

**Comportamiento de la ansiedad, depresión y disociación en pacientes con crisis epilépticas y crisis psicógenas no epilépticas**  
Behavior of anxiety, depression and dissociation in patients with epileptic seizures and non-epileptic psychogenic seizures

Marilyn Zaldívar Bermúdez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5763-0861>

Lilia María Morales Chacón<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0205-0733>

Margarita Minou Báez Martín<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1442-896X>

Judith González González<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5105-2789>

Randis Garbey Fernández<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2803-7596>

Maydelin Alfonso Alfonso<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3138-6503>

<sup>1</sup>Centro Internacional de Restauración Neurológica. Servicio de Neuropsicología. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Centro Internacional de Restauración Neurológica. Servicio de Neurofisiología Clínica. La Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Centro Internacional de Restauración Neurológica. Servicio de Neuropediatría. La Habana, Cuba.

<sup>4</sup>Centro Internacional de Restauración Neurológica. Servicio de Neurocirugía. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [marilyn@neuro.ciren.cu](mailto:marilyn@neuro.ciren.cu)

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el comportamiento de la ansiedad, depresión y disociación en pacientes con crisis epilépticas y crisis psicógenas no epilépticas.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y correlacional. Participaron 38 pacientes (15 con crisis epilépticas y 23 con crisis psicógenas no epilépticas), evaluados en los Servicios de Neuropsicología y Neurofisiología Clínica, del Centro Internacional de Restauración Neurológica, entre enero de 2001 y febrero de

2018. Se analizaron variables demográficas, el tipo de crisis psicógenas, ansiedad, depresión y disociación a partir de la aplicación de una entrevista estructurada, la escala de experiencias disociativas, la escala de trastorno de ansiedad generalizado y la escala de episodio depresivo mayor. Se utilizó la estadística no paramétrica con significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se identificaron diferencias entre los grupos en relación con la edad cronológica ( $p= 0,04$ ) y la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado ( $p= 0,03$ ). Se obtuvo una relación negativa entre la edad y las experiencias disociativas en el grupo de crisis psicógenas no epilépticas, específicamente, en el grupo con crisis hipermotoras.

**Conclusiones:** Se constata en el grupo con crisis epilépticas la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado y mayor rango de edad que el grupo con crisis psicógenas no epilépticas. El tipo de crisis psicógenas no epilépticas y su relación con las experiencias disociativas ofrece una información práctica para redirigir la atención integral de este grupo de pacientes. El diagnóstico realizado pudiera ayudar a la elaboración de intervenciones rápidas que beneficien la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.

**Palabras clave:** crisis epilépticas; crisis psicógenas no epilépticas; ansiedad; depresión; disociación.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the behavior of anxiety, depression and dissociation in patients with epileptic seizures and non-epileptic psychogenic seizures.

**Methods:** A descriptive and correlational study was carried out. Thirty eight (38) patients participated (15 with epileptic seizures and 23 with non-epileptic psychogenic seizures), who were evaluated in the Neuropsychology and Clinical Neurophysiology Services, at the International Center for Neurological Restoration, from January 2001 to February 2018. Demographic variables were analyzed, as well as the type of psychogenic crisis, anxiety, depression and dissociation from the application of a structured interview, the dissociative experiences scale, the generalized anxiety disorder scale and the major depressive episode scale. Non-parametric statistics were used with statistical significance  $p \leq 0.05$ .

**Results:** Differences were identified between the groups in relation to chronological age ( $p= 0.04$ ) and suspicion of generalized anxiety disorder ( $p= 0.03$ ). A negative relationship was obtained between age and dissociative experiences in the group of non-epileptic psychogenic seizures, specifically, in the group with hypermotor seizures.

**Conclusions:** In the group with epileptic seizures, there is a suspicion of generalized anxiety disorder and a higher age range than the group with non-epileptic psychogenic seizures. The type of non-epileptic psychogenic seizures and their relationship with dissociative experiences offer practical information to redirect the comprehensive care of this group of patients. This diagnosis could help to develop rapid interventions that benefit the quality of life of these patients and their families.

**Keywords:** epileptic seizures; non-epileptic psychogenic seizures; anxiety; depression; dissociation.

Recibido: 04/02/2020

Aprobado: 06/04/2020

---

## Introducción

Desde hace varias décadas, el estudio de las crisis epilépticas (CE) y no epilépticas ha sido abordado desde las diferentes especialidades médicas. Las enfermedades que cursan con este tipo de manifestaciones clínicas son recurrentes en las consultas de neurología.

El diagnóstico de los síndromes epilépticos es, generalmente, electro-clínico. Se utiliza el electroencefalograma (EEG) convencional interictal y/o ictal, así como las clasificaciones propuestas por la Liga Internacional contra las Epilepsias 1981-1989 y 2017 (ILAE, por sus siglas en inglés).

