

La personalidad del paciente con epilepsia: Factores multicausales

González Pal Salvador,* Fabelo Roche Justo Reynaldo,**
González Delgado Erick,*** Iglesias Moré Serguei****

* Especialista de 1o y 2o grado en Neurología, Prof. de la Universidad Médica de la Habana. Facultad Finlay-Albarrán.

** Doctor en Ciencia Médica, Facultad Calixto García Iñiguez.

*** Especialista de Medicina General Integral, Hospital Hnos. Ameijeiras, **** Máster en Psicología, Facultad Manuel Fajardo.

Revista Mexicana de Neurociencia

Julio-Agosto, 2010; 11(4): 279-288

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XX se ha avanzado mucho en considerar al hombre como una unidad biopsicosocial, esta visión integral tanto en salud como en enfermedad es aplicable a todos los seres humanos y a todas las enfermedades incluidas las neurológicas donde un mismo órgano, el encéfalo, es causante de los trastornos de la mente en enfermedades que son producto de lesiones estructurales cerebrales con sintomatología neurológica.

Los pacientes con epilepsia no son ajenos a estas concepciones, por un lado tienen sus crisis a consecuencia de su lesión cerebral y por el otro enfrentan un grupo de trastornos conductuales en los que in-

tervienen factores de todo tipo, que incluyen biológicos, sociales y medicamentosos.¹ Es cierto que en estos enfermos existen alteraciones de la personalidad, tema que aunque se ha tratado a lo largo de los años, nunca se ha llegado a un consenso en lo que se refiere a sus características o su prevalencia a causa de la disparidad de los resultados que van desde las características socio-culturales de la población estudiada, la metodología de los diferentes estudios, los conceptos y las clasificaciones utilizadas, hasta los instrumentos de medición tan variados que existen para medirla.

Los primeros trabajos sobre la personalidad en la epilepsia se destacaban más el temperamento que la propia personalidad y hacían postulados sobre la

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las características psicopatológicas de los pacientes con epilepsia se han estudiado en forma incompleta. El objetivo del presente estudio es determinar el comportamiento de la personalidad en el paciente con epilepsia, en sus dimensiones estable o inestable (neurótico) y con equilibrio o no (introversión-extroversión). **Métodos:** Se estudia la personalidad de 200 pacientes con epilepsia evaluados en la consulta externa, mediante la prueba de Eysenck para analizar la influencia de factores demográficos, biológicos y medicamentosos que tienen los pacientes con epilepsia en la personalidad de tipo inestable y con desequilibrio. También se evalúa la influencia de factores psicosociales en la personalidad del paciente con epilepsia. **Resultados:** En la epilepsia generalizada idiopática hubo más inestabilidad (OR = 14.6; P = 0.007). En pacientes con historia familiar de epilepsia hay menos equilibrio (OR = 2.8; P = 0.015) y aquéllos que presentaban mal ajuste emocional tuvieron más inestabilidad (OR = 3.8; P = 0.0001). Otras alteraciones psicosociales como la mala adaptación interpersonal presentaron menos equilibrio (OR = 3.2; P = 0.009) y los que presentaban mal ajuste vocacional tenían más inestabilidad (OR = 2.8; P = 0.0005); asimismo, los que referían pobre situación

*Personality of patients with epilepsy:
Multicausal factors.*

ABSTRACT

Introduction and objectives: Psychopathological features of patients with epilepsy are incompletely studied. The aim of this study was to determine the personality behavior in their dimensions of stable or unstable (neurotic) and balance or not introversion-extroversion in patients who suffer from epilepsy. **Methods:** The personality of a group of 200 epileptic patients attended as outpatient offices were studied based on Eysenck test with in order to analyze the influence of general, biological and medicament factors on the personality as well as some psychosocial factors. **Results:** There were more unstable patients suffering from idiopathic generalized epilepsy (OR = 14.6; P = 0.007). There was less balance in patients with family history of epilepsy (OR = 2.8; P = 0.015) and those with poor emotional adjustment were more unstable (OR = 3.8; P = 0.0001). Patients with bad interpersonal adaptation presented less balance (OR = 3.2; P = 0.009) and those with bad vocation adjustment were more unstable (OR = 2.8; P = 0.0005); also, patients who referred to have a bad economic position suffered from more neurosis (OR = 2.5; P = 0.004) and unbalance

económica tenían más inestabilidad (OR = 2.5; P = 0.004) y desequilibrio (OR = 2.7; P = 0.009). Finalmente, el mal funcionamiento psicosocial global también se asoció a más inestabilidad (OR = 3.3; P < 0.001) y desequilibrio (OR = 5.1; P = 0.03). Conclusiones: De los factores estudiados, el sexo, la edad y los tipos de epilepsia se asociaron a más alteraciones de la personalidad. Asimismo, los factores sociales que se relacionaron con cambios en la personalidad incluyeron principalmente a la situación económica y el funcionamiento psicosocial global.

Palabras clave: Epilepsia, personalidad, factores biológicos, factores medicamentosos, factores psicosociales, neurosis, introversión.

(OR = 2.7; P=0.009). Finally, patients with global psychological malfunction also were more unstable (OR = 3.3; P < 0.001) and more unbalance (OR = 5.1; P = 0.03). **Conclusions:** From the factors studied, the ones that caused changes on personality were the biological factors such as sex, age, and epilepsy types. The remaining factors related to personality were the social factors and among them the economical position and global psychological functioning were the most important ones.

