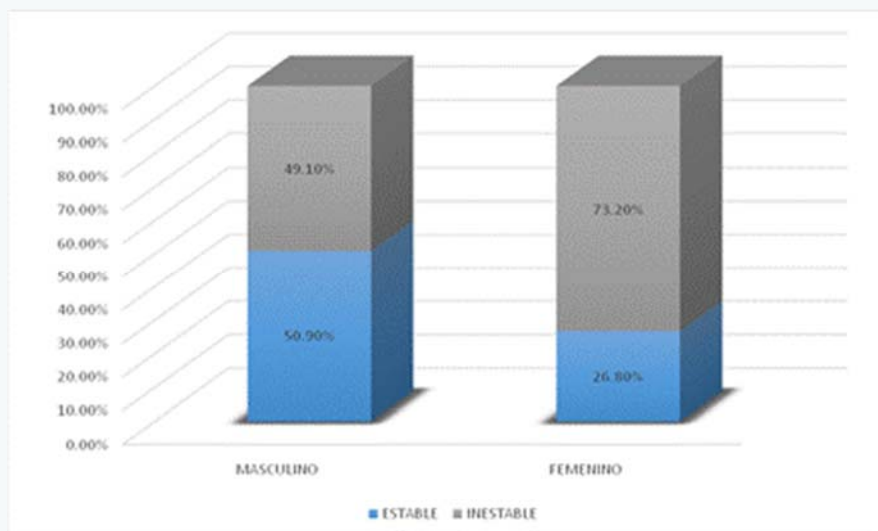
Un total de 83 pacientes (38.4%), presentaban estabilidad de su personalidad, mientras que 133 (61.6%), se presentaban inestables.

La media de edad de los pacientes con estabilidad (n=83), era de 29.8313 Desv.Tip. 11.45811 y de los que presentaban inestabilidad (n=133), de 34.9323 con una Desv.Tip. 11.08179. Vemos que la inestabilidad de la personalidad se ve a mayor edad (más de 5 años).

Sexo

De 104 hombres 53 (50,9%), tenían estabilidad en su personalidad, mientras que 51 (49,1%), no la tenían. De las 112 mujeres 30 (26,8%), presentaban estabilidad y 82 (73,2%), tenían inestabilidad de su personalidad. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Distribución de los sujetos según sexo y estabilidad de la personalidad



Existe un predominio de la inestabilidad personal en el sexo femenino (Fisher menor de 0.0003 OR 2.841, con un Intervalo de confianza: 1.609 a 5.014 al 95 %)

La media de edad en años de inicio de la epilepsia en la totalidad de pacientes estudiados (n=216), fue de 13.7037 con DT 10.12320. En los que no tenían inestabilidad de la personalidad (n=83), la medida de edad en años al inicio de la epilepsia fue de 12.7831 DT 8.58963. En los que tenían personalidad inestable la media de edad fue de 14.3, con DT=10.9. La diferencia de media de edad no alcanza los 2 años.

La media en años de evolución de la epilepsia es de 16,6481, para los 216 pacientes estudiados. Para aquellos que tienen estabilidad de la personalidad (n=83), la evolución de la epilepsia de 16.6481 con DT 12.04957. En los que tienen inestabilidad de la personalidad (n=133), la media fue de 17.9173 y la DT fue de 12.14873.

La mayor frecuencia de las crisis de epilepsia (+ 1/mes), fue observada en 103 pacientes (47.7%), de estos 36 (35%), tenían estabilidad de la personalidad y 67 (65%), la tenían. La menor frecuencia de crisis (-1/mes), la presentaban 113 enfermos, de los cuales tenían estabilidad 47 (41.6%), y no la tenían 66 (58,4%). Esta variable no alcanzó diferencia significativa (J2 con corrección de Yates=0.7434 con gl=1, p=0.3886).

Con crisis generalizadas (mioclónicas o tónico clónicas), hay 41 pacientes, de los cuales 21 (51.2%), tenían inestabilidad de la personalidad y 20 (48.8%), no la sufrían. Con crisis parciales simples o complejas son 33 pacientes, de estos 19 (57.6 %), inestabilidad y 14 (42.4%), sin esta. Con crisis parciales secundariamente generalizadas 142, de los cuales 92 (64.8 %), tienen inestabilidad y 50 (35.2%), no la tienen. Estas variables no fueron significativas, ANOVA F=3.821 p=0.1497, no significativa.

Deterioro de la Inteligencia

Del total de pacientes estudiados ($n=216$), 115 (53,2%), no presentan deterioro. De los 101 (46,8%), que sufren deterioro, 33 (15,3%), fueron incluidos como posible deterioro y 68 (31,5%), como deterioro definitivo.

Gráfica 6. Distribución de los pacientes según deterioro



Edad

La media de edad de los 216 pacientes estudiados era de 32.9722 DT 11.47410; la media de los 115 pacientes sin signos de deterioro era de 33.4870 con DT 11.50161; la media de los que presentaban "posible deterioro" era de 34.1818 con DT 11.62824; la media de los 68 enfermos con deterioro definitivo era de 31.5147 con DT 11.37881. Estos datos no nos permiten considerar que la edad de los pacientes guarda relación alguna con el deterioro.