El diagnóstico diferencial de las epilepsias se puede realizar con varias enfermedades.<sup>(1)</sup> Las crisis psicógenas no epilépticas (CPnE) constituyen uno de los eventos más frecuentes y, quizás, de los más difíciles de identificar. No obstante, se conoce que para realizar el diagnóstico definitivo de las CPnE la

prueba por excelencia es el monitoreo electroencefalográfico con video (video-EEG).<sup>(2)</sup>

En algunos casos coexiste el diagnóstico de epilepsia y CPnE; por tanto, es un desafío la diferenciación. También, requiere de esfuerzos coordinados por parte del médico de familia, psiquiatras, psicólogos y neurólogos.<sup>(3)</sup>

La literatura científica internacional aporta importantes investigaciones enfocadas en el estudio descriptivo y comparativo de las CE y CPnE, en relación con aspectos demográficos y clínicos,<sup>(4)</sup> la identificación de los factores de riesgo y comorbilidad psicopatológica.<sup>(1,5,6,7,8,9)</sup> Se utilizan, generalmente, métodos diagnósticos tradicionales y, en menor medida, escalas breves.<sup>(6,10,11)</sup>

Los pacientes con epilepsia presentan varias comorbilidades psiquiátricas: trastornos afectivos,<sup>(1)</sup> ansiedad, psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia y conducta suicida. Asimismo, se plantea que la depresión modifica la evolución de la epilepsia, la respuesta terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad. Además, genera discapacidad socio-laboral y es un factor de riesgo de suicidio.<sup>(6)</sup>

En los pacientes con CPnE se menciona la presencia y la agudización de dificultades en el funcionamiento emocional,<sup>(1)</sup> debido a múltiples factores, entre ellos, la demora en el diagnóstico.<sup>(12)</sup> Además, es conocida la alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica, la cual, muchas veces, no se sospecha. Esto contribuye a la perpetuación de las crisis y a esfuerzos mayores en el diagnóstico y tratamiento, que redundan en procedimientos costosos y riesgos innecesarios para el paciente.<sup>(13)</sup>

A pesar de los hallazgos mencionados con anterioridad, el estudio desde el punto de vista psicopatológico de los pacientes con CE y CPnE, y las posibles correlaciones entre variables demográficas, clínicas y psicopatológicas ha sido poco abordado en el contexto cubano con el uso de escalas breves de exploración. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el comportamiento de la ansiedad, depresión y disociación en pacientes con crisis epilépticas y crisis psicógenas no epilépticas.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional con 38 pacientes entre 13 y 61 años, en el periodo de enero de 2001 a febrero de 2018. Del total de casos, 15 tenían diagnóstico positivo de CE y 23 de CPnE. Fueron valorados por los Servicios de Neuropsicología y Neurofisiología Clínica, del Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). A todos los pacientes se les aplicó escalas breves de exploración para identificar sospecha de ansiedad, depresión y disociación.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes ubicados en cualquier grupo del desarrollo humano o rango de edad.
2. Pacientes que hayan asistido a consulta de Neuropsicología del CIREN y hayan completado todas las evaluaciones planificadas.
3. Pacientes que hayan dado su consentimiento para participar en la investigación (en el caso de los adolescentes se requirió del consentimiento de los padres).
4. Pacientes con diagnóstico positivo de CE y CPnE, atendidos en el Servicio de Neurofisiología del CIREN, que cumplieran con los siguientes criterios de confirmación:

- Criterios diagnósticos de las CE
  - Las crisis de origen epiléptica (observadas por el especialista o reportadas por el paciente y su familiar) tienen las siguientes características: duración habitual menor de 2 a 3 minutos, comienzo súbito, raramente existe un desencadenante de las crisis, lugar de presentación variable, raros movimientos asincrónicos de extremidades, rara lateralización de la cara hacia ambos lados, raro llanto, presencia común de cianosis, común confusión postictal, raro cierre forzado de los ojos, rara resistencia a abrir los párpados y, comúnmente, existe traumatismo.<sup>(1)</sup>
- Criterios de confirmación de las CPnE
  - Paciente que tenga las crisis habituales durante la realización del video EEG y el EEG convencional con técnicas sugestivas (sugestión

verbal, foto estimulación, hiperventilación, conteo regresivo 100-1) y/o placebo.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no cumplieron con los criterios referidos anteriormente.
2. Pacientes que no dieran su consentimiento para participar en el estudio y, en el caso de los adolescentes, que los padres se negaran a realizar las pruebas a sus hijos.

## Variables

Variables demográficas: Edad y sexo, identificados a través de una entrevista estructurada.