Key words: Epilepsy, personality, biological factors, medicaments factors.

constitución psicofísica de estos pacientes. Se decía así, que éstos presentaban un biotipo semejante a los atléticos con rasgos físicos macizos y facies con expresión más tosca que la propiamente atlética y en sus rasgos temperamentales consideraban como prevalentes la viscosidad afectiva y la bradipsiquia.^{2,3} Pero las características psicopatológicas de los pacientes con epilepsia no pueden estar basadas solamente en los aspectos biológicos del humano o de la epilepsia, la asociación epilepsia/trastornos psicopatológicos, es el resultado de la interacción de lo biológico que se produce por las funciones cerebrales alteradas en una zona o área del encéfalo afectada, en este caso del área epileptogénica, con otros factores como los medicamentosos y sociales.^{4,5}

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.^{6,7} En el paciente con epilepsia también se han notificado cambios de la personalidad que se describen como una exacerbación de la personalidad premórbida con algunos elementos patológicos que según los que lo describieron, se produce en aquéllos de sufren epilepsia por alteraciones de los lóbulos frontal o temporal.⁸⁻¹⁰ Así, en los que sufren crisis del lóbulo temporal se describe el Síndrome de Geschwind, con emocionalidad, tendencias maníacas, depresión, carencia del sentido del humor, alteraciones de la sexualidad, ira, hostilidad, agresión, religiosidad, intereses filosóficos recientes, sentido del destino personal aumentado, dependencia, pasividad paranoia, moralismo, culpa, obsesión, circunstancialidad, viscosidad e hipergrafía, sin llegar a un acuerdo del número de rasgos que deben presentarse para diagnosticar este síndrome.^{8,9} En estos estudios como en muchos otros se descuida el aspecto social, tema que es relegado siempre a otro plano, sin tener en cuenta

que estos pacientes tienen que interactuar con la sociedad con la cual conviven, con un mayor o menor grado de estigmas culturales.

Los objetivos de este estudio son:

- Determinar el comportamiento de la personalidad en el paciente con epilepsia al aplicar la escala de Eysenck para personalidad en sus dimensiones de estable o inestable (neurótico) e introversión-extroversión.
- Analizar la influencia de factores generales, biológicos y medicamentosos que tienen un grupo de pacientes con epilepsia, en la personalidad con características neuróticas.
- Estudiar la influencia de factores psicosociales en la personalidad del paciente con epilepsia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo y longitudinal con 200 pacientes con epilepsia de consulta externa del Centro de Tratamientos Especializados de la Universidad Médica de la Habana, a los cuales se les hace estudio de personalidad con la escala de Eysenck y se relaciona con:

- Característica socio-demográfica (edad y sexo).
- Características biológicas como antecedentes de lesión cerebral, edad de inicio de la epilepsia, tiempo de duración de las crisis, tipos de crisis epilépticas y frecuencia de las crisis.
- Medicación antiepiléptica utilizada en forma de monoterapia con fenitoina, carbamazepina, valproico y lamotrigina.
- Características de tipo psicosocial halladas mediante el Inventario Psicosocial de Washington (WPSI) incluyendo historia familiar, ajuste emocional, relaciones interpersonales, vocación, situación

económica, adaptación al tratamiento médico y funcionamiento psicosocial global.

Descripción de los test empleados

- **Test de personalidad de Eysenck:** El Inventario de Personalidad de Eysenck consta de 57 ítems de contestación Sí/No. Tiene dos formas A y B. Las cuales poseen dos factores con dos polos: Extraversión vs. Introversión y Neurotismo vs. Control, tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables. El trabajo de Eysenck en el estudio de la personalidad y el inventario para medir los factores que la componen utilizando el análisis factorial, no dejan a un lado otros criterios que se integran en su concepción de personalidad como son elementos constitucionales y temperamentos (Figura 1).
- **Calificación:** La calificación de la prueba requiere de una plantilla calada donde aparece el ítem correspondiente a cada factor circulado en un color que los identifica. Los factores son: Neurosis, Extraversión y Sinceridad.
Los ítems por escala aparecen a continuación. El valor de cada ítem a calificar en cada una de las escalas es de 1 punto:
 - Neurosis/azul
 - **SÍ** Ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.
 - **NO** Ítems: 40.

- Extraversión/rojo
 - **SÍ** Ítems: 1, 8, 10, 13, 17, 20, 25, 27, 29, 32, 34, 37, 41, 44, 46, 49, 53.
 - **NO** Ítems: 3, 5, 15, 22, 39, 51, 56.
- Sinceridad/carmelita
 - **SÍ** Ítems: 6, 12, 30, 42, 48, 54.
 - **NO** Ítems: 18, 24, 36.
- Sinceridad
 - Confiable de 3 a 9.
 - No confiable < 3 y > 9.

En el siguiente perfil se aprecia: En la coordenada vertical, el factor Inestabilidad o Neurosis vs. Estabilidad o Control (aumento de la numeración aumenta el nivel de neurosis). En la coordenada horizontal aparece el factor Introversión vs. Extraversión (a aumento de la numeración aumenta la extroversión).

- **Inventario Psicosocial de Washington:** La calificación de la prueba requiere de una plantilla calada donde aparecen los ítems correspondientes a cada factor circulado en un color que los identifica. En la calificación se tienen en cuenta ocho áreas de evaluación con un determinado número de índices considerados en cada área. El valor hallado se ubica en la figura correspondiente y cuyos valores máximos son independientes en cada área. El valor encontrado se sitúa en la referida figura y cuando más se eleve éste, mayor será el nivel de desajuste o desadaptación del paciente en esta área específica. La representación de los resultados se realizará reagrupando estas escalas y uniéndolas mediante una línea quebrada o perfil de las puntuaciones alcanzadas por el paciente en cada una de ellas. A su vez cada escala puede ser dividida en cuatro sectores que son:

- Buena Adaptación. Sin problemas importantes.
- Adaptación Media. Con problemas poco significativos.
- Adaptación Mala. Hay problemas que repercuten negativamente en la adaptación del paciente.
- Adaptación Muy Mala. El paciente afronta problemas importantes con repercusión en su ajuste psicosocial.

Por último las áreas de evaluación específicas son las siguientes:

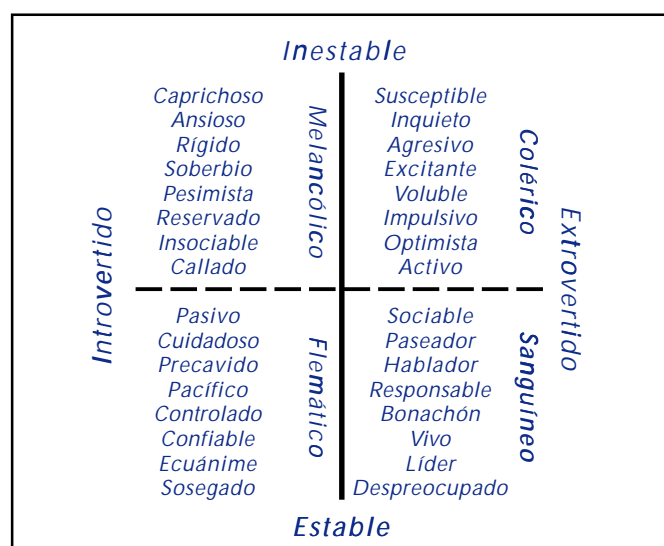


Figura 1. De los elementos del Eysenck se tomaron índice de estabilidad e inestabilidad o neurosis, e índice de equilibrio introversión-extroversión.