Sexo

Con respecto al sexo, tenemos que de 104 hombres 49 (47,1%), no presentaban deterioro y 55 (52,9%), lo presentaban, mientras que de 112 mujeres 66 (58.9%), no presentaban deterioro y 46 (41,1%), lo tenían, no siendo significativa esta variable. Por lo que el sexo no influye en la presencia de deterioro.

Edad de inicio de la epilepsia

La media de edad de inicio de la epilepsia en los 216 pacientes era de 13.7037 DT 10.12320; la edad de inicio en los 115 estudiados que no tenían deterioro era similar a la general 13.3304 DT 9.43744 y la edad de inicio en los 33 enfermos con posible deterioro era de 12.7576 DT 10.68887 y la media de edad de los 68 que tenían deterioro definitivo era ligeramente mayor 14.7941 DT 10.99329. Estos resultados no muestran relación entre la edad de inicio de la epilepsia y el deterioro. Estos resultados indican del comienzo a edades tempranas de la vida de las crisis de epilepsia fue una variable que no influyó en el deterioro encontrado.

Tiempo de evolución de la epilepsia

La media del tiempo de evolución de la epilepsia en los 216 pacientes es de 16,6481 años con desviación estándar 12,04974, el tiempo de evolución de las crisis en los pacientes sin deterioro era de 17.5217 años con DT de 12,2970, en pacientes con posible deterioro la media es de 17.0303 años con DT 13,01318, en los pacientes con deterioro definitivo la media es de 14,9853 con DT 11,11607 lo que indicaba que no existía relación del tiempo de evolución de la epilepsia y el deterioro.

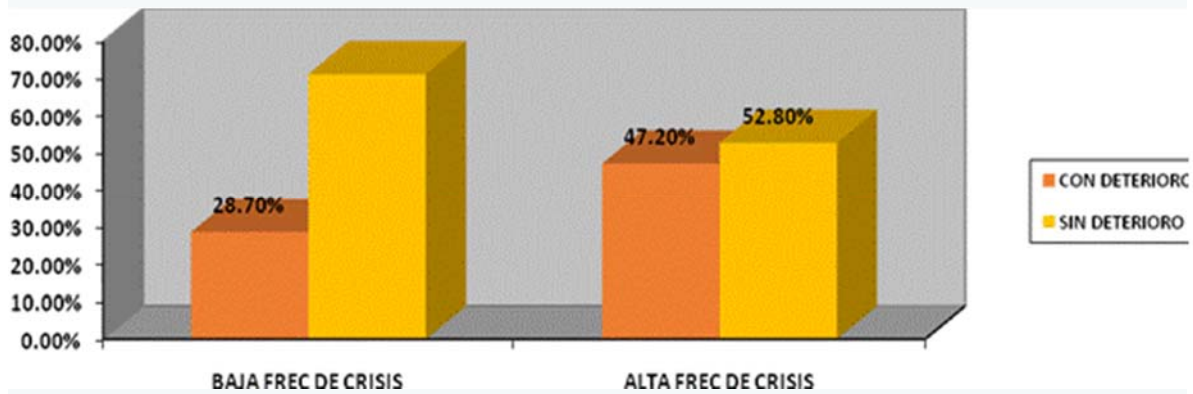
Elevada frecuencia de crisis

Elevada frecuencia de crisis en el momento del examen (más de una crisis por mes), presentaban 113 pacientes de los que 62 (54.9 %), no presentaban deterioro y 51 (45.1 %), lo presentaban. Con baja frecuencia de crisis en el momento del examen (menos de 1 crisis por mes), se encontraban 103 pacientes de los cuales 53 (51.5%), no tenían deterioro y 50 (48,5%), lo tenían. En la comparación Ji 2 con corrección de Yates =0.1334 con 1 grado de libertad. Odds Ratio=1.147 95% de intervalo de confianza: 0.6714 a 1.959, lo cual resultó no significativo.

Se estudiaron los pacientes que desde el comienzo de la enfermedad hasta el momento actual

mantuvieron alta frecuencia de crisis (más de 1 por mes), el total era de 53 pacientes, de estos, el 25 (47,2%) tenían deterioro y el 28 (52,8%) no lo tenían. De estos vemos los que tenían baja frecuencia de crisis desde el comienzo de la enfermedad, hasta el momento actual, que eran 101, de estos el 29 (28,9%) tenían deterioro y 72 (71,3%) estaban sin deterioro. Ver la siguiente tabla.