- Grupos etarios: adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 24 años), adultos jóvenes (25 a 40 años), adultos intermedios (41 a 61 años).
- Sexo: femenino y masculino.

Variable clínica: Tipo de CPnE.

- Crisis hipomotoras: Atonía de los cuatro miembros, ojos cerrados, sensación de desmayo, versión de los ojos.
- Crisis hipermotoras: temblores, movimientos de los cuatro miembros, movimientos de la cabeza lateralizados, empujones pélvicos.<sup>(14)</sup>

Variables psicopatológicas: Ansiedad, depresión y disociación.

- Ansiedad y depresión: Sospecha de alteraciones emocionales y sin sospecha alteraciones emocionales (ya sea la sospecha de un trastorno de ansiedad generalizada y/o episodio depresivo mayor). Estos se evaluaron a partir de la aplicación de la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y escala de episodio depresivo mayor (NDDI-E).<sup>(10,11)</sup>
- Disociación: Ausencia de trastorno disociativo, sospecha de estrés postraumático, sospecha de trastorno disociativo, sospecha de personalidad múltiple. Se utilizó la escala de experiencias disociativas (DES-II).<sup>(15)</sup>

Se recogió la información brindada por los pacientes. Se les aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Escala de ansiedad GAD-7. Consta de 7 ítems, los cuales evalúan la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado. Los pacientes deben responder según la frecuencia en que experimentan los síntomas en las dos semanas anteriores. Se incluye el día de la evaluación. Respuestas (0: Nunca. 1: Algunos días. 2: Más de la mitad de los días. 3: Todos los días). La puntuación se obtiene mediante la suma de las respuestas de los sujetos. Los valores  $\geq 10$  indican la sospecha de un trastorno de ansiedad generalizado.
- Escala de depresión NDDI-E. Consta de 6 ítems, los cuales evalúan la sospecha de episodio depresivo mayor. Los pacientes deben responder según la frecuencia en que experimentan los síntomas en las dos semanas anteriores. Se incluye el día de la evaluación. Respuestas (1: Nunca. 2: pocas veces. 3: Algunas veces. 4: Siempre). La puntuación se obtiene mediante la suma de las respuestas de los sujetos. Los valores  $\geq 15$  indican la sospecha de un episodio depresivo mayor.
- Escala DES-II. Permite a los clínicos evaluar los diferentes tipos de sintomatología disociativas y la frecuencia con que estos aparecen en cada paciente. Consiste en un cuestionario autoadministrado, de 28 ítems, que utiliza una escala de porcentajes (de 0 % a 100 %). En cada pregunta, el paciente debe rodear la respuesta que muestra el porcentaje del tiempo que más estrechamente se ajusta a su situación experimentada. La puntuación total del DES-II se obtiene mediante la suma de todos los porcentajes seleccionados y la división del resultado entre 28. Las respuestas de esta escala revelan el porcentaje de ocurrencia de las situaciones descritas en ella. Las respuestas ( $\geq 35$  %) indican la sospecha de trastorno disociativo, las respuestas ( $< 20$  %) revelan la ausencia de trastornos disociativos. Los valores ( $= 28$  %) indican la sospecha de estrés postraumático y los valores ( $\geq 45$  %) muestran la sospecha de personalidad múltiple.
- Entrevista estructurada: Para identificar variables demográficas (edad, sexo).

## Procesamiento estadístico

Toda la información obtenida fue transferida a una base de datos para el análisis estadístico. Se utilizó un paquete estadístico Statistic 8.0. Se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, como medidas de resumen descriptivo. Se empleó la estadística no paramétrica. Se compararon proporciones y medias a través de la estadística descriptiva. Se correlacionaron las variables a través del Test de Spearman. Se compararon los resultados entre los grupos a través de del Test U de Mann Whitney U. El nivel de significación estadística empleado fue  $p \leq 0,05$ .

## Ética

Se pusieron en práctica los principios de la Declaración de Helsinki de 1975. Además, los principios éticos contenidos en el Código de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Se dispuso del consentimiento informado de las personas que participaron en la investigación, se respetó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

Durante la etapa de ejecución y aplicación de los instrumentos, se utilizó la consulta de Neuropsicología del CIREN, la cual cuenta con las condiciones ambientales y de privacidad necesarias para garantizar el desempeño exitoso de la tarea. En todo momento se tuvo en cuenta mantener el clima psicológico indispensable y una relación empática con cada uno de los participantes. No se contó con otro personal, con el fin de mantener la privacidad del estudio. Para realizar esta investigación se solicitó la autorización al jefe del Servicio de Neurofisiología y del Proyecto de Cirugía de la Epilepsia. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Internacional de Restauración Neurológica.