- **Historia Familiar (11 índices).** Se refiere a los vínculos interpersonales o interfamiliares y a las relaciones de los compañeros durante la infancia. Entre 0 y 4 es de buena y media adaptación, entre 5 y 11 es mala y muy mala adaptación.
- **Ajuste Emocional (34 índices).** Explora la existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos, mala autoimagen e insatisfacción vital. Entre 0 y 9 es de buena y media adaptación, entre 10 y 34 es mala y muy mala adaptación.
- **Adaptación Interpersonal (22 índices).** Evidencia capacidad para establecer contacto con los demás, situaciones sociales, intimidad y habilidad para relacionarse con el sexo opuesto. Entre 0 y 6 es de buena y media adaptación, entre 7 y 22 es mala y muy mala adaptación.
- **Adaptación Vocacional (13 índices).** Evalúa la interacción crisis-ocupación, el nivel de empleo y si es necesario realizar orientación. Entre 0 y 5 es de buena y media adaptación, entre 6 y 13 es mala y muy mala adaptación.
- **Situación Económica (7 índices).** Evalúa el estado de sentimiento de seguridad desde la vertiente económica. Entre 0 y 2 es de buena y media adaptación, entre 3 y 7 es mala y muy mala adaptación.
- **Adaptación a los Ataques (15 índices).** Pesquisa la sensación subjetiva de resentimiento hacia su condición, si considera embarazoso sufrir una crisis o se cree peor aceptado por ello. Entre 0 y 4 es de buena y media adaptación, entre 5 y 15 es mala y muy mala adaptación.
- **Medicación y Tratamiento Médico (8 índices).** Aporta información sobre su valoración de la atención profesional, sanitaria y farmacológica que recibe. Entre 0 y 3 es de buena y media adaptación, entre 4 y 8 es mala y muy mala adaptación.
- **Funcionamiento Psicosocial Global (57 índices).** Este es un índice global de todas las escalas e indica cómo está funcionando el paciente en sentido general. Entre 0 y 20 es de buena y media adaptación, entre 10 y 57 es mala y muy mala adaptación.
- **Análisis Estadístico:** Las variables cualitativas se describen en proporciones y su relación con las alteraciones de la personalidad se analizó mediante pruebas no paramétricas (χ^2 o prueba de Fisher) con obtención de sus razones de momio (OR, Odds Ratio), mientras que para las variables cuantitativas se realizó análisis de varianza ANOVA para la comparación entre varios grupos.

RESULTADOS

Características de la personalidad

De los 200 pacientes con epilepsia se encontró personalidad estable y equilibrada en 25 pacientes (12.5%), personalidad estable y no equilibrada en 55 (27.5%), personalidad inestable y equilibrado en 14 pacientes (7%) y personalidad inestable y sin equilibrio introversión-extroversión en 106 pacientes (53%). Como se aprecia en la [figura 2](#), en los pacientes con epilepsia estudiados predomina la personalidad inestable y no equilibrada (< 0.001).

Factores socio-demográficos

- **Edad:** El promedio de edad de los 200 pacientes fue de 32.2 años. En relación con la edad y el tipo de personalidad se encontró que con menos de 30 años ($n = 96$), 57 (59%) tuvieron personalidad estable y 39, neurótica (41%); mientras que en los mayores de 31 años ($n = 104$), 23 (22%) tuvieron personalidad estable y 81, neurótica (78%). Por otra parte, en el tipo equilibrio introversión-extroversión se encontró que en los menores de 30 años, 24 (25%) tuvieron equilibrio introversión-extroversión comparado con 15 (14%) en los mayores de 31 años. Como se observa en la [figura 3](#), existe diferencia entre el nivel de inestabilidad (o neurosis) y la edad mayor de 30 años [OR 5.1 (IC95% 2.8-9.5); $P = 0.0001$]. No hubo diferencias

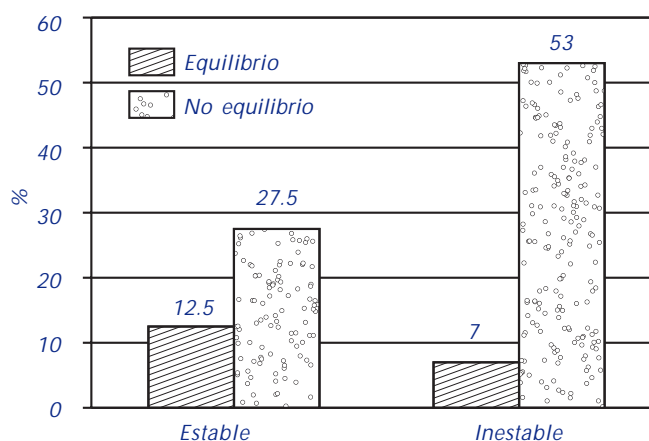


Figura 2. Características de la personalidad en 200 pacientes con epilepsia. Hay predominio en la proporción de la personalidad de tipo inestable sin equilibrio (OR = 3.4; $P < 0.001$). Datos en porcentaje.

entre el equilibrio y los dos grupos de edad establecidos ($P = 0.7$).

- **Sexo:** Hubo 94 hombres (47%) y 106 mujeres (53%). Con relación al sexo y la inestabilidad o estabilidad, 56% de los pacientes masculinos fueron estables y 44% inestables o neuróticos, mientras que en las mujeres hubo 25% estables y 75% inestables. La *figura 4* permite establecer la mayor frecuencia de inestabilidad en las mujeres [OR = 3.8 (IC95% 2.1-6.9); $P = 0.0001$]. Con respecto al equilibrio introversión extroversión y el sexo no hubo diferencias significativas: 79% de los hombres tuvieron personalidad sin equilibrio introversión-extroversión comparado con 82% de las mujeres.