Gráfica 7. Distribución de los pacientes según frecuencia de crisis y deterioro

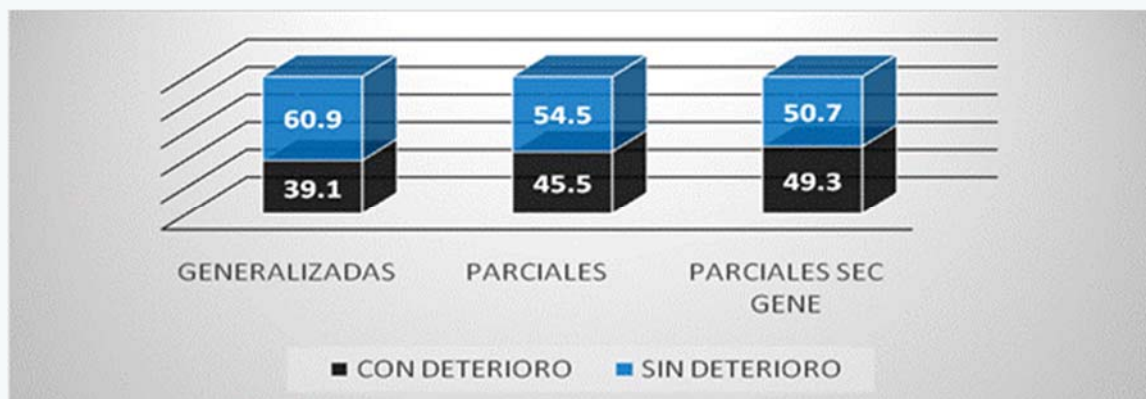


Fisher $p=0.0324$ considerada significativa Odds Ratio = 2.217 con 95% de Intervalo de Confianza: 1.111 a 4.422

Tipos de crisis

Con crisis generalizadas (tonicoclónicas o mioclónicas), 41 pacientes, de estos 25 (61%), estaban sin deterioro y 16 (39%), con deterioro. Con crisis parciales simples o complejas 33 pacientes de estos 18 (54,5%), sin deterioro y 15 (45,5%), con deterioro. Con crisis parciales secundariamente generalizadas 142 pacientes de los cuales 72 (50,7%), estaban sin deterioro y 70 (49,3%), con deterioro. Lo que podemos ver en la siguiente gráfica.

Gráfica 8. Distribución de los pacientes según tipo de crisis y deterioro cognitivo.



Anova $p=0.0014$

Al comparar la presencia o no de deterioro según los tipos de crisis mediante Anova se observa $p=0.0014$ considerada muy significativa, por lo que se observa más deterioro en aquellos pacientes con crisis parciales secundariamente generalizada.

Crisis psicógenas no epilépticas

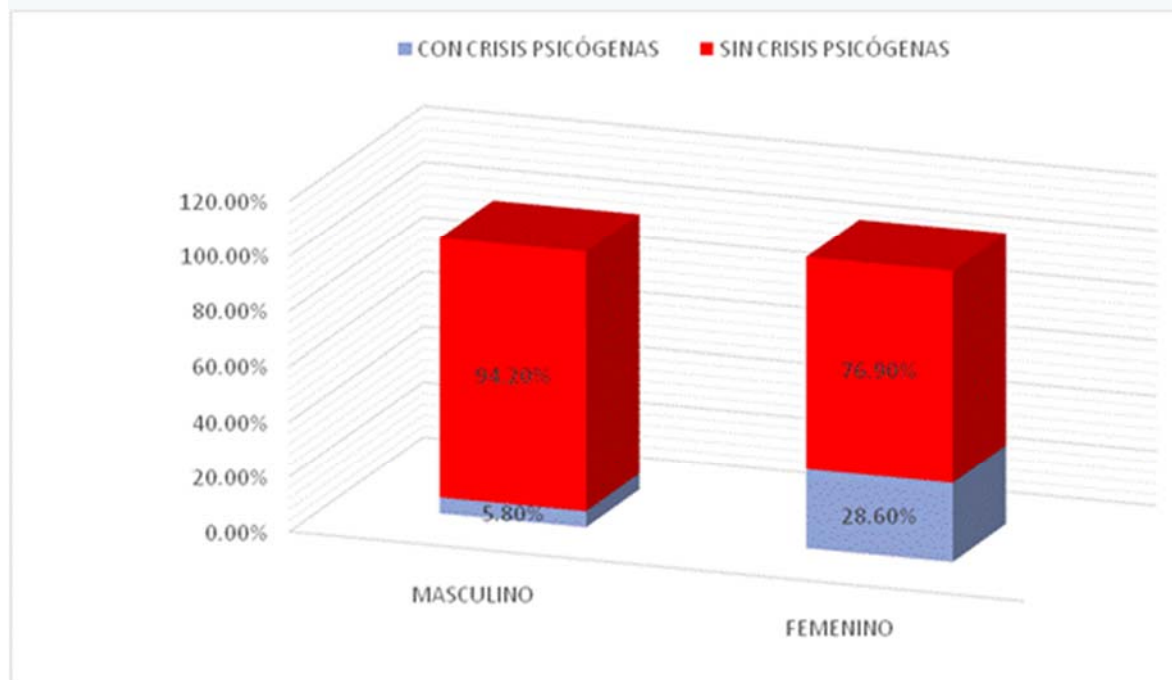
En los 216 paciente con epilepsia 38 (17,6%), presentaban crisis psicógenas además de las de

epilepsia.

La media de edad de los que sufrían ambos tipos de crisis era de 37.6579 DT 9.51606, mientras que la media de edad de los restantes 178 pacientes era de 31.9719 Desv tip. 11.63058. La media de edad de los 216 pacientes es de 32.9722 con Dev. Tip. 1147410.

En los 104 hombres 6 (5.8%), presentaban crisis psicógenas no epilépticas y 98 (94.2%) no las sufría. En las 112 mujeres 32 (28.6%), las presentaba y 80 (76.9%), no las presentaba. Ver la siguiente gráfica.