## Resultados

En la tabla 1 se puede observar el comportamiento de los pacientes con CE y CPnE, en relación con las características demográficas empleadas en el estudio. Se observan diferencias significativas entre los grupos en el rango de edad entre 18 y 24 años.

**Tabla 1 - Características demográficas de los pacientes con CE y CPnE**

Variables		CPnE		CE		Valores de P
		No.	%	No.	%	
Sexo	Femenino	19	83	9	60	0,06
	Masculino	4	17	6	40	0,06
Rango de edad	12-17	6	26	3	20	0,33
	18-24	9	39	2	13	0,04*
	25-40	5	22	5	33	0,22
	41-61	3	13	4	27	0,14

CPnE: crisis psicógenas no epilépticas, CE: crisis epiléptica.

 $p \leq 0,05^*$ 

En los pacientes con diagnóstico positivo de CPnE, se identificó que en 10 de ellos (43 %) las crisis fueron de tipo hipermotoras; y en 13 (57%), hipomotoras. No se detectó diferencia entre estas proporciones ( $p = 0,25$ ).

Se comprobó la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado (TAG) en 15 pacientes (40 %) del total de la muestra. De estos, 60 % pertenecieron al grupo con CE y 26 % al grupo con CPnE (Tabla 2).

**Tabla 2 - Comportamiento de la ansiedad y depresión en los pacientes con CPnE y CE**

Diagnóstico	GAD-7		Valor de p	NDDI-E		Valor de p
	<10	≥10		<15	≥15	
CPnE	17 (74 %)	6 (26 %)	0,001*	22 (96 %)	1 (4 %)	0,0000*
CE	6 (40 %)	9 (60 %)	0,14	11 (73 %)	4 (27 %)	0,008*
Valor de p	0,03*		-	0,11		-
Total	23 (60 %)	15 (40 %)	0,11	33 (86 %)	5 (14 %)	0,0006*

CPnE: crisis psicógenas no epilépticas, CE: crisis epilépticas, GAD-7: Escala de ansiedad, NDDI-E: Escala de depresión.

&lt;10: ausencias de trastorno de ansiedad generalizado y ≥10: sospecha de trastorno de ansiedad generalizado; &lt;15: ausencia de episodio depresivo mayor y ≥15: sospecha de episodio depresivo mayor.

 $p \leq 0,05^*$ 

Por su parte la sospecha de episodio depresivo mayor (EDM) se identificó en 5 pacientes (14 %) del total de la muestra. De estos, 27 % pertenecieron al grupo con CE y 4 % al grupo con CPnE (Tabla 2).

Se comprobó que 15 pacientes del grupo con CPnE se encontraban libres de trastornos disociativos (65 %), 5 manifestaron la sospecha de estrés postraumático (22 %), 2 pacientes tuvieron sospecha de trastorno disociativo (9 %), y un paciente presentó sospecha de trastorno de personalidad múltiple (4 %).

Según el tipo de CPnE, se identificó que, del grupo con crisis hipomotoras, 3 pacientes (23 %) manifestaron puntuaciones altas (>20 puntos), que sugieren

presencia de experiencias disociativas. Además, 10 (77 %) mostraron valores por debajo de 20 puntos, lo que significa ausencia de experiencias disociativas. Asimismo, en el grupo con crisis hipermotoras, hubo resultados equitativos: 5 pacientes tuvieron experiencias disociativas; y 5 pacientes (50 %), no.

Se analizan las proporciones de sospecha de experiencias disociativas entre las CPnE hipomotoras e hipermotoras, mencionadas con anterioridad. No se encuentran diferencias significativas ( $p= 0,23$ ), es decir, que ambos grupos pueden manifestar experiencias disociativas en porcentajes equivalentes.

En el grupo de pacientes con CE, 9 pacientes se encontraban libre de trastornos disociativos (60 %), 3 con sospecha de trastorno disociativo (20 %), 2 con sospecha de estrés postraumático (13 %) y 1 con la sospecha de trastorno de personalidad (7 %).

De manera general, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos en relación con las proporciones de experiencias disociativas: CPnE (9 %) y CE (20 %), ( $p= 0,38$ ).

Se obtuvieron diferencias significativas entre la edad ( $p= 0,04$ ) y la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado ( $p= 0,03$ ). Se observó en el grupo con CE mayor rango de edad y sospecha de trastorno de ansiedad generalizado en comparación con el grupo de pacientes con CPnE (Tabla 3).