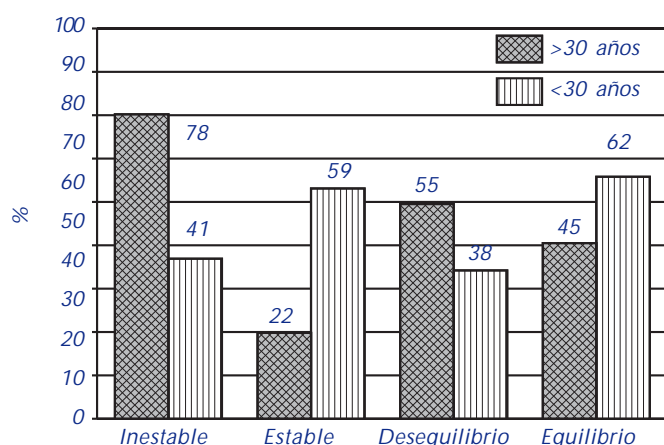


Figura 3. Relación de la diferencia de edades (mayores vs. menores de 30 años) con el nivel de inestabilidad y el desequilibrio introversión-extroversión. Los pacientes mayores de 30 años tienen mayor inestabilidad (OR = 5.1; $P < 0.001$). Datos en porcentaje.

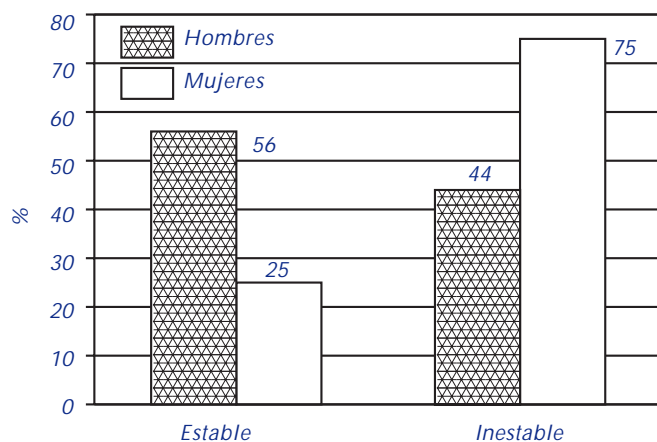


Figura 4. Relación del sexo con el nivel de personalidad inestable. La personalidad inestable es frecuente en las mujeres (OR = 3.8; $P < 0.001$). Datos en porcentaje.

Factores biológicos propios de las epilepsias relacionadas con la personalidad

- **Antecedente familiar de epilepsia:** Del total de pacientes, 79 (39.5%) tuvieron antecedente de padecer de epilepsia en su primera línea de consanguinidad. De éstos, 49 (62%) tuvieron personalidad inestable o neurótica y 15 (19%) tuvieron el tipo equilibrio extroversión-introversión. En comparación a los 121 pacientes sin antecedentes familiares de epilepsia, 50 (41%) eran inestables y 24 (20%) tienen equilibrio introversión-extroversión. No se observaron diferencias las proporciones anteriores.
- **Antecedente personal de distocia en el parto:** De 43 pacientes que tenían antecedente de distocia en el parto, 20 (47%) tuvieron estabilidad y 23 (53%) fueron inestables, mientras que 40 (93%) se catalogaron como sin equilibrio introversión-extroversión. No hubo diferencias cuando se compararon con los 157 pacientes sin antecedente de distocia en el parto.
- **Edad de inicio de la epilepsia:** La edad promedio de inicio de la epilepsia fue de 12.9 años, incluyendo 89 casos que iniciaron sus crisis por debajo de los 10 años (44.5%) y 111 por encima de los 10 años (55.5%). Comparando los que iniciaron antes de los 10 años vs. después de los años, encontramos que 46 vs. 35% tenían estabilidad y 54 vs. 65% inestabilidad. Además, 22 vs. 17% tenían equilibrio introversión-extroversión y 78 vs. 83% no lo tenían. No hubo diferencias estadísticas en relación a esta variable, por lo que la edad de inicio de la epilepsia no fue un factor que influyó en la personalidad de los pacientes.
- **Tiempo de evolución:** El tiempo promedio de evolución de las crisis fue de 16.2 años, incluyendo a 90 con más de 15 años de evolución de las crisis (45%) y 119 con 15 o menos años de evolución (55%). Con más de 15 años de evolución de las crisis 110 pacientes, de éstos, 49 tenían estabilidad y 61 inestabilidades. Además 22 tenían equilibrio introversión-extroversión y 88 desequilibrios. Con menos de 15 años de evolución de las crisis 90 pacientes, de éstos 31 tenían estabilidad y 59 inestabilidad, también, 17 tenían equilibrio introversión extroversión y 73 desequilibrio. Las proporciones de los datos anteriores no mostraron diferencias estadísticas entre los dos grupos de edad y tipos de personalidad. Frecuencia de las crisis: Se consideraron cuatro grupos de estudio:

- **Grupo 1.** Con elevada frecuencia de crisis (más de una crisis por mes) al inicio de la enfermedad y en el último año de ésta, con 43 enfermos (21.5%). Con estabilidad 12, con inestabilidad, 31. Con equilibrio estable-inestable 10, con desequilibrio 33.
- **Grupo 2.** Con baja tasa de crisis al inicio y en el último año, con 94 pacientes (47%). Con estabilidad 43, con inestabilidad 51. Con equilibrio estable-inestable 15, con desequilibrio 79.
- **Grupo 3.** Con elevada frecuencia de crisis al inicio de la enfermedad y baja tasa de las mismas (menos de una crisis por mes) en el último año, con 49 (24.5%) enfermos. Con estabilidad 19, con inestabilidad 30. Con equilibrio estable-inestable 14 con desequilibrio 35.
- **Grupo 4.** Con baja tasa de crisis al inicio y elevada frecuencia en el último año, con 14 (7%) pacientes. Con estabilidad seis, con inestabilidad ocho. Con equilibrio estable-inestable 0, con desequilibrio 15.

La comparación entre los cuatro grupos se realizó mediante análisis de varianza con ANOVA con $F = 1.912$ ($P = 0.17$), por lo que la distinta frecuencia de las crisis no alteraba la personalidad de los pacientes estudiados.