Gráfico 10. Distribución de los pacientes según sexo y presencia de crisis



P menor 0.0001. Odds Ratio 6.533. 95% IC: 2.602 a 16.408.

Los resultados demuestran que es más frecuente en las mujeres las crisis psicógenas y que su probabilidad es más de 5 veces mayor que en los hombres.

Edad de inicio de la epilepsia en los 38 pacientes con epilepsia y crisis psicógenas tiene una media de 13.6579 años de edad con una DT 12.15058. Los 178 pacientes sin crisis psicógenas tenían una media de edad de inicio de la epilepsia similar de 13.7135 con DT 9.67564. Para ambos grupos la media de edad de inicio es similar.

El tiempo de duración de la epilepsia para los 38 con crisis psicógenas y de epilepsia es de 20.8684 con DT=11.72470, para los 178 con solo crisis de epilepsia la media era 5 años menor 15.7472 con DT 11.95794.

La frecuencia elevada de crisis (más de una crisis por mes) en los 38 pacientes con los dos tipos de crisis es de 23 (60.5%), mientras que la baja frecuencia de crisis (menos de 1 por mes), en este grupo fue de 15 (39.5%). En los 178 pacientes con solo crisis de epilepsia tenían más de una crisis por mes 80 (44.9%), y con menos de una crisis por mes 98 (55.1%). Esta variable no mostró significación estadística.

Los diferentes tipos de crisis tenemos que de los 41 pacientes que sufrían de crisis generalizadas solo 6 (14.6%), tenían crisis psicógenas asociadas y 35 (85.4%), no tenían esta asociación. De los 33 que sufrían de crisis parciales simples o complejas de epilepsia, 7 (21.2%), tenían además crisis psicógenas, y 26 (78.8%), no las padecían. De los 142 que sufrían de crisis parciales secundariamente generalizadas 25 (17.6%), tenían crisis psicógenas asociadas y

117 (82.4%) no las tenían. Ninguno de los tipos de crisis fue significativo para la asociación con crisis de tipo psicógenas.

Psicosis

De los pacientes estudiados (n=216) presentaban cuadro de psicosis 18 (8.3%).

La media de edad total era de 32.9722 DT 11.47419, la media de los pacientes psicóticos era de 38.6111 con DT De 10.79291, mientras que la media de los pacientes que no tenían psicosis era de 32.4596 DT 11.42203. Se observa una media superior a 6 años mayor en los pacientes psicóticos.

El sexo en los 18 pacientes con psicosis fue de 10(55.5%), masculinos y 8 (44.5%), femeninos, mientras en el grupo no psicótico era de 94(47.5%), masculino y 104(52.5%), femenino. Estas variables no se asociaron de forma significativa.

La media de la edad de inicio de las crisis de los 216 pacientes estudiados fue de 13.7037, DT=10.12320. La media de edad de inicio de los pacientes con psicosis era de 9.1 con DT= 6.9, mientras que la media de los que no tenían psicosis era de 14.1212 DT=10.3, con 5 años de diferencia menor para los que tenía psicosis.

La media de tiempo de evolución de la epilepsia de los 216 enfermos estudiados es de 16.6 años DT=11.8, la media en años de los 18 que tenían psicosis es de 25.5, DT=11.9, los 198 que no sufrían de psicosis tenían una media de evolución de 15.9 con DT=11.8. Lo que indicaba una media mayor de 10 años de evolución en los pacientes que tenían psicosis.

En los paciente con epilepsia y psicosis, la frecuencia elevada de las crisis (más de 1 por mes), se encontraba presenta en 12 (66.7), y una baja frecuencia de crisis (menos de 1 por mes), se presentaba solo en 6 (33.3%). En los pacientes sin psicosis de presentó elevada frecuencia de crisis en 91 (46 %), y baja frecuencia de crisis en 107 (54%). Estos resultados no alcanzaron nivel de significación.