**Tabla 3 - Comparación de la edad, ansiedad, depresión y disociación entre los grupos con CE y CPnE**

Variables	Rangos - Grupo CPnE	Rangos - Grupo CE	U	Z	Valores de p
Edad	381,5000	359,5000	105,5000	-2,00089	0,045228*
GAD-7	378,5000	362,5000	102,5000	-2,09048	0,035889*
NDDI-E	389,5000	351,5000	113,5000	-1,76198	0,075973
DES-II	433,0000	308,0000	157,0000	-0,46289	0,643387

GAD-7: Escala de trastorno de ansiedad generalizado, NDDI-E: Inventario de episodio depresivo mayor, DES-II: Escala de experiencias disociativas.  
 $p < ,05000^*$

En la comparación entre el tipo de CPnE (hipermotoras e hipomotoras) y las variables demográficas y psicopatológicas, no se encontraron diferencias entre los grupos ( $p > 0,05$ ) (Tabla 4). Al parecer, el tipo de CPnE no influye en la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado, la sospecha de episodio depresivo mayor y las experiencias disociativas.

**Tabla 4** - Comparación de la edad, ansiedad, depresión y disociación entre los grupos con CPnE hipomotoras e hipermotoras

Variabes	Rangos- CPnE hipomotoras	Rango - CPnE hipermotoras	U	Z	Valores de p
Edad	156,0000	120,0000	65,00000	0,00000	1,000000
GAD - 7	140,5000	135,5000	49,50000	-0,96127	0,332930
NDDI - E	147,5000	128,5000	56,50000	-0,52715	0,595074
DES-II	139,0000	137,0000	48,00000	-1,05430	0,291749

GAD-7: Escala de trastorno de ansiedad generalizado, NDDI-E: Inventario de episodio depresivo mayor, DES-II: Escala de experiencias disociativas  
 $p < ,05000^*$

En la tabla 5 se observa una relación negativa en las dos correlaciones analizadas.

**Tabla 5** - Correlación entre la edad y las experiencias disociativas en las CPnE

Correlación entre variables y grupo	Valor de r
Edad y experiencias disociativas (CPnE)	-0,46
Edad y experiencias disociativas (CPnE de tipo hipermotoras)	-0,63

## Discusión

En la literatura científica se reporta la ocurrencia de las crisis psicógenas no epilépticas en el sexo femenino<sup>(16)</sup> y entre los 15 y 35 años de edad.<sup>(17)</sup> Respecto a las CE, se plantea que no existe una edad específica de presentación,<sup>(1)</sup> y que aparece, frecuentemente, en diferentes grupos etarios. Los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden con estos aspectos.

Se identificó en los grupos con CPnE mayor sospecha de estabilidad emocional (ausencia de episodio depresivo mayor y ausencia de trastorno de ansiedad generalizado) que en los de CE. Ello pudiera estar relacionado con la percepción de normalidad de estos síntomas en el grupo de CPnE.<sup>(18)</sup> No obstante, en un número reducido se evidenció la sospecha de estos trastornos, lo cual pudiera estar en correspondencia con los resultados obtenidos por algunos autores, quienes detectaron discretos signos de ansiedad (4 pacientes) y depresión (19 pacientes).<sup>(19)</sup>

Estos aspectos deben tratarse con cautela, pues se conoce que los trastornos de ansiedad y los episodios depresivos son subreconocidos y subtratados en la

actualidad.<sup>(19,20)</sup> Este planteamiento pudiera constituir una de las explicaciones de la baja frecuencia de dificultades en la esfera emocional en los casos con CPnE. Por su parte, en los pacientes con CE se encontró un número mayor (más de la mitad) con sospecha de trastorno de ansiedad. Estos hallazgos pudieran estar en concordancia con la idea de que la depresión, al igual que la ansiedad y las ideas suicidas, son frecuentes en los pacientes con epilepsia,<sup>(21)</sup> y la ansiedad se presenta en un 20 % y 30 % de los casos.<sup>(1)</sup> Recientemente, se mencionó la existencia de una relación bidireccional entre padecer epilepsia y trastornos emocionales, lo cual pudiera explicarse por la presencia de mecanismos patógenos y/o la existencia de anomalías estructurales subyacentes en el cerebro de ambos trastornos.<sup>(22)</sup>

Los pacientes con CPnE pueden ser clasificados en diferentes subgrupos y pueden presentar trastorno por estrés postraumático.<sup>(9)</sup> Por tanto, se deriva la necesidad de profundizar en las comorbilidades (según tipos de CPnE), con el fin de constatar si contribuyen o no a la adaptación psicosocial. Es necesario realizar estudios evolutivos (longitudinales) relacionados con este proceso.