- **Tipos de síndromes de epilepsia:** Hubo predominio de epilepsias focales sintomáticas con 190 pacientes, mientras que las 10 restantes eran epilepsia generalizadas idiopáticas del tipo mioclónica juvenil de Janz. De los pacientes con epilepsia focal 78 tenían estabilidad y 112 no la tenían, mientras que 37 tenían equilibrio y 153, no. Por otra parte, los 10 pacientes con epilepsia generalizada idiopática tuvieron inestabilidad y con desequilibrio introversión-extroversión. La comparación entre los grupos de síndromes y las características de la personalidad documentó predominio de la inestabilidad en las epilepsias generalizadas idiopáticas ($OR = 14.6$; $P = 0.0072$), pero sin diferencia en el equilibrio introversión-extroversión ($P = 0.21$). Por otra parte, al analizar las epilepsias focales sintomáticas divididas en temporales ($N = 133$) y extratemporales ($N = 57$), se encontró que entre las extratemporales hubo 30 casos con inestabilidad y 43 sin equilibrio introversión-extroversión, mientras que de las epilepsias temporales 82 tuvieron neurosis y 110 desequilibrio. Estas diferencias no fueron significativas.

Relación de los medicamentos utilizados con cambios de la personalidad

- **Carbamazepina:** Tomaban carbamazepina 119 pacientes, de éstos 48 estaban estables, 71 inestables, 24 con equilibrio introversión-extroversión y 95 no tenían equilibrio.
- **Fenitoína:** Tomaban fenitoína 35 enfermos, de los que 16 estaban estables y 19 tenían nivel neurótico; además, 10 tenían equilibrio introversión-extroversión y 25, no.
- **Ácido valproico:** Tomaban ácido valproico 26 pacientes, siete con estabilidad, 19 con inestabilidad, cuatro con equilibrio introversión-extroversión y 22 sin equilibrio.
- **Lamotrigina:** Tomaban lamotrigina 10 pacientes, tres estaban estables y siete inestables; además, cero pacientes tenían equilibrio introversión-extroversión y los 10 estaban desequilibrados.

Mediante prueba de ANOVA se compararon las diferentes desviaciones estándar de los que tienen personalidad estable e inestable y que toman carbamazepina, fenitoína, valproico y lamictal, con $F = 1.960$ ($P = 0.29$). Tampoco hubo diferencias cuando se analizaron los que tienen personalidad con equilibrio introversión-extroversión y los que no lo tienen y que toman la misma medicación ($F = 8.833$; $P = 0.533$).

Relación de los diferentes aspectos psicosociales con la personalidad

Resultados del Inventario Psicosocial de Washington (WPSI):

- **Historia Familiar:** Entre 0 y 4 es de buena y media adaptación, entre 5 y 11 es mala y muy mala adaptación. De 131 pacientes que tienen buena y aceptable historia familiar (vínculos interpersonales o interfamiliares y a las relaciones de los compañeros durante la infancia), 53 estaban con estabilidad emocional y 78 neuróticos; además, los que tienen equilibrio extroversión-introversión eran 32 y sin equilibrio 99. De los 69 que tienen mala y muy mala historia familiar, 27 tenían estabilidad emocional y 42 nivel de neurosis, además siete tenían equilibrio introversión-extroversión y 62 no lo tenían. Al realizarse las comparaciones de grupo, los niveles de estabilidad y neurosis no presentaron diferencia significativa ($P = 0.88$), mientras que el grupo con

equilibrio y sin equilibrio extroversión-introversión mostraron diferencia significativa [OR = 2.8 (IC95% 1.2-6.8); P = 0.015].

- **Ajuste Emocional:** De 73 pacientes con buen ajuste emocional (existencia de trastornos depresivos, ansiedad, temores, trastornos somáticos, mala autoimagen e insatisfacción vital), 44 (60%) estaban estables y 29 (40%) inestables; además 18 (25%) tenían equilibrio introversión-extroversión y 55 (75%) desequilibrio. De 127 pacientes con mal y muy mal ajuste emocional, 36 (28%) tenían estabilidad emocional y 91 (72%) no lo tenían, 21 (17%) con equilibrio introversión-extroversión y 106 (83%), no. Como se observa en la [figura 5](#), el nivel de neurosis fue mayor en aquellos con mal ajuste emocional (OR = 3.8 con IC95% 2.1-7.0; P = 0.0001). El equilibrio estabilidad inestabilidad no se vio afectado por el ajuste emocional (P = 0.19).
- **Adaptación Interpersonal:** Con buena adaptación interpersonal había 77 pacientes, 35 tenían estabilidad emocional y 42, no; 17 presentaban equilibrio introversión-extroversión y 60, no. Con mala y muy mala adaptación interpersonal hubo 123 pacientes, 45 estaban estables y 78 inestables, mientras que 10 tenían equilibrio introversión-extroversión y 113 sin él. No se presentaron diferencias entre el nivel de estabilidad y neurosis con los que tenían buena adaptación y los que no la tenían (P = 0.23). Si se documentaron diferencias en el desequilibrio introversión-extroversión se relacionaron con la adaptación interpersonal (OR = 3.2 con IC95% 1.3 a 7.4; P = 0.009).
- **Adaptación Vocacional:** De 110 pacientes con buena adaptación vocacional, 56 (51%) se encontraron estables y 54 (49%) inestables, mientras que 24 presentaban un equilibrio extroversión-introversión y 86 no lo presentaban. De 90 casos con mala adaptación vocacional 24 (27%) tuvieron personalidad estable y 66 (73%) inestable, además de que 15 (17%) tenían equilibrio introversión-extroversión y 75 (83%) no lo tenían. La comparación entre la estabilidad e inestabilidad lo podemos ver en la [figura 6](#), que muestra cómo la adaptación emocional tuvo una influencia significativa en el nivel de inestabilidad (OR = 2.8 con IC95% 1.5-5.2; P = 0.0005). El equilibrio introversión-extroversión no mostró diferencia significativa.
- **Situación Económica:** En la [tabla 1](#) se describen las comparaciones entre los grupos con buena y situación económica y los tipos de personalidad, siendo evidente la influencia en la personali-

dad en el mayor nivel de neurosis y de desequilibrio introversión extroversión.