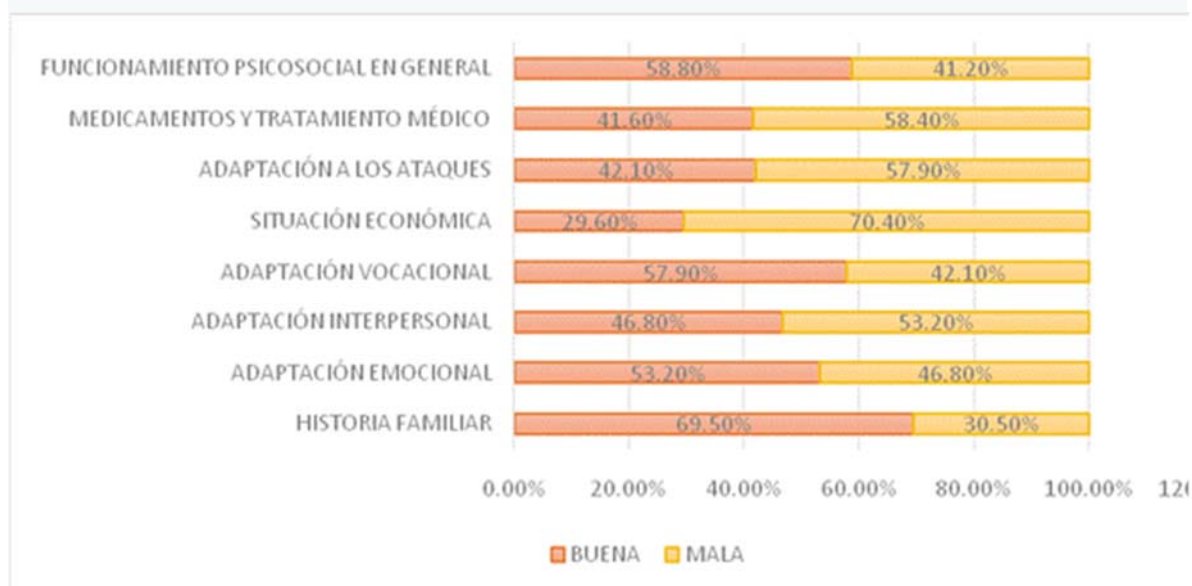
Sufrían crisis generalizadas tonicoclónicas y mioclónicas 3(7.3 %), de los pacientes con psicosis y 38 (92.7 %). Con crisis focales simples y complejas 1 (3 %), con psicosis y 32 (97 %), sin esta asociación. Con crisis parciales secundariamente generalizadas y psicosis 14 (9.9 %), y 198 (90.1 %). Los tipos de crisis no alcanzaron nivel se significación en las psicosis asociadas a estos enfermos.

Trastornos psicosociales

Los trastornos psicosociales evaluados mediante el WPSI, incluye una serie de escalas, historia familiar, adaptación emocional, adaptación interpersonal, adaptación vocacional, situación económica, adaptación a los ataques, medicamento y tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global.

En la siguiente gráfica veremos cómo se comportaron los pacientes.

Gráfica 11. Distribución de los pacientes según dimensiones del funcionamiento psicosocial



Un funcionamiento psicosocial general considerado como malo se encontraba presente en 90 pacientes (41.2 %), llaman la atención, la situación económica reportada por 152 enfermos (70.4 %), problemas con la medicación en 126 de los estudiados (58.3 %), y mala adaptación a los ataques en 125 (57.9 %), de los pacientes. Se referían menos problemas en la adaptación familiar en 56 (25.9 %) y la adaptación vocacional 91 (42.1 %).

Relación de diferentes variables con el trastorno psicosocial global.

La media de edad de los enfermos que presentaban trastornos psicosociales normales era de 32,7619, con DT=11.8, la edad de los que tenían mala adaptación psicosocial era de 33.3461 con DT=11.1.

En cuanto al sexo, del grupo que no tenía trastornos psicosociales eran del sexo masculino 64 (50.8 %), y del femenino 62(49.2 %). Con trastornos psicosociales, masculinos eran 40 (44.4%), y 50 (55.6 %), del femenino, no existe diferencia significativa entre los grupos en cuanto al sexo $J2 p=0.6125$ considerada no significativa.

La edad media de inicio de las crisis de epilepsia era de 13,4 DT=8,6 para los que no referían trastornos psicosociales y una media de 14,0889 DT=11,9 para los que referían estos trastornos, no se consideró la diferencia de medias entre estos grupos.

El tiempo medio en años de duración de las crisis de epilepsia fue para el grupo que no refería trastornos psicosociales de 16,3175 con DT de 12,179110 y para los que referían como mala la adaptación psicosocial la media fue 17,1 y DT=11,91868.

En los pacientes con funcionamiento psicosocial normal, 72 (57.1 %), tienen una baja frecuencia de crisis y 54 (42.9 %), alta frecuencia de crisis, en los paciente con mal funcionamiento psicosocial 41(45.6 %), tienen baja frecuencia de crisis y 49 (54,4%), la refieren alta,

entre ambos grupos la frecuencia de crisis no fue significativa $J2 p=2,380$.

Los diferentes tipos de crisis y el funcionamiento psicosocial son presentados en la siguiente tabla.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según tipo de crisis y funcionamiento psicosocial

TIPO DE CRISIS	CON BUEN FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL		CON MAL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL		X2
	No	(%)	No	(%)	
Con crisis generalizadas Tónico	25	60,9%	16	39,1%	0.8605

clónica y/o mioclónica (n=41)				
Con crisis focales, motoras, sensoriales o complejas (n=33)	25	75.8%	8	24.3%
Con crisis focales secundariamente generalizadas (n=142)	77	54.2%	65	45.8%
				0.03*
				0.0801

*Significativa menor de 0.05. Odds ratio 2.482

Las crisis que tuvieron mejor funcionamiento psicosocial son las crisis parciales simples o complejas.