Particularmente, en los casos con epilepsia farmacorresistentes se ha encontrado asociación de ansiedad interictal y altas puntuaciones en estilos de afrontamiento emocional.<sup>(23)</sup>

Otros investigadores detectaron diferencias significativas en cuanto al sexo en pacientes con epilepsia y CPnE, en relación con los aspectos psiquiátricos, clínicos, sociodemográficos, la calidad de vida, los niveles de alexitimia, síntomas de ansiedad, depresión.<sup>(24)</sup>

En cuanto a la disociación, debe haber un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario en el diagnóstico certero de las enfermedades psiquiátricas.<sup>(25,26)</sup> Además, se debe utilizar el criterio de otros especialistas con experiencia en esta área, pues en la literatura se plantea que la mayoría de los pacientes con CPnE tienen asociado un trastorno psiquiátrico de tipo conversivo.<sup>(19)</sup>

Es conocido que los pacientes con CPnE presentan una alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica, la cual muchas veces no se sospecha. Esto contribuye a la perpetuación de las crisis y a esfuerzos mayores en el diagnóstico y

tratamiento, que redundan en procedimientos costosos y riesgos innecesarios para el paciente.<sup>(13)</sup>

En la actualidad, algunos autores exponen distintas razones para considerar las CPnE y los desórdenes disociativos como enfermedades diferentes.<sup>(27)</sup> Estos aspectos deben ser ahondados en un futuro inmediato para esclarecer los mecanismos implicados en esta divergencia de opiniones.

En nuestra investigación se identificó la sospecha de trastorno por estrés postraumático en un porcentaje pequeño en ambos grupos de pacientes. Esto coincide con algunos reportes, específicamente, se ha dado en pacientes con CPnE.<sup>(8)</sup>

Sería interesante profundizar sobre el consumo de sustancias tóxicas, pues recientemente se ha planteado que los pacientes con CPnE, que presentan crisis hipermotoras generalizadas, tienen asociado un trastorno por uso de sustancias.<sup>(28)</sup>

Es importante destacar que los trastornos disociativos consisten en un grupo de síndromes cuyo factor común es un trastorno de la conciencia, manifestado en alteraciones en la memoria y en la identidad.<sup>(29,30)</sup> Específicamente, los casos con CPnE se encontraban en la etapa de la adolescencia y la juventud.

Se plantea que entre los 8 y 13 años hay un mayor potencial de desarrollo de las capacidades disociativas. Por tanto, cualquier evento traumático (estresante) puede ser parcialmente integrado y disociado. A su vez, puede convertirse en un potencial factor predisponente de un trastorno disociativo posterior. Los procesos disociativos y la vivencia de traumas muy graves parecen estar asociados al desarrollo de algunas características de trastornos de personalidad y de padecimiento de trastornos disociativos.<sup>(31)</sup>

Se coincide con la necesidad de desarrollar modelos que relacionen la personalidad, la psicopatología y la neurobiología para poder comprender y tratar la disociación.<sup>(30)</sup>

Se evidenció que, a medida que el paciente con CPnE (tipo hipermotoras) tenga menor edad o se encuentre en una etapa menor del desarrollo humano, va a manifestar mayores experiencias disociativas, y viceversa. Estos resultados pudieran estar vinculados con que la mitad manifestaron puntuaciones altas en la escala de experiencias disociativas, y se encontraban en dos etapas críticas del

desarrollo humano (adolescencia y juventud). Además, como se refería con anterioridad, en estas edades hay más posibilidad de que ocurran estas experiencias, quizás por el hecho de que las formaciones psicológicas necesarias para interpretar las situaciones no han llegado a su punto de máximo de expresión.

En este sentido, se reporta que la adolescencia es una edad compleja. Requiere también una atención consecuente donde deben integrarse tanto padres, educadores como médicos, en el conocimiento de las peculiaridades de esta etapa, así como, para orientar al joven a afrontar exitosamente los problemas que se presenten.<sup>(32)</sup>

Cuando existen limitaciones de recursos, el video EEG de corta duración, junto con la inducción de crisis, es un método confiable para diagnosticar las CPnE. Además, se necesita un protocolo de evaluación integral para el manejo holístico de las crisis psicógenas no epilépticas.<sup>(33)</sup>

El uso de medios diagnósticos reconocidos internacionalmente es crucial en la distinción certera de las enfermedades abordadas en esta investigación. Además, la labor del psicólogo de la salud, como parte del equipo multidisciplinario, es útil no solo para apoyar en el diagnóstico clínico de los pacientes con CE y CPnE, sino para identificar aspectos psicopatológicos que influyen en su calidad de vida. De esta manera, se pudieran elaborar y aplicar estrategias de intervención eficaces con una proyección multidimensional.