- **Adaptación a los Ataques:** De 73 pacientes con buena y aceptable adaptación a los ataques (sensación subjetiva de resentimiento hacia su condición, si considera embarazoso sufrir una crisis o se cree peor aceptado), 20 tenía personalidad estable y 47 inestable, además 14 tenían equilibrio extroversión-introversión y 59 desequilibrio. Por otra parte, de 127 casos con mala y muy mala adaptación, 54 tenían personalidad estable y 73 inestable, además de que 25 tenían equilibrio extroversión-intro-

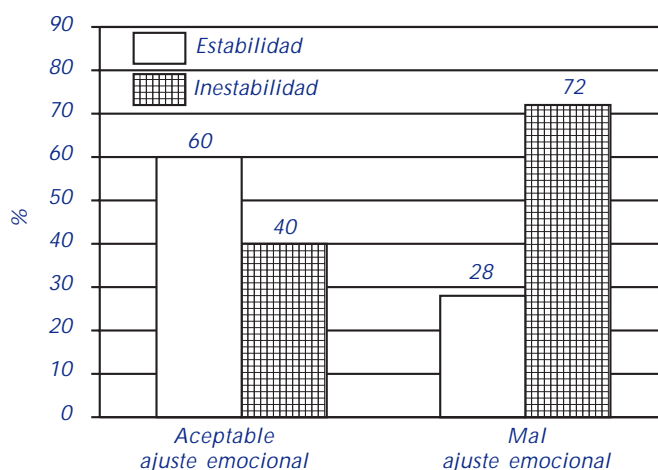


Figura 5. Nivel de personalidad inestable con relación al ajuste emocional del Inventario Psicosocial de Washington (WPSI, por sus siglas en inglés). La personalidad inestable fue más frecuente en pacientes con mal ajuste emocional (OR = 3.8; P < 0.001). Datos en porcentaje.

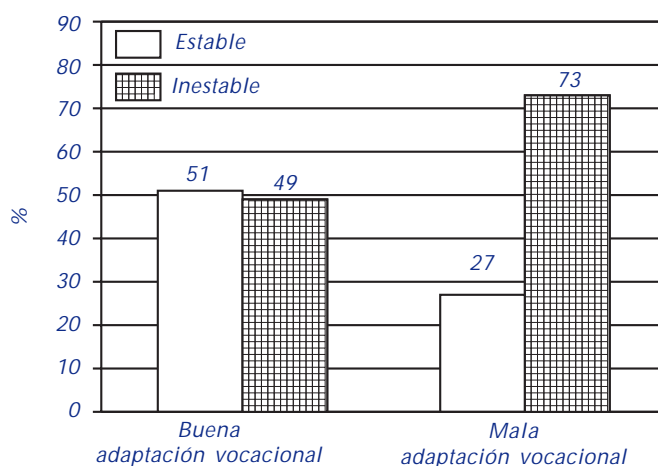


Figura 6. Nivel de personalidad inestable con relación a la adaptación vocacional. La adaptación emocional tuvo una influencia significativa en el nivel de inestabilidad (OR = 2.8; P < 0.001). Datos en porcentaje.

Tabla 1
Niveles de inestabilidad y desequilibrio en la personalidad relacionados con la situación económica de los pacientes

	Buena y aceptable (n = 57)	Mala y muy mala (n = 143)	OR	P
<i>Estable</i>	32 (56%)	48 (34%)		
<i>Inestable</i>	25 (44%)	95 (66%)	2.5	0.004
<i>Con equilibrio</i>	18 (32%)	21 (15%)		
<i>Sin equilibrio</i>	39 (68%)	122 (85%)	2.7	0.009

OR: Odds Ratio.

Tabla 2
Frecuencia de inestabilidad y desequilibrio en la personalidad relacionados con el funcionamiento psicosocial global de los pacientes

	Buena y aceptable (n = 111)	Mala y muy mala (n = 89)	OR	P
<i>Estable</i>	58 (52%)	22 (25%)		
<i>Inestable</i>	53 (48%)	67 (75%)	3.3	< 0.001
<i>Con equilibrio</i>	28 (25%)	11 (12%)		
<i>Sin equilibrio</i>	83 (75%)	78 (88%)	5.1	0.03

OR: Odds Ratio.

versión y 102 con desequilibrio. No hubo diferencias en el análisis estadístico de estas variables por lo que la adaptación o no a las crisis no influye en la personalidad de estos pacientes.

- **Adaptación a medicación y tratamiento médico:** Consideraban buena o aceptable la atención y el tratamiento 47 pacientes; de éstos, 26 eran de personalidad estable y 31 inestable, en cuanto al equilibrio extroversión-introversión lo tenían adecuado 11 y no adecuado 46. De 143 sujetos con mala o muy mala aceptación de la atención médica y el tratamiento, 54 tenían personalidad estable y 89 inestable, en el equilibrio extroversión-introversión existían 28 y sin equilibrio 115. No hubo diferencias estadísticas significativas en estas variables.
- **Funcionamiento Psicosocial Global:** En la [tabla 2](#) se describen los resultados del funcionamiento psicosocial global. El análisis de estos resultados indica que los problemas psicosociales afectan la personalidad de los pacientes con epilepsia en su estabilidad y en su equilibrio extroversión-introversión.

DISCUSIÓN

El tema de la personalidad y las alteraciones psicopatológicas en los pacientes con epilepsia ha

sido tratado de bajo diferentes enfoques a lo largo del tiempo. Los primeros trabajos de mediados del siglo XX, trataban de demostrar que en la epilepsia existen más trastornos psicopatológicos que en la población supuestamente sana y en muchos de éstos exponían las posibles causas que motivaban esta comorbilidad.¹¹⁻¹⁹

El análisis de la personalidad en 200 enfermos con epilepsia que se atendían por consulta externa, mostró según los resultados del test de Eysenck, que en más de 85% de estos casos existía algún tipo de trastorno de la personalidad y que la forma de personalidad más frecuente, que alcanzaba más de la mitad de los pacientes estudiados, era la del neurotismo con introversión, con un carácter neurótico y melancólico con características de caprichoso, ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado insociable y callado. Aunque en nuestro estudio no se realizó comparación con grupos controles sanos, si se considera que los diversos trastornos de personalidad son elevados para los enfermos con epilepsia, pues sólo un poco más de 10% de los pacientes contaba con una personalidad estable y equilibrada. Estudios realizados con instrumento de exploración similar y comparado con controles sanos plantea también que existe en los pacientes con epilepsia predominio de introversión e inestabilidad.²⁰

En la búsqueda de los factores que pudieran actuar con el predominio de la personalidad neurótica y no equilibrada (equilibrio introversión-extroversión) en los pacientes con epilepsia fueron analizadas 20 variables de las cuales 18 de éstas estaban incluidas entre los factores socio-demográficos, biológicos, psicosociales y medicamentosos.