DISCUSIÓN

En la población estudiada, la ansiedad y la depresión son los trastornos psiquiátricos, más frecuentes, que acompañan al paciente con epilepsia.^(3,32,45-47) Estudios recientes hablan de una alta comorbilidad de ansiedad (rasgo o estado), que fluctúa más menos en un 45 % de pacientes con epilepsia.⁽¹³⁾ En nuestro estudio la ansiedad se presentó en niveles elevados, pues menos de la tercera parte de los pacientes adultos con epilepsia no refería ningún tipo de, mientras que una tercera parte de los pacientes con ansiedad la presentaban de forma severa. Variables como la edad y los tipos de crisis influían en la aparición de ansiedad en los casos estudiados: la media de edad en los que no tenían ansiedad era comparativamente menor en siete años a los que la tenían, mientras que, la ansiedad era mayor en las crisis generalizadas y las parciales secundariamente generalizadas y mucho menor en los que tenían crisis parciales, aunque hay autores que difieren en este punto y consideran más ansiedad en las crisis de origen frontal.^(13,14)

La depresión, se asocia a una tercera parte de los pacientes y estas cifras se elevan incluso se duplica debido al incremento de las crisis de epilepsia y las crisis parciales complejas secundariamente generalizadas.^(8-10,48,49) En el presente estudio solo un poco más de la tercera parte de los pacientes no presentaba depresión, una cifra muy similar de pacientes tenían una depresión ligera, mientras que más de la tercera parte de los deprimidos tenían forma moderada o severa. Los cuadros depresivos se relacionaban con el sexo femenino y con una mayor edad de vida, de esta forma mientras mayor era la media de edad de los pacientes, se presentaba más depresión en estos. En los factores biológicos vemos como un mayor tiempo de duración de la epilepsia se asocia a la presencia de cuadros depresivos. Otros factores como la edad de inicio de la epilepsia, la frecuencia mayor o menor de crisis y el tipo de crisis de epilepsia, no mostraron relación con la aparición de depresión.

En cuanto a la personalidad del paciente con epilepsia, se ha visto que, en el paciente con epilepsia se han descrito cambios de la personalidad, así se describe la exacerbación de la personalidad premórbida con algunos elementos patológicos que se produce en aquellos de sufren de epilepsia por alteraciones de los lóbulos frontal o temporal.^(12,16,19) En nuestro estudio hemos buscado la frecuencia de la inestabilidad de la personalidad medida por el test de Eysenck en los pacientes con epilepsia y encontramos que más de la mitad de los adultos con epilepsia tienen este trastorno. Variables como la el sexo femenino y la mayor edad se observan en pacientes con epilepsia e inestabilidad asociada, mientras que, la variable biológica más destacadas fue el tiempo de evolución de la epilepsia con una media mayor de 5 años en los que tenían los trastornos de la personalidad. Las restantes variables estudiadas no mostraron resultados de interés.

Los trastornos cognitivos en el paciente con epilepsia es un tema tratado con relativa frecuencia, los diferentes estudios han abordado el tema en las diferentes edades, se ha estudiado en pacientes adultos el deterioro de la inteligencia, medido con el WAIS, que aparece en poco menos de la mitad de los pacientes estudiados, el mismo se vincula a diferentes factores biológicos y medicamentosos.^(21,50-52) En el conjunto de pacientes adultos con epilepsia

atendidos se encontró la tercera parte con deterioro definitivo. Las variables biológicas que más se relacionaban era, la elevada frecuencia de crisis desde el inicio de la epilepsia y la presencia de crisis parciales secundariamente generalizadas.

Las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE), es una patología bastante frecuente y se calcula que se presenta en aproximadamente la tercera parte de la población,⁽²⁸⁾ mientras que las CPNE pueden aparecer en pacientes con epilepsia, de estos pacientes.^(29,53) En el presente estudio los pacientes adultos con epilepsia crónica presentan este tipo de crisis en menos del 20% de estos, las mismas predominando en el sexo femenino y con mayor edad aparecen más estos episodios asociados. Entre los factores de riesgo de tipo biológico, vemos que, existe más tiempo de duración de la epilepsia en los que sufren estos episodios, sin embargo ni la edad de inicio de las crisis, ni la frecuencia de estas, ni los tipos de crisis se relacionaron con estos episodios. Las psicosis interictales, en nuestros pacientes aparecen en cifras similares a las que reportan diferentes autores, por debajo de un 10% de los pacientes con epilepsia.^(5,30,33,35) Las mismas aparecían en edades mayores y no reafirmaba predominante el sexo. Las variables biológicas como la edad de inicio de la epilepsia mostró que esta comenzaba en los pacientes con psicosis fundamentalmente, también se observa que el tiempo de duración de la enfermedad en los que tienen psicosis asociada es superior en 10 años a los que no la tienen. Otras variables como la frecuencia de las crisis o los tipos de crisis no se relacionaron con la aparición de psicosis.

La presencia de problemas psicosociales resulta un indicador muy importante, que nos muestra como el paciente percibe sus relaciones familiares, sus relaciones interpersonales, su situación económica, la forma en que percibe las crisis de epilepsia, así como evalúa el tratamiento utilizado y asistencia médica. El funcionamiento psicosocial global y sus diferentes ítems, obtenidos mediante el WPSI, nos da una imagen de la forma en que se encuentra la calidad de vida de los pacientes.^(42,54,55) La aplicación del WPSI a la población de adultos, muestra la presencia de trastornos psicosociales globales en casi la mitad de los adultos con epilepsia. En nuestro estudio autoevaluativo encontramos que más de la mitad de los pacientes entrevistados consideró como mala: la situación económica, la adaptación al tratamiento médico y al médico, la adaptación a los ataques y las relaciones interpersonales. Por otra parte menos de la mitad de estos enfermos considerará mala: la adaptación vocacional, la historia de las relaciones familiares, la adaptación emocional y el funcionamiento psicosocial.