En investigaciones posteriores, es pertinente emplear un volumen más elevado de pacientes con CE y CPnE, de forma que los resultados sean generalizables. Una debilidad metodológica de nuestro trabajo es no haber empleado, de forma complementaria, el diagnóstico aportado por un especialista en Psiquiatría para confirmar la presencia o ausencia TAG y EDM, características de personalidad, procesos cognitivos, y otros elementos necesarios para realizar un perfil psicopatológico más profundo de estos pacientes.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación tienen un significado práctico. Las entrevistas realizadas aportan conocimientos a los especialistas sobre posibles comportamientos psicopatológicos de estos pacientes que ayudan a dirigir la entrevista y a planificar las posibles intervenciones, a partir de pruebas de exploración breves.

La distinción entre las CPnE y las CE puede ser difícil de establecer, pero no improbable. El uso de los instrumentos diagnósticos psicopatológicos utilizados en nuestra investigación tributa, de manera útil, a esta diferenciación.

A manera de conclusión, se constata en el grupo con CE la sospecha de trastorno de ansiedad generalizado y mayor rango de edad que el grupo con CPnE. El tipo de CPnE y su relación con las experiencias disociativas ofrece una información práctica para redirigir la atención integral de este grupo de pacientes. El diagnóstico realizado pudiera ayudar a la elaboración de intervenciones rápidas que beneficien la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.

## Referencias bibliográficas

1. Morales L, Kochen S. Epilepsias en el primer nivel de atención de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: OPS-ILAE; 2017.
2. Gedzelman ER, LaRoche SM. Long-term video EEG monitoring for diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014 Oct 15;10:1979-86. Doi: 10.2147/NDT.S49531.
3. Milán-Tomás Á, Persyko M, Del Campo M, Shapiro CM, Farcnik K. An Overview of Psychogenic Non-Epileptic Seizures: Etiology, Diagnosis and Management. *Can J Neurol Sci*. 2018 Mar;45(2):130-6. Doi: 10.1017/cjn.2017.283.
4. Anderson DG, Damianova M, Hanekom S, Lucas M. A comparative retrospective exploration of the profiles of patients in South Africa diagnosed with epileptic and psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2017 Apr;69:37-43. Doi: 10.1016/j.yebeh.201701.005.
5. Galimberti C, Ratti M, Murelli R, et al. Patients with psychogenic nonepileptic seizures, alone or epilepsy-associated, share a psychological profile distinct from that of epilepsy patients. *J Neurol*. 2003 [citado: 16/01/2020];250:338-46. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s00415-003-1009-0>
6. Di Capua Sacoto D. Validación al castellano del “Inventario de depresión en trastornos neurológicos en paciente con epilepsia”: un instrumento para la detección de depresión mayor en pacientes con epilepsia (Tesis doctoral). España: Universidad Complutense; 2013 [citado:16/01/2020]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/28266/1/T35709.pdf>

7. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, et al. Risk factors for comorbid psychopathology in youth with psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*. 2016 May;38:32-7. Doi: 10.1016/j.seizure.2016.03.012.
8. Basheikh M. Case report: Epilepsy surgical outcome for epileptic and non-epileptic seizures with posttraumatic stress disorder and depression. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2017;20(8):14-7. Doi: 10.1016/j.ebcr.2017.05.001.
9. Zeng R, Myers L, Lancman M. Post-traumatic stress and relationships to coping and alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*. 2018;10(57):70-5. Doi: 10.1016/j.seizure.2018.03.011.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 [citado: 16/01/2020];166(10):1092-7. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326>
11. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol*. 2006;5(5):399-405. Doi: 10.1016/S1474-4422(06)70415-X.
12. Pick S, Mellers JDC, Goldstein LH. Autonomic and subjective responsivity to emotional images in people with dissociative seizures. *J Neuropsychol*. 2018;2(2):341-55. Doi: 10.1111/jnp.12144.
13. Dhiman V, Sinha S, Rawat VS, Harish T, Chaturvedi SK, Satishchandra P. Semiological characteristics of adults with psychogenic nonepileptic seizures (PNESs): an attempt towards a new classification. *Epilepsy Behav*. 2013;27(3):427-32. Doi: 10.1016/j.yebeh.2013.03.005
14. Herskovitz M. Stereotypy of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2017 May;70(Pt A):140-4. Doi: 10.1016/j.yebeh.2017.02.015
15. Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation*. 1993 [citado: 16/01/2020];6:16-27. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/256295308\\_An\\_update\\_of\\_the\\_Dissociative\\_Experience\\_Scale](http://www.researchgate.net/publication/256295308_An_update_of_the_Dissociative_Experience_Scale)
16. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2015;46:60-5. Doi: 10.1016/j.yebeh.2015.03.015.
17. Scévola L, Teitelbaum J, Oddo S, Centurión E, Loidl C, Kochen S, et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic nonepileptic seizures and drug-