En los factores socio-demográficos, se destaca que el neurotismo de los pacientes con epilepsia es predominante en las mujeres con respecto a los hombres, lo que indica que el ser mujer con epilepsia hace 3.7 veces mayor la probabilidad de que sea neurótica. También en las edades al ser entrevistados vemos que el neurotismo aparece con más frecuencia por encima de los 31 años, con una probabilidad mayor de cinco de ser neurótico. Los factores biológicos estudiados en relación con la epilepsia como antecedentes familiares de epilepsia, antecedentes personales de injuria cerebral, edad de inicio de las crisis de epilepsia, tiempo de evolución de las crisis, frecuencia de las crisis y tipos de síndrome epilépticos con la epilepsia, fueron analizados y relacionados con la personalidad encontrada en estos enfermos. El único factor biológico que según nuestros resultados está significativamente relacionado a la personalidad son las epilepsias idiopáticas generalizadas, tipo Epilepsia Mioclónica Juvenil de Janz en la que todos los pacientes estudiados tenían neurotismo e introversión, lo que ha sido planteado con anterioridad.²¹

Los trastornos de la personalidad desde mediados del siglo XX fueron relacionados con las epilepsias focales del lóbulo temporal, a partir de estos trabajos surgieron dos grandes grupos de estudios, los que van a favor de relacionar mayores trastornos psiquiátricos y de personalidad en las epilepsias focales del lóbulo temporal,^{12,14,15,22-29} los que no están de acuerdo con esta relación de los trastornos de la personalidad con la epilepsia del lóbulo temporal.^{11,13,30-39} Pero los diferentes resultados entre estos estudios se basan en sus características metodológicas, el diagnóstico y las clasificaciones de epilepsia utilizadas y las pruebas de diagnóstico utilizadas; no obstante en nuestro estudio no se vieron diferencias de personalidad entre las epilepsias temporales y extratemporales.

Los efectos negativos sobre la conducta del paciente con epilepsia provocados por la medicación son advertidos desde 1942 por el propio Lennox quien –a muy poco tiempo de comenzar el uso de ésta– expresa: “...algunos terapeutas, con el fin de extinguir las crisis, sólo tienen éxito en ahogar los procesos inte-

lectuales más finos de sus pacientes...”.⁴⁰ Desde esta época son evidentes los efectos que muchos de los fármacos antiepilépticos provocan en la cognición y la conducta lo cual ha sido destacado por diferentes autores.^{4,5,41-43} Los factores medicamentosos como el uso en forma de monoterapia de la carbamazepina, la fenitoina, el ácido valproico y lamotrigina fueron estudiados y analizados en relación con la personalidad y no demostró que estos medicamentos favorecieran el índice de neurotismo o el equilibrio introversión-extroversión.

Los factores psicosociales fueron estudiados en nuestros pacientes mediante el WPSI reconocida escala que ha sido empleada como medida de la calidad de vida de los pacientes con epilepsia;⁴⁴⁻⁴⁶ pero no es hasta el presente artículo que la prueba de personalidad de Eysenck relacionada con los resultados de las ocho escalas del WPSI, que se ha podido observar que siete de las ocho escalas de este inventario tienen relación con cambios de la personalidad. Así, en aquellos pacientes con mal y muy mal funcionamiento en la historia familiar hay menos equilibrio introversión-extroversión, los que presentaban mal ajuste emocional tenían más neurotismo, los que tenían mala adaptación interpersonal presentaban menos equilibrio introversión-extroversión, los que presentaban mal ajuste vocacional tenían más neurotismo, los que referían mala situación económica tenían más neurotismo y más desequilibrio introversión-extroversión y los que tenían mal funcionamiento psicosocial global tenían también más neurotismo y más desequilibrio.

Evidentemente, de los factores estudiados de característica biológica, medicamentosa y psicosocial, los últimos son los que más están relacionados con cambios de la personalidad. Estos estudios que relacionan los problemas sociales a la personalidad en pacientes con epilepsia no son muy frecuentes, pero sus resultados nos hacen ver la importancia que tienen los aspectos sociales del constructo de la personalidad.

En conclusión, de los factores estudiados asociados con cambios en la personalidad, entre los biológicos se encontraron el sexo, la edad y los tipos de epilepsia. Los restantes factores asociados con alteraciones de la personalidad son los sociales, siendo los más importantes la situación económica y el funcionamiento psicosocial global.