Según hemos visto al estudiar a los pacientes adultos con epilepsia, resulta importante desde el primer momento, valorar en consulta externa a un paciente adulto con epilepsia, de una forma integral, pues existen muchos trastornos psiquiátricos y psicosociales asociados a estos, luego continuar con una evaluación periódica de los mismos, con el objetivo de ver como evoluciona el paciente por consulta de forma integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewis A. Melancholia: a historical review. *J Ment Sci.* 1934;80.
2. Quintas R, Raggi A, Giovannetti A, Pagani M, Sabriego C, Cieza A, et al. Psychosocial difficulties in people with epilepsy: a systematic review of literature from 2005 until 2010. *Epilepsy Behav.* 2012 Sep;25(1):60–7.
3. Gaitatzis A, Trimble M, Sander J. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand.* 2004;110:207–20.
4. Devinsky O. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav.* 2003;4:2–12.
5. Swinkels W, Kuy J, Lee P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005;7:37–50.
6. Rossiñol A, Molina I, Rosiñol T, García-Mas A. Calidad de vida y percepción de salud general de personas con epilepsia en función de las crisis, la afectación neurocognitiva, la electroencefalografía, su respuesta al tratamiento y los efectos secundarios. *Rev Neurol.* 2013;57(1):17–24.
7. Martínez-Dominguez S, Labrada-Abella J, Pedrós-Roselló A, López-Gomariz E, Tenías-Burillo J. Enfermedad mental, rasgos de personalidad y calidad de vida en epilepsia: estudio control de pacientes con epilepsia mioclónica juvenil y otras epilepsias. *Rev Neurol.* 2013;56(12):608–14.
8. Tellez-Zenteno J, Patten S, Jette N, William J, Wibe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a

- population-based analysis. *Epilepsia*. 2007;233–44.
9. Martínez-Pérez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda J. Depresión y Epilepsia. *REV NEUROL*. 2002;35(6):580–6.
10. González-Pal S, Fabelo-Roche J, González-Delgado E, Iglesias-Moré S, Quintana-Mendoza J. La depresión asociada a la epilepsia: ¿Un reto bioético en nuestros días? *Rev Hosp Psiquiátr Habana* [Internet]. 2012 [cited 2013 May 13];9(2). Available from: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hph07212.html>
11. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, González-Rodríguez C. Ansiedad en un grupo de pacientes con epilepsia, estudio de variables biológicas y farmacológicas. 2004 [cited 2013 May 15];8(4). Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/715>
12. Hermann B, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. *Psychol Bull*. 1984;95:451–97.
13. Maroufi A, Khomand P, Ahmadiani S, Alizadeh N, Gharibi F. Prevalence and quality of anxiety in patients with epilepsy. *Epilepsia Behaviour. Epilepsy Behav*. 2014;32:34–7.
14. Tang W, Lu J, Umguiri G, Wong K, Kwan P. Anxiety symptoms in patients with frontal lobe epilepsy versus generalized epilepsy. *Seizure*. 2012;21:457–60.
15. Bermúdez J, Pérez A, San Juan P. *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED; 2003.
16. Merani A. *Diccionario de Psicología*. México DF: Grijalbo; 1979.
17. Barry J, Lembke A, Gisbert P, Gilliam K. Psychiatric issues in epilepsy. *Affective disorders in epilepsy*. 2da ed. New York: A.B. Ettinger, & A. M. Kanner Wolters Kluwer; 2007.
18. Burneo J, Mayor L, Quijano O. *Psiquiatría y epilepsia*. *Rev Neuro-Psiquiat*. 2005;68:1–2.
19. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, González-Delgado E, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Influencia de los aspectos sociales en la personalidad. *Rev Neuropsicol Neuropsiquiatría Neurocienc*. 2010;10(2):69–88.
20. Loring D, Hermann B, Cohen M. Neuropsychological Advocacy and Epilepsy. *Clin Neuropsychol*. 2010;2:417–28.
21. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, González-Delgado E, Iglesias-Moré S. Principales Factores en la epilepsia que inducen al deterioro de funciones. *Rev Ecuat Neurol*. 2009;1:69–88.
22. Álvaro B. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Rev chil neuro-psiquia*. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2006 [cited 2014 Jun 6];44(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>
23. Bilder R, Degreef G, Pandurangi A, Rieder R, Sackeim H, Mukherjee S. Neuropsychological deterioration and CT scan findings in chronic schizophrenia. *Schizop Res*. 1988;1:37–45.
24. Levisohn P. The autism-epilepsy connection. *Epilepsia*. 2009;48(Supl 9):33–5.
25. Muñoz-Yunta J, Palau-Baduell M, Salvadó-Salvadó B, A. Valls Santasusana A, Rosendo-Moreno N, Clofent-Torrentó M, et al. Autismo, epilepsia y genética. *Rev Neurol*. 2008;46(Supl 1):S71–S77.
26. Canitano R. Epilepsy in autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:61–6.
27. Bembadis S. Psychogenic no epileptic seizures in Veterans. *Neurology*. 78(3):225.
28. Brown R, Syed T, Bembadis S, La France W, Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2011;22:83–9.
29. González-Pal S, Llanes-Basulto Y, Valenti-Alonso J, Oliva-Hernández I, Fabelo-Roche J. Factores de riesgo en pacientes adultos con epilepsia y crisis psicógenas no epilépticas. *Rev Hosp Psiquiátr Habana* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 10];10(1). Available from: <http://www.revistahph.sld.cu>.
30. Slater E, Beard A. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry*. 1963;109:95–150. *Br J Psychiatry*. 1963;109:95–150.
31. Hermann B, Sidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*. 2000;41.
32. Lacey C, Salzberg M, Roberts H, Trauer T, D´Souza W. Psychiatric comorbidity and impact on health service utilization in a community sample of patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2009;50:1991–4.
33. Méndez M, Grau R, Doss R, Taylor J. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. *Neurology*. 1993;43:1073–7.
34. Rivas J, Doval O, Kanner A. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. En *Epilepsia Diagnóstico y Tratamiento*. Eds. Manuel G Campos y Andrés M Kanner. 1ra ed. Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterraneo; 2004. 776-794 p.