- resistant epilepsy: A study of an Argentine population. *Epilepsy & Behavior*. 2013 [citado: 16/01/2020];29:155-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505013003351>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.012>
18. González M, Ibáñez I, García L, Quintero V. El “cuestionario de preocupación y ansiedad” como Instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: propiedades diagnósticas. *Psicología Conductual*. 2018 [citado: 16/01/2020];26(1):5-22. Disponible en: [http://behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/09/01.Gonzalez\\_26-1a.pdf](http://behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/09/01.Gonzalez_26-1a.pdf)
19. Yalçın M, Telliöğlü E, Gündüz A, Özmen M, Yeni N, Özkara Ç, et al. Orienting reaction may help recognition of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Neurophysiol Clin*. 2017;47(3):231-7. Doi: 10.1016/j.neucli.2017.02.005
20. Ribot R, Ouyang B, Kanner AM. The impact of antidepressants on seizure frequency and depressive and anxiety disorders of patients with epilepsy: Is it worth investigating? *Epilepsy Behav*. 2017;70(Pt A):5-9. Doi: 10.1016/j.yebeh.2017.02.032.
21. Beghi M, BeffaNegrini P, Perin C, Peroni C, Magaüda A, Cerri C, et al. Psychogenic non epileptic seizures: so called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015;11:2519-27. Doi: 10.2147/NDT.S82079.
22. Barragán E. Epilepsia y condiciones psiquiátricas relacionadas. En: Borredá L, Irrázaval M, Martín A, eds. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018. <http://iacapap.org/content/uploads/1.2-Epilepsia-Spanish-2018.pdf>
23. Vorobyova O, Stadniuk Y. An influence of interictal anxiety on coping and self-control strategies for epileptic seizures in patients with temporal lobe epilepsy. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2017;117(9.Vyp.2):44-9. Doi: 10.17116/jnevro20171179244-49.
24. De Barros A, Furlan A, Marques L, de Araújo G. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic

- nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2018;22(82):1-5. Doi: 10.1016/j.yebeh.2018.02.026.
25. Kozłowska K, Chudleigh C, Cruz C, Lim M, McClure G, Savage B, et al. Psychogenic non-epileptic seizures in children and adolescents: Part II - explanations to families, treatment, and group outcomes. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2018 [citado: 16/01/2020];23(1):160-76. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104517730116>
26. Chen DK, Sharma E, LaFrance WC Jr. Psychogenic Non-Epileptic Seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2017;17(9):71. Doi: 10.1007/s11910-017-0781-7.
27. Kanaan RAA, Duncan R, Goldstein LH, Jankovic J, Cavanna AE. Are psychogenic non-epileptic seizures just another symptom of conversion disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2017;88(5):425-9. Doi: 10.1136/jnnp-2017-315639.
28. Asadi-Pooya AA, Tinker J, Fletman E. Semiological classification of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2016;64(PtA):1-3. Doi: 10.1016/j.yebeh.2016.09.010.
29. Kihlstrom JF, Glisky ML, Angiulo MJ. Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology.* 1994;102:117-24. Doi: 10.1037/0021-843X.103.1.117.
30. Romero-López MJ. Una revisión de los trastornos disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales de Psicología.* 2016 [citado: 16/01/2020];32(2):448-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16745250016>
31. Bru M, Santamaría M, Coronas R, Cobo JV. Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2009 [citado: 16/01/2020];37:200-4. Disponible en: <http://actapsiquiatria.es/repositorio/10/58/ESP/14143+4.+1174+esp.pdf>
32. Águila-Calero G, Díaz-Quiñones J, Díaz-Martínez P, Cruz-Pérez N. Instrumento para determinar necesidades de conocimiento de los padres acerca de la adolescencia y su manejo. *Medisur.* 2016 [citado: 16/01/2020];14(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3278>

33. Madaan P, Gulati S, Chakrabarty B, Sapra S, Sagar R, Mohammad A, et al. Clinical spectrum of psychogenic non epileptic seizures in children; an observational study. *Seizure*. 2018;59:60-6. Doi: 10.1016/j.seizure.2018.04.024.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

#### **Contribuciones de los autores**

*Marilyn Zaldivar Bermúdez*. Procesamiento estadístico, revisión bibliográfica y redacción del artículo.

*Lilia Morales Chacón*. Diagnóstico al paciente, procesamiento estadístico, revisión bibliográfica y redacción del artículo.

*Judith González González*. Diagnóstico de los pacientes y revisión bibliográfica.

*Margarita Minou Báez Martín*. Diagnóstico de los pacientes y revisión bibliográfica.

*Randys Garbey Fernández*. Redacción del artículo y diagnóstico de los pacientes.

*Maydelin Alfonso Alfonso*. Aplicación de los instrumentos de evaluación y las técnicas diagnósticas electroencefalográficas.