REFERENCIAS

1. Herman BP, Whitman S. Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy. New York: Raven Press Ltd; 1991.

2. Minkowska F. Lépilepsia essentielle, sa psychopathologic et le test de Roscharch. *Ann Med Psychol* 1946; 104: 321-53.
3. Stauder KH (Ed.). *Konstitution und Wasensaenderung der Epilepti*. Leipzig: GThieme; 1838.
4. González-Pal S, Quintana-Mendoza J, González-Delgado E, Roche JF, González-Rodríguez C, Moré-Iglesias S. Análisis de variables relacionadas con el índice de deterioro cognitivo del Wais en un grupo de pacientes con epilepsia. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* [serial on the Internet]. 2008; 5: Available from <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0208/hph020408.html>
5. González PS, Quintana MJD, González DE, Fabelo RJR, Iglesias MS. Depresión en grupo de pacientes con epilepsias focales. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* [serial on the Internet]. 2007; 4: Available from: <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0207/hph0202207.html>
6. Merani A (Ed.). *Diccionario de Psicología*. México: Grijalbo; 1979.
7. Bermúdez J, Pérez AM, San Juan P (Eds.). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED; 2003.
8. Geschwind N. Correct Attributions. *Science* 1982; 27 (217): 778.
9. Waxman SG, Geschwind N. Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 1974; 6: 282-91.
10. Hermann B, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. *Psychol Bull* 1984; 95: 451-97.
11. Swinkels W, Kuyk J, EM, Graas D, VanDyck R, Spinhoven P. Prevalence of psychopathology in Dutch epilepsy patients: a comparative study. *Epilepsy & Behavior* 2001; 2: 441-7.
12. Mendez M, Cummings J, Benson D. Depression in epilepsy: significance and phenomenology *Arch Neurol* 1986; 43: 766-70.
13. Dodrill C, Batzel L. Interictal behavioral features of patients with epilepsy. *Epilepsia* 1986; 27(Suppl. 2): S64-S76.
14. Pond DA, Bidwell BH. A survey of epilepsy in fourteen general practices II: social and psychological aspects. *Epilepsia* 1959; 1: 285-99.
15. Zielinski J (Ed.). *Epidemiology and medical social problems of epilepsy in Warsaw*. Warsaw: Psychoneurological Institute. Warsaw 1974.
16. Kogeorgos J, Fonagy P, Scott D. Psychiatric symptom patterns of cronic epileptics attending a neurological clinic: a controlled investigation *British Journal of Psychiatry* 1982; 140: 236-43.
17. Whitman S, Hermann B, Gordon A. Psychopathology in epilepsy: how great is the risk? *Biological Psychiatry* 1984; 19: 213-36.
18. Jalava M, Sallanpaa M. Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: a population-based 35 year follow-up study. *Epilepsia* 1996; 37: 1155-63.
19. Ettinger A, Weisbrot D, Krupp L, Jandorf L, Gaudino E, Cramer J. Symptoms of psychiatric disturbance in epilepsy. *J Epilepsy* 1998; 11: 10-4.
20. Dan-Tung Z, Li-Juan J, Guanng-Jie X, Bo X. Quality of life and Personality in adults with epilepsy. *Epilepsia* 1998; 39: 1208-12.
21. Janz D, Christian W. Impulsiv-Petit mal. *Dtsch Z Nervenhkd* 1957; 176: 346-86.
22. Swinkels W, Duijsens I, Spinhoven P. Personality disorders traits in patients with epilepsy. *Seizure* 2003; 12: 587-94.
23. Gibbs F, Gibbs E, Furstes B. Psychomotor Epilepsy. *Arch Neurol Psychiatry* 1948; 60: 331-39.
24. Gibbs F. Ictal and non ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. *J Nerv Ment Dis* 1951; 11: 522-28.
25. Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. *Act Neurol Scand* 1966; 43 (Suppl. 25): 1-124.
26. Rodin E, Katz M, Lennox K. Differences between patients with temporal lobe seizures and those with other forms of epileptic attacks. *Epilepsia* 1976; 17: 313-20.
27. Bear D, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977; 34: 454-67.
28. Swinkels W, Ender Wv, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Interictal Depression, Anxiety, Personality Traits and Psychological Dissociation in Patients with Temporal Lobe Epilepsy (TLE) and Extra TLE. *Epilepsia* 2006; 47: 2092-103.
29. Schwartz J, Cummings JL. Psychopathology in epilepsy: an out patient consultation -liaison experience. *Psychosomatics* 1988; 29: 295-300.
30. Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 95-101.
31. Small J, Milsten V, Stevens J. Are Psychomotorepileptic differents? Acontrolled study. *Arch Neurol* 1962; 7: 187-94.
32. Guerrant S, Anderson WW, Fischer A, Weinstein MR, Jaros RM, Adeskins (Eds.). *Personality in epilepsy*. 3th Ed. Springfield; 1962.
33. Small J, Small I, Hayden M. Further psychiatric investigation of patients with temporal and non temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1966; 123: 303-10.
34. Mattheus CG, Klove H. MMPI performances in mayor motor, psychomotor and mixed seizures classification morbidity. *J Epilepsy* 1968; 8: 23-8.
35. Mignone RJ, Donnelly EF, Sadowsky D. Psychological and neurological comparison of psychomotor and non-psychomotor epileptic patients. *Epilepsia* 1970; 11: 345-59.
36. Robertson MM, Trimble MR, Tounsed HRA. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia* 1987; 28: 364-72.
37. Manchanda R, Shaefer B, Lachlan RSM, Blume WT. Relationship of site of seizure focus to psychiatric morbidity. *J Epilepsy* 1975; 8: 23-8.
38. Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2004; 5: 569-74.
39. Feddersen B, Herzer R, Hartmann U, Gaab MR, Runge U. On the psychopathology of unilateral temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2005; 6: 43-9.
40. Lennox WG. Brain injury, drugs and environment as causes of mental delay in epilepsy. *Am J Psychiatry* 1942; 99: 174-80.
41. Campos-Castello J. Neuropsicología de la epilepsia; ¿Qué factores están implicados? *Rev Neurol* 2006; 43 (Supl. 1): S59-S70.
42. Herranz JL. Medicación antiepiléptica y función cognitiva. *An Esp Pediatr* 1992; 36 (Supl 49): S207-S211.
43. Drane DL, Meador KJ. Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior* 2002; 3: 49-53.
44. Dodrill CB, Batzel LW, Queisser HR, Temkin NR. An objective method for the Assessment of Biological and Social Problems Among Epileptics. *Epilepsia* 1988; 21: 123-35.
45. González-Pal S, Quintana-Mendoza JD, Fabelo-Roche JR, González-Rodríguez C, Yopis F. Trastornos psíquicos y psicosociales en un grupo de pacientes con epilepsia. *Rev Psiquiatria.com* [serial on the Internet]. 2001; 5(3): Available from: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria-revista/63/2286/part2/?++interactivo>
46. Wiebe S, Rose K, Dery P, MacLachlan R. Out Come assessment in epilepsy: comparative responsiveness of quality of life and psychosocial instruments. *Epilepsia* 1977; 38: 430-38.



Correspondencia: Salvador González Pal
Calle 36A No. 114 Apto. 10 e/1a y 3a Playa
C.P. 11300
Tel.: 5 37 209-0041
Correo electrónico: sglezpal@infomed.sld.cu