35. González-Pal S, Faure-Vidal A, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, Sánchez M. Disfunción del lóbulo frontal en pacientes con epilepsia y psicosis crónica. *Rev Neurol*. 1999;28:219–23.
36. González-Pal S, Llanes-Basulto Y, Oliva-Hernández I, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Factores de riesgo de los trastornos psicosociales en pacientes adultos con epilepsia. *Rev Hosp Psiqui Habana* [Internet]. 2013 [cited 2013 May 15]; Available from: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta1_revhph.htm
37. Fisher R, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogaz A, Cross H, Helger E, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55:475–82.
38. Fisher R, Boas W, Blume W, Elger C, P Genton, Lee P, et al. Epileptic seizure and epilepsy: proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470–2.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revised. APA. Washington DC; 2000.
40. Otero Ojeda A. Tercer glosario cubano de psiquiatría. La Habana: ECIMED; 2008.
41. Quintana-Mendoza J, González-Pal S, Rodríguez-González C. Wais como instrumento evaluador de deterioro en las Psicosis Epilépticas. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2004 [cited 2014 Jul 27]; Available from: www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/131/16079/?+ +interactivo
42. Dodrill C. Correlates of Generalized Tonic-Clonic Seizures with Intellectual, Neuropsychological, Emotional, and Social Function in Patients with Epilepsy. *Epilepsia*. 1986;27:399–411.
43. Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S, González-Pal S. Validación cubana del Washington Psychosocial Seizures Inventory (WPSI). *Rev Hosp Psiqui Habana* [Internet]. 2010 [cited 2011 Feb 11];7(1). Available from: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta1_revhph.htm.
44. Commission on Classification and Terminology of the International ILAE. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*. 1981;22:489–501.
45. Kanner A. Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010;15:83–7.
46. Martin R, Faught E, Richman J, Funkhouse E, Kim Y, Clements K. Psychiatric and neurologic risk factor for incident cases of new-onset epilepsy in older adults: data from U.S. Medicare. *Epilepsia*. 2007;48:1120–7.
47. Ott D, Siddath P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shield W. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: Unmet psychiatric need. *Epilepsia*. 2003;44:591–7.
48. Castaño-Monsalve B. Antidepresivos en epilepsia. *Rev Neurol*. 2013;5:117–22.
49. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S, González-Delgado E. Depresión en grupos de pacientes con epilepsias focales. *Rev Hosp Psiqui Habana* [Internet]. 2007 [cited 2013 Jun 23];4. Available from: <http://www.revistahph.sld.cu>.
50. González-Pal S, Felipe García M, Barrios-Hernández Y, Llanes-Basulto Y, Montero-Salgado R. Índice de deterioro en pacientes adultos con epilepsia, de la Habana, atendidos en consulta salutogénica. *Rev Hosp Psiqui Habana* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 22];11(2). Available from: <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/indice%20d%20deterioro.html>
51. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Principales factores multicausales en la epilepsia que inducen al deterioro de funciones cognitivas. *Rev Ecuat Neurol*. 2009;18(1-2):31–2.
52. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, González-Delgado E, Fabelo-Roche J, González-Rodríguez C, Iglesias-Moré S. Análisis de variables relacionadas con el índice de deterioro cognitivo cognitivo del WAIS en un grupo de pacientes con epilepsia. *Rev Hosp Psiqui Habana* [Internet]. 2014; Available from: <http://www.revistahph.sld.cu/>
53. Martin R, Burneo J, Prasel A. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology*. 2003;61:1791–2.
54. Fabelo-Roche J, Iglesias-Moré S. Impacto psicosocial de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes con Epilepsia. *Salud Soc*. 2010;89–100.
55. Tiberia V, Froman T. The Development and Standardization of a Spanish Version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsia*. 1986;27:51–4.

Recibido: 21 de Noviembre de 2014
Aceptado: 13 de febrero de 2015

Salvador González Pal. Profesor e Investigador Auxiliar en Neurología del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba. Correo electrónico: sglezpal@infomed.sld.